CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE

LINA MARCELA MUÑOZ FEIJOO

NORA ELENA OLAYA ALVAREZ

DERLY PILAR OREJUELA RAMIREZ

MANIZALES
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD
2015

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para que la presente investigación pudiera ser concluida.

A la Universidad Católica de Manizales, por brindar los conocimientos y las oportunidades para la formación profesional.

Al Tutor Académico, por brindar la asistencia, aporte de conocimientos y colaboración en este campo para el desarrollo de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

PÁG.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 10
2. INTRODUCCIÓN 11
3. OBJETIVOS 13
3.1. OBJETIVO GENERAL 13
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 13
4. REFERENTE TEÓRICO 14
4.1. ANTECEDENTES 14
4.2. MARCO TEÓRICO 17
4.2.1. Teoría del domino 17
4.2.2. Modelos que explican el error humano 18
4.2.2.1 Modelo basado en las personas 18
4.2.2.2 Modelo centrado en los sistemas 18
4.2.3. Componentes de la cultura de seguridad de paciente 19
4.2.3.1 Seguridad psicológica 19
4.2.3.2 Liderazgo efectivo 20
4.2.3.3 Transparencia 20
4.2.3.4 Cultura justa 20
4.2.4. Indicadores del monitoreo de seguridad de pacientes 20
5. METODOLOGÍA 21
5.2. POBLACIÓN 21
5.3. MUESTRA 21
5.4. INSTRUMENTO 21
5.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 21
5.5.1. Tabulación de la información 22
7. RESULTADOS O DISCUSIÓN 23
7.1. HALLAZGOS 23
7.2. ANALISIS Y RESULTADOS 55
7.3. DISCUSIÓN 55

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 58

8.1. CONCLUSIONES 58

8.2 RECOMENDACIONES 58

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS 60

ANEXOS 61

LISTA DE GRÁFICAS

PÁG.

Gráfica 1. El personal se apoya mutuamente 24
Gráfica 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo 24
Gráfica 3. Cuando tienen mucho trabajo, colaboran todos cómo un equipo para poder terminarlo 25
Gráfica 4. Es su unidad se tratan todos con respeto 25
Gráfica 5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al pacoiente porque la jornada laboral es agotadora 26
Gráfica 6. Existen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente 26
Gráfica 7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal 27
Gráfica 8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que ha cometido algún error, lo utilizan en su contra 27
Gráfica 9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo 28
Gráfica 10. No se producen más fallos 28
Gráfica 11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros 29
Gráfica 12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable 29
Gráfica 13. Los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad 30
Gráfica 14. Trabajan bajo presión para realizar demasiadas cosas muy aprisa 30
Gráfica 15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente 31
Gráfica 16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente 31
Gráfica 17. Es su unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente 32

Gráfica 18. Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia 32
Gráfica 19. Su superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente 33
Gráfica 20. Su superior/jefe tiene en cuenta,seriamente, las sugerencias que le hace el personal para majorar la seguridad del paciente 33
Gráfica 21. Cuando aumenta la presión del trbajo, su superior/jefe pretende que trabajen más rápido, aunque se pueda pone en riesgo la seguridad del paciente 34
Gráfica 22. Su superior jefe pasa por alto a los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente 34
Gráfica 23. La gerencia de la clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente 35
Gráfica 24. Las diferentes unidades de la clínica no se coordinan entre ellas 36
Gráfica 25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra 36
Gráfica 26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente 37
Gráfica 27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente 37
Gráfica 28. Suele resultar incomodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades 38
Gráfica 29. El intercambio de información entre los diferentes servicos es habitualmente problemático 38
Gráfica 30. La gerencia de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades 39
Gráfica 31. La gerencia de la clínica solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente 39
Gráfica 32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada si para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes 40
Gráfica 33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno 40

Gráfica 34. Cuando se notifica algún incidente, les informan qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo 41
Gráfica 35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad 42
Gráfica 36. Se les informa de los errores que ocurren en su servicio/unidad 42
Gráfica 37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores 42
Gráfica 38. En su servicio/unidad se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir 43
Gráfica 39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece se ha hecho de forma incorrecta 43
Gráfica 40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente 44
Gráfica 41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente 44
Gráfica 42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente 45
Gráfica 43. Califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad 46
Gráfica 44. En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad . 46
Gráfica 45. Año en que empezó a trabajar en la clínica 46
Gráfica 46. Año en que empezó a trabajar en su servicio 47
Gráfica 47. Horas por semana que trabaja habitualmente en esta clínica 47
Gráfica 48. Notificaciones por escrito de incidentes ocurridos durante el último año 48
Gráfica 49. En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes 48
Gráfica 50. Principal servicio/unidad de trabajo en la clínica 48
Gráfica 51. Posición laboral en su servicio/unidad. Marque una sola respuesta. . 49

Gráfica 52. Comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés 50
Gráfica 53. Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida..... 50
Gráfica 54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informas radiológicos, medicación administrada)..... 51
Gráfica 55. Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde 51
Gráfica 56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente 52
Gráfica 57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención al paciente 52
Gráfica 58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente 53
Gráfica 59. Antes de firmar el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado 53
Gráfica 60. En los pacientes posiblemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital 54
Gráfica 61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento 54

LISTA DE FIGURAS

PÁG.

Figura 1. Modelo Queso Suizo 19

VICERRECTORÍA ACADÉMICA

CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	
Título:	
Investigador Principal: LINA MARCELA MUÑOZ FEIJOO	
Coinvestigador NORA ELENA OLAYA ALVAREZ	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador DERLY PILAR OREJUELA RAMIREZ	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Línea de Investigación: SEGURIDAD DEL PACIENTE- CULTURA DE SEGURIDAD	
Área de conocimiento a la que aplica:	
Programa de Posgrado al que se articula: ADMINISTRACION DE LA SALUD	
Lugar de Ejecución del Proyecto: Ciudad: SANTIAGO DE CALI Departamento: VALLE	
Duración del Proyecto (periodos académicos):	

2. INTRODUCCIÓN

El error es inseparable a cualquier acto humano y sucede con frecuencia en la atención en salud. Las instituciones han sido vistas por la población a través de la historia como organizaciones faltas de errores, lo que en conjunto con las crecientes expectativas de los mismos usuarios para con su salud, han ido articulando una óptica confusa y compleja. El que se presenten situaciones adversas genera en los usuarios morbilidad y mortalidad, y al mismo tiempo un aumento tanto en los gastos hospitalarios, como para las instituciones que han prestado el servicio y sus correspondientes instituciones administradoras de planes de beneficios.

El conocimiento de dichos eventos es de importancia en la elaboración de indicadores de calidad de la atención de salud del usuario, por esto, es importante conocer la existencia que en todas las unidades de salud suceden a diario situaciones adversas que se derivan de los errores humanos o de sistemas, lo cual es el primer paso para la corrección de éstos.

Así mismo, la Atención Secundaria, primer punto de encuentro del usuario con el sistema de salud, es el nivel asistencial más frecuentado por la población; por esta razón hay ocasiones, en las que el paciente puede padecer algún tipo de lesión o complicación en su tratamiento, sin que por tal razón, exista precisamente un error por parte de los profesionales. En estos términos podría decirse que el usuario sufre un evento adverso, es decir, algún imprevisto que pueda ocasionar daño o complicación al usuario y que es consecuencia directa de la atención en salud y no de la enfermedad que padece, muchos de estos eventos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales.

En este contexto, para mejorar el margen necesario de seguridad de los pacientes, se requiere previamente entender las razones de la ocurrencia de dichos errores, para a su vez aprender de ellos y plantear correctivos.

Cada vez se vuelve más importante en el Sector Salud tanto a en términos nacionales e internacionales, la necesidad de la aplicación de Políticas adecuadas para que se garantice la seguridad de la atención de los pacientes, indiferentemente del régimen al que pertenezcan, ya que están directamente relacionadas con el nivel de calidad de los servicios y los costos de no calidad que se pueden evitar. Es por ello, que se considera de vital importancia analizar los eventos adversos en una población definida, como expresión de la aplicación de procesos asistenciales y administrativos seguros tanto para pacientes como para el equipo de salud.

Para este caso, el presente estudio describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de salud (Médicos, Fisioterapeutas, auxiliares de Enfermería, Enfermeras Jefes), del servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali Norte, institución Prestadora de los Servicios de Salud de III y

IV Nivel de complejidad que hace parte del sistema de Seguridad Social en Cali, Colombia; minimizando errores y riesgos adversos con políticas implementadas. Para ello, se utilizará el mecanismo de evaluación de la cultura de seguridad definido por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. No obstante, es importante determinar en qué aspectos se han logrado avances y en cuales no, con el fin ya sea de realizar cambios en la política de seguridad del paciente o sugerir una correcta implementación de la ya existente, de tal forma que logre impactar tanto a los equipos de salud de la IPS, como el personal administrativo creando una verdadera cultura y responsabilidad en el logro de hospitales seguros. Los resultados de este estudio servirán de apoyo para la oferta de programas de extensión y proyección para la cualificación de los procesos estudiados en las IPS.

Método: el tipo de muestreo es probabilístico aleatorio estratificado, realizado entre el periodo comprendido del segundo semestre del año 2014 y el primer semestre del año 2015. La muestra está constituida por 91 trabajadores de la salud del servicio de Urgencias, que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión planteados. La medición se realizó con el instrumento Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital *Survey on Patint Safety*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali Norte para el segundo semestre del año 2014 y primer semestre del año 2015.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar situaciones inseguras que impliquen riesgo para los pacientes en el servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali Norte.

- Determinar a través de una encuesta la información y /o conocimiento que tienen los empleados del área asistencial en el servicio de urgencias sobre seguridad del paciente.

- Determinar las actitudes y comportamientos favorables relacionados con la Seguridad del Paciente en el servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali norte.

4. REFERENTE TEÓRICO

4.1. ANTECEDENTES

- Cárdenas Sánchez Patricia Adriana, Sarate Grajales Rosa Amarillis. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y sus efectos en la seguridad del paciente, México D.F [2009]. [1] El propósito de este estudio es evaluar la calidad en la administración de medicamentos por vía intravenosa que administra el profesional de enfermería, a través de la aplicación de un instrumento que mide el índice de eficiencia lo que permitirá determinar fallas e implementar estrategias de mejora así como identificar las fortalezas.

Se realizó un estudio descriptivo transversal cuantitativo y de diseño no experimental.

Se analizó la preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa en los servicios de medicina interna, cardiología y neurología.

El nivel de eficiencia de administración de medicamentos por vía intravenosa se definió como el grado de cumplimiento en la realización del procedimiento con base a la norma y la información se obtuvo mediante la observación directa. Al finalizar esta investigación se concluyó que la calidad es un atributo que se debe fomentar y evaluar en los cuidados que proporcionan los trabajadores en enfermería y que permiten garantizar que los servicios de salud sean eficientes; evaluar la calidad implica seguimiento, monitoreo, medición y ejecución. Con base a los resultados diseñar e implementar estrategias que permitan brindar cuidados seguros a los pacientes.

Lo más importante de este estudio es que trata un tema de vital importancia en cuanto a seguridad del paciente, el cual la adecuada administración de los medicamentos por vía intravenosa permite brindar una atención segura y permite saber que tanto conoce el personal de enfermería y cuál es su implicación en la atención de los pacientes.

Aporta a este estudio porque permite evaluar la eficiencia de los servicios y que tanto conocen de los eventos adversos relacionados a la administración de medicamentos.

- Arenas Gutiérrez Wendy Alejandra, Garzón Salamanca Yenifer González, Vega Lizeth Mateus, Galeano Erika Marcela. Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en instituciones de nivel II en Bogotá, [2010]. [2] Este estudio se realizó con el objetivo de caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de III nivel en Bogotá durante el primer semestre del 2009.

La preocupación por la seguridad del paciente surge de la observación de la

incidencia creciente de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de atención y que impone un alto costo en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud; en Colombia se desarrolla e implementa una política de seguridad del paciente derivada del sistema obligatorio de la atención en salud que pretende 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.

El personal de enfermería se ha integrado a los cambios positivos que han tenido lugar en este ámbito del conocimiento y en el quehacer diario se evidencian hábitos que forman parte de la cultura de seguridad del paciente, ahora estos hábitos han de repensarse, reevaluar y examinarse para asegurar que "la seguridad del paciente" haga la diferencia en los servicios de salud y que el crecimiento conceptual se refleje en la práctica.

Este estudio empleó un diseño no experimental de tipo descriptivo que se dirigió principalmente a observación, descripción y documentación de la frecuencia y distribución de los eventos y conductas percibidas por el personal de enfermería. Es de abordaje transversal, pues el análisis se concentra en el punto fijo del tiempo en un momento determinado (primer semestre de 2009).

Finalmente, se concluyó en esta investigación que la toma de decisiones y la confianza dentro del mismo equipo de salud, permite resolver sin temor dudas acerca de la atención e incluso se convierte en el comienzo de la formación de una cultura de seguridad del paciente en la que los trabajadores de la salud sean capaces de reconocer sus errores y los de los demás, formulen alternativas de solución oportunas e incluso se realicen el reporte de eventos antes de afectar al paciente.

Este estudio es importante y aporta a esta investigación porque fomenta la creación de una cultura institucional en seguridad del paciente. La implementación de prácticas seguras y el trabajo en equipo contribuyen al mejoramiento de los factores humanos que llevarán a una práctica clínica más segura que disminuya los errores que suceden a diario en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

- Aranaz Jesús María, Aibar Carlos Andrés, Itziar Larigoitia Remón, Gonset García Jonás. Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), [2010]. [3] Esta investigación se realizó con el objetivo de mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los eventos adversos y análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de eventos adversos evitables.

Se realizó para conocer la epidemiologia de los eventos adversos en cada

hospital de Latinoamérica, lo cual facilitará desarrollar estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos o minimizarlos y además distinguir los eventos adversos evitables o no evitables para orientar las políticas estratégicas en la mejora de seguridad de los pacientes.

Es un estudio observacional analítico de corte transversal, estudio de seguimiento para estimar la incidencia de eventos adversos en una muestra de los sujetos del estudio. Además permitió conocer cuáles son los eventos adversos e identificar sus causas para poner en práctica soluciones efectivas a estos problemas.

Este estudio es importante porque permite conocer las causas de los eventos adversos por parte de personal asistencial, con el fin de identificarlos y por ende disminuir la aparición de estos.

- Moreno campoy, EE Mérida de la torreJf, Buñosota, Caballero Ruiz M, Cuadrado Cenzualma, Fernandez Noguera García Rajaam, Ibarz M, Vázquez L Escuer Mourin. Seguridad del Paciente. Documento básico. [2011]. [4] El presente estudio se realizó con el propósito de generar cultura de seguridad del paciente en el laboratorio clínico, sensibilizar y concientizar a los profesionales y fomentar el abordaje de mejoras para la seguridad del paciente, en ese ámbito es necesario establecer una cultura de seguridad del paciente en el laboratorio clínico, esta cultura se debe extender a todos los profesionales del laboratorio y para ello se debe implementar políticas y procedimientos basados en el análisis de los tipos de errores de la organización de modo que cuando se produzca un evento adverso el profesional sepa que debe informarlo y que no va a recibir una sanción por ello.

Por todo esto la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad para los laboratorios clínicos y se reconoce como un problema grave que requiere un enfoque global con el propósito de minimizar sus tasas de error y promover la mejora de la calidad, en la atención.

Este estudio es importante porque amplia el tema de seguridad de paciente a los diferentes áreas de atención de los paciente, específicamente el laboratorio clínico, se relaciona con este proyecto de investigación por que hace énfasis en la implementación de una cultura de seguridad de paciente en todas las áreas de las instituciones de salud, relacionado con la atención segura de los paciente.

- Wegner William, Rubin Pedro Evaneri. La seguridad del paciente en la circunstancia de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil, [2012]. [5] El objetivo fue analizar como los cuidadores y profesionales de la salud, reconocen los eventos adversos en las circunstancias del cuidado. La pregunta de investigación que orienta el estudio es ¿cómo y por qué, las circunstancias de cuidado predisponen al niño hospitalizado a eventos adversos comprometiendo su seguridad y protección?

En este estudio las circunstancias de cuidado fueron las acciones realizadas por/para alguien en el contexto de un servicio de salud y caracterizaron el servicio y las intervenciones realizadas por los profesionales envueltos.

Las circunstancias de cuidado envuelven (intervención, procedimientos, conductas), el equipo (profesionales) el paciente (el niño, acompañante familiar), el contexto (procesos de trabajos, corporaciones, reglas) y el escenario (el hospital) estos elementos deberían aportar e influenciar el cuidado seguro en la atención a la salud.

El abordaje utilizado en esta investigación fue cualitativo y cuantitativo y el diseño de investigación electo fue estudio de casos de tipo exploratorio, la unidad de análisis de este estudio de caso fue la circunstancia de cuidado presente en el contexto de hospitalización en la institución. La contextualización y la problematización del estudio posibilitaron que las circunstancia de cuidado resultan de procesos de atención no seguros, provenientes de fallos en la planificación, en la colaboración que sobrepasan los límites de los profesionales envueltos en la atención a la salud del niño y también del cuidado de la familia. Va más allá y debe ser una política que envuelva el sistema de salud, los gestores y los administradores en las esferas públicas y privadas, que deseen implementar una cultura de aprendizaje para la seguridad del paciente.

Este estudio es importante para este proyecto porque permite establecer como los trabajadores son capaces de reconocer los eventos adversos en la circunstancias de cuidado durante la atención. Brinda un aporte al tema de investigación por hacer referencia a la capacidad que tienen los profesionales de salud en identificar los eventos adversos durante el cuidado de los pacientes y que tan culturizados están en el tema de reportes de los mismos.

4.2. MARCO TEÓRICO

4.2.1. Teoría del domino. Fue desarrollada por Whheinrich en 1931 la denominada teoría del efecto dómino, según esta teoría un accidente se origina por una secuencia de hechos. Este autor propuso una secuencia de 5 factores de accidentes: herencia y medio social, actos inseguros, falla humana, accidente y lesión. [6] En la que cada uno actuaria sobre el siguiente de manera similar como hacen las fichas de dómino que van cayendo una sobre otra.

Whheinrich, argumentó del mismo modo que retirar una ficha de domino de la fila interrumpe la secuencia de caída, la eliminación de uno de los factores evitara el accidente y el daño resultante, siendo el factor esencial de retirada la falla humana. Los accidentes tienen causas técnicas y/o humanas y los actos inseguros causan la mayor parte de los accidentes, los actos inseguros son: actitud, inadecuada, falta de formación, incapacidad física, entorno inadecuado,

los gerentes de las empresas deben asumir la responsabilidad de la prevención en accidentes porque mejora la productividad y reduce costos. [7]

4.2.2. Modelos que explican el error humano.

4.2.2.1 Modelo basado en las personas. El modelo centrado en la persona contempla aspectos del trabajo de las personas como:

Incumplimiento intencionado.

Distracciones o lapsus.

Ejecución incorrecta de procedimientos.

Problemas de comunicación (déficit de información o problemas de interpretación.
Decisión de correr un determinado riesgo.

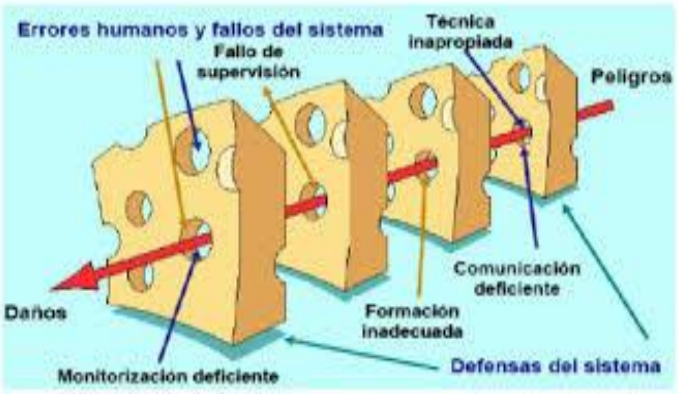
A pesar de que este modelo se central en abordar las complejidades psicológicas de las personas, en general tiende a simplificarse planteando causas ligadas a la motivación, olvidos o falta de cuidado

4.2.2.2 Modelo centrado en los sistemas. Este modelo que explica el error humano teniendo como premisa básica que los humanos son falibles y los errores esperables. Los errores se ven como consecuencias y no como causas, teniendo sus orígenes básicamente en factores sistémicos. Como respuesta se trata de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas. La idea central es la de las defensas (escudos del sistema); cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron. Las claves de este modelo se resumen en las siguientes afirmaciones: los accidentes ocurren por múltiples factores, existen defensas para evitar los accidentes, múltiples errores "alineados" permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran, la revisión del sistema permite identificar cómo los fallos "atraviesan" las defensas.

En este mismo orden de ideas, Reason desarrolló un modelo organizacional para explicar los accidentes en los sistemas complejos, modelo utilizado en el análisis de riesgos y gestión de riesgos. [8]

Planteó que los accidentes organizacionales no ocurren debido a un error humano simple; surge de la conexión de varios factores que se presentan en las instituciones como son influencias de la organización, supervisión, condiciones previas y actos específicos.

Figura 1. Modelo Queso Suizo



Fuente: J. Reason, Managing the Risks of Organizational Accidents, 2002).

El modelo del queso suizo incluye fallas activas y latentes, las fallas activas actos inseguros que están vinculadas a un accidente y las fallas latentes son los factores contributivos que permanecen en estado latente durante días, semanas o meses hasta que aparezca accidente.

El modelo de Reason es un sistema de defensa que tiene muchas capas o barreras, cada capa está diseñada para darle soporte a la otra, para reducir la probabilidad de un accidente, las capas deberían estar intactas impidiendo que suceda alguna penetración.

Para el funcionamiento de este modelo son muy importantes los canales de información interna de la institución.

4.2.3. Componentes de la cultura de seguridad de paciente.

4.2.3.1 Seguridad psicológica. El término hace referencia a la convicción que tiene el colaborador de un servicio de que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Por el contrario, sabe que sus preocupaciones acerca de la seguridad serán recibidas de manera abierta y tratadas con respeto. En presencia de seguridad psicológica, las personas no evalúan sus inquietudes en términos de lo que es correcto o incorrecto, sino que simplemente ven esto como una oportunidad para verificar que el equipo, en realidad, está haciendo lo correcto para el paciente sin tener que estar absolutamente en lo cierto para hablar. No es fácil lograr seguridad psicológica en los servicios asistenciales. Una estrategia recomendada es tratar de des jerarquizar la práctica médica, lograr grupos de trabajo llenos de camaradería y apoyo mutuo donde cada profesional de la salud valora el aporte al equipo del otro. En resumen, la seguridad psicológica es un elemento clave para reducir la probabilidad de que un paciente sufra daño durante la atención porque se alerta sobre el probable error antes de que suceda. [9]

4.2.3.2 Liderazgo efectivo. Se refiere a que en cada servicio el líder o los líderes del mismo creen un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas e sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad. [9]

4.2.3.3 Transparencia. Hace referencia a que la organización hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares. Dicho de otra manera, una organización transparente no oculta los eventos adversos, en vez de esto, los utiliza para mejorar. [9]

4.2.3.4 Cultura justa. Tiene como principio el hecho cierto de que cualquier profesional competente involuntariamente comete errores. Se refiere a que al momento de tomar decisiones sobre un evento adverso sucedido, se distingue entre los eventos adversos que son producto de errores de las personas, de aquellos que son producto de fallas en el sistema. Si bien las personas son responsables por sus comportamientos, la justicia está en que se reconoce que las personas individualmente no pueden ser responsables por fallas en el sistema sobre las cuales ellos no tienen control. La cultura justa se relaciona con actos involuntarios y de ninguna manera, tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que colocan en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos de alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario. [9]

4.2.4. Indicadores del monitoreo de seguridad de pacientes. Indicadores de estructura: miden la calidad de los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y recurso tecnológico). Incluyen los aspectos institucionales de la gestión (la documentación existente relacionada con procesos y la organización), los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal). [9]

Indicadores de proceso: enfatizan en cómo se entrega la atención a través de la medición de la calidad de las actividades realizadas durante la atención misma. [9]

Indicadores de resultado: son los Indicadores más usados en el sistema de salud. Miden el grado en el que la atención otorgada al paciente produjo o no el efecto deseado. De cualquier forma, este indicador evidencia un cambio en la salud atribuido a la atención recibida y además, genera otras consecuencias. Son ejemplos de indicadores de resultado el giro cama, la tasa de caídas, la satisfacción de los pacientes.

5. METODOLOGÍA

Es un proceso cuantitativo, ya que se identifica la cultura de seguridad del paciente en un grupo focal, es de tipo descriptivo en el cual se recogen los resultados de la encuesta sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal del servicio de Urgencias de la clínica Saludcoop Cali Norte.

El total de la población del servicio de Urgencias corresponde a 118 los cuales están distribuidos en 50 médicos generales, 50 auxiliares de enfermería, 4 fisioterapeutas, y 14 Jefes de enfermería, la encuesta es realizada por las 3 investigadoras, a 91 trabajadores del servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali Norte, el número de personas a las cuales se les aplicó la encuesta fue calculada teniendo en cuenta que el porcentaje de error corresponde al 5% y tiene un nivel de confiabilidad del 95%.

Se realiza un análisis descriptivo agrupando las respuestas en positivas, neutrales y negativas y se identifican las fortalezas y las oportunidades de mejora, para realizar la respectiva organización y tabulación de la información.

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio pertenece al tipo de investigación descriptiva de corte transversal.

5.2. POBLACIÓN

Total de la población 91 trabajadores en el servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali Norte.

5.3. MUESTRA

El tipo de muestreo es probabilístico aleatorio estratificado ya que la encuesta se realiza en función a la equiprobabilidad y se aplica asegurando que todas las profesiones involucradas se encuentren representados adecuadamente, para un total de 91 personas de 118 funcionarios que trabajan en el servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali Norte.

5.4. INSTRUMENTO

Se realiza un cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005., para el siguiente trabajo (ANEXO No. 1).

5.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realiza una carta solicitando autorización al Coordinador del servicio de urgencias donde se explican los objetivos del proyecto de investigación, y se

dará a conocer la encuesta a realizar para su aprobación y ejecución. (ANEXO 2)

Una vez aprobada la encuesta, se realizó un cronograma de actividades en donde se estipulan fechas y los horarios de las visitas al servicio de urgencias para la ejecución de la encuesta.

Las tres investigadoras, asistieron al servicio de urgencias de lunes a viernes en horario, no laboral para los funcionarios, entre 2pm y 5pm, y abordaron el personal asistencial, médicos, enfermeras, auxiliares y terapeutas respiratoria, y solicitaron el diligenciamiento de la encuesta, la cual se hizo bajo el consentimiento informado autorizado por la universidad y la Clínica. (ANEXO 3)

5.5.1. Tabulación de la información. Se realizó una base de datos en el programa de Microsoft office Excel 2007, para el procesamiento de los datos obtenidos donde se buscaron medidas de resumen, además se realizaron tablas y gráficas que nos permitieron analizar la información obtenida y verificar el comportamiento de la información recolectada.

7. ANÁLISIS Y RESULTADOS

7.1. HALLAZGOS

Las preguntas del cuestionario, se analizaron por secciones según esta el formato original donde cada sección cuenta con un ítem general que agrupa el concepto sobre cultura de seguridad del paciente que tienen los profesionales que respondieron en la unidad de Urgencias de la Clínica Saludcoop Cali Norte.

SECCION A

1) Trabajo en equipo.

2) Sobre carga laboral.

3) percepción de seguridad.

SECCION B

1) Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente.

2) Trabajo entre unidades.

SECCION C

1) Comunicación en el reporte de eventos o sucesos en la unidad.

SECCION D:

1) Información de la cultura de seguridad del paciente a nivel del servicio de urgencias.

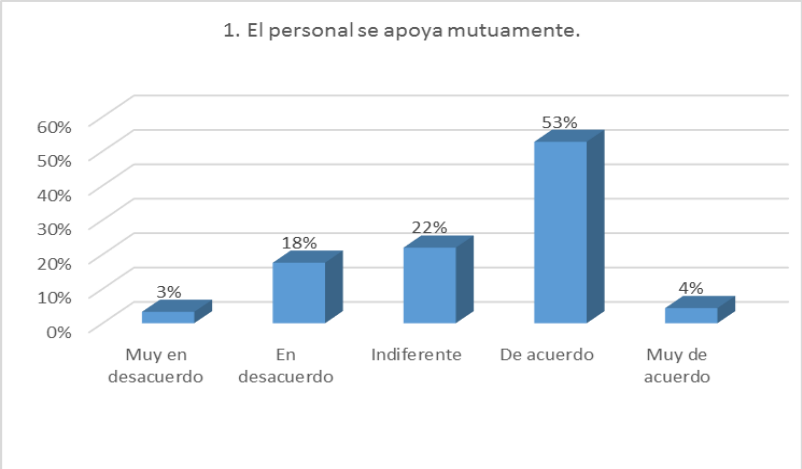
Las encuestas aplicadas para satisfacer los objetivos propuestos son 17 preguntas, los mismos que fueron planteados a los diferentes grupos focales, maestros, estudiantes y padres de familia.

A continuación se describen los hallazgos de los resultados obtenidos en las diferentes encuestas realizadas al grupo focal:

SECCIÓN A: SU SERVICIO/UNIDAD

POR FAVOR, PIENSE EN EL SERVICIO/UNIDAD DONDE DEDICA MAYOR TIEMPO

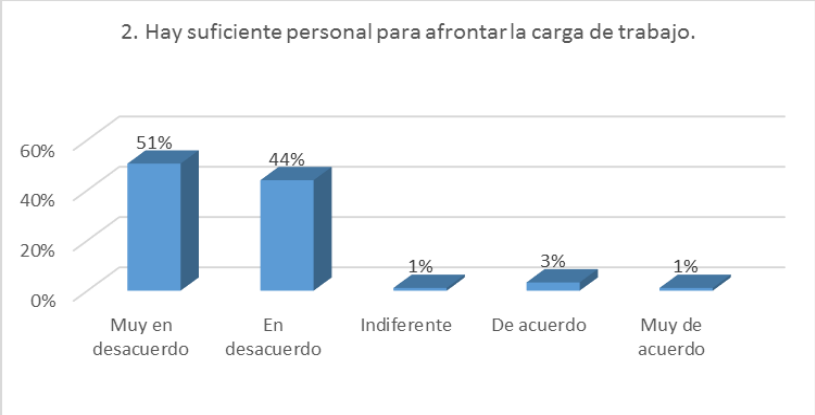
Gráfica 1. El personal se apoya mutuamente



Fuente: Elaboración de las autoras.

De acuerdo a la gráfica 1, el 53% de los encuestados está de acuerdo de que el personal se apoya mutuamente, generando un buen clima organizacional, sin embargo, para el 22% es indiferente esta situación, y el 23% se encuentra en desacuerdo.

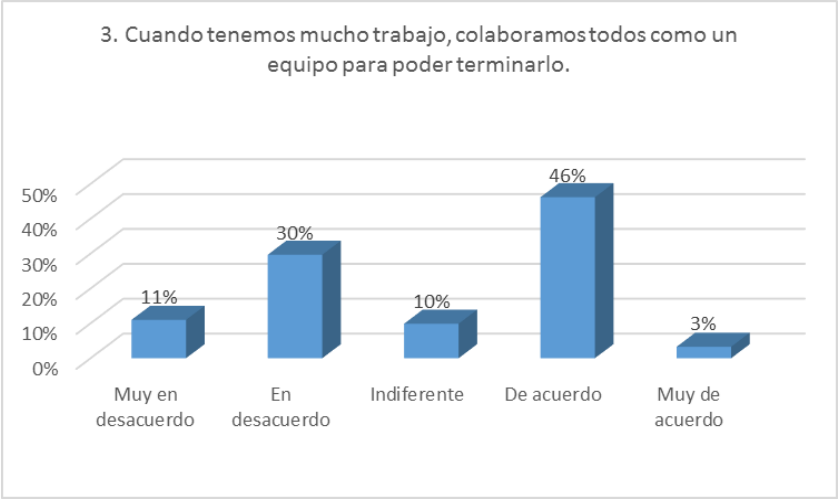
Gráfica 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo



Fuente: Elaboración de las autoras.

Casi la totalidad de los encuestados, el 95% coincidieron en afirmar que no hay personal suficiente para afrontar la carga de trabajo, y una mínima parte el 4% afirmó que si había personal suficiente.

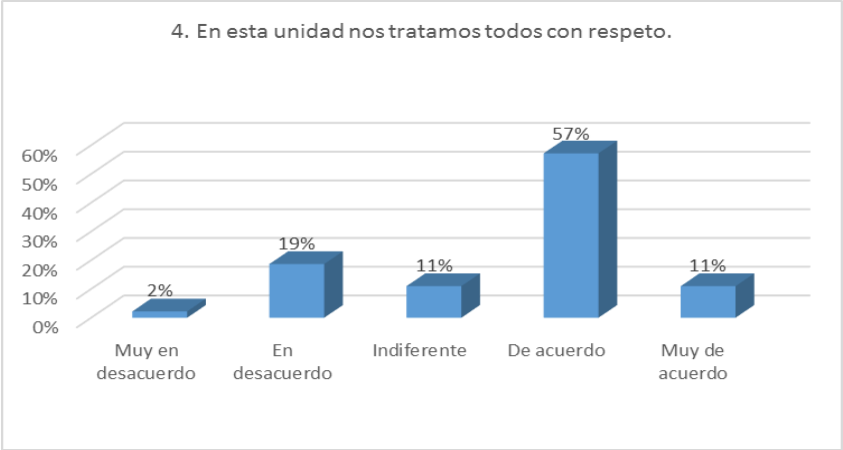
Gráfica 3. Cuando tienen mucho trabajo, colaboran todos cómo un equipo para poder terminarlo



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 46% de los encuestados está de acuerdo con que todos colaboran cuando hay exceso de trabajo, mientras que el 30% no está de acuerdo con este ítem, y el 10% es totalmente indiferente ante la situación. Este es un mal síntoma ya que existe un alto porcentaje de empleados de que no están concientizados sobre lo que es trabajar en equipo.

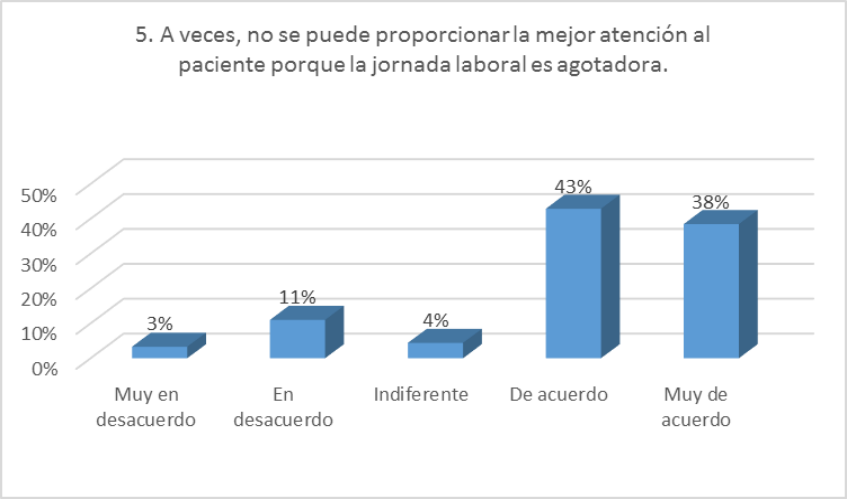
Gráfica 4. Es su unidad se tratan todos con respeto



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 68% de los encuestados dijo estar de acuerdo con este ítem, sin embargo, el 21% manifestó inconformismo y no estan de acuerdo. El 11% de los encuestados es ajeno ante esta situación denotando despreocupación por la problemática.

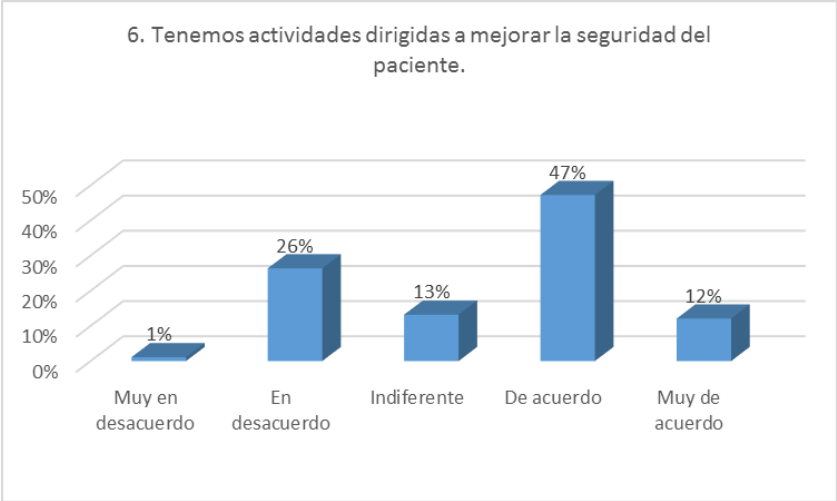
Gráfica 5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al pacoiente porque la jornada laboral es agotadora



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 81% de los encuestados manifestó que en ocasiones no se puede proporcionar la mejor atención al paciente debido a que la jornada laboral es agotadora.

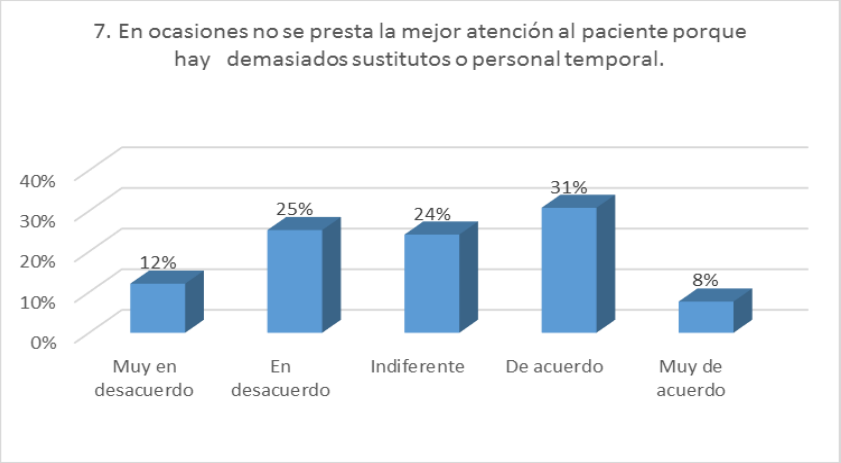
Gráfica 6. Existen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 57% de los encuestados está de acuerdo con que actualmente existen actividades para mejorar la seguridad del paciente, mientras que el 27% no está de acuerdo con este ítem. Para el 13% de los encuestados es indiferente esta situación.

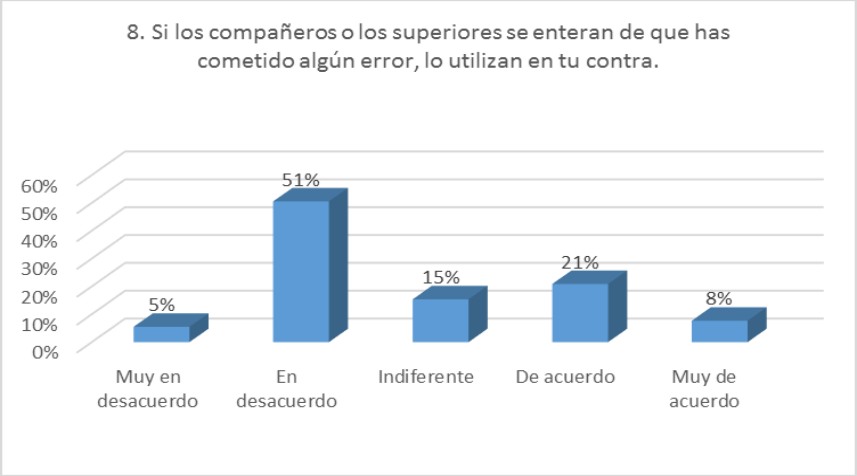
Gráfica 7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 39% opina que en ocasiones no se presta la mejor atención a los pacientes debido al exceso de sustitutos o de personal temporal. El 37% opina todo lo contrario mostrando desacuerdo. El 24% es ajeno a esta situación, lo que demuestra que gran parte del personal se muestra desinteresado por la seguridad del paciente.

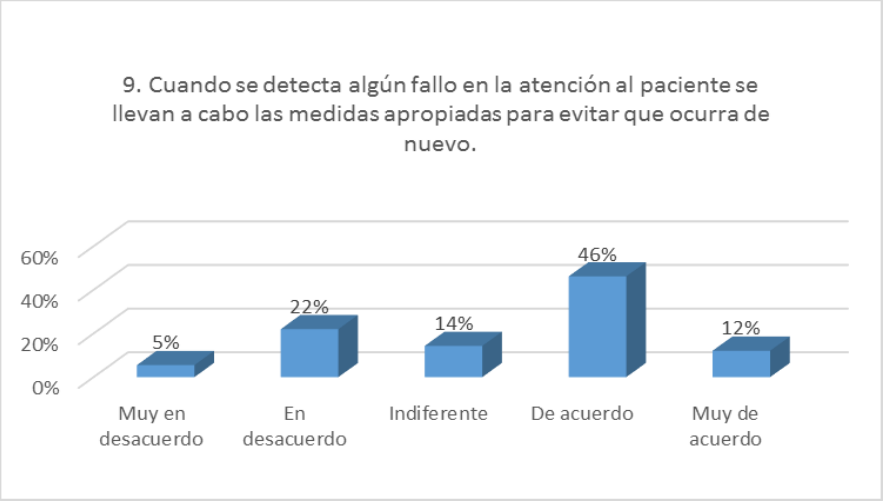
Gráfica 8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que ha cometido algún error, lo utilizan en su contra



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 56% de los encuestados manifestó no recibir represalias cuan han cometido algún error, mientras que el 29% manifestó que si han sufrido represalias ante alguna situación de error eventual. El 15% no manifestó nada.

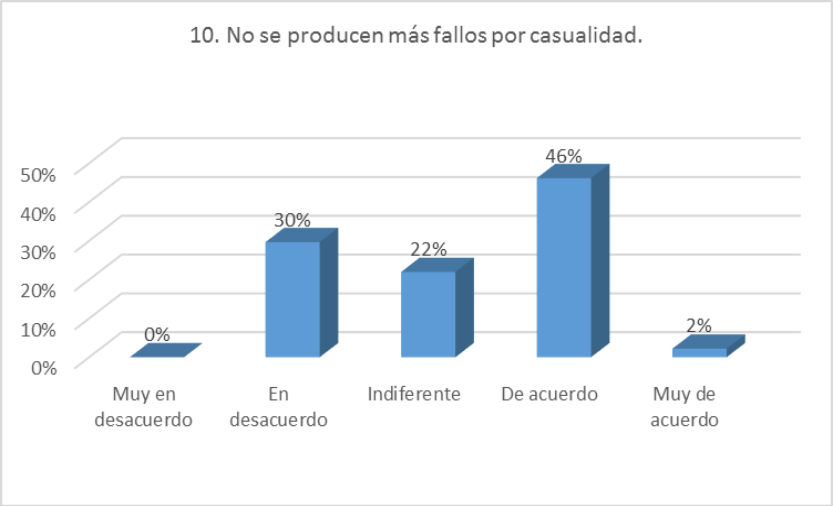
Gráfica 9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 58% de los encuestados manifestó que cuando se detecta alguna falla en la atención del paciente se toman las medidas necesarias para evitar que vuelva a suceder nuevamente. En tanto el 27% de los encuestados refutan este ítem y están en total desacuerdo. Para el 14% es indiferente esta situación.

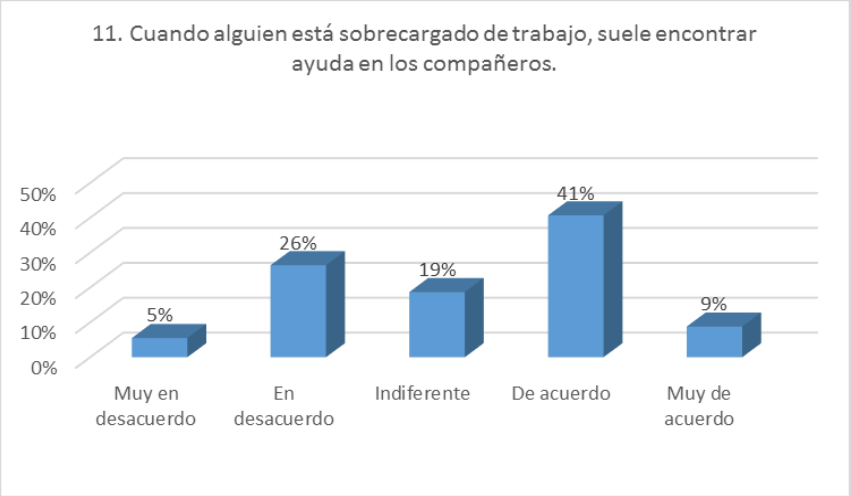
Gráfica 10. No se producen más fallos



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 48% de los encuestado afirmó que no se producen más fallos por casualidad, no obstante el 30 desvirrtúa esta versión y por ende está en desacuerdo. El 22% es indiferente ante las circunstacias, esta última es una cifra muy alta que causa preocupación y requiere solución a corto plazo.

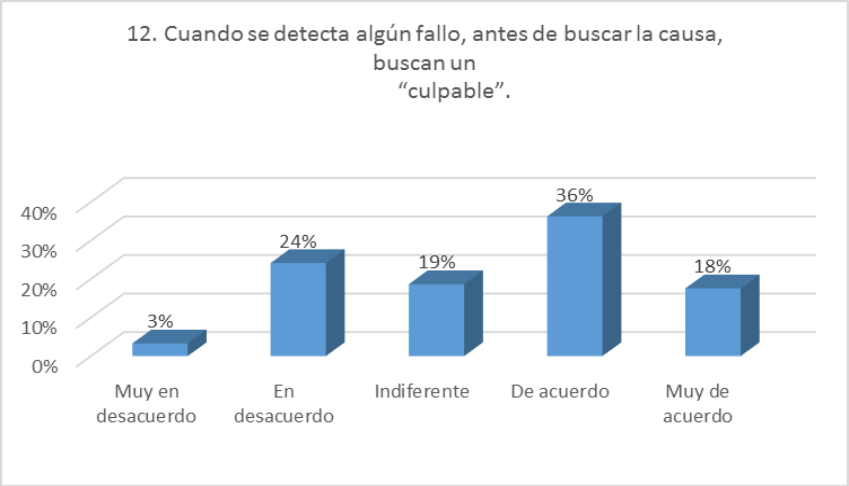
Gráfica 11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 50% de los encuestados manifestó estar de acuerdo con que reciben ayuda de sus compañeros cuando están sobrecargados de trabajo. Sin embargo, el 31% refuta esta versión. El 19%, no sabe o no responde.

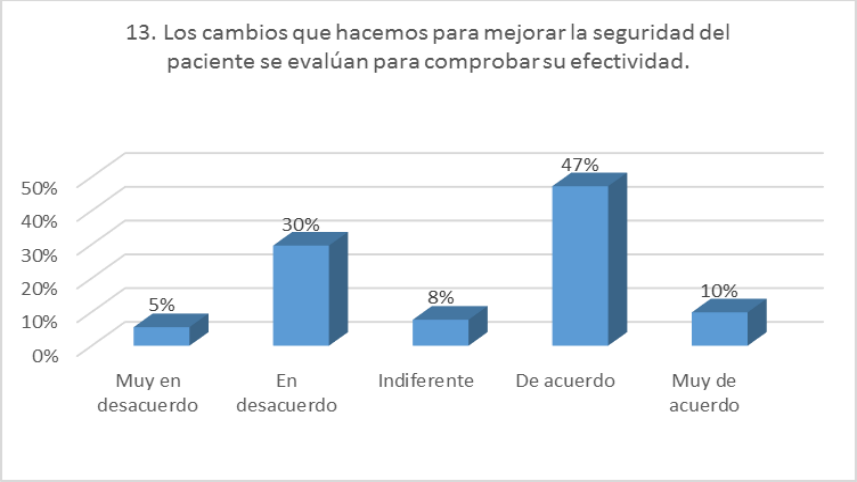
Gráfica 12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 54% de los encuestados manifestó que cuando se detecta un fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable, mientras que el 27% desvirtúa esta situación y el 19% es indiferente.

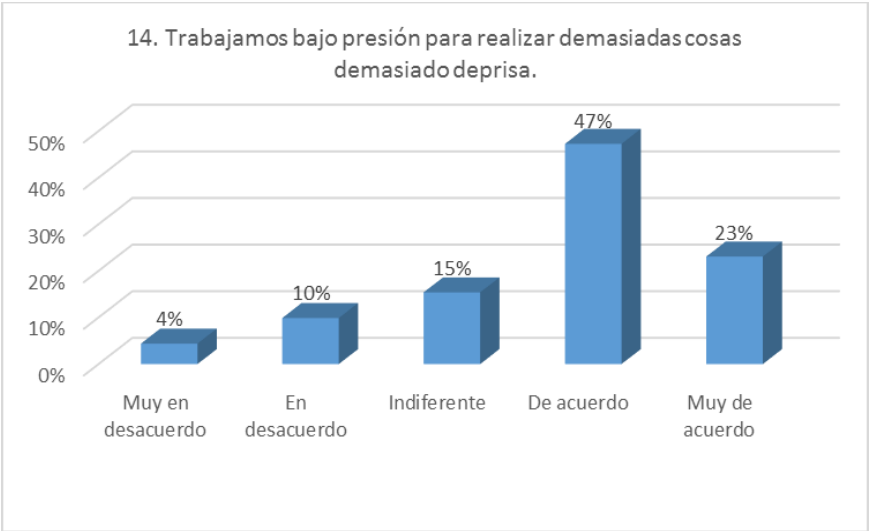
Gráfica 13. Los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 57% opinó que los cambios que se hacen para mejorar la atención del paciente se evalúan posteriormente para corroborar su efectividad. Un porcentaje del 8% es indiferente ante la situación.

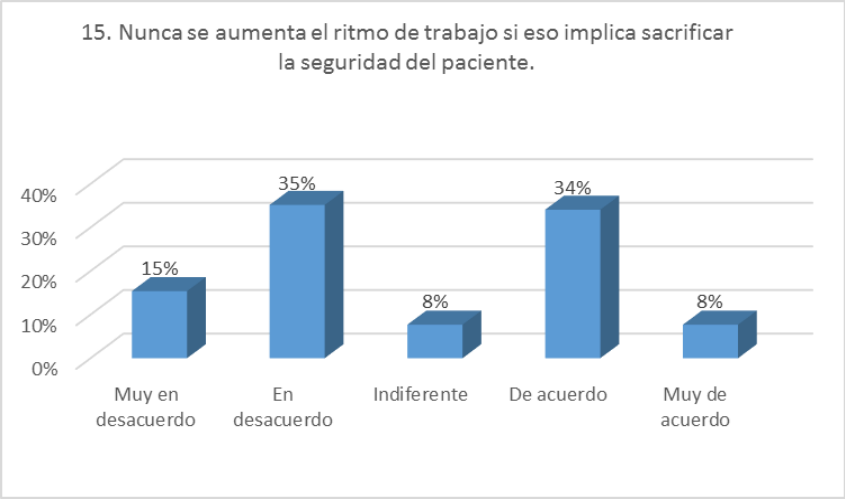
Gráfica 14. Trabajan bajo presión para realizar demasiadas cosas muy aprisa



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 70% de los encuestados manifestaron que trabajan bajo presión, en tanto, el 14% opinó que trabajan de manera normal y para el 15% le es indiferente la presión laboral.

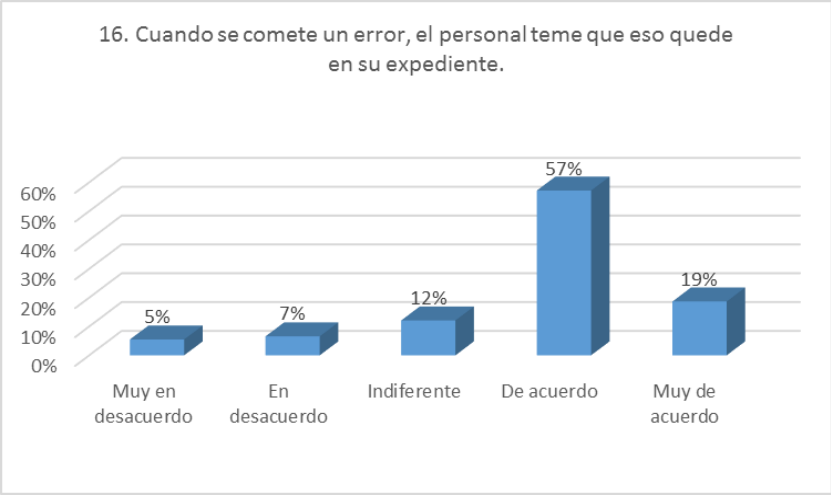
Gráfica 15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 42% de los encuestados está de acuerdo con este ítem, no obstante el 50% no esta de acuerdo, mientras que el 8% es indiferente.

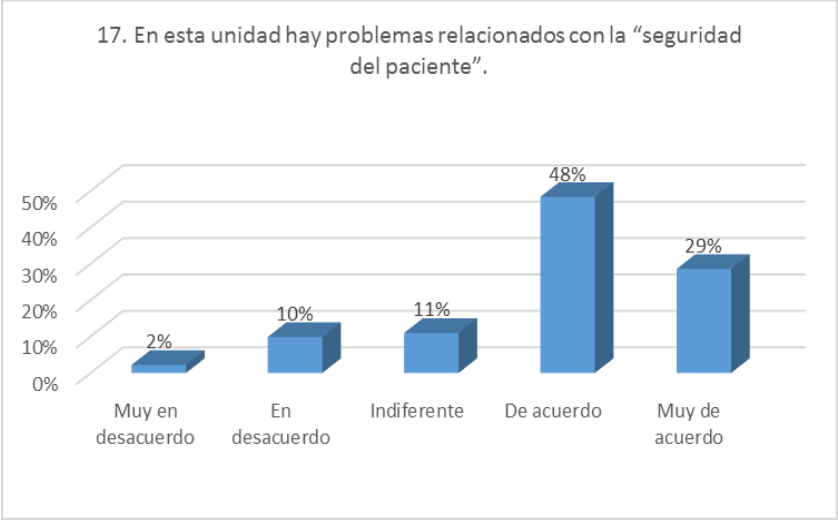
Gráfica 16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 76% de los encuestados teme que cuando se comete un error, éste queda como antecedente en su expediente. El 12% opinó todo lo contrario mostrando desacuerdo. Para el 12% esta situación le es indiferente.

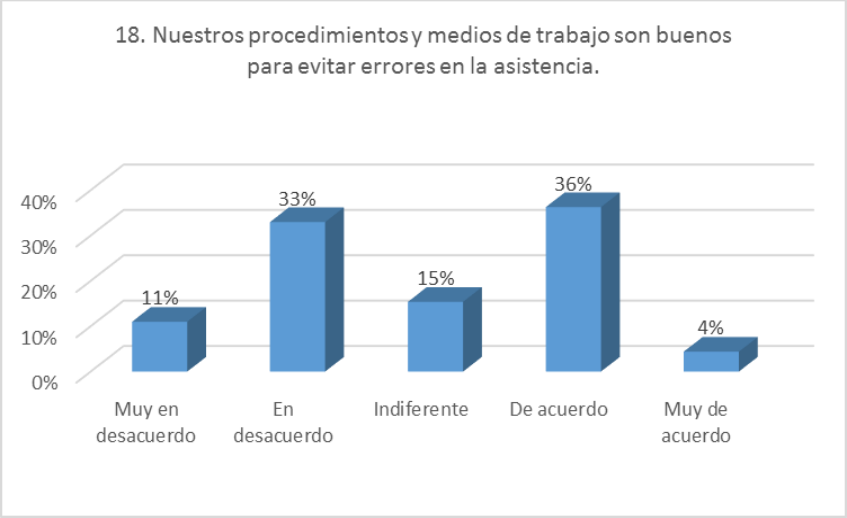
Gráfica 17. Es su unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 77% de los encuestados está de acuerdo con que actualmente existen problemas relacionados con la seguridad del paciente, mientras que el 12% está en total desacuerdo y el 11% es indiferente.

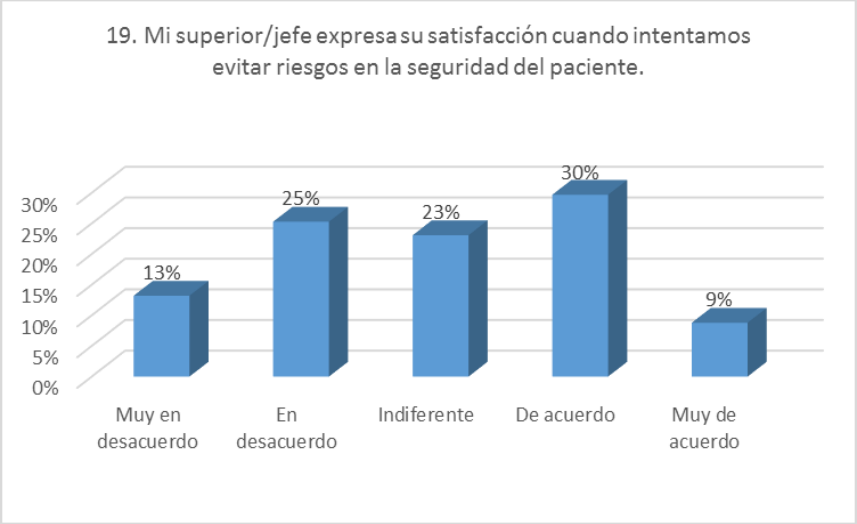
Gráfica 18. Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 40% de los encuestados está de acuerdo con que los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia, no ostante el 44% no está de cuardo con esta ítem. El 15% es indiferente ante este ítem.

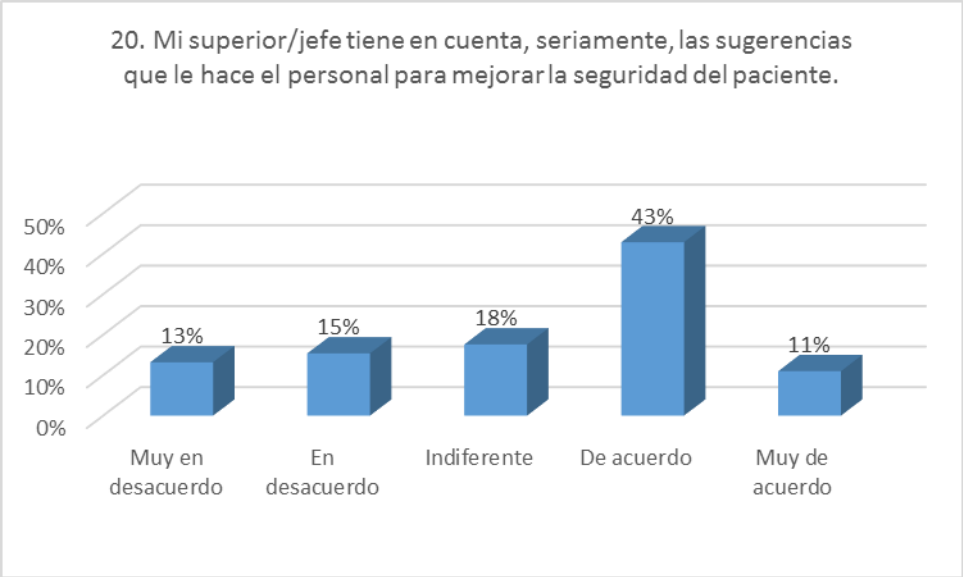
Gráfica 19. Su superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 39% de los encuestados señaló que su jefe inmediato expresa su satisfacción cuan se hace algún esfuerzo por evitar riesgos en la seguridad del paciente, sin embargo, el 38% manifestó estar en desacuerdo y el 23% es indiferente ante este ítem.

Gráfica 20. Su superior/jefe tiene en cuenta,seriamente, las sugerencias que le hace el personal para majorar la seguridad del paciente

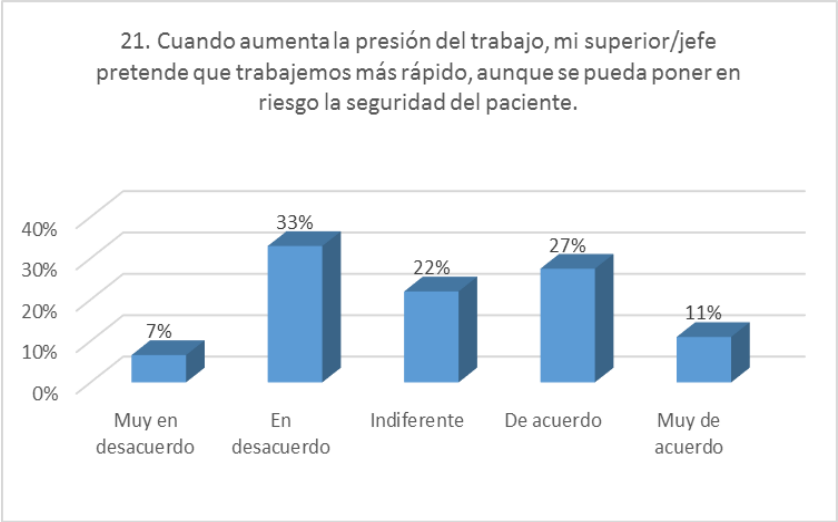


Fuente: Elaboración de las autoras.

El 54% de los encuestados dijo estar de acuerdo con este ítem, el 285 está en

desacuerdo y el 18% es indiferente ante las circunstancias.

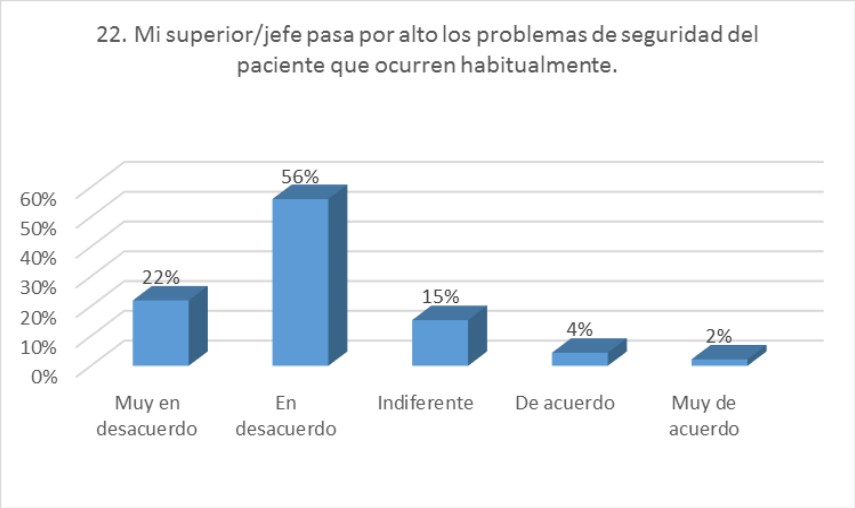
Gráfica 21. Cuando aumenta la presión del trbajo, su superior/jefe pretende que trabajen más rápido, aunque se pueda pone en riesgo la seguridad del paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 38% de los encuestados está de acuerdo con que cuando aumenta la presión del trabajo, los superiores pretenden de que trabajen aún más rápido, a sabiendas de que el paciente puede correr algún tipo de riesgo. El 40% no está de acuerdo con este concepto. El 22% (cifra muy alta) es indiferente ante la situación.

Gráfica 22. Su superior jefe pasa por alto a los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente



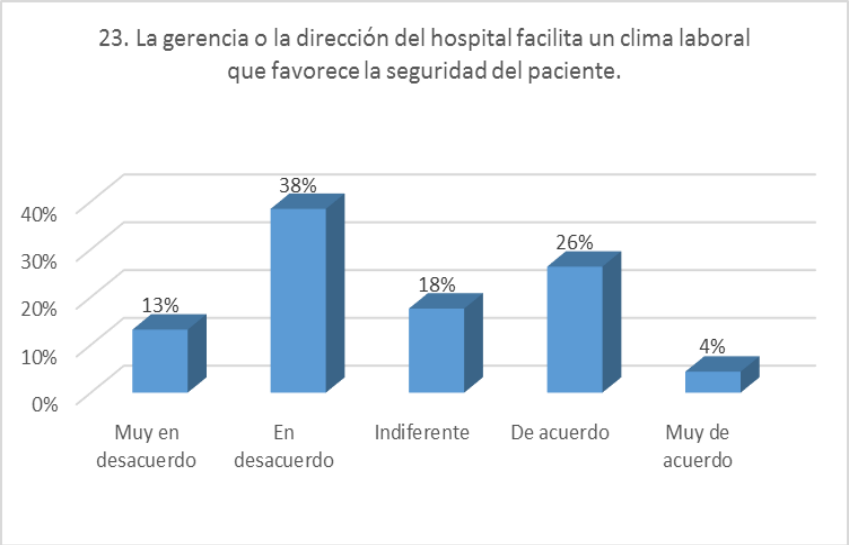
Fuente: Elaboración de las autoras.

El 6% de los encuestados está de acuerdo con que su superior/jefe pasa por alto a los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, Sin embargo, una cifra muy alta el 78%, refuta esta versión estando en desacuerdo. El 15% de los encuestados es indiferente.

SECCIÓN B: SU HOSPITAL

INDIQUE, POR FAVOR, SU GRADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES REFERIDAS A SU HOSPITAL

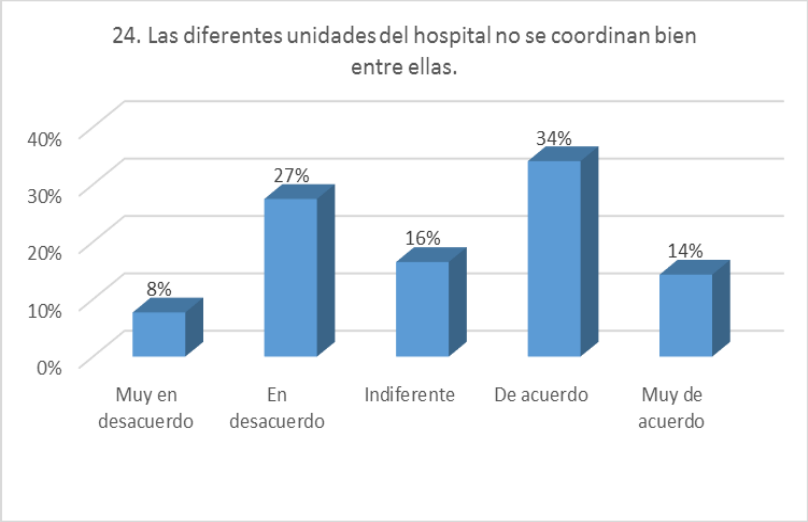
Gráfica 23. La gerencia de la clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 30% de los encuestados manifestó que la gerencia o la administr4ación del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, en tanto el 52% se refiere a todo lo contrario demostrando inconformismo. El 18% es indiferente.

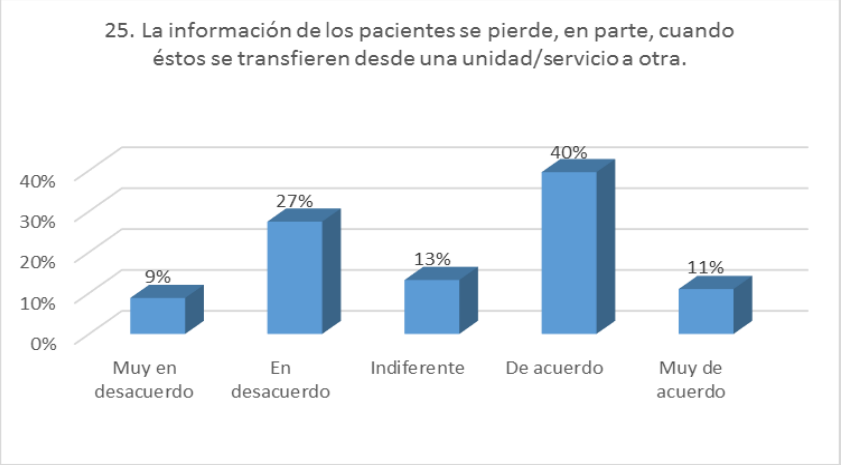
Gráfica 24. Las diferentes unidades de la clínica no se coordinan bien entre ellas



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 48% manifestó que en las distintas unidades del hospital no existe coordinación entre ellas. El 35% está en desacuerdo y el 16% es ajeno o indiferente ante la situación.

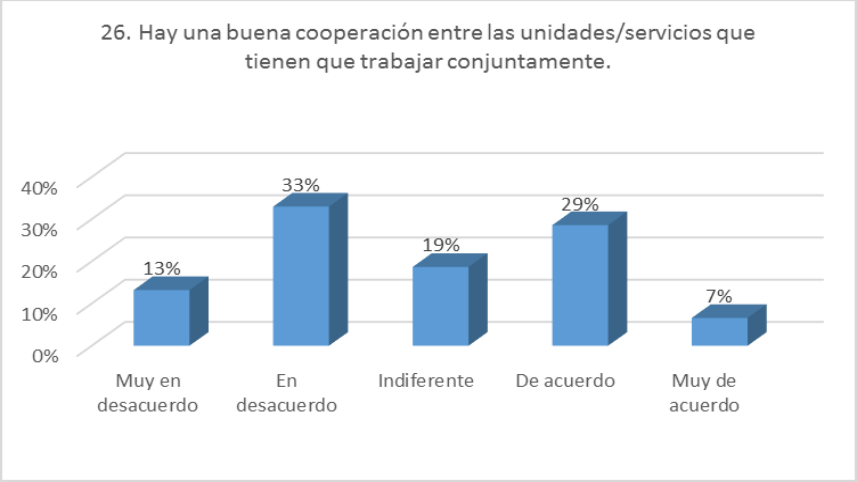
Gráfica 25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 51% de los encuestados opinó que la información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra. El 36% no comparte esta opinión estando en desacuerdo. El 13% es indiferente.

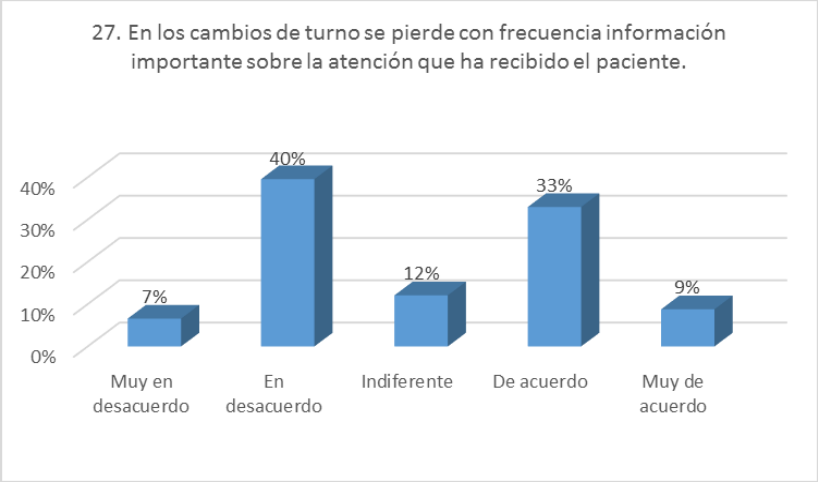
Gráfica 26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 36% opinó que hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente. El 46% de los encuestados no están de acuerdo y el 19% es indiferente.

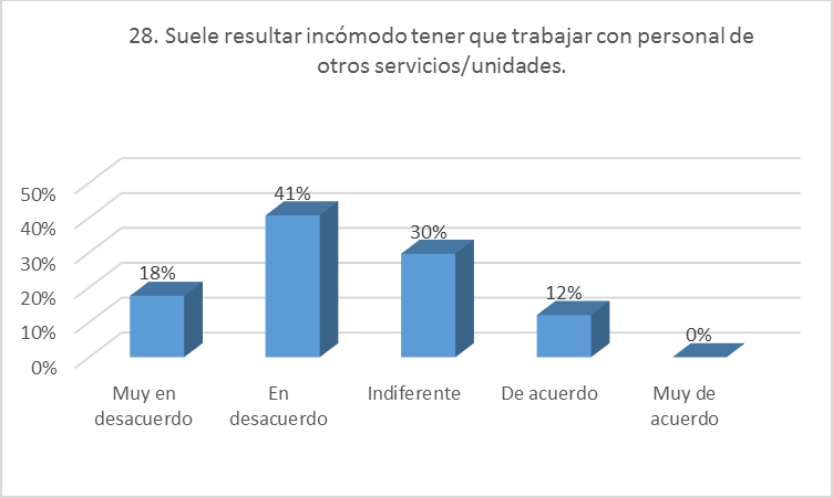
Gráfica 27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 42% de los encuestados está de acuerdo con este ítem, el 47% no lo está y el 12% es indiferente.

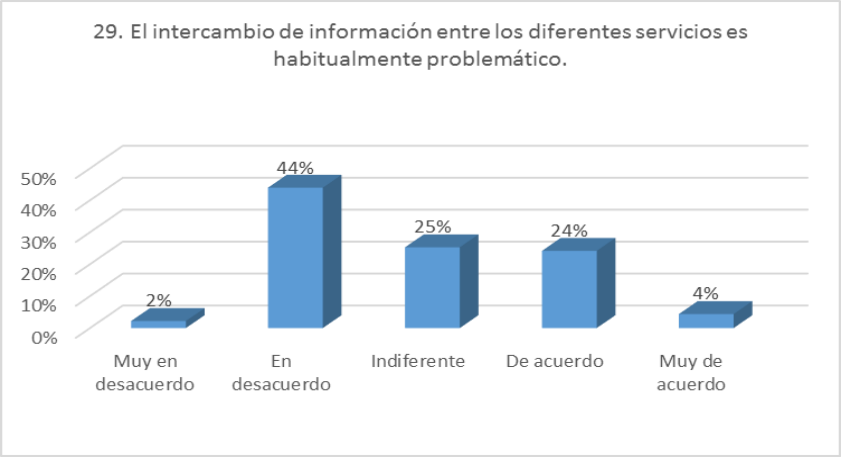
Gráfica 28. Suele resultar incomodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades



Fuente: Elaboración de las autoras.

En la gráfica anterior se puede observar que solo el 12% de los encuestados está de acuerdo con respecto a tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades, no obstante, el 59% no esta de acuerdo con que sea incómodo trajar con personal de otra dependencia. Para el 30% el asunto le es indiferente.

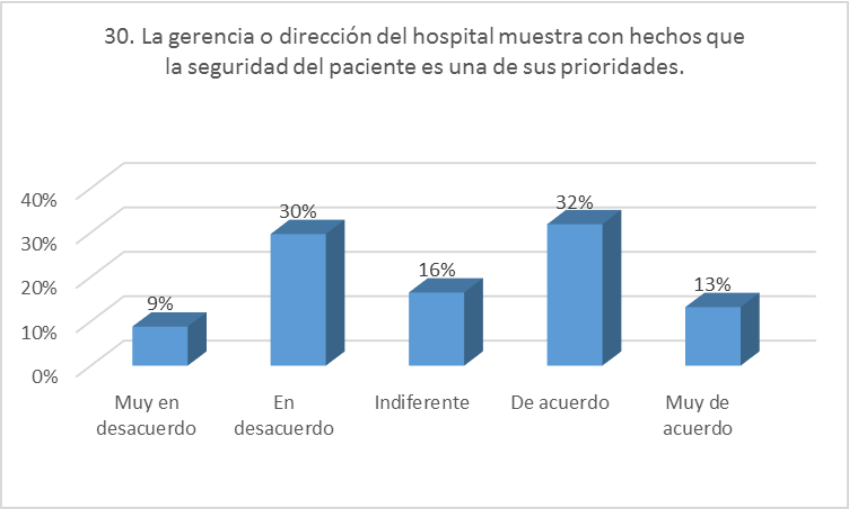
Gráfica 29. El intercambio de información entre los diferentes servicos es habitualmente problemático



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 28% de los encuestados manifestó que el intercambio de información entre los diferentes servicios es generalmente problemático. El 46% no está de acuerdo con este ítem. El 25% es indiferente.

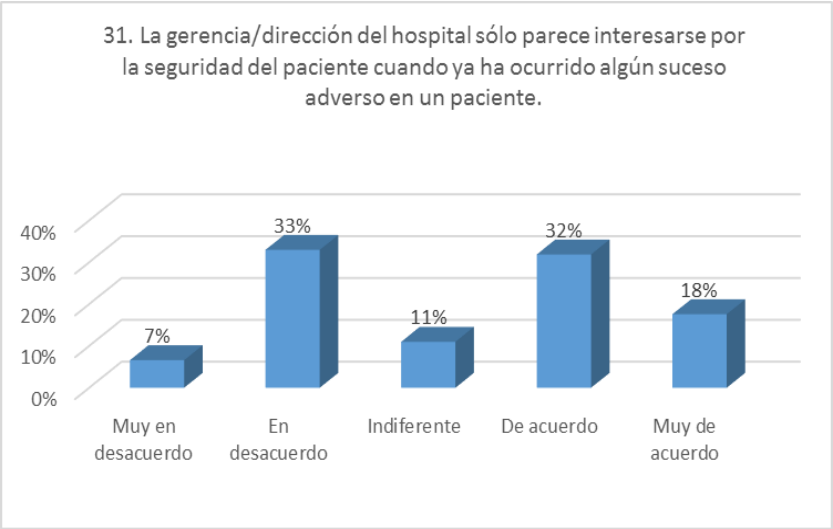
Gráfica 30. La gerencia de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 45% opinó que la gerencia o administración del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, sin embargo, el 39% de los encuestados desvirtúa esta versión. El 16% es indiferente.

Gráfica 31. La gerencia de la clínica solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente

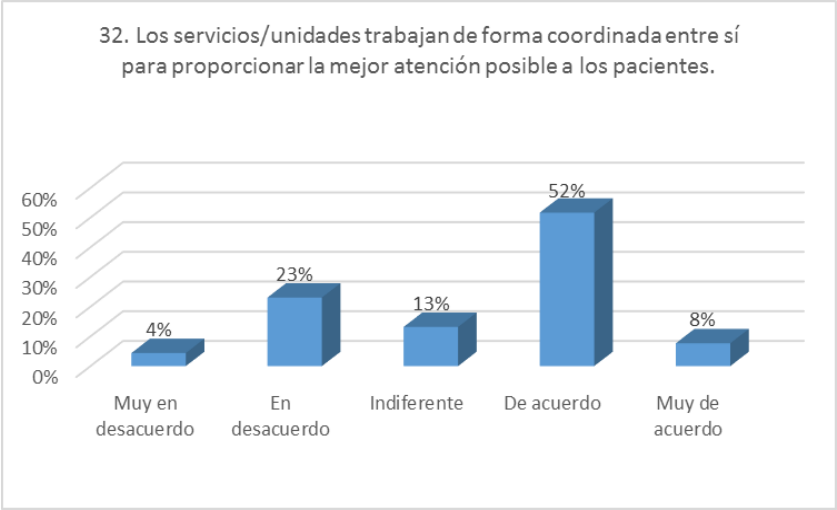


Fuente: Elaboración de las autoras.

El 50% de los encuestados está de acuerdo con que la gerencia o administración del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido alguna situación adversa con el paciente. El 40% no comparte este criterio y el 11% es

ajeno o indiferente.

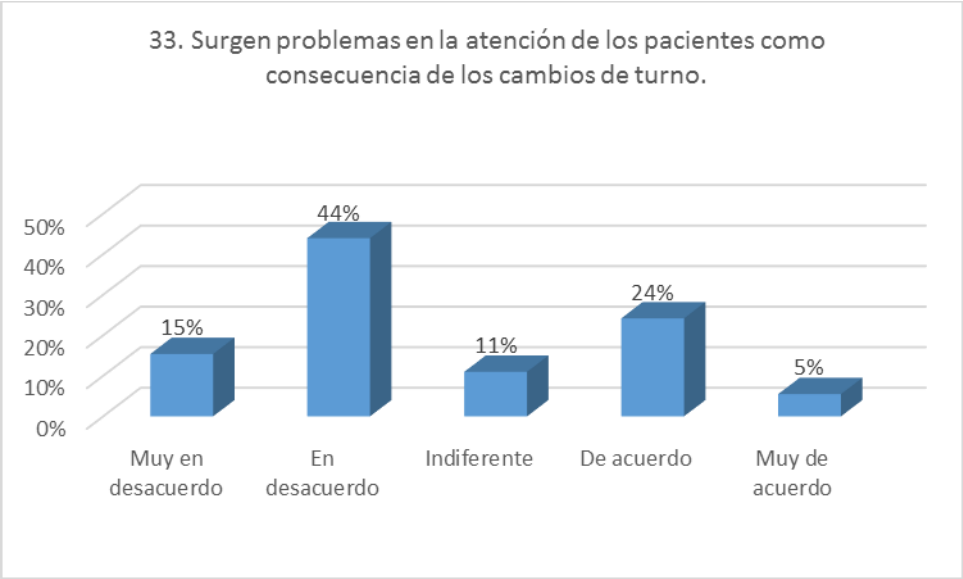
Gráfica 32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada si para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 60% de los encuestados opinó que los servicios/unidades trabajan de forma coordinada para brindar una mejor atención a los pacientes. El 27% está en desacuerdo con esta versión. El 13% es indiferente.

Gráfica 33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno



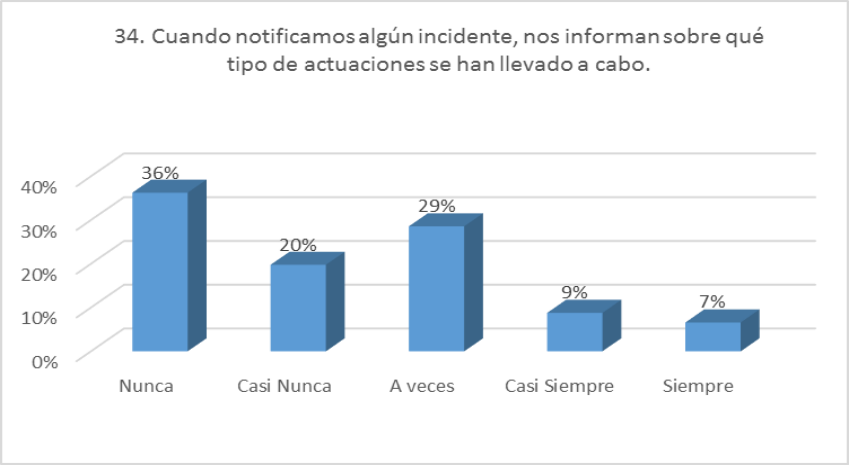
Fuente: Elaboración de las autoras.

El 29% de los encuestados manifestó que sí surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno, mientras que el 59% manifiestan que no. El 11% de los encuestas es indiferente la situación.

SECCIÓN C: COMUNICACIÓN EN EL REPORTE DE EVENTOS O SUCESOS EN LA UNIDAD

CON QUÉ FRECUENCIA OCURREN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS EN SU SERVICIO/UNIDAD DE TRABAJO

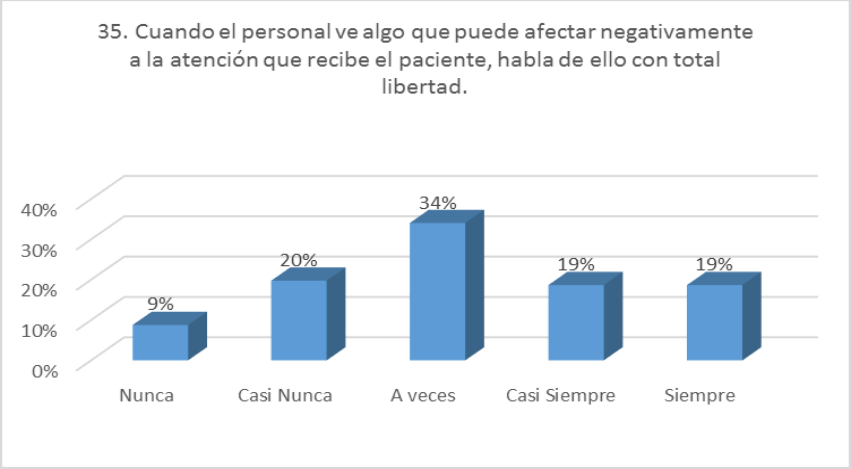
Gráfica 34. Cuando se notifica algún incidente, les informan qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 36% de los encuestados dijo que cuando notifican algún incidente, nunca les dan informan sobre el tipo de actuaciones que se han llevado a cabo. El 49% dijo que casi nunca, no obstante, el 7% aseguró que siempre y el 9% casi siempre.

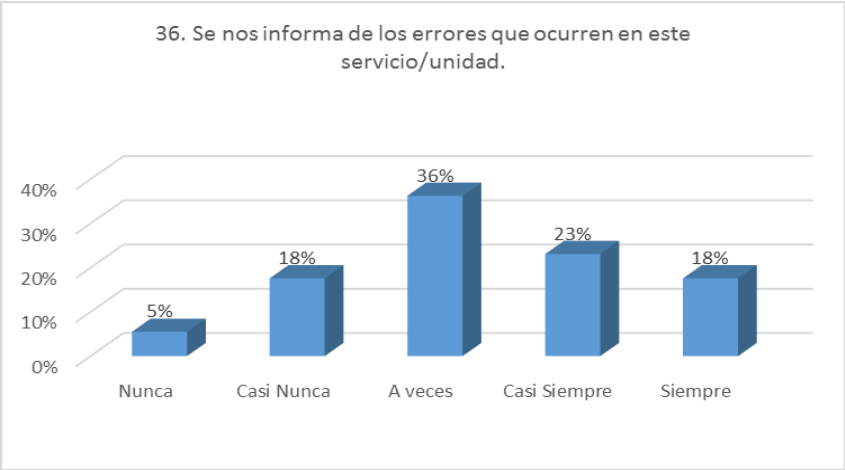
Gráfica 35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad



Fuente: Elaboración de las autoras.

Al preguntar que cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente habla de ello con total libertad, se puede observar que el 34% de los encuestados manifestó que a veces, el 29% que casi siempre, el 19% que siempre. Caso contrario con el 20% que manifestó que casi nunca y el 9% que nunca.

Gráfica 36. Se les informa de los errores que ocurren en su servicio/unidad

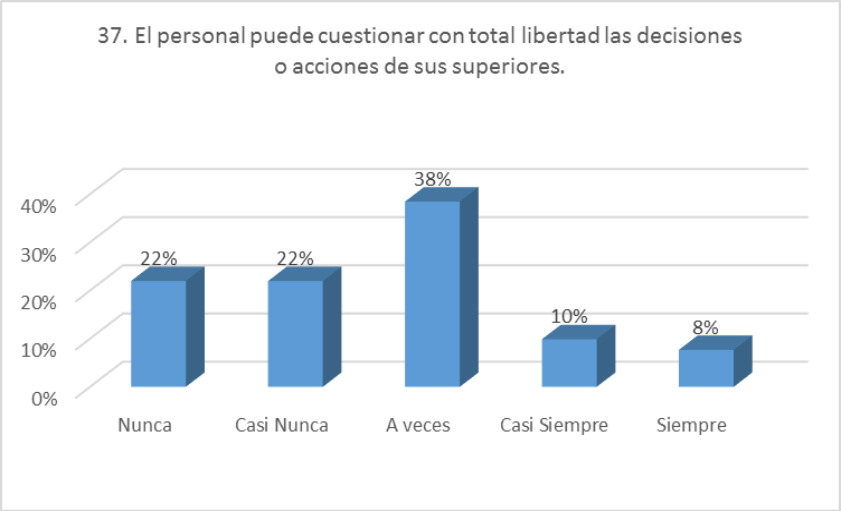


Fuente: Elaboración de las autoras.

El 36% de los encuestados manifestó que a veces se les informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad. El 23% opinó que casi siempre, el 18% que siempre, otro 18% que casi nunca y el 5% que nunca.

Gráfica 37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o

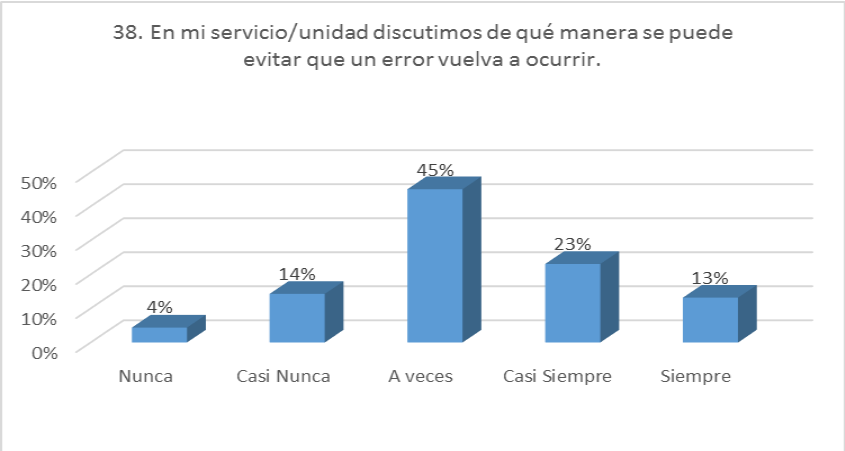
acciones de sus superiores



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 38% de los encuestados opinó que a veces el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores, el 10% casi siempre, el 8% siempre, mientras que el 22% casi nunca y el 22% que nunca.

Gráfica 38. En su servicio/unidad se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir

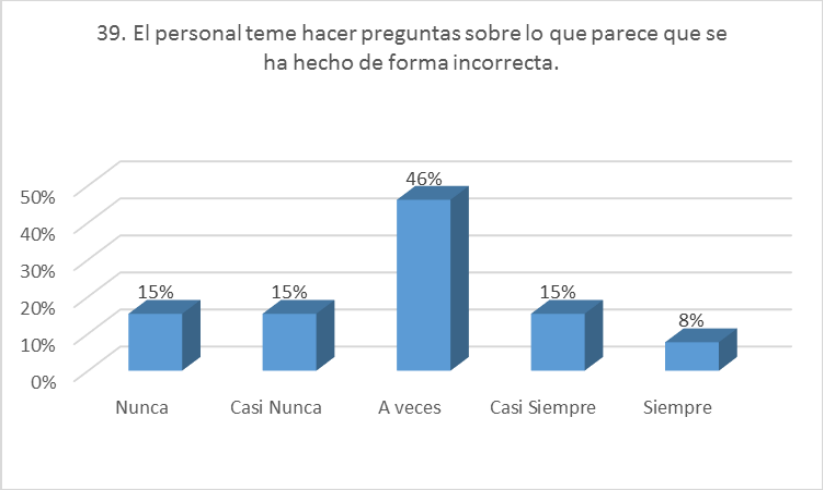


Fuente: Elaboración de las autoras.

El 45% de los encuestados manifestó que a veces, el 23% que casi siempre, el 13% que siempre, mientras que el 14% que casi nunca y el 4% que nunvca.

Gráfica 39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece se ha hecho de

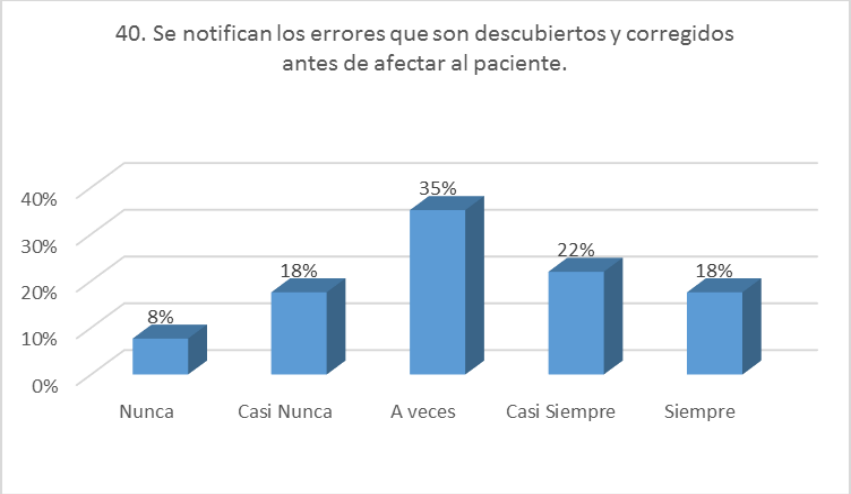
forma incorrecta



Fuente: Elaboración de las autoras.

Al consultar si el personal teme hacer preguntas sobre lo que parece se ha hecho de forma incorrecta, elm 46% dijo que aveces, el 15% que casi siempre, el 8% que siempre, mientras que el 15% que casi nunca y el 15% que nunca.

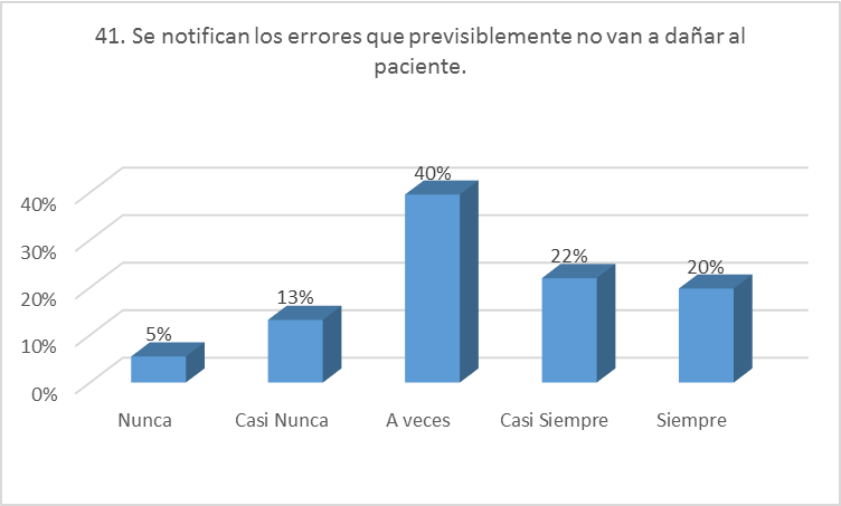
Gráfica 40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 35% de los encuestados manifestó que a veces son notificados de los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. El 22% opinó que casi siempre, el 20% que siempre, otro 18% que casi nunca y el 8% que nunca.

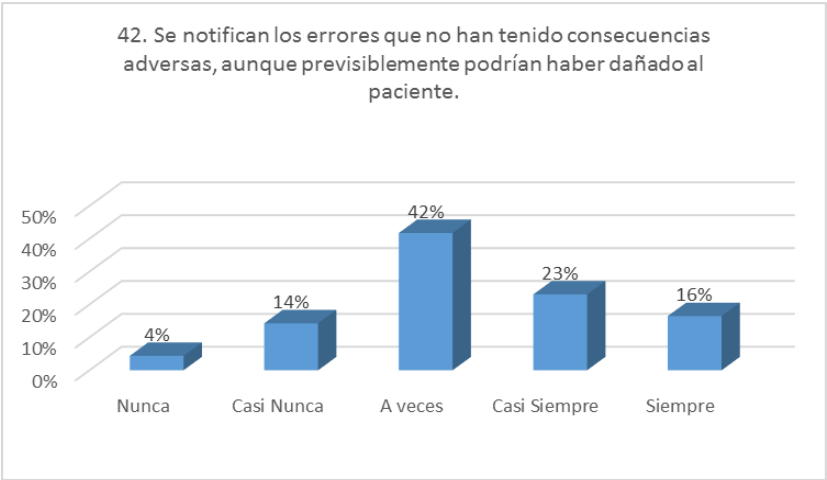
Gráfica 41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 40% de los encuestados manifestó que a veces son notificados de los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. El 22% opinó que casi siempre, el 20% que siempre, otro 13% que casi nunca y el 5% que nunca.

Gráfica 42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente

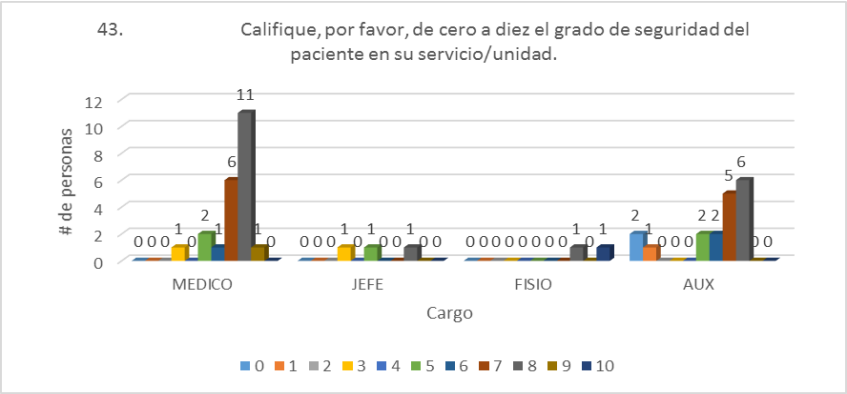


Fuente: Elaboración de las autoras.

El 42% de los encuestados manifestó que a veces son notificados de los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente. El 23% opinó que casi siempre, el 16% que siempre, otro 14% que casi nunca y el 4% que nunca.

SECCIÓN D: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Gráfica 43. Califique de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad



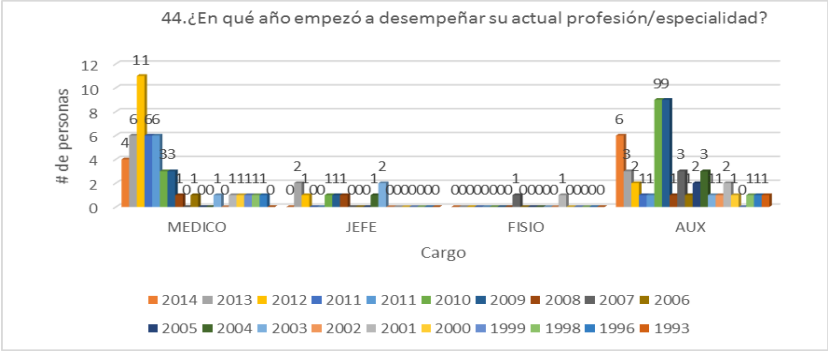
Fuente: Elaboración de las autoras.

La calificación de 0 a 10 sobre el nivel de seguridad del paciente en su servicio/unidad es la siguiente:

Para los médicos es de 11
Para los fisioterapeutas es de 01
Para los jefes es de 01
Para los auxiliares es de 06

Lo anterior denota mayor compromiso y preocupación por la seguridad del paciente por parte de médicos y auxiliares, sin embargo, fisioterapeutas y jefes no parecieran tener el mismo compromiso para con los pacientes.

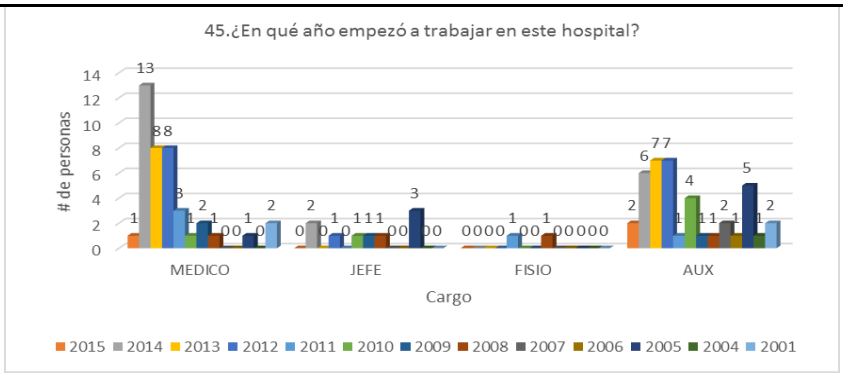
Gráfica 44. En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad



Fuente: Elaboración de las autoras.

El promedio operacional de los encuestados es del año 2000 al 2014.

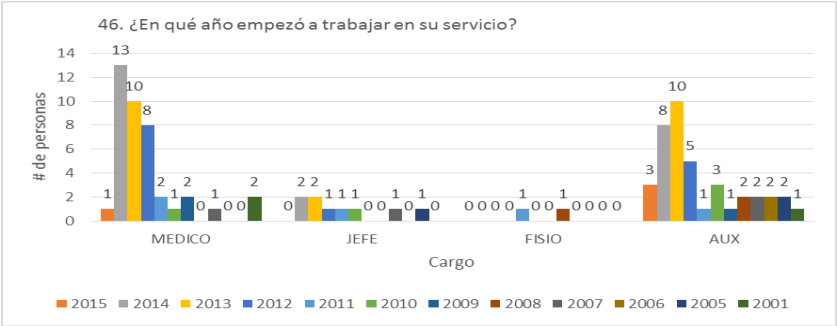
Gráfica 45. Año en que empezó a trabajar en la clínica



Fuente: Elaboración de las autoras.

El promedio de años laborando en la clínica por parte de los encuestados es del año 2006 al 2014.

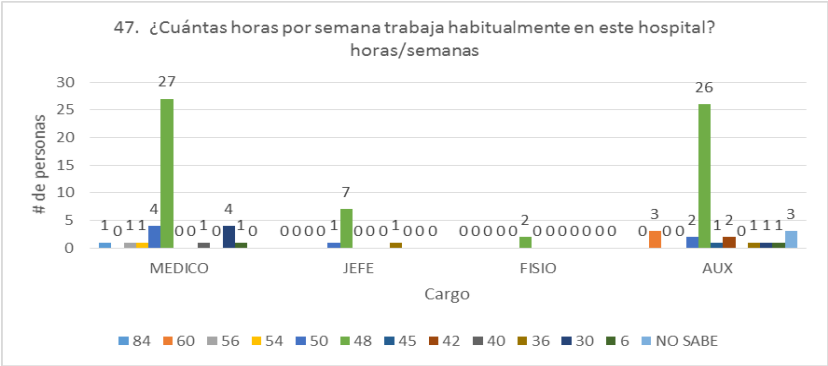
Gráfica 46. Año en que empezó a trabajar en su servicio



Fuente: Elaboración de las autoras.

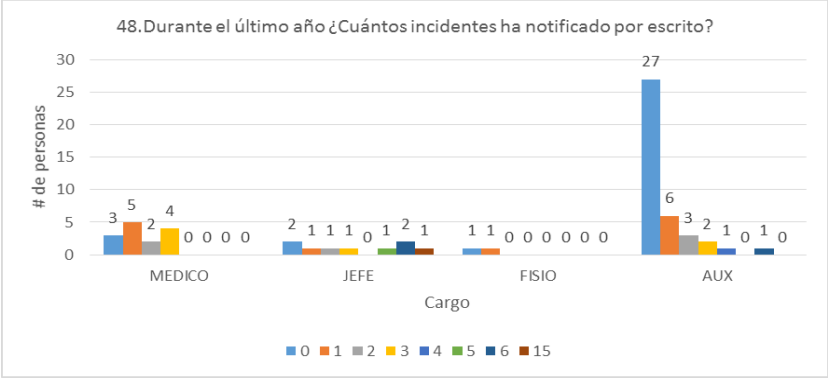
El promedio de años en el servicio por parte de los encuestados es del año 2006 al 2014.

Gráfica 47. Horas por semana que trabaja habitualmente en esta clínica



El promedio de horas por semana es de 48 horas.

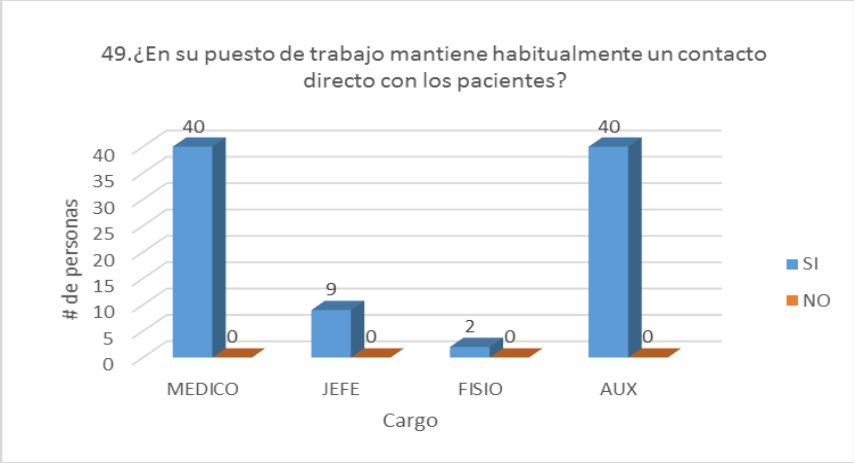
Gráfica 48. Notificaciones por escrito de incidentes ocurridos durante el último año



Fuente: Elaboración de las autoras.

El promedio de notificaciones por escrito de incidentes ocurridos durante el último año es de 27 casos.

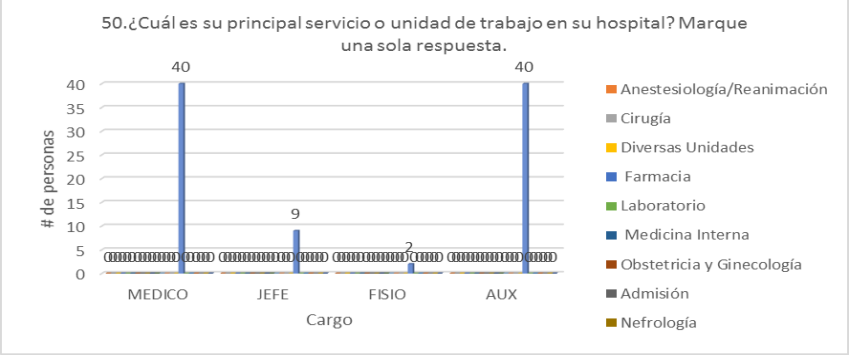
Gráfica 49. En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes



Fuente: Elaboración de las autoras.

40 de los encuestados afirmaron que su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes.

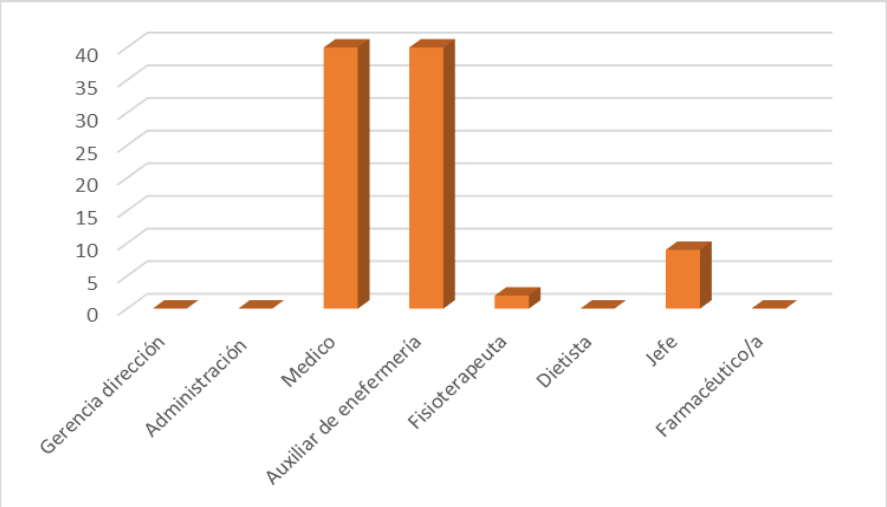
Gráfica 50. Principal servicio/unidad de trabajo en la clínica



Fuente: Elaboración de las autoras.

Como se puede observar, el principal servicio/unidad de trabajo en la clínica es la medicina interna.

Gráfica 51. Posición laboral en su servicio/unidad. Marque una sola respuesta



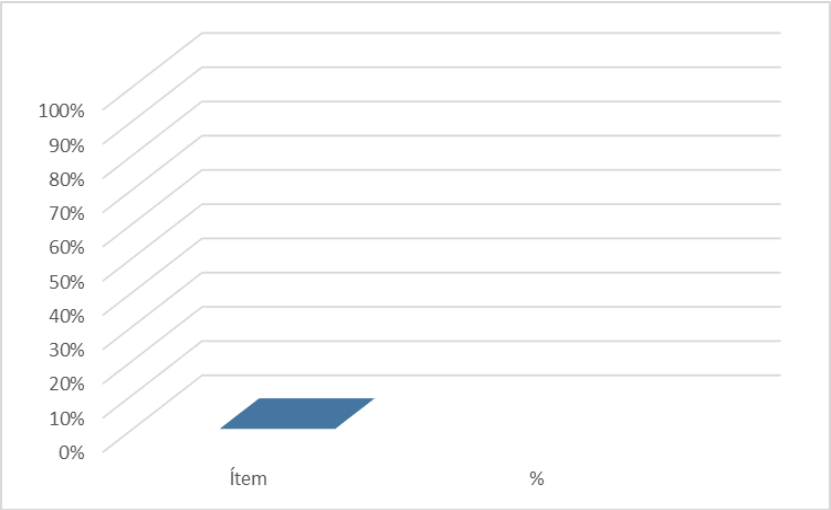
Fuente: Elaboración de las autoras.

1 Gerencia/Dirección 0 Farmacéutico Residente ___
2 Administración 0 Fisioterapeuta 2
3 Auxiliar de Enfermería 40 Médico 40
4 Dietista 0 Médico Residente ___
5 Jefes 9 Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)___
6 Farmacéutico/a 0 Otro, por favor, especifique:... ... ...

De acuerdo al ítem anterior la clínica cuenta con 40 médicos, 9 jefes, 2 fisioterapeutas, 40 auxiliares de enfermería. Lo anterior demuestra que la institución cuenta con un buen pie de fuerza en profesionales en salud, teniendo en cuenta el tamaño de la clínica.

Gráfica 52. Comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés

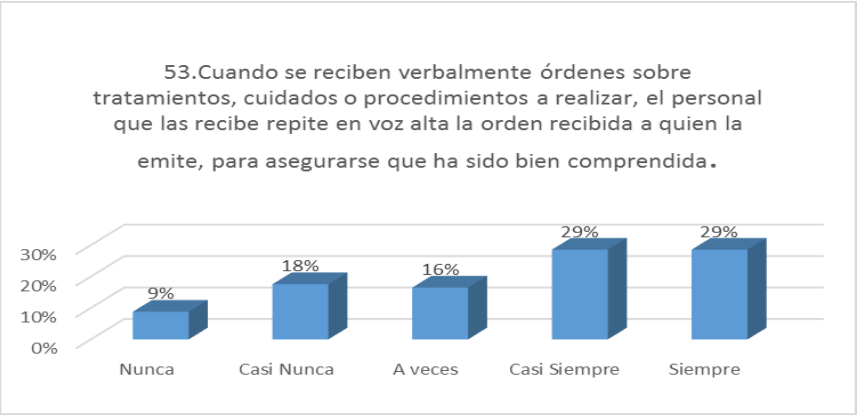
Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*



Fuente: Elaboración de las autoras.

En cuanto a si tienen algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés, el ciento por ciento de los encuestados respondió que ninguna.

Gráfica 53. Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida

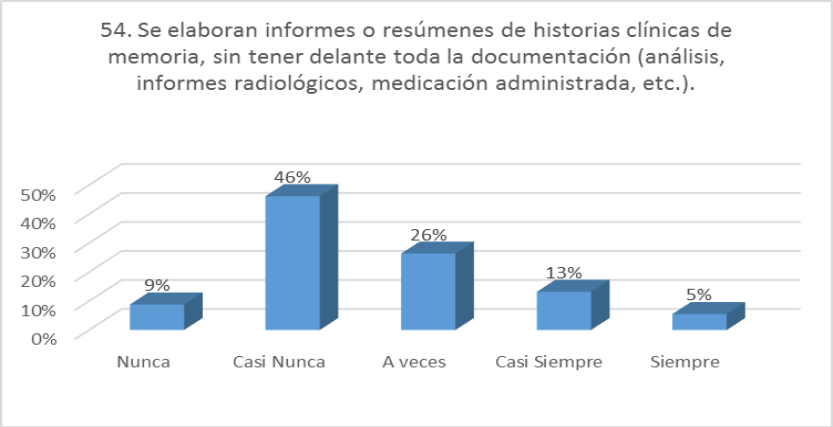


Fuente: Elaboración de las autoras.

De acuerdo a los resultados de la gráfica anterior el 29% opinó que siempre, el 29% que

casi siempre, el 26% que, mientras que el 18% que casi nunca, el 16% que a veces y el 9% que nunca.

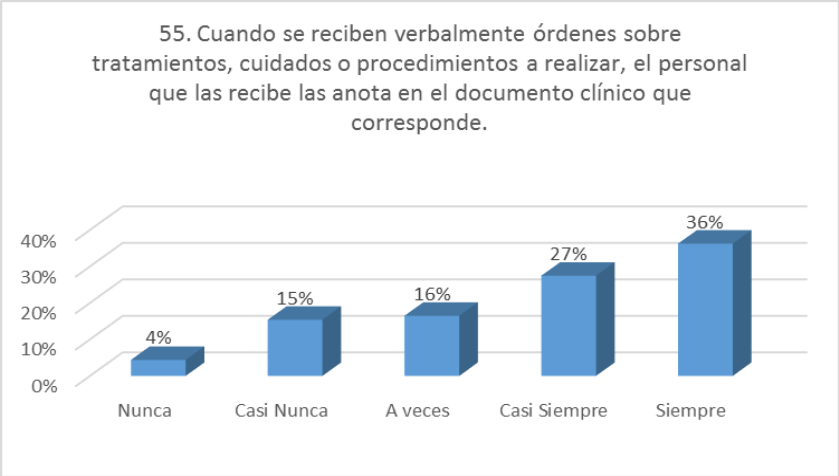
Gráfica 54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informas radiológicos, medicación administrada)



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 46% de los encuestados respondió que casi nunca se elaboran informas o resúmenes o historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.). El 26% que a veces, el 13% que casi siempre, el 5% que siempre y el 9% que nunca.

Gráfica 55. Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde

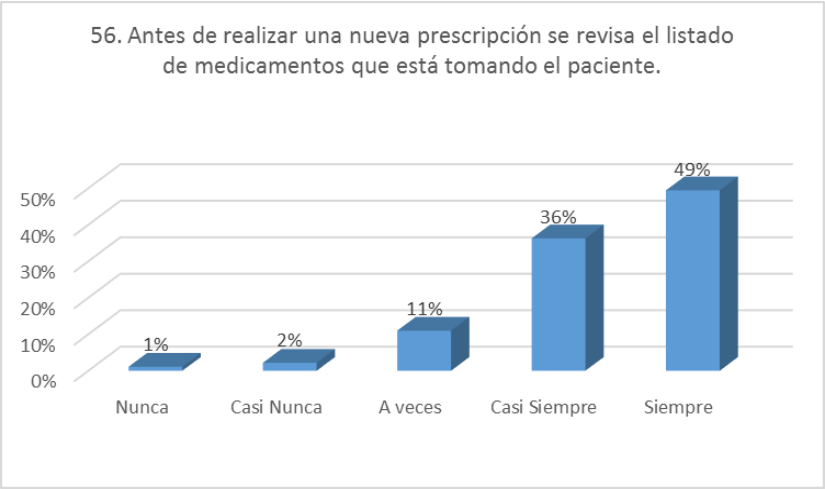


Fuente: Elaboración de las autoras.

El 36% de los encuestados respondió que siempre reciben verbalmente órdenes sobre

tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico correspondiente, el 27% que casi siempre, el 16% que a veces, el 15% que casi nunca y el 4% que nunca.

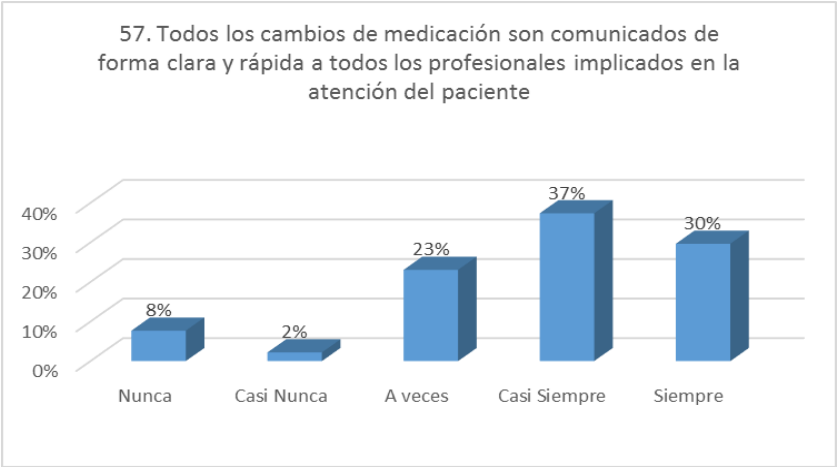
Gráfica 56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 49% de los encuestados respondió que antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente, el 36% que casi siempre, el 11% que a veces, el 2% que casi nunca y el 1% que nunca.

Gráfica 57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención al paciente

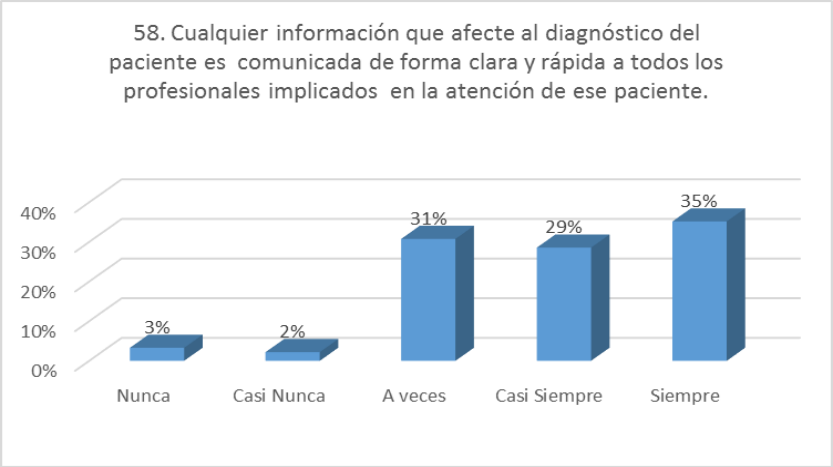


Fuente: Elaboración de las autoras.

El 37% de los encuestados respondió que casi siempre todos los cambios de

medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención al paciente, el 30% que siempre, el 23% que a veces, el 8% que nunca y el 2% que casi nunca.

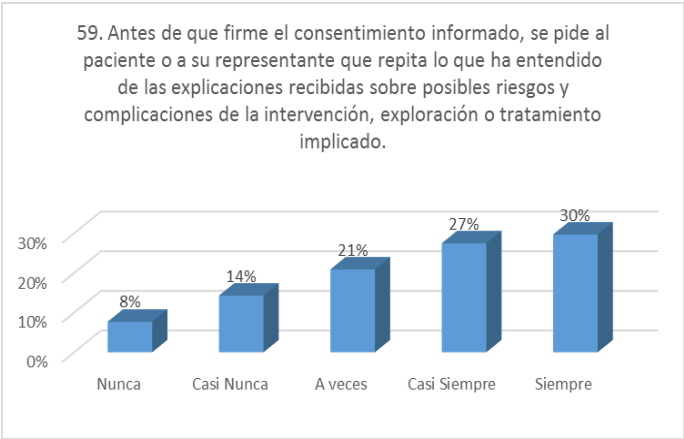
Gráfica 58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 35% de los encuestados opinó que siempre que cualquier información afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente. El 31% que a veces, el 29% que casi siempre, el 3% que nunca y el 2% que casi nunca.

Gráfica 59. Antes de firmar el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado

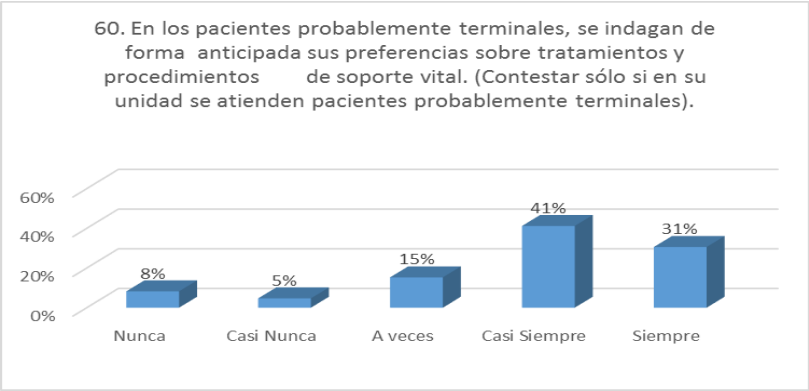


Fuente: Elaboración de las autoras.

El 30% de los encuestados opinó que siempre que antes de que el paciente firme el

consentimiento informado, se le pide a él o a su representante que repita lo que ha entendido de la explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado. El 27% que casi siempre, el 21% que a veces, el 14% que casi nunca y el 8% que nunca.

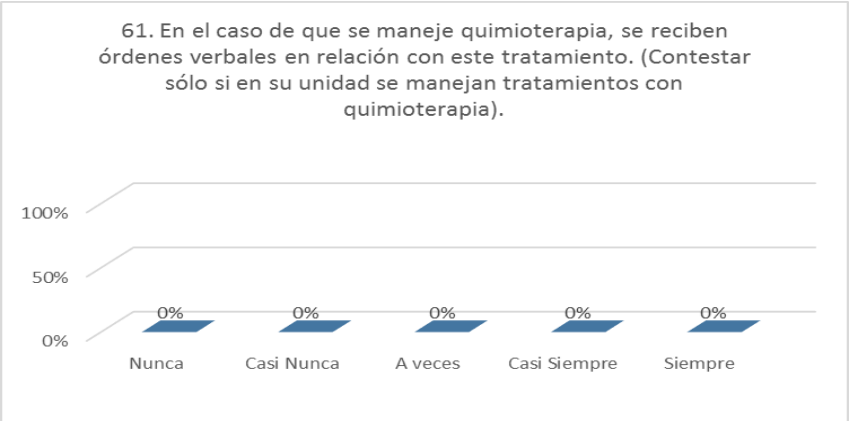
Gráfica 60. En los pacientes posiblemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital



Fuente: Elaboración de las autoras.

El 41% de los encuestados manifestó que casi siempre en los pacientes probablemente terminales, se indaga de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital, (contestar solo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales). El 31% que siempre, el 15% que a veces, el 8% que nunca y el 5% que casi nunca.

Gráfica 61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento



Fuente: Elaboración de las autoras.

7.2. RESULTADOS

La tasa de respuesta global fue de un 40,0%, siendo ligeramente mayor en las unidades/servicios en su conjunto (42,0%), por incluir entre ellos al trabajo en equipo con la tasa de respuesta más alta de todos (79,3%). En todo el grupo focal hubo porcentajes de respuesta baja, aunque globalmente se alcanzó el objetivo numérico planteado y hemos podido contar con un total de 91 encuestas respondidas por profesionales en salud de la clínica Saludcoop Cali Norte. La tabla 52 fue el único ítem en la que no obtuvo respuesta alguna por unanimidad.

7.3 DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados arrojados por la encuesta se pudo establecer que en la Clínica Saludcoop Cali Norte, entidad donde se realizó esta investigación, se ha llevado a cabo una importante labor para la construcción y alcance de una cultura de seguridad del paciente al interior de cada Unidad y de la clínica como totalidad.

Este proceso se pudo evaluar con éxito, dado que la mayoría de los encuestados tienen contacto directo con el sistema y con los procedimientos existentes para el manejo de la situación adversa. De este modo, se logró identificar tal como lo hicieron en sus artículos los investigadores Arenas, [2] Aranaz, [3] y Moreno, [4] citados en este estudio; que en la clínica existen varios aspectos que requieren de mejoramiento en el corto y mediano plazo para poder prestar una atención de calidad y lograr que la cultura de seguridad del paciente sea asumida compromisoriamente por todo el personal que labora en la entidad.

Respecto a las políticas de la clínica, un alto porcentaje de encuestados reconocen que la gerencia o administración denota en términos generales, interés en la seguridad del paciente. No obstante, tal parece que dicho interés aumenta cuando ocurre un incidente adverso.

En cuanto al desarrollo de procedimientos y sistemas para el manejo de la seguridad del paciente en la clínica, se puede observar su existencia, sin embargo, no siempre son eficaces, debiendo ser aún más divulgados.

Para la calidad de la atención y la seguridad del paciente, es necesario que los profesionales de la salud de la clínica demuestren sobre su práctica, la reorganización de su proceso de trabajo, tal como lo realizó Wegner [5] en su artículo, tanto en aspectos individuales como colectivos.

En este contexto, se denota un porcentaje negativo por la despreocupación e indiferencia ante el tema de la seguridad del paciente, identificadas en algunos de los encuestados. Es probable que algunos profesionales de la clínica no tengan en cuenta que es de suma importancia la implementación de los procedimientos adecuados.

La experiencia vivida de los encuestados respecto a los errores que cometen está representada en el temor a las represalias por parte de directivos, jefes o compañeros,

lo que obliga a un sub-registro de errores cometidos sin que importe si son latentemente dañinos o no. Se requiere entonces, la consolidación de una cultura institucional educativa y no correctiva que surja desde el informe y análisis de los errores y situaciones adversas, en la que se ponga en consideración de que los errores siempre están latentes, porque forman parte de los riesgos cuando se presta atención en salud y que el sistema de informe de situaciones adversas es un sistema que ayuda a los profesionales de la salud a su minimización.

En cuanto a la dimensión de la cultura perteneciente a procedimientos también se puede observar que existen problemáticas en el manejo de la información de los pacientes cuando es trasladada de un servicio/unidad a otra o cuando hay cambios de turno; se podría decir que gran parte de los encuestados no está concientizado de que un mal manejo en el cambio de turno obstruye el flujo de una atención adecuada y puede ocasionar situaciones adversas.

Por otro lado, en el estudio realizado por Cárdenas, [1] en referencia a las situaciones adversas envolviendo medicación, se toca el tema sobre lo complejo que es lo concerniente al proceso de la medicación, bien sea por prescripción o administración. Es fundamental que sea revisto por los profesionales de la salud, ya que es una actividad propia de éstos, la cual requiere de exactitud, compromiso y conocimiento científico para que no sucedan casos adversos.

Los errores cometidos en la atención de los pacientes se pueden generar tanto en el ámbito biopsicosocial de los profesionales de la salud que prestan el servicio, como en otros factores implicados como la infraestructura y la tecnología. Los errores son espontáneos e involuntarios y por ende, se necesitan sistemas bien estructurados para su manejo que den pie a la minimización de cualquier evento de error.

Respecto a la dimensión de la cultura de la composición de la fuerza de trabajo, existe un porcentaje negativo en el que se puede observar que falta un número más alto de profesionales para brindar una mejor atención a los usuarios, lo cual ocasiona recarga laboral e incremento de margen de error, bien sea por aceleramiento o por agotamiento. A esto se le suma que en la clínica existen falencias en el mantenimiento de los equipos, muebles, enseres e insumos indispensables para la prestación de una atención adecuada a los pacientes.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, en cada servicio/unidad de la clínica existe una concepción positiva con respecto al apoyo, respeto y espíritu de colaboración entre compañeros, lo cual reduce el margen de error en la atención. No obstante, son conscientes de que se requiere del fortalecimiento de estas actitudes, porque cuando hay demasiado trabajo la colaboración no se brinda con el auge que se necesita. Del mismo modo, se evidencia la necesidad del fortalecimiento del trabajo en equipo entre los servicios/unidades, situación difícil de superar ya que culturalmente, cada servicio/unidad se apropia como una isla donde la interactuación con otras no existe, lo cual sistemáticamente puede elevar el índice de margen de errores o situaciones adversas.

Una dimensión de la cultura bastante relevante se relaciona con las actitudes y comportamiento de los jefes en cuanto al tema de la seguridad del paciente. La concepción general es que los jefes llevan a cabo acciones para promoverla con el personal bajo su mando, considerando los procedimientos determinados y las sugerencias de estos sin alteraciones para el aumento de la velocidad.

Otra dimensión sumamente importante es el manejo de la comunicación, ya que es un aspecto clave de la cultura de seguridad del paciente en la clínica. A través de la encuesta se pudo observar que la práctica de informar el error y debatirlo es aplicada en algunos servicios/unidades más que en otras. También. Del mismo modo, es necesario el mejoramiento de la comunicación se observa la imperiosa necesidad de mejorar en el sentido de la cultura, toda vez que se requiere la verificación de que todos sean informados de los cambios hechos desde el asunto de los errores reportados de los subalternos con los jefes y al revés para que no esté estigmatizada por el temor mutuo y pueda promoverse a nivel general un trabajo en equipo.

En el contexto del planteamiento del problema de esta investigación se concluye que las circunstancias de cuidado surgen de procesos de atención no seguros, que provienen de fallos en la planificación, en la colaboración, en la ejecución, en la evaluación y en el seguimiento de las intervenciones que exceden los límites de los profesionales envueltos en la atención a la salud del paciente.

Finalmente, se podría decir que se requiere de la consolidación del uso del sistema de reportes de situaciones adversas y poner en consideración el valor de su utilidad en la clínica, trabajando arduamente para que el margen de error sea adoptado como un riesgo en la prestación el servicio y no como un problema de ética o de incapacidad técnica.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. CONCLUSIONES

- De acuerdo al método aplicado en esta investigación, se logró Identificar algunas situaciones inseguras que representan riesgo para los pacientes en el servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali Norte, como lo es la falta de trabajo en equipo, la sobre carga laboral y el trabajo armónico entre unidades. Así mismo, se identifica como una importante fortaleza la concepción del trabajo de equipo y compañerismo al interior de las áreas incluidas en el estudio, aspecto que debe ser promovido y tenido en cuenta para mejorar la seguridad clínica.

- A través de la encuesta de la información y/o conocimiento que tienen los empleados del área asistencial en el servicio de urgencias sobre seguridad del paciente, se identificó como debilidades la importante concepción que tienen los profesionales encuestados respecto a una respuesta correctiva, frente al informe de las situaciones adversas y la inconveniente dotación de personal que imposibilitarían el desarrollo de la atención en salud de modo seguro, también la falta de percepción de seguridad, el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente y la comunicación en el reporte de eventos o sucesos en la unidad y la información de la cultura de seguridad del paciente a nivel del servicio de urgencias

- Se determinó que la percepción global relacionada con la seguridad del paciente en el servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali norte es buena, sin embargo, la comunicación sobre errores es deficiente. La principal área de mejora es la comunicación espontánea sobre los errores. Es imperante la promoción e implementación de programas de sensibilización y formación de los profesionales y del mismo modo, la implementación de sistemas de registro de situaciones adversas.

8.2 RECOMENDACIONES

- La realización de prácticas rutinarias concierne el arraigo de costumbres y esto toma tiempo. Se recomienda la transformación de la cultura a nivel de creencias, actitudes, comportamientos, rituales y paradigmas, en tal sentido, se podría pensar que el cambio va por buen camino.

- Se recomienda confrontar el error con responsabilidad la cual sugiere condiciones éticas en las relaciones entre las personas envueltas, dado que el reconocimiento y la comunicación del reporte constituyen la autonomía del profesional para la toma de decisiones.

- Por último, se recomienda la aplicación de una estrategia de comunicación como un medio de estímulo para que los profesionales de la salud comuniquen los errores que surgen de su procedimiento profesional, pudiendo ser este el inicio

para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

1. Cárdenas Sánchez Patricia Adriana, Sarate Grajales Rosa Amarillis. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y sus efectos en la seguridad del paciente, México D.F [2009].

2. Arenas Gutiérrez Wendy Alejandra, Garzón Salamanca Yenifer González, Vega Lizeth Mateus, Galeano Erika Marcela. Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en instituciones de nivel II en Bogotá, [2010]. Cienc. enferm. vol.17 no.3, ISSN 0717-2079.

3. Aranaz Jesús María, Aibar Carlos Andrés, Itziar Larigoitia Remón, Gonset García Jonás. Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), [2010]. Documento (en línea). Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf. Citado el 01082015.

4. Moreno campoy, EE Mérida de la torreJf, Buñosota, Caballero Ruiz M, Cuadrado Cenzualma, Fernandez Noguera García Rajaam, Ibarz M, Vázquez L Escuer Mourin. Seguridad del Paciente. Documento básico. 2011. Documento (en línea). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache: Citado el 01082015.

5. Wegner, Wiliam & RUBIN, Pedro Evaneri. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. 2012. Documento (en línea). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf. Citado el 05082015.

6. Teoria Domino. Teoría de los accidentes y seguridad en el trabajo disponible en http://higieneyseguridaindustrial2012.wikispaces.com/file/view/Modelos+de+accidentes.pdf. Citado el 06082015.

7. Botta Néstor Adolfo ING. Teorías y Modelización de los accidentes, 3 edición marzo 2010. Disponible en www.redproteger.com.ar/.../17_Teoria_Modelos_Accidentes_3a_edicion. .

8. Modelo Queso Suizo. Organización, legislación y administración de la seguridad y la salud ocupacional. Documento (en línea). Disponible en: higieneyseguridaindustrial2012.wikispaces.com/.../Modelos+de+accidente. Citado el 07082015.

9. Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura. Versión 2.0. Documento (en línea). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf. 07082015.

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

***** Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.

***** La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

1. **El personal se apoya mutuamente**.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

2. **Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

3. **Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo

3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

10. No se producen más fallos por casualidad.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el

personal para mejorar la seguridad del paciente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo

5. Muy de acuerdo

25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES

4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

MÍNIMA SEGURIDAD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **MÁXIMA SEGURIDAD**

44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?
En el año _____

45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?
En el año _____

46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?
En el año _____

47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?
horas/semanas _____

48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?

_____**incidentes**

49.¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?

1 SI ____ **2 NO** ____

50.¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

1 Anestesiología/Reanimación 12 Pediatría
2 Cirugía 13 Radiología
3 Diversas Unidades 14 Rehabilitación
4 Farmacia 15 Salud Mental/Psiquiatría
5 Laboratorio 16 Servicio de Urgencias
6 Medicina Interna 17 UCI (cualquier tipo)
7 Obstetricia y Ginecología 18 Neurología
8 Admisión 19 Traumatología
9 Nefrología 20 Hemodiálisis
10 Urología 21 Medicina nuclear
11 Oncología 22 Otro, por favor, especifique… … … … … ..

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.

1 Gerencia/Dirección 7 Farmacéutico Residente
2 Administración 8 Fisioterapeuta
3 Auxiliar de Enfermería 9 Médico
4 Dietista 10 Médico Residente
5 Enfermero(a) 11 Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 Farmacéutico/a 12 Otro, por favor, especifique:… … … … … …

52.¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

53.Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.

1. NUNCA CASI
2. NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).

1. NUNCA CASI
2. NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.

1. NUNCA CASI
2. NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE

5. SIEMPRE

59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente", disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf.

ANEXO 2. AUTORIZACIÓN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Manizales, Enero 15 de 2015

Doctor
CESAR AUGUSTO ROTAWISKY
Coordinador Medico
Servicio de Urgencias
Clínica Saludcoop Cali Norte
Cali, Valle

ASUNTO: Autorización trabajo de investigación

De la manera más atenta me permito solicitar su autorización para la elaboración del trabajo de investigación de los estudiantes de la Especialización en Administración de la Salud: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE"

El tiempo del proyecto, para la fase de recolección de información, será durante el primer semestre de éste año, para realizar la recolección de la información referente a la cultura de seguridad del paciente.

La recolección de la información se realizará durante los meses de Enero y Febrero del 2015, de lunes a viernes en horario no laboral para los funcionarios que diligencien la encuesta.

Dicho proyecto permitirá Identificar la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop Cali Norte para el segundo semestre del año 2014 y primer semestre del año 2015, esta información es relevante pues le sirve para implementar acciones de mejora que ayudaran a disminuir situaciones inseguras.

Así mismo los estudiantes entregarán a la institución los resultados del proyecto con sus respectivas recomendaciones.

El anteproyecto ya tiene el aval institucional, por parte de la Universidad Católica de Manizales, es importante aclarar que desde el componente ético, el desarrollo del proyecto de investigación no implica ningún tipo de riesgo para los pacientes, pues no se llevará a cabo ningún proceso de intervención directa que impacte variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales en los individuos.

Los investigadores se comprometen a manejar la confidencialidad frente a la información recopilada y los nombres de los participantes que suministrarán dicha información, pues ésta será manipulada solo con fines investigativos.

El trabajo de investigación estará orientado por Rubén Darío Agudelo Loaiza, docente de investigación del posgrado.

Relaciono los nombres de los estudiantes interesados en realizar este trabajo de investigación:

- Lina Marcela Muñoz Feijoo
- Nora Elena Olaya Alvarez
- Derly Pilar Orejuela Ramírez

De antemano agradezco su amable atención y colaboración.

Atentamente,

PATRICIA GÓMEZ GONZÁLEZ
Directora Especialización Administración de Salud

ANEXO 3. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo… … … … … … … … … … … … … … … … … … con CC… … … … … … … … … … … … … … … ..

Doy fe de que se me han explicado los objetivos de la presente investigación "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CLINICA SALUDCOOP CALI NORTE". Se me ha informado que mi participación en el presente estudio es libre y voluntaria y después de iniciada la presente investigación puedo retirarme en cualquier momento sin que se presente alguna sanción. Los datos obtenidos se manejarán de manera confidencial y nunca se revelará la identidad de las personas participantes, la información obtenida solo se utilizará para la presente investigación.

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

Autorización

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio. SI… … NO… … ..

Para constancia, firmo a los ___ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de Cali – Valle del Cauca.