



MODELO DE ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL EN UNA IPS DE TERCER NIVEL¹

ADHESION MODEL TO THE SECURITY POLICY IN A IPS OF THIRD LEVEL

Juliana Fandiño²
María Mercedes Peláez³
Sara Peña⁴
Diana Rojas⁵

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivos describir la situación del servicio de Urgencias respecto a la adherencia del personal a la Política de Seguridad institucional y proponer un modelo que la facilite. Para evidenciar esta situación se utilizaron dos instrumentos: encuesta y lista de chequeo. Los resultados de la primera mostraron falta de conocimiento de la Política de todo el personal del servicio, inducción deficiente para médicos y técnicos de imagenología. Más de la mitad de los encuestados del personal de Urgencias cree que la institución es punitiva con respecto a los eventos adversos. En las listas de chequeo se encontró a nivel general muy baja adherencia al lavado de manos. Los médicos mostraron bajo cumplimiento en realizar los procedimientos de acuerdo con las normas de bioseguridad, en ordenar medidas de aislamiento y en dar recomendaciones al momento del egreso del pa-

ABSTRACT

This paper aims to describe the situation of emergency services for staff adherence to corporate security policy and propose a model to make it available. To demonstrate this using two instruments: a survey and checklist. The results of the first showed a lack of knowledge of the policy of all service personnel, inadequate induction for medical and technical imaging. More than half of respondents in the emergency room staff believe the institution is punitive with respect to adverse events. In the checklists are generally found at very low adherence to hand washing. The doctors showed low compliance procedures are carried out in accordance with biosafety regulations in order isolation measures and make recommendations at the time of discharge. Nursing said in a low percentage, the patient and family about the risk of falls, did not use insulation standards and failed to consider the ten correct in applying medica-

- 1 Artículo de investigación elaborado por las investigadoras en la Universidad El Bosque, Especialización en Gerencia de Calidad en Salud. Entregado el 04/10/2010 y aprobado el 02/12/2010.
- 2 Terapeuta Ocupacional. Especialista Gerencia de la Calidad en Salud - Universidad El Bosque. Terapeuta Ocupacional, Fundación Cardioinfantil. jfandino@gmail.com
- 3 Enfermera. Especialista Gerencia de la Calidad en Salud Universidad El Bosque. Delta A Salud, Enfermera de Auditoria Interna de la Calidad. mariamer.14@gmail.com
- 4 Enfermera. Especialista Gerencia de la Calidad en Salud - Universidad El Bosque. Fundación Cardioinfantil, enfermera de Calidad. spena@cardioinfantil.org
- 5 Médico. Especialista Gerencia de la Calidad en Salud - Universidad El Bosque. Médico de Calidad, Fundación Cardioinfantil. drojas@cardioinfantil.org



ciente. Enfermería informó en un bajo porcentaje, al paciente y la familia, sobre el riesgo de caídas, no hizo uso de las normas de aislamiento y no tuvo en cuenta los diez correctos al aplicar medicamentos. El personal de Farmacia no verificó que la dosis de los medicamentos fuera coherente.

Con esta información se concluyó que en el servicio se cumplen parcialmente las metas en cuanto a conocimiento y adherencia, lo cual evidencia la necesidad de plantear un modelo que ayude a los líderes del servicio a conseguir el cumplimiento de la Política de Seguridad.

Palabras clave: adherencia, Política de Seguridad, evento adverso, modelo, punitivo.

tion. Pharmacy staff did not verify that the dose of drugs was consistent.

With this information it was concluded that the service is partially meet the goals in terms of knowledge and adherence, which demonstrates the need to propose a model to help service leaders to ensure compliance with the Policy.

Keywords: adhesion, Security Policy, adverse event, model, punitive

Introducción

En la última década la Seguridad del paciente ha sido uno de los temas centrales dentro de los programas de Calidad y mejoramiento continuo de las instituciones de salud. La condición humana está ligada al error en cualquier actividad, y el ejercicio práctico de la salud no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria cuando sucede un error es buscar al culpable y castigar, más que establecer en que parte el proceso no se cumplió.

Cada ser humano está rodeado de su propio entorno biopsicosocial, que acepta la interacción personal en su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos. En el ámbito de la atención en salud quien interactúa no solo debe estar atento a su labor y relación personal con una sola persona o varias a la vez, también debe atender al funcionamiento adecuado de los demás agentes involucrados como son tecnología y equipos, lo cual resulta usualmente difícil de mantener por largo tiempo favoreciendo la aparición del error. Para lograr la adherencia del personal asistencial de Urgencias a la Política de Seguridad, es primordial la motivación que los lleva a alcanzar metas personales y las de su servicio, con el fin de mantener la cultura y los valores corporativos que conduzcan a altos desempeños favoreciendo las necesidades del paciente, la familia y la institución.

Por estas razones la identificación del nivel de conocimiento de la Política de Seguridad de la IPS (In-

stitución Prestadora de Servicios de Salud) por parte del personal del servicio de urgencias y la evaluación del grado de adherencia a la misma, fue el punto de partida para la creación de un modelo de motivación y adherencia que contribuya al compromiso del personal respecto al desarrollo de sus actividades cotidianas dentro del marco de la seguridad.

Las limitaciones que se presentaron en el desarrollo del presente estudio fueron: escasa bibliografía relacionada con el tema de adherencia y estudios de medición de la misma y falta de información institucional (cifras de eventos adversos de años anteriores sin documentar). Adicionalmente el personal de farmacia y un 10% del personal médico se negaron a colaborar diligenciando la encuesta.

Metodología

Se efectuó un estudio descriptivo, en donde se midió el nivel de adherencia y conocimiento a la política de seguridad en el servicio de urgencias.

La información y los resultados se recogieron a través de una encuesta y una lista de chequeo. Por medio de la encuesta se midió el conocimiento y percepción de la política de seguridad y a través de la lista de chequeo se midió la adherencia. La muestra para la aplicación de ambos instrumentos fue determinada por medio del programa STATS. Para la Encuesta se tomó como



universo el total de personas que laboraban en los tres turnos entre médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos en imagenología y farmacia dando un total de 121 personas y la muestra fue de 84 personas. Para la lista de chequeo se tomo como universo el total de los egresos mensuales en urgencias que es de 9673 teniendo una muestra de 136 atenciones médicas escogidas al azar.

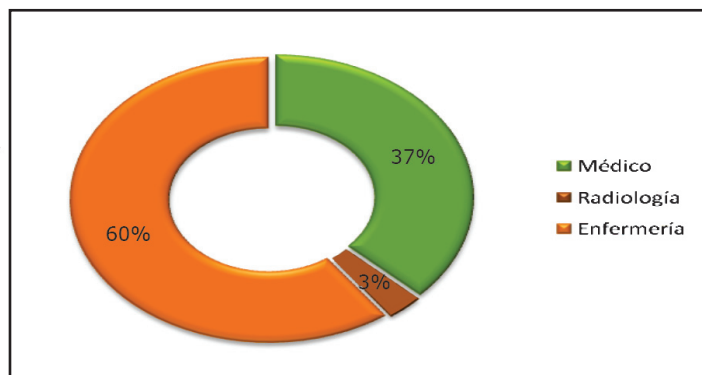
Las variables que se tuvieron en cuenta fueron género, tipo de contratación, edad, turno en el que se labora, tiempo de vinculado, perfil, conocimiento, comunicación asertiva, equipo de seguridad y personal con adherencia. El análisis estadístico del presente estudio se realizó teniendo en cuenta que las variables medidas en escala nominal fueron descritas con frecuencias absolutas y relativas, y las variables medidas en escala de intervalo fueron descritas mediante histogramas.

A partir de los resultados se formularon, indicadores, matriz y listas de priorización, análisis DOFA, análisis causal y planes de mejoramiento en la IPS de tercer nivel objeto del estudio, como factor agregado del presente trabajo, proponiendo un Modelo de Adherencia a la Política de Seguridad en el servicio de Urgencias.

Resultados

Para este estudio se analizaron un total de 84 encuestas y 136 listas de chequeo aplicadas en el tercer bimestre del año 2010 en el servicio de urgencias de la institución objeto de estudio. En la figura 1 se observa el porcentaje de personal encuestado.

Figura 1. Porcentaje personal encuestado



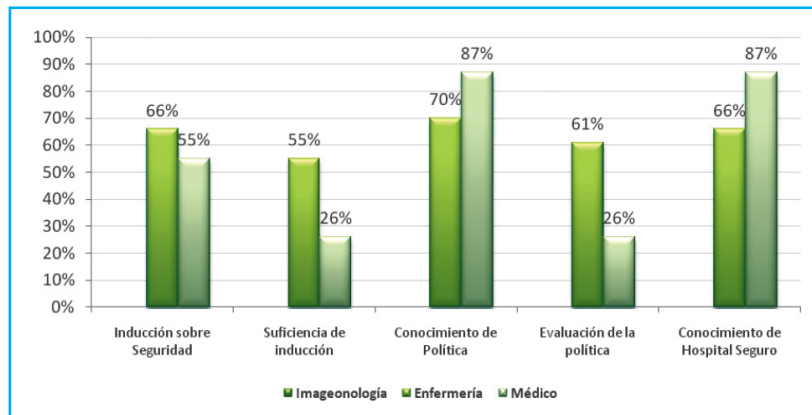
Fuente: Encuestas aplicadas para el presente estudio 2010, elaboradas por las autoras

En la figura 2 se observa, con respecto a la información recibida durante la inducción que:

- El 66% del personal de enfermería considera que la inducción recibida no es suficiente al ingresar a sus labores.
- El 55% de los médicos considera que la inducción recibida no es suficiente al ingresar a sus labores y que esta posteriormente no es evaluada.
- El 100% del personal de Imagenología respondió que no se les realizó inducción.



Figura 2. Información recibida en la inducción

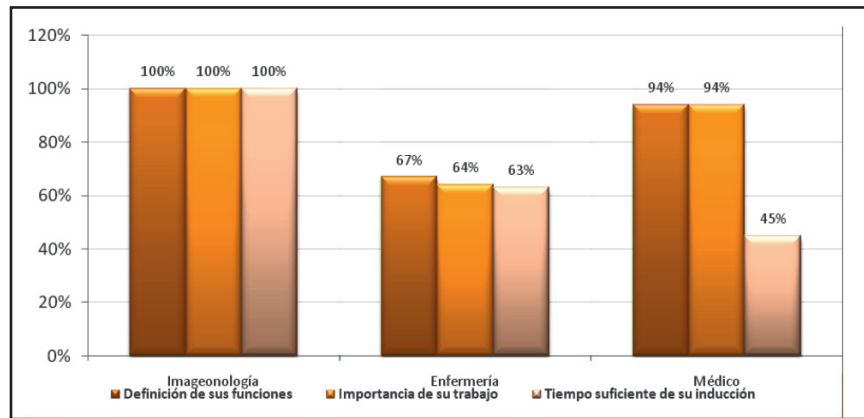


Fuente: Encuestas aplicadas para el presente estudio 2010, elaboradas por las autoras

En la figura 3 se evidencia la percepción que tiene el personal sobre la información de sus funciones recibida al ingresar a la institución:

- El 63% de las enfermeras y el 43% de los médicos considera que no es suficiente el tiempo de inducción.

Figura 3. Información sobre sus funciones



Fuente: Encuestas aplicadas para el presente estudio 2010, elaboradas por las autoras

En la figura 4 con respecto a la motivación se analiza que:

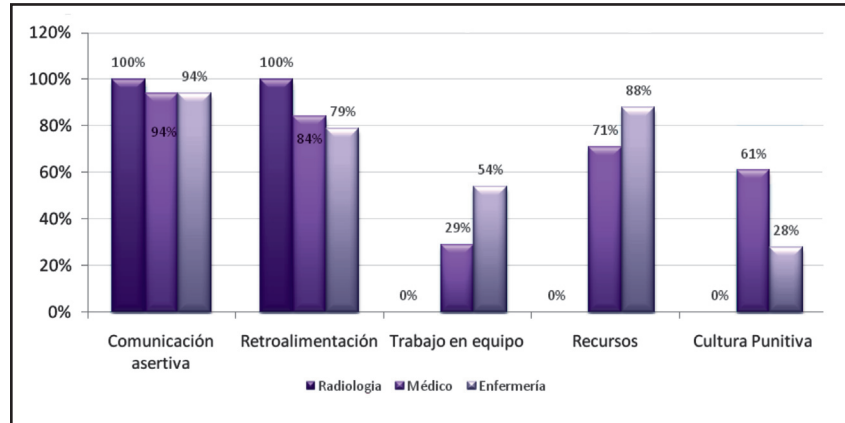
- El 67% de las enfermeras opina que sus Jefes no aceptan sugerencias respecto a la seguridad del paciente, solo el 51% de las enfermeras opina que en el servicio se discute cómo se pueden prevenir los errores, el 34% opina que para la institución es más

importante el proceso que la persona y el 52% piensa que la institución es punitiva ante la presencia de un evento adverso.

- El 29% del personal médico opina que para la institución es más importante el proceso que las personas y el 61% piensa que la institución es punitiva ante la presencia de un evento adverso.



Figura 4.. Motivación



Fuente: Encuestas aplicadas para el presente estudio 2010, elaboradas por las autoras

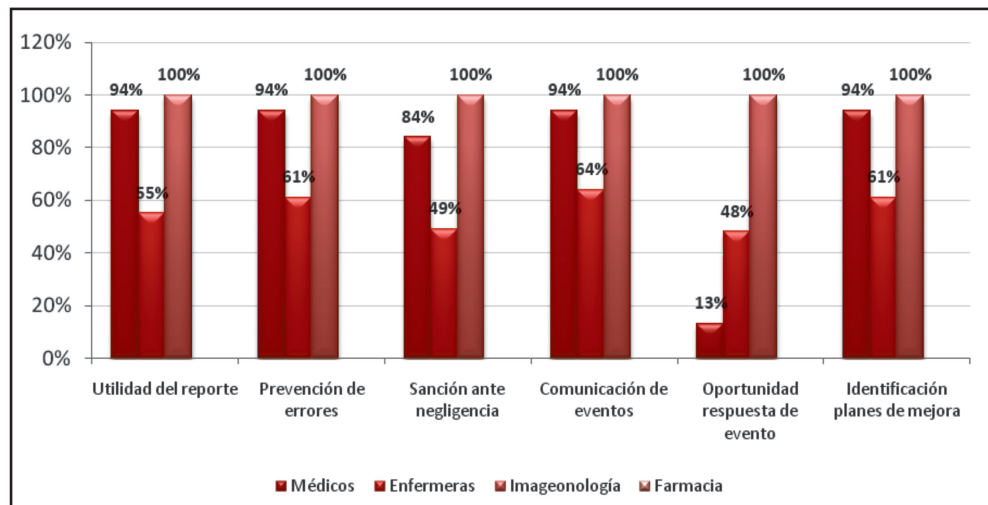
En la figura 5 relacionado en lo relacionado con el proceso de reporte de eventos adversos:

- El 55% de las enfermeras opina que el análisis del reporte ha llevado a cambios positivos, el 61% opina que los procesos son efectivos para la prevención de errores, el 49% piensa que los eventos adversos por

negligencia deben ser sancionados, el 48% opina que cuando se reporta un evento a otra área no se recibe respuesta oportuna, el 61% cree que el reporte le permite identificar oportunidades de mejora.

- El personal médico y de imagenología opina que el proceso del reporte de eventos adverso es efectivo.

Figura 5. Proceso en el reporte de eventos adversos



Fuente: Encuestas aplicadas para el presente estudio 2010, elaboradas por las autoras

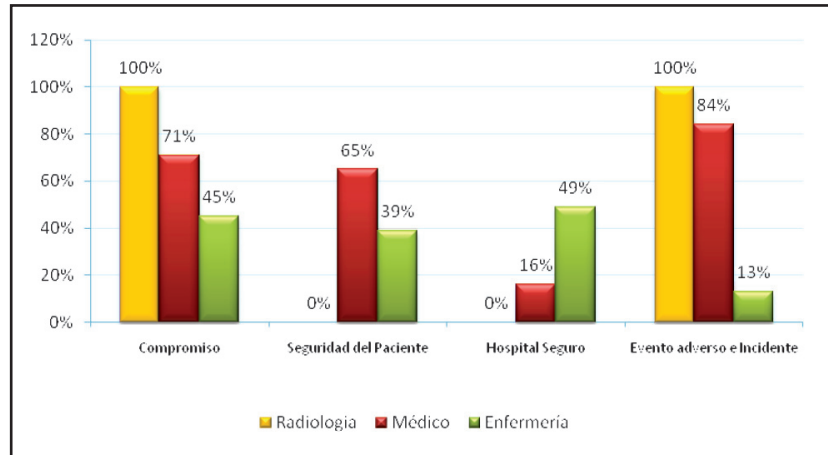


En la figura 6 se observa:

- El 16% del personal médico conoce los capítulos del Hospital Seguro, el 65% tiene claro los conceptos de Seguridad del Paciente.

- Menos del 37% de las enfermeras tiene claro los conceptos de seguridad, evento adverso y capítulos de Hospital Seguro.

Figura 6. Preguntas de conocimiento



Fuente: Encuestas aplicadas para el presente estudio 2010, elaboradas por las autoras

Se realizaron 136 listas de chequeo a las actividades más comunes relacionadas con la seguridad del paciente.

las normas de bioseguridad.

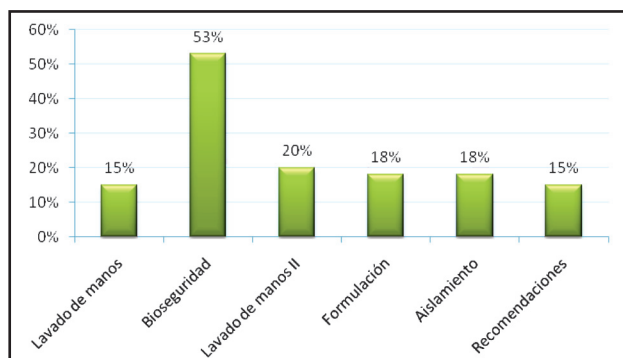
En la figura 7 se evidencia:

- Del 100% de las observaciones realizadas, se encontró que en el 85% de estas los médicos no se lavaron las manos antes de examinar al paciente y en el 47% de los procedimientos realizados no se cumplieron

- El 80% de las valoraciones médicas en los pacientes de observación se realizaron sin previo lavado de manos.

- En el egreso del paciente el 82% de las formulaciones se hicieron sin seguir las normas de la política y en el 85% no se dieron las recomendaciones de egreso.

Figura 7. Proceso de atención médica



Fuente: Listas de chequeo aplicadas para el presente estudio 2010, elaboradas por las autoras

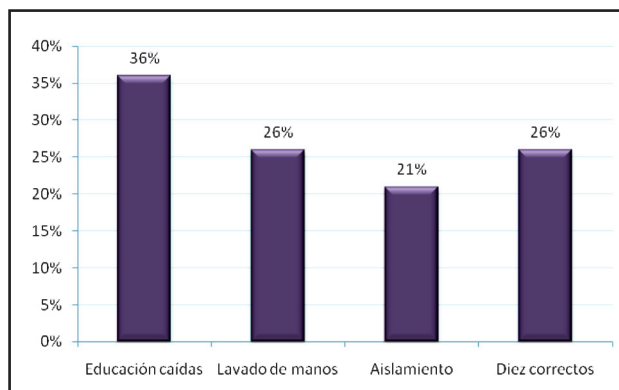


En la figura 8 se puede observar en el proceso de enfermería:

- El 36% de los pacientes del servicio recibieron información y educación sobre el riesgo de caídas.
- El 26% de los procedimientos se realiza con previo lavado de manos.

- El 21% de los pacientes que requiere medidas de aislamiento las tienen.
- En el 26% de los pacientes se aplican los medicamentos teniendo en cuenta los diez correctos.

Figura 8. Proceso de atención de Enfermería

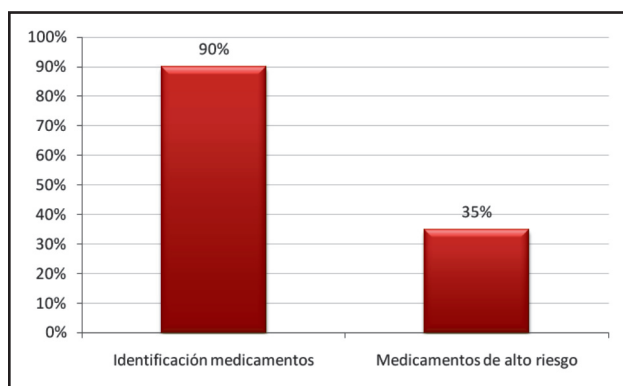


Fuente: Listas de chequeo aplicadas para el presente estudio 2010, elaboradas por las autoras

En la figura 9 se observar en el proceso de farmacia:

- En el 65% de las dispensaciones no se verifica que la dosis de los medicamentos sea coherente con la fórmula médica.

Figura 9. Proceso de atención de farmacia



Fuente: Listas de chequeo aplicadas para el presente estudio 2010, elaboradas por las autoras

Resultados de indicador

Para hacer evidente el grado de percepción, adherencia y conocimiento del personal a la

Política de Seguridad se creó un indicador, cuyas fichas técnicas se encuentran en los anexos 4 y 5. Aunque lo ideal es que el 100% del personal tenga los conocimientos sobre la



Política y que las actividades asistenciales se realicen cumpliendo al 100% la Política, se definió por las investigadoras como meta de cumplimiento 70% tanto para el grado de conocimiento como para la adherencia, con base en el histórico de la institución.

Para analizar los resultados de los indicadores, se siguieron las siguientes pautas:

Se estableció un sistema de semaforización para facilitar la identificación y priorización de los indicadores que requieren intervención para su mejoramiento:

- Cumple si es mayor de 63% y se considera que el indicador está en verde.
- Si se cumple entre el 49 y el 63 % de la meta propuesta, está en amarillo.
- Si se cumple menos del 49% la meta propuesta, está en rojo.

Con base en los indicadores, como se muestra en las tablas 1 y 2 en rojo y amarillo, se realizó el análisis causal de los no cumplimientos y de acuerdo con los resultados se generaron los planes de mejora que hacen parte del Modelo que se presentará más adelante.

Con base en los indicadores en rojo se realizó la matriz de priorización, el análisis DOFA y el análisis causal que se muestran en las tablas 3, 4 y 5 y en la figura 10.

Discusión y conclusiones

Inicialmente se pensó que la causa principal de la no adherencia a la Política era la falta de motivación. Los resultados mostraron que la situación es más crítica de lo que se pensaba cuando se decidió trabajar en este tema. Se evidenció aparte de la motivación la existencia de otros factores.

El proceso de inducción no es suficiente en cuanto a tiempo y conceptos básicos de seguridad del paciente, quizás porque en el momento en que no se cuenta con el personal

suficiente se busca una vinculación laboral rápida por la complejidad del servicio, lo que genera que los tiempos que se tienen establecidos no se cumplan, siendo esto percibido por el personal como una falencia para poder realizar su trabajo con seguridad.

La percepción del personal acerca del manejo que da la institución ante la presencia de un incidente o evento es que importa más quien lo hizo, que mirar las fallas del proceso. La conducta tomada es punitiva más que de mejora. En este punto se debe trabajar de manera prioritaria, ya que dentro del proceso de mejoramiento continuo a nivel de seguridad el primer paso es el reporte, obviamente si las personas consideran que se es punitivo no existirá el autoreporte.

El personal carece de conocimiento de conceptos básicos (evento adverso, incidente, seguridad) y de la Política de Seguridad institucional a pesar de estar muy bien estructurada y documentada, lo que dificulta la transformación cultural en las personas. Alcanzarla no es fácil, ni se consigue en corto tiempo. Hay que empezar a trabajar con los líderes del servicio quienes tienen como función ser multiplicadores de la cultura de seguridad, para que surjan otros.

Se evidenció que algo tan básico como es el lavado de manos no se cumple en el 80% de las actividades realizadas por el personal de salud, siendo este otro de los puntos importantes de trabajo para los líderes y el equipo.

La búsqueda del cumplimiento de las metas del SGOCS, lleva a las instituciones a centrar su gestión hacia los procesos olvidando que son las personas la base fundamental en la implementación y generación de la cultura de seguridad. El camino al cambio debe iniciarse con la sensibilización del personal para lograr adherencia a la Política de Seguridad.

Por último, no se puede desconocer la alta demanda y complejidad del servicio de Urgencias de la IPS, lo que en un momento dado es una limitación para que el personal pueda realizar su trabajo con seguridad.



Tabla 1. Indicador de percepción y conocimiento a la Política de Seguridad del personal asistencial de Urgencias en la IPS

Nombre del Indicador	Factores de cuantificación				Diseño de la medición			Rango			META	may-10		
	Fórmula	Unidad de medida	Tipo de Indicador	Dimensión	Fuente	Frecuencia	Responsable	No cumple < 70%	Cumple parcialmente entre 70 - 90	Cumple > 63%		NUM	DEN	TOTAL
Percepción del personal de Enfermería de Urgencias a la Política de Seguridad.	Promedio de respuestas positivas/Nº de preguntas realizadas x100	%	Cumplimiento/ Eficacia	Proceso	Encuestas de la Política de Seguridad del Paciente Mayo del 2010	Única	Grupo de investigadoras	< 49 %	49 - 63 %	> 63 %	70%	17	23	74
Percepción del personal de Médico de Urgencias a la Política de Seguridad.	Promedio de respuestas positivas/Nº de preguntas realizadas x100	%	Cumplimiento/ Eficacia	Proceso	Encuestas de la Política de Seguridad del Paciente Mayo del 2010	Única	Grupo de investigadoras	< 49 %	49 - 63 %	> 63 %	70%	17	23	74
Percepción del personal de Técnico imagenología de Urgencias a la Política de Seguridad.	Promedio de respuestas positivas/Nº de preguntas realizadas x100	%	Cumplimiento/ Eficacia	Proceso	Encuestas de la Política de Seguridad del Paciente Mayo del 2010	Única	Grupo de investigadoras	< 49 %	49 - 63 %	> 63 %	70%	13	23	57
Percepción del personal de Farmacia de Urgencias a la Política de Seguridad.	Promedio de respuestas positivas/Nº de preguntas realizadas x100	%	Cumplimiento/ Eficacia	Proceso	Encuestas de la Política de Seguridad del Paciente Mayo del 2010	Única	Grupo de investigadoras	< 49 %	49 - 63 %	> 63 %	70%	0	0	0

Fuente: Encuestas para el presente estudio 2010, elaborada por las autoras



Tabla 2. Indicador de adherencia del personal asistencial de Urgencias a la Política de Seguridad

Nombre del Indicador	Factores de cuantificación				Diseño de la medición			Rango			META	may-10		
	Fórmula	Unidad de medida	Tipo de Indicador	Dimensión	Fuente	Frecuencia	Responsable	No cumple	Cumple parcialmente	Cumple		NUM	DEN	TOTAL
Adherencia a la Política de Seguridad del personal de enfermería de Urgencias.	Promedio de observaciones que cumplen/Nº actividades observadas x100	%	Resultado o efectividad	Proceso	Lista de chequeo de adherencia a la Política de Seguridad.	Única	Grupo de investigadoras	< 49 %	49 - 63 %	> 63 %	70%	72	136	53
Adherencia a la Política de Seguridad del personal de Médico Urgencias.	Promedio de observaciones que cumplen/Nº actividades observadas x100	%	Resultado o efectividad	Proceso	Lista de chequeo de adherencia a la Política de Seguridad.	Única	Grupo de investigadoras	< 49 %	49 - 63 %	> 63 %	70%	66	136	49
Adherencia a la Política de Seguridad del personal Técnico de Imageonología Urgencias.	Promedio de observaciones que cumplen/Nº actividades observadas x100	%	Resultado o efectividad	Proceso	Lista de chequeo de adherencia a la Política de Seguridad.	Única	Grupo de investigadoras	< 49 %	49 - 63 %	> 63 %	70%	86	136	63
Adherencia a la Política de Seguridad del personal de Farmacia Urgencias.	Promedio de observaciones que cumplen/Nº actividades observadas x100	%	Resultado o efectividad	Proceso	Lista de chequeo de adherencia a la Política de Seguridad.	Única	Grupo de investigadoras	< 49 %	49 - 63 %	> 63 %	70%	62	136	46

Fuente: Lista de chequeo para el presente estudio 2010, elaborada por las autoras



Tabla 3. Matriz 1 de variables priorizadas

VARIABLE	PROBLEMA	PROCESO	FACTORES CLAVES DE ÉXITO					Calificación 1*2*3*4*5
			Competitividad	Impacto al cliente	Riesgo para el paciente	Posibilidad de afectar a mas usuarios	Costo	
Lavado de manos	Indicador de adherencia al lavado de manos menor de 20%	Adherencia al lavado de manos.	1	1	5	5	5	125
Normas de bioseguridad en los procedimientos	Indicador de adherencia al uso de las normas de bioseguridad menor de 57%	Utilización de normas de bioseguridad	1	1	4	5	5	100
Aislamiento	Indicador de formulación de aislamiento menor de 20%	Formulación de aislamiento	1	1	5	5	5	125
Educa al paciente y la familia sobre el riesgo de caídas	Indicador de educación sobre el riesgo de caída menor de 45%	Educación sobre el riesgo de caídas	1	1	5	5	5	125
Aplica los diez correctos	Indicador de aplicación de los diez correctos menor de 26%	Aplicación de los diez correctos	1	1	5	5	5	125
En farmacia se verifica la congruencia de la dosis en los medicamentos de alto riesgo	Indicador de verificación de congruencia de dosis en medicamentos de alto riesgo menor de 35%	Verificación de la congruencia de la dosis en los medicamentos de alto riesgo.	1	1	5	5	5	125

Fuente: Lista de chequeo aplicada para el presente estudio, elaborada por las autoras mayo 2010



Tabla 4. Matriz 2 de variables priorizadas

Variable	Problema	Valor Ponderación
Lavado de manos	Indicador de adherencia al lavado de manos menor de 20%	125
Normas de bioseguridad en los procedimientos	Indicador de adherencia al uso de las normas de bioseguridad menor de 57%	100
Aislamiento	Indicador de formulación de aislamiento menor de 20%	125
Educación al paciente y la familia sobre el riesgo de caídas	Indicador de educación sobre el riesgo de caída menor de 45%	125
Aplicación los diez correctos	Indicador de aplicación de los diez correctos menor de 26%	125
Verificación de la congruencia en la dosis de los medicamentos de alto riesgo	Indicador de verificación de congruencia de dosis en medicamentos de alto riesgo menor de 35%	125

Fuente: Lista de chequeo aplicada para el presente estudio, elaborada por las autoras mayo 2010

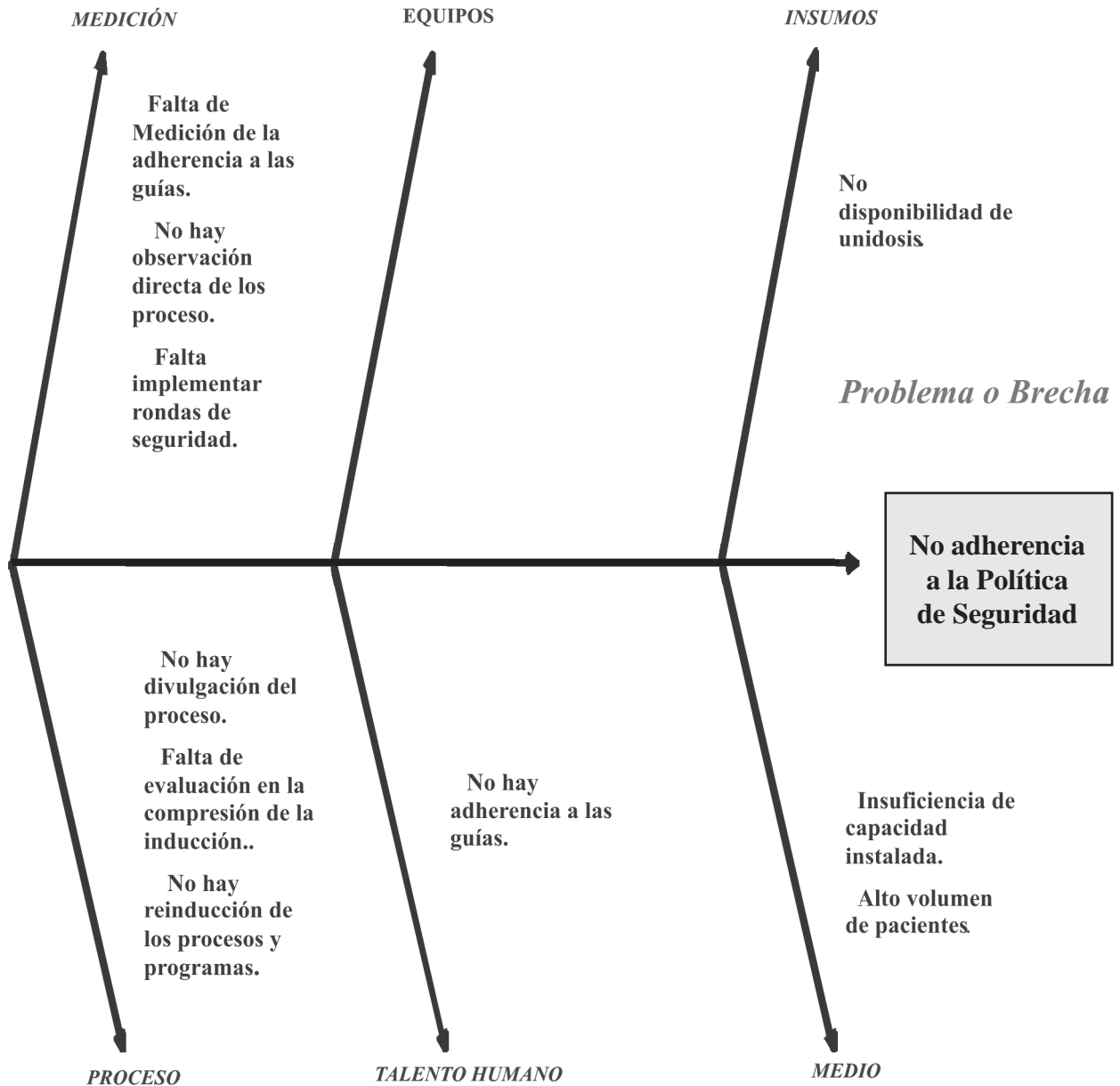
Tabla 5. Análisis DOFA

Variable	Fortaleza Institucional	Soporte	Oportunidad de Mejora	Proceso a Mejorar
Lavado de manos	Campaña del lavado de manos en todos los servicios, detalles de felicitación a quien lo hace bien, dispensadores de alcohol gel, inducción y capacitación,	Listas de chequeo	Indicador de adherencia al lavado de manos menor de 20%	Adherencia al lavado de manos.
Normas de bioseguridad en los procedimientos	Capacitación, inducción, elementos de bioseguridad	Listas de chequeo	Indicador de adherencia al uso de las normas de bioseguridad menor de 57%	Utilización de normas de bioseguridad
Aislamiento	Código de colores, capacitación	Listas de chequeo	Indicador de formulación de aislamiento menor de 20%	Formulación de aislamiento
Educación al paciente y la familia sobre el riesgo de caídas	Capacitación, inducción, camillas con frenos y barandas, elementos de sujeción, identificación de riesgos.	Listas de chequeo	Indicador de educación sobre el riesgo de caída menor de 45%	Educación sobre el riesgo de caídas
Aplicación los diez correctos	Capacitación, inducción, carros de medicamentos, check list	Listas de chequeo	Indicador de aplicación de los diez correctos menor de 26%	Aplicación de los diez correctos
Verificación de la congruencia en la dosis de los medicamentos de alto riesgo	Capacitación, inducción, personal competente. Farmacia exclusiva para el servicio de Urgencias	Listas de chequeo	Indicador de verificación de congruencia de dosis en medicamentos de alto riesgo menor de 35%	Verificación de la congruencia de la dosis en los medicamentos de alto riesgo.

Fuente: Lista de chequeo aplicada para el presente estudio, elaborada por las autoras mayo 2010



Figura 10. Análisis Causal



Modelo de Adherencia a la Política de Seguridad en el Servicio de Urgencias en una IPS de tercer nivel

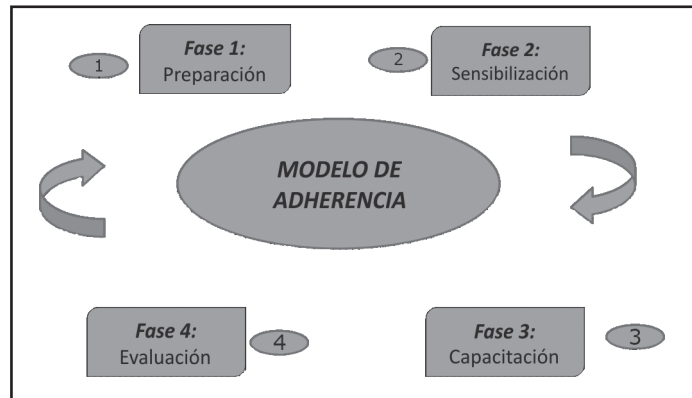
El modelo de motivación para lograr la adherencia pretende ser una herramienta de gestión que permita al personal asistencial de Urgencias lograr un trabajo en equipo, con el fin de hacer de esta un área competitiva y producti-

va con calidad, logrando así la adherencia a la Política de Seguridad.

Desde este punto de vista el modelo consta de cuatro fases que se observan en la figura 11:



Figura 11. Ruta del Modelo de Adherencia



Fuente: Elaborado por las autoras

Estas fases se aplicarán de manera secuencial e indefinida. El objetivo del modelo se centrará en:

- Focalizar la acción del equipo (fijar el rumbo).
- Orientar al personal de Urgencias por medio de líderes de Seguridad, que influyan en plantear una o varias metas en busca de estrategias de mejora en la seguridad del paciente.
- Canalizar la acción coherente e integrada del equipo (producir sinergia).
- A través de un proceso efectivo para cumplir la meta: adherencia a la Política de Seguridad.
- Incentivar a la acción coherente e integrada del equipo (producir la motivación).
- Evitar la desmotivación por la falta de reconocimiento, exceso de trabajo: no involucrar al equipo en las soluciones y procesos, no escuchar al personal.

La base para proponer este modelo se tomó de los resultados obtenidos al aplicar dos instrumentos: encuestas y listas de chequeo.

A continuación se presenta un modelo que se propone implementar con el personal asistencial que labora en el servicio de Urgencias, cuya finalidad es lograr la adherencia a la Política de Seguridad de la Institución. El modelo permite su continua utilización, dinamizando su

consulta y estimulando los cambios actitudinales de los colaboradores del servicio.

- Fase I Preparación

Recuerde que el concepto de "Jefe" ha cambiado

- Hoy en día el equipo de trabajo debe contar con un coach, mentor, facilitador y orientador; conocedor de la visión, misión y Política de Seguridad de la Institución, lo que le permitirá focalizar la acción del equipo hacia las metas trazadas. Conozca la Institución y cada una de las áreas que conforman su servicio.
- Genere la confianza en su equipo de trabajo con el fin de mantener una comunicación asertiva sin perder la autoridad. Indague permanentemente sobre las necesidades de su servicio y su personal. Realice mediciones periódicas (por lo menos cada 2 años) de mini clima laboral, socialice los resultados y cree junto con su equipo los planes de mejora que estén a su alcance.
- Conozca a cada uno de los integrantes de su equipo, sus fortalezas con el fin de potenciarlas y debilidades con el fin de minimizarlas. Programe periódicamente (cada dos meses) reuniones de trabajo donde no solamente se traten temas del servicio, sino temas de interés de los integrantes (actividades lúdicas, científicas, artísticas, políticas, de actualidad).
- Acepte los cambios que se presenten en su servicio; esto facilitará que su equipo tam-



bién lo haga. No se oponga al cambio, no dé por hecho que la manera usual de hacer las cosas es la adecuada. Siempre existen mejores posibilidades.

- Fase II Sensibilización

Cuide y amplíe la autoestima y la autoconfianza de sus colaboradores

- Recuérdele a sus empleados que son competentes, capaces y valiosos. Cuando cumplan las expectativas, infórmeles. Así como retroalimenta a las personas cuando hay fallas, hágalo también cuando hay logros y socialícelo (empleado del mes, comunicados de felicitación).
- Evite rotular a las personas con expresiones verbales y no verbales que puedan destruir su autoestima y autoconfianza ("usted siempre llega tarde", "usted nunca cierra las historias a tiempo").
- Evalúe las acciones de su equipo de trabajo evitando que se sientan vigilados. Realice rondas interdisciplinarias en su gestión diaria, retroalimente asertivamente cuando encuentre fallas.
- No pierda el autodominio en las situaciones de stress con el fin de evitar desmotivar. Ante la presencia de actos inseguros, altos volúmenes de pacientes, conserve la calma, busque una solución inmediata, luego realice semanalmente el análisis causal y elabore planes de mejora que comparta con su equipo.
- No compare a ningún miembro de su equipo con sus compañeros. No olvide que cada persona es diferente en su manera de ser y pensar. Las diferencias son enriquecedoras porque son complementarias.

Enfoque la conducta, no la persona

- Cuando retroalimente a sus empleados hágalo con cifras, datos y hechos. Antes de llamar a la persona tenga suficiente información que debe ser obtenida de fuentes fidedignas.
- No subestime ni aumente el ego de sus colaboradores, no personalice los logros ni las deficiencias, básese en los procesos. (Utilice frases como: que buen/mal trabajo

hiciste" en lugar de "que buen/mal empleado eres")

- Ante la ocurrencia de un incidente o un evento adverso realice el análisis siguiendo el protocolo de Londres.
- No tome acciones punitivas sin haber realizado el análisis del caso.
- Cuando se identifiquen los errores, cree el espacio en un lapso no mayor a una semana para reunirse con su equipo y socializar la experiencia que lleve a evitar la recurrencia del error.

Escuche y responda con empatía

- Tómese el tiempo necesario para entender lo que colaborador le dice y cerciórese que se sienta escuchado, tenga la habilidad para captar el mensaje real que le quieren transmitir; mírelo a los ojos, no realice otra actividad mientras lo atiende, evite el lenguaje pre verbal negativo y elija un lugar tranquilo con privacidad para escucharlo.

Involucre a sus colaboradores en la solución de problemas y toma de decisiones

- Los colaboradores son quienes mejor conocen su trabajo, permítales planificar y diseñar las estrategias del mismo. No imponga, revise las ideas que ellos proponen, válidelas e impleméntelas; cree campañas o concursos de seguridad en los que estimule las habilidades de sus colaboradores.
- Ante una dificultad debe ser el colaborador quien busque las causas y alternativas de solución y se las dé a conocer. Bríndele la oportunidad de participar y retroalimentelo sobre su propuesta.
- Cuando se presente un incidente, evento adverso o cualquier situación que lo amerite, permita la participación de sus colaboradores tanto en el análisis como en el plan de mejora; instaure acciones pedagógicas de los incidentes o eventos sucedidos en el mes.
- Defina con sus colaboradores una manera sencilla, clara y rápida para reportar los eventos adversos y motívelos para informarlos; difunda por correos electrónicos,



circulares o medios de comunicación institucional el proceso del reporte, su impacto y carácter no punitivo.

Mantenga y mejore el desempeño positivo

- Recuerde que el motivador número uno es un "gracias". Cada vez que su colaborador realice una actividad que le fue encomendada no olvide decirle gracias.
 - No se comprometa con incentivos o recompensas que no puede cumplir ya que esto solo ocasionará malestar, desconfianza y desmotivación en sus colaboradores.
 - Incentive de acuerdo con sus posibilidades el desempeño positivo (cursos, comunicados de felicitación, sticker con carita feliz).
- Fase III Capacitación

Inducción

- Posterior a la inducción institucional, realice una inducción específica, donde los líderes de seguridad institucionales den a conocer la Política de seguridad y las prácticas seguras; por medio de la web enviado la información necesaria y finalice con un test.

Capacitación

- Realice capacitaciones mensuales donde se profundice un solo tema de seguridad por medio de una programación establecida cada año, con el fin de lograr que los colaboradores mantengan los conocimientos. No olvide siempre al finalizar realizar el post-test con el fin de evidenciar si hay algún aspecto que se deba reforzar.
 - Busque patrocinio para diplomados, cursos, charlas, conferencias sobre seguridad.
- Fase IV Evaluación
- Acuerde objetivos, revise el progreso y dé retroalimentación.
 - Realice un cronograma anual de evaluación del rendimiento laboral, elabore con el colaborador planes de mejora y cumpla las fechas pactadas para seguimiento.
 - Evalúe al terminar la inducción y si los resultados no son los esperados programe una nueva fecha para reinducción.

Referencias

- [1] LAMAS, D. Motivación Laboral, apuntes de la cátedra de Relaciones Humanas Facultad de Ingeniería Universidad de Buenos Aires. Disponible en URL: http://www.wikilearning.com/monografia/motivacion_laboral/16119. Citado el 02/09/2010.
- [2] ZORNOZA, Luis (editor). Monografías de motivación organizacional. Disponible en: http://www.wikilearning.com/monografia/motivacion_laboral/16119-1 <http://www.wikilearning.com/...organizacional/.../1> Citado el 04/09/2010.
- [3] CORTEZ, A. Motivación Laboral en la empresa de servicios. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos15/motivacion-laboral/motivacion-laboral.shtml> Citado el 02/9/2010.
- [4] PERSIG, Romina. Reflexiones sobre la motivación en el ámbito laboral. <http://www.derrhh.net/forum/topics/motivacion-laboral-en?commentId=2348039%3A22852>. Citado el 02/09/2010.
- [5] ARDOUIN Javier, BUSTOS Claudio, GAYÓ Rosa y JARPA Mauricio Teorías de la motivación laboral. <http://www.apsique.com/wiki/LaboMotysatis> Citado 04/09/2010.
- [6] BETELÚ, S, CAMPION, F, MASSART M, NARVAEZ C, RAUNICH C. et al Técnicas de trabajo en equipo Soledad, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires.
- [7] MUNERA, H.D. y PIDRAHITA, M. E., Evaluación de Adherencia a guías médicas implementadas en el Hospital San Vicente de Paúl, Caldas Antioquia, primer semestre 2008. <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/431/1/EvaluacionAdherenciaGuiasMedicas.pdf> Citado el 04/09/2010
- [8] 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. Ed. Fundación Fific 2007. www.minproteccionsocial.gov.org



- [9] IPS DE TERCER NIVEL Soporte institucional de las Política de seguridad de la IPS de tercer nivel, objeto de estudio del presente trabajo, versión 2, diciembre de 2008.
- [10] IPS DE TERCER NIVEL. Historia institucional disponible en documentos de la institución objeto de estudio. Consultado 10/09/2009.
- [11] IPS DE TERCER NIVEL. Página electrónica institucional, institución objeto de estudio consultado septiembre 2009.
- [12] IPS DE TERCER NIVEL Soporte institucional de las Política de seguridad de la IPS de tercer nivel, objeto de estudio del presente trabajo, versión 2, diciembre de 2008.
- [13] IPS DE TERCER NIVEL Modelo institucional de atención en urgencias, institución objeto del presente estudio, consultado septiembre 2009.
- [14] IPS DE TERCER NIVEL Documentos servicio de urgencias de la institución objeto de estudio 2009.
- [15] ROBAYO, J. Conferencia Magistral de Postgrado de Gerencia de la Calidad de servicios de salud. Bogotá D.C., 2009.
- [16] MINISTERIO DE SALUD, POLITICA SOCIAL. ESPAÑA. Encuesta para la medición de la cultura de seguridad del paciente.<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf> Citado 04/09/2010
- [17] PORRAS A, Conferencia Magistral de Postgrado de Gerencia de la Calidad de servicios de salud. Bogotá D.C., 2009.
- [18] FAJARDO, R. Caso Fundación Santafé de Bogotá, Reporte Departamento de Enfermería, casos grupo de mejoramiento.2009.