

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN Y FACTORES ASOCIADOS  
EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA  
AMBULATORIA DE LA IPS COOPSANA, MEDELLÍN - 2017

AUTOR

ELIZABETH CRISTINA GAVIRIA GAVIRIA

UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRIA CALIDAD EN SALUD  
OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA  
LINEA DE INVESTIGACION AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD  
MEDELLIN  
2018

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN Y FACTORES ASOCIADOS  
EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA  
AMBULATORIA DE LA IPS COOPSANA, MEDELLÍN - 2017

AUTOR

ELIZABETH CRISTINA GAVIRIA GAVIRIA

Informe de investigación para optar el título de Magister en Calidad en Salud

Director de Trabajo de Investigación  
AMPARO RUEDA DE CHAPARRO

UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRÍA CALIDAD EN SALUD  
OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA  
LINEA DE INVESTIGACION AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD  
MEDELLIN  
2018

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Medellín, 19 de Julio de 2018

*A Dios, por darme fortaleza,  
acompañarme en cada proyecto que  
emprendo y por su infinita bondad.*

*A mis padres por su apoyo  
incondicional, por permitirme  
crecer y enseñarme que los retos  
grandes son los que mejores frutos  
cosechan.*

*A mi gran esposo por si ser mi  
compañero de vida y por enseñarme  
a creer que los sueños fácilmente se  
pueden volver realidad.*

*A mi hermosa hija por ser mi gran  
motor y motivarme a llegar hasta  
aquí para ser un ejemplo en su vida.*



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco la colaboración para el desarrollo a todo el equipo asistencial y administrativo de la IPS Coopsana Sede Estadio, quienes de una manera abierta y dispuesta al mejoramiento permitieron el desarrollo del estudio.

A los docentes de la Universidad CES, principalmente a Rubén Manrique, Amparo Rueda de Chaparro y Dedsy Yajaira, por su constante disposición de enseñanza y acompañamiento en este proceso de aprendizaje, demostrando que la docencia no es una labor sino una vocación.

A los pacientes participantes del estudio porque permitieron desde su experiencia como usuarios generar conocimiento para el mejoramiento del sistema de salud y la seguridad del paciente.

## CONTENIDO

	Pág.
<b>1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>18</b>
<b>1.1. Planteamiento del problema</b>	<b>18</b>
<b>1.2. Justificación de la investigación</b>	<b>21</b>
<b>1.3. Pregunta de investigación</b>	<b>25</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>26</b>
<b>2.1. Marco teórico</b>	<b>26</b>
<b>2.2. Marco conceptual</b>	<b>28</b>
2.2.1. Calidad en salud .....	28
2.2.2. Dimensiones de la calidad .....	28
2.2.3. Enfoque de la atención centrada en el usuario .....	29
2.2.4. Seguridad en la atención .....	29
2.2.5. Gestión del riesgo en salud .....	30
2.2.6. Eventos adversos .....	30
2.2.7. Lineamientos en seguridad del paciente .....	31
2.2.7.1. OMS y seguridad del paciente .....	31
2.2.7.2. Alianza mundial para la seguridad del paciente .....	32
2.2.7.3. Las 9 soluciones para la seguridad del paciente .....	32
2.2.7.4. Metas internacionales para la seguridad del paciente .....	33
2.2.7.5. Seguridad del paciente en Colombia .....	34

<b>2.3. Marco legal y normativo</b>	<b>35</b>
2.3.1. Sistema Único de Habilitación .....	35
2.3.2. Auditoría para el mejoramiento continuo .....	36
2.3.3. Sistema de Información para la Calidad.....	38
2.3.4. Política Nacional de Seguridad del Paciente.....	39
<b>2.4. Contexto institucional</b>	<b>40</b>
2.4.1. Generalidades de la organización .....	40
2.4.2. Direccionamiento estratégico .....	41
2.4.3. Característica de los servicios de la IPS .....	44
2.4.4. Políticas institucionales relacionadas con la seguridad de la atención	45
2.4.4.1. Política de calidad .....	45
2.4.4.2. Política de seguridad del paciente.....	46
2.4.5. Programa de seguridad en la atención.....	48
2.4.5.1. Cultura frente a la seguridad .....	48
2.4.5.2. Procesos seguros .....	49
2.4.5.3. Aprendizaje organizacional .....	50
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>53</b>
3.1. Objetivo general	53
3.2. Objetivos específicos	53
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>54</b>
4.1. Enfoque metodológico	54
4.2. Tipo de estudio	54
4.3. Población	54

4.3.1.	Población de referencia .....	54
4.3.2.	Población de estudio .....	55
4.3.3.	Criterios de inclusión .....	55
4.3.4.	Criterios de exclusión .....	55
<b>4.4.</b>	<b>Diseño muestral</b>	<b>55</b>
4.4.1.	Tamaño de la muestra.....	55
4.4.2.	Selección de la muestra .....	56
<b>4.5.</b>	<b>Descripción de las variables</b>	<b>57</b>
4.5.1.	Variable dependiente.....	57
4.5.2.	Variables independientes .....	57
4.5.3.	Diagrama de variables.....	59
4.5.4.	Tabla de variables .....	60
<b>4.6.</b>	<b>Técnicas de recolección de información</b>	<b>74</b>
4.6.1.	Fuentes de Información.....	74
4.6.2.	Técnicas de recolección .....	74
4.6.3.	Instrumento de recolección de información .....	75
4.6.4.	Proceso de obtención de la información .....	76
<b>4.7.</b>	<b>Prueba piloto</b>	<b>77</b>
<b>4.8.</b>	<b>Control de errores y sesgos</b>	<b>78</b>
<b>4.9.</b>	<b>Técnicas de procesamiento y análisis de los datos</b>	<b>79</b>
4.9.1.	Técnicas de procesamiento de datos.....	79
4.9.2.	Análisis de los datos .....	79
<b>5.</b>	<b>PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>84</b>

<b>6. CONSIDERACIONES ETICAS</b>	<b>84</b>
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>86</b>
<b>7.1. Análisis univariado</b>	<b>86</b>
<b>7.2. Análisis bivariado</b>	<b>95</b>
<b>7.3. Análisis multivariado</b>	<b>101</b>
<b>8. DISCUSIÓN</b>	<b>106</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>110</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>111</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Descripción de las variables .....	60
<b>Tabla 2.</b> Descripción de los sesgos y sus controles .....	78
<b>Tabla 3.</b> Variables del análisis univariado.....	80
<b>Tabla 4.</b> Variables del análisis bivariado.....	82
<b>Tabla 5.</b> Distribución de los pacientes encuestados según estrato socioeconómico, 2017 .....	87
<b>Tabla 6.</b> Distribución de los pacientes encuestados según municipio de residencia habitual, 2017 .....	88
<b>Tabla 7.</b> Distribución de los pacientes encuestados según cirugía realizada, 2017 .....	92
<b>Tabla 8.</b> <i>Variables sociodemográficas de los pacientes encuestados</i> .....	96
<b>Tabla 9.</b> <i>Variables clínicas de los pacientes encuestados</i> .....	98
<b>Tabla 10.</b> <i>Variables centradas en la experiencia general durante la atención de los pacientes encuestados</i> .....	99
<b>Tabla 11.</b> <i>Variables relacionadas con errores clínicos durante la atención de los pacientes encuestados</i> .....	101
<b>Tabla 12.</b> <i>Razón de probabilidad ajustada por variables sociodemográficas, clínicas y centradas en la experiencia general durante la atención de los pacientes encuestados</i> .....	103

## LISTA DE GRAFICOS

Pág.

<b>Gráfico 1.</b> Diagrama de problemas. Elaboración propia .....	20
<b>Gráfico 2.</b> Ejes fundamentales del programa de seguridad del paciente de la IPS Coopsana. Elaboración propia .....	48
<b>Gráfico 3.</b> Modelo explicativo del programa de seguridad en la atención (SELA) en Coopsana IPS. Elaboración propia .....	52
<b>Gráfico 4.</b> Diagrama de variables. Elaboración propia .....	59
<b>Gráfico 5.</b> Técnicas para la recolección de la información. Elaboración propia ....	75
<b>Gráfico 6.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados según sexo, 2017 .....	86
<b>Gráfico 7.</b> Histograma edad de los pacientes encuestados, 2017 .....	87
<b>Gráfico 8.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados según su nivel de escolaridad, 2017 .....	89
<b>Gráfico 9.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados según su régimen de seguridad social, 2017 .....	89
<b>Gráfico 10.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados según la entidad a la que se encuentran afiliados, 2017 .....	90
<b>Gráfico 11.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados según su tipo de afiliación al momento de la intervención, 2017 .....	90
<b>Gráfico 12.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados según especialidad quirúrgica que los intervino, 2017 .....	91
<b>Gráfico 13.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados según oportunidad para la realización de su cirugía, 2017 .....	91

<b>Gráfico 14.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados según tipo de anestesia con la que se intervino quirúrgicamente, 2017 .....	93
<b>Gráfico 15.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados con relación a la valoración preanestésica, 2017 .....	93
<b>Gráfico 16.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados con relación a la valoración prequirúrgica, 2017 .....	94
<b>Gráfico 17.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados con relación al despliegue de deberes y derechos, 2017 .....	94
<b>Gráfico 18.</b> Distribución porcentual de los pacientes encuestados según el grado de seguridad en la atención percibido en el servicio de cirugía ambulatoria, 2017	95
<b>Gráfico 19.</b> Distribución porcentual de la percepción de seguridad en la atención recibida en el servicio de cirugía ambulatoria (Recodificada), 2017 .....	96



## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo A.</b> Carta de aprobación COI.....	116
<b>Anexo B.</b> Carta de aprobación IPS .....	117
<b>Anexo D.</b> Aprobación uso de cuestionario Ministerio Sanidad España.....	118

## RESUMEN

**Objetivo:** La cirugía ambulatoria cada vez es más frecuente y el paciente intervenido puede detectar fallas en su atención, siendo necesario identificar la percepción de seguridad en la atención y los factores asociados en estos pacientes y definir cuáles la explican mejor.

**Alcance:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, con intención analítica de la percepción de seguridad en la atención en pacientes intervenidos quirúrgicamente en una institución de salud de mediana complejidad en la ciudad de Medellín durante el año 2017, aplicando un muestreo no probabilístico.

**Metodología:** Participaron 201 pacientes intervenidos por diferentes especialidades y se les aplicó un cuestionario telefónico con variables sociales, demográficas, clínicas y centradas en el paciente que pudieran estar asociados o no con la percepción de seguridad en la atención. Posteriormente se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado a los datos para conocer la asociación en las variables.

**Resultados:** Se encontró que los pacientes con mayor probabilidad de sentirse seguros en cirugía son quienes recibieron valoración preanestésica, esperaron menos de 30 días para la intervención, recibieron información sobre deberes y derechos, manifestaron estar completamente informados y pudieron preguntar en caso de tener dudas.

En la percepción de seguridad del paciente en cirugía ambulatoria son determinantes las variables relacionadas con la interacción y comunicación con el personal asistencial durante el proceso de atención, incluyendo la atención previa al día de su intervención. Para incrementar esta percepción es necesario que esta comunicación se presente antes, durante y después de la intervención quirúrgica y permita la participación activa del paciente.

**Palabras Clave:**

Procedimientos quirúrgicos ambulatorios, Seguridad del paciente, Percepción

## ABSTRACT

**Objective:** Ambulatory surgery is becoming more frequent and the patient who is operated on can detect flaws in their care, being necessary to identify the perception of safety in the care and associated factors in these patients and define which ones explain it better.

**Scope:** A quantitative, descriptive and retrospective study was carried out, with analytical intention of the perception of safety in the care of patients surgically treated in a health institution of medium complexity in the city of Medellín during the year 2017, applying a non-probabilistic sampling.

**Methology:** 201 patients intervened by different specialties participated and a telephone questionnaire was applied with social, demographic, clinical and patient-centered variables that may or may not be associated with the perception of safety in the care. Subsequently univariate, bivariate and multivariate analysis was performed to the data to know the association in the variables.

**Results:** It was found that the patients most likely to feel safe are those who received pre-anesthetic assessment, waited less than 30 days for the intervention, received information about duties and rights, said they were fully informed and could ask if they had questions.

**Conclusion:** It was found that the patients most likely to feel safe in surgery are those who received pre-anesthetic assessment, waited less than 30 days for the intervention, received information about duties and rights, said they were fully informed and could ask if they had questions.

In the perception of patient safety in outpatient surgery, the variables related to the interaction and communication with the healthcare personnel during the care process are determinant, including care prior to the day of their intervention. To increase this perception it is necessary that this communication is presented before,

during and after the surgical intervention and allows the active participation of the patient.

**Keywords:** Ambulatory Surgical Procedures, Patient Safety, Perception

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Ley 100 de 1993, en su artículo 153 sobre el tema de la calidad, define que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención de tal manera que ésta sea oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y la práctica profesional (1).

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social afirma que para los directivos de una institución de salud, independiente del nivel de complejidad, no debe ser suficiente creer que su institución entrega una atención de buena calidad; por el contrario debe evidenciar que efectivamente es así y para ello, es necesario monitorizar constantemente la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática (2).

Hay que mencionar además que los eventos adversos en la prestación de servicios en salud están siendo considerados como una causa importante de morbilidad y mortalidad general, al ubicarse dentro de las diez primeras causas en países industrializados, generando detrimento patrimonial en las instituciones e incrementando riesgos de demandas jurídicas a los actores del sistema de seguridad social en salud. Es necesario entonces, diseñar, ejecutar y evaluar modelos de atención segura, para contribuir al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio (3).

En Coopsana, se realizan en promedio 62.102 atenciones por mes, entre las siete diferentes sedes asistenciales que conforman la IPS. Desde hace aproximadamente cinco años, la alta gerencia ha enfocado sus esfuerzos en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, para que la entidad sea reconocida por la gestión del riesgo en salud, logrando importantes cambios que

han generado satisfacción de los clientes internos y externos, además del posicionamiento en el sector.

En los servicios de salud diferentes a cirugía ambulatoria, en los cuales se presta el 98.9% de estas atenciones, según estadísticas tomadas de los RIPS, se ha concentrado la gestión de calidad, y actualmente se cuenta con procesos estandarizados, se evalúa la atención mediante la medición de indicadores y la realización de auditorías internas que han favorecido la construcción de una cultura de seguridad evidenciada en la ejecución de un modelo de atención con prácticas más seguras.

En el Servicio de Cirugía, en el cual se ejecuta aproximadamente el 1.1% de las atenciones se tienen dificultades con la seguridad en la atención ocasionadas por el despliegue ineficiente de recomendaciones prequirúrgicas, falta de algunos protocolos y guías de atención, debilidades en el procedimiento de consentimiento informado, subregistro de eventos adversos, falta de adherencia al protocolo de higiene de manos, aumento de quejas y reclamaciones por falta de oportunidad en la atención, demoras en la programación del procedimiento quirúrgico, inconformidad con la actitud de algunos profesionales y falta de direccionamiento durante la atención.

Adicionalmente, no se cuenta con una identificación clara de la percepción de seguridad de la atención del paciente usuario de este servicio quirúrgico, que permita la implementación de planes de acción acorde a las realidades del servicio y a las necesidades específicas de los usuarios.

Es preciso levantar información cualitativa y cuantitativa sobre la percepción de seguridad en la atención del usuario atendido en el servicio de cirugía ambulatoria que se presta en la Sede Estadio de la IPS Coopsana, analizarla y sentar la línea de base para el seguimiento a la efectividad de las acciones que se implementen en el proceso de mejoramiento dirigidas a fortalecer la seguridad en este servicio, que representa un alto riesgo clínico para la ocurrencia de eventos adversos y riesgo financiero para la institución por potenciales demandas.

A continuación, se da a conocer el diagrama de problemas:

**Gráfico 1. Diagrama de problemas. Elaboración propia**





## **1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Los procesos quirúrgicos son por su naturaleza más susceptibles de estandarización que los procesos clínicos. Para iniciar la estandarización de los procesos y procedimientos que se realizan en la atención del paciente en cirugía, es fundamental que cada integrante del equipo de trabajo tenga total claridad sobre la situación actual de la atención en estos pacientes, la atención clínica como un conjunto de actividades y la calidad de la atención. Los aspectos relacionados con la calidad de la atención hacen referencia al proceso de atención en salud (desde el punto de vista de las características de la atención que se brinda (establecidas en el artículo 3 del Decreto 1011 de 2006 contenido en el Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario de la Atención en salud) y la calidad de la atención al usuario, que evalúa la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, la oportunidad y a la calidad de sus servicios.

La mejora continua de la calidad en salud y en particular la evaluación como uno de sus componentes, tiene que adecuarse a las particularidades de los sistemas y servicios de salud que los diferencian de la industria, el comercio e incluso de otros servicios. La evaluación no sólo brinda los elementos requeridos para determinar si los procesos sanitarios se están desarrollando de acuerdo con las políticas, estrategias, normas o estándares sino que además crea el espacio y la información suficientes para facilitar a la gerencia, las decisiones oportunas para rectificar las fallas o para introducir aquellas innovaciones que permitan ascender a niveles superiores de desempeño (4).

Para garantizar la calidad, el modelo implica el desarrollo de tres tipos de acciones (preventivas, de seguimiento y coyunturales), formuladas a partir de los resultados de las diferentes fuentes de información del estado de los procesos, siendo una de ellas, la voz del cliente, en términos de conocimiento de la percepción del usuario

que ha recibido el servicio, teniendo en cuenta que sus experiencias y perspectivas de son valiosos instrumentos de aprendizaje y baremos que permiten determinar las necesidades, vigilar los progresos y evaluar los resultados (5).

En Colombia, durante el año 2012 se reportaron ante el Ministerio de Salud y Protección Social 193.712 fallas durante la atención, y de éstas el 17% se presentaron durante la atención médica y quirúrgica, entre las cuales, se encontraron: Objetos extraños dejados accidentalmente en el cuerpo, fallas en las dosificaciones terapéuticas, corte, punciones, perforaciones o hemorragias, fallas en la esterilización, medicamentos o sustancias biológicas contaminadas, entre otros (6).

A pesar de que las atenciones prestadas en la sede de cirugía ambulatoria representan menos del 5% del total de las atenciones de la IPS, es relevante tener en cuenta el resultado de fallas en la atención en salud reportadas indirectamente durante el año 2012 a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, donde se evidencia que en Colombia el 17% de las fallas en la atención en salud durante el año 2012 estuvieron relacionados con errores durante la atención médica y quirúrgica (6); lo que obliga a la organización a centrar sus esfuerzos en el mejoramiento continuo de la calidad y seguridad de la atención en este servicio. Por otra parte, las características de los procedimientos que allí se realizan representan un alto riesgo para la ocurrencia de eventos adversos si no se estandarizan buenas prácticas y su gran impacto en la satisfacción de los usuarios, así como el riesgo financiero ante demandas, obliga a que se priorice la seguridad en la atención en este servicio.

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, las fallas en la seguridad de la atención quirúrgica pueden provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4 al 0,8% aproximadamente. Los estudios

realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor. La mortalidad debida solamente a la anestesia general llega a alcanzar en algunas partes del África subsahariana la cota de una muerte por cada 150 operaciones. Las infecciones y otras causas de morbilidad postoperatoria también constituyen un grave problema en todo el mundo. Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después; y además de empeorar la condición de salud consumen una proporción elevada de los gastos en salud de las instituciones (7,8).

Es importante además tener en cuenta que la seguridad en la atención representa un importante campo de acción de cuyo desarrollo exitoso dependen distintos frentes (terapéutico, económico, social, entre otros), y más aún en el ámbito quirúrgico donde las intervenciones que son reconocidas como costo efectivas pueden serlo más, si se adoptan las medidas necesarias para evitar daños evitables a los pacientes (9).

Dada las anteriores afirmaciones y la situación del servicio de cirugía en la IPS Coopsana, para fortalecer los procesos de atención en cirugía, se hizo necesario identificar los factores asociados a la percepción de seguridad en la atención de los pacientes intervenidos en el servicio quirúrgico y con base en ello definir cuáles explican mejor la percepción y de esta manera facilitar que se mitiguen de manera oportuna los riesgos inherentes al proceso mediante la ejecución de prácticas seguras (barreras y defensas) por parte del personal de salud responsable de ejecutar las actividades relacionadas con la atención del paciente en todo el proceso pre, trans y postquirúrgico, para disminuir la presentación de eventos adversos o incidentes y mejorar la experiencia de la atención de los usuarios.

Esta investigación fue factible porque es de interés para la alta dirección y se contaba con el equipo técnico necesario para realizarla con datos confiables y válidos (investigadora con formación en auditoría y agentes de la central de atención al usuario con entrenamiento en aplicación de encuestas), existía la población

usuaria del servicio de cirugía en la cual se evaluó la percepción y el tiempo para su desarrollo. No requirió inversión financiera adicional porque se realiza dentro del trabajo diario del personal asistencial y administrativo.

Este estudio se consideró viable porque se espera que con sus resultados se promueva en la organización el mejoramiento continuo desde la proactividad de los procesos, ya que en la actualidad no se cuenta con una herramienta en las organizaciones que permita evaluar la percepción de seguridad de la atención en el servicio quirúrgico desde el ingreso del usuario hasta su egreso, viéndose los líderes obligados a generar planes de acción con datos apartados que son entregados desde diferentes fuentes, como lo son las auditorías internas de calidad, las quejas y reclamaciones de los usuarios, eventos adversos durante la atención, evidencias de falta de adherencia a buenas prácticas detectadas en las rondas de seguridad, observaciones realizadas durante la aplicación de las encuestas de satisfacción, entre otros.

Finalmente, con el desarrollo de esta investigación se beneficiarán:

- La alta gerencia de la organización debido a que con los resultados de la investigación podrá identificar oportunidades para mejorar la percepción de seguridad de la atención en los pacientes del servicio quirúrgico.
- Los líderes de los procesos y servicios involucrados con la atención del paciente quirúrgico, ya que permitirá evidenciar datos reales y hallazgos relevantes que les permitirá tomar decisiones más acertadas y generar planes de acción acordes a las oportunidades de mejoramiento detectadas.
- Toda la población atendida en la sede quirúrgica de la IPS Coopsana, porque finalmente se logrará el mejoramiento continuo de los servicios y la implementación de buenas prácticas para la seguridad en la atención.
- El sistema de salud y la red de prestadores, porque se entregará resultados confiables para el desarrollo de estrategias de mejoramiento que oriente los resultados a la prestación de servicios seguros.

### **1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál la percepción de seguridad en la atención y los factores asociados de los pacientes atendidos en el servicio de cirugía ambulatoria de la IPS COOPSANA de la ciudad de Medellín, durante los meses de noviembre y diciembre de 2017?

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. MARCO TEÓRICO**

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de procedimientos quirúrgicos y debido a las características de estas atenciones se tiene un mayor riesgo de complicaciones en los pacientes. Los errores en ese ámbito contribuyen a aumentar considerablemente la carga de morbilidad, a pesar de que el 50% de las complicaciones que surgen en la atención quirúrgica pueden evitarse (5). También establece que las experiencias y perspectivas de los pacientes son valiosos instrumentos de aprendizaje, que permiten determinar las necesidades, vigilar los progresos y evaluar los resultados (5).

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su atención, y dicho daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos (8). Por lo anterior la seguridad durante el proceso de atención se convierte en una prioridad de salud pública y requiere intervención de todos los actores el sistema de salud.

De otra parte, Andrés Beltrán MD. en la publicación Seguridad del paciente en el entorno quirúrgico en Colombia y en el mundo describe que la seguridad representa un importante campo de acción de cuyo desarrollo exitoso dependen distintos frentes (terapéutico, económico, social, entre otros), y más aún en el ámbito quirúrgico donde las intervenciones que son reconocidas como costo efectivas pueden serlo más, si se adoptan las medidas necesarias para evitar daños evitables a los pacientes (9).

En Colombia, durante el año 2012 se reportaron ante el Ministerio de Salud y Protección Social 193.712 fallas durante la atención y de éstas el 17% se presentaron durante la atención médica y quirúrgica, entre las cuales, se

encontraron: Objetos extraños dejados accidentalmente en el cuerpo, fallas en las dosificaciones terapéuticas, corte, punciones, perforaciones o hemorragias, fallas en la esterilización, medicamentos o sustancias biológicas contaminadas, entre otros (6).

Respecto a la percepción de los pacientes con relación a la seguridad de la atención, un estudio realizado por Hernández et al. en el año 2008 demostró que la principal preocupación de los pacientes es que se presenten errores durante el proceso de atención, siendo mayor esta preocupación en todos los pacientes que no habían podido consultar sus dudas al personal sanitario, o no habían contado con la intimidad que les hubiera gustado, o no recibieron información detallada sobre su tratamiento o las pruebas o intervenciones prescritas (10).

La Organización Mundial de la Salud desarrolló la iniciativa "Pacientes en Defensa de su Seguridad", como una de las seis esferas de trabajo de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual se conformó para garantizar que el punto de vista de pacientes y familias, usuarios y ciudadanos de los países desarrollados y en desarrollo sea el punto de referencia determinante en la importante labor de la Alianza. Los pacientes y sus cuidadores legos ven cosas que el atareado personal asistencial a menudo pasa por alto. Por lo tanto, la seguridad mejorará si los pacientes participan plenamente como asociados en las iniciativas reformadoras, y el aprendizaje se puede utilizar como base para mejorar la calidad y seguridad del sistema (11).

En el año 2009 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España realizó el diseño y validación preliminar de un cuestionario para la evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios de salud en el ámbito hospitalario y su opinión sobre el manejo de la situación en caso de que experimentara un error clínico, el cual cuenta con una buena validez de constructo para ser utilizado, tanto en investigación como en condiciones de práctica clínica habitual (12).

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1. Calidad en salud**

Los avances y propuestas para mejorar la calidad de los servicios de salud, han permitido que se logren múltiples definiciones de éste término e incluso se definan normas en el tema. Es así, como la norma ISO 9000 define la calidad como: “el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos, generalmente implícitos u obligatorios” (13).

En medicina, como en otras áreas del conocimiento, el término calidad se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento (14). Es un concepto integral, en el que se involucran diferentes actores: el estado, las empresas promotoras de salud, los prestadores del servicio y los usuarios, debiendo asumir cada uno funciones para propender por la calidad de la atención en salud (15).

El concepto de calidad en el cuidado de la salud incluye aspectos adicionales a la calidad técnica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, abarcando aspectos como responder en forma pronta, satisfactoria, culturalmente relevante y fácil de entender a las preguntas de los pacientes o plantear y realizar los procedimientos médicos en forma tal que no sean percibidos como atemorizadores (16). En conclusión, está definida como todas las actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida (17).

### **2.2.2. Dimensiones de la calidad**

Son definidas como los atributos o componentes de la calidad, y los que aparecen con frecuencia en la literatura son: eficiencia, efectividad, calidad científico técnica (competencia y desempeño profesional), accesibilidad y satisfacción o aceptabilidad



del usuario. Sin embargo, los que son de mayor utilidad en el sector salud se refieren a: competencia y desempeño profesional, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación y continuidad (17).

### **2.2.3. Enfoque de la atención centrada en el usuario**

La calidad en salud no está vinculada sólo con satisfacción de clientes y manejo adecuado de los costos, dado que incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar se enfermen o mueran innecesariamente (4).

El otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud, ofreciendo servicios que cumplan con los estándares médicos y traten a los usuarios como desean ser tratados.

El adoptar un enfoque centrado en el usuario requiere de un cambio de actitud; al orientarse hacia el usuario, se reconoce que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes (18).

### **2.2.4. Seguridad en la atención**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (19).

La atención médica y de enfermería en los espacios ambulatorios y hospitalarios, y la prestación de algunos otros servicios de salud se han tornado inseguros y están agregando riesgos innecesarios a los pacientes. Las consecuencias de una práctica insegura incluyen un abanico de resultados posibles: las más leves pueden pasar inadvertidas por el personal de salud o desapercibidas por los propios pacientes,

mientras que las más graves terminan en lesiones, discapacidad o muerte de los enfermos (8).

#### **2.2.5. Gestión del riesgo en salud**

La gestión de riesgos ha sido definida como un conjunto de acciones, que aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia, dentro de costos sostenibles (20). Con ello se procura prevenir aquellos riesgos que son prevenibles, y para aquellos que no lo son, tomar las medidas necesarias ya sea de: transferencia, mediante la adopción de consentimientos informados; aseguramiento, a través de las pólizas de seguro de responsabilidad civil, o auto seguro; y/o la mejora del manejo jurídico del caso individual (21).

El objetivo general de la gestión de riesgos sanitarios es incrementar la calidad de los servicios sanitarios, promover la seguridad de los profesionales y de los pacientes y evitar costes innecesarios. Se constituye así en un subsistema que sirve al sistema de gestión económica y financiera y al sistema de gestión de la calidad asistencial, poniendo el énfasis en eliminar o minimizar las consecuencias debidas a posibles siniestros (20).

En conclusión, la gestión del riesgo promueve en primer lugar el mejoramiento de la calidad de la atención de los pacientes, haciéndola cada vez más segura; la disminución de los costos de las atenciones a través de la reducción de los eventos adversos; y como consecuencia de lo anterior, prevenir las eventuales reclamaciones y acciones legales contra los profesionales de la salud y/o el establecimiento (21).

#### **2.2.6. Eventos adversos**

Un evento adverso no es más que “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud,

y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes” (14). Es un acontecimiento inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica (22).

Hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo. Por tanto, aquel evento adverso que hubiera sido posible prevenir utilizando medidas razonables, es por definición un error clínico (23).

Los eventos adversos se clasifican en prevenibles y no prevenibles. En ambos casos el evento adverso es un resultado no deseado y no intencional, la diferencia radica en que el **prevenible** se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado; mientras que el **no prevenible** se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (24).

Existe una tercera clasificación y es el evento **centinela**, el cual está definido por la *Joint Commission on Accreditation of Health Organization* como un incidente imprevisto que involucra la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves. La lesión física grave específicamente incluye la pérdida de un miembro o una función. Dichos eventos se llaman *centinela* porque indican la necesidad de una investigación y respuesta inmediata (25).

## **2.2.7. Lineamientos en seguridad del paciente**

### **2.2.7.1. OMS y seguridad del paciente**

La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (26).

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (27).

#### 2.2.7.2. Alianza mundial para la seguridad del paciente

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se instaba a la OMS y a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. Cada año la Alianza organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo (7).

#### 2.2.7.3. Las 9 soluciones para la seguridad del paciente

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente, un programa central de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, señala a la atención la seguridad del paciente y las prácticas óptimas para reducir los riesgos a que se ven expuestos. El programa intenta asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas relacionados con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos. Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos (28):

- ✓ Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- ✓ Identificación de pacientes
- ✓ Comunicación durante el traspaso de pacientes

- ✓ Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- ✓ Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- ✓ Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- ✓ Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- ✓ Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- ✓ Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

#### 2.2.7.4. Metas internacionales para la seguridad del paciente

Las metas internacionales de seguridad del paciente son una de las estrategias prioritarias que evalúa la Joint Commission International. Dicha metas incluyen seis puntos básicos a considerar (29):

- Meta 1. Identificación correcta de los pacientes, cuyo objetivo es mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucren al paciente equivocado, con el propósito de identificar en forma confiable al paciente con nombre completo y fecha de nacimiento, de tal forma que el servicio o tratamiento coincida con la persona.
- Meta 2. Mejora de la comunicación efectiva, su objetivo es prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas, de tal manera que la comunicación sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.
- Meta 3. Mejora de la seguridad en los medicamentos de alto riesgo, en ésta el objetivo es prevenir errores de medicación, especialmente con el manejo de electrolitos concentrados, con el propósito de prevenir la administración errónea de electrolitos concentrados y contar con políticas para su ubicación, etiquetado y almacenamiento.

- Meta 4. Garantizar cirugías con el lugar correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto. El objetivo de esta meta es prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto con el propósito de contar con políticas y/o procedimientos que incluyan marcado de sitio quirúrgico, proceso de verificación preoperatorio y aplicación de la lista de verificación de la seguridad en cirugía.
- Meta 5. Reducción de las infecciones asociadas con la atención médica, con el objetivo de reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos, con el propósito de llegar a erradicar las infecciones asociadas con la atención médica mediante la higiene de manos con agua y jabón o con soluciones alcoholada.
- Meta 6. Reducción del riesgo de las lesiones del paciente por caídas, cuyo objetivo es identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes con el propósito de implementar las medidas que disminuyan el riesgo de caída en cualquier paciente hospitalizado o ambulatorio dentro de las instalaciones médicas.

#### 2.2.7.5. Seguridad del paciente en Colombia

Desde la publicación del reporte Errar es Humano, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación al rededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples practicas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica. Colombia no ha sido ajena a este esfuerzo. Cómo muestra de ello, en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo

voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente (30).

En el año 2008 el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad (31).

Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. Simultáneamente para facilitar el cumplimiento de la política y la implementación de los programas de seguridad del paciente, el Ministerio desarrolló los paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica. Hoy, dichos paquetes son actualizados con el propósito de ajustarlos a la mejor evidencia disponible en la actualidad y para cubrir las brechas que han impedido la ejecución efectiva de dichas prácticas al interior de las instituciones de salud (30).

## **2.3. MARCO LEGAL Y NORMATIVO**

### **2.3.1. Sistema Único de Habilitación**

Actualmente se cuenta con la Resolución 2003 de 2014, la cual tiene como objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Esta Resolución aplica a:

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud.

- Los profesionales independientes de salud.
- Los servicios de transporte especial de pacientes.
- Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.
- Las entidades departamentales y distritales de salud, en lo de su competencia.

Define además que, para la entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, los prestadores de servicios de salud deben cumplir con condiciones de capacidad técnico administrativa; suficiencia patrimonial y financiera; y capacidad tecnológica y científica.

Las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud, a partir de los estándares de habilitación (32).

### **2.3.2. Auditoría para el mejoramiento continuo**

El artículo 2.5.1.1.3 del Decreto 780 de 2016 el cual compila y simplifica las normas reglamentarias preexistentes del sector salud, en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1, del Decreto 1022 de 2006 define la auditoría como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación” (33).



La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas (34):

- El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.
- El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.
- La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial<sup>6</sup>, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.
- El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferior a la de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de constituir un modelo de bajo riesgo.

- El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

### **2.3.3. Sistema de Información para la Calidad**

En el año 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 256, la cual tiene como objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema (35).

Aplica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo. Se excluye a los Profesionales Independientes de Salud, a las Entidades con Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud y a las entidades de los Regímenes Especial y de Excepción.

En su artículo 3 especifica la finalidad del monitoreo de la calidad en salud, el cual se centra en los siguientes puntos:

1. Fomentar un adecuado uso y aprovechamiento de la información para el mejoramiento de la calidad en salud.
2. Gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud.
3. Contribuir con la medición del desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para facilitar la toma de decisiones y suministrar a los ciudadanos información con la cual puedan ejercer el derecho a la libre elección.
4. Promover acciones de mejoramiento, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad, contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 de 2006 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

#### **2.3.4. Política Nacional de Seguridad del Paciente**

En la actualidad Colombia cuenta con una Política Nacional 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 (27). Tiene como principios orientadores los siguientes:

- Enfoque de atención centrado en el usuario: significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Cultura de Seguridad: el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es

deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente

- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: la política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- Multicausalidad: el problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- Validez: para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia: la política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud: la política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

## **2.4. CONTEXTO INSTITUCIONAL**

### **2.4.1. Generalidades de la organización**

Coopsana IPS es una institución que presta servicios de salud ambulatorios de mediana y baja complejidad en la ciudad de Medellín, con 24 años de trayectoria en el sector. Tiene como visión estratégica lograr posicionarse como aliado estratégico de sus clientes por su modelo de gestión del riesgo en salud, el cual está concebido

desde la evitabilidad, la protección específica, la detección temprana y la seguridad en la atención.

Actualmente cuenta con siete sedes asistenciales en la ciudad, cuatro sedes de atención básica, una sede en la cual se atienden programas especiales, una sede de consulta especializada y laboratorio clínico y una sede de cirugía ambulatoria. La IPS realiza un promedio de 61.000 atenciones por mes y se destaca como el tercer prestador a nivel nacional de una de las entidades aseguradoras de planes de beneficios más reconocida del país.

#### **2.4.2. Direccionamiento estratégico**

La IPS Coopsana es una IPS con un modelo de atención en salud familiar, enfocada a satisfacer las necesidades de sus clientes, que tiene como visión institucional ser el mejor aliado estratégico de sus clientes, por el modelo de gestión del riesgo en salud.

El marco de referencia que orienta el modelo de conducta a seguir por todo el personal de la organización, en el desarrollo de las actividades encaminadas al logro de la misión y la visión, se conceptualiza de la siguiente manera: “Con profesionalismo, integridad, espíritu de innovación y sentido de pertenencia, logramos reconocimiento en el medio, eficiencia en el desempeño de nuestras labores, calidad en la planeación y ejecución de los procesos, trabajo en equipo para gerenciar el cambio en una organización que aprende y comunica en pro de la seguridad del paciente, las familias y los trabajadores”

Los valores corporativos definen el modelo de conducta que debe ser incorporado por cada miembro de la IPS como norma de vida personal dentro del trabajo. A continuación, los valores institucionales:

- ✓ Profesionalismo en las prácticas y actitudes, manifestando sensibilidad, tolerancia y respeto hacia las personas, expresando objetividad en la emisión

de un juicio y demostrando responsabilidad, compromiso, entrega y seriedad en el desempeño de nuestras actividades.

- ✓ Integridad en el pensar, el sentir y el actuar, siendo transparentes, coherentes y rectos y anteponiendo la verdad y la justicia
- ✓ Espíritu de innovación y desarrollo de la capacidad de cambio motivado por la convicción del mejoramiento continuo para el crecimiento personal y de la organización
- ✓ Sentido de pertenencia, exteriorizando nuestro compromiso con las políticas y los objetivos misionales de la organización

Los principios corporativos regulan el modelo de conducta y son el marco de referencia de la cultura de la organización requerida para el cambio de actitud que favorezca el crecimiento organizacional. A continuación, la descripción de estos:

- ✓ Reconocimiento en el medio por nuestro trabajo y organización que garantice la competitividad y la sostenibilidad en el tiempo
- ✓ Eficiencia en el desempeño de nuestras labores para lograr la optimización de los recursos en beneficio de la organización y de los usuarios
- ✓ Calidad en la planeación y ejecución de los procesos, orientados al mejoramiento continuo
- ✓ Trabajo en equipo y gerencia del cambio con actitud positiva basada en valores
- ✓ Organización que aprende y comunica
- ✓ Seguridad del paciente, familias y trabajadores

A partir de la actualización de la misión y de la visión se inició la identificación de las líneas de acción que se deben abordar con la estrategia, y se concluyó con el análisis estratégico. Los puntos estratégicos o líneas de acción en donde la

organización debe enfocar sus esfuerzos para el éxito de la gestión en el largo plazo son:

1. El desarrollo del talento humano para mejorar las capacidades requeridas por la estrategia
2. La gerencia del sistema de información como facilitador tecnológico de la estrategia
3. el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos clave, con participación de los diferentes grupos de interés, haciendo énfasis en la gestión del riesgo que implica la identificación, la evaluación, el control y el seguimiento; también, involucrando el monitoreo a la adecuación en el uso del recurso a través de la gestión médica, en un trabajo de equipo y retroalimentación constante con los clínicos para lograr procesos excelentes y crear la diferenciación en la estrategia.
4. La identificación del segmento o segmentos de la demanda a los cuales se orienta más el servicio, para agregar más valor a esos nichos a través de la gestión del riesgo. Además, para enfocar la comunicación con medios publicitarios específicos buscando incrementar la satisfacción del cliente y su fidelización. Esto a su vez, facilitará el incremento en la captación de usuarios, cuando se den las condiciones en las EAPB.
5. Con la gestión médica y la retroalimentación al equipo de salud, se espera lograr el manejo eficiente de los recursos y la gestión del riesgo, además una atención más humanizada que satisfaga al cliente (usuario, asegurador y logre su fidelización, lo cual estimula el incremento en la captación de usuarios y conlleva a un rendimiento económico positivo que facilitará la realización de actividades propias del modelo de una empresa social y familiarmente responsable.

Se cuenta además con uno objetivos de calidad, los cuales deben ser aplicados en todos los niveles de la organización y son los siguientes:

- ✓ Implementar un proceso de transformación de la organización para obtener mejores resultados con la participación de los diferentes grupos de interés
- ✓ Contar con colaboradores competentes para el buen desempeño de sus responsabilidades en un ambiente laboral que potencia su crecimiento personal para beneficio propio y de la organización
- ✓ Lograr una percepción del cliente sobre la organización que evidencie su nivel de satisfacción y garantice su fidelización con la IPS
- ✓ Obtener como resultado de una mejor gestión del riesgo y el manejo eficiente de los recursos un rendimiento económico positivo, que facilite el desarrollo de una empresa socialmente responsable con la comunidad, los colaboradores y el medio ambiente
- ✓ Generar información veraz, segura, oportuna, integrada, que permita obtener resultados confiables para la toma de decisiones en todos los niveles de la organización.

#### **2.4.3. Característica de los servicios de la IPS**

En la actualidad la IPS cuenta con 157 servicios habilitados, distribuidos en 7 sedes asistenciales. Los servicios que presta la organización están dirigidos en su mayoría a usuarios del régimen contributivo, de planes de atención complementaria y particulares.

Todos los servicios prestados en la organización son ambulatorios y están distribuidos según el grupo de la siguiente manera: 55% de consulta externa, 27% de protección específica y detección temprana, 10% de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, 4% quirúrgicos, 3% procesos y otros servicios 1%.



#### **2.4.4. Políticas institucionales relacionadas con la seguridad de la atención**

En la organización se cuenta con diferentes políticas orientadas a la generación de una cultura institucional que promueva la seguridad en la atención.

##### **2.4.4.1. Política de calidad**

Con el propósito permanente de mejorar los servicios y satisfacer las necesidades de sus clientes, la organización asume el mejoramiento continuo y la calidad en la atención como un componente esencial de su plataforma estratégica para garantizar el cumplimiento de su misión, el logro de la visión, su sostenibilidad, su desarrollo y su crecimiento institucional, y por tanto la alta gerencia establece institucionalmente la política de calidad, demostrando de esta manera su compromiso de trabajar permanentemente en el mejoramiento continuo de los procesos y la satisfacción de las necesidades de los usuarios y sus familias con el menor riesgo posible, a través de la capacitación continua, la equidad, pertinencia, calidez, oportunidad y seguridad de sus servicios.

Esta política cuenta con las siguientes condiciones:

- ✓ Orientar la gestión de los servicios y los procesos a la obtención de beneficios y resultados de calidad en beneficio de los usuarios y colaboradores
- ✓ Propender por la satisfacción de las necesidades de los clientes
- ✓ Mejorar continuamente los procesos y servicios de la institución, alcanzando la calidad esperada con la implementación y seguimiento al PAMEC (Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud).
- ✓ Implementar, desarrollar y mantener en la IPS el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS
- ✓ Cumplir con los requerimientos legales y que la institución defina para alcanzar altos estándares de calidad

#### 2.4.4.2. Política de seguridad del paciente

En la organización, conscientes de la importancia y las consecuencias que conllevan los eventos de seguridad que se presentan durante la atención de los usuarios, la alta gerencia expresó su compromiso de dar a este tema una gran prioridad en la institución, mediante la adopción y declaración de los siguientes compromisos y principios rectores:

- ✓ Brindar una atención segura al usuario y su familia, mediante la implementación de una cultura de seguridad que promueva hábitos y prácticas seguras, enfocadas a disminuir la ocurrencia de eventos adversos
- ✓ Considerar como prioritaria cualquier iniciativa que contribuya a conseguir una atención clínica con mínimos riesgos, fomentando un entorno seguro durante la atención.
- ✓ Ser conscientes de que las cosas pueden ir mal durante el proceso de atención por lo cual tenemos que estar alertas.
- ✓ Estimar el reconocimiento de los errores por parte de los funcionarios como un acto de valor del individuo: *"Error es humano"*.
- ✓ No tolerar comportamientos que generen o aumenten los riesgos.
- ✓ Fortalecer los procesos institucionales para hacerlos cada vez más seguros, detectando, analizando y realizando acciones de mejora con el fin de evitar que los eventos adversos vuelvan a presentarse
- ✓ Generar conocimiento y aprendizaje institucional frente a la seguridad del paciente
- ✓ Garantizar que la información se utilizará para acciones de mejoramiento y no para la búsqueda de culpables o represalias, garantizando la confidencialidad.

Por otra parte, promueve en sus funcionarios, contratistas, usuarios, familias y acompañantes el cumplimiento de la política y les solicita lo siguiente:

- ✓ Comunicar cualquier actividad o situación que esté generando riesgo

- ✓ No ser indiferente e intervenir activamente en la prevención y corrección de situaciones de riesgo
- ✓ Colaborar con directivos, jefes y coordinadores de las unidades funcionales en la prevención y reducción de los eventos de seguridad durante la atención de los usuarios.
- ✓ Asistir a las actividades de capacitación y/o formación programadas por la institución en esta materia.

Con base en lo anterior, la organización asume la seguridad del paciente como componente esencial de su plataforma estratégica y establece institucionalmente la política de seguridad del paciente conforme a los procedimientos establecidos en la normatividad vigente con la cual se compromete a la implementación de una cultura de seguridad en la atención, que promueva hábitos y practicas seguras, las cuales estarán enfocadas en la minimización del riesgo, la prevención y el cuidado de la salud de sus empleados, usuarios, familias y cuidadores, fortaleciendo de esta manera la calidad y seguridad de los procesos institucionales.

Esta política tiene las siguientes condiciones:

- ✓ Implementar prácticas seguras de atención en salud en COOPSANA IPS, que mejoren el desempeño de los profesionales e involucren al paciente y familiares en su seguridad, mediante procesos institucionales y asistenciales seguros.
- ✓ Implementar un enfoque pedagógico teniendo en cuenta que errar es humano, con el fin de lograr un aprendizaje organizacional y generar una cultura de seguridad.
- ✓ Promover la seguridad en los procesos asistenciales, protegiendo al paciente de riesgos evitables que se derivan de su atención
- ✓ Promover la captación, el reporte, análisis y gestión de los eventos de seguridad
- ✓ Implementar estrategias que mejoren el desempeño de los profesionales
- ✓ Fomentar en los pacientes, familiares y cuidadores el autocuidado

- ✓ Educar al personal en el mismo momento en que se evidencien acciones inseguras

#### 2.4.5. Programa de seguridad en la atención

El programa de seguridad en la atención de la IPS Coopsana está centrado en el desarrollo de tres (3) ejes fundamentales (Ver gráfico 2).

**Gráfico 2.** Ejes fundamentales del programa de seguridad del paciente de la IPS Coopsana. Elaboración propia



##### 2.4.5.1. Cultura frente a la seguridad

Incluye estrategias institucionales para lograr una cultura frente a la seguridad. Esta define la manera como la gerencia, el grupo directivo, los líderes de procesos, los pacientes y su familia, y todas las personas de la institución se comprometen a generar una cultura frente a la seguridad. Incluye los siguientes componentes:

- Liderazgo frente a la seguridad: define la manera como la gerencia, el grupo directivo y los líderes de los procesos se comprometen y promueven los cambios necesarios para generar una cultura frente a la seguridad en la institución.
- Gestión del talento humano frente a la seguridad: estrategia encaminada al fortalecimiento de las competencias técnicas y humanas que requieren los líderes de los procesos y sus colaboradores, para afrontar el reto que implica la implementación de una cultura de la seguridad en la institución y el acompañamiento a los pacientes y su familia en el proceso de cambio

para el aprendizaje organizacional e individual. Este componente incluye la adaptación del proceso de gestión del talento humano a las necesidades que se requieren para el logro de una cultura de la seguridad, que tenga como objetivo principal el empoderamiento del cliente sobre su cuidado propio, el del paciente y su familia.

- Participación del usuario y su familia en la cultura de seguridad institucional: incluye todas las estrategias para involucrar al usuario y su familia como guardianes de seguridad, mediante una comunicación constante que permita la retroalimentación a la organización para lograr el mejoramiento desde la percepción del cliente. Contiene un programa educativo para frente a los temas relacionados con su seguridad y situaciones en las cuales se debe estar vigilante

#### 2.4.5.2. Procesos seguros

Son herramientas encaminadas al mejoramiento continuo de los procesos, de cara a la seguridad del cliente.

- Fortalecimiento de procesos: es el análisis metódico de los procesos de la organización, en el cual se identifican los puntos críticos que puedan incidir en la seguridad del cliente, con el fin de plantear acciones correctivas, de mejora y la reestructuración de los procesos para hacerlos cada vez más seguros, permitiendo así el mejoramiento continuo de la organización.
- Desarrollo de barreras de seguridad: es el diseño que la organización ha definido para lograr intervenciones tacitas e inmediatas que se deben implementar para que no se comenten los mismos errores ya detectados en los procesos y que puedan estar afectando la seguridad del cliente.
- Infraestructura y tecnología segura: son las acciones que se implementan para identificar, priorizar, modificar y responder a las necesidades del ambiente físico y la tecnología en pro de la seguridad del cliente.

- Gestión clínica: son las estrategias que la organización ha definido para adaptar sus prácticas a guías basadas en la evidencia científica.
- Implementación de buenas prácticas para la seguridad del paciente: son todos los procedimientos, herramientas, guías y protocolos que buscan minimizar la ocurrencia de eventos adversos. En la IPS Coopsana se tienen establecidas las siguientes de acuerdo a los paquetes instruccionales emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social:
  - ✓ Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
  - ✓ Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención
  - ✓ Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio
  - ✓ Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
  - ✓ Establecer herramientas para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
  - ✓ Prevenir el cansancio del personal de salud.
  - ✓ Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.
  - ✓ Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
  - ✓ Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.

#### 2.4.5.3. Aprendizaje organizacional

Son procesos a través del cual se adquieren o modifican habilidades, destrezas, conocimientos, conductas y valores, como resultado del análisis sistémico de los

procesos, encaminado a fortalecer una cultura de seguridad con responsabilidad social.

- Gestión de eventos de seguridad: conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al cliente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.
- Gestión de conocimiento y la información: son las acciones que fomentan el conocimiento y la investigación relacionadas con la seguridad, identificando las necesidades de información que se requieran para que sirvan de apoyo a los diferentes procesos y niveles de la organización.
- Resultados de creación de valor: son las acciones que se derivan producto del análisis de los indicadores que se usan como medidas objetivas, para evidenciar el desarrollo y madurez de la cultura de seguridad en la institución.
- Responsabilidad social frente a la seguridad: son las estrategias que la organización ha definido para que el desarrollo de la cultura de seguridad permita una transformación social de la comunidad en general.

A continuación, se muestra gráficamente el modelo explicativo del programa SELA:

**Gráfico 3.** Modelo explicativo del programa de seguridad en la atención (SELA) en Coopsana IPS. Elaboración propia





### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la percepción de seguridad en la atención y los factores asociados, de los pacientes atendidos en el servicio de cirugía ambulatoria de la IPS Coopsana de la ciudad de Medellín, durante noviembre y diciembre de 2017

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar las variables sociales, demográficas y clínicas de la población del estudio.
- Evaluar la percepción de seguridad de los usuarios con relación a la atención recibida en el servicio de cirugía ambulatoria.
- Determinar los factores asociados con la percepción de seguridad en la atención de los participantes del estudio
- Describir los factores que más explican la percepción de seguridad del paciente atendido en el servicio de cirugía ambulatoria.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO**

Es un estudio cuantitativo debido a que se utilizó la estadística como principal herramienta de análisis; con enfoque empírico analítico puesto que se pretende identificar los factores asociados a la percepción de seguridad en la atención de los pacientes atendidos en el servicio de cirugía ambulatoria de la IPS Coopsana.

Se realizó la recolección de datos y posteriormente se realizó un análisis de estos para dar respuesta a la pregunta de investigación.

### **4.2. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, con intención analítica de la percepción de seguridad en la atención como variable dependiente.

Es un estudio de corte transversal que permitió desarrollar medidas de frecuencia e identificar los factores más importantes que influyen en la percepción de seguridad de la atención del paciente en el servicio quirúrgico ambulatorio por medio del análisis univariado, bivariado y multivariado de las diferentes variables que son objeto de estudio.

### **4.3. POBLACIÓN**

#### **4.3.1. Población de referencia**

Pacientes intervenidos quirúrgicamente en la IPS Coopsana en la ciudad de Medellín durante el año 2017

#### **4.3.2. Población de estudio**

Pacientes de 18 años y más, intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía ambulatoria de la IPS Coopsana durante los meses de noviembre y diciembre de 2017

#### **4.3.3. Criterios de inclusión**

- Pacientes de ambos sexos
- De 18 años o más
- Con egreso del servicio de cirugía superior a las 72 horas

#### **4.3.4. Criterios de exclusión**

- Personas con deterioro cognitivo
- Personas que se negaron a hacer parte del estudio
- Pacientes con dificultades auditivas
- Pacientes mayores de 65 años
- Pacientes que refirieron cancelación del procedimiento

### **4.4. DISEÑO MUESTRAL**

#### **4.4.1. Tamaño de la muestra**

Para realizar el cálculo del tamaño de la muestra se tomó en cuenta las estadísticas del servicio quirúrgico de la institución en el año inmediatamente anterior al estudio. Durante el año 2016 se intervinieron en total 2.824 pacientes, de los cuales el 90,7% (2.561) tenían entre 18 y 65 años de edad. Adicionalmente se esperó una percepción de seguridad en la atención del 83%, de acuerdo a los datos revelados por el Ministerio de salud con relación a los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del año 2012 (6), que revela que de las fallas en la

atención presentadas durante este año en Colombia, el 17% están relacionadas con la atención quirúrgica.

Se tomó una precisión del 5%, un nivel de confianza del 95%, un efecto de diseño de 1, para un tamaño de muestra de 200 pacientes.

$$n = \frac{N * Z^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)} * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)} * p * q}$$

$$n = \frac{2561 * 1,96 * 0,83 * 0,17}{5^2 * (2561 - 1) + 1,96 * 0,83 * 0,17} = 200$$

$n$	=	Muestra (200)
$N$	=	Población de estudio (2561)
$Z^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}$	=	Coeficiente de confianza (1,96)
$e$	=	Error máximo permisible (5%)
$p$	=	Proporción estimada de la variable dependiente (83%)
$q$	=	$1 - p$ (0,17)

Se elaboró una base de datos en Excel que contiene todos los datos de los pacientes a encuestar.

#### 4.4.2. Selección de la muestra

Se realizó muestreo no probabilístico, tomando una muestra de 201 pacientes atendidos en los meses de noviembre y diciembre de 2017, de acuerdo con el cálculo estimado para una prevalencia de precepción de atención segura del 83%.

Es de conocimiento que los promedios de los pacientes atendidos no varían significativamente de un mes a otro por lo que a conveniencia del investigador principal y para evitar el sesgo de memoria se captaron los pacientes intervenidos en los últimos meses (noviembre y diciembre).

## **4.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES**

### **4.5.1. Variable dependiente**

Percepción de seguridad en la atención del paciente atendido en el servicio de cirugía ambulatoria

### **4.5.2. Variables independientes**

- Variables sociodemográficas: tipo de documento, numero de documento, sexo, edad, municipio de residencia habitual, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, régimen de seguridad social, entidad a la que se encuentra afiliado, tipo de afiliación
- Variables clínicas: cirugía realizada, especialidad quirúrgica, fecha de realización de la cirugía, tipo de anestesia, número de días transcurridos para la realización de la cirugía una vez solicitada, valoración preanestésica, valoración prequirúrgica, despliegue de deberes y derechos durante la atención.
- Variables centradas en el paciente: estas variables serán divididas en cuatro subgrupos:
  1. Experiencia en general durante la atención:
    - Recibió suficiente información sobre su enfermedad o su problema de salud
    - Recibió suficiente información sobre su cirugía
    - Pudo preguntar al personal todas las dudas que tenía

- Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta
- El personal contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas
- La información que recibió sobre su estado de salud y cirugía fue la misma, independiente del personal que le respondiera
- El personal le pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento
- Fue atendido sin retrasos ni esperas mientras estuvo en la institución (por ejemplo: el personal acudía rápido tras su llamada, etc.)
- Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar la cirugía u otro procedimiento
- El personal respetó su confidencialidad mientras lo atendía (Por ejemplo: siempre hablaban con usted o su familia en privado y sin que hubiera otras personas delante y la información sobre su enfermedad no estaba nunca a la vista de otras personas o pacientes)

## 2. Errores clínicos durante la atención:

- Ha tenido algún signo de infección posterior a las intervenciones realizadas
- Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación o dispositivos médicos utilizados durante la atención
- Ha vuelto a ser operado/a de forma imprevista después de haber sido intervenido/a quirúrgicamente en la institución (reintervención)
- Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante la atención
- El personal asistencial se equivocó en su diagnóstico
- Le dieron una medicación equivocada durante su atención
- Fue confundido/a con otro/a paciente durante su atención

## 3. Experiencia ante el error clínico:

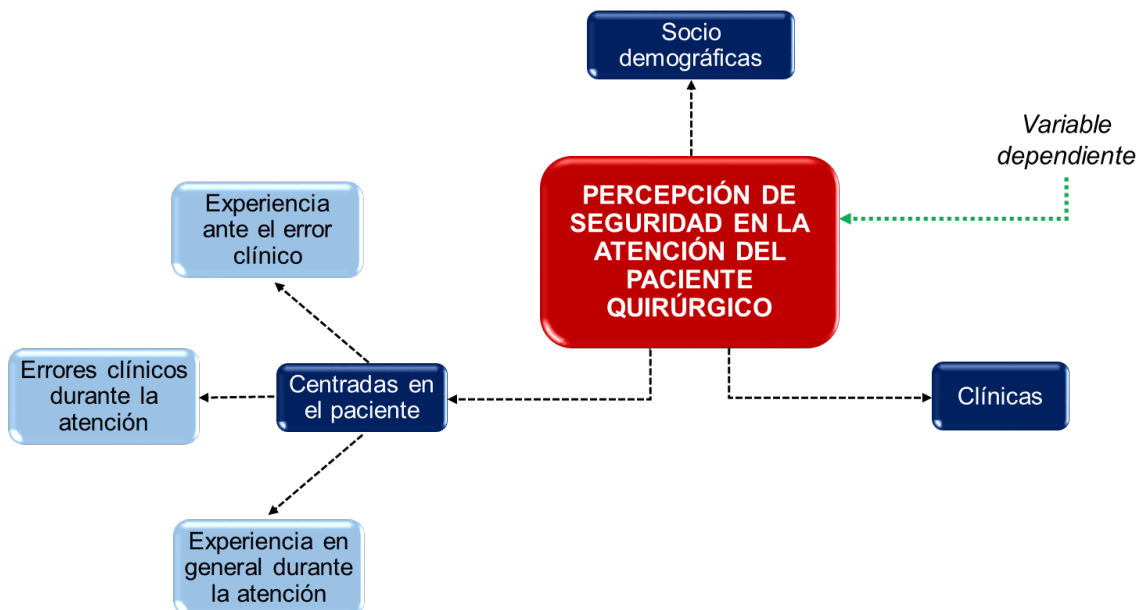
- El paciente cree que ha sufrido un incidente durante su atención
- Descripción del incidente
- El incidente se detectó rápidamente.
- El incidente se resolvió de forma satisfactoria.
- El incidente se resolvió con rapidez.

- La información que recibió del personal que lo atendió sobre el incidente que sufrió durante la atención fue suficiente y clara.
- Pudo participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el incidente.
- El personal que lo atendió pidió disculpas ante el incidente.
- El personal que lo atendió le comunicó que tomaría medidas para evitar que volviera a suceder este tipo de incidentes durante la atención de otros pacientes

4. Grado de seguridad percibido en la atención: Sensación de seguridad que le ha producido la atención recibida en el servicio de cirugía ambulatoria

#### 4.5.3. Diagrama de variables

**Gráfico 4.** Diagrama de variables. *Elaboración propia*



#### 4.5.4. Tabla de variables

En la siguiente tabla, se describen las variables de cada grupo, su definición, naturaleza, nivel de medición, unidades de medida y categorías utilizadas en la encuesta.

**Tabla 1.** Descripción de las variables

Grupo de la variable	Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
Variables sociodemográficas	Sexo	División del género humano en dos grupos	Cualitativa	Nominal		1. Masculino 2. Femenino
	Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos	Longitud 2 dígitos
	Municipio de residencia habitual	Municipio de residencia según la división político-administrativa	Cualitativa	Nominal		Municipio de residencia, según la División político-administrativa del DANE
	Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico al cual pertenece el paciente	Cualitativa	Ordinal		1. Bajo estrato 1 2. Bajo estrato 2 3. Medio estrato 3 4. Medio estrato 4 5. Alto estrato 5 6. Alto estrato 6
	Nivel de escolaridad	Nivel de escolaridad alcanzado	Cualitativa	Ordinal		1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Tecnólogo



Grupo de la variable	Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
						6. Profesional 7. Posgrado
	Régimen de seguridad social	Régimen al que se encuentra afiliado el paciente	Cualitativa	Nominal		1 - Subsidiado 2 - Contributivo 3 - Vinculados (SISBEN) 4 - Régimen especial 5 - Particular 6 - Inactivo
	Entidad a la que se encuentra afiliado	Entidad a la que se encuentra afiliado el paciente al momento de la intervención	Cualitativa	Nominal		1 - EPS Sura 2 - EPS S.O.S 3 - Nueva EPS 4 - Particular 5 - Otro ¿Cuál? 6 - Sin afiliación
	Tipo de afiliación	Tipo de afiliación que tiene el paciente al regimen de seguridad social	Cualitativa	Nominal		1 - Cotizante 2 - Beneficiario 3 - Particular 4 - Sin información
Variables clínicas	Cirugía realizada	Descripción del procedimiento realizado	Cualitativa	Nominal		De acuerdo a clasificación única de procedimientos en salud (CUPS). Si tiene más de un procedimiento se toma en cuenta el que más UVR tiene
	Especialidad quirúrgica	Especialidad que realiza el procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Nominal		1 - Cirugía Dermatológica 2 - Cirugía General 3 - Cirugía Ginecológica 4 - Cirugía Ortopédica

Grupo de la variable	Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
						5 - Cirugía Otorrinolaringología 6 - Cirugía Plástica 7 - Cirugía Urológica 8 - Cirugía Vascular y angiología 9 - Sin dato
	Tipo de anestesia	Tipo de anestesia administrada al paciente para realizar el procedimiento	Cualitativa	Nominal		1 - Anestesia general 2 - Anestesia raquídea 3 - Anestesia epidural 4 - Anestesia local 5 - Sin anestesia 6 - No sabe
	Oportunidad para la realización de la cirugía	Número de días transcurridos entre la entrega de la orden de la cirugía y su realización	Cualitativa	Nominal		1 - De 1 a 7 días 2 - De 8 a 14 días 3 - De 15 a 21 días 4 - De 22 a 30 días 5 - Más de 30 días
	Tuvo valoración preanestésica	El paciente tuvo consulta para valoración por anestesiólogo antes del procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Nominal		1 - Si 2 - No 3 - No aplica
	Tuvo valoración prequirúrgica	El paciente tuvo consulta para valoración por cirujano antes del procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Nominal		1 - Si 2 - No 3 - No aplica
	Despliegue de deberes y derechos	El personal asistencial desplegó al paciente	Cualitativa	Nominal		1 - Si 2 - No

Grupo de la variable		Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
			durante la atención los deberes y derechos				
Variables centradas en el paciente	Experiencia en general durante la atención	Recibió suficiente información sobre su enfermedad o su problema de salud	El paciente recibió suficiente información sobre su enfermedad/o su problema de salud.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>
		Recibió suficiente información sobre su cirugía	El paciente recibió suficiente información sobre su tratamiento.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con</i></p>

Grupo de la variable		Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
							<i>significado para los valores 2 y 4</i>
		Pudo preguntar al personal todas las dudas que tenía	El paciente pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>
		Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta	El paciente fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con</i></p>

Grupo de la variable		Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
							<i>significado para los valores 2 y 4</i>
		El personal contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas	El personal sanitario contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>
		La información que recibió sobre su estado de salud y cirugía fue la misma, independiente del personal que le respondiera	La información que el paciente recibió sobre su estado de salud fue la misma con independencia del personal sanitario que le respondiera.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con</i></p>

Grupo de la variable		Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
							<i>significado para los valores 2 y 4</i>
		El personal le pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento	Al paciente se le solicitó al paciente su opinión respecto a sus cuidados y tratamientos	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>
		Fue atendido sin retrasos ni esperas mientras estuvo en la institución	Al paciente le atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo en la institución (por ejemplo: el personal sanitario acudía rápido tras su llamada, etc.).	Cualitativa	Nominal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con</i></p>

Grupo de la variable	Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
						<i>significado para los valores 2 y 4</i>
	Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar la cirugía u otro procedimiento	Al paciente le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar algun examen o intervención	Cualitativa	Nominal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>
	El personal respetó su confidencialidad mientras lo atendía	El personal sanitario respetó la confidencialidad del paciente mientras estuvo en la institución (por ejemplo, siempre hablaban con el paciente o su familia en privado y sin que hubiera otras personas delante; la información sobre su enfermedad no estaba nunca a la vista de otras personas o pacientes).	Cualitativa	Nominal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con</i></p>

Grupo de la variable	Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
						<i>significado para los valores 2 y 4</i>
	<i>Errores clínicos durante la atención</i>	Infección posterior a las intervenciones realizadas	El paciente ha tenido una infección posterior al procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
		Reacción alérgica debido a la medicación o dispositivos médicos utilizados durante la atención	El paciente ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras estuvo en la institución	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
		Intervención de forma imprevista después de haber sido realizada la intervención quirúrgica	El paciente ha vuelto a ser intervenido de forma imprevista después de haber sido realizada la intervención quirúrgica	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
		Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante la atención	El paciente se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente mientras estuvo en la institución	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
		El personal sanitario se equivocó en su diagnóstico	El personal sanitario se equivocó en el diagnóstico del paciente	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No



Grupo de la variable		Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
		Le dieron una medicación equivocada durante su atención	El paciente recibió una medicación equivocada durante su atención en la institución	Cualitativa	Nominal		1. Si 2. No
		Fue confundido/a con otro/a paciente durante su atención en la institución	El paciente fue confundido/a con otro/a paciente durante su atención en la institución	Cualitativa	Nominal		1. Si 2. No
	Experiencia ante el error clínico	El paciente cree que ha sufrido un incidente durante su atención	El paciente cree que ha sufrido un incidente durante su atención	Cualitativa	Nominal		1. Si 2. No
		Descripción del incidente	Breve descripción del evento	Cualitativa	Texto		
		El incidente se detectó rápidamente.	El incidente se detectó rápidamente.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>

Grupo de la variable		Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
		El incidente se resolvió de forma satisfactoria.	El incidente se resolvió de forma satisfactoria.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>
		El incidente se resolvió con rapidez.	El incidente se resolvió con rapidez.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>

Grupo de la variable		Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
		La información que recibió del personal sanitario sobre el incidente que había sufrido fue suficiente y clara.	La información que recibió el paciente del personal sanitario sobre el incidente que había sufrido fue suficiente y clara.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>
		Pudo participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el incidente.	El paciente pudo participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el incidente.	Cualitativa	Ordinal		<p>E Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>

Grupo de la variable		Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
		El personal sanitario pidió disculpas ante el incidente.	El personal sanitario pidió disculpas al paciente ante el incidente.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>
		El personal sanitario le comunicó que tomaría medidas para evitar que volviera a suceder este tipo de incidentes.	El personal sanitario le comunicó al paciente que tomaría medidas para evitar que volviera a suceder este tipo de incidentes.	Cualitativa	Ordinal		<p>Escala de 1 a 5, donde</p> <p>1. No estoy de acuerdo</p> <p>2.</p> <p>3. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4.</p> <p>5. Completamente de acuerdo</p> <p><i>En el cuestionario del Ministerio de Sanidad de España no se cuenta con significado para los valores 2 y 4</i></p>

Grupo de la variable		Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
	Grado de seguridad percibido en la atención	Sensación de seguridad que le ha producido la atención sanitaria recibida en la institución	Respuesta que mejor defina la sensación de seguridad que le ha producido la atención sanitaria recibida en la institución al paciente	Cualitativa	Ordinal		Escala de 1 a 7, donde 1 - Muy seguro(a) 2 - Bastante seguro(a) 3 - Ligeramente seguro(a) 4 - Ni seguro(a) ni inseguro(a) 5 - Ligeramente inseguro(a) 6 - Bastante inseguro(a) 7 - Muy inseguro(a)

## **4.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **4.6.1. Fuentes de Información**

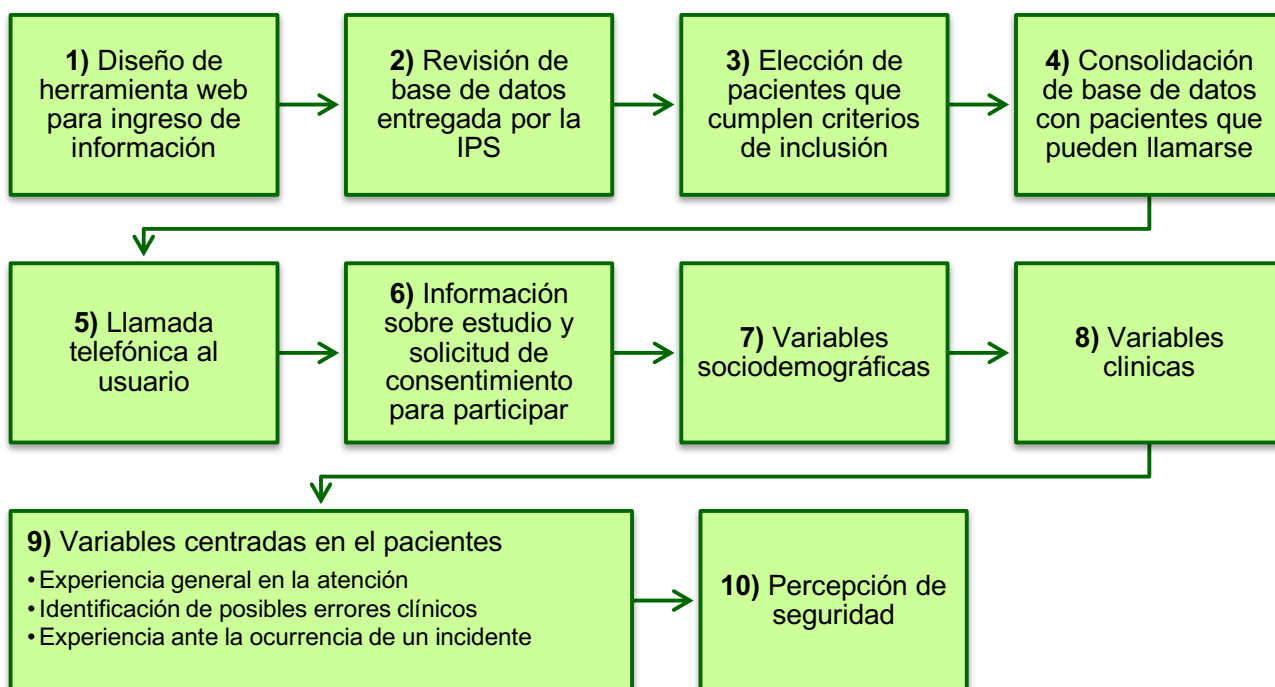
La fuente de información corresponde a una fuente primaria dado que la información se obtuvo directamente de la unidad de análisis a través de la aplicación de encuestas telefónicas individuales a cada paciente, en la cual se aplicó un cuestionario conformado por 46 preguntas (45 cerradas y 1 abierta), donde se abordaron las variables relacionadas con los factores sociales, demográficas, clínicas y centradas en el paciente que pudieran estar asociados o no con la percepción de seguridad en la atención en el servicio quirúrgico.

También se tuvo una fuente secundaria porque se contó con una base de datos suministrada por la IPS para la identificación de los pacientes atendidos en el servicio de cirugía ambulatoria.

### **4.6.2. Técnicas de recolección**

La técnica para obtención de la información fue la revisión de los registros de la base de datos y la encuesta en la que se incluyeron las variables sociales, demográficas, clínicas y centradas en el paciente. Las encuestas se realizaron aplicando muestreo por conveniencia hasta completar la totalidad de la muestra.

**Gráfico 5.** Técnicas para la recolección de la información. *Elaboración propia*



#### 4.6.3. Instrumento de recolección de información

Se utilizó como instrumento un formulario con preguntas sobre las variables sociodemográficas, clínicas y centradas en el paciente. Las variables sociodemográficas se tomaron a través de la encuesta al usuario mientras que las clínicas se tomaron de los registros en base de datos con los cuales cuenta la institución.

Para las variables centradas en el paciente, se utilizó el Cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario, diseñado y validado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (12), previa autorización para su utilización (Ver anexo).

La entrevista se aplicó una vez los participantes autorizaron por medio de consentimiento verbal la participación en el estudio.

#### **4.6.4. Proceso de obtención de la información**

Como primer paso se contactó al coordinador de la unidad quirúrgica y enfermera líder del servicio de cirugía para acceder a los registros de la base de datos de usuarios intervenidos en la institución. Como paso siguiente se realizó la selección de los posibles participantes según los criterios de inclusión previamente definidos.

Se realizó el entrenamiento para la aplicación del cuestionario a dos personas con experiencia en la aplicación de encuestas telefónicas, quienes aplicaron el cuestionario a los participantes de la prueba piloto y del estudio.

Una vez seleccionada la población participante y acordada la fecha de inicio de la recolección, se procedió con la aplicación de la encuesta telefónica, solicitando a cada participante su consentimiento verbal, el cual permitió constatar la voluntad de su participación en el estudio una vez conocidos los beneficios, la confidencialidad y demás información necesaria para obtener su aval.

Las variables centradas en el paciente se tomaron de acuerdo al Cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario, diseñado y validado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (12). Este cuestionario consta de 27 preguntas, divididas en 4 partes diferenciadas. La primera parte contiene 10 preguntas que el paciente contestó en relación con su experiencia en general durante su atención. En la segunda parte el paciente respondió si tuvo alguno de los 7 problemas (error clínico) que se describen durante su atención. La tercera parte del cuestionario hace referencia a la experiencia que tuvo el paciente ante la ocurrencia de un incidente durante su atención. Finalmente, la cuarta parte es una única pregunta donde se evalúa la seguridad percibida por el paciente durante su atención.



#### **4.7. PRUEBA PILOTO**

En el desarrollo de la investigación se realizó la prueba piloto con 28 pacientes atendidos durante el mes de agosto, con el objetivo de evaluar el instrumento y realizar ajustes pertinentes teniendo en cuenta criterios como:

- ✓ Homologación del lenguaje
- ✓ El tiempo requerido para la localización y ubicación de las personas seleccionadas
- ✓ Obtención del consentimiento informado y efectividad en la recolección de los datos
- ✓ El tiempo necesario para la aplicación de la encuesta telefónica
- ✓ Validación de la comprensión y aceptación de las preguntas por parte del encuestado
- ✓ Organización de la base datos

El resultado de la aplicación de la prueba piloto permitió afinar el instrumento a través de los siguientes ajustes:

- ✓ Complementación de los criterios de exclusión: pacientes con hipoacusia y pacientes que refirieron que una vez ingresados al servicio luego de la valoración médica en la etapa de preparación quirúrgica se les canceló la cirugía.
- ✓ Recodificar algunas variables para facilitar el análisis

Cabe anotar que los datos recolectados en la prueba piloto no se incluyen en el análisis de los resultados.

#### 4.8. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Teniendo en cuenta los posibles sesgos que se podían presentar en el desarrollo de la investigación, se realizó la descripción de cada uno de ellos y los mecanismos establecidos para controlarlo.

**Tabla 2.** Descripción de los sesgos y sus controles

Sesgo		Descripción	Control
Selección		Los sesgos de selección hacen referencia a cualquier error que se deriva del proceso de identificación de la población a estudiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos de cirugías entregada por la IPS</li> <li>• Organización de una base de datos donde se identificó plenamente a la persona que ya había participado en la investigación, evitando así una doble participación en el estudio.</li> <li>• Verificación del cumplimiento de los criterios de inclusión en la población participante</li> </ul>
Información	Entrevistado y entrevistador	En este tipo de sesgos se presentan errores consiste en la presencia de errores en la obtención del dato, los cuales pueden tener su origen en el investigador o en la persona investigada	<p><u>Entrevistado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación de manera clara y completa el objetivo de la investigación y la importancia de su presencia para el desarrollo de esta, de tal forma que no se retiren.</li> <li>• Aplicación de los consentimientos informados</li> <li>• Generación de confianza entre el entrevistador y entrevistado, de tal forma que este último se sintiera con toda la seguridad de participar en la investigación brindando una información veraz.</li> </ul> <p><u>Entrevistador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un protocolo preciso para la recogida de datos (donde se detallaron los procesos, personas e instrumentos relacionados con la obtención de datos)</li> </ul>

Sesgo		Descripción	Control
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento adecuado de las personas encargadas de la recogida de datos</li> <li>• Supervisión durante la aplicación de las encuestas</li> <li>• Mismos encuestadores para la aplicación de cuestionarios en prueba piloto y estudio</li> </ul>
	Instrumento	El sesgo de información se refiere a los errores que se introducen durante la generación de la información y que ocasionan una conclusión errónea del estudio	<p>Uso de instrumento validado</p> <p>Redacción lógica de la encuesta, clara de tal forma que sea entendible para el participante</p> <p>Aplicación de prueba piloto para identificar ajustes necesarios</p> <p>Elaboración de un formulario web para el ingreso de los datos con listas desplegables, para evitar el ingreso erróneo de los datos por fallas en la digitación.</p>

## 4.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

### 4.9.1. Técnicas de procesamiento de datos

El almacenamiento de la información se realizó a través de un formulario web y posteriormente se descargó la base de datos en el programa Microsoft Excel, la cual sirvió como archivo principal para el posterior análisis de los datos allí registrados.

### 4.9.2. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico SPSS licenciado por la Universidad CES con el cual se aplicaron estadísticos descriptivos, pruebas de significancia estadística y regresiones logísticas.

El análisis de los datos se hizo de tres (3) tipos, el primero fue el análisis univariado con el objetivo de describir las características de la población participante, para ello se realizaron medidas de tendencia central, medidas de dispersión y de posición. Un segundo análisis fue el bivariado el cual permitió hacer inferencias y conocer la asociación entre las variables, es decir la asociación entre la variable dependiente de interés en función de las diferentes categorías o valores de una variable independiente; por último, se realizó un análisis multivariado que permitió conocer la relación entre tres variables de estudio o más que no se pudieron identificar en el estudio bivariado

#### 4.9.2.1. Análisis univariado

Al realizar análisis univariado se pretendió definir el comportamiento y forma de distribución de cada una de las variables a estudiar, a la vez que se pudo desarrollar un análisis descriptivo, realizar medidas de tendencia central, medidas de dispersión y posición.

**Tabla 3.** Variables del análisis univariado

Objetivo	Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Medida a calcular	Forma de presentación
Caracterizar las variables sociales, demográficas y clínicas de la población del estudio	Sexo	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Diagrama de sectores
	Edad	Cuantitativa	Discreta	Promedio Moda	Histograma de frecuencias
	Municipio de residencia habitual	Cualitativa	Nominal	Proporción	Tabla de frecuencias simples
	Estrato socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	Proporción	Tabla de frecuencias simples
	Nivel de escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Proporción Razón	Barras simples
	Régimen de seguridad social	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Diagrama de sectores

Objetivo	Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Medida a calcular	Forma de presentación
	Entidad a la que se encuentra afiliado	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Diagrama de sectores
	Tipo de afiliación	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Diagrama de sectores
	Cirugía realizada	Cualitativa	Nominal	Proporción	Tabla de frecuencias simples
	Especialidad quirúrgica	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Diagrama de sectores
	Tipo de anestesia	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Diagrama de sectores
	Oportunidad para la realización de la cirugía	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Barras simples
	Tuvo valoración preanestésica	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Diagrama de sectores
	Tuvo valoración prequirúrgica	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Diagrama de sectores
	Despliegue de deberes y derechos	Cualitativa	Nominal	Proporción Razón	Diagrama de sectores

#### 4.9.2.2. Análisis bivariado

Este tipo de análisis buscó principalmente el análisis de las relaciones no causales que se pueden dar entre la variable dependiente percepción de seguridad durante la atención, en función de las diferentes categorías o valores de la variable independientes: sociodemográficas, clínicas y las variables centradas en el paciente (experiencia en general durante la atención, errores clínicos durante la atención y experiencia ante el error clínico). Se aplicó técnicas no paramétricas como la prueba de chi cuadrado.

**Tabla 4.** Variables del análisis bivariado

<b>Variable dependiente</b>	<b>Variable independiente</b>	<b>Medida a calcular</b>	<b>Forma de presentación</b>
Percepción de seguridad durante la atención	Recibió suficiente información sobre su enfermedad o su problema de salud	Chi cuadrado	Tablas cruzadas
	Recibió suficiente información sobre su cirugía		
	Pudo preguntar al personal todas las dudas que tenía		
	Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta		
	El personal contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas		
	La información que recibió sobre su estado de salud y cirugía fue la misma, independiente del personal que le respondiera		
	El personal le pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento		
	Fue atendido sin retrasos ni esperas mientras estuvo en la institución		
	Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar la cirugía u otro procedimiento		
	El personal respetó su confidencialidad mientras lo atendía		
	Infección posterior a las intervenciones realizadas		
	Reacción alérgica debido a la medicación o dispositivos médicos utilizados durante la atención		
	Intervención de forma imprevista después de haber sido realizada la intervención quirúrgica		
	Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante la atención		
	El personal sanitario se equivocó en su diagnóstico		

Variable dependiente	Variable independiente	Medida a calcular	Forma de presentación
	Le dieron una medicación equivocada durante su atención		
	Fue confundido/a con otro/a paciente durante su atención en la institución		
	El paciente cree que ha sufrido un incidente durante su atención		
	Descripción del incidente		
	El incidente se detectó rápidamente.		
	El incidente se resolvió de forma satisfactoria.		
	El incidente se resolvió con rapidez.		
	La información que recibió del personal sanitario sobre el incidente que había sufrido fue suficiente y clara.		
	Pudo participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el incidente.		
	El personal sanitario pidió disculpas ante el incidente.		
	El personal sanitario le comunicó que tomaría medidas para evitar que volviera a suceder este tipo de incidentes.		

#### 4.9.2.3. Análisis multivariado

Se realizó una recodificación de la variable *“Sensación de seguridad que le ha producido la atención sanitaria recibida en la institución”*; convirtiéndola en variable dicotómica al tomar como *“seguro”* los que reportaron haberse sentido *“Muy seguros”* y los demás se tomaron como *“no seguros”* teniendo en cuenta que el paciente pudo percibir algún grado de inseguridad.

Este tipo de análisis se realizó aplicando el modelo de regresión logística binaria, buscando principalmente analizar las relaciones no causales que se puede dar entre la variable dependiente percepción de seguridad durante la atención, en función de las diferentes categorías o valores de la variable independientes: sociodemográficas, clínicas y las variables centradas en el paciente

## **5. PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Los resultados de la investigación son entregados en este informe final para someterlo a evaluación y posteriormente socializarlos en la Universidad CES y en la IPS Coopsana.

Adicionalmente se elaborará un manuscrito con el resultado de la investigación con el objetivo de publicarlo en una revista científica indexada.

## **6. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta normas y políticas internacionales, nacionales e institucionales; que permitan el buen uso de información y el bienestar físico y emocional de los participantes. Entre las normas internacionales se tomó como referente elementos consagrados en la Declaración de Helsinki como la voluntariedad en la participación, la confidencialidad de la información, el consentimiento informado. Como criterio ético de referente nacional se encuentra la Resolución 8430 de 1993 la cual resalta el respeto a la dignidad, a la protección de los derechos y al bienestar en la realización de investigaciones; y finalmente el aval del comité de ética de la universidad CES (36).

La investigación tiene un valor social y cuenta con el visto bueno de la institución prestadora de servicios de salud, lo que permite fortalecer la información de la percepción de la seguridad de la atención en los pacientes, como referente para la implementación de programas y estrategias encaminadas al mejoramiento continuo de la institución y la seguridad en la atención. Esta investigación no implica riesgos para el paciente ya que no abordará aspectos sensitivos de la conducta pues los participantes de la investigación son miembros de la sociedad y no son vistos solo como medios de búsqueda de información. De esta forma, y teniendo en cuenta lo consagrado en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se considera sin riesgo en virtud que es un estudio que



empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizaron intervenciones ni modificaciones intencionadas de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes en el estudio (36).

De igual manera se tuvo en cuenta como otro referente importante los artículos 14 y 15 de la Resolución 8430 de 1993 anteriormente mencionada, donde el consentimiento informado es de vital importancia para el desarrollo de la investigación, ya que es el acuerdo mediante el cual el sujeto de investigación, es decir el paciente, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento del objetivo de esta, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

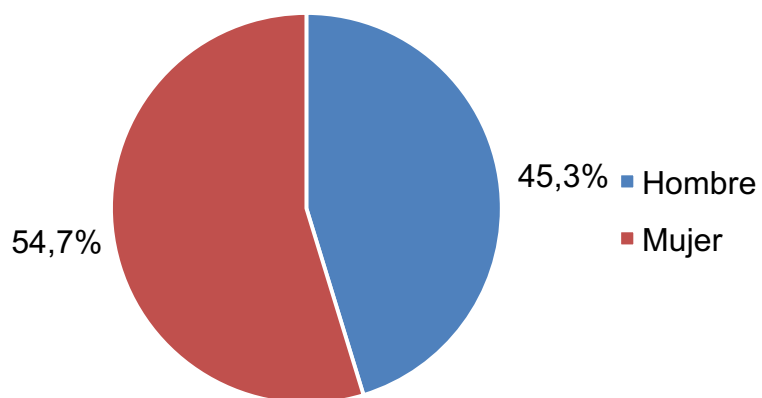
Asimismo y según lo descrito en el artículo 15, se aplicó el consentimiento informado donde claramente se cita la justificación, objetivos de la investigación y beneficios que puedan obtenerse, garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su tratamiento, seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; garantizando así que el paciente participante al momento de aceptar o desistir de su participación en la investigación contara con la información general y detallada que le ayudara a sustentar la decisión tomada como lo sugieren las normas.

## 7. RESULTADOS

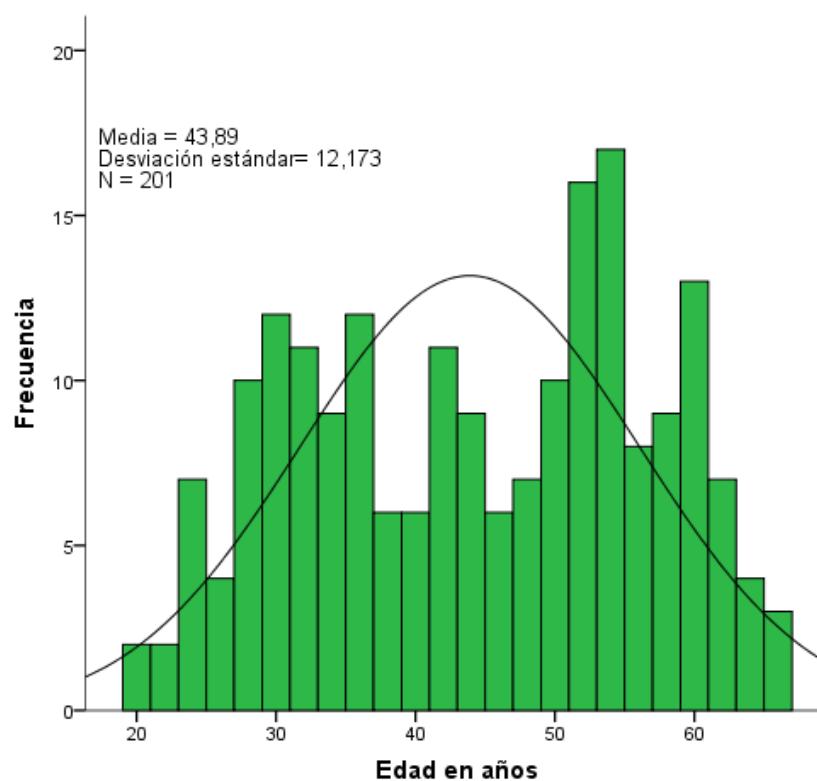
### 7.1. Caracterización de las variables sociales, demográficas y clínicas de la población:

Se estudiaron 201 pacientes, con una media de edad de 43 años (DE: 12,17 años); rango 20-65; el 54,7% (110) fueron mujeres.

**Gráfico 6.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados según sexo, 2017*



**Gráfico 7. Histograma edad de los pacientes encuestados, 2017**



El 68,2% residente en la ciudad de Medellín y el 52,3% pertenecían al estrato socioeconómico medio - alto.

**Tabla 5. Distribución de los pacientes encuestados según estrato socioeconómico, 2017**

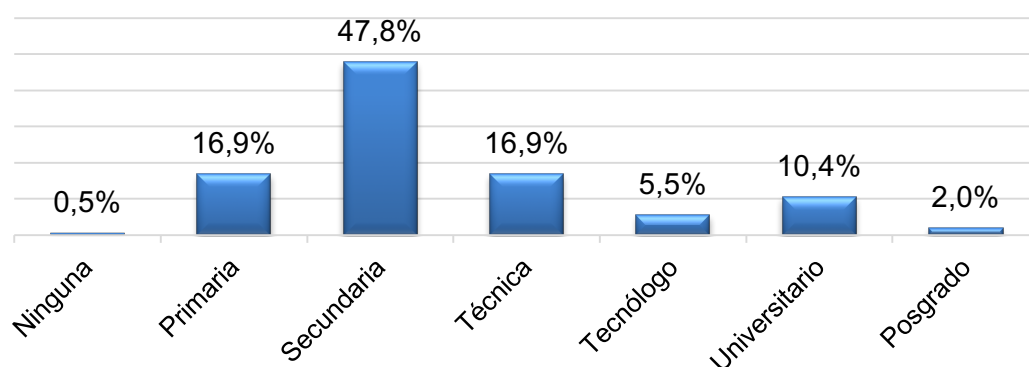
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Bajo estrato 1	19	9,5%	9,5%
Bajo estrato 2	77	38,3%	47,8%
Medio estrato 3	82	40,8%	88,6%
Medio estrato 4	20	10,0%	98,5%
Alto estrato 5	3	1,5%	100,0%
Alto estrato 6	0	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>	

**Tabla 6.** *Distribución de los pacientes encuestados según municipio de residencia habitual, 2017*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Medellín	132	65,7%	65,7%
Bello	23	11,4%	77,1%
Itagüí	8	4,0%	81,1%
Envigado	8	4,0%	85,1%
Caldas	7	3,5%	88,6%
Copacabana	4	2,0%	90,5%
Sabaneta	3	1,5%	92,0%
San Antonio de Prado	3	1,5%	93,5%
Guarne	2	1,0%	94,5%
Barbosa	2	1,0%	95,5%
La estrella	2	1,0%	96,5%
Prado	1	0,5%	97,0%
Santa Rosa de Osos	1	0,5%	97,5%
Santa Elena	1	0,5%	98,0%
Rionegro	1	0,5%	98,5%
Valparaiso	1	0,5%	99,0%
Girardota	1	0,5%	99,5%
La ceja	1	0,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>	

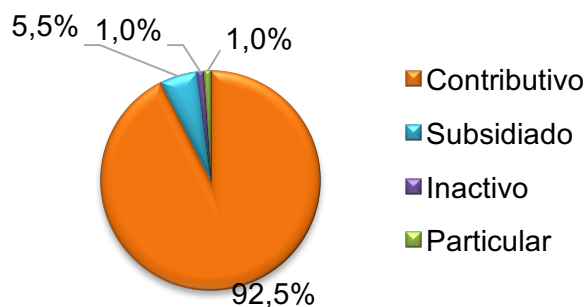
El 65,2% de los pacientes encuestados cursaron la secundaria, primaria o no cursaron ningún estudio.

**Gráfico 8.** Distribución porcentual de los pacientes encuestados según su nivel de escolaridad, 2017

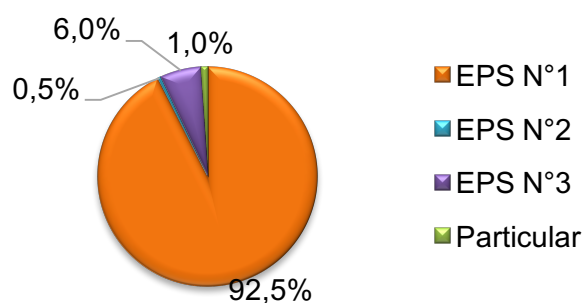


El 92,5% de los pacientes se encuentra afiliados al régimen contributivo y los 64,2% como cotizantes en su tipo de afiliación y el 92,5% se encuentra afiliado a una de las EPS más relevantes en la ciudad.

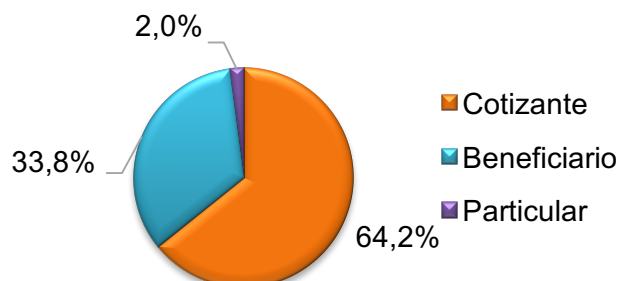
**Gráfico 9.** Distribución porcentual de los pacientes encuestados según su régimen de seguridad social, 2017



**Gráfico 10.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados según la entidad a la que se encuentran afiliados, 2017*

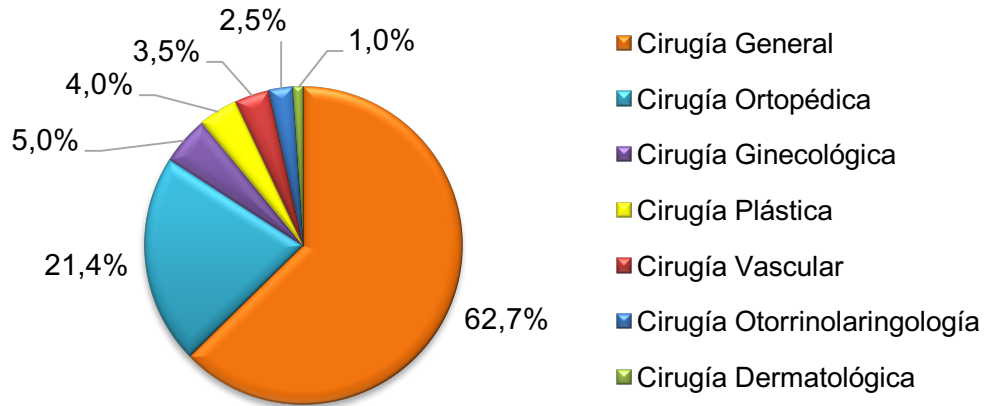


**Gráfico 11.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados según su tipo de afiliación al momento de la intervención, 2017*



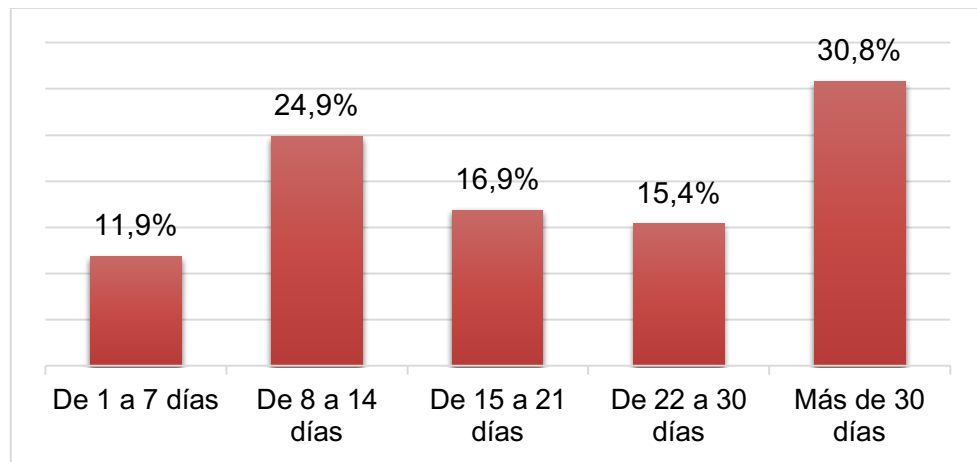
Participaron en el estudio pacientes intervenidos por cirugía general, ortopedia, ginecología, cirugía plástica, cirugía vascular y angiológica, otorrinolaringología y dermatología.

**Gráfico 12.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados según especialidad quirúrgica que los intervino, 2017*



Con relación al tiempo de espera para la realización del procedimiento quirúrgico, una tercera parte de los pacientes encuestados tuvieron que esperar más de 30 días.

**Gráfico 13.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados según oportunidad para la realización de su cirugía, 2017*



El 80% de los procedimientos quirúrgicos fueron: herniorrafia umbilical (27,9%), herniorrafia inguinal (21,9%), herniorrafia epigástrica (9%), descompresión en

túnel del carpo (8,5%), resecciones de tumor (4%) y ligadura y escisión de safena interna (3,5%).

**Tabla 7.** *Distribución de los pacientes encuestados según cirugía realizada, 2017*

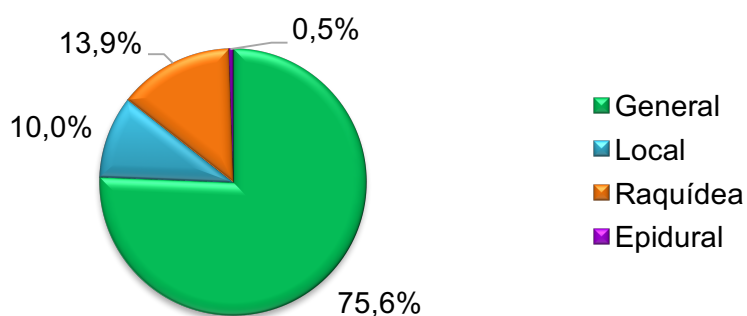
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Herniorrafia umbilical	56	27,9%	27,9%
Herniorrafia inguinal	44	21,9%	49,8%
Herniorrafia epigástrica	18	9,0%	58,7%
Descompresión de nervio en túnel del carpo	17	8,5%	67,2%
Tubectomía	11	5,5%	72,6%
Resección de tumor benigno/maligno	8	4,0%	76,6%
Ligadura y escisión de safena interna	7	3,5%	80,1%
Corrección quirúrgica de dedo en gatillo	6	3,0%	83,1%
Tenolisis en extensores/flexores de mano	5	2,5%	85,6%
Matricectomía	3	1,5%	87,1%
Retiro de material de osteosíntesis	3	1,5%	88,6%
Extracción de cuerpo extraño en pared torácica	2	1,0%	89,6%
Herniorrafia femoral o crural	2	1,0%	90,5%
Reconstrucción de ligamento cruzado por artroscopia	2	1,0%	91,5%
Reconstrucción nasal	2	1,0%	92,5%
Remodelación de menisco por artroscopia	2	1,0%	93,5%
Turbinoplastia	2	1,0%	94,5%
Acromioplastia	1	0,5%	95,0%
Biopsias de piel	1	0,5%	95,5%
Corrección de ginecomastia	1	0,5%	96,0%
Escisión de aponeurosis en dedos	1	0,5%	96,5%
Escisión de pezón accesorio o supernumerario	1	0,5%	97,0%
Esfenoidectomía endoscópica transnasal	1	0,5%	97,5%
Injerto de piel	1	0,5%	98,0%
Plastia en Z o W	1	0,5%	98,5%
Reparación de dedo de pie en martillo	1	0,5%	99,0%
Resección local de lesión en mama	1	0,5%	99,5%
Secuestrectomía, drenaje y desbridamiento	1	0,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>	



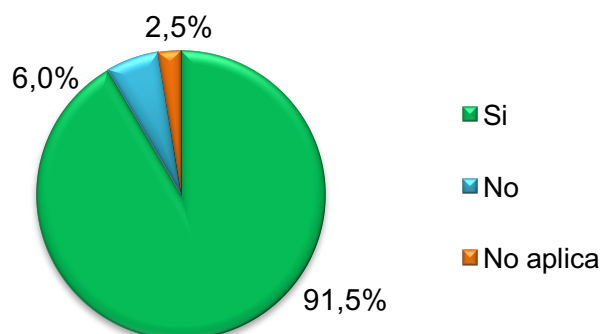
El 75,6% fueron intervenidos bajo anestesia general, 91,5% tuvieron valoración preanestésica y 67,7% tuvieron valoración prequirúrgica. Los pacientes que no recibieron valoración previa por el cirujano antes de la programación quirúrgica fueron pacientes remitidos por otro especialista de una de las IPS de atención básica para procedimientos quirúrgicos menores, los cuales fueron valorados en la preparación prequirúrgica por el especialista.

El 93% de los encuestados manifiestan que se les dio a conocer sus deberes y derechos durante la atención.

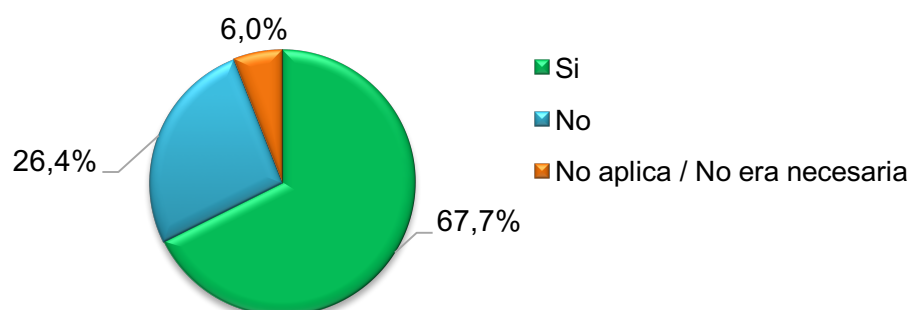
**Gráfico 14.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados según tipo de anestesia con la que se intervino quirúrgicamente, 2017*



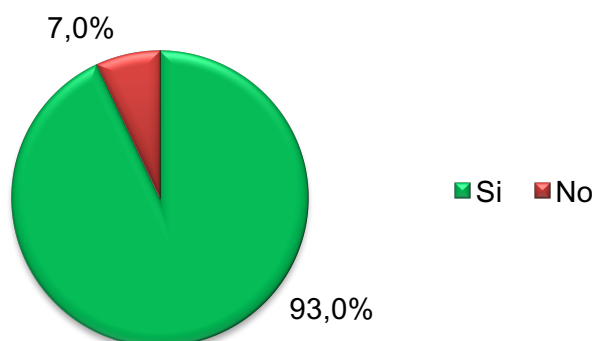
**Gráfico 15.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados con relación a la valoración preanestésica, 2017*



**Gráfico 16.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados con relación a la valoración prequirúrgica, 2017*

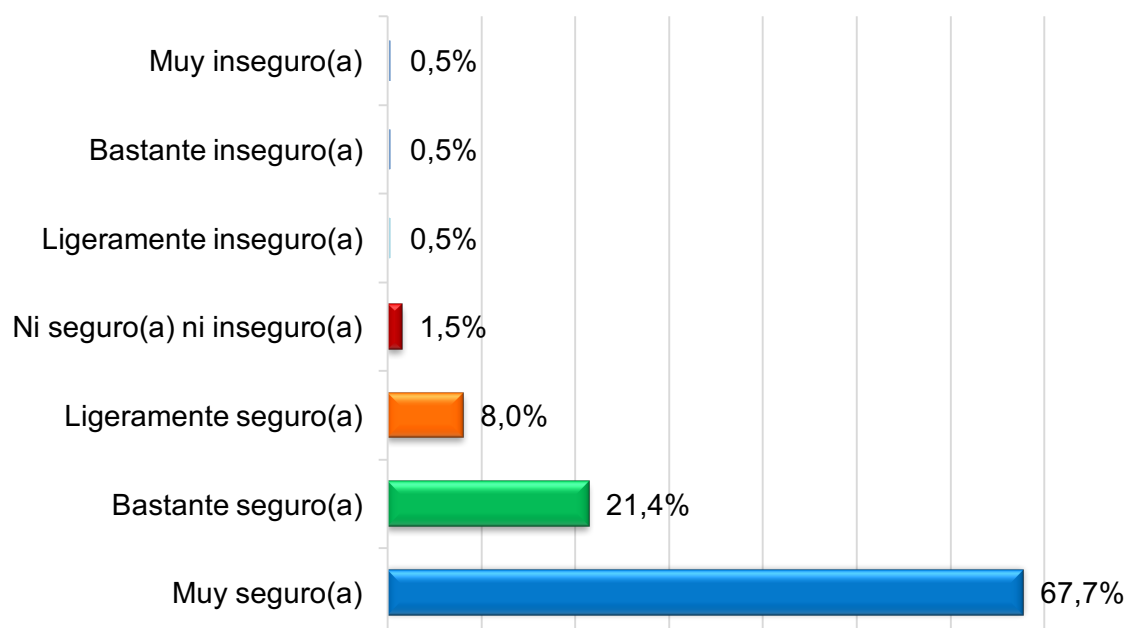


**Gráfico 17.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados con relación al despliegue de deberes y derechos, 2017*



El grado de seguridad en la atención percibido por los pacientes encuestados se tomó de la última pregunta del cuestionario aplicado, la cual se presenta en el siguiente gráfico.

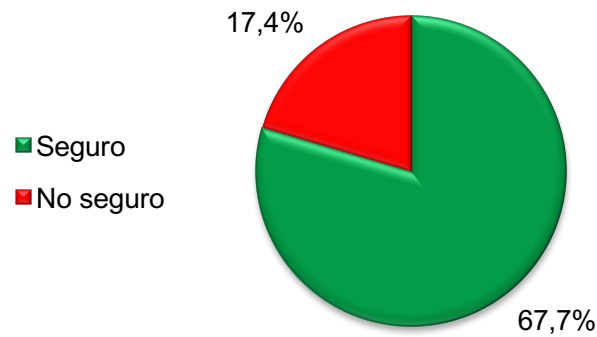
**Gráfico 18.** *Distribución porcentual de los pacientes encuestados según el grado de seguridad en la atención percibido en el servicio de cirugía ambulatoria, 2017*



## 7.2. Percepción de seguridad de los usuarios con relación a la atención recibida en el servicio de cirugía ambulatoria y factores asociados:

Se realizó una recodificación de la variable “*Grado de seguridad en la atención recibida en el servicio de cirugía ambulatoria*” tomando como “seguro” los que reportaron haberse sentido “*Muy seguros*” y los demás se tomaron como no seguros teniendo en cuenta que el paciente pudo percibir algún grado de inseguridad.

**Gráfico 19.** Distribución porcentual de la percepción de seguridad en la atención recibida en el servicio de cirugía ambulatoria (Recodificada), 2017



Se realizó el análisis bivariado a las variables sociodemográficas y clínicas, a las centradas en la experiencia general durante la atención, a las que se encuentran relacionadas con errores clínicos durante la atención y a las relacionadas con la experiencia clínica ante el error.

En cuanto a las variables sociodemográficas no se encontró asociación estadística al evidenciar que en el rango de los intervalos de confianza está incluido el valor 1, haciendo que éstos no sean estadísticamente significativos (Tabla 8).

**Tabla 8.** Variables sociodemográficas de los pacientes encuestados

Variables	Seguro (n=136)	No seguro (n=65)	Valor de P	RPc	IC 95% <i>Inferior Superior</i>	
Sexo						
Hombre	66 (48,5%)	25 (38,5%)	0,18	1,51	0,83	2,76
Mujer	70 (51,5%)	40 (61,5%)				
Municipio de residencia habitual						
Otros municipios	48 (35,3%)	16 (24,6%)	0,13	1,67	0,86	3,25
Medellín	88 (64,7%)	49 (75,4%)				
Estrato socioeconómico						
Bajo	66 (48,5%)	30 (46,2%)	0,75	1,10	0,61	1,99

Medio y alto	70 (51,5%)	35 (53,8%)				
<b>Nivel de escolaridad</b>						
Básica o ninguna	88 (64,7%)	43 (66,2%)	0,84	0,94	0,50	1,75
Superior	48 (35,3%)	22 (33,8%)				
<b>Régimen de seguridad social</b>						
Subsidiado	10 (7,4%)	3 (4,6%)	0,46	1,64	0,44	6,17
Contributivo y particular	126 (92,6%)	62 (95,4%)				
<b>Tipo de afiliación</b>						
Beneficiario	49 (36,0%)	19 (29,2%)	0,34	1,36	0,72	2,58
Cotizante o particular	87 (64,0%)	46 (70,8%)				

Al analizar las variables clínicas de los pacientes encuestados se pudo evidenciar que los pacientes intervenidos por la especialidad de cirugía general tienen dos veces la probabilidad de haberse sentido más seguros durante la atención. Esto podría fundamentarse en que la especialidad de cirugía general es una de las más cercanas al paciente y más fácil acceso desde su IPS de atención básica.

Con relación al tiempo de espera para la realización de la cirugía, se encontró que los pacientes con un tiempo de espera menor a 30 días tuvieron dos veces la probabilidad de sentirse seguros con relación a los que esperaron mayor tiempo

Las personas que recibieron consulta de valoración preanestésica tienen 4 veces la probabilidad de haberse sentido seguras durante la atención en cirugía. De igual manera las personas a las que se les desplegaron sus deberes y derechos como paciente tiene 6 veces la probabilidad de haberse sentido seguros (Tabla 9).

**Tabla 9. Variables clínicas de los pacientes encuestados**

Variables	Seguro (n=136)	No seguro (n=65)	Valor de P	RPc	IC 95% Inferior Superior	
Especialidad quirúrgica que lo intervino						
Cirugía general	93 (68,4%)	33 (50,8%)	0,02	2,10	1,14	3,84
Otra especialidad	43 (31,6%)	32 (49,2%)				
Tipo de anestesia						
Anestesia Conductiva, Regional o Local	55 (40,4%)	21 (32,3%)	0,27	1,42	0,76	2,65
Anestesia General	81 (59,6%)	44 (67,7%)				
Tiempo de espera para la realización de la cirugía						
De 1 a 30 días	100 (73,5%)	39 (60,0%)	0,05	1,85	0,99	3,46
Más de 30 días	36 (26,5%)	26 (40,0%)				
Tuvo valoración preanestésica						
Si	130 (95,6%)	54 (83,1%)	0,01	4,41	1,55	12,54
No	6 (4,4%)	11 (16,9%)				
Tuvo valoración prequirúrgica						
Si	130 (95,6%)	59 (90,8%)	0,19	2,20	0,68	7,12
No	6 (4,4%)	6 (9,2%)				
Le desplegaron sus deberes y derechos como paciente						
Si	132 (97,1%)	55 (84,6%)	0,00	6,00	1,81	19,95
No	4 (2,9%)	10 (15,4%)				

Respecto a las variables centradas en la experiencia general que tuvo el paciente durante su proceso de atención, se dicotomizaron las respuestas en “*está completamente de acuerdo*” y “*no está completamente de acuerdo*”. El resultado de este análisis sugiere que cuando el paciente recibe suficiente información, puede aclarar dudas, el personal responde de forma clara y comprensible sus preguntas, se solicita su consentimiento para la realización de los procedimientos, se atiende de manera oportuna y se garantiza la confidencialidad durante su atención, se siente seguro durante el proceso de atención, lo cual fue estadísticamente significativo (Tabla 10)

**Tabla 10.** Variables centradas en la experiencia general durante la atención de los pacientes encuestados

Variables	Seguro (n=136)	No seguro (n=65)	Valor de P	RPc	IC 95%	
					Inferior	Superior
Recibió suficiente información sobre su enfermedad o su problema de salud						
Está completamente de acuerdo	90 (66,2%)	18 (27,7%)	<b>0,00</b>	5,11	<b>2,67</b>	9,78
No está completamente de acuerdo	46 (33,8%)	47 (72,3%)				
Recibió suficiente información sobre su cirugía						
Está completamente de acuerdo	92 (67,6%)	19 (29,2%)	<b>0,00</b>	5,06	<b>2,66</b>	9,64
No está completamente de acuerdo	44 (32,4%)	46 (70,8%)				
Pudo preguntar al personal todas las dudas que tenía						
Está completamente de acuerdo	92 (67,6%)	21 (32,3%)	<b>0,00</b>	4,38	<b>2,33</b>	8,24
No está completamente de acuerdo	44 (32,4%)	44 (67,7%)				
Fue suficientemente informado sobre a quien podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta						
Está completamente de acuerdo	92 (67,6%)	17 (26,2%)	<b>0,00</b>	5,90	<b>3,05</b>	11,42
No está completamente de acuerdo	44 (32,4%)	48 (73,8%)				
El personal contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas						
Está completamente de acuerdo	98 (72,1%)	23 (35,4%)	<b>0,00</b>	4,71	<b>2,50</b>	8,86
No está completamente de acuerdo	38 (27,9%)	42 (64,6%)				
La información que recibió sobre su estado de salud y cirugía siempre fue la misma independiente del personal que respondiera						
Está completamente de acuerdo	94 (69,1%)	19 (29,2%)	<b>0,00</b>	5,42	<b>2,84</b>	10,34
No está completamente de acuerdo	42 (30,9%)	46 (70,8%)				
El personal le pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento						
Está completamente de acuerdo	97 (71,3%)	26 (40,0%)	<b>0,00</b>	3,73	<b>2,01</b>	6,94

No está completamente de acuerdo	39 (28,7%)	39 (60,0%)				
Fue atendido sin retrasos ni esperas						
Está completamente de acuerdo	93 (68,4%)	24 (36,9%)	<b>0,00</b>	3,70	<b>1,99</b>	6,87
No está completamente de acuerdo	43 (31,6%)	41 (63,1%)				
Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar la cirugía u otro procedimiento						
Está completamente de acuerdo	98 (72,1%)	27 (41,5%)	<b>0,00</b>	3,63	<b>1,95</b>	6,74
No está completamente de acuerdo	38 (27,9%)	38 (58,5%)				
Respetaron su confidencialidad mientras lo atendían						
Está completamente de acuerdo	91 (66,9%)	22 (33,8%)	<b>0,00</b>	3,95	<b>2,11</b>	7,39
No está completamente de acuerdo	45 (33,1%)	43 (66,2%)				

Al analizar las variables relacionadas con los errores clínicos durante la atención, cuatro pacientes (2%) manifestaron haber presentado signos de infección posterior a la intervención y solo 1 de ellos manifestó haberse sentido seguro durante la atención.

Presentaron una reacción alérgica a medicamentos o dispositivos médicos siete pacientes (3,5%) y todos ellos manifestaron sentirse seguros durante la atención, lo que sugiere que no hay afectación de la percepción de seguridad en casos de alergias. Lo contrario sucede con los pacientes que requirieron una reintervención quirúrgica (1%) y los que fueron confundidos en algún momento durante la atención (0,5%), los cuales refieren que no se sintieron seguros.

De los pacientes encuestados ninguno refirió equivocaciones por parte del personal en su diagnóstico, haber recibido una medicación equivocada o sufrido una caída, fractura u otro tipo de accidente durante la atención (Tabla 11).



**Tabla 11.** Variables relacionadas con errores clínicos durante la atención de los pacientes encuestados

Variables relacionadas con errores clínicos durante la atención	Seguro (n=136)	No seguro (n=65)	Valor de P	RPc	IC 95%	
					Inferior	Superior
Presentó signos de infección posterior a la intervención						
No	135 (99,3%)	62 (95,4%)	0,11	6,53	0,67	64,06
Si	1 (0,7%)	3 (4,6%)				

La ausencia de personas que presentan eventos como reacciones alérgicas, reintervenciones, caídas, fracturas, errores en el diagnóstico, confusión con otro paciente y medicación equivocada impide la realización de un análisis bivariado con estas variables.

### 7.3. Factores que más explican la percepción de seguridad del paciente atendido en el servicio de cirugía ambulatoria:

Se realizó análisis multivariado aplicando el modelo de regresión logística binaria, buscando principalmente analizar las relaciones no causales que se puede dar entre la variable dependiente percepción de seguridad durante la atención, en función de las diferentes categorías o valores de la variable independientes: sociodemográficas, clínicas y las variables centradas en el paciente.

Al realizar el cálculo de la razón de probabilidad ajustada por variables sociodemográficas clínicas y centradas en la experiencia general durante la atención de los pacientes encuestados, se encuentra que la valoración preanestésica, el despliegue de los deberes y derechos a los pacientes y la información suficiente sobre a quién puede preguntar en caso de tener alguna duda son variables estadísticamente significativas para la percepción de seguridad en la atención del paciente de cirugía ambulatoria (Tabla 13).

Con relación a la atención previa al procedimiento quirúrgico, las personas que recibieron consulta de valoración preanestésica tienen casi cinco veces la

probabilidad de haberse sentido seguras durante la atención en cirugía. De la misma manera, los pacientes a los cuales se les dio a conocer sus deberes y derechos tienen cuatro veces la probabilidad de haberse sentido seguros durante la atención.

A continuación, se describen otras asociaciones, haciendo la claridad de que los valores reportados corresponden al estimador puntual (RP ajustado) pero los intervalos de confianza (IC 95%) muestra que estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

Cabe anotar de que a pesar de que para algunas variables la asociación no sea estadísticamente significativa no significa que no sea importante, teniendo en cuenta que este es un estudio descriptivo, y por lo tanto el tamaño muestral no se diseñó para encontrar tales asociaciones sino para estimar la prevalencia de percepción de atención segura.

Las dos variables más frecuentes están relacionadas con los pacientes que manifestaron estar completamente de acuerdo con que se les informó de una manera suficiente sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta, y los pacientes que no presentaron signos de infección posterior a la intervención; los cuales tiene cuatro veces la de haberse sentido seguros durante la atención.

La valoración prequirúrgica también es una variable frecuente que sugiere que cuando se le realiza el paciente tiene casi tres veces la probabilidad de sentirse seguro. De la misma manera los pacientes que manifestaron que se les respetó su confidencialidad durante la atención tuvieron dos veces la probabilidad de sentirse seguro con relación a los que no.

Con relación a la información suministrada, los pacientes que recibieron la misma información sobre su estado de salud y cirugía independiente del personal que respondiera y quienes recibieron suficiente información sobre su enfermedad tuvieron casi dos veces la probabilidad de sentirse seguros.

Finalmente, los pacientes intervenidos por cirugía general tienen casi dos veces la probabilidad de sentirse seguros durante la atención con relación a los pacientes intervenidos por otra especialidad.

**Tabla 12.** Razón de probabilidad ajustada por variables sociodemográficas, clínicas y centradas en la experiencia general durante la atención de los pacientes encuestados

Variables	Valor de P	RP c	IC 95%		Valor de P	RP a	IC 95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Tuvo valoración preanestésica								
Si	<b>0,01</b>	4,41	<b>1,55</b>	12,54	<b>0,05</b>	4,53	<b>1,01</b>	20,29
No		1,00				1,00		
Le desplegaron sus deberes y derechos como paciente								
Si	<b>0,00</b>	6,00	<b>1,81</b>	19,95	<b>0,05</b>	4,23	<b>1,02</b>	17,66
No		1,00				1,00		
Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta								
Está completamente de acuerdo	<b>0,00</b>	5,90	<b>3,05</b>	11,42	0,10	4,07	0,77	21,60
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		
Presentó signos de infección posterior a la intervención								
No	<b>0,11</b>	6,53	0,67	64,06	0,37	3,66	0,21	62,71
Si		1,00				1,00		
Tuvo valoración prequirúrgica								
Si	<b>0,19</b>	2,20	0,68	7,12	0,28	2,59	0,46	14,50
No		1,00				1,00		
Respetaron su confidencialidad mientras lo atendían								
Está completamente de acuerdo	<b>0,00</b>	3,95	<b>2,11</b>	7,39	0,24	2,15	0,60	7,64
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		

Variables	Valor de P	RP c	IC 95%		Valor de P	RP a	IC 95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
La información que recibió sobre su estado de salud y cirugía siempre fue la misma independiente del personal que respondiera								
Está completamente de acuerdo	0,00	5,42	2,84	10,34	0,43	1,94	0,38	9,93
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		
Recibió suficiente información sobre su enfermedad o su problema de salud								
Está completamente de acuerdo	0,00	5,11	2,67	9,78	0,56	1,82	0,25	13,46
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		
Especialidad quirúrgica que lo intervino								
Cirugía general	0,02	2,10	1,14	3,84	0,26	1,65	0,69	3,92
Otra especialidad		1,00				1,00		
El personal contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas								
Está completamente de acuerdo	0,00	4,71	2,50	8,86	0,78	1,32	0,19	9,46
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		
Fue atendido sin retrasos ni esperas								
Está completamente de acuerdo	0,00	3,70	1,99	6,87	0,75	1,24	0,33	4,66
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		
Tiempo de espera para la realización de la cirugía								
De 1 a 30 días	0,05	1,85	0,99	3,46	0,73	1,16	0,51	2,64
Más de 30 días		1,00				1,00		
Municipio de residencia habitual								
Otros municipios	0,13	1,67	0,86	3,25	0,80	1,11	0,49	2,51
Medellín		1,00				1,00		
Sexo								

Variables	Valor de P	RP c	IC 95%		Valor de P	RP a	IC 95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Hombre	<b>0,18</b>	1,51	0,83	2,76	0,99	1,00	0,46	2,14
Mujer		1,00				1,00		
El personal le pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento								
Está completamente de acuerdo	<b>0,00</b>	3,73	<b>2,01</b>	6,94	0,82	0,83	0,17	4,10
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		
Recibió suficiente información sobre su cirugía								
Está completamente de acuerdo	<b>0,00</b>	5,06	<b>2,66</b>	9,64	0,77	0,72	0,08	6,85
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		
Pudo preguntar al personal todas las dudas que tenía								
Está completamente de acuerdo	<b>0,00</b>	4,38	<b>2,33</b>	8,24	0,71	0,71	0,12	4,18
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		
Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar la cirugía u otro procedimiento								
Está completamente de acuerdo	<b>0,00</b>	3,63	<b>1,95</b>	6,74	0,27	0,40	0,08	2,01
No está completamente de acuerdo		1,00				1,00		

## 8. DISCUSIÓN

Este estudio permite identificar que la percepción de seguridad durante el proceso de atención en el paciente quirúrgico no solo está relacionada con las intervenciones del personal asistencial derivadas de la atención en cirugía sino además con todo el proceso de atención previo al día de su intervención.

La principal actividad previa a la atención del paciente en cirugía ambulatoria es la valoración preanestésica la cual tiene como objetivos evaluar el paciente en el preoperatorio con el fin de establecer, junto con los cirujanos, la relación beneficio-riesgos de una intervención determinada, proponer e iniciar un tratamiento, así como informar al paciente y obtener su consentimiento en relación con el procedimiento sugerido (37), aumentar la seguridad de la anestesia, aclararle sus dudas, reducir cada vez más la suspensión de las cirugías y aumentar la satisfacción (38).

Este estudio demuestra que el paciente que recibe valoración preanestésica percibe mayor seguridad en la atención con relación a quien no la recibe, incrementando hasta cinco veces la probabilidad de que se sienta seguro, lo cual se convierte en un factor determinante en el paciente quirúrgico partiendo de la finalidad que tiene esta consulta.

Esta investigación refleja también la importancia que tiene en la percepción de seguridad del paciente que se le den a conocer sus derechos y deberes durante el proceso de atención, siendo esa variable la segunda con mayor asociación a la percepción de seguridad, aumentando la probabilidad de que se sienta seguro a cuatro veces más. Si bien es cierto que los profesionales de la salud tenemos el compromiso de respetar y tener en cuenta los derechos de los pacientes, no siempre lo hacemos de manera consciente ni tenemos desarrollados los procedimientos o protocolos que aseguren una atención centrada en el paciente (39).

El tiempo de espera para la realización de la cirugía es también un factor determinante en la percepción de seguridad del paciente quirúrgico, entendiendo esta oportunidad como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (40). Esta investigación encontró que el paciente programado para su cirugía en un tiempo inferior a 30 días posterior a su solicitud tiene mayor probabilidad de sentirse seguro, lo que se relaciona con lo expuesto por Tobar et al., quienes sugieren que la expectativa de los pacientes y familias no es sólo que su dolencia tenga un diagnóstico y terapia adecuados, sino que además la atención sea oportuna y de calidad en el trato (41).

Este resultado demuestra la importancia de la oportunidad en la atención como atributo de calidad y sugiere el mejoramiento de la gestión administrativa del proceso de atención quirúrgica para incrementar la percepción de seguridad en la atención, así como la satisfacción del paciente y aseguradoras. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud (42).

Es fundamental además para mejorar la percepción de seguridad que el paciente que será intervenido quirúrgicamente reciba suficiente información sobre su estado de salud y el procedimiento al cual será sometido, garantizando que siempre se le brinde la misma información independiente del momento y personal asistencial que la suministre; hallazgo similar al encontrado por Meléndez et al. en su estudio de percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ambiente hospitalario, en el cual concluye la importancia que le da el paciente a estar bien informado y su deseo de poder participar en su propia seguridad (43). El objetivo de la atención médica debería ser encontrar formas de proporcionar información que otorgue a los pacientes el apoyo que necesitan y desean para el proceso de

afrontamiento de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta la atención al final de la vida (44).

El compromiso de los profesionales es imprescindible para el cumplimiento de los derechos del paciente y el respeto a la confidencialidad (39). Esta investigación demuestra que solicitar el consentimiento al paciente antes de realizar el procedimiento quirúrgico u otro procedimiento asistencial, así como garantizar la confidencialidad de la atención permite que el usuario tenga una mayor percepción de seguridad. De la misma manera, escuchar la opinión del paciente respecto a su plan de cuidados, permitir que exprese todas sus dudas y responderlas de manera clara y comprensible genera una percepción de atención segura en el paciente; concordante con los resultados de Hernandez et al. en su estudio de percepción de seguridad clínica en los pacientes en diálisis peritoneal quienes refieren que la falta de información y comunicación por parte del personal asistencial se relaciona con una mayor preocupación en los pacientes de sufrir un error médico (10).

Como limitaciones de este estudio hay que señalar que no se encontraron durante la aplicación del cuestionario incidentes durante la atención y los errores clínicos reportados no fueron estadísticamente significativos pudiendo estar afectados por el tamaño de la muestra. Se recomienda realizar una próxima investigación que identifique percepción de seguridad en pacientes que hayan presentado eventos adversos, incidentes o errores clínicos durante la atención en cirugía y tengan conocimiento de ello.

De igual manera, teniendo en cuenta que no se cuenta con instrumento validado en el ámbito ambulatorio, se recomienda hacer un estudio de validación de un cuestionario con el cual se pueda identificar la percepción de seguridad en la atención ambulatoria, definir los tiempos más recomendables para la aplicación del mismo y con ello disminuir la posibilidad de sesgos.

Dada la importancia de los hallazgos encontrados, se sugiere la implementación de estrategias en los servicios de cirugía ambulatoria para mejorar la percepción de seguridad en los pacientes atendidos, entre ellas las siguientes:



- Implementar protocolos de atención que definan claramente los criterios para la valoración prequirúrgica y preanestésica, los tiempos de oportunidad que se pueden cumplir y la información que se debe entregar al paciente y cuidador para cuidados pre y posquirúrgicos.
- Identificación y gestión de los riesgos propios del servicio de cirugía ambulatoria que incluyan la educación y participación del paciente.
- Despliegue adecuado y constante de los deberes y derechos de los usuarios durante todo el proceso de atención, que permita además de la aclaración de dudas, la generación de confianza y empatía con todo el personal asistencial.
- Definición de estrategias organizacionales que permitan y promuevan la comunicación clara y asertiva entre el personal asistencial e involucre al paciente y cuidador.
- Estandarizar la metodología para la obtención del consentimiento informado de manera previa al día del procedimiento, teniendo en cuenta que es el profesional médico quien debe brindar educación al paciente y cuidador sobre el procedimiento programado, los riesgos de la intervención, síntomas posteriores, posibles complicaciones, así como permitir la aclaración de inquietudes.
- Estructurar herramientas de comunicación y educación al paciente y cuidador por parte del personal de enfermería para los cuidados posquirúrgicos, signos y síntomas de alarma, programación de revisiones posteriores y canales de atención en caso de complicaciones o inquietudes.

## 9. CONCLUSIONES

Durante las últimas décadas se ha realizado un esfuerzo por parte de todos los actores del sistema de salud para mejorar la calidad y seguridad en la atención de los pacientes a través de la implementación de diferentes estándares. Sin embargo, es necesario que se promueva la comunicación e interacción constante con los pacientes por parte de todo el personal involucrado en la atención y que de esta manera se genere confianza en el equipo asistencial y se identifiquen de manera oportuna acciones de mejora.

Este estudio sugiere que cuando el paciente (de 18 a 65 años) recibe suficiente información, puede aclarar dudas, el personal responde de forma clara y comprensible sus preguntas, se solicita su consentimiento para la realización de los procedimientos, se le realiza valoración prequirúrgica y preanestésica, se atiende de manera oportuna y se garantiza la confidencialidad durante su atención, se siente seguro durante el proceso de atención; contrario a lo que sucede con las variables sociodemográficas las cuales no tienen ninguna asociación.

Las variables que más explican la percepción de seguridad en la atención del paciente atendido en el servicio de cirugía ambulatoria son: la valoración preanestésica y el despliegue de los deberes y derechos a los pacientes.

Podemos concluir entonces que la interacción constante con el personal influye directamente en la percepción de seguridad de la atención en el paciente de cirugía ambulatoria y no solo está relacionada con la atención el día del procedimiento sino que incluye la atención recibida de manera previa, como lo son la valoración prequirúrgica y preanestésica.

Para incrementar la percepción de seguridad en la atención es necesario una comunicación permanente con el paciente antes, durante y después de la intervención quirúrgica, permitiendo su participación activa en todo el proceso de atención.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. 1993 [citado el 7 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Paquete instruccional: Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Versión 2.0 [Internet]. 2014 [citado el 27 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
3. Herrera JUL, Lopez JG. Recomendaciones para la implementacion de herramientas en programas de atencion segura en instituciones prestadoras de salud (IPS). Arch Med Manizales. el 10 de octubre de 2011;11(2):169–82.
4. García MIÁ. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horiz Sanit. el 21 de agosto de 2014;9(1):9–19.
5. Organización Mundial de la Salud OMS. 10 datos sobre seguridad del paciente [Internet]. [citado el 6 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/es/index1.html](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index1.html)
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Avances de la seguridad de pacientes en Colombia 2014 [Internet]. 2014 [citado el 7 de enero de 2016]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/AVANCE\\_S\\_DE\\_LA\\_SEGURIDAD\\_DE\\_PACIENTES\\_EN\\_COLOMBIA%20\\_2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/AVANCE_S_DE_LA_SEGURIDAD_DE_PACIENTES_EN_COLOMBIA%20_2014.pdf)
7. Organización Mundial de la Salud OMS. La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial para la seguridad del paciente [Internet]. 2008 [citado el 7 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.07\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf)
8. Secretaria de Salud F, S. Síntesis ejecutiva. Seguridad del paciente, México. [Internet]. [citado el 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>
9. Andrés Beltrán. Seguridad del paciente en el entorno quirúrgico en Colombia. El Hospital. mayo de 2015;71(2):48–50.

10. Hernández Meca ME, Ochando García A, Royuela García C, Lorenzo Martínez S, Paniagua F. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal / Clinical safety perceived by patients on peritoneal dialysis. Rev Soc Esp Enferm Nefrológica. el 1 de septiembre de 2008;11(3):190-190–5.
11. OMS | “Pacientes en Defensa de su Seguridad” – Información general [Internet]. WHO. [citado el 8 de agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/statement/es/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/)
12. Ministerio de sanidad y política social. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar [Internet]. 2009 [citado el 4 de mayo de 2017]. Disponible en: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/informe\\_validacion\\_cuestionario.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/informe_validacion_cuestionario.pdf)
13. Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC. NTC-ISO 9000:2005. 2005.
14. García RE. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Rev Méd Chile. 2001;129(7):825–6.
15. Cabarcas-Ortega N del S. Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. Rev Cienc Bioméd [Internet]. 2011 [citado el 29 de octubre de 2016];2(1). Disponible en: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1008>
16. Kenagy JW, Berwick DM, Shore MF. Service quality in health care. JAMA. 1999;281(7):661–5.
17. Jiménez Cangas L, Dueñas B, María R, Pérez Maza B, Reyes Alvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cuba Salud Pública. junio de 1996;22(1):15–6.
18. Moya JLR. Gestión por procesos y atención del usuario en los establecimientos del sistema nacional de salud. Juan Carlos Martínez Coll; 2000.
19. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. 2008 [citado el 28 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>
20. López FJM, Ortega JMR. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Ediciones Díaz de Santos; 2001.

21. Garib MC, Médico SD. Gestión de Riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. *Gestión*. 2003;14(4).
22. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. *Cir Cir*. 2006;74(6):495–503.
23. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colomb Médica*. 2005;36(2):130–3.
24. Ministerio de Salud. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 001 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
25. Joint Commission International. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 5ta edición. EEUU: Department of Publications; 2014. 326 p.
26. Organización Mundial de la Salud OMS. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente Versión 1.1 [Internet]. 2009 [citado el 27 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
27. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2008;
28. OMS | La OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños [Internet]. WHO. [citado el 9 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
29. Campos Castillo C, López H, Mauricio L, Basurto Kuba E, Zadivar Ramírez R. Prevención de quejas y demandas al aplicar las metas de seguridad en el paciente quirúrgico. *Cir Gen*. septiembre de 2011;33(3):170–4.
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Paquete instruccional: Seguridad del paciente y la atención segura. Versión 2.0 [Internet]. 2014 [citado el 30 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
31. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. 2007 [citado el 30 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.saludcordoba.gov.co/portal/descargas/legislacion/guias-manuales/pacientes.pdf>

32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. 2014.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social [Internet]. 2016 [citado el 31 de octubre de 2016]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
34. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. 2007.
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. 2016.
36. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. oct 4, 1993 p. 12.
37. de la Rosa MM, Rodríguez-Mota E. Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. *Rev Hosp Juárez México*. 2014;81(3):193–8.
38. Soares RR, Valadares FW, Araujo MB, Lorentz MN. Importance of Pre-Anesthetic Evaluation: Case Report of a Patient with Obstructive Sleep Apnea. *Braz J Anesthesiol*. noviembre de 2011;61(6):786–92.
39. Hernández Vidal N, Palacios Llamazares L, Gens Barberà M, Anglés Segura MT. Series: ¿Tenemos en cuenta los derechos del paciente y la ética de la organización en la asistencia diaria? We Take Rights Patient Ethics Organ Acc Routine Health Care Engl. el 1 de enero de 2009;41:113–5.
40. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud [Internet]. [citado el 16 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>
41. Tobar A, Retamal R, Garrido C. Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital universitario. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2014;25(3):189–200.
42. Kolumbien, editor. 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud: “INCAS Colombia 2009”. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009. 367 p.

43. Meléndez Méndez C, Garza Hernández R, Castañeda-Hidalgo H, González Salinas JF, Turrubiates Pérez J. Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. *Rev Cuid.* el 17 de julio de 2015;6(2):1054.
44. Guimarães Ferreira da Silva D, Souza LP de, Lucia A, Martins de F, Cassia T, Pedrosa TM, et al. Quality of information given to surgical patients with abdominal cancer. *Investig Educ En Enferm.* agosto de 2017;35(2):221–31.

## 11. ANEXOS

### Anexo A. Carta aprobación COI



Medellín, 07 de julio de 2017

Estudiante  
ELIZABETH CRISTINA GAVIRIA GAVIRIA  
Maestría en Calidad en Salud  
Medellín

[gaviriag.elizabeth@uces.edu.co](mailto:gaviriag.elizabeth@uces.edu.co)

Asunto: Comunicación del Comité Operativo de Investigaciones. Código: Acta171Proy014

*Proyecto: Factores que influyen en la percepción de seguridad en la atención en un servicio de cirugía ambulatoria de una IPS de mediana complejidad de la ciudad de Medellín, 2017*

Respetada estudiante:

En el Comité Operativo de Investigaciones de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad se aprobó y se asignó asesor, como consta en el Acta No. 171 del 28 de junio de 2017, para su proyecto "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA AMBULATORIA DE UNA IPS DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN, 2017". Recibirá la asesoría de la Dra. Amparo Rueda y deberá contactarla en el correo electrónico [amrueda19@gmail.com](mailto:amrueda19@gmail.com)

Cordial saludo,



UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN  
CALLE 100 No. 100-100, Medellín, Colombia  
Tel: +57 421 4000 7999

MÓNICA M. MASSARO C, MD. MSc.  
Jefe División Investigación e Innovación  
Facultad de Medicina

Copia:

Dra. Amparo Rueda, Asesora ([amrueda19@gmail.com](mailto:amrueda19@gmail.com))

Dr. Fernando Acosta, Coordinador Maestría ([facosta@ces.edu.co](mailto:facosta@ces.edu.co))

Dr. Hernán García, Jefe División de Salud Pública ([hgarcia@ces.edu.co](mailto:hgarcia@ces.edu.co))



## Anexo B. Carta aprobación IPS



Medellín, 30 de julio de 2017

Señora  
ELIZABETH CRISTINA GAVIRIA G.  
Directora de seguridad y mejoramiento continuo  
Coopsana IPS  
Medellín

ASUNTO: Autorización para desarrollar investigación en la IPS Coopsana

Cordial saludo,

Teniendo en cuenta la solicitud hecha por usted, doy respuesta con la autorización para realizar la investigación *"FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA AMBULATORIA DE LA IPS COOPSANA DURANTE EL AÑO 2017"*, con la cual desarrollará sus competencias para optar al título de Msc en Calidad en Salud en la Universidad CES de Medellín.

Con esta aprobación puede acceder a la información contenida en las bases de datos y registros asistenciales, así como la realización de las encuestas a los usuarios de éste servicio.

Finalmente solicito que una vez concluida la investigación nos socialice los resultados para tenerlos en cuenta en los desarrollos de mejoramiento continuo que realice la institución.

Atentamente,

ROGER IVÁN BEDOLLA JIMENEZ  
Gerente  
Coopsana IPS



Calle 48 N° 66-48 Locales 301 y 302  
Teléfono: 444 00 55 Opción 1 / Fax: 291 67 10  
[www.coopsana.com.co](http://www.coopsana.com.co)

## Anexo D. Aprobación Ministerio Sanidad España para uso de cuestionario

oiac@msssi.es

vie 12/05/2017 4:33 a.m.

Para: crysgaviria@hotmail.com <crysgaviria@hotmail.com>;

Buenos días,

Una vez que hemos recibido la respuesta de la unidad competente en la materia a la que hace referencia su correo, en primer lugar queremos indicarle nuestra satisfacción de que los trabajos de investigación impulsados por este Ministerio sean también de utilidad para la población de Medellín, Colombia a, y más en concreto para la investigación que está desarrollando en su Máster.

Atendiendo a su petición, es un placer facilitarle la autorización para su uso del cuestionario de *"Evaluación de la Percepción de los pacientes sobre la seguridad de los Servicios sanitarios"*. El trabajo de investigación, como sin duda puede comprobar en la contraportada del mismo, en su totalidad es de titularidad de este Ministerio y el cuestionario ad hoc y su validación posterior está en el marco de compromiso de realización de dicho proceso de investigación. Por último debo recordarle que deberá hacer constar la titularidad y la citación del trabajo tal como se indica en el propio.

Finalmente, para facilitarles el acceso al mismo le indico el enlace en para su acceso.

<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/>.

Le deseamos un fructífero trabajo de investigación y que los resultados les permitan reorientar las acciones en la mejora de la Seguridad del Paciente.

Atentamente,

Oficina de Información y Atención al Ciudadano  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
Paseo del Prado, nº 18 - 20  
28071 - MADRID  
Tfno.: 901400100  
915961089/90  
[www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)  
[oiac@msssi.es](mailto:oiac@msssi.es)