VICERRECTORÍA ACADÉMICA

CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE LA IPS SIEMPREE, POPAYÁN CAUCA, 2016

JISSEL GARZON

JOSE LUIS CASTRILLON

JHON EDDER URRUTIA MOLINA

MA. PIEDAD SANCHEZ VELASCO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

CENTRO REGIONAL POPAYÁN

2016

VICERRECTORÍA ACADÉMICA

CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE LA IPS SIEMPREE, POPAYÁN CAUCA, 2016

JISSEL GARZON

JOSE LUIS CASTRILLON

JHON EDDER URRUTIA MOLINA

MA. PIEDAD SANCHEZ VELASCO

Proyecto de grado para optar al título de Especialista en Administración de la Salud.

Asesor.

PAULA ANDREA PEÑA LÓPEZ

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

CENTRO REGIONAL POPAYÁN

2016

INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO

TITULO: Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal asistencial y administrativo de la Ips Siempree, Popayán cauca, 2016.

INVESTIGADORES: Jissel Garzón, José Luis Castrillón, John Edder Urrutia Molina, Ma. Piedad Sánchez Velasco.

AREA DE CONOCIMIENTO A LA QUE APLICA: Gestión de la Calidad –Salud

PROGRAMA DE POSTGRADO A LA QUE SE ARTICULA: Especialización en Administración en salud

LUGAR DE EJECUCION DEL PROYECTO

CIUDAD: POPAYAN

DURACION DE PROYECTO (PERIODOS ACADEMICOS): II semestres

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 14

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 15

1.1 TÍTULO 15

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 15

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 18

1.4 JUSTIFICACIÓN 18

1.5 OBJETIVOS 20

1.5.1 Objetivo general 20

1.5.2 Objetivos específicos 20

2. MARCO TEÓRICO 21

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN 21

2.2 REFERENCIA INSTITUCIONAL 22

2.3 BASES TEÓRICAS 24

2.4 BASES LEGALES 30

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS () 32

2.5.1 Seguridad del paciente 32

2.5.2 Evento Adverso 32

2.5.3 Evento Centinela 32

2.5.4 Evento Trazador 33

2.5.5 Incidente 33

2.5.6 Atención en salud 33

2.5.7 Indicio de atención insegura 33

2.5.8 Falla de la atención en salud 33

2.5.9 Complicación 33

2.5.10 Violación de la seguridad de la atención en salud 33

2.5.11 Barrera de seguridad 33

2.5.12 Sistema de gestión del evento adverso 34

2.5.13 Acciones de reducción de riesgo 34

3. MARCO METODOLÓGICO 34

3.1 ENFOQUE 34

3.2 TIPO 34

3.3 DISEÑO 35

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA 35

3.4.1 Criterios de Tipificación de la población 37

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS 37

3.5.2 Instrumentos 37

3.5.3 Operacionalización de variables de acuerdo al instrumento 37

3.5.4 Procedimiento de recolección de la información 40

3.5.5 Plan de análisis 40

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS 40

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS 41

4.1 CARACTERIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DE LA IPS SIEMPREE 41

4.1.1 Sección H. Antecedentes- Personal administrativo 41

4.1.2 Sección H. Antecedentes- Personal asistencial 44

4.2 GRADO DE AVANCE DE LAS CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 48

4.2.1 Sección A. Área de trabajo personal asistencial 48

4.2.2 Sección A. Área de trabajo personal administrativo 55

4.2.3 Sección B. Jefe inmediato personal asistencial 60

4.2.4 Sección B. Jefe inmediato personal administrativo 63

4.2.5 Sección C. Comunicación personal asistencial 65

4.2.6 Sección C. Comunicación personal administrativo 69

4.2.7 Sección F. La institución personal asistencial 74

4.2.8 Sección F. La institución personal administrativo 79

4.3 GRADO GENERAL DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 91

4.3.1 Sección D. Grado de seguridad de paciente 91

4.3.2 Sección E. Grado de seguridad de paciente 92

4.4 FRECUENCIA DE EVENTOS O ERRORES REPORTADOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS SIEMPREE. 94

4.4.1 Sección D. Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados 94

4.4.2 Sección G. Número de Eventos adversos / errores reportados 96

4.4.3 Sección J. Atención segura personal asistencial 97

4.4.4 Sección J. Atención segura personal administrativo 98

CONCLUSIONES 99

RECOMENDACIONES 101

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución 41
Gráfica 2. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/servicio 41
Gráfica 3. Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución 42
Gráfica 4. Cuál es su cargo en esta institución 42
Gráfica 5. Qué tipo de contrato tiene 42
Gráfica 6. Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes 43
Gráfica 7. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual cargo 43
Gráfica 8. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución 44
Gráfica 9. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/servicio 44
Gráfica 10. Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución 45
Gráfica 11. Cuál es su cargo en esta institución 45
Gráfica 12. Qué tipo de contrato tiene 46
Gráfica 13. Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes 46
Gráfica 14. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual cargo 46
Gráfica 15. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente. 48
Gráfica 16. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo. 48
Gráfica 17. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo. 49
Gráfica 18. En esta unidad, el personal se trata con respeto. 49
Gráfica 19. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo establecido para el cuidado del paciente. 49
Gráfica 20. Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente. 50
Gráfica 21. Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente. 50
Gráfica 22. El personal siente que sus errores son usados en su contra. 50
Gráfica 23. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios. 51
Gráfica 24. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo 51
Gráfica 25. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida. 52
Gráfica 26. No tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. 52
Gráfica 27. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. 52
Gráfica 28. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo. 55
Gráfica 29. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo. 55
Gráfica 30. En esta área, el personal se trata con respeto. 56
Gráfica 31. Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente 56

Gráfica 32. El personal siente que sus errores son usados en su contra. ...56
Gráfica 33. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios. 57
Gráfica 34. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida. 57
Gráfica 35. No tenemos o generamos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área. 57
Gráfica 36. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. .58
Gráfica 37. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes. 60
Gráfica 38. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes 60
Gráfica 39. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes. 61
Gráfica 40. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez....61
Gráfica 41. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes 63
Gráfica 42. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes 63
Gráfica 43. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes. 64
Gráfica 44. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez. 64
Gráfica 45. La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos. 65
Gráfica 46. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente .66
Gráfica 47. Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta área 66
Gráfica 48. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. 67
Gráfica 49. En este servicio, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. 67
Gráfica 50. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto. 67

Gráfica 51. La Gerencia informa a la Junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la Seguridad del Paciente. 69
Gráfica 52. La Gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área administrativa 69
Gráfica 53. Se informan los costos de la no calidad a los colaboradores de la institución .70
Gráfica 54. Se verifica proactivamente la suficiencia de los dispositivos médicos requeridos para la prestación de los servicios de salud .70
Gráfica 55. Se verifica proactivamente la suficiencia de medicamentos esenciales requeridos para la prestación de los servicios de salud. 71
Gráfica 56. El plan de capacitación incorpora temas sobre seguridad del paciente. 71
Gráfica 57. La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos 72
Gráfica 58. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente 72
Gráfica 59. En esta área, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.....72
Gráfica 60. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.....73
Gráfica 61. La Gerencia de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente 74
Gráfica 62. Los servicios de esta institución no están bien coordinados entre sí. 75
Gráfica 63. La continuidad de la atención de los pacientes no se pierde cuando éstos se transfieren de un servicio a otro. 76
Gráfica 64. Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente. 76
Gráfica 65. Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otros servicios en esta Institución. 76
Gráfica 66. Rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios de esta institución. 77
Gráfica 67. Las medidas que toma la Gerencia de esta institución, muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.....77
Gráfica 68. La Gerencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso. 78
Gráfica 69. Los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes. 78
Gráfica 70. El direccionamiento estratégico motiva a la seguridad del paciente. 79
Gráfica 71. La Junta Directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente. 80

Gráfica 72. La Gerencia realiza seguimiento a la efectividad de las acciones implementadas en pro de la seguridad del paciente. 80
Gráfica 73. La Gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente. 80
Gráfica 74. Los problemas relacionados con la seguridad del paciente tienen fundamento en el área asistencial. 81
Gráfica 75. La Gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. 81
Gráfica 76. La empresa ha eliminado las barreras administrativas para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes. ...82
Gráfica 77. Las medidas que toma la Gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. 82
Gráfica 78. La Gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o un evento adverso. 82
Gráfica 79. La Gerencia promueve estímulos a los equipos de trabajo para la seguridad del paciente. 83
Gráfica 80. Se asignan los recursos para minimizar los riesgos en la prestación de servicios de salud. 83
Gráfica 81. Se evalúa el costo beneficio para la compra de elementos relacionados con la prestación del servicio. ...84
Gráfica 82. Se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección. 84
Gráfica 83. Los equipos de trabajo reciben estímulos por su compromiso con la seguridad del paciente. 84
Gráfica 84. La rotación del talento humano es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente. 85
Gráfica 85. La no suficiencia de personal es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente. ...85
Gráfica 86. Conoce el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos. 86
Gráfica 87. Las diferentes áreas administrativas trabajan en equipo para propiciar la seguridad de los pacientes. 86
Gráfica 88. Las áreas de esta institución no están bien coordinados entre sí. 86
Gráfica 89. Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente. 87
Gráfica 90. Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras Áreas en esta Institución. 87
Gráfica 91. Rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución. 88
Gráfica 92. Grado de seguridad del paciente en el área- administrativos 91
Gráfica 93. Grado de seguridad del paciente en el área-asistencial 92
Gráfica 94. Clima de seguridad del paciente 93

Gráfica 95. Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado.....94
Gráfica 96. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar paciente, que tan frecuentemente es reportado.....94
Gráfica 97. Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado. 95
Gráfica 98. En cuántos reportes de eventos adversos / errores he participado, diligenciado o enviado 96
Gráfica 99. Considera que los pacientes son atendidos de forma segura 97
Gráfica 100. Considera que los pacientes son atendidos de forma segura 98

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de clima de seguridad del paciente. 100

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal administrativo y asistencial de la IPS Siempree, durante el año 2016.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, realizado durante el 2016. La población estuvo conformada por 130 trabajadores asistenciales y 15 trabajadores administrativos, la muestra estuvo constituida por los 87 trabajadores asistenciales y 11 administrativos quienes participaron de manera voluntaria y cumplieron con los criterios de inclusión previstos. La medición se realizó con una encuesta de clima de seguridad del paciente. El cuestionario fue auto-administrado luego de informar el propósito y cumplir con las consideraciones éticas.

Resultados: La cultura de seguridad del paciente referida por el personal administrativo y asistencial evidencia resultados positivos en aspectos como la ayuda mutua, el trabajo en equipo, la comunicación eficaz dentro de las áreas y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y la poca autonomía ofrecida para discutir la prevención de errores y cuestionar decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, lo afecta la seguridad del paciente.

Conclusiones: La cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal administrativo y asistencial de la IPS Siempree, durante el año 2016 se percibió como buena, ya que más del 65% de la población consideró satisfactorios las dimensiones evaluadas.

Palabras clave: Seguridad del paciente, personal asistencial, personal administrativo.

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de diez años, un informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro) analizó los registros de 30.121 hospitalizaciones y encontró que serios perjuicios iatrogénicos habían ocurrido en el 3,7% de los ingresos (6,5% de las cuales provocaron disfunciones permanentes y 13,6% implicaron la muerte del paciente). Sobre la base de estos resultados, se calculó que los daños habían contribuido a la ocurrencia de 180.000 muertes por año en este país (1).

Después de la publicación de este informe, se ha tornado urgente reducir los eventos adversos en todo el mundo. En el caso de la asistencia sanitaria en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud colombianos, se cree que los errores y sus consecuencias son considerablemente altos debido a la precariedad de los servicios, la falta de capacidades en el personal, la carga de trabajo excesiva y la mala remuneración de los profesionales (1).

Considerando lo anterior, se hace necesario la realización de estudios que evalúen la cultura de seguridad del paciente, donde participe tanto el personal asistencial como administrativos, para que sus resultados posibiliten la implementación de estrategias para mejorar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria, y al mismo tiempo, susciten la reflexión del personal sobre este importante tema que tiene un gran impacto en la salud del paciente. De esta forma, el presente estudio tiene como propósito evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal administrativo y asistencial de la IPS Siempree, para esbozarlo, el presente documento se ha dividido en 5 apartados, en el primero se define la situación problemática, objetivos y justificación del estudio. En el apartado 2, se describe el marco referencial el cual contiene los antecedentes, marco conceptual, normativo y teórico, que proveen información para respaldar y aclarar el propósito del estudio. En el apartado 3 se hace la descripción del marco metodológico, donde se explica la naturaleza cuantitativa y descriptiva del presente estudio. En el apartado 4 se detalla los resultados alcanzados, y finalmente, el apartado 5 se expone las respectivas conclusiones y recomendaciones del estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 TÍTULO

Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal asistencial y administrativo de la IPS Siempree, Popayán Cauca, 2016.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención de salud a un mínimo aceptable es una cuestión reconocida mundialmente como un componente importante para lograr la seguridad del paciente y la calidad de servicio de salud. (2)

En los servicios de salud, la calidad se ha convertido en una ventaja competitiva para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS. La sociedad exige cada vez más la excelencia en los servicios que se brindan, por lo que es esencial la creación y adecuación de los procesos organizacionales y el desarrollo de una cultura organizacional y seguridad en la atención del paciente. (3)

La cultura organizacional es la personalidad de la organización y como tal se manifiesta en sus políticas, decisiones y el funcionamiento diario, las formas en que las personas interactúan entre sí, hacen su trabajo y se comunican. (4) Con el análisis de la cultura organizacional de un servicio en particular, se puede identificar la forma como la institución desea ser y lo que su gerencia es capaz de realizar con sus fortalezas y debilidades para lograr la calidad y el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente.

En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad se está convirtiendo en uno de los requisitos esenciales para prevenir la ocurrencia de incidentes a través de la correcta gestión de riesgos, espacio donde los administrativos, pero en especial los profesionales de la salud comunican los errores y actúan oportunamente siguiendo los lineamientos institucionales para la prevención y reducción de incidentes y eventos adversos.

De esta forma, la cultura de seguridad resulta trascendental para cualquier organización, pues ésta siempre dirige sus procesos pensando en la seguridad, los resultados positivos se evidenciarán a favor de los pacientes, empleados y personal de salud. (5) Hay un consenso de que algunos atributos culturales de la organización contribuyen a la seguridad del paciente, tales como el trabajo en equipo, el liderazgo, el apoyo y la comunicación. (6)

Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por ser abiertas y fundamentadas en la comunicación mutua, la confianza, la gestión del riesgo, las percepciones comunes de la importancia de la seguridad y el aprendizaje organizacional y la confianza en la eficacia de las medidas preventivas. (7) En este sentido, para lograr una cultura de seguridad positiva primero se necesita evaluar la percepción de esta entre el personal, especialmente entre el asistencial quien mantiene un trato directo con el paciente. De esta forma, se pone en manifiesto la eficacia organizacional en cuanto a calidad y seguridad. (8)

No obstante, el rol del personal administrativo resulta igual de relevante, si se considera que es el encargado de demostrar el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia para mantener un entorno seguro y promover una cultura de seguridad, dadas sus funciones de garantía de la seguridad e integridad personal del talento humano y usuarios; de esta forma, la percepción del personal administrativo permitirá evaluar qué tan involucrado se encuentra en promover, facilitar y proporcionar las herramientas necesarias para el fomento de la seguridad del paciente y qué tan asertivas son sus intervenciones de prevención.

Para lograr este propósito, es necesario el uso de herramientas que evalúen la cultura para entender las actitudes y comportamientos del recurso humano en relación con la seguridad del paciente. Los estudios de evaluación deben tener en cuenta la interacción entre los factores organizacionales e individuales, lo que permite una mejor comprensión de la dinámica del equipo y las actitudes individuales hacia la cultura de seguridad del paciente. (9)

Al evaluar la cultura no solo se identifica la presencia o ausencia de ciertas variables específicas, su análisis permite establecer el estado de las relaciones

recurso humano-trabajo, lo que puede proporcionar una visión más clara de la seguridad de una institución mediante la cultura en la gestión del riesgo. (10) Estas prerrogativas básicas han favorecido los cambios en pro de la seguridad del paciente en los servicios de salud. Por lo tanto, la seguridad del paciente es considerado como un componente crítico de la calidad de la atención.
Sumado a lo anterior, en Colombia durante los últimos años el Gobierno Nacional ha impulsado la Política de seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es "*prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente*" (11) así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los *"Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente"*. Seguido en el 2009 de una Guía técnica *"Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"*. (10)

Según estos lineamientos, es obligación de todas las instituciones prestadoras de servicio de salud en el país, encabezado por el personal administrativo, sin interesar su origen público o privado, ni el nivel de atención, articular el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y cada uno de sus componente: habilitación, acreditación y auditoria, a cada uno de los procesos asistenciales, garantizando la calidad del servicio. Con ello se propone la disminución de los riesgos relacionados con la atención y mejorar la eficiencia de los servicios, lo que se evidenciará en una calidad de vida satisfactoria para la población, en usuarios más y mejor informados, en personal administrativo y asistencial idóneo, en procesos de evaluación optimizados y en la incorporación de biotecnología que apoye la atención del recurso humano. Cuando esto se logra se cumple con los estándares de garantía de la calidad.

Atendiendo a lo anterior, la IPS Siempree ha dirigido sus esfuerzos hacia el mejoramiento continuo que garantice su competitividad en la región, por lo cual ha implementado su política de seguridad del paciente que tiene como propósito beneficiarlo sin causar daño; a pesar de ello, las directivas son conscientes de que el riesgo está presente y puede amenazar la vida o causar la muerte de un paciente, lo que motiva a la organización a desarrollar un estudio que permita evaluar la cultura de seguridad del paciente, que le permita en el futuro próximo

fortalecer o redireccionar las políticas institucionales y los procesos de atención hacia la promoción de una atención en salud segura, además de adoptar herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud , beneficiando directamente a los usuarios y contribuyendo con el mejoramiento continuo y la calidad de sus procesos administrativos y asistenciales, reduciendo al mínimo el riesgo por eventos adversos.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente existente en la IPS Siempree desde la percepción del personal administrativo y asistencial?

1.4 JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un componente crítico para mejorar la calidad de la atención de salud en todo el mundo, en su conjunto constituye un grave problema de salud pública. Las estimaciones de los países desarrollados indican que al menos uno de cada diez pacientes que reciben atención de apoyo en un hospital sufre daños o lesiones resultado de los llamados eventos adversos. (12) Las consecuencias de estos eventos pueden ser graves o mortales, y muy costosos para las víctimas y para los sistemas de salud. En consecuencia, cada vez cobra mayor reconocimiento entre el personal de salud la seguridad del paciente y la necesidad de buscar mejoras en la entrega del servicio dirigidas a la prevención de errores, aprender de los errores que ocurren, y promover una cultura entre el personal de la salud que implique la seguridad, la confianza y la calidad del servicio.

Considerando lo anterior, por un lado, resulta determinante conocer qué está ocurriendo con la conexión del personal asistencial a la “cultura de seguridad”, para ofrecer una descripción de la realidad del servicio de salud en la IPS Siempree de Popayán, que sirva como fundamento para diseñar y poner en marcha acciones de mejoramiento que contribuyan además con la investigación

en este tema, ya que la cultura de la seguridad del paciente se vuelve una competencia del personal asistencial en el mundo moderno por su función vital en el seguimiento y mantenimiento del bienestar del paciente.

Por otro lado, es indispensable reconocer el compromiso del personal administrativo con la cultura de seguridad del paciente, pues es desde esta área donde se debe reforzar y transmitir los programas de seguridad del paciente, porque es un trabajo que conlleva tiempo y además que requiere una inversión para poder establecer una cultura de seguridad sólida y sustentable donde toda la organización sea parte de ella. Además, del compromiso de los directivos depende la garantía de un ambiente propicio para que circunde la seguridad del trabajo, donde sea una constante la retroalimentación, el análisis de puestos de trabajo, el trabajo interdisciplinario y de colaboración que apoye la calidad de la salud.

Es importante resaltar que el bienestar del paciente no se trata solo de un aspecto ético y moral, sino que se encuentra directamente vinculado con el cumplimiento terapéutico, la práctica profesional, la toma de decisiones y la calidad de vida del paciente. (13)

Por tal, el bienestar de los pacientes y usuarios en las áreas de nuestra competencia como profesionales en salud, ofrecerá primero una continuación en la aplicación de excelentes servicios y tratamientos, también en la creación de nuevos programas terapéuticos que satisfagan al paciente y además, porque si el paciente se encuentra satisfecho con los diferentes aspectos del tratamiento y el trato recibido, aprovechará mucho más el tratamiento y obtendrá mejores resultados, lo cual se verá reflejado en la utilización oportuna e indicada de los servicios y en el mejor estado de salud de la población.

Para la IPS Siempree, este estudio representa una oportunidad de afianzar el compromiso institucional para orientarse hacia la implementación y seguimiento de la política de seguridad de paciente; aunque en la institución es un tema que recién se está tratando, su marcado interés por evaluar la cultura de seguridad entre su talento humano pone en manifiesto su empeño por la calidad, bienestar de los pacientes y el diseño e implementación de directrices institucionales en pro del mejoramiento constante de la cultura de seguridad del paciente.

Finalmente, con la realización de esta investigación se logrará profundizar en un tema de impacto local y nacional, ya que se presenta a la seguridad del paciente como un aspecto fundamental en la calidad de los servicios de salud y será una guía que permitirá a las instituciones de salud de primer nivel emprender acciones de mejora en busca de la seguridad del paciente.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general.

Evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal administrativo y asistencial de la IPS Siempree, durante el año 2016.

1.5.2 Objetivos específicos.

- Realizar la caracterización del talento humano administrativo y asistencial de la IPS Siempree.
- Determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (clima, actitud, comunicación, oportunidad en reporte, prácticas interdisciplinarias) tanto en forma general como en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud participantes.
- Establecer el grado general de percepción de la cultura de seguridad del paciente, de acuerdo a las características evaluadas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, validado al español.
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente en la IPS Siempree.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Marín et al, realizaron un estudio con el fin de conocer las características de la cultura de seguridad clínica en cirugía ortopédica y traumatología, valorando la influencia de una intervención formativa en su tendencia evolutiva. Para llevarlo a cabo se diseñó un estudio observacional ecológico con intervención formativa. La población objeto de estudio fueron los profesionales del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínic Universitario de Barcelona. Se utilizó la versión española del cuestionario HSOPS para valorar la cultura de seguridad clínica. Los resultados evidencian que el porcentaje de respuestas válidas obtenidas fue superior al 60% en las dos mediciones de la cultura realizadas. Las 12 dimensiones consideradas mejoraron su tendencia. El trabajo en equipo dentro del servicio se identificó como una dimensión de fortaleza del modelo. Los autores concluyeron que la intervención formativa ha consolidado una tendencia favorable. La mejora de la cultura de seguridad clínica requiere tiempo y actuaciones periódicas. (14)

Betancourt et al., llevaron a cabo un estudio con el fin de determinar factores que podrían afectar la seguridad del paciente a través de una investigación realizada en el Hospital Provincial y en el Hospital Pediátrico. Diseñaron un estudio descriptivo, mediante la búsqueda de información bibliográfica sobre la temática de la seguridad del paciente, en las bases de datos disponibles en INFOMED. Para la primera etapa se diseña e implementa una encuesta de 49 preguntas que se les realiza en el año 2009 a trabajadores vinculados a la atención de salud. Para la segunda etapa se implementa una encuesta de 23 preguntas derivadas de las preguntas más relevantes de la primera etapa que se implementó en el Hospital Pediátrico y se va a realizar en el Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech. El método analítico utilizado para ambas encuestas fue la técnica de componentes principales que permitió valorar la coincidencia de cada pregunta en relación a las posibles afectaciones a la seguridad del paciente. Las encuestas arrojaron que las afectaciones del ambiente laboral, el nivel general de

interconexión y comunicación, el nivel de gestión del conocimiento, la capacidad de enfrentar imprevistos, la capacidad técnica, el cansancio y la pérdida de concentración podrían afectar la seguridad del paciente. Los autores concluyen que es posible obtener información in situ a partir del instrumento final obtenido en la última etapa que permita corregir de forma precoz algunas fallas que pudieran afectar la seguridad del paciente y corregirlas. La técnica de componentes principales resultó adecuada para evaluar estas respuestas en conjunto. (15)

Gómez et al, realizaron un estudio con el propósito de describir la percepción de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá, Colombia. Este estudio descriptivo, transversal, exploratorio se realizó durante el 2009. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión planteados. La medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. El cuestionario fue auto-administrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas. Los resultados evidencian que la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra. Los autores concluyeron que las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente. (16)

2.2 REFERENCIA INSTITUCIONAL

La IPS Siempre es una unidad de atención ambulatoria de segundo nivel de complejidad con capacidad para manejo del primer nivel de complejidad en actividades de promoción y prevención en salud.

Su Modelo de Salud es diferente al resto de modelos del mercado se fundamenta en la Administración del Riesgo Patológico que repercute en el riesgo financiero a través del modelo preventivo en las enfermedades crónicas y de alto costo para tratar de evitar la presencia de complicaciones de las nombradas enfermedades. Este modelo la hace la IPS en salud en Colombia que valora al usuario como lo más importante para mejorar su calidad de vida.

La institución cuenta con los siguientes servicios

SERVICIOS DE PRIMER NIVEL:

Medicina General

Odontología general

Prótesis total

Prótesis parcial

Higiene oral

Medicina alternativa

MEDICIANA ESPECIALIZADA:

Pediatría.

Ginecobstetricia

Medicina Interna.

Dermatología.

Urología.

Odontología.

Psicología.

Nutrición

APOYO DIAGNOSTICO:

Ecografía Obstétrica

Ecografía Ginecológica Pélvica

Ecografía Transvaginal

Monitoria Fetal

Electrocardiograma

Ecografías de I y II nivel de complejidad

Rayos X de I y II nivel de complejidad

Imágenes diagnósticas.

Radiología (dúplex y dúplex color)

SALUD PÚBLICA
CUIDADO EN CASA, entre otros. (17)

2.3 BASES TEÓRICAS

2.3.1 Cultura de seguridad del paciente

El término "cultura de seguridad" se ha extendido desde el accidente nuclear de Chernobyl en 1986, considerado el peor accidente en la historia de la generación de energía nuclear; una "débil cultura de la seguridad" se atribuyó como la causa principal del accidente, según la Agencia Internacional de Energía Atómica (OIEA en sus siglas en inglés). Entonces la cultura de seguridad se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y comportamientos individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la administración de una organización saludable y segura. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por las comunicaciones basadas en la confianza mutua, la percepción común de la importancia de la seguridad y la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.(18)

Poco después del accidente de Chernobyl, dos accidentes graves, el Piper Alpha y el King Cross, relacionadas con fallas humanas, administrativas y organizacionales y fallas de la cultura de seguridad se identificaron como las causas de los accidentes en los respectivos informes.19 A partir de ahí, la cultura de seguridad comenzó a ser discutida por diversos sectores con el fin de mejorar la seguridad, especialmente para las organizaciones de alta fiabilidad, se sabe que son extremadamente seguras y de alto riesgo considerado, como la industria de la aviación, la energía nuclear, y el petróleo y el gas. (20)

La triple tipología de la cultura organizacional propuesto por Westrum se adaptó más tarde a la cultura de seguridad por Hudson21 que se extendía a un modelo de cinco niveles de evolución de la madurez:

1) patológico: la seguridad es un problema causado por los trabajadores; la preocupación por la seguridad se refleja en no ser capturado por los agentes reguladores;

2) reactiva: acciones correctivas se toman después de la ocurrencia de incidentes; la seguridad es vista como algo serio;

3) Calculada: la seguridad se gestiona administrativamente mediante la recopilación de datos; las mejoras son impuestas por los administradores;

4) Proactiva: los funcionarios de la Organización empiezan a tomar iniciativas para mejorar la seguridad; es una mejora de los procesos;

5) Participativa: es la participación activa de los empleados en todos los niveles; la seguridad es vista como una parte inherente del negocio.

Más recientemente, el enfoque en la construcción de una cultura de seguridad integra la preocupación de las organizaciones que prestan servicios sanitarios. La publicación del Instituto de Medicina "Errar es humano"22 hizo hincapié en la necesidad de fortalecer una cultura de seguridad en el nivel de organizacional como medida clave para mejorar el proceso de seguridad de los pacientes en los hospitales. A partir de este marco, ha crecido el número de estudios que demuestran la importancia de la seguridad para la mejora de la cultura de seguridad de atención médica. (23)

Nieva y Sorra, (24) adaptaron para el contexto de las organizaciones de salud el concepto de cultura de seguridad del paciente. Esta es descrita por los autores como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y comportamientos individuales y de grupo, que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la administración de una organización de salud con la gestión de la seguridad del paciente. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una buena comunicación entre los profesionales, la confianza mutua y percepciones comunes acerca de la importancia de la seguridad y la eficacia de las acciones preventivas. Una organización con una cultura de seguridad eficaz es abierta y justa con sus empleados cuando se producen incidentes; los empleados se sienten motivados para informar el error; aprende de los errores en lugar de culpar a los individuos, y trata de mirar lo que salió mal en el sistema. (25)

Según la OMS, una amplia gama de estudios apoya el concepto de que una condición clave para la cultura de la seguridad en las organizaciones de alto riesgo, incluidos los proveedores de las organizaciones de salud, se encuentra en un conjunto de creencias compartidas que apoyan las prácticas de seguridad entre los profesionales que trabajan en ellas. Esta cultura se caracteriza por una comunicación abierta, el trabajo en equipo, el reconocimiento de la dependencia mutua y la primacía de la seguridad como una prioridad en todos los niveles de la organización. (26)

2.3.2 La seguridad del paciente como una dimensión de la calidad de la atención de salud

En los últimos años, la seguridad del paciente ha recibido mayor atención internacional, como un problema inherente del sistema moderno de atención salud, pero la relación entre los procesos de atención de salud y los resultados de la misma no constituye un dilema simplemente asociado con los avances tecnológicos. En 1854, durante la Guerra de Crimea, Florence Nightingale recolectó datos sobre la mortalidad de los soldados, y se dio cuenta de que muchos de ellos morían por complicaciones patológicas prevenibles adquiridas en el hospital, con una tasa de mortalidad más alta que lo que estaba ocurriendo entre los soldados en el campo de batalla. Después de entrar en acciones para mejorar la higiene y la normalización de la atención de salud, Florence logró reducir la tasa de mortalidad entre los soldados en el hospital. (27)

Más tarde, Ernest Codman, cirujano estadounidense, formuló la propuesta de una iniciativa innovadora en el sistema de gestión de resultados que propuso un sistema de normalización de la atención hospitalaria a fin de mejorar los resultados "The End Result System Standardization". En su propuesta, el hospital debe seguir a los pacientes el tiempo suficiente para determinar si el tratamiento ha logrado sus resultados. De lo contrario, el hospital debe investigar la causa y corregir los defectos para tener éxito en el futuro. Él creía en ese momento que el cumplimiento de las normas pertinentes aumentaría la probabilidad de resultados positivos para los pacientes. (28) En 1918, el Programa de Normalización del Hospital fue adoptado por el Colegio Americano de Cirujanos (American College of Surgeons).

En la primera mitad del siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, Edward Deming y Joseph Juran desarrollaron en Japón la Teoría del Mejoramiento Continuo de la Calidad, cuyos principios de búsqueda continua de oportunidades de mejora de todos los procesos de la industria, denominado Calidad Total, fueron extendidos más tarde al sector de la salud por Berwick. (29)

En la segunda mitad del siglo XX, el enfoque de la atención de la calidad en salud emergió en los Estados Unidos de América (EE.UU.) a partir de los trabajos dela Donabedian. Según el autor, la evaluación de la calidad es el juicio sobre el proceso de atención, con base en lo que esto contribuye a los resultados deseados. Inspirado por la teoría de sistemas, que define un modelo para evaluar la atención de la salud conocida por la tríada "estructura - proceso - resultado", incluso proponiendo una estandarización de conceptos y nomenclatura. La "estructura" incluye los sistemas de infraestructura y apoyo físicos, la ingeniería biomédica, la forma en que se organizan los servicios con respecto a los recursos humanos, y la disponibilidad de los equipos y suministros necesarios; el "proceso" se refiere a la atención al paciente, la fidelidad con que se llevan a cabo los protocolos e intervenciones - estructura como se utiliza en el sistema; y el "resultado" se refiere al impacto de estos procesos en el estado de salud del paciente y de la organización. (30)

A partir de ahí, hay muchos conceptos de calidad de la salud relacionados con la atención y los servicios de salud. Aunque la literatura tiene varias definiciones pero puede considerarse la formulada por el Instituto de Medicina (IOM) que la utilizada con mayor frecuencia; esta organización define la calidad de la asistencia sanitaria como el grado en que los servicios prestados a los a los pacientes disminuyen la probabilidad de resultados desfavorables y aumentan la probabilidad de resultados favorables, de acuerdo con los conocimientos científicos actuales. (31)

2.3.3 La cultura de la seguridad del paciente en Colombia

En Colombia, el término cultura de seguridad del paciente abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente vigente, que tienen origen en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las

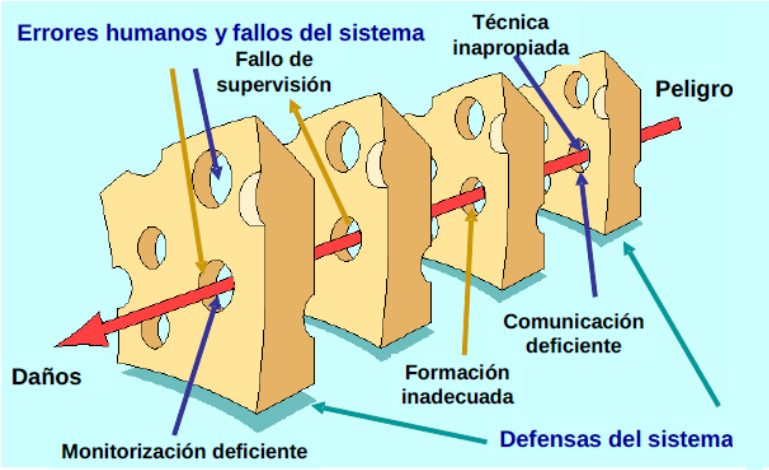
acciones de seguridad del paciente, las cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos, los profesionales y la comunidad. (32)

El Proyecto Ibeas fue el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Entre los resultados relacionados con la cultura de seguridad del paciente se resalta la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la seguridad del paciente.33 Estos resultados sugieren que en las instituciones se trabaje por la reflexión interpersonal acerca de la calidad de los servicios asistenciales, así como el establecimiento de redes de trabajo que permitan el intercambio de experiencias y trabajos posteriores.

Así mismo se destacan los resultados del estudio realizado por Sammer et al. que indica la existencia de siete subculturas de comportamiento profesional que aportan al entendimiento de la cultura de seguridad del paciente: liderazgo, trabajo en equipo, práctica basada en evidencia (EBP), comunicación, actitud de aprendizaje, justicia y práctica centrada en el paciente. Las autoras llaman la atención de considerar la cultura de seguridad como un fenómeno complejo que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar, que debe estudiarse continuamente dentro de las organizaciones y sistemas de salud a escala mundial. (34)

2.3.4 Modelo de Reason: El modelo del queso suizo explicativo de fallos en el sistema del sector salud

Figura 1. Modelo Reason "la teoría del queso suizo"



Fuente: Reason, J. (1990). Human error. Cambridge MA. Cambridge University Press

Esta teoría conocida como el "queso suizo" compara las vulnerabilidades del sistema de salud a los agujeros del queso suizo. El origen del problema a menudo se desencadena por múltiples factores, como la aparición de eventos adversos, que cuando se alinean generan varios "agujeros", los cuales se consideran las fallas estructurales u ocasionales, negligencia o descuido de profesionales de la salud, el comportamiento peligroso o de riesgo por los pacientes. Las fallas activas serían actos inseguros u omisiones cometidos por los profesionales de la salud, las consecuencias tendría un efecto inmediato adverso para el paciente, que puede ser debido a un error, romper las reglas o asumir los riesgos. Las fallas latentes, entretanto, constituyen características existentes en el sistema, en su estructura y proceso, los cuales permanecen ocultos hasta que un evento o accidente ocurre y la exponen. En las instituciones de salud, estas condiciones pueden estar relacionadas con el ambiente de trabajo, la supervisión inadecuada, la falta de capacitación o formación deficiente, el estrés, el exceso de trabajo y los sistemas de comunicación inadecuados. (35)

Reason hace hincapié en la necesidad de una cultura de seguridad justa en las organizaciones de salud, donde no hay castigo por los errores, pero si por las conductas impropias; busca crear una cultura de reportar errores con el propósito de generar un ambiente seguro que anime a la gente a hablar de cómo ocurrieron las fallas, analizar las situaciones que les precedieron e identificar las debilidades del sistema de modo que éstos sean reparados y no vuelvan a ocurrir. (36)

2.4 BASES LEGALES

Ley 10 de 1990: donde se establece que el estado intervendrá para establecer un sistema de fijación de normas de calidad de servicio de salud, vigilancia y control y regular los procedimientos para la autorización de la prestación de servicios de salud.

Constitución Nacional de Colombia del 4 de julio de 1991 Congreso de La Republica de Colombia. **Artículo 49:** expresa que la atención de la salud y el saneamiento son servicios públicos a cargo del estado, dirigidos según principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Resolución 13437 del 1 de Noviembre de 1991 Ministerio de Salud: Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes.

Ley 100 del Diciembre 23 1993: Establece en el título II el sistema general de seguridad social El nuevo SGSSS estableció también la reforma del sector de servicios de salud. Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago.

Ley 715 de Diciembre 21 de 2001: por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ley 1122 de Enero 9 de 2006 Ministerio de la Protección Social: La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 Ministerio de la Protección Social: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Este es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 Ministerio de la Protección Social: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, en cuanto a capacidad tecnológica y científica, instalaciones físicas y de mantenimiento y suficiencia Patrimonial y Financiera.

Resolución 1445 del 8 De mayo 2006 Ministerio de la Protección Social: Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora.

Decreto 4747 Del 7 de Diciembre de 2007 Ministerio de la Protección Social Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Resolución Número 1446 de 2006 (8 De Mayo De 2006) Ministerio de la Protección Social: Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Ley 1122 del 09 enero de 2007 crea la comisión de regulación en salud CRES la cual es un sistema de inspección, vigilancia y control del SGSS en cabeza de la superintendencia nacional de salud, acorde a sus competencias y el defensor del usuario en salud.

Resolución 1441 de 2013. Por la cual se establece los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adopta el Manual de Habilitación que deben cumplir: a) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, b) los Profesionales Independientes de Salud, c) los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, y d) Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS (37)

2.5.1 Seguridad del paciente. Son todas aquellas acciones, elementos y procesos derivados de la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo el cuidado más seguro. Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo. (38)

2.5.2 Evento Adverso. se define como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, al a demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia y al incremento de los costos de la no- calidad

2.5.3 Evento Centinela. Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no

estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

2.5.4 Evento Trazador. Evento descriptivo definido por las entidades gubernamentales, que sirve de base para la trazabilidad y guía de los eventos adversos e incidentes ocurridos en las diferentes instituciones de salud.

2.5.5 Incidente. Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

2.5.6 Atención en salud. Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

2.5.7 Indicio de atención insegura. Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

2.5.8 Falla de la atención en salud. Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

2.5.9 Complicación. Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

2.5.10 Violación de la seguridad de la atención en salud. Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

2.5.11 Barrera de seguridad. Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

2.5.12 Sistema de gestión del evento adverso. Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

2.5.13 Acciones de reducción de riesgo. Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE

Cuantitativo ya que pretende explicar una realidad desde una perspectiva objetiva y externa, en este caso, la cultura de seguridad del paciente referida por el personal administrativo y asistencial de la IPS Siempree, mediante métodos estandarizados que permitieron generalizar los resultados.

3.2 TIPO

Se define como descriptivo transversal, por el manejo interpretativo del problema de estudio, ya que buscó describir y analizar la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal administrativo y asistencial; además, dicha información se tomó una vez en un periodo de tiempo determinado.

3.2.1 Tiempo del estudio

La duración del estudio fue de 10 meses contados a partir de la formulación del anteproyecto.

3.3 DISEÑO

No experimental, puesto que en ningún momento se manipularon variables relacionadas con la cultura de seguridad del paciente.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por los 130 trabajadores de salud que prestan sus servicios asistenciales en la institución y los 15 trabajadores que cumplen labores administrativas en la institución.

La muestra del personal administrativa estuvo conformada por los 11 trabajadores que hacen parte del área considerando su número limitado. Muestreo estratificado con afijación proporcional.

Calculo muestral

ASISTENCIALES			
ÁREA/DEPENDENCIA	No.	AFIJACIÓN %	n
CONSULTA EXTERNA	13	8,97%	8
MEDICOS GENERALES	4	2,76%	3
PSICOLOGOS	2	1,38%	1
NUTRICIONISTAS	2	1,38%	1
ODONTOLOGOS	2	1,38%	1
AUXILIRES DE ENFERMERIA	2	1,38%	1
HIGIENISTA ORAL	1	0,69%	1
CONSULTA ESPECIALISTA	7	4,83%	4
DERMATOLOGOS	2	1,38%	1
MEDICO INTERNISTA	1	0,69%	1
PEDIATRAS	2	1,38%	1
GINECOLOGOS	2	1,38%	1
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	0,69%	1
RADIOLOGO	1	0,69%	1
HOME CARE	109	75,17%	74
FISIOTERAPEUTAS	13	8,97%	9
FONOAUDIOLOGIA	2	1,38%	1
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	1	0,69%	1
ENFERMERA PROFESIONAL	1	0,69%	1
AUXILIARES DE ENFERMERIA	92	63,45%	62
TOTAL	**130**	**179,31%**	**87**
TOTAL FUNCIONARIOS A	**145**		**145**
TAMAÑO DE LA MUESTRA:	98		

ADMINISTRATIVOS			
ÁREA/DEPENDENCIA	No.	AFIJACIÓN %	n
GERENCIA	1	0,69%	1
			0
CENTRO DE INFORMACION AL USUARIO	7	4,83%	5
			0
FACTURACION	1	0,69%	1
			0
CONTABILIDAD	1	0,69%	1
			0
SERVICIOS GENERALES	2	1,38%	1
			0
ALMACENISTAS	2	1,38%	1
			0
CONTROL INTERNO	1	0,69%	1
			0
TOTAL	**15**	**10,34%**	**11**

3.4.1 Criterios de Tipificación de la población.

Criterios de Inclusión

- Participación voluntaria en el estudio.
- Trabajadores administrativos y asistenciales vinculados laboralmente a la IPS Siempree.
- Estar presente en los días de recolección de información.

Criterios de Exclusión

- No brindar información completa para el diligenciamiento de los instrumentos de recolección de la información

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

3.5.2 Instrumentos

Se utilizó la encuesta "Clima de Seguridad del Paciente" que recoge opiniones del personal asistencial y administrativo acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en su institución.

Las respuestas a las preguntas están diseñadas en una escala de Likert de cinco categorías con una percepción gradual de consideración negativa a positiva respecto al sentido del enunciado. Cuenta además con preguntas que agrupa variables de tipo sociodemográfico y profesional, el número de eventos adversos notificados durante el último año y una puntuación de malo a excelente del grado de seguridad del paciente global valorado para la organización.

3.5.2 Operacionalización de variables de acuerdo al instrumento

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	VALOR ASIGANADO	NATURALEZA	CLASE	ESCALA
Área de trabajo	Lugar de trabajo donde se desempeña en la actualidad	1. Administrativa y financiera-siau 2. Servicios generales 3. Administrativa y financiera-Almacén 4. Administrativa y financiera-Facturación 5. Administrativa y financiera-contabilidad 6. Gerencia 7. Control Interno	Cualitativa	Ordinal	Politomica
Dimensiones cultura seguridad del paciente	• Dimensión 1: área de trabajo • Dimensión 2: su jefe inmediato • Dimensión 3: comunicación • Dimensión 4: Aprendizaje organización/mejora continua grado de seguridad del paciente • Dimensión 5: su institución	1: Muy en Desacuerdo 2: en Desacuerdo 3: indiferente; 4: de acuerdo 5:muy de acuerdo 1: nunca 2: Rara vez 3: a veces 4: la mayoría de veces 5: siempre.	Cualitativa	Nominal	Politomica
Tiempo lleva trabajando en esta institución	Tiempo trascurrido (cantidad de años) desde que fue contratado en el hospital, a la fecha de aplicación del estudio	1. Menos de 1 año 2. De 1 a 5 años 3. De 6 a 10 años 4. 11 o más	Cuantitativa	Continua	Politomica
Tiempo lleva trabajando en su actual servicio/unidad/área	Tiempo trascurrido (cantidad de años) que lleva desempeñando la labor en el actual área o servicio del hospital, a la fecha de aplicación del estudio	1. Menos de 1 año 2. De 1 a 5 años 3. De 6 a 10 años 4. 11 o más	Cuantitativa	Continua	Politomica
Horas a la semana que trabaja en esta institución	Número de horas a la semana que desempeña la labor en el hospital	1. Menos de 20 horas a la semana 2. De 20 a 39	Cuantitativa	Continua	Politomica

		horas a la semana 3. De 40 a 59 horas a la semana 4. 60 horas a la semana o más			
Cargo	Labor actual que desempeña dentro de la institución	a. Jefe de Oficina b. Líder de Programa c. Líder de Proceso d. Profesional Especializado e. Profesional Universitario f. Técnico Operativo g. Auxiliar Administrativo h. Secretaria i. Personal de mantenimiento j. Servicios Generales	Cualitativa	Nominal	Politomica
Tipo de contrato	Forma de vinculación laboral con la institución	a) Carrera administrativa b) Cooperativa c) Contrato de Prestación de Servicios	Cualitativa	Nominal	Politomica
Interacción directa o contacto con los pacientes	Se relaciona o no directamente con el paciente	1. Si 2. No	Cuantitativa	Escalar	Dicotómica
Tiempo que lleva trabajando en su actual cargo	Tiempo trascurrido (cantidad de años) que lleva desempeñando el ejercicio laboral, a la fecha de aplicación del estudio	1. Menos de 1 año 2. De 1 a 5 años 3. De 6 a 10 años 4. 11 o más	Cuantitativa	Continua	Politomica
Atención segura	Considera que los pacientes son atendidos de forma segura	1. Si 2. No	Cuantitativa	Escalar	Dicotómica

3.5.3 Procedimiento de recolección de la información

Para la recolección de la información después de una revisión bibliográfica que orientó la aplicación del instrumento se procedió a realizar un reconocimiento contextual, en un primer momento se radicó la respectiva solicitud de autorización para la recolección de la información, una vez se alcanzó esta actividad, se procedió a organizar los formatos de recolección de la información dividiendo los orientados al personal asistencial y al administrativo. Posteriormente, se convocó al personal directivo y asistencial para la aplicación del instrumento en los espacios y horarios que ellos dispusieron. Una vez se recolectó toda la información se procedió a la elaboración de la base de datos.

3.5.4 Plan de análisis

Para la tabulación y análisis de los datos se empleó una hoja de cálculo de Microsoft Excel, versión 15,0. Las variables se describen a través de frecuencias y porcentajes de cada categoría, con una confianza del 95%.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

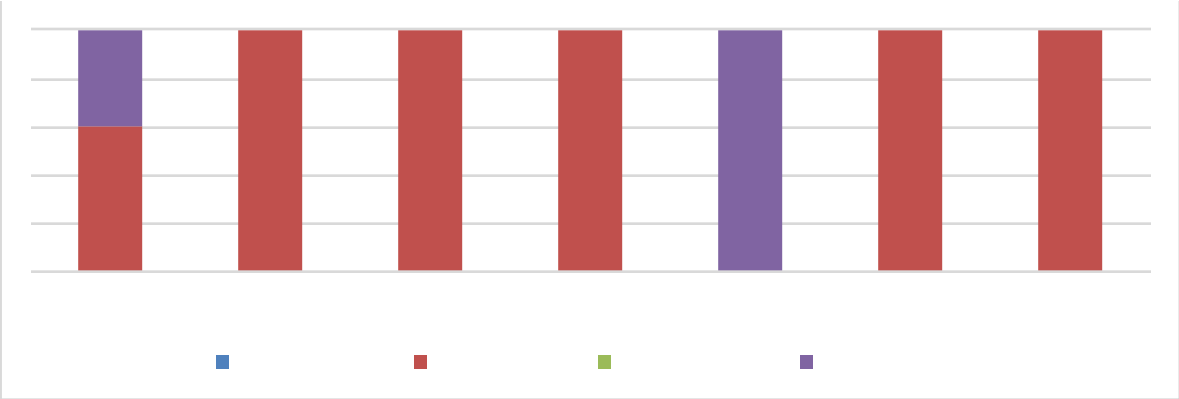
El desarrollo del estudio se guío de acuerdo a las consideraciones éticas según la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia que permite garantizar el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia de la información obtenida a partir de la aplicación de un instrumento validado y de los datos de las entidades de salud, a partir de los que se tomarán precauciones tendientes a cumplir con este aspecto. En el caso particular no se sugirió poner datos de identificación del participante, con el propósito de guardar confidencialidad.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

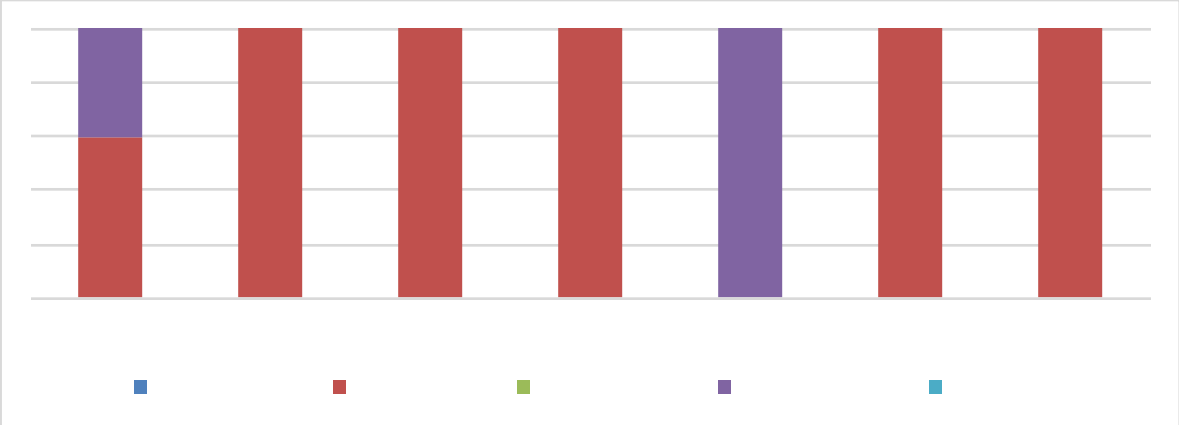
4.1 CARACTERIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DE LA IPS SIEMPREE.

4.1.1 Sección H. Antecedentes- Personal administrativo

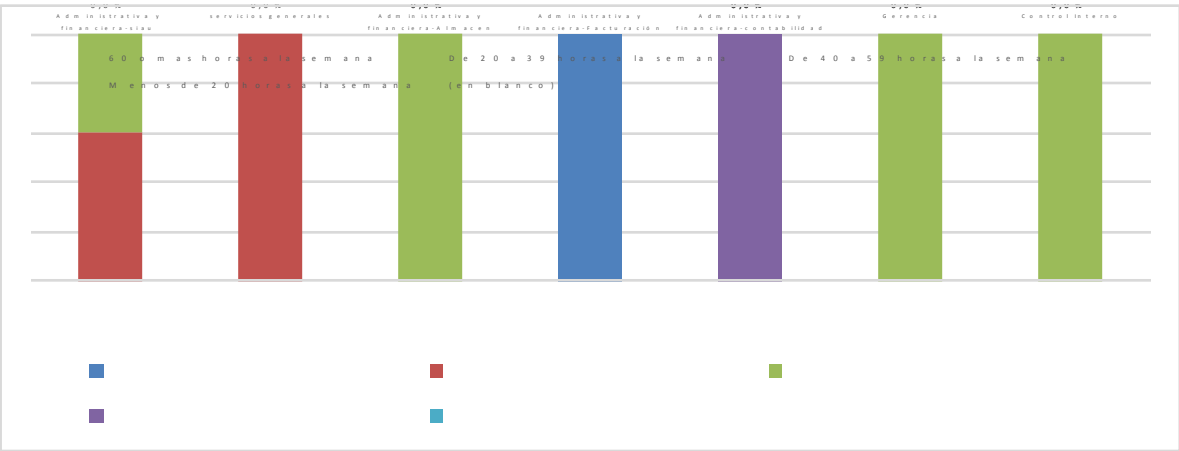
Gráfica 1. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución



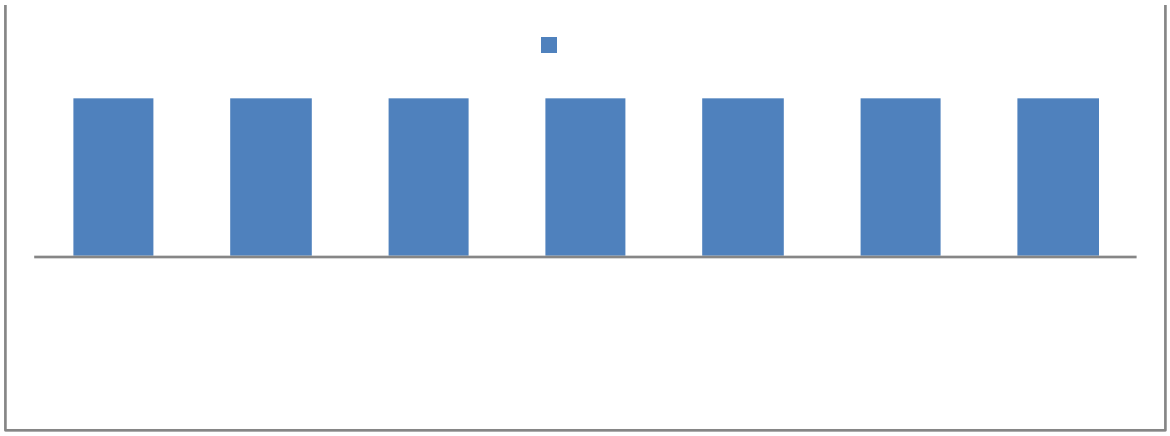
Gráfica 2. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/ servicio



Gráfica 3. Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución

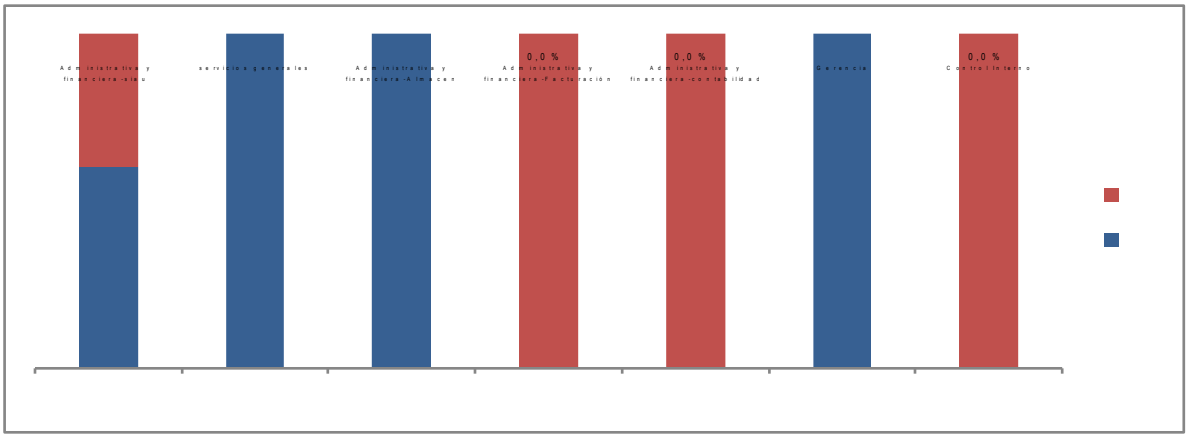


Gráfica 4. Cuál es su cargo en esta institución

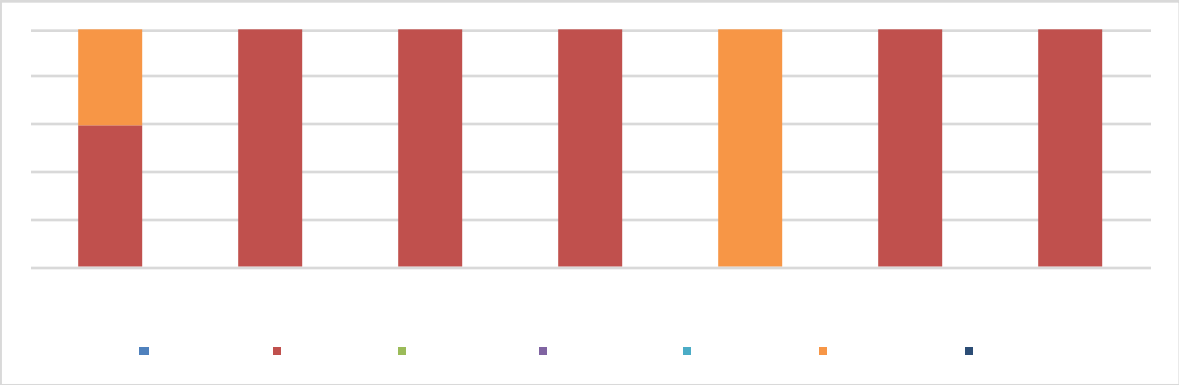


Gráfica 5. Qué tipo de contrato tiene

Gráfica 6. Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes



Gráfica 7. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual cargo

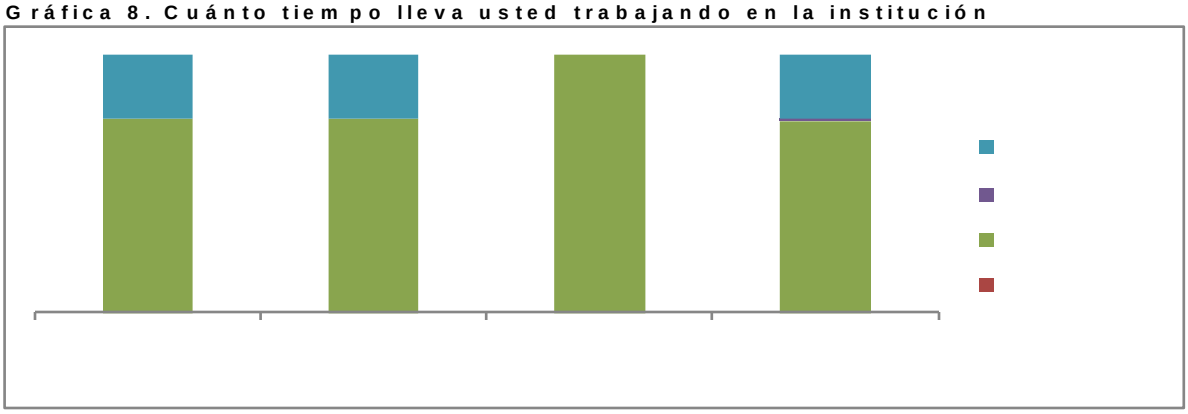


En la sección H se describen las características de la población administrativa participante en el estudio, en la cual se evidencia que los trabajadores llevan entre 1 y 5 años laborando en la institución, mismo tiempo que lleva laborando en su servicio/área, cabe señalar que el 40% de las personas del área administrativa-financiera SIAU y el 100% de contabilidad llevan laborando en la institución y en el área menos de un año, situación que puede limitar su percepción del clima de seguridad del paciente cuando aún se encuentran en un proceso de adaptación institucional. La jornada laboral es de 8 horas diarias, por lo cual trabaja a la semana hasta 40 horas semanales, sólo el área de contabilidad tiene una jornada de medio tiempo (20 horas semanales). El 100% del personal administrativo de SIAU, contabilidad y facturación se desempeñan en labores de auxiliar

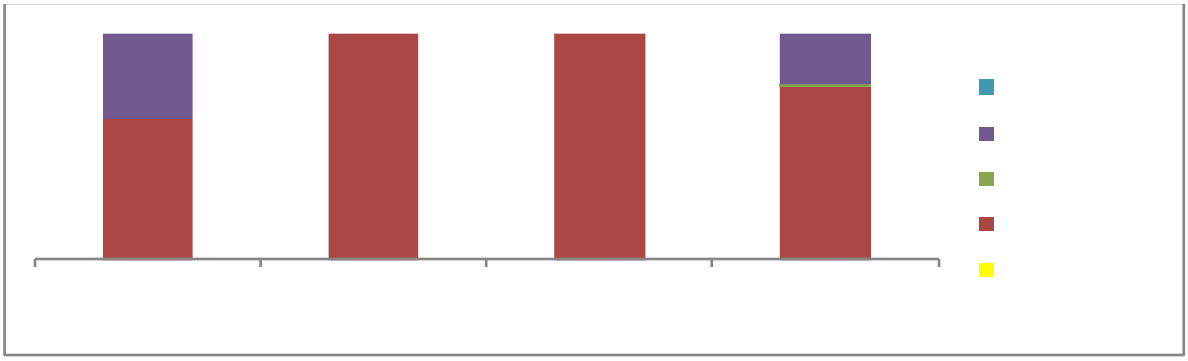
administrativo. El 100% de la contratación para todo el personal administrativo es por prestación de servicios. El 40% del personal administrativo que labora en el SIAU y el 100% que labora en facturación, contabilidad y control interno mantienen contacto directo con los usuarios de los servicios, mientras que el otro 60% del personal administrativo que labora en el SIAU y el 100% del personal que labora en servicios generales, almacén y gerencia coinciden en no interactuar habitualmente con los usuarios. Finalmente, congruentemente con los datos anteriores, se evidencia que los trabajadores llevan entre 1 y 5 años laborando en su actual cargo, y el 40% de las personas del área administrativa-financiera SIAU y el 100% de contabilidad llevan laborando en su cargo actual y en el área menos de un año.

4.1.2 Sección H. Antecedentes- Personal asistencial

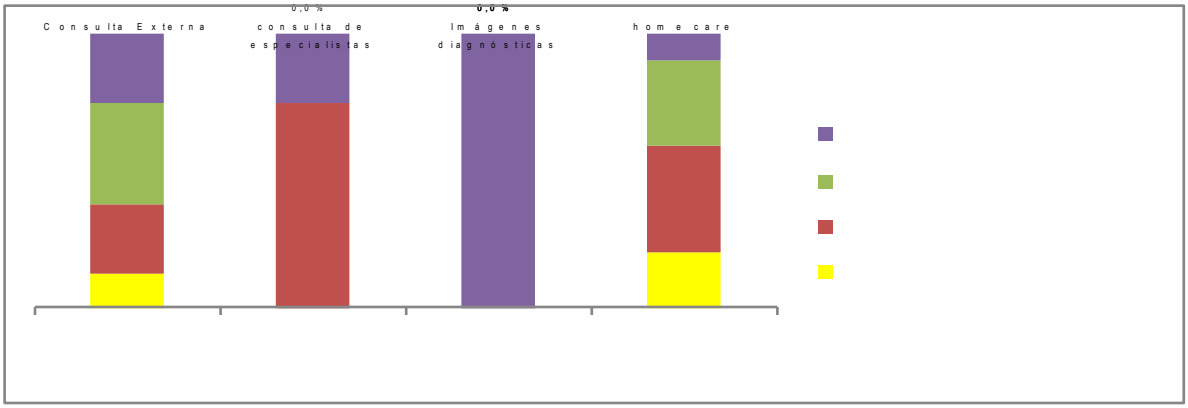
Gráfica 8. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución



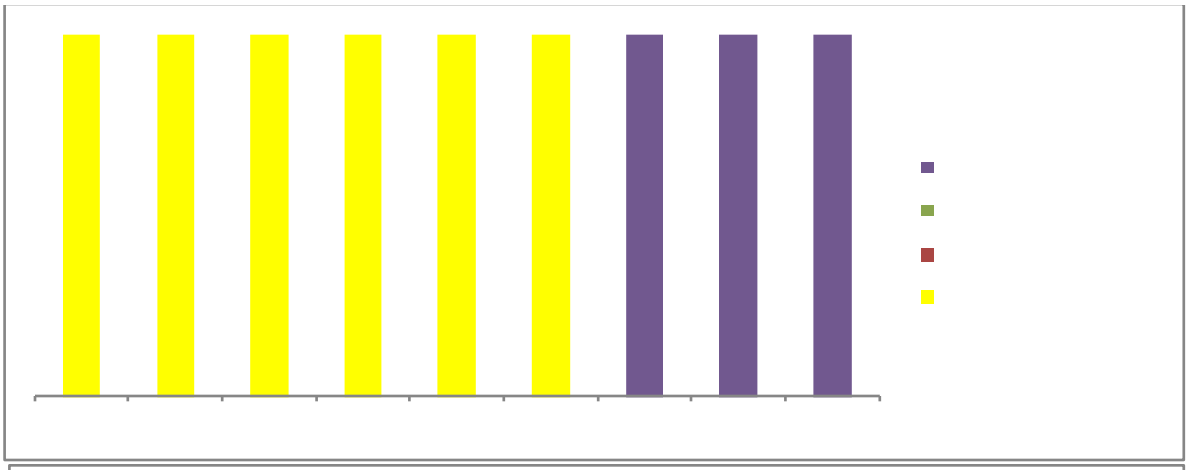
Gráfica 9. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/ servicio

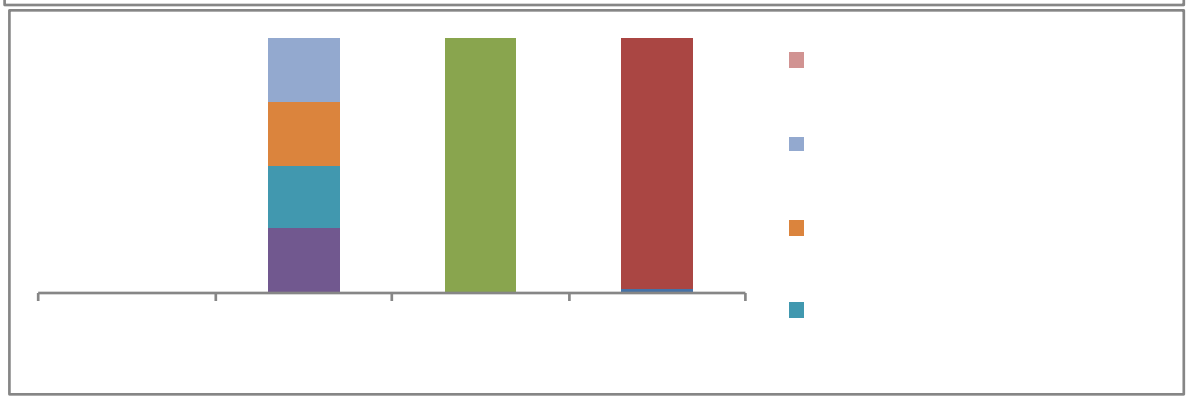


Gráfica 10. Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución

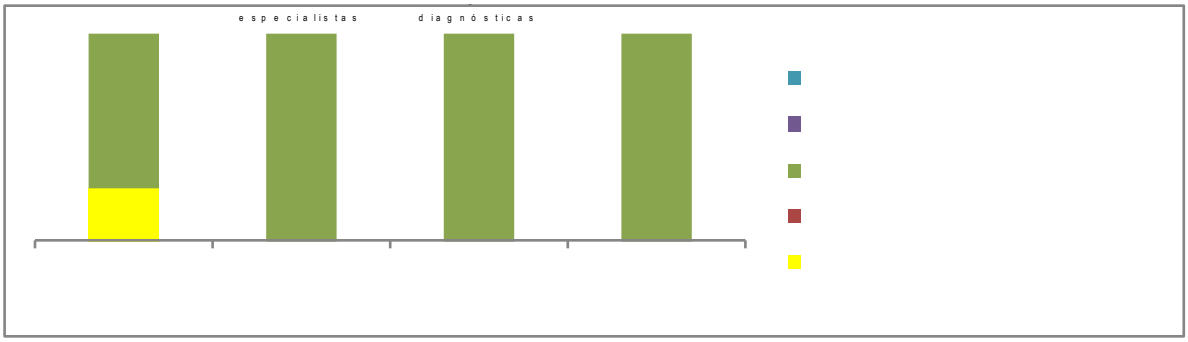


Gráfica 11. Cuál es su cargo en esta institución

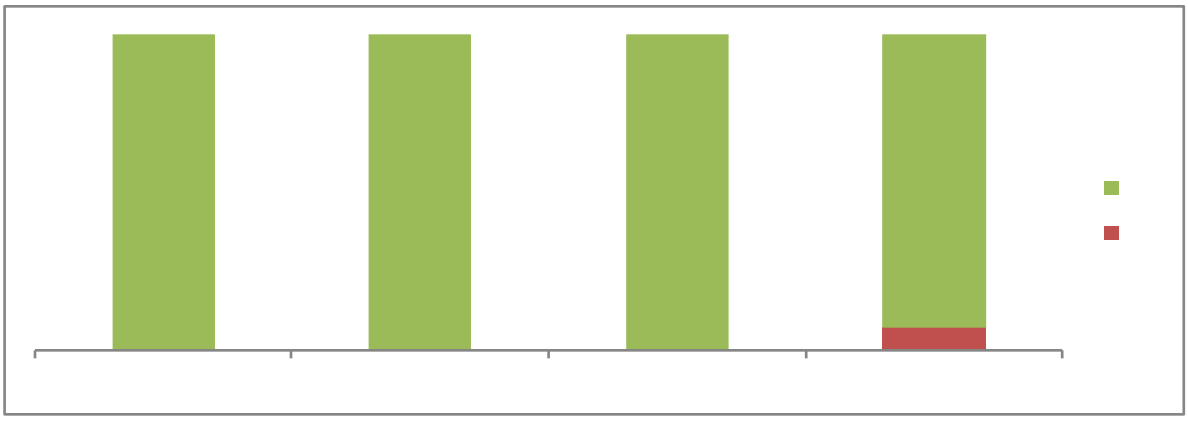




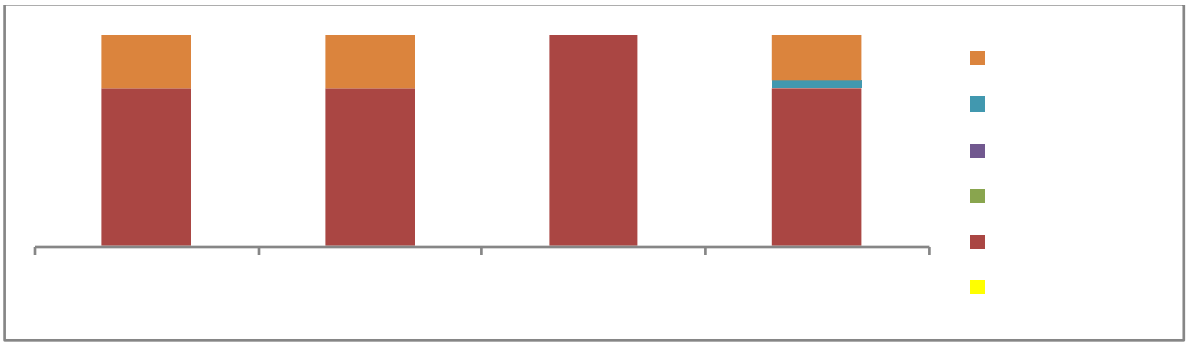
Gráfica 12. Qué tipo de contrato tiene



Gráfica 13. Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes



Gráfica 14. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual cargo



En la sección H se describen los antecedentes de la población asistencial. Se muestra que el 75% de quienes laboran en consulta externa, consulta especialista y homecare y el 100% de quienes laboran en imágenes diagnosticas han

trabajado entre 1 y 5 años en la institución, mismo tiempo que lleva laborando en su servicio/área; cabe resaltar que el 25% restante de quienes laboran en consulta externa, consulta especialista y homecare llevan en la institución y en el área menos de un año. El 25% de quienes laboran en consulta externa y consulta especialista, el 100% de imágenes diagnósticas y el 9,5% de homecare tienen un horario habitual de 20 horas correspondiente a medio tiempo. El horario de 8 horas diarias, es decir 40 a la semana como lo sugiere la legislación colombiana lo cumple el 62,5% de quienes laboran en consulta externa, el 75% de quienes laboran en consulta especialista, el 100% de imágenes diagnósticas y el 70,3% de homecare. Horarios extendidos lo cumplen el 12,5% de consulta externa y el 20,3% de homecare que cumplen hasta 60 horas semanales.

El 37,5% de la población asistencial, como se muestra en la gráfica de esta sección, ejercen la profesión médica, el 12,5% son auxiliares de odontología, enfermería, nutricionista, odontología, psicología y fisioterapia (todos en igual proporción). El 1,4% son fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales.

La contratación del personal asistencial es principalmente por prestación de servicios, a excepción del 25% del personal de consulta externa quienes tienen un contrato fijo que les permite encaminar carrera administrativa en la institución.

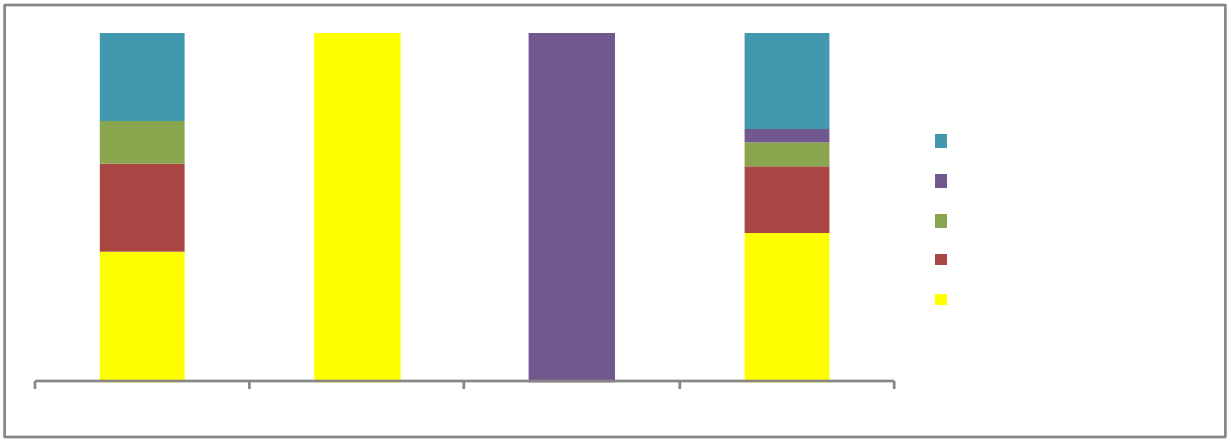
El 100% de quienes laboran en consulta externa, especialista e imágenes diagnosticas tienen contacto con los usuarios, consideran obviamente el carácter del ejercicio asistencial; sólo el 6,8% del personal homecare no tiene contacto con los pacientes debido a que ejercen labores de monitoreo y verificación.

Finalmente, y en conformidad con los datos anteriores, se evidencia que los trabajadores asistenciales llevan entre 1 y 5 años laborando en su actual cargo, sólo el 25% de quienes laboran en consulta externa, especialista y homecare llevan laborando en su cargo actual y en el área menos de un año.

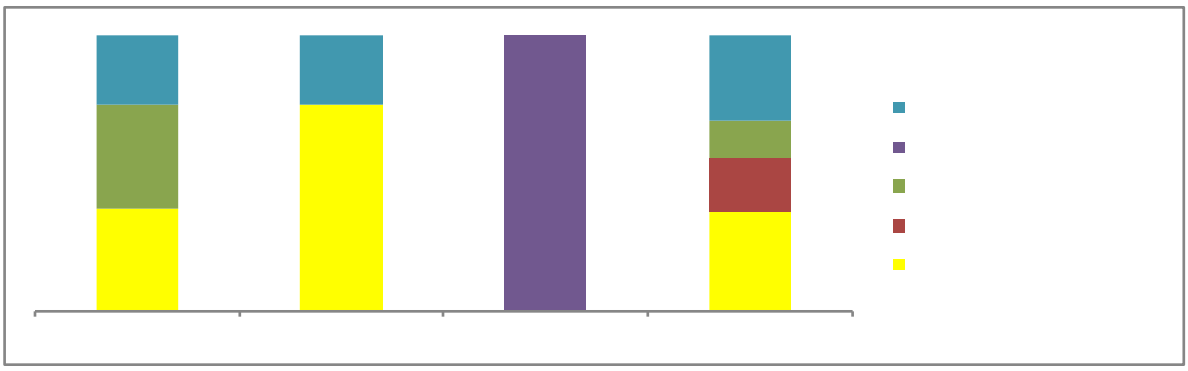
4.2 GRADO DE AVANCE DE LAS CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

4.2.1 Sección A. Área de trabajo personal asistencial

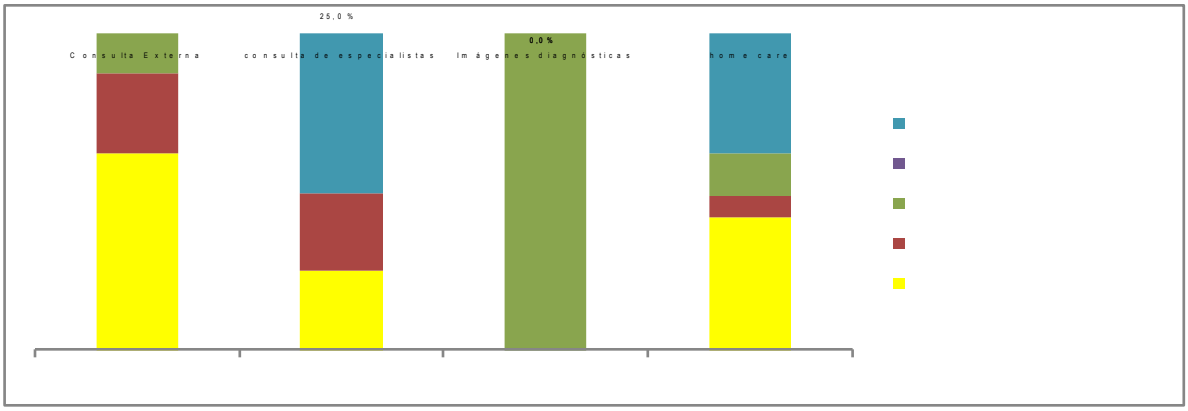
Gráfica 15. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente.



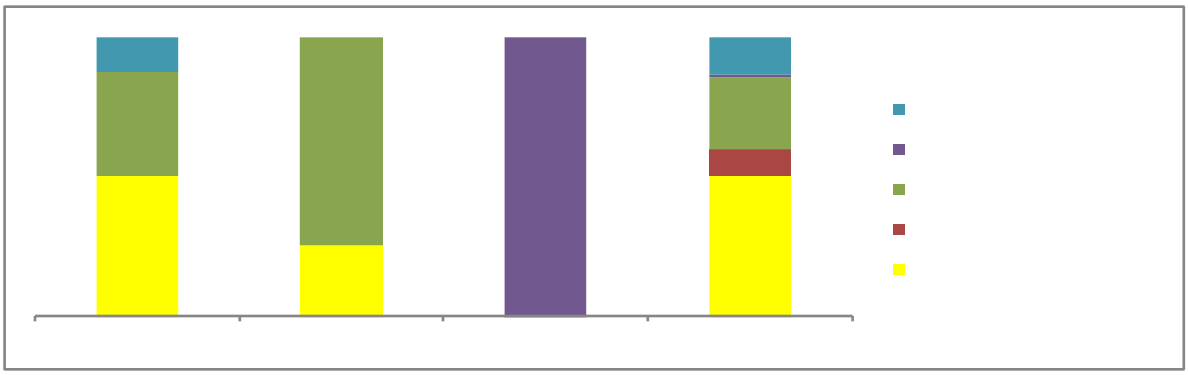
Gráfica 16. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.



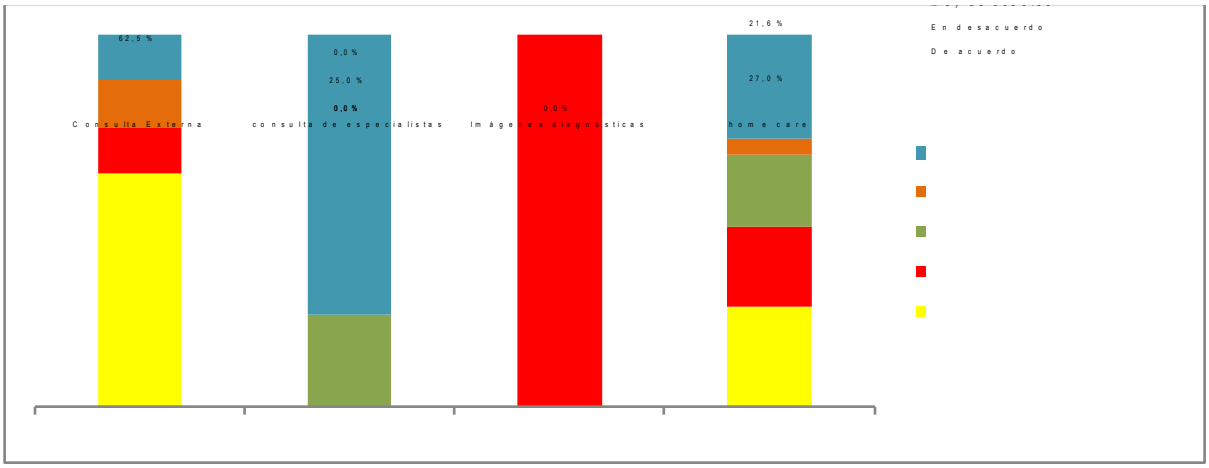
Gráfica 17. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.



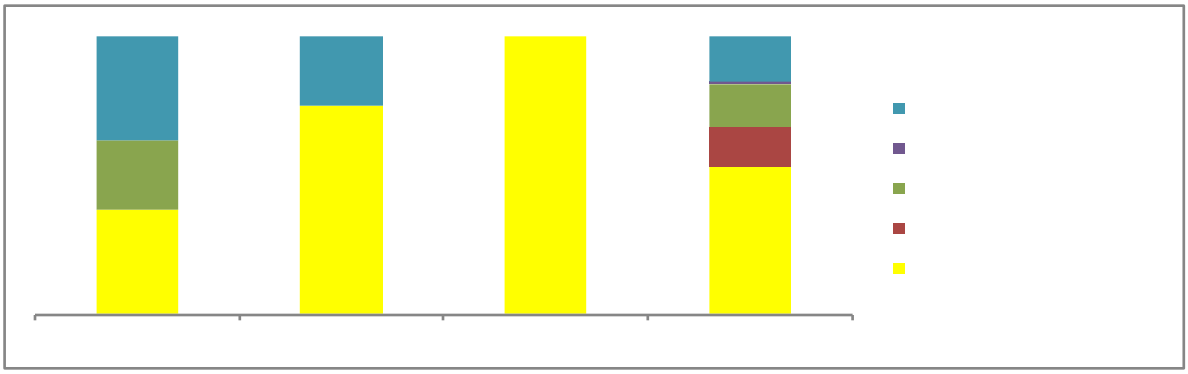
Gráfica 18. En esta unidad, el personal se trata con respeto.



Gráfica 19. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo establecido para el cuidado del paciente.

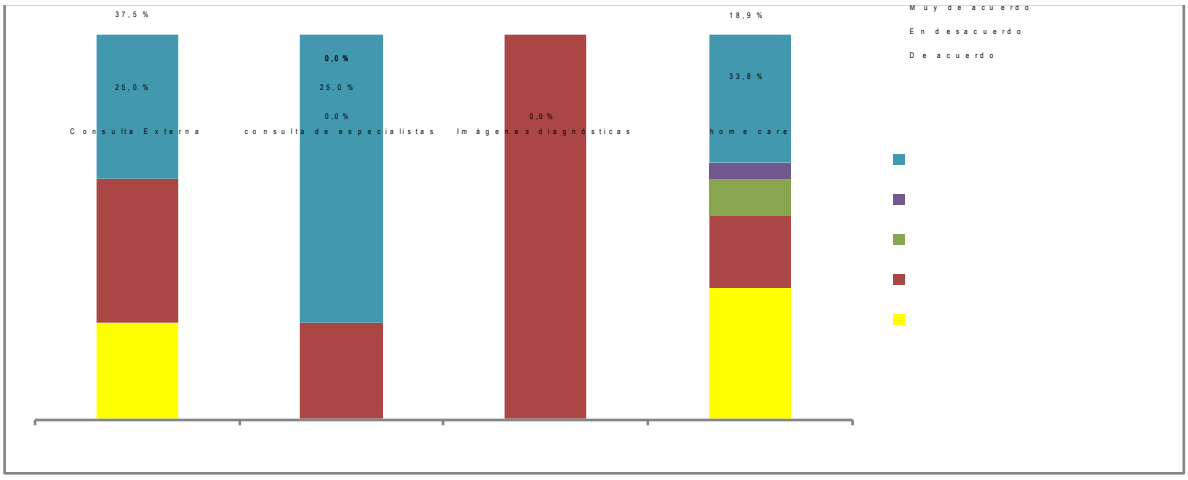


Gráfica 20. Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente.

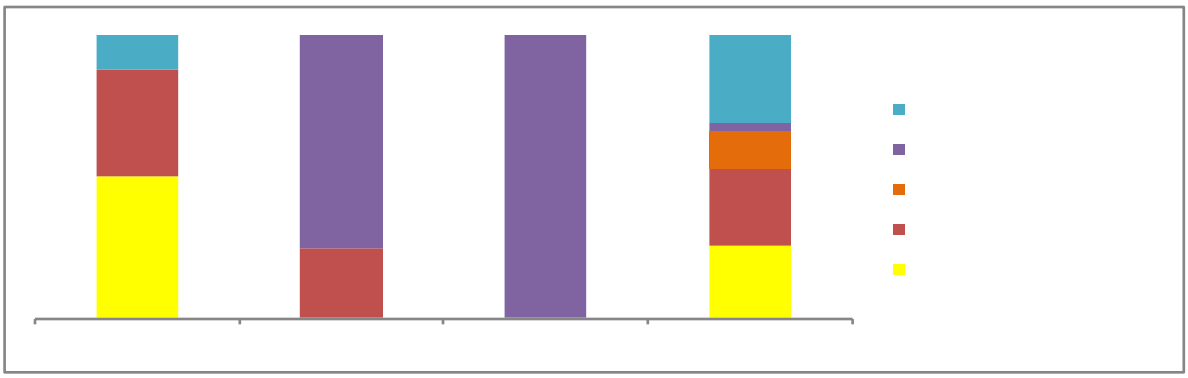


Gráfica 21. Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.

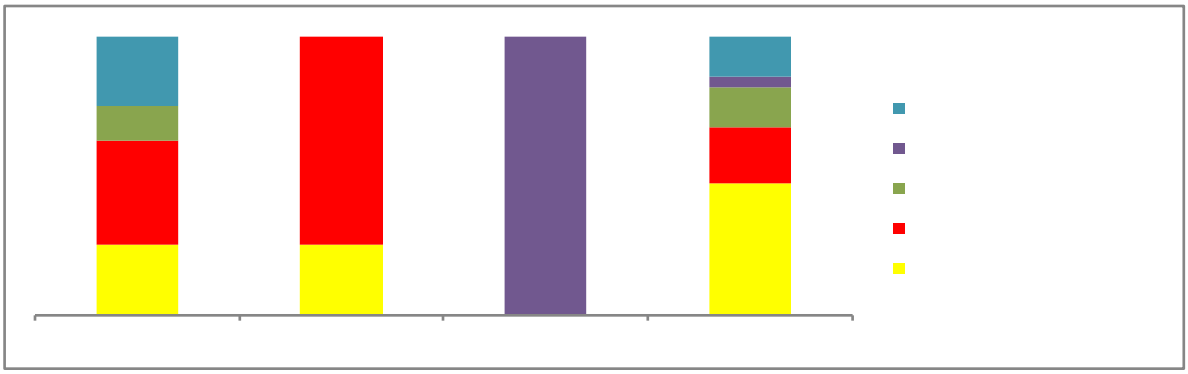
Gráfica 22. El personal siente que sus errores son usados en su contra.



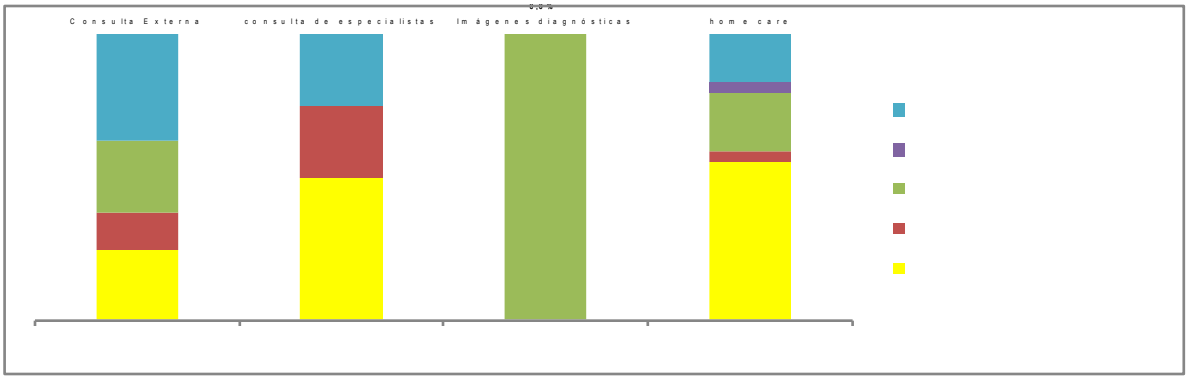
Gráfica 23. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.



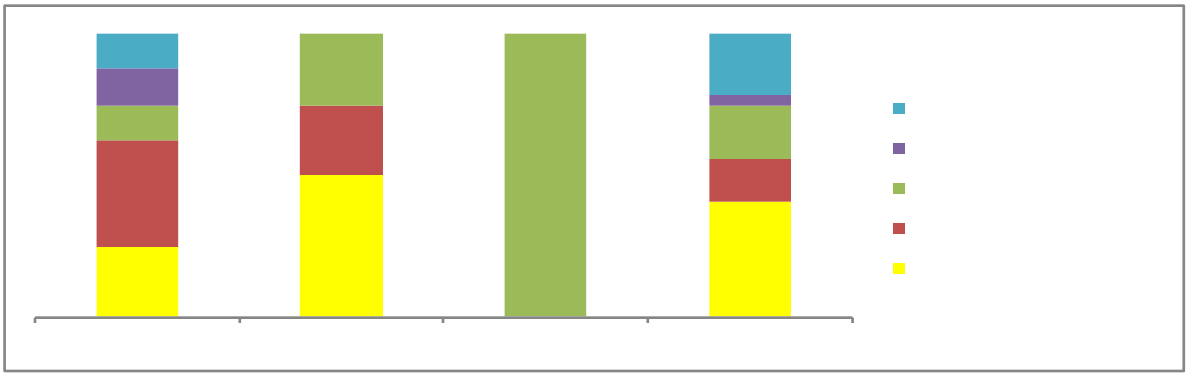
Gráfica 24. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo



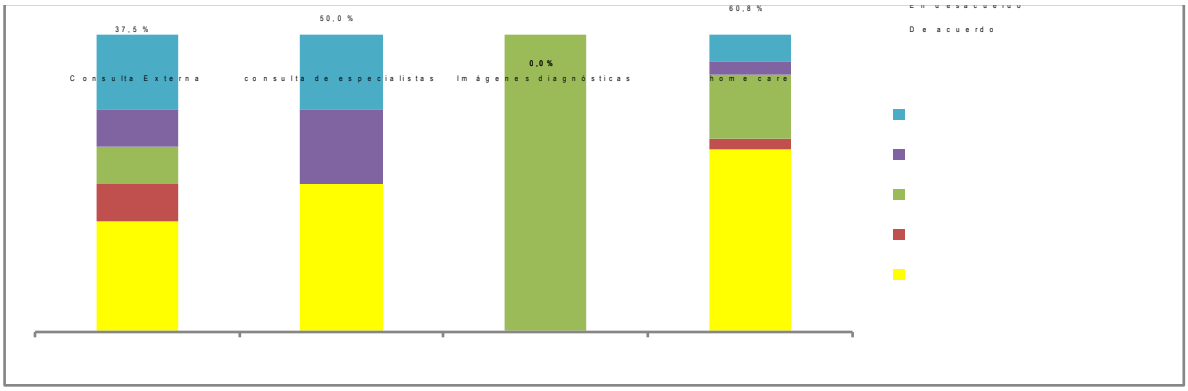
Gráfica 25. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.



Gráfica 26. No tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.



Gráfica 27. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.



La sección A del cuestionario evaluó la cultura de seguridad del paciente en el área de trabajo, encontrando valores positivos en 11 de los ítems evaluados. El apoyo mutuo es un ítem poco satisfactorio, los resultados señalan que el 50% del personal de consulta externa se encuentran en desacuerdo o ni de acuerdo ni en desacuerdo con respecto a esta pregunta, el 100% del personal de imágenes diagnosticas considera lo mismo y el 45,9% del personal home care. Solo para el personal de consulta especialista este ítem es 100% satisfactorio. Este aspecto requiere de una profunda evaluación, pues el apoyo en el área facilita la cultura de seguridad al ser un aspecto compartido, de metas a seguir. El otro ítem poco satisfactorio es el que señala que el personal en esta unidad trabaja más horas de lo establecido para el cuidado del paciente, la mayor insatisfacción con este aspecto la presenta el 100% del personal de imágenes diagnósticas y el 21,6% de home care, se le debe añadir el 75% del personal especializado quien no está de acuerdo ni en desacuerdo. Lo anterior revela que aún falta un compromiso en el área por fomentar la cultura de seguridad del paciente, la cual debe incluir mayores recursos para su aplicación, incluyendo el tiempo.

También es notorio que para el personal de imágenes diagnosticas no se cuenta con el suficiente personal para realizar el trabajo (100%), las otras área no consideran esta apreciación. El área de imágenes diagnosticas tampoco considera que en su área se trate con respeto.

Positivamente se revela el trabajo en equipo que para el 62,5% del área de consulta externa, 100% de imágenes diagnósticas, 25% consulta especialista y 42% de home care siempre se produce, en especial cuando se debe terminar una gran cantidad de trabajo. El área de consulta especialista es la menos conforme con este ítem, pues el 50% se nota indiferente con esta apreciación.

También es muy positivo poner en manifiesto que el personal asistencial considera que se hacen acciones para mejorar la seguridad del paciente, esto es señalado por el 62,5% del personal de consulta externa, 75% de consulta especialista, 100% de imágenes diagnósticas y 52,7% de home care.

Por su parte en todas las áreas asistenciales, se considera que la ocurrencia de errores no es habitual, al respecto, la mitad del personal de consulta externa considera que es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios, las demás áreas están en desacuerdo con esta aseveración.

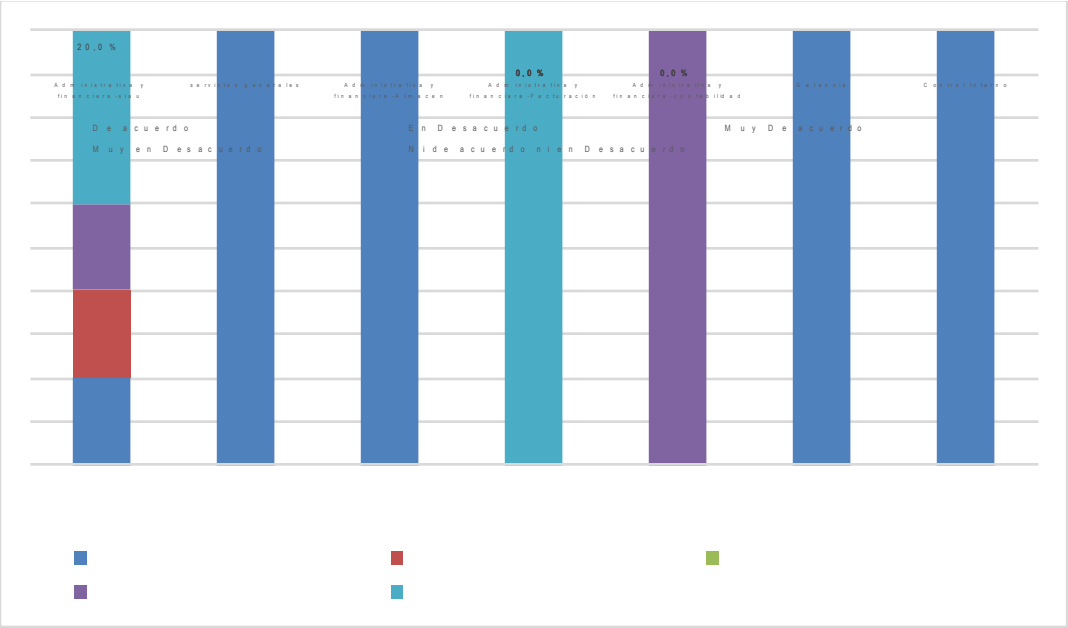
Entre tanto, todas las áreas concuerdan en estar en desacuerdo al indicar que la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo, la mayor carga sobre este aspecto la siente el área de imágenes diagnósticas.

Por su parte, en todas las áreas se muestra gran preocupación por realizar un buen trabajo primando la seguridad del paciente, pues esta situación se deriva la obligación de mantener una hoja de vida íntegra y responsable. De esta forma, para el personal asistencial su área de trabajo no tiene problemas con la seguridad del paciente, y sus procedimientos y sistemas han resultado efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.

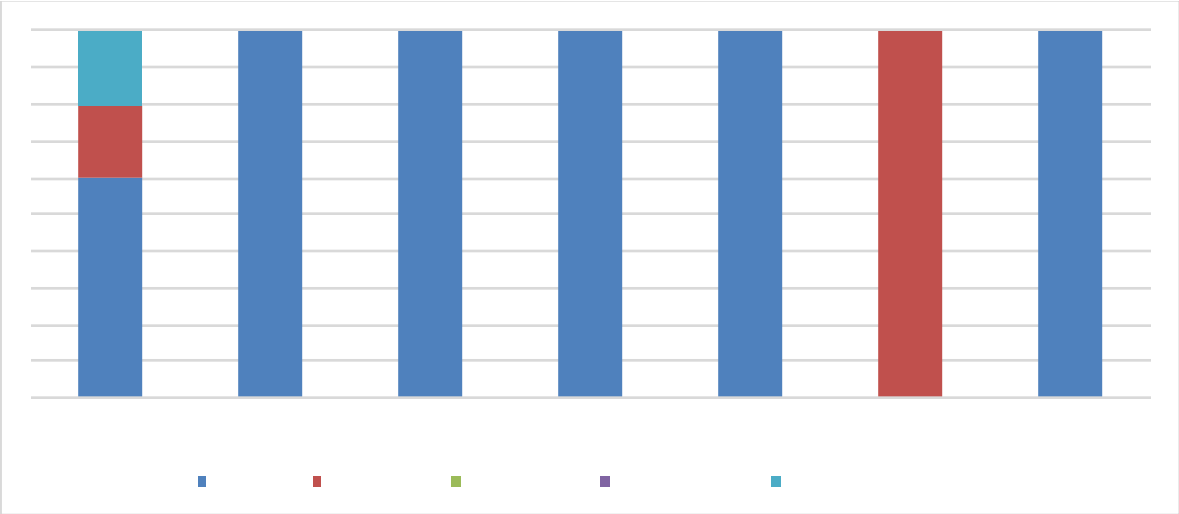
De lo anterior se puede analizar que la comunicación entre el personal asistencial de la Institución es un factor significativo dentro del diseño, desarrollo y práctica de medidas que propendan por una atención segura, es así como la confianza dentro del personal y el seguimiento de los conductos regulares para la notificación de eventos que ponen en riesgo la seguridad cumple un papel importante para la formación de una verdadera cultura de la seguridad del paciente.

4.2.2 Sección A. Área de trabajo personal administrativo

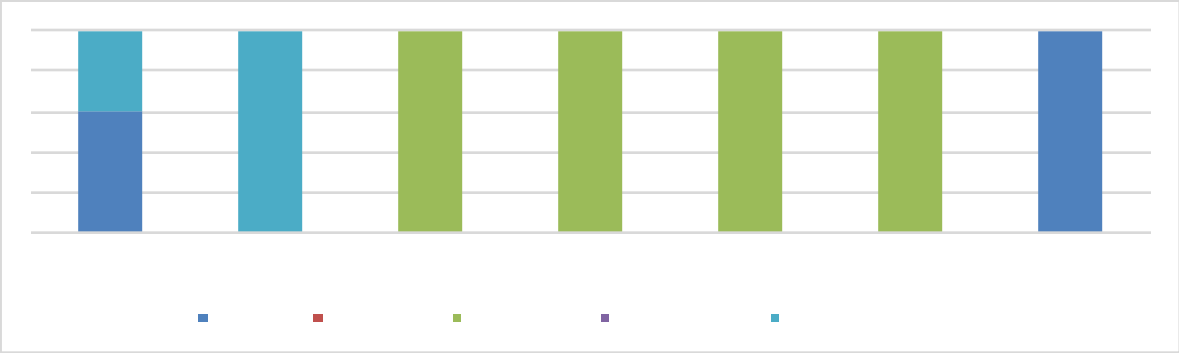
Gráfica 28. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.



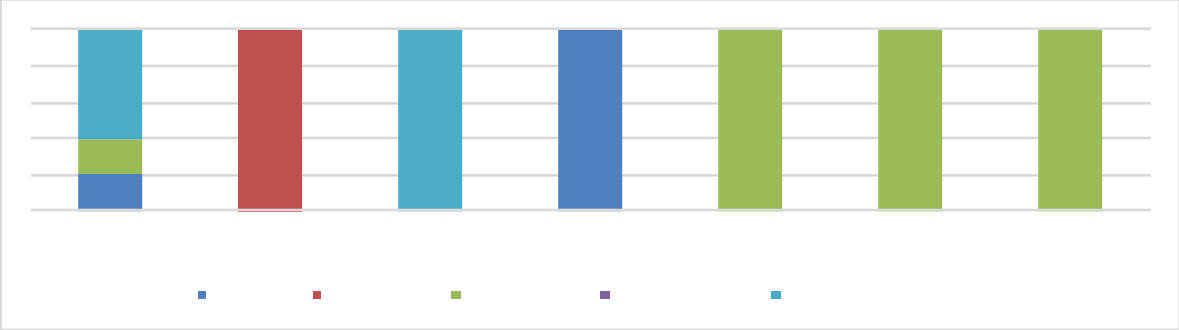
Gráfica 29. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.



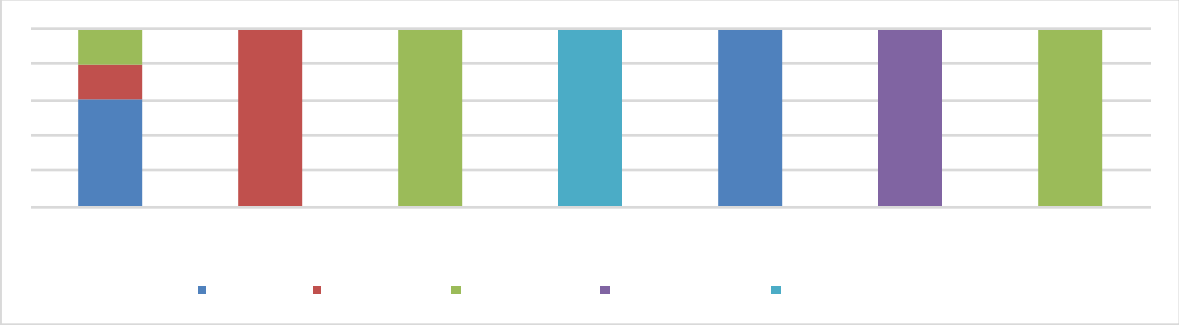
Gráfica 30. En esta área, el personal se trata con respeto.



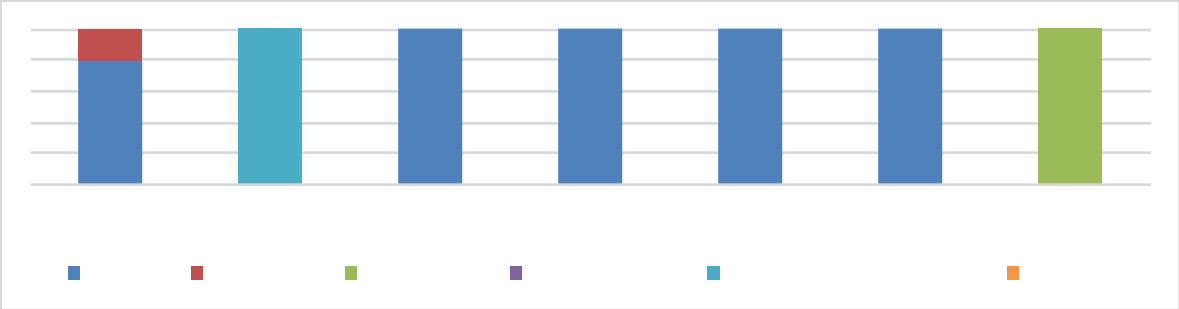
Gráfica 31. Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente.



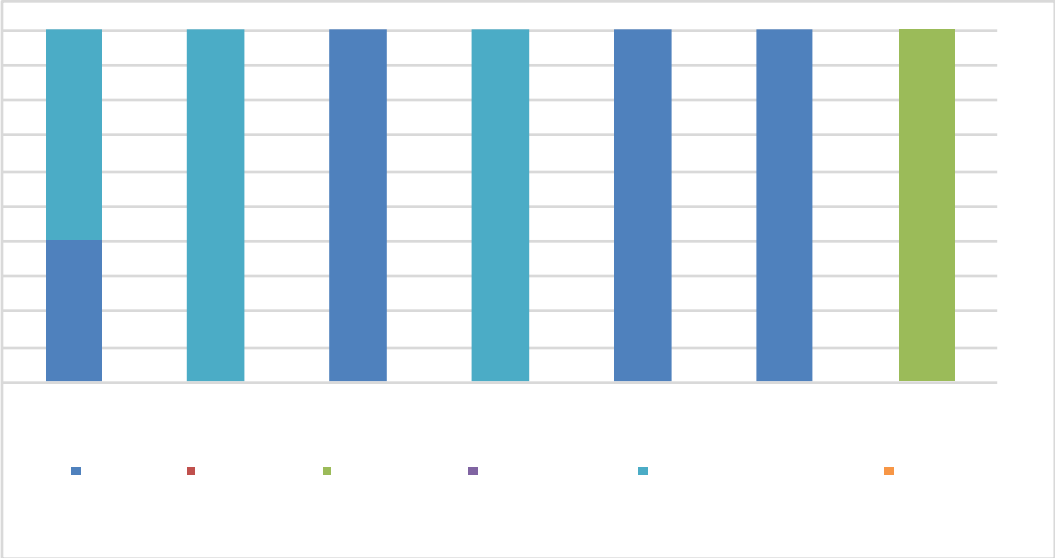
Gráfica 32. El personal siente que sus errores son usados en su contra.



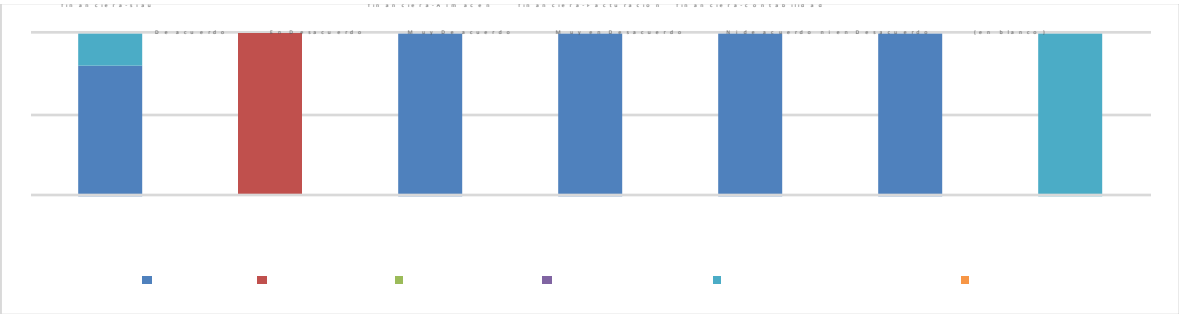
Gráfica 33. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.



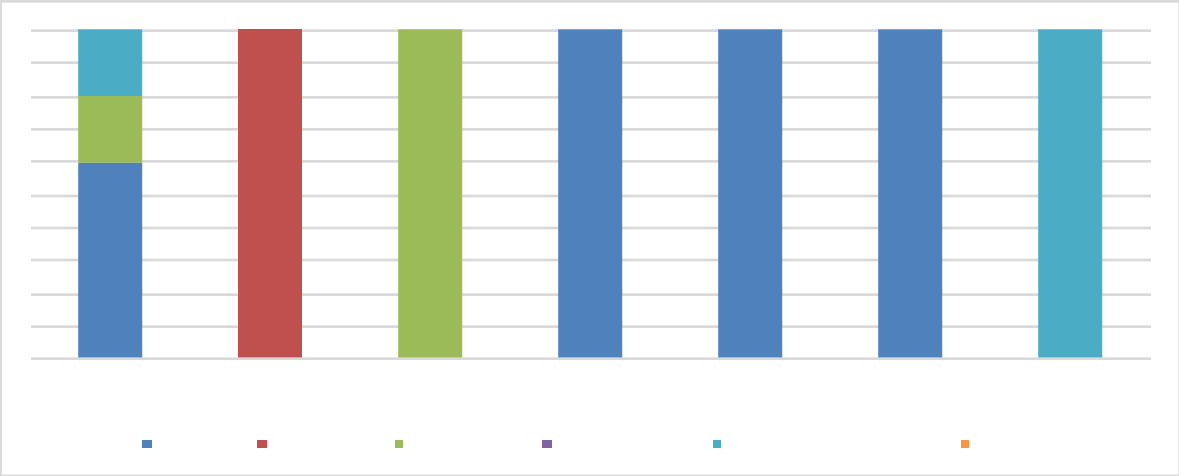
Gráfica 34. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.



Gráfica 35. No tenemos o generamos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área.



Gráfica 36. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.



La sección A evalúa la cultura de seguridad del paciente en el área de trabajo del personal administrativo, en comparación con el área asistencial, esta reflejo resultados más satisfactorios, en primer lugar se tiene que las áreas de: servicios generales, almacén, gerencia y control interno están 100% de acuerdo que cuentan con el suficiente personal para realizar el trabajo, este aspecto resulta indiferente para el 40% del personal SIAU y 100% facturación, mientras que para el 100% de contabilidad resulta muy en desacuerdo. Contar con suficiente personal garantiza una atención oportuna e integral, el hecho que en varias áreas no se cumpla con este aspecto requiere de un análisis más profundo e identificar porque se falla y en qué consideran que hace falta más talento humano.

Entre tanto, el trabajo en equipo es una característica positiva en 6 de las áreas evaluadas, sin embargo, se debe destacar que la gerencia está en desacuerdo con este aspecto, pues cuando necesita terminar una gran cantidad de trabajo, no se hace en equipo, lo cual es un indicador de poco fomento a esta práctica desde la punta piramidal.

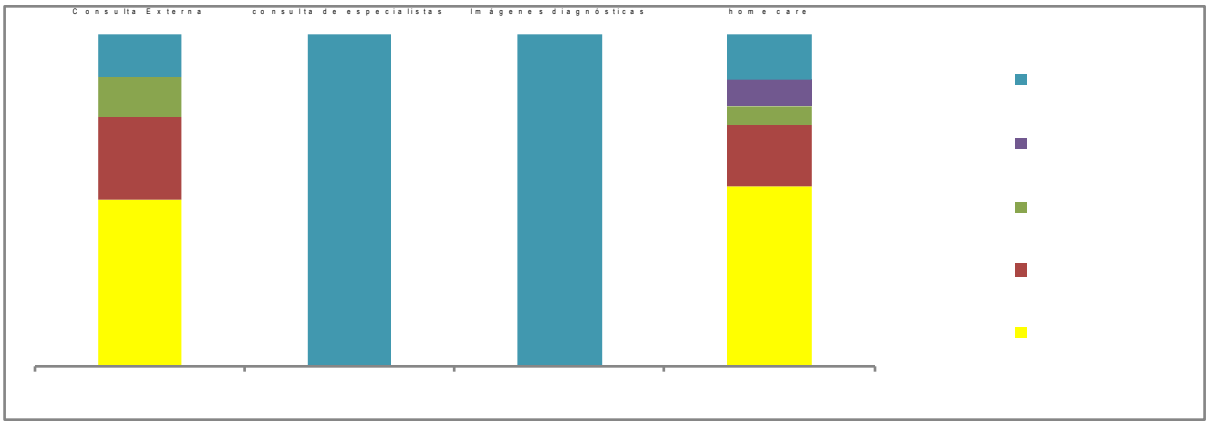
Por su parte, el trato con respeto es una característica que se evidencia en la mayor parte del personal: 100% almacén, 100% contabilidad, 100% gerencia, 100% control interno y 60% SIAU, para servicio generales es una situación indiferente (100%). Esto mismo es consecuente en la apreciación del personal al considerar que se están haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente (100% todas las áreas excepto SIAU para quien es indiferente y 100% servicios generales que está en desacuerdo).

Resulta relevante resaltar que el personal siente que sus errores son usados en su contra, esto pasa con el 60% del personal de SIAU, 100% almacén, 100% contabilidad, 100% control interno. Gerencia y servicios generales no están de acuerdo con esta apreciación, mientras que facturación se denota indiferente. Estos aspectos merecen una mayor atención, destacando la necesidad de intervenirse con acciones donde se aclare al personal administrativo que un propicio clima de seguridad del paciente, mantendrá al personal motivado, comprometido y con sentido de pertenencia hacia la institución, pues infunde confianza y con ello, calidad del servicio.

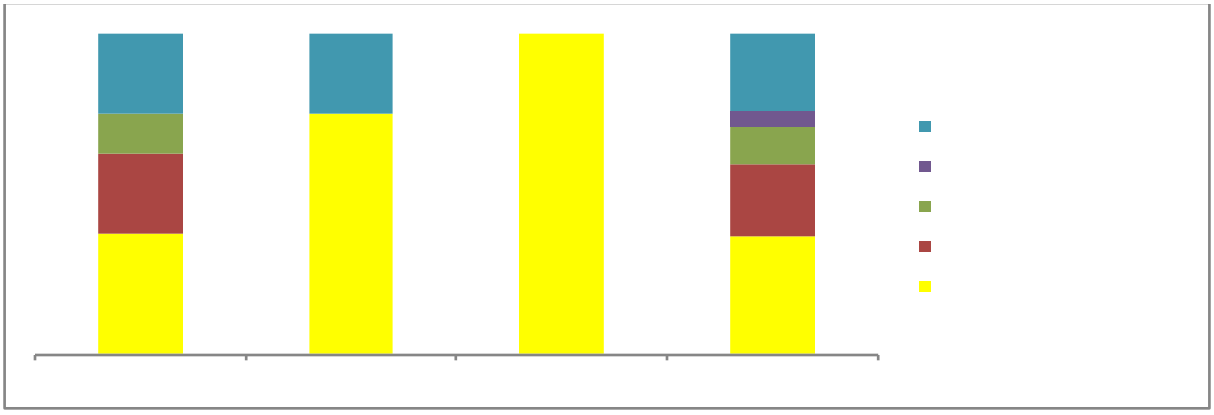
También se pone en manifiesto que para el 100% de las áreas almacén, facturación, contabilidad, gerencia y 60% SIAU no se tiene o genera problemas con la seguridad de los pacientes en su área y los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. El 100% de servicios generales se encuentra en desacuerdo con este señalamiento, mientras que para control interno es indiferente.

4.2.3 Sección B. Jefe inmediato personal asistencial

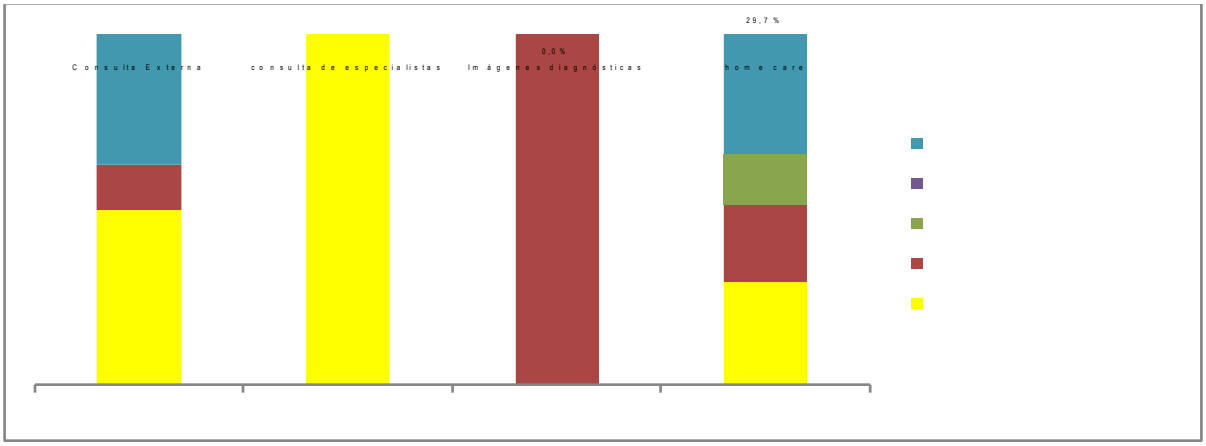
Gráfica 37. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.



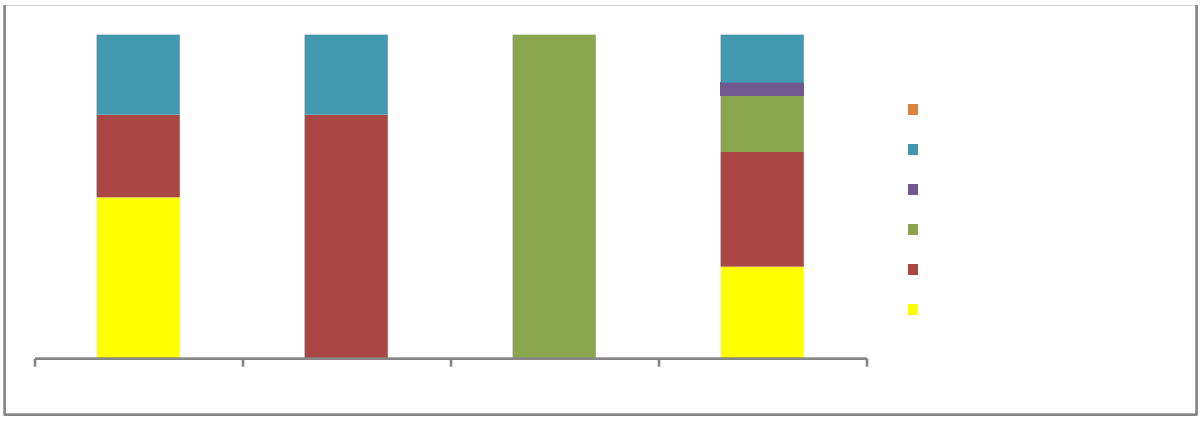
Gráfica 38. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes



Gráfica 39. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.



Gráfica 40. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.



La sección B describe la cultura de seguridad del paciente promovida por el jefe inmediato del personal asistencial.

Para el 100% del personal de consulta especialista y de imágenes diagnosticas resulta indiferente señalar que el jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes, se encontró mayor aprobación de este aspecto en el 50% del

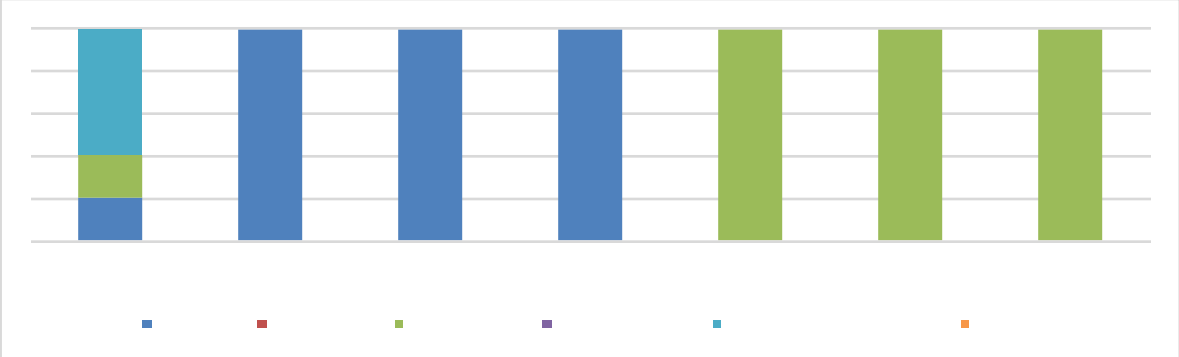
personal de consulta externa y 54,1% de home care quienes señalan estar de acuerdo.
Se encontró aprobación en todas las áreas de que el jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (37,5% consulta externa, 75% consulta especialista, 100% imágenes diagnósticas y 36,5% home care). Cabe señalar que para home care el 23% no está de acuerdo con este aspecto, situación que requiere mayores evaluaciones, pues desde la dirección se fomenta la cultura de seguridad del paciente.

También es importante resaltar un aspecto que puede poner en riesgo la seguridad del paciente y es el trabajo bajo presión, para el 50% del personal de consulta externa, 100% especialista y 29,7% home care si la presión se incrementa, el jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes. La seguridad es un aspecto que no se puede saltar a pesar de las circunstancias que se sobrelleven.

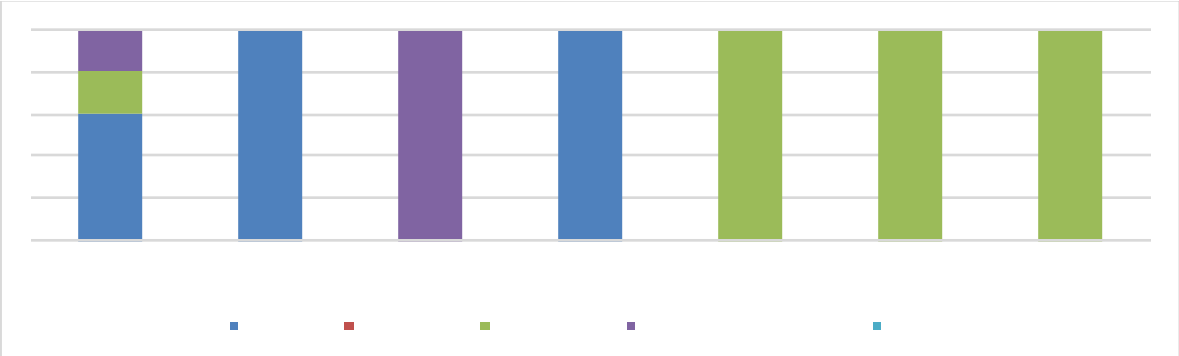
Otros aspecto negativo identificado sucede en especial en el área de consulta especializada (75%) y 37% de home care quienes señalan que de vez en cuando, el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez. Estos aspectos sugieren un cambio innegable, considerando que la seguridad del paciente siempre se debe mantener y mejorar.

4.2.4 Sección B. Jefe inmediato personal administrativo

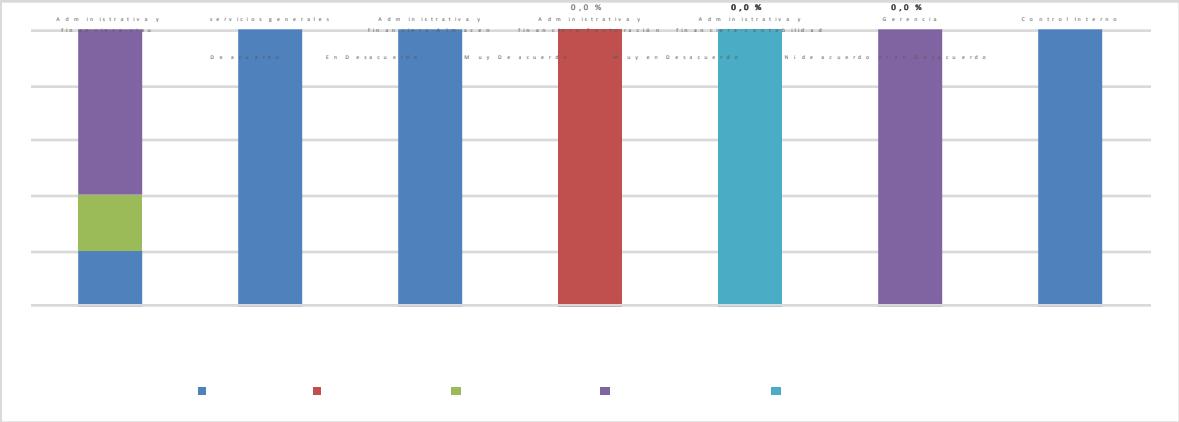
Gráfica 41. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes



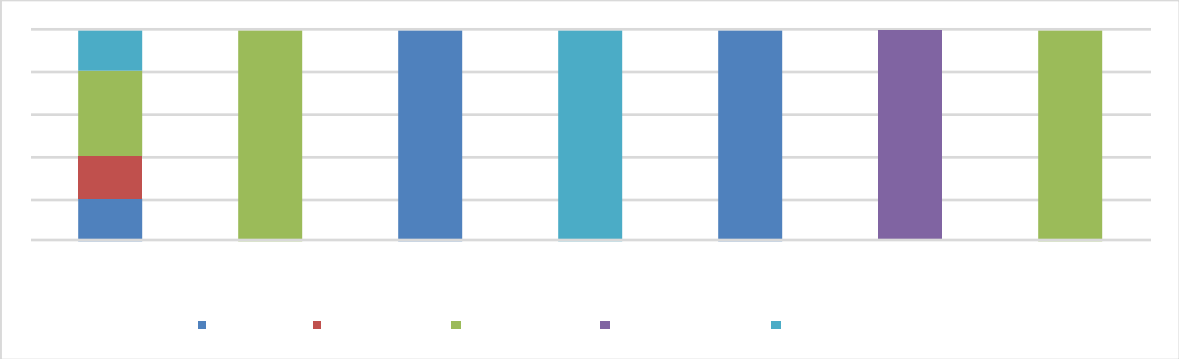
Gráfica 42. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes



Gráfica 43. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.



Gráfica 44. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.



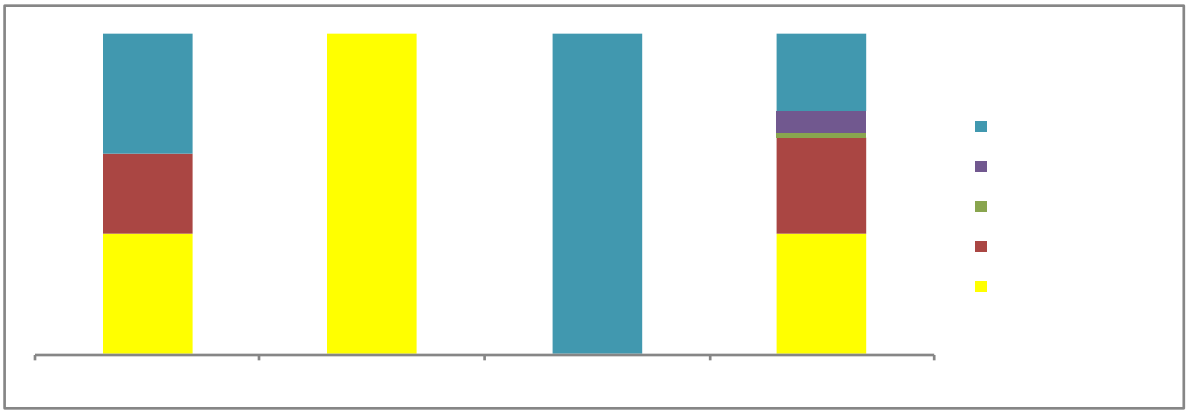
La sección B describe la cultura de seguridad del paciente promovida por el jefe inmediato del personal administrativo. Los resultados obtenidos son buenos. El 100% del personal administrativo, con excepción de SIAU, considera que el superior expresa entera satisfacción cuando el personal asistencial intenta evitar riesgos en la seguridad del paciente, al respecto SIAU se muestra indiferente (60%). También, para el personal administrativo el jefe inmediato siempre tiene en cuenta las sugerencias que se le hacen relacionadas al mejoramiento de la seguridad del paciente. En cuanto a si el jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes el 100% se torna de acuerdo, a excepción de Almacén que el 100% se torna en desacuerdo.

Por su parte con respecto a cuándo la presión se incrementa, el jefe quiere que se trabaje más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes, las opiniones están divididas el 100% de servicios generales, almacén y control interno se muestran de acuerdo, el 60% de SIAU y el 100% de gerencia muy en desacuerdo y el 100% de facturación en desacuerdo. Por último, para el 40% de SIAU, 100% de servicios generales, almacén, contabilidad y control interno, el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, la gerencia por supuesto, como principal actor en la seguridad se torna en desacuerdo mientras que para facturación le es indiferente.

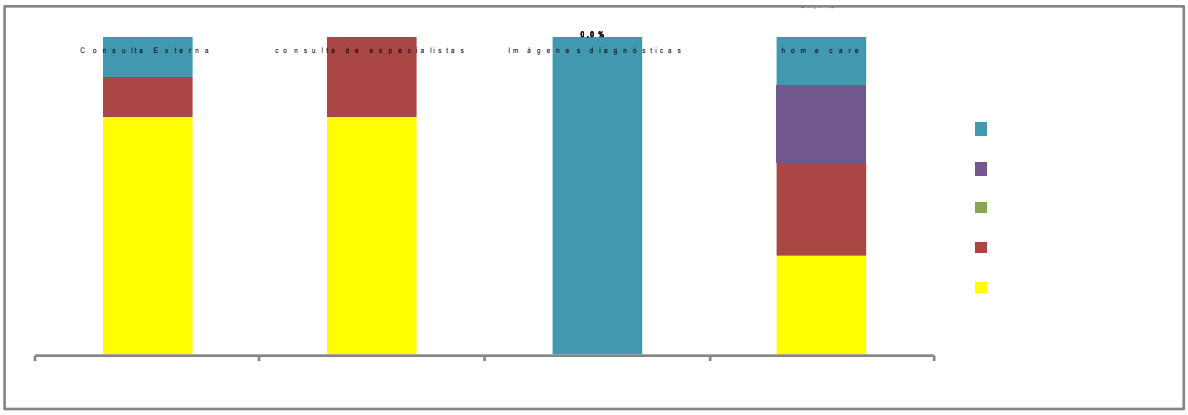
Estos resultados, evidencian que para la alta gerencia no siempre es relevante la seguridad del paciente en todas las actividades y acciones llevadas a cabo en cada una de las áreas que conforma su empresa, es importante recordarles que la correcta gestión de la seguridad del paciente consiste en revisar de manera sistemática los riesgos en la institución, con el fin de identificar si se pueden hacer mejor y cómo hacerlo, razón por la cual un clima de seguridad del paciente implica crear un ambiente con una sólida confianza, educación y por ningún motivo, pasar por alto ningún aspecto relacionado a esta.

4.2.5 Sección C. Comunicación personal asistencial

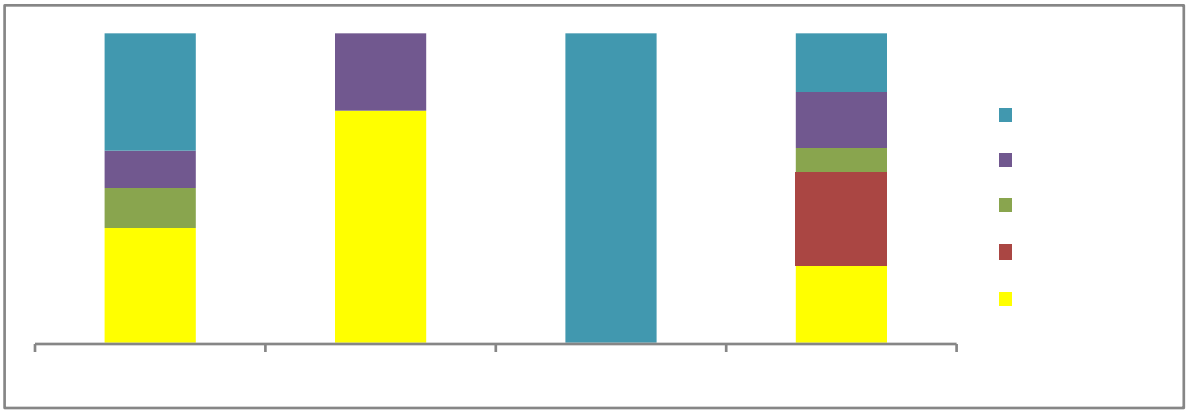
Gráfica 45. La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.



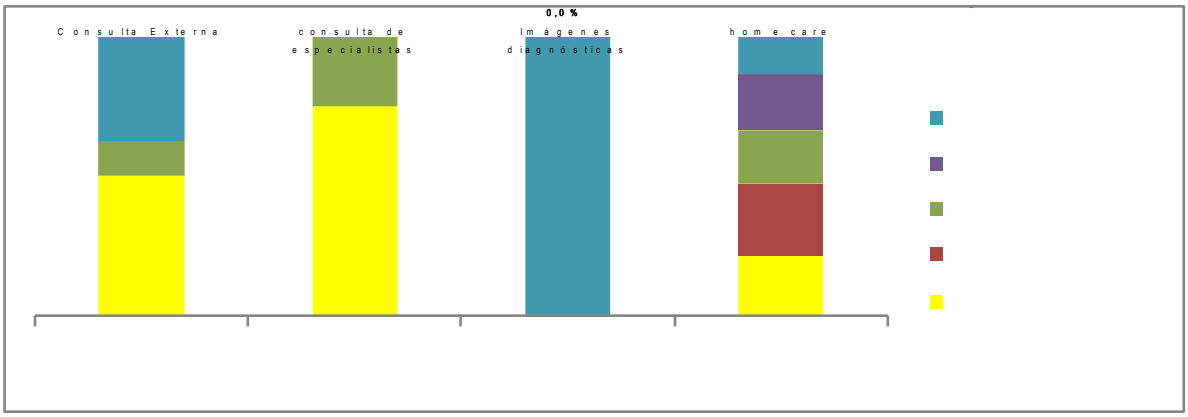
Gráfica 46. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente



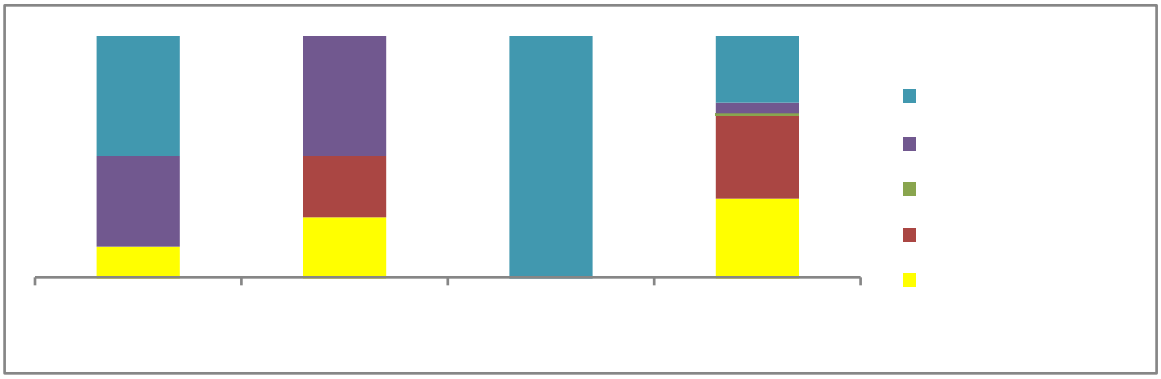
Gráfica 47. Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta área



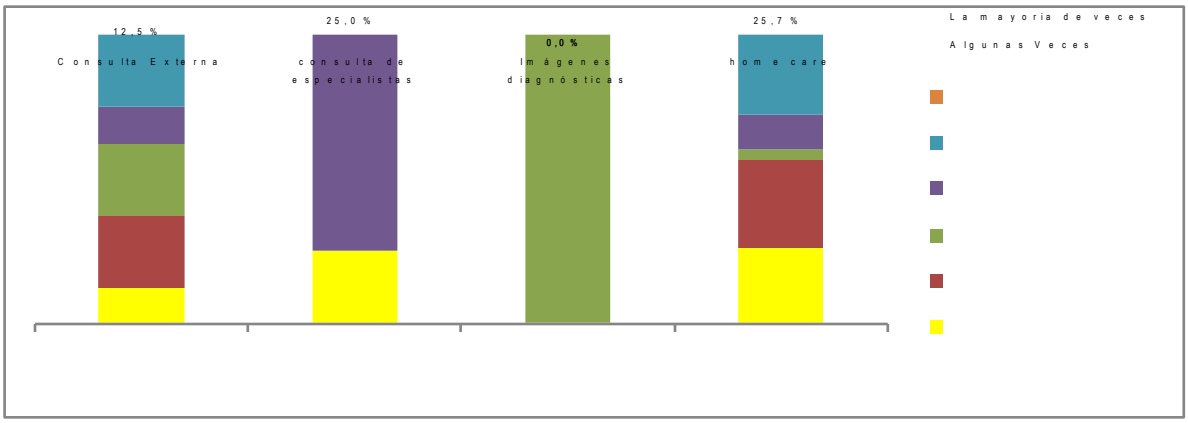
Gráfica 48. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.



Gráfica 49. En este servicio, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.



Gráfica 50. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.



En la sección C se describe la comunicación de la cultura de seguridad del paciente en la institución. Entre los aspecto negativos se identificaron que para el 37,5% del personal de consulta externa, 100% de especializada y 37,8% de home care, la Gerencia algunas veces informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos, este aspecto para el 100% del personal de imágenes diagnosticas resulta indiferente. Esta situación también se presenta en porcentajes similares al hecho de que el personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente (75% consulta externa, 75% especialistas y 31% home care).

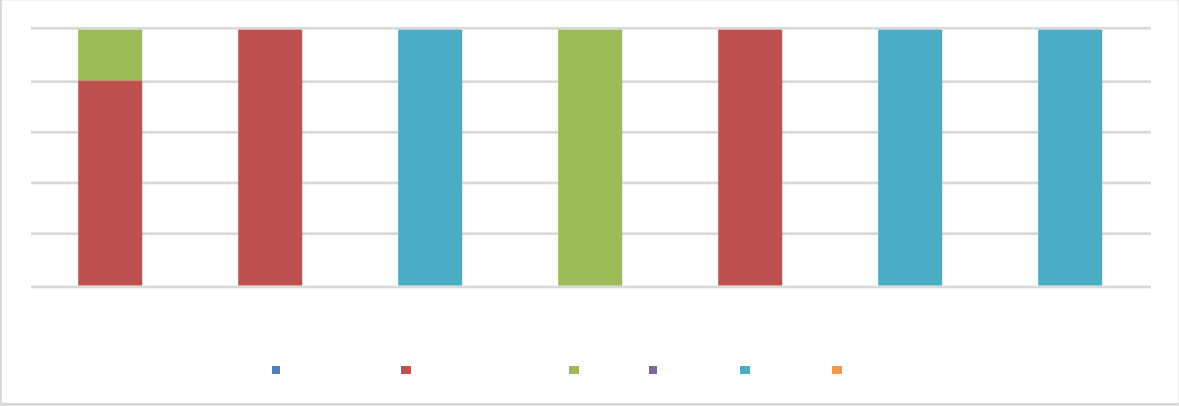
También resulta negativo que sólo algunas veces se informe a las áreas sobre los errores que se comenten en el área, esto es percibido por el 37,5% del personal de consulta externa, 75% especialistas y 25% home care, por el contrario imágenes diagnosticas señalan siempre estar informado (100%). Para el personal sólo algunas veces se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad y se discute formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer, el 100% del personal de imágenes diagnosticas considera satisfactorio estos dos aspectos.

Lo anterior muestra que no se cuenta con una adecuada retroalimentación de la comunicación, lo que termina afectando el clima de seguridad del paciente, pues al fluir la comunicación en una sola dirección, el inconformismo sale a la luz, pues el personal subordinado se limita solo a escuchar y atender.

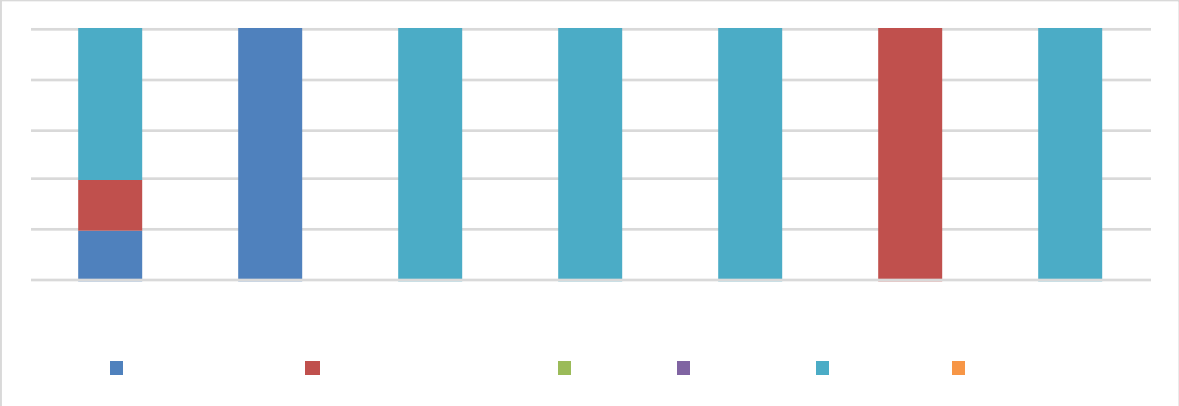
Es importante señalar que la retroalimentación es parte básica del trabajo en equipo y por supuesto de la comunicación organizacional, cuando este proceso falla se verá reflejado en el actuar del personal asistencial, considerando que si no es socializado a tiempo los errores o eventos adversos que sucedan en un área es muy posible que en el futuro se vuelvan a cometer las mismas fallas.

4.2.6 Sección C. Comunicación personal administrativo

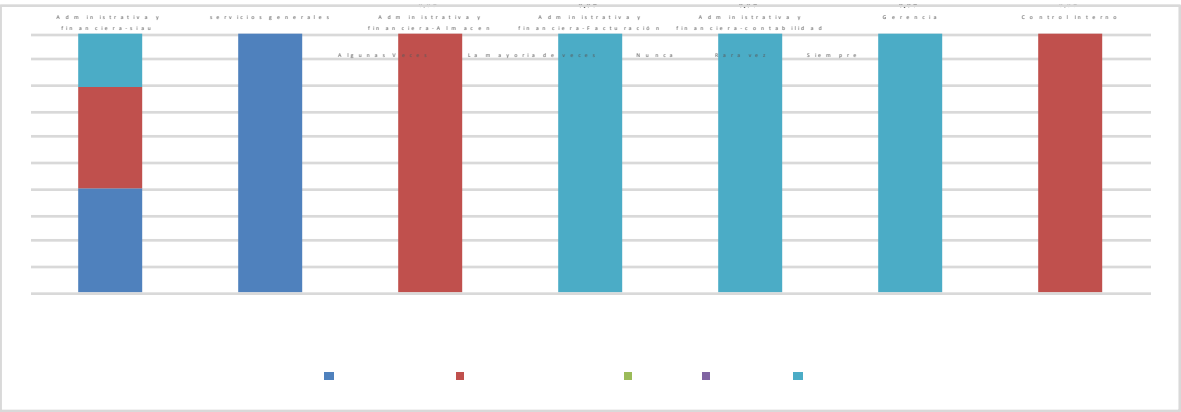
Gráfica 51. La Gerencia informa a la Junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la Seguridad del Paciente.



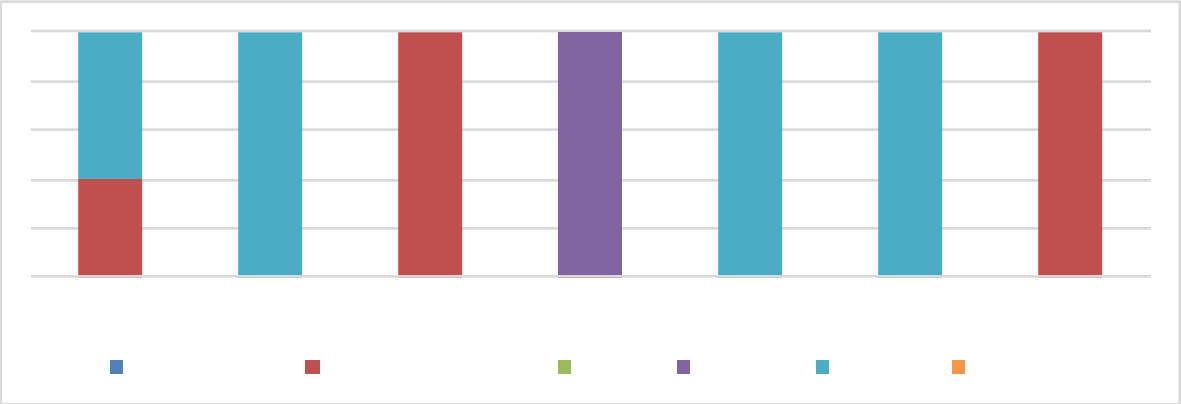
Gráfica 52. La Gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área administrativa



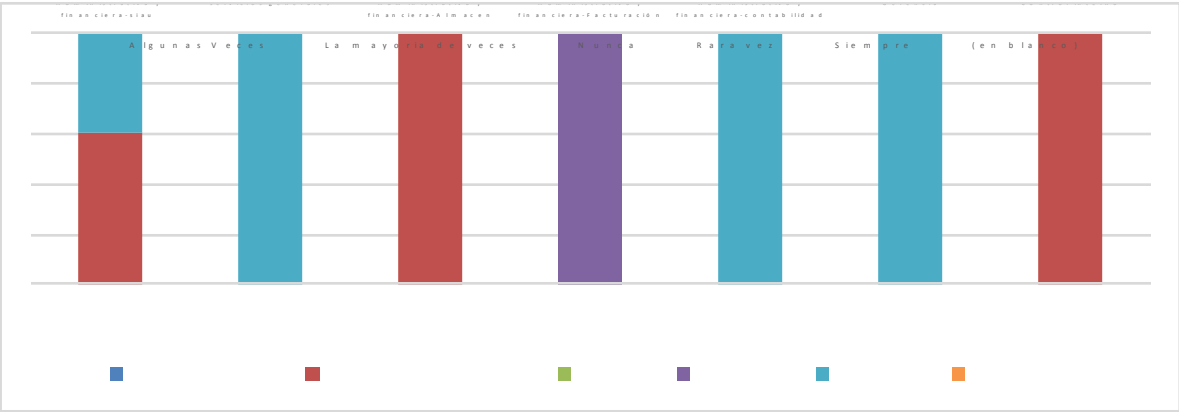
Gráfica 53. Se informan los costos de la no calidad a los colaboradores de la institución



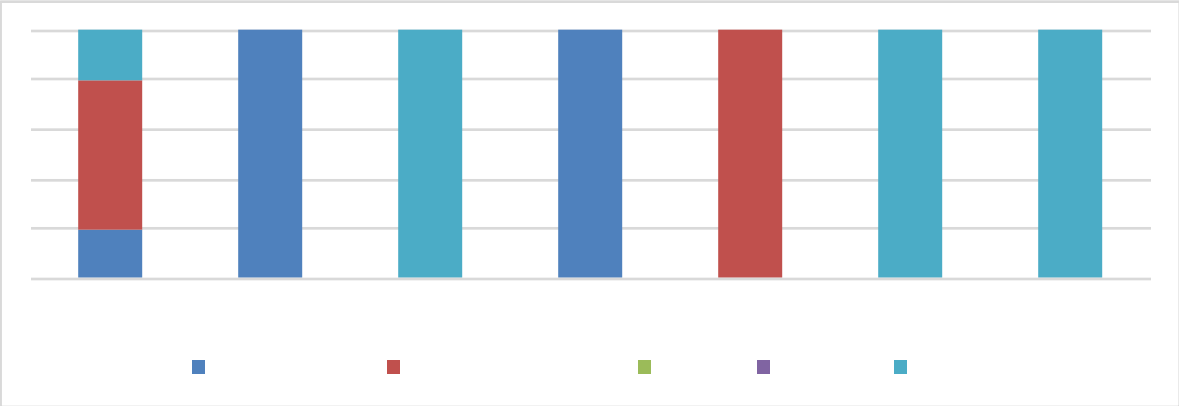
Gráfica 54. Se verifica proactivamente la suficiencia de los dispositivos médicos requeridos para la prestación de los servicios de salud



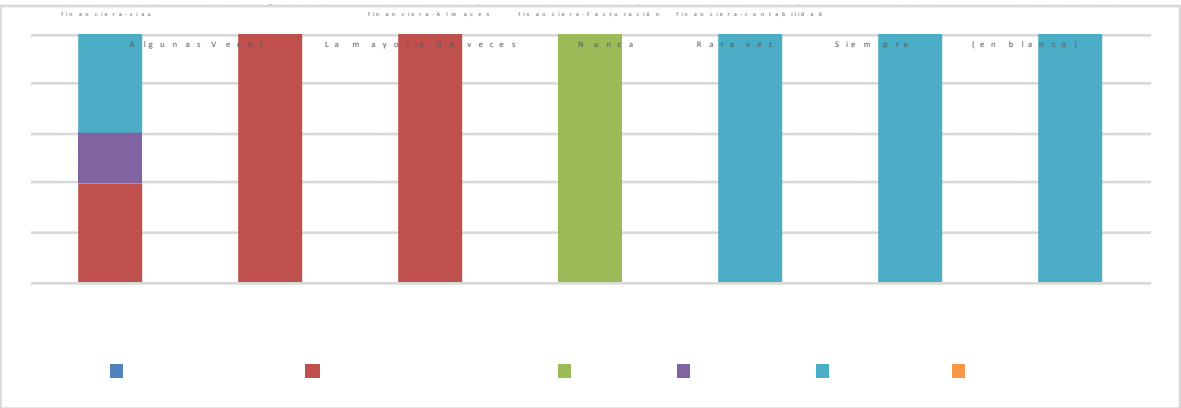
Gráfica 55. Se verifica proactivamente la suficiencia de medicamentos esenciales requeridos para la prestación de los servicios de salud.



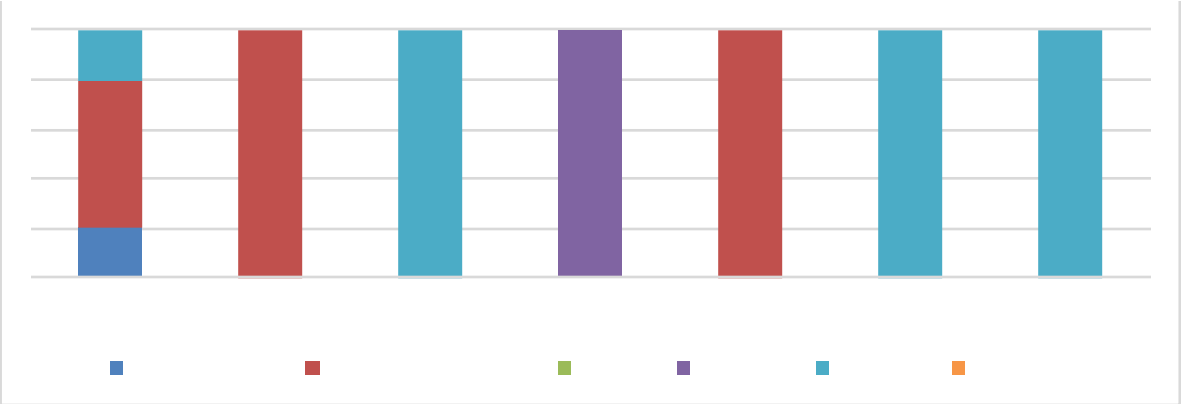
Gráfica 56. El plan de capacitación incorpora temas sobre seguridad del paciente.



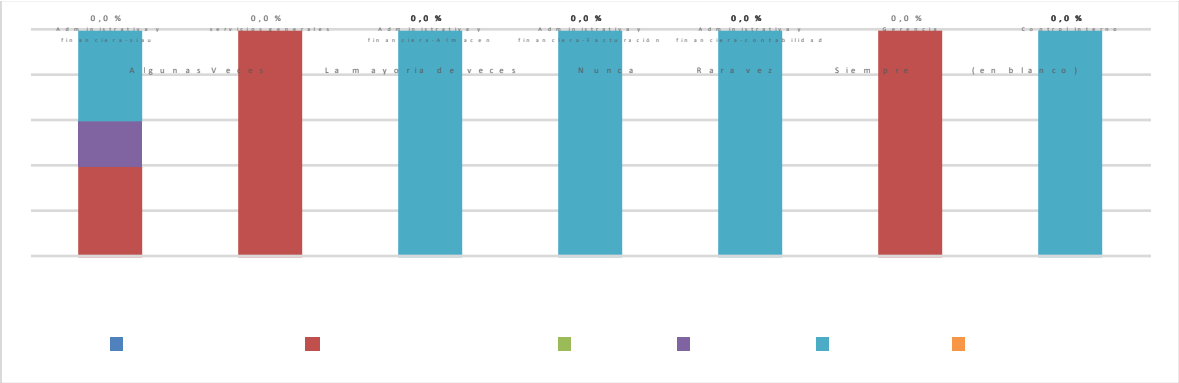
Gráfica 57. La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos



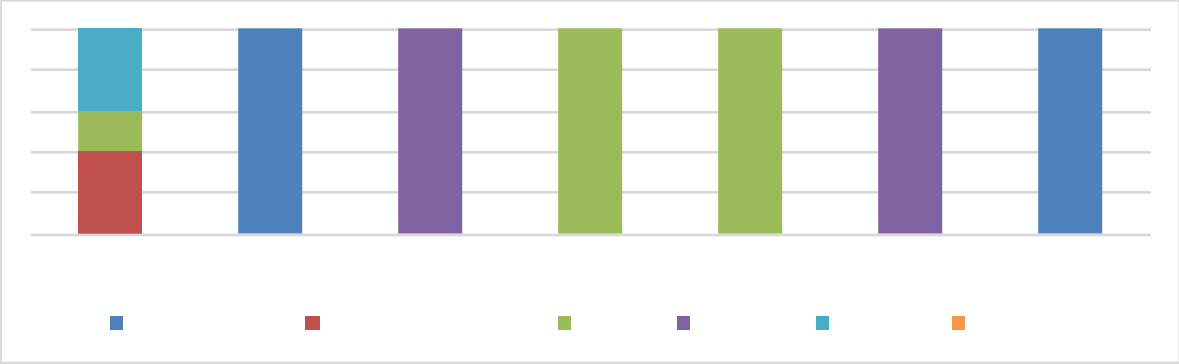
Gráfica 58. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente



Gráfica 59. En esta área, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.



Gráfica 60. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.



En la sección C se describe la comunicación de la cultura de seguridad del paciente en la institución. Se destaca que los errores/eventos adversos son informados de forma oportuna, y en general, a todo el talento humano de la institución, esto para el 80% de SIAU, 100% de servicios generales, para el 100% del personal de almacén, gerencia y control interno, mientras que para el 100% de facturación nunca sucede. También fue representativo reconocer que se informan los costos de la no calidad a los colaboradores de la institución, todas las áreas están de acuerdo con este aspecto.

A su vez, todas las áreas menos facturación consideran que se verifica proactivamente la suficiencia de los dispositivos médicos y medicamentos requeridos para la prestación de los servicios de salud (60% SIAU y 100% la mayoría de veces y siempre las demás áreas).

La capacitación sobre temas de seguridad del paciente también está presente en todas las áreas, al igual que la Gerencia informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos, para el 100% de servicios generales y facturación se da algunas veces, para las demás la mayoría de veces y siempre.

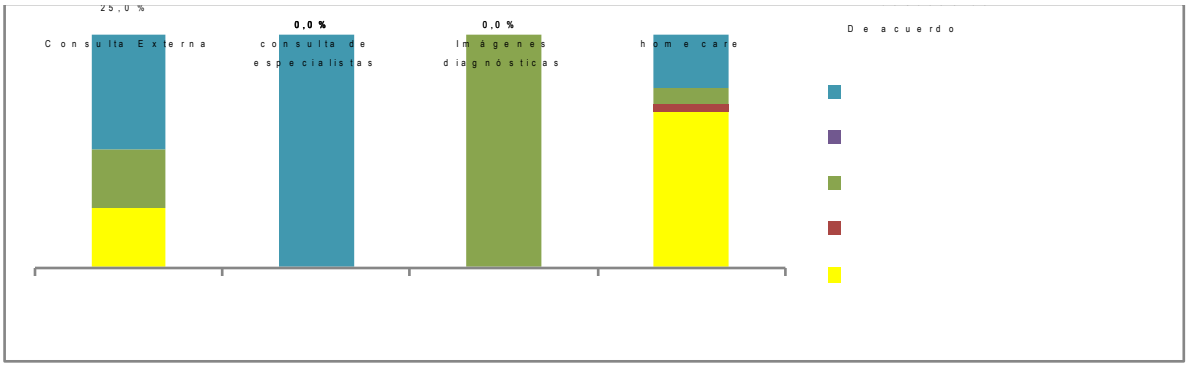
Estos aspectos son primordiales, considerando que la oportunidad hace parte de los principios de la calidad de la atención, pues propenden minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

En los resultados se hace fuertemente evidente que el personal administrativo valora de una manera positiva el hecho de que al observarse algún fallo en la atención del paciente se lleven a cabo las medidas pertinentes para evitar que esto ocurra de nuevo, lo cual podría indicar que existe la disposición del cambio hacia el mejoramiento.

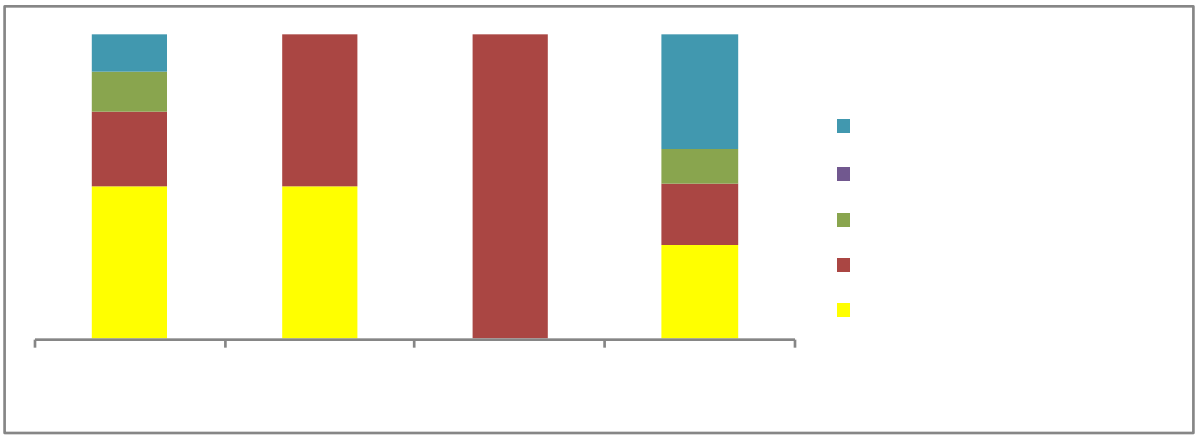
Esta sección mostró la importancia de la comunicación entre el personal administrativo en la correcta cultura de la seguridad del paciente, lo resultados expresan que hay que tener en cuenta que un personal que confía en sus conocimientos y es capaz de reconocer sus errores, siempre desarrollará líneas de comunicación claras que asegurarán una manejo adecuado de los incidentes ocurridos dentro del servicio y dará lugar a verdaderas oportunidades de mejora y a la formulación de planes de acción efectivos y coherentes con la situación real de la unidad, por ello siempre es necesario abrir medios de comunicación para que el personal asistencial exprese sus opiniones, críticas y sugerencias.

4.2.7 Sección F. La institución personal asistencial

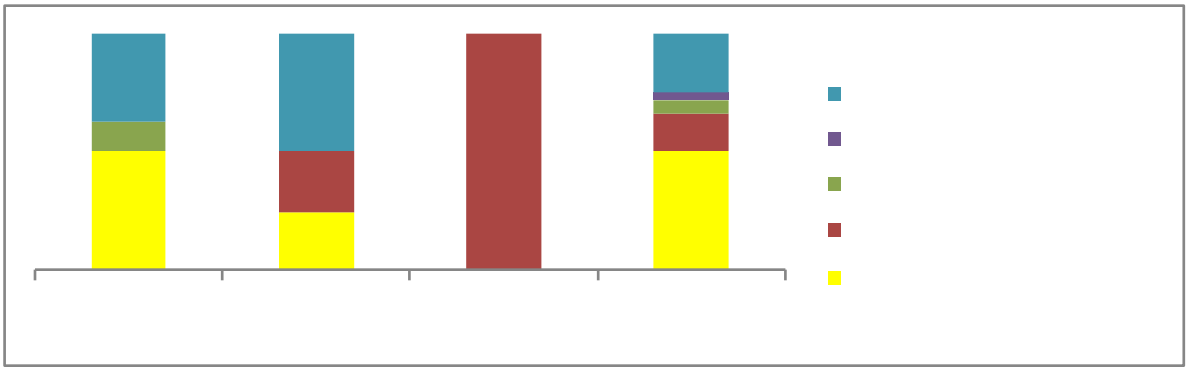
Gráfica 61. La Gerencia de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.



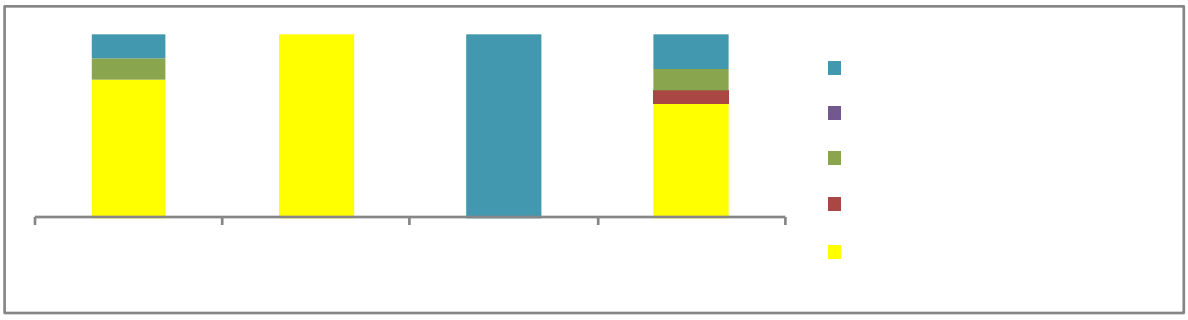
Gráfica 62. Los servicios de esta institución no están bien coordinados entre sí.



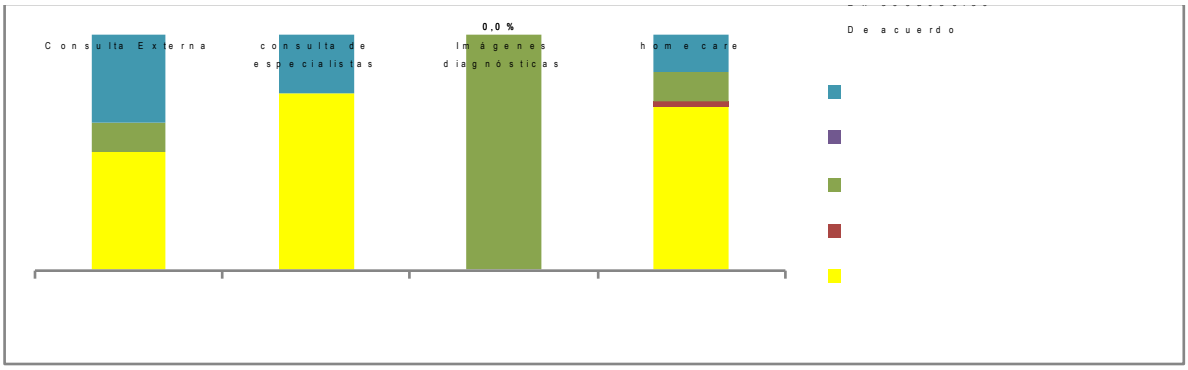
Gráfica 63. La continuidad de la atención de los pacientes no se pierde cuando éstos se transfieren de un servicio a otro.



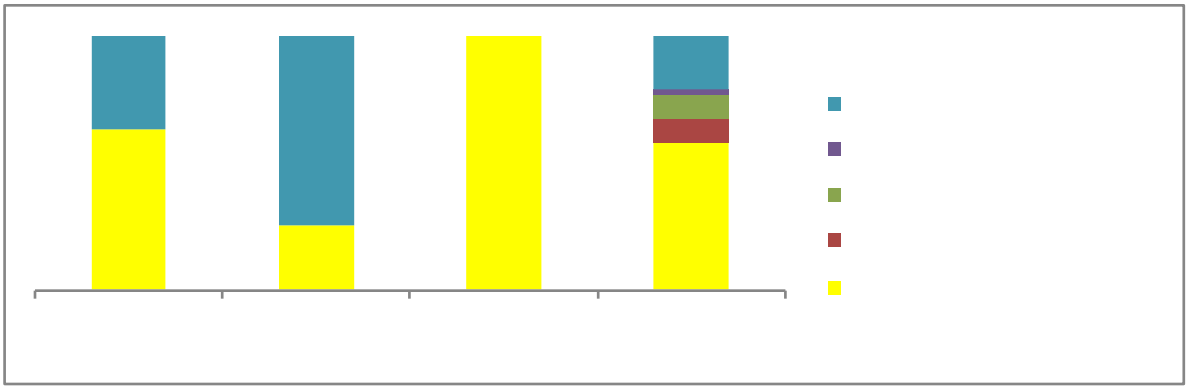
Gráfica 64. Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente.



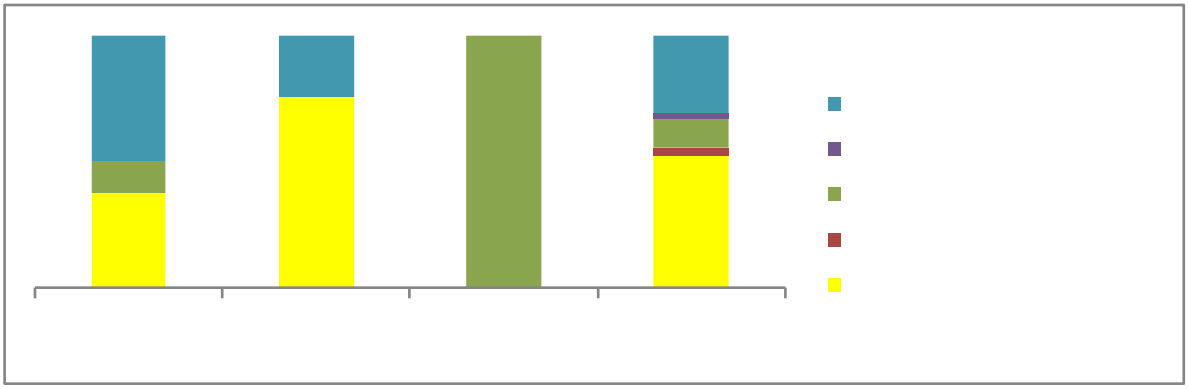
Gráfica 65. Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otros servicios en esta Institución.



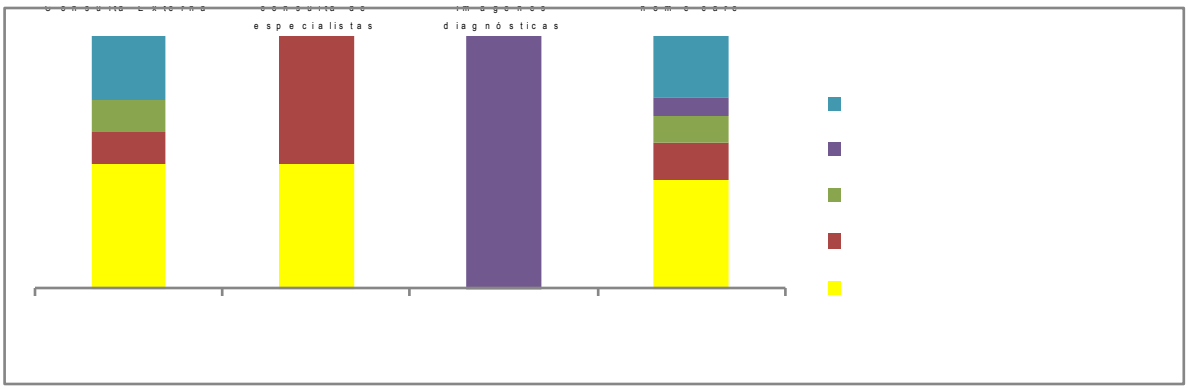
Gráfica 66. Rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios de esta institución.



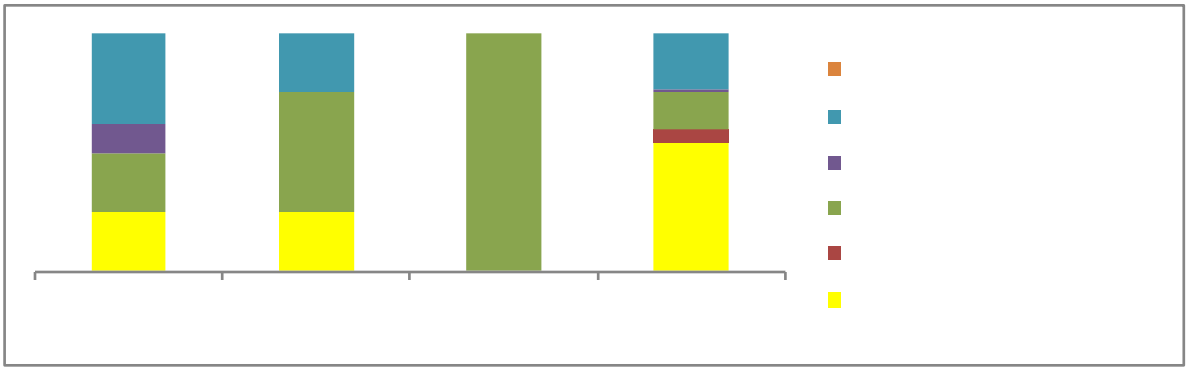
Gráfica 67. Las medidas que toma la Gerencia de esta institución, muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.



Gráfica 68. La Gerencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso.



Gráfica 69. Los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.



En la sección F se describe la responsabilidad y el compromiso de la Gerencia con la seguridad del paciente. Según los resultados para el 50% del personal de consulta externa y 100% especializada resulta indiferente que la Gerencia de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, el 100% del personal de imágenes diagnosticas está muy de acuerdo con esta consideración, al igual que el 66,2% de home care. Las apreciaciones están divididas en cuanto a que los servicios de esta institución no están bien coordinados entre sí, el 50% del personal de consulta externa, el 50% de especializada y el 31% de home care están de acuerdo que si hay coordinación;

por el contrario, el otro 50% de consulta especializada, 100% imágenes diagnósticas y 20,3% de home care están en desacuerdo.

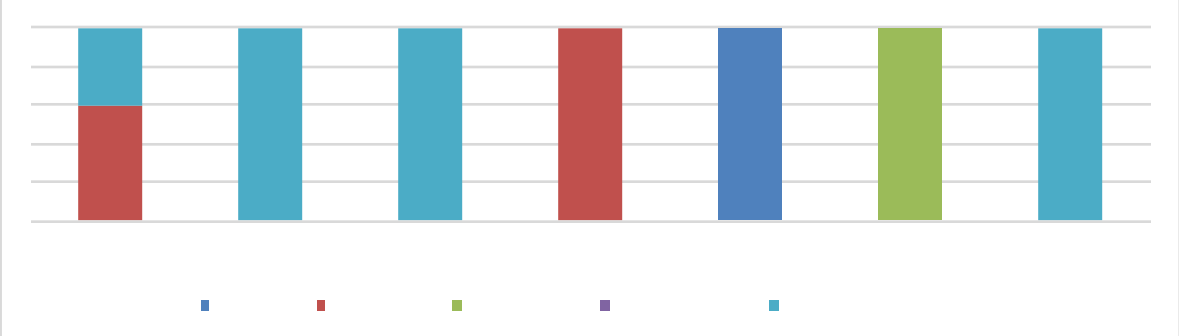
Similarmente, sucede en cuanto a su opinión frente a si la continuidad de la atención de los pacientes no se pierde cuando éstos se transfieren de un servicio a otro, el 50% de consulta externa y home care están de acuerdo, el 50% de especialistas le es indiferente y al 100% de imágenes diagnosticas está en desacuerdo.

También es positivo que frecuentemente es agradable trabajar con personal de otros servicios en esta Institución, esto lo percibe el 50% del personal de consulta externa, 75% especialista, 100% imágenes diagnósticas y 68,7% home care. Esto también se evidencia en que para el 37,5% del personal de consulta externa, 75% especialista, 100% imágenes diagnósticas y 52,7% home care, las medidas que toma la Gerencia de esta institución, muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

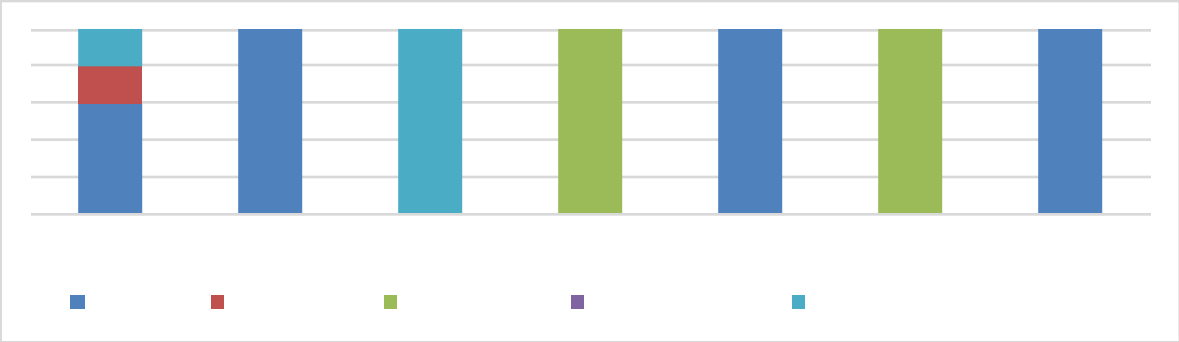
Los resultados anteriores evidencian que los jefes propenden por la seguridad del paciente en todas las actividades y acciones llevadas a cabo en su área y en general en la institución, se destaca de manera positiva el que el superior o jefe no pase por alto los problemas de seguridad del paciente, sino que por el contrario son tomadas las medidas correctivas apropiadas.

4.2.8 Sección F. La institución personal administrativo

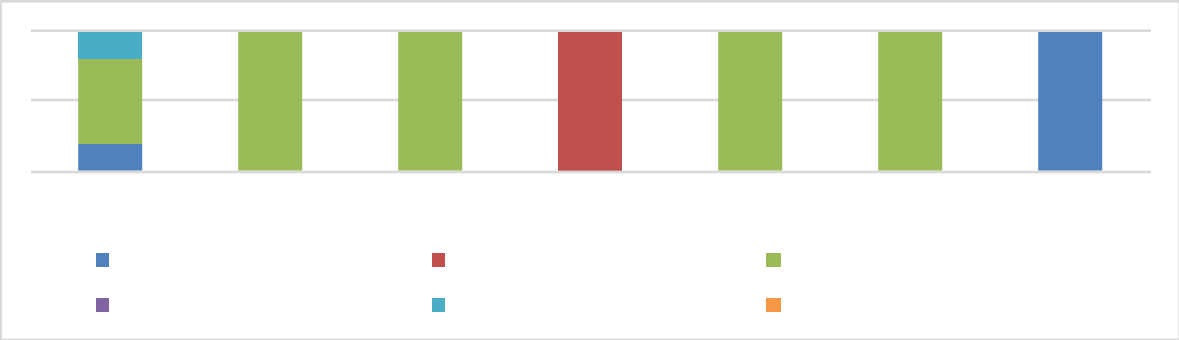
Gráfica 70. El direccionamiento estratégico motiva a la seguridad del paciente.



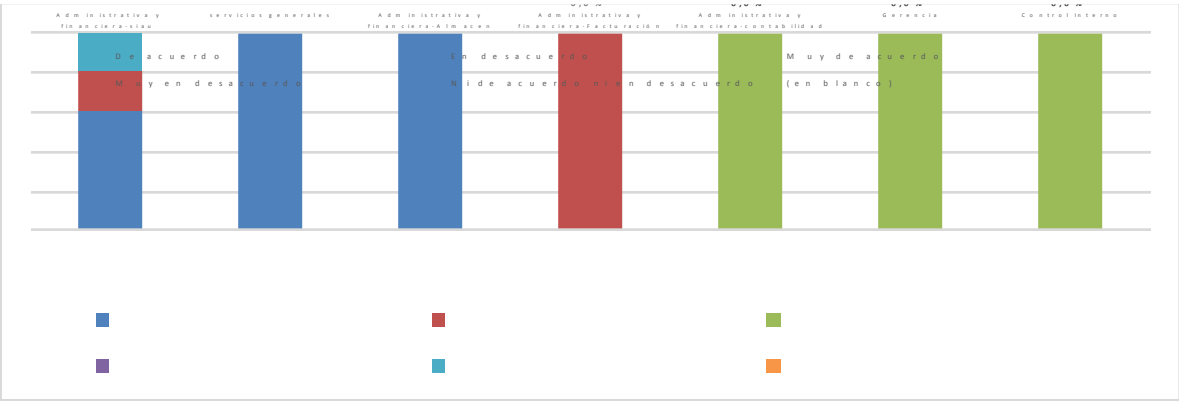
Gráfica 71. La Junta Directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente.



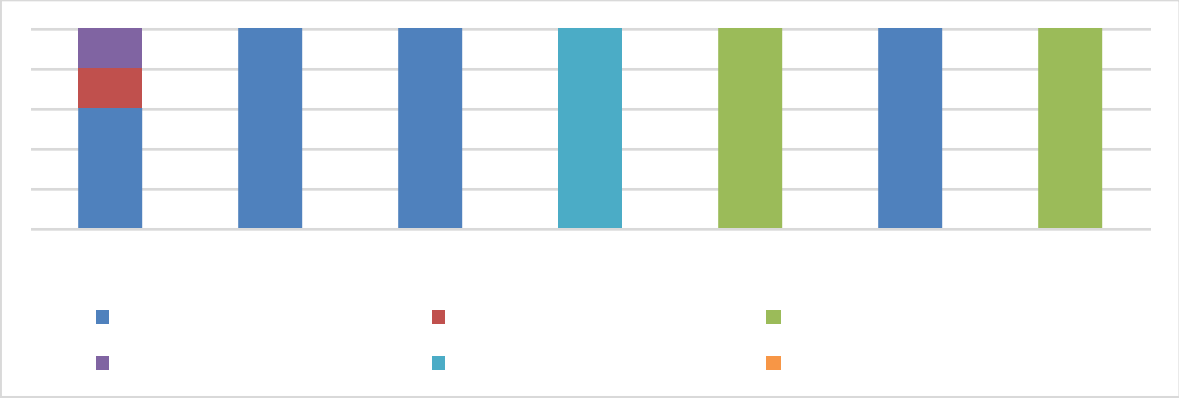
Gráfica 72. La Gerencia realiza seguimiento a la efectividad de las acciones implementadas en pro de la seguridad del paciente.



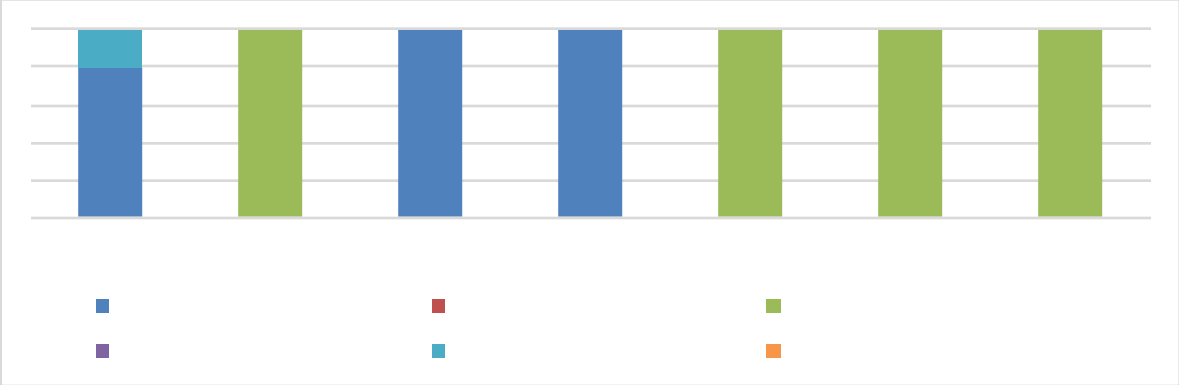
Gráfica 73. La Gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente.



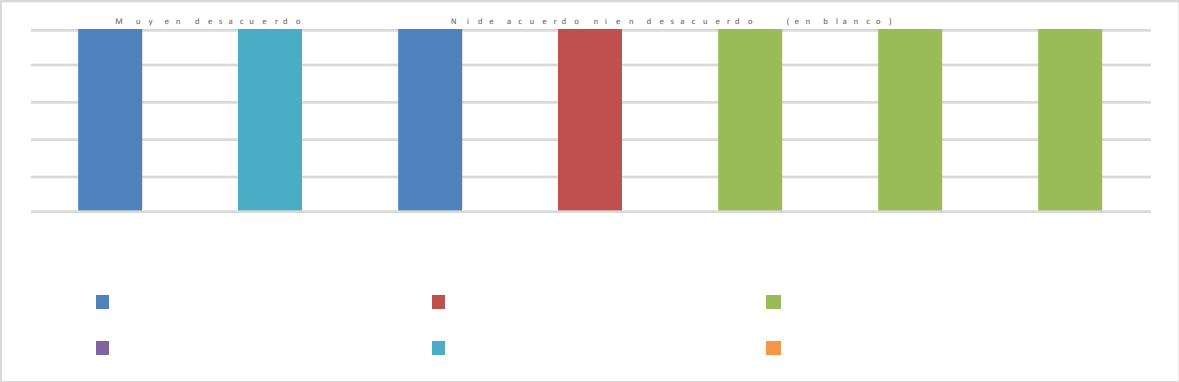
Gráfica 74. Los problemas relacionados con la seguridad del paciente tienen fundamento en el área asistencial.



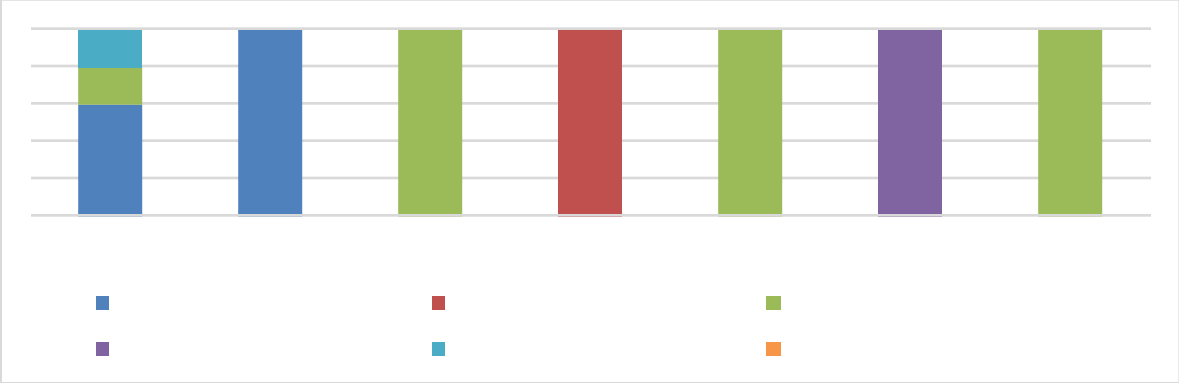
Gráfica 75. La Gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.



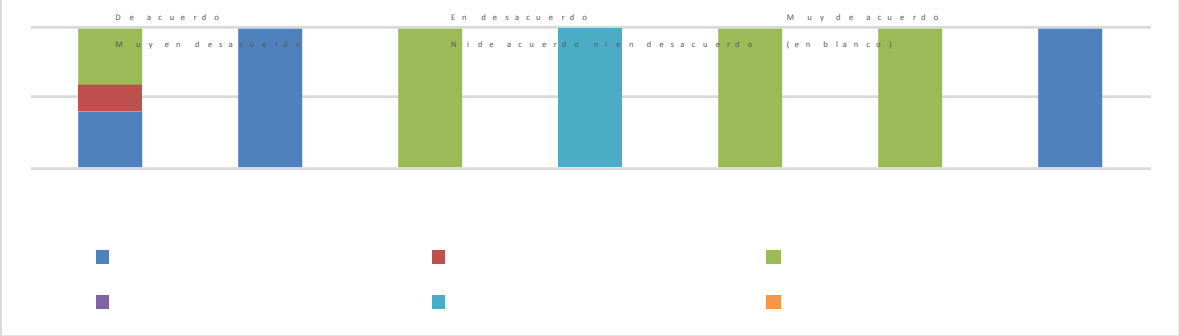
Gráfica 76. La empresa ha eliminado las barreras administrativas para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes.



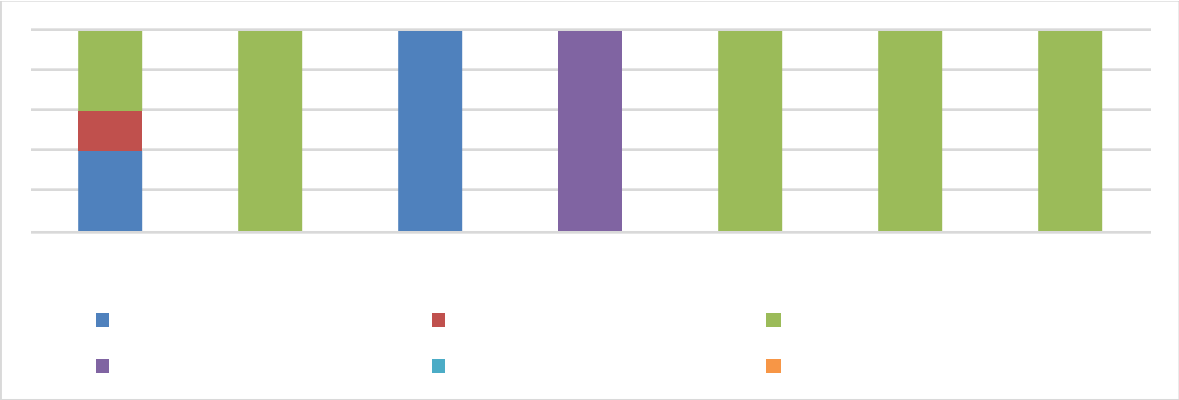
Gráfica 77. Las medidas que toma la Gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.



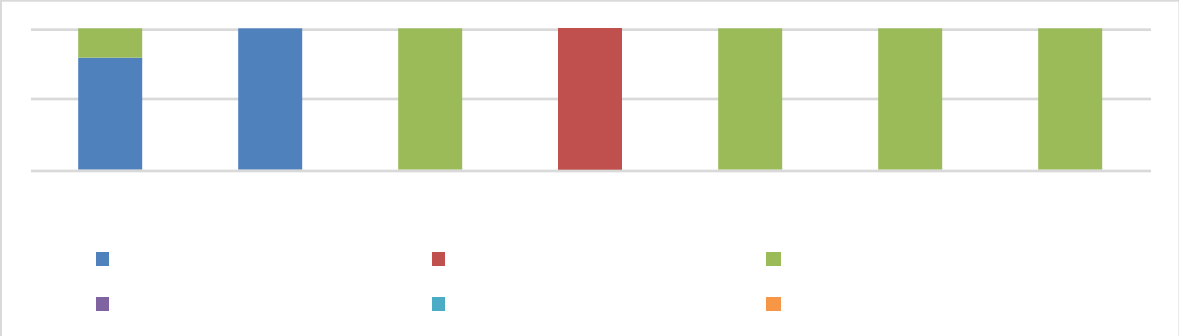
Gráfica 78. La Gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o un evento adverso.



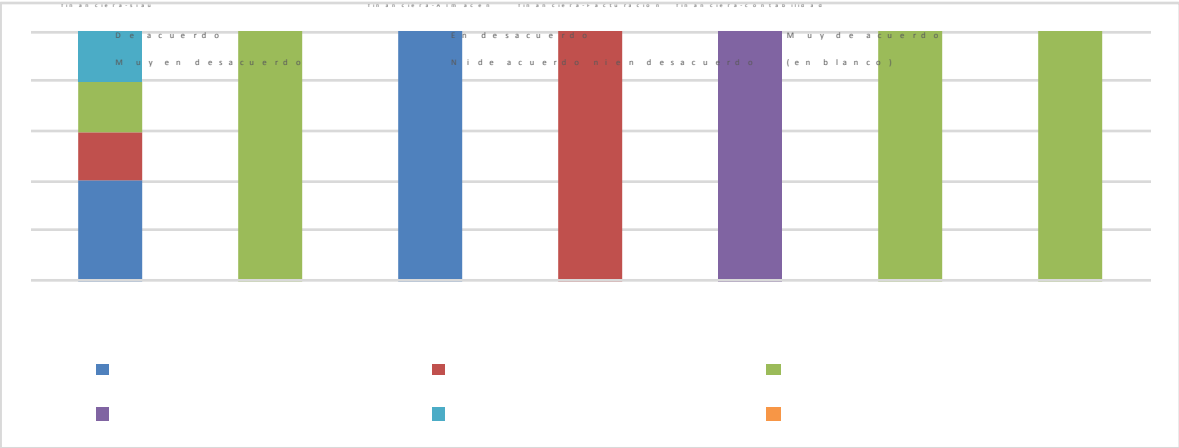
Gráfica 79. La Gerencia promueve estímulos a los equipos de trabajo para la seguridad del paciente.



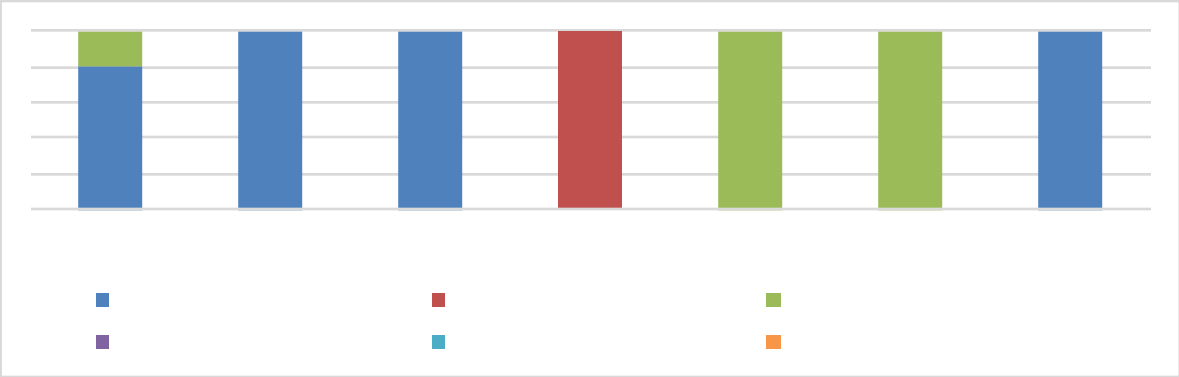
Gráfica 80. Se asignan los recursos para minimizar los riesgos en la prestación de servicios de salud.



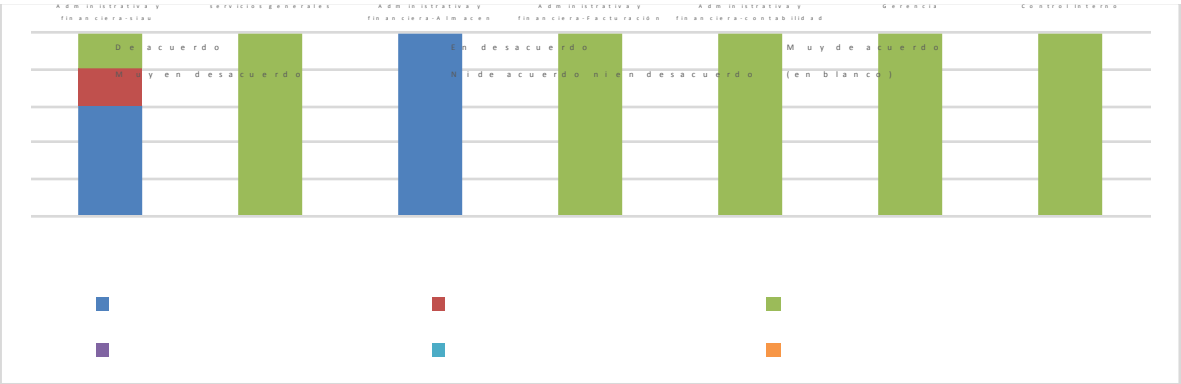
Gráfica 81. Se evalúa el costo beneficio para la compra de elementos relacionados con la prestación del servicio.



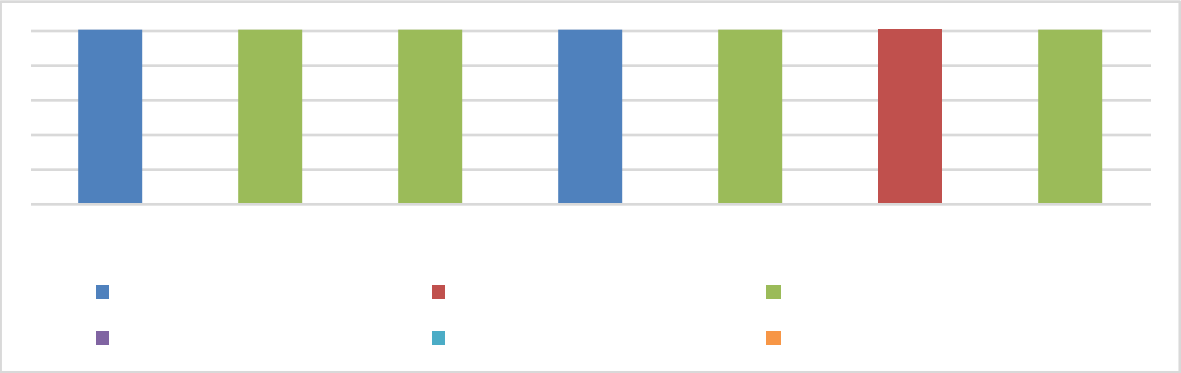
Gráfica 82. Se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección.



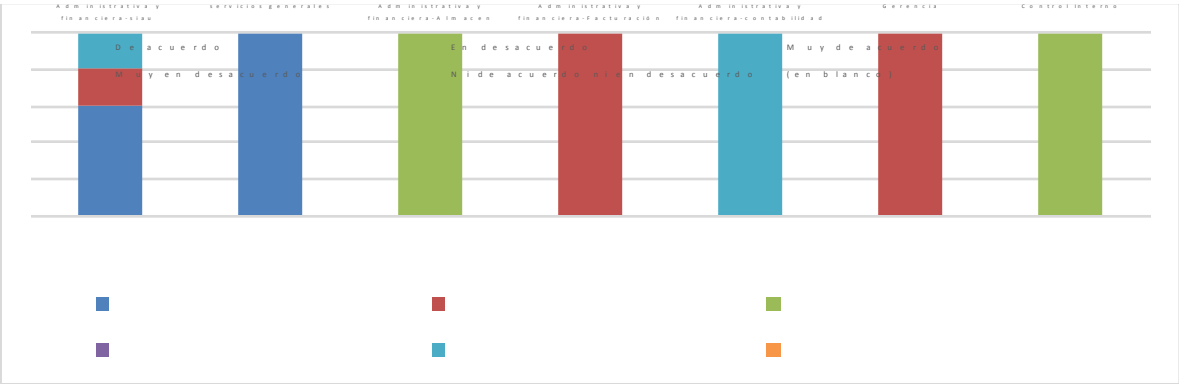
Gráfica 83. Los equipos de trabajo reciben estímulos por su compromiso con la seguridad del paciente.



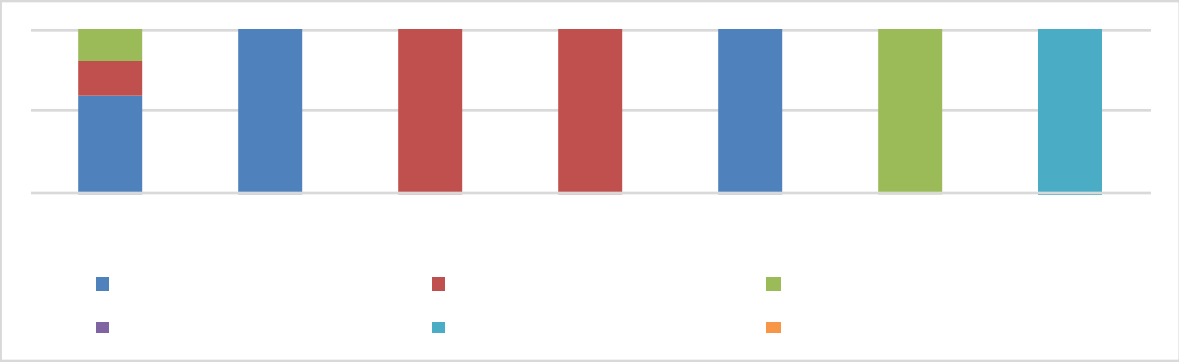
Gráfica 84. La rotación del talento humano es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente.



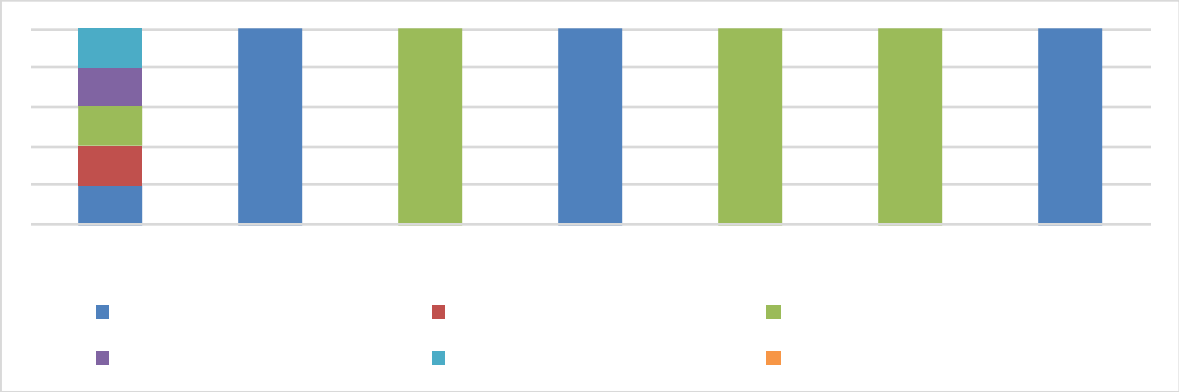
Gráfica 85. La no suficiencia de personal es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente.



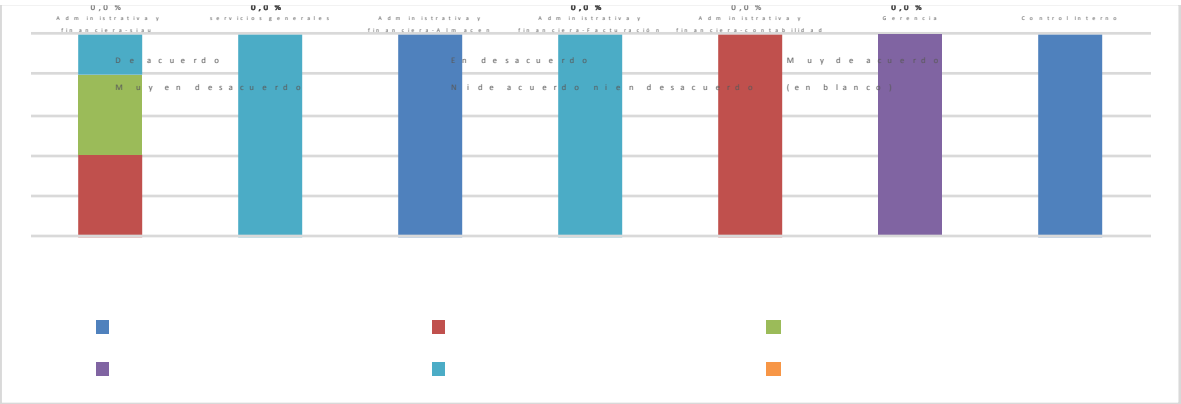
Gráfica 86. Conoce el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos.



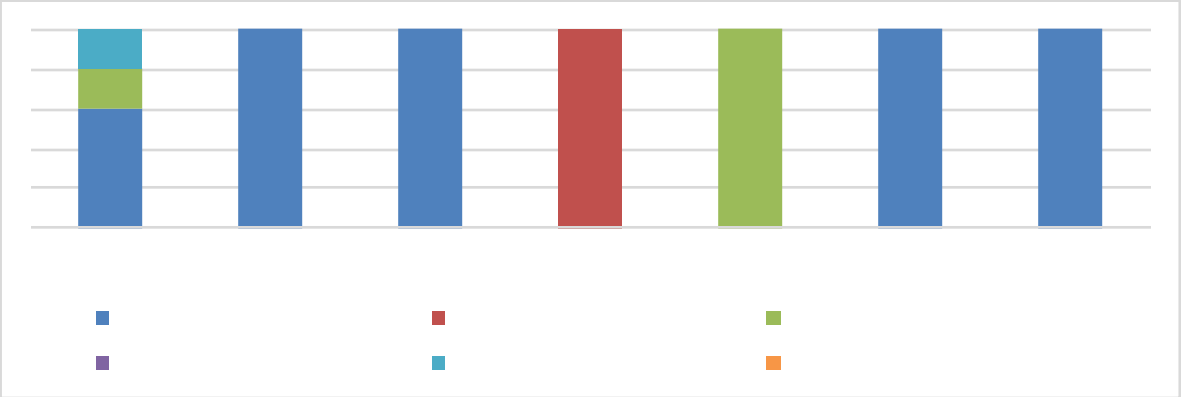
Gráfica 87. Las diferentes áreas administrativas trabajan en equipo para propiciar la seguridad de los pacientes.



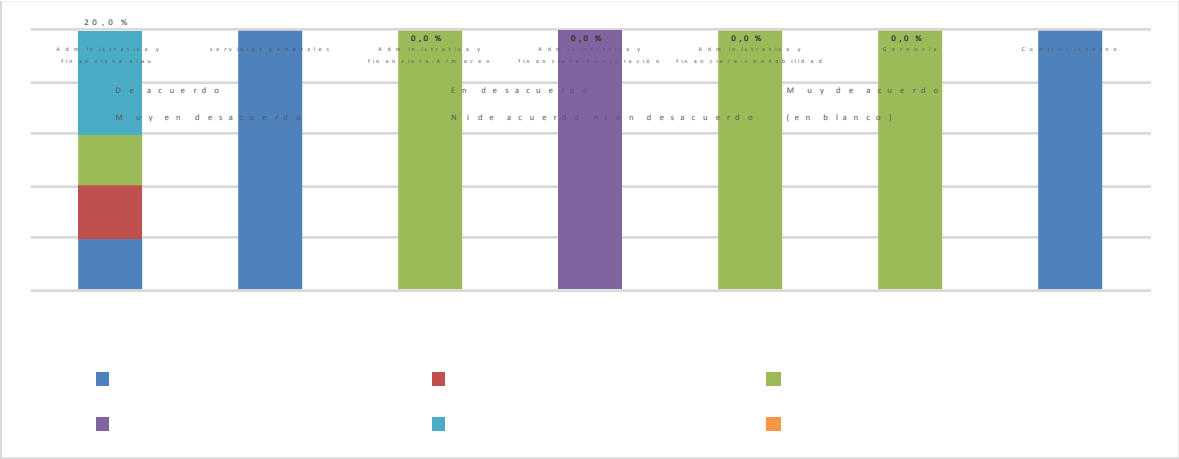
Gráfica 88. Las áreas de esta institución no están bien coordinados entre sí.



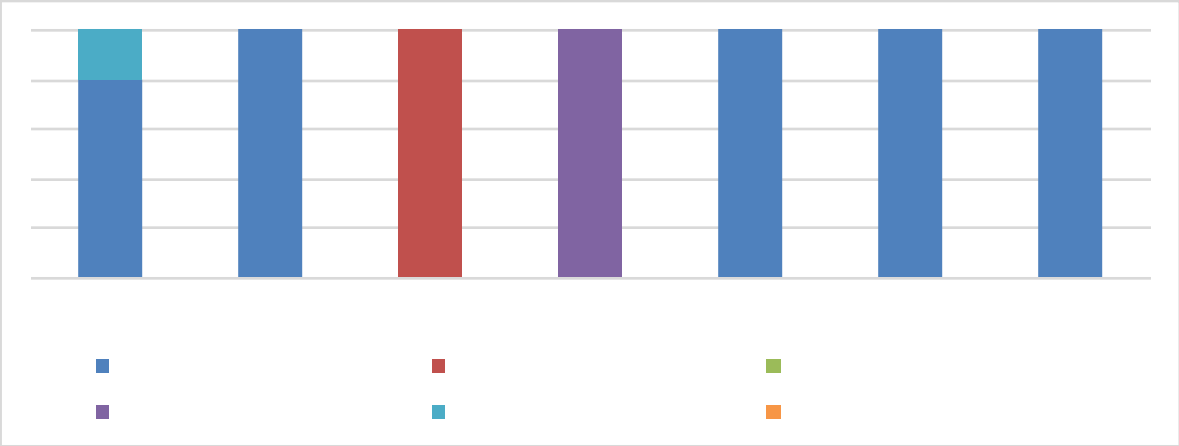
Gráfica 89. Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente.



Gráfica 90. Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras Áreas en esta Institución.



Gráfica 91. Rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución.



Esta es una dimensión con ítems percibidos como significativamente satisfactorios: El direccionamiento estratégico motiva a la seguridad del paciente esto es considerado por el 100% de todas las áreas menos el 60% de SIAU y 100% de facturación, es importante señalar que la filosofía institucional es preponderante porque es el hilo orientador de la institución, si esta no resulta lo suficientemente motivadora para toda la organización merece una mayor atención para identificar fallas; La Junta Directiva promueve acciones preventivas para la

seguridad del paciente esto resulta estar de acuerdo en el 60% de SIAU y 100% de servicios generales, facturación, contabilidad, gerencia, control interno, para almacén resulta indiferente; La Gerencia realiza seguimiento a la efectividad de las acciones implementadas en pro de la seguridad del paciente, ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente y propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, esto es 100% de acuerdo en todas las áreas a excepción de facturación que se muestra en desacuerdo (100%). Estos resultados positivos demuestran la orientación desde la gerencia a la prestación segura de la atención a los pacientes, además, de evitar los eventos adversos, identificar y gestionar adecuadamente cuando estos ocurran.

También esta sección refleja que la gerencia se encuentra totalmente interesada en la seguridad del paciente, esto se demuestra con la respuesta positiva de ítems como: La empresa ha eliminado las barreras administrativas para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes, las medidas que toma la Gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria, la Gerencia promueve estímulos a los equipos de trabajo para la seguridad del paciente (100% todas las áreas a excepción de facturación y gerencia que se mostraron 100% en desacuerdo); Se asignan los recursos para minimizar los riesgos en la prestación de servicios de salud (100% de todas las áreas menos el 60% de SIAU y 100% de facturación); Se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección y los equipos de trabajo reciben estímulos por su compromiso con la seguridad del paciente (100% todas las áreas a excepción de facturación y gerencia que se mostraron 100% en desacuerdo). Estos resultados satisfactorios muestran el compromiso de la gerencia por la seguridad del paciente, pero sobre todo su conciencia entendiendo la complejidad de los procesos de atención en salud, que hace necesario considerar de manera primordial, los sistemas de riesgo en las instituciones de salud, y por lo tanto, se involucran más a fondo en el diseño de barreras de seguridad que prevengan fallos involuntarios en el personal asistencial, que puedan presentarse durante la atención de un paciente y poner en riesgo su seguridad.

Por su parte, entre los ítems con menos valores positivos se encontraron: La rotación del talento humano es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente (100% todas las áreas a excepción de facturación que se mostró 100% en desacuerdo); La no suficiencia de personales

factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente (100% todas las áreas a excepción de facturación y gerencia que se mostraron 100% en desacuerdo).

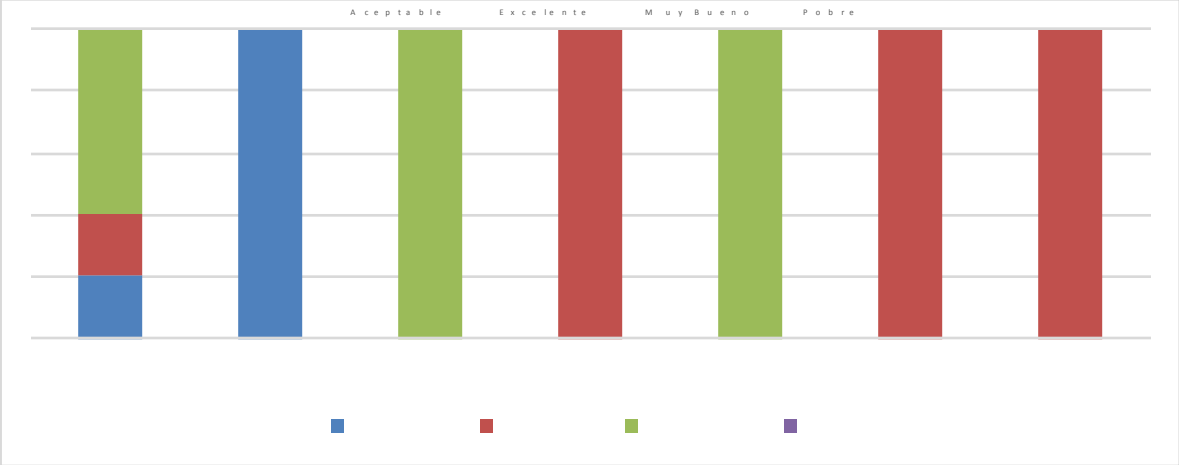
Estos aspectos requieren una pronta revisión por parte de la alta gerencia, pues la mayor rotación de personal, sumada a la insuficiencia del mismo, es un factor que puede poner en riesgo la cultura de seguridad del paciente al comprometer el interés, motivación y sentido de pertenencia del trabajador.

Finalmente, se reitera que la cooperación entre los trabajadores evidenciado en un buen trabajo en equipo fomenta la seguridad del paciente, lo cual indica que en la institución, todos están trabajando por el mismo objetivo: prestar un servicio de calidad al usuario.

4.3 GRADO GENERAL DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

4.3.1 Sección D. Grado de seguridad de paciente

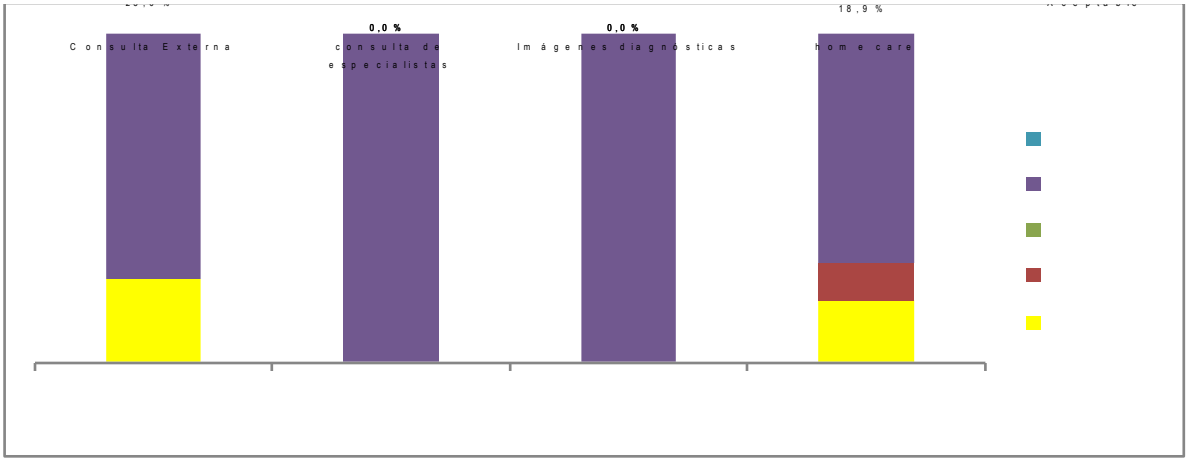
Gráfica 92. Grado de seguridad del paciente en el área- administrativos



La sección D califica la seguridad del paciente desde la percepción del personal administrativo, encontrándose que el 20% del personal administrativo –SIAU, facturación, gerencia y control interno la catalogan como Excelente; el 60% del personal SIAU, almacén y contabilidad lo catalogan como muy bueno, y el 20% de personal SIAU y de servicios generales lo califican aceptable. Estos resultados son importantes porque la percepción es satisfactoria en cuanto a la seguridad del paciente, no obstante se debe revisar porque no es óptima para el personal de servicios generales e identificar las fallas para propiciar un clima de seguridad orientado hacia el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

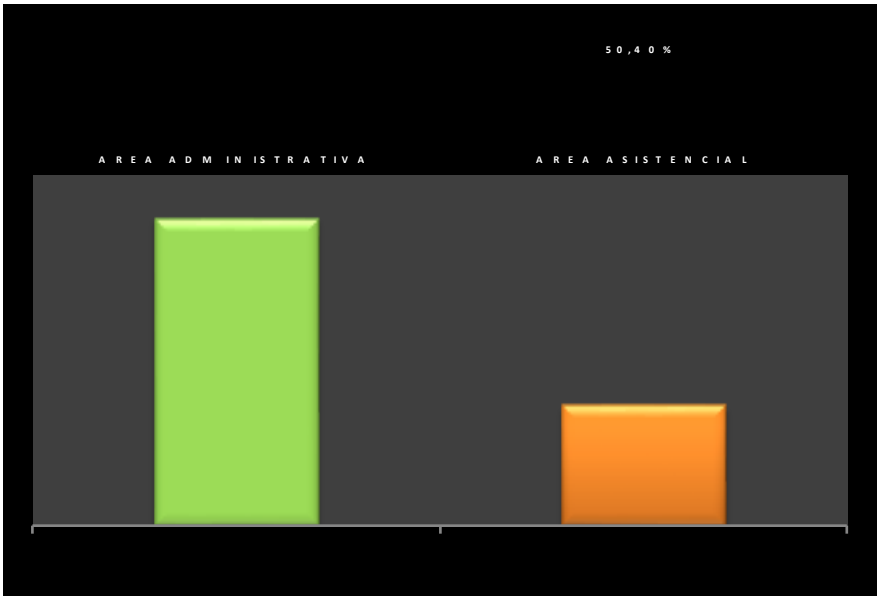
4.3.2 Sección E. Grado de seguridad de paciente

Gráfica 93. Grado de seguridad del paciente en el área-asistencial



La sección E califica la seguridad del paciente desde la percepción del personal asistencial, encontrándose mejores resultados que en el área administrativa, pues para el 75% del personal de consulta externa, el 100% de consulta especialista, el 10%% de imágenes diagnósticas y el 70,3% de home care es muy buena. Los resultados más bajos se presentaron en el 25% del personal de consulta externa y 18,9% de home care quienes indican que es aceptable. Estos resultados son satisfactorios pues la cultura de seguridad en la atención de los pacientes es para el personal asistencial una fortaleza que le proporciona cada vez más oportunidades de mejora continua a la organización y es una medida de confianza para el usuario de los servicios que oferta.

Gráfica 94. Clima de seguridad del paciente

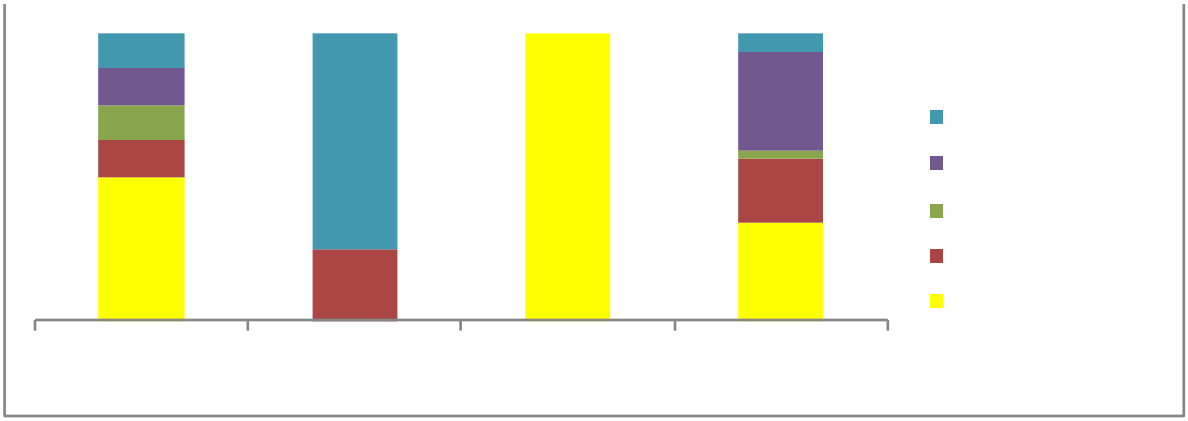


El estudio evaluó el clima de seguridad según el área administrativa y según el área asistencial hay un 50,40% de los funcionarios dentro del área asistencial que expresan tienen conocimiento de lo que es seguridad del paciente igualmente aunque con un porcentaje mayor con un 54,14% también afirman tener conocimiento frente a este, se refleja que alrededor del 50% de toda la IPS tienen noción de lo que es seguridad del paciente, se evidencia que está en un proceso de mejoramiento y que se deben establecer estrategias para buscar la calidad de vida de los pacientes y buscar estrategias para la motivación del empleado ya que su porcentaje como se puede observar está a penas por encima del 50% de la percepción que tienen sobre la seguridad del paciente, y es aquí donde se debe realizar más trabajo desde la parte administrativa ya que es el personal asistencial quien tiene contacto directo con el paciente y su responsabilidad es mayor, hace falta más capacitación y diseño de estrategias en pro de una atención segura y con más compromiso de todo el personal.

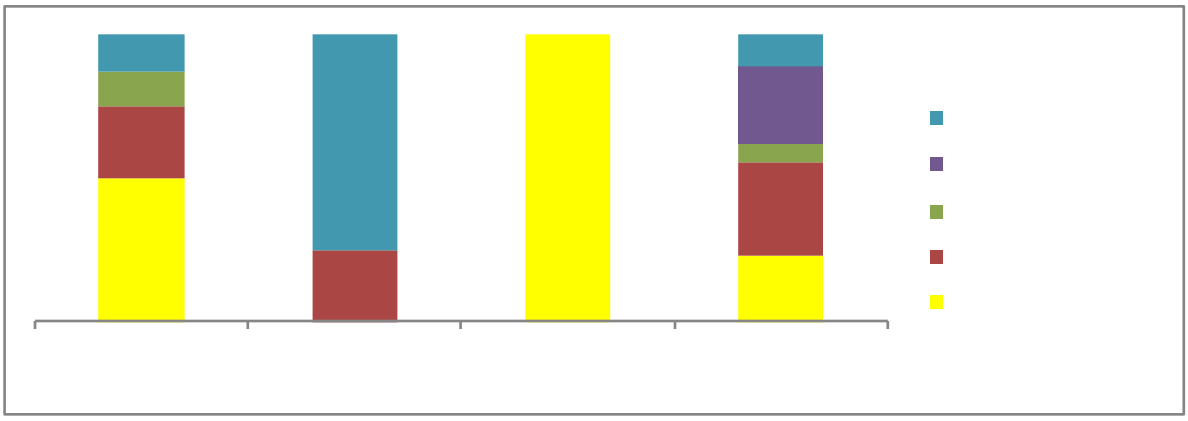
4.4 FRECUENCIA DE EVENTOS O ERRORES REPORTADOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS SIEMPREE.

4.4.1 Sección D. Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados

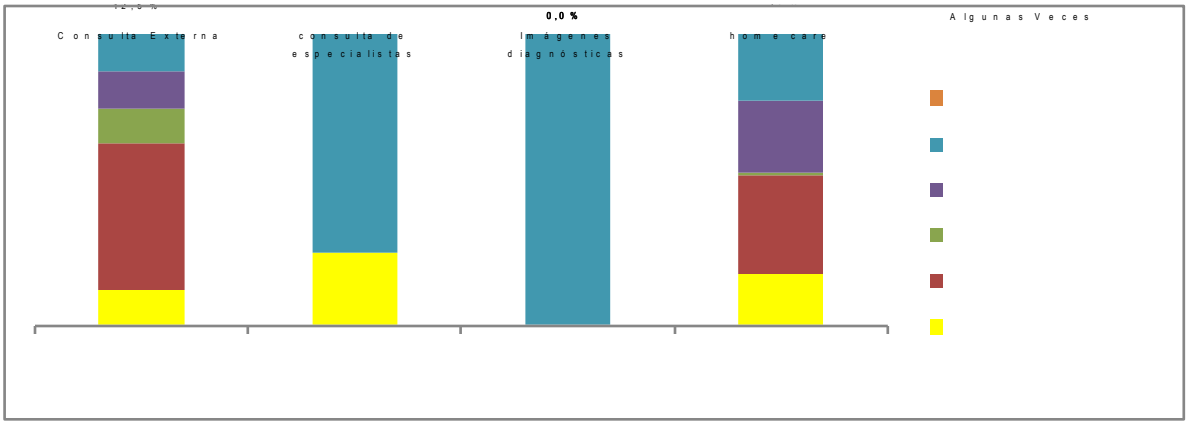
Gráfica 95. Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado.



Gráfica 96. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar paciente, que tan frecuentemente es reportado.



Gráfica 97. Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado.



En la sección D se describe la Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados, se encontró una gran responsabilidad por parte del personal asistencial en el reporte de eventos y errores, el 50% y el 12,5% algunas veces y la mayoría de veces y siempre (en igual medida) hacen un reporte antes de afectar al paciente. El 75% y el 25% del personal de consulta especialista siempre y la mayoría de veces respectivamente siempre hace un reporte, el 100% del personal de imágenes diagnosticas siempre hace el reporte. El área de Homecare es el más disímil, pues el 23% y el 6,8% la mayoría de veces y siempre hacen un reporte oportuno, mientras que el 33,8% para ambos casos, algunas veces y rara vez hacen este reporte, lo cual pone en riesgo la seguridad del paciente, por lo que requiere intervenciones en este aspecto sobre ésta área.

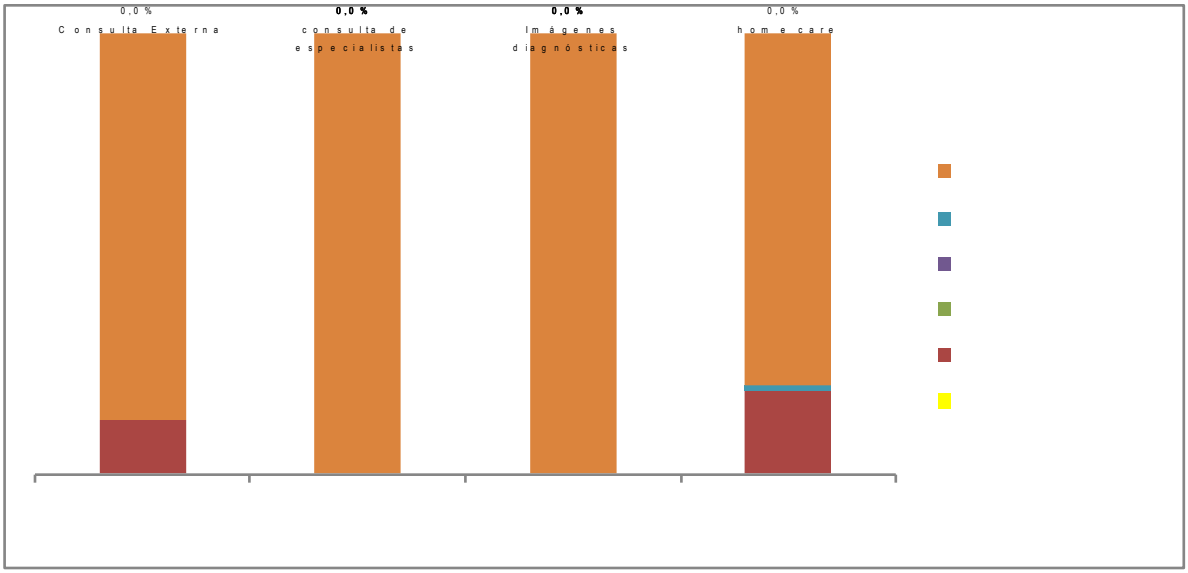
Cabe señalar que esta situación es totalmente similar en cuanto al reporte de errores cuando no tiene potencial de dañar al paciente, vale la pena aclarar que el reporte de errores es un elemento fundamental en la política de seguridad del paciente, así este no tenga potencial de daño, pues permite hacer mejoras en los procesos para evitar que estas situaciones se vuelvan a presentar a futuro.

Por último, el reporte de errores cuando pueden dañar al paciente se lleva a cabo en el 62,5% de los casos en el área de consulta externa, el 75% de consulta especialista, el 100% de imágenes diagnósticas y el 56,8% de home care. Aunque son cifras significativas resulta preocupante que áreas como consulta externa y home care el 25% rara vez o nunca hagan un reporte. Esto señala que se debe aún mejorar en este aspecto y optimar la confianza dentro del personal y el seguimiento de los conductos regulares para la notificación de eventos que ponen

en riesgo la seguridad, pues esta cumple un papel importante para la formación de una verdadera cultura de la seguridad del paciente.

4.4.2 Sección G. Número de Eventos adversos / errores reportados

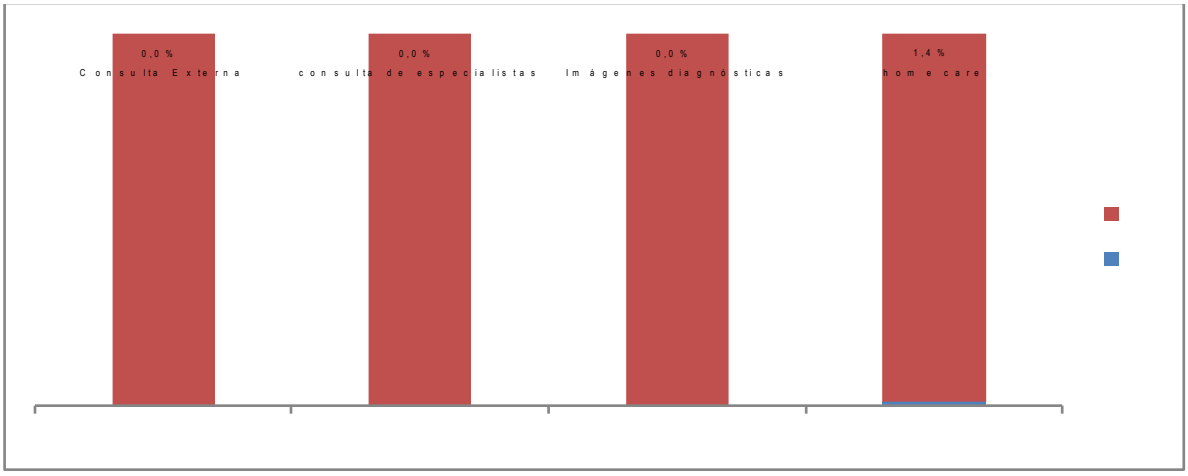
Gráfica 98. En cuántos reportes de eventos adversos / errores he participado, diligenciado o enviado



La sección G describe el número de eventos adversos/errores reportados, indicando que el 87,5% del personal de consulta externa, el 100% de consulta especialista, el 100% de imágenes diagnósticas y el 79,7% de home care nunca ha reportado un evento adverso /error. El 12,5% del personal de consulta externa ha realizado de 1 a 2 reportes. Homecare es el área que más reportes ha efectuado, el 18,9% de 1 a 2 reportes y 0,4% de 6 a 10 reportes. Esto coincide con lo expuesto por Massotti et al., quien en su revisión encontró que las tasas globales publicadas de eventos adversos variaron entre 3,5 a 15,1% en la atención domiciliaria, con tasas más altas para los tipos específicos, los eventos adversos se asocian con problemas de comunicación ([39]).

4.4.3 Sección J. Atención segura personal asistencial

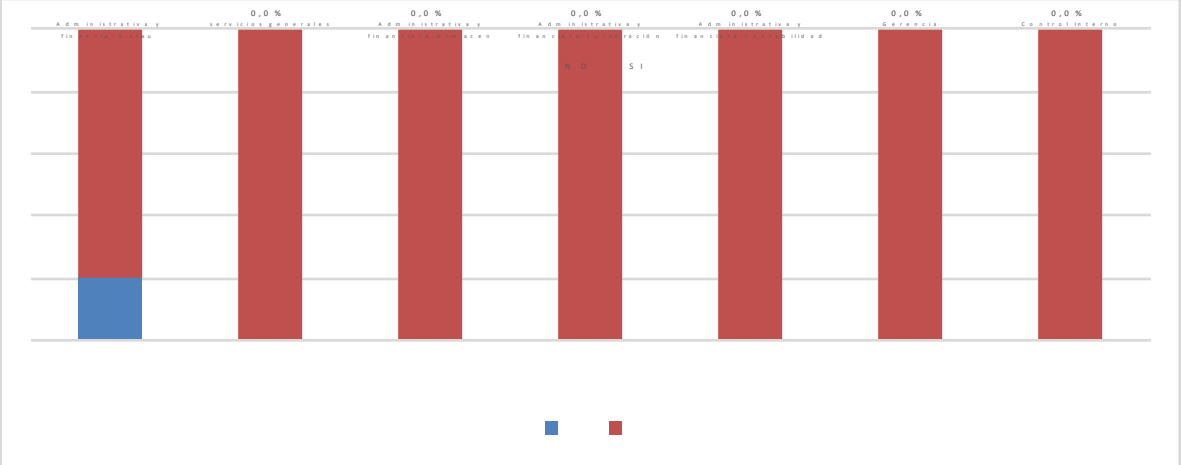
Gráfica 99. Considera que los pacientes son atendidos de forma segura



El 100% de todas las áreas del personal asistencial percibe una atención de forma segura al paciente, cumpliéndose la promesa de centrarse en él como lo debe concebir cualquier sistema de salud en el mundo; este es un respaldo de calidad en la prestación del servicio, además de exponer la importancia que para el personal asistencial le merece la entrega de valor a la institución de salud, a través de la atención segura del paciente.

4.4.4 Sección J. Atención segura personal administrativo

Gráfica 100. Considera que los pacientes son atendidos de forma segura



El 100% de todo el personal administrativo percibe una atención de forma segura al paciente a excepción del 20% del personal SIAU que no la percibe. Aunque para casi todo este personal, la institución demuestra y es explicita en su compromiso con la seguridad del paciente, concibiéndola como una estrategia primordial para ofrecer al usuario un entorno seguro, y orientar de esta manera, a la institución hacia una verdadera cultura de la seguridad, es necesario identificar los errores en la atención que percibe el personal SIAU, pues este el canal de comunicación directo con el paciente y una percepción negativa puede ver afectado el proceso de calidad en la atención y sobretodo, la confianza del usuario externo.

CONCLUSIONES

El personal asistencial y administrativo de la IPS Siempree se encuentra conformado principalmente por auxiliares de enfermería y auxiliar administrativo. Sobre su permanencia en la institución la mayoría se encuentra laborando en la institución desde hace 5 años y su puesto de trabajo ha sido el mismo desde su ingreso laboral. Más del 90% del recurso humano tiene contacto directo con los pacientes en su trabajo. El horario laboral semanal es de 40 horas o más.

El 100% personal asistencial y 95% del administrativo percibe una atención de forma segura al paciente y el grado de seguridad del paciente se califica como bueno (62,95% personal administrativo y 68,65% personal asistencial).

El 87,5% del personal de consulta externa, el 100% de consulta especialista, el 100% de imágenes diagnósticas y el 79,7% de home care nunca ha reportado un evento adverso /error relacionado con la seguridad del paciente en el transcurso del presente año. Lo cual es importante debido a que son el área de trabajo que mas contacto con el paciente tienen, pero se requieren medidas preventivas.

Siguiendo los parámetros descritos aparece globalmente como fortaleza diversas de las dimensiones que mide la encuesta como las acciones de la gerencia del área o del servicio que favorecen la seguridad, el apoyo mutuo y el trabajo en equipo entre el personal y que ante la detección de algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

Es destacable los aspectos positivos que se permitieron identificar cómo el interés por mejorar por parte de los superiores es visible por el personal, y esto constituye parte fundamental en cuanto a la motivación e interés por mejorar para brindar calidad.

La comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud que se encuentran en un mismo servicio o unidad, permite la

identificación de oportunidades de mejora para la correcta atención del paciente, esto en especial en el área de imágenes diagnosticas donde se muestra el mayor inconformismo.

En relación a las debilidades, se centran sobre todo y por este orden en las dimensiones la Gerencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso, esto expresado por tres áreas asistenciales (Consulta externa, imágenes diagnósticas y home care) y que sólo en algunas ocasiones se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, discutir formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer, y en ocasiones, siente miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

Cabe destacar que la retroalimentación de los errores cumple una función primordial en la institución, especialmente en su oportuna atención y en las respectivas alternativas de solución que se manejan, que además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.

El estudio revela que la toma de decisiones en equipo y la confianza dentro del mismo equipo de salud ha permitido resolver dudas acerca de la atención, e incluso, se ha convertido en el comienzo de la formación de una cultura de seguridad del paciente en la que los trabajadores de la salud y el personal administrativo son capaces de reconocer sus errores y los de los demás, además de formular alternativas de solución adecuadas e incluso se realice el reporte de eventos antes de afectar al paciente.

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos permiten identificar las principales sugerencias que ayudarían a mantener y mejorar en algunos aspectos el clima de seguridad en la IPS Siempre:

Es necesario promover la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir a través de socializaciones periódicas. La clara actitud positiva para aprender de ellos es una fortaleza que debe ser aprovechada.

Se sugiere prestar atención precisa a la coherencia de la dotación del personal y su adecuada organización, un ambiente de trabajo afable y tranquilo fomenta la cultura de seguridad del paciente.

Se debe continuar con la promoción de actitudes proactivas hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia, la puesta en marcha de estrategias y medidas que mejoren la seguridad debe ser siempre una exigencia entre el nivel administrativo y asistencial.

Es necesario mantener una comunicación asertiva y efectiva entre los equipos de trabajo de las áreas asistenciales con las áreas administrativas, y que todo el trabajo realizado se exponga recíprocamente, de tal manera que cada una de éstas conozca la labor de los servicios y áreas de trabajo.

Es necesario revisar los métodos de evaluación de las herramientas de solución de errores para confirmar su eficiencia y oportunidad, en especial en el área de imágenes diagnósticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Rev. bras. ter. intensiva. 2010; 22(3):257-63. En: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300007&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000300007.

(2) World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Research for patient safety: better knowledge for safer care. 2008: 20. In: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brour

(3) Muñoz J, & Calderón, G. Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2008; 7(15), 131-154. In: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000200008&lng=en&tlng=es.

(4) Perez A. Organizational Culture: Some Reflections in the Light of New Challenges. Revista Venezolana de Gerencia, Maracaibo, 2009; 14(46). En <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-99842009000200003&lng=es&nrm=iso>.

(5) Reiling JG. Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. Advances in Patient Safety: From Research to Implementation. AHRQ Publication Nos. 050021. 2005; 3, (1-4).

(6) Sorra J. Nieva V. F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication n. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Sept. 2004.

(7) Gobierno de España. Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción. 2012.

(8) Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M: Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. Qual Saf Health Care 2007, 16(4):313-20.

(9) Organización Panamericana de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente.

(10) Singer S, Gaba D, Geppert J, Sinaiko A, Howard S, Park K. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care 2003; 12: 112-118.

(11) Colombia. Ministerio de la Protección Social. La seguridad del paciente y la atención segura. 2010: 11

(12) World Health Organization. Quality of care: patient safety. Fifty-Fifth World Health Assembly Provisional agenda item 13.9, March 2002.

(13) Llana F. La organización centrada en la satisfacción del paciente. Rev Calidad Asistencial 2003; 18(5): 259-260.

(14) Marín A, Cano G J, Aleu C , VILA Santiñà, VERGARA Suso, GARCÍA Trilla. Cultura de seguridad clínica en cirugía ortopédica y traumatología. Influencia de una intervención formativa. Rev. Trauma Fund MAPFRE. 2012. 23(4):263-269

(15) Betancourt J A; Cepero R; Gallo C M. Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. 2 de septiembre de 2011. Articulo original. Disponible en: josebetancourt.cmw@infomed.sld.cu

(16) Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Rev. Ciencia y Enfermerla XVII núm. 3: 97-111, 2011

(17) IPS Siempree. Portafolio de servicio. Documentos institucionales, 2014.

(18) Health and Safety Comission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993:23

(19) Flin R, Mearns K, O'Connor P, Bryden R. Measuring safety climate: identifying the common features. Safety Science, 2000; 34(1-3):177-192.

(20) Cox, S, Flin R. Safety culture: philosopher's stone or man of straw? Work & Stress, 1998; 12(3):189-201.

(21) Hudson P. Applying the lessons of high risks industries to health care. Qual Saf Health Care, 2003; 12(Supl I): 7-12

(22) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson, MC (eds.); Committee on Quality in Health Care; Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 1999

(23) Halligan M, Zecevic A. Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Saf, 2011; 20:338-343

(24) Nieva VF, Sorra J. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Healthcare 2003; 12: 17-1123

(25) (Cox SJ, Cox T. The structure of employee attitude to safety: a European example. Work & Stress, 1991; 5:93-106

(26) WHO World Health Organization. Patient Safety - Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Technical Report. January 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf

(27) Shell CM, Karen DD. Florence Nightingale, Dr. Ernest Codman, American College of Surgeons Hospital Standardization Committee, and The Joint Commission: Four Pillars in the Foundation of Patient Safety. Perioperative Nursing Clinics 2008, 3: 19-26.

(28) Donahue KT, O'Leary DS. A evolução dos Sistemas de Acreditação de Instituições de Saúde. Ensaio, Avaliação em Políticas Públicas em Educação. Rio de Janeiro, 2000: Número Especial, 9:5-16

(29) Berwick DM. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. N Eng J Med 1989 320(1):53-6.

(30) Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980

(31) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson, MC (eds.); Committee on Quality in Health Care; Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 1999.

(32) Ministerio de la Protección Social de Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá: Buenos y Creativos; 2008. En: http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20 PACIENTE.pdf

(33) Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio Ibeas, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: informe de resultados Colombia. En: http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite8/ IBEAS%20FINAL.pdf

(34) Sammer C, Likens K, Singh K, Douglas M. What is patient safety culture? A review of the literature. J. nurs. scholarsh. 2010; 42(2):156-165

(35) Díaz-MT et al, Gestión de la calidad en la asistencia sanitaria: indicadores, errores médicos. Gestión de la calidad en la asistencia sanitaria. 2007 Medicina Preventiva y S. Pública. Universidad de Navarra.

(36) Reason J. Beyond the organizational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. Qual Safety Heal Care 2004; 13(Supl.2):ii28-33..

(37) Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Colombia. Bogotá, 2008

(38) Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Disponible en: http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf

(39) Masotti P, Mccoll Ma, Green M. Eventos adversos experimentados por pacientes de Atención Domiciliaria: Revisión de la literatura. Int J Qual Health Care 22: 115–125 [PMID: 20147333]

Anexo 1. Encuesta de clima de seguridad del paciente

	ENCUESTA CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ÁREA ADMINISTRATIVA	VERSIÓN 1.0

La siguiente encuesta hace parte del Proceso de Seguridad del Paciente, que busca mejorar los procesos asistenciales- administrativos en las instituciones que prestan servicios de salud, con el fin de transformarlas en organizaciones altamente confiables y seguras.

INSTRUCCIONES: Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en su institución. Le tomará 10 a 15 minutos completarla.

DEFINICIONES

1. Evento adverso: se define como cualquier situación que produzca daño o lesión en un paciente, secundario a la atención médica y que no tenga que ver con su patología de ingreso

2. Seguridad del paciente: define como evitar la ocurrencia de errores y eventos adversos

En esta encuesta, piense en su área de trabajo en la institución donde usted pasa la mayor parte de su horario realizando sus actividades laborales.

¿Cuál es su principal área de trabajo en esta institución? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

1	Administrativa y Financiera	☐	2	Servicios en Salud	☐	3	Planeación ☐
4	Gestión Humana	☐	5	Control Interno	☐	6	Oficina Jurídica ☐
7	Gerencia	☐	8	Control Disciplinario	☐	9	Sistemas (o GTI) ☐

SECCIÓN A: Área de Trabajo

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre área de trabajo. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su área /área de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.					
2. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.					
3. En esta área, el personal se trata con respeto.					
4. Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente.					
5. El personal siente que sus errores son usados en su contra.					
6. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.					
7. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.					
8. No tenemos o generamos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área.					
9. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.					

SECCIÓN B: Su Jefe Inmediato

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su jefe o la persona a la cual usted le reporta directamente información. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su área /área de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.					
2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					