

**EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA
CLÍNICA REGIONAL OCCIDENTE VIGENCIAS 2018.**

**GYNA PAOLA BUITRÓN ERASO, MARYORI VIDARTE MENESES, DENNIS
ANDREA ZULUAGA, JESSICA ALEXANDRA ALZATE FERNANDEZ**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
CIENCIAS DE LA SALUD
ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CALI
2018**

**EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA
CLÍNICA REGIONAL OCCIDENTE VIGENCIAS 2018.**

**GYNA PAOLA BUITRÓN ERASO, MARYORI VIDARTE MENESES, DENNIS
ANDREA ZULUAGA, JESSICA ALEXANDRA ALZATE FERNANDEZ**

Especialización en Administración de la Salud

**PAULA ANDREA PEÑA LOPEZ
DOCENTE INVESTIGACIÓN UCM**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
CIENCIAS DE LA SALUD
ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CALI
2018**

TABLA DE CONTENIDO

1. Información general del proyecto	¡Error! Marcador no definido.
2. Resumen.....	5
2.1 Introducción.....	7
2.2 Planteamiento del problema.....	8
2.3 Justificación.....	10
3. Objetivos.....	11
3.1 Objetivo General.....	11
3.2 objetivos específicos.....	11
4. Referente teórico	
4.1 Antecedentes.....	11
4.2 Marco Teórico.....	13
4.2.2 Cultura de seguridad del paciente.....	13
4.2.3 Relación entre cultura Organizacional y cultura de seguridad del paciente .16	
4.2.4 Normatividad.....	18
4.2.5 Calidad de la atención.....	18
4.2.6 Seguridad del paciente.....	18
4.2.7 Evento Adverso.....	19
4.2.8 Glosario.....	20
5. Metodología	
5.1 Diseño y enfoque.....	21
5.2 Población.....	21
5.3 Muestra.....	21
5.4 Plan de recolección de información.....	22
5.5 Instrumentos.....	23
5.6 Plan de análisis de la información.....	23
5.7 Componente Ético.....	24
6. Resultados.....	24
7. Conclusiones.....	92
8. Recomendaciones.....	96
9. Bibliografía.....	97

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICA 1. SECCIÓN A: Área de trabajo, área asistencial	25
GRAFICA 2. SECCIÓN A: Área de trabajo PREGUNTA 4: EN ESTA UNIDAD, ¿EL PERSONAL SE TRATA CON RESPETO? Área asistencial	26
GRAFICA 3. SECCIÓN A: Área de trabajo PREGUNTA 11: LOS EMPLEADOS SE PREOCUPAN DE QUE LOS ERRORES QUE COMETEN QUEDEN REGISTRADOS EN SU HOJA DE VIDA Área asistencial	27
GRAFICA 4. SECCIÓN A: Área de trabajo PREGUNTA 13: NUESTROS PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS SON EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES QUE PUEDAN OCURRIR. Área Asistencial	28
GRAFICA 5. SECCIÓN B: Jefe inmediato, área asistencial	29
GRAFICA 6. SECCIÓN C: Comunicación, área asistencial	30
GRAFICA 7: SECCIÓN C: COMUNICACIÓN. PREGUNTA 5: ES ESTE SERVICIO DISCUTIMOS FORMAS DE PREVENIR ERRORES PARA QUE NO SE VUELVAN A COMETER. Área Asistencial	32
GRAFICA 8: SECCIÓN D: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS/ERRORES REPORTADOS. Área Asistencial	33
GRAFICA 9: SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Área Asistencial	34
GRAFICA 10: SECCIÓN E: SU INSTITUCIÓN Área Asistencial	35
GRAFICA 11: SECCIÓN F: SU INSTITUCIÓN. PREGUNTA 7: LAS MEDIDAS QUE TOMA LA GERENCIA EN ESTA INSTITUCIÓN MUESTRA QUE, LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES ALTAMENTE PRORITARIA Área Asistencial	37
SECCIÓN G: NÚMERO DE EVENTOS / ERRORES REPORTADOS. GRAFICA 12: SECCIÓN G: NÚMERO DE EVENTOS / ERRORES REPORTADOS. Área Asistencial	38
GRAFICA 13: SECCIÓN H: ANTECEDENTES. Área Asistencial	39
GRAFICA 14: SECCIÓN H: ANTECEDENTES PREGUNTA 3: ¿CUÁNTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA USTED EN ESTA INSTITUCIÓN?. Área Asistencial	39
GRAFICA 15: SECCIÓN H: ANTECEDENTES PREGUNTA 7: ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL CARGO?. Área Asistencial	40
GRAFICA 16: SECCIÓN J: Atención Segura. Área Asistencial	41

GRAFICA 17: SECCIÓN A: ÁREA DE TRABAJO. Área Administrativa	42
GRAFICA 18: SECCIÓN A: Área de Trabajo PREGUNTA 4: ¿ESTAMOS HACIENDO ACCIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?. Área Administrativa.	43
GRAFICA 19: SECCIÓN A: Área de Trabajo PREGUNTA 7: ¿LOS EMPLEADOS SE PREOCUPAN DE QUE LOS ERRORES QUE COMETEN QUEDEN REGISTRADOS EN SUS HOJAS DE VIDA? Área Asistencial.	44
GRAFICA 20: SECCIÓN A: Área de Trabajo PREGUNTA 9: ¿NUESTROS PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS SON EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE ESRRORES QUE PUEDAN OCURRIR?. Área Asistencial	45
GRAFICA 21: SECCIÓN B: JEFE INMEDIATO. Área Administrativa	46
GRAFICA 22: SECCIÓN C: ¿CON QUÉ FRECUENCIA OCURRE LO SIGUIENTE EN SU TRABAJO?. Área Administrativa	47
GRAFICA 23. SECCIÓN C: ¿CON QUÉ FRECUENCIA OCURRE LO SIGUIENTE EN SU TRABAJO? PREGUNTA 7: ¿LA GERENCIA NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS REALIZADOS BASADOS EN LO APRENDIDO DE LOS REPORTES DE EVENTOS?. Área Administrativa	49
GRAFICA 24: SECCIÓN D: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Área Administrativa	50
GRAFICA 25: SECCIÓN E: SOBRE SU INSTITUCIÓN. Área Administrativa	51
GRAFICA 26: SECCIÓN E: SOBRE SU INSTITUCIÓN PREGUNTA 4: LA GERENCIA EJECUTA ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Área Administrativa	52
GRAFICA 27: SECCIÓN E: SOBRE SU INSTITUCIÓN PREGUNTA 15: LA ROTACIÓN DEL TALENTO HUMANO ES FACTOR CONTRIBUTIVO PARA LA PRESENCIA DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Área Administrativa	54
GRAFICA 28: SECCIÓN F: ANTECEDENTES. Área Administrativa	56
GRAFICA 29. SECCIÓN H: ATENCIÓN SEGURA. Área Administrativa	57
GRAFICA 30: PONDERADO FINAL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	58



Universidad
Católica
de Manizales

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: **Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Regional Occidente vigencias 2018.**

Investigadores: Gyna Paola Buitrón Eraso, Maryori Vidarte Meneses, Dennis Andrea Zuluaga, Jessica Alexandra Alzate Fernández

Línea de Investigación: Gestión de Calidad

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en Administración de la Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto: Clínica Regional De Occidente

Ciudad: Cali

Departamento: Valle del Cauca

Duración del Proyecto (periodos académicos): II Semestres

2. RESUMEN

2. 1. RESUMEN:

Se analizó la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Regional de Occidente, ubicada en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia, la cual tiene como misión contribuir a la calidad de vida de los usuarios satisfaciendo sus necesidades de salud a través de la administración y prestación de servicios de salud integrales y efectivos, se realizó una caracterización del talento humano al determinar su grado de cultura de seguridad del paciente y la percepción que tienen de la misma.

El tipo de investigación de este estudio fue cuantitativo de carácter descriptivo, en relación a la población y muestra.

El total fueron 150 colaboradores, el cálculo de la muestra obtenido es de 108 colaboradores y se entregaron 120 encuestas teniendo en cuenta posibles inconvenientes en el momento de realizar la encuesta.

Para el proceso de la recolección de la información se desarrolló en dos etapas, en la primera etapa se aplicó el instrumento (encuesta) al personal del área administrativa y del área asistencial, la líder del programa de seguridad del paciente aplicó las encuesta y la asignación de las fechas para la realización de la misma, teniendo en cuenta que el personal asistencial maneja horarios rotativos, contrario al personal administrativo, se realizó una explicación del instrumento, los objetivos, su importancia para la institución, su contenido, opciones de respuesta, las cuales deben ser conscientes y honestas.

La información obtenida se registró en hojas electrónica de Microsoft Excel previamente diseñada y organizada por el macroproyecto "Cultura Seguridad Del Paciente", la encuesta contó con preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente, con esta información se realizó la base de datos estadísticos con gráficos que permitió hacer el análisis de la información recopilada, obtener conclusiones y brindar las recomendaciones necesarias a partir de la apreciación que tuvieron los colaboradores, sobre la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Regional de Occidente.

En la apreciación de la cultura de seguridad del paciente se evidencio con resultados positivos que la gerencia se interesa por la seguridad del paciente y se prestan servicios seguros, también existe trabajo en equipo entre los colaboradores. Con la mayoría de los resultados se puede evidenciar que la institución está trabajando para dar una adecuada y excelente atención con respecto a la seguridad del paciente.

ABSTRACT:

The safety culture of the patient was analyzed in the Regional Clinic of the West, located in the city of Santiago de Cali, Colombia, whose mission is to contribute to the quality of life of the users by satisfying their health needs through the administration and the provision of comprehensive and effective health services, a characterization of human talent will be carried out when determining the degree of culture of patient safety and the perception they have of it. The type of research of this study was quantitative of descriptive character, in relation to the population and sample.

The total was 150 collaborators, the calculation of the sample obtained is 108 collaborators and 120 surveys were delivered taking into account possible inconveniences at the time of conducting the survey.

For the process of information collection was developed in two stages, in the first stage the instrument (survey) was applied to the personnel of the administrative area and the care area, the leader of the patient safety program applied the survey and the assignment of the dates for the realization of the same, taking into account that the assistance staff handles rotating schedules, contrary to the administrative staff, an explanation of the instrument, the objectives, its importance for the institution, its content, response options, the which should be aware and honest.

The instrument that was used had as an applied methodology of general structure which is a survey elaborated and supplied by the Hospital Management Center and the Ministry of Health and Social Protection, which correctly allowed to emphasize the priority of measuring culture in systematically providing information for improvement, with the evaluation of the safety culture of the patient, with which it sought to improve the care processes in the institution, in order to transform it into a highly reliable and safe organization.

The information obtained was recorded in Microsoft Excel electronic sheets previously designed and organized by the macro project "Culture Safety of the Patient", the survey had positive questions and other negatively formulated, with this information the statistical database was made with graphics that It allowed us to analyze the information gathered, obtain conclusions and provide the necessary recommendations based on the assessment of the collaborators about the culture of patient safety at the Regional Clinic of the West.

2.2. INTRODUCCIÓN:

La ocurrencia de eventos adversos o incidentes hacen que se generen en nuestros pacientes condiciones de morbimortalidad, aumentando el gasto económico en relación con la prolongación de la estancia hospitalaria entre otros.

De ahí la importancia de crear cultura de seguridad del paciente en las instituciones con la finalidad de brindar y ofrecer atención de calidad a nuestros pacientes basados en acciones seguras.

Por esta razón es necesaria la medición de la cultura de seguridad la cual tiene como objetivo cuantificar las debilidades y fortalezas en cada subcultura, para favorecer las intervenciones de mejora, tanto de las percepciones y actitudes, como de los incidentes de seguridad. Pese a que hay pocos estudios concluyentes sobre la relación entre cultura de seguridad deficiente, y la alta incidencia de errores o eventos adversos, se sabe que este es un factor que contribuye a su ocurrencia. Sus efectos positivos son evidentes al observar las mejoras en seguridad de otros sectores ajenos a los servicios de salud, como la industria química, la aviación o las plantas de energía nuclear, todos caracterizados por una fuerte cultura de seguridad. A pesar del amplio reconocimiento de su importancia, la medición del nivel de cultura de seguridad aún no es habitual en muchos ámbitos y poco se conoce de los factores asociados a este componente de la psicología de las organizaciones de salud y los aspectos claves que deben ser priorizados para su mejora.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años las organizaciones en salud han incorporado a sus sistemas de gestión el concepto de Seguridad del Paciente como uno de los pilares estratégicos en la dinámica de prestación de servicios con características de humanidad, calidad y respeto hacia el usuario y su familia. Definida desde el Ministerio de Salud como: “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias”.¹

A partir de esta primicia se ha hecho más visible la identificación de eventos adversos que propician daño al paciente durante la prestación de servicios de salud de acuerdo al nivel de complejidad, lo cual puede aumentar la estancia hospitalaria, los reingresos al servicio de urgencias, infecciones nosocomiales entre otras consecuencias, tal como lo deja en evidencia la OMS en sus análisis

¹ MINISTERIO <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

estadísticos: “casi 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales altamente calificados y en tecnología avanzada “por ejemplo cada año en el mundo se administran 16.000 millones de inyecciones en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringa y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año las inyecciones administradas sin la suficiente precaución de seguridad causan 1.3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de vida principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como la hepatitis B, C y el VIH”² condición que ha generado dentro de los esquemas de trabajo en seguridad del paciente el desarrollo del objetivo **reducir el riesgo de aparición de estos eventos asociados a la atención en salud** a través de estrategias en líneas de acción desde la comunicación, capacitación y entrenamiento, cultura del reporte, análisis de causalidad, planes de intervención y aplicación de procesos y barreras seguras.

En la atención sanitaria los eventos adversos causan aumento en la morbilidad y la mortalidad, razón fundamental en la que deben interactuar factores administrativos y organizacionales, factores inherentes al personal asistencial y factores relacionados con enfermedades. Por cada 100 pacientes hospitalizados siete en países desarrollados y 10 en países en desarrollo contraerán infecciones asociadas a la atención en salud, la OMS y diferentes organizaciones internacionales han venido desarrollando acciones , planes, estrategias y medidas legislativas lo que ha permitido controlar y disminuir la aparición de eventos adversos que son evitables en las instituciones sanitarias. Llevando al uso nuevas tecnologías y técnicas innovadores que conllevan a prestar servicios asistenciales con calidad.

La cultura de seguridad del paciente es un gran reto al cual debe apuntar cada uno de los planes de intervención en el momento de generar impacto en la atención asistencial con calidad De hecho, “la experiencia muestra que la cultura espontánea tiende a ser exactamente la opuesta, es decir, una en que los errores se personalizan y ocultan por miedo al castigo, y no se aprende de ellos”³. De igual manera la cultura de seguridad del paciente en algunos entornos se le atribuye entornos punitivos, lo que promueve que se oculten hechos importantes impidiendo el análisis, la identificación de causas y cuáles fueron las barreras de seguridad que no se aplicaron durante la atención.

Por esta razón la Clínica regional de Occidente ha venido desplegando la política de seguridad del paciente con el objetivo de crear conciencia de seguridad para el paciente y su familia, los funcionarios y el medio ambiente bajo el principio fundamental de prestar servicios con calidad humana, fortaleciendo los

² http://www.who.int/patientsafety/information_centre/document/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1

³ Datos sobre la seguridad del paciente, OMS disponible en : http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/

conocimientos para el logro de ambientes seguros mediante la aplicación de barreras de seguridad, identificación y tratamiento del riesgo, entre otras. Lo que ha permitido favorecer el aprendizaje organizacional.

La adherencia al protocolo de reporte de eventos en salud (fallas, incidentes y eventos adversos) ha permitido identificar las causas que conllevan a cometer errores de mayor frecuencia y que a pesar de la aplicación de planes de intervención se continúan repitiendo

2.4 JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente hace énfasis a las actitudes, creencias, y conocimientos relacionadas con la atención en salud, brindada por el personal sanitario con el fin de garantizar bienestar y confort al paciente mediante acciones que se normalizan según los lineamientos de seguridad del paciente dados por el Ministerio de salud; siendo este un componente de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas. Las diferentes organizaciones e instituciones de salud, debido a las múltiples fallas en relación a la prestación de servicios, a la aparición de eventos adversos que conlleva a la prolongación de la estancia hospitalaria, deciden actuar a tiempo, corregir errores y aprender de ellos, lo que es importante para crear un clima de seguridad que lleva al Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud.

El modelo de gestión de seguridad del paciente en desarrollo por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional se concibió con el propósito de lograr en un ambiente donde se dan de manera continua y paralela los procesos seguros y la cultura de seguridad, alineado a la plataforma estratégica institucional desde la política de calidad y de seguridad del paciente, en un proceso de mejora continua que requiere ser evaluado para establecer el grado de avance organizacional en la percepción de los mismos actores de la administración y prestación de servicios y de esta forma generar acciones que permitan escalar hacia procesos más confiables, participativos desarrollados por equipos en condición de cultura de seguridad, con el firme propósito de disminuir fallas en el servicio, incidentes y eventos adversos durante la atención; de ahí que el presente proyecto tiene como alcance verificar a través del planteamiento de preguntas claves las condiciones de cultura de seguridad y de percepción del avance en la implementación del modelo de gestión de seguridad del paciente en Clínica Regional De Occidente en los colaboradores en el ámbito asistencia y administrativo y de esta forma establecer si existe algún vacío en el entendimiento y las acciones relacionadas con procesos identificados como seguros, los cuales serían priorizados para su tratamiento, los resultados también nos permitirán identificar las fallas en comunicación, sensibilización, incumplimiento de metas de proceso, seguimiento al involucramiento y compromiso de los grupos de interés en la atención del paciente desde el contexto de política de seguridad del paciente desde la gerencia, la administración y la prestación de los servicios.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Analizar la cultura de la seguridad del paciente en los servicios asistenciales de la Clínica Regional de Occidente mediante la aplicación de encuestas durante el año 2018 en la ciudad SANTIAGO DE CALI.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente.
- 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 del personal asistencial y administrativo de la clínica Regional de Occidente.
- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente de cada uno de los participantes.
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente de la clínica Regional de Occidente.

4. REFERENTE TEORICO

4.1 ANTECEDENTE

La cultura de seguridad del paciente no es un tema nuevo, desde el año 1950 se conocen los primeros estudios, sin embargo en su momento no tomaron importancia. La última década el Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos publicó un informe en el año 1999 "TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM", fue de gran impacto para la sociedad y comunidad médica debido a que señaló la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos que oscilaban entre 44.000 y 98.000 por año, estos datos se encontraban por encima de accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA.

Con la realización de este estudio se creó un proyecto denominado "Quality of Health Care in América", que tenía como objetivo generar estrategias para alcanzar una mejora significativa en la calidad en el sistema de salud. "Los eventos adversos se detectaron en el 4% de los pacientes hospitalizados, de los cuales el 70% provocaban incapacidad temporal y el 14% de los incidentes eran mortales"⁴

⁴ <https://amcg.org.mx/images/docs/pacientes/herramientas/Seguridad.pdf>

En 1984 en la ciudad de Nueva York (Harvard Medical Practice Study) en el año de 1984 se publicó un estudio con una metodología adecuada cuyas características sirvieron para ser reconocido como modelo. Este estudio arrojó los siguientes datos: la incidencia de Eventos adversos fue de 3,8% en el 70% de los pacientes se generó discapacidad leve o transitoria, en el 3 % fue permanente y en el 14% produjo la muerte. Los servicios principalmente afectados fueron cirugía y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, reacciones a medicamentos 19%, seguido de las infecciones del sitio operatorio 14% como las frecuentes. Es importante aclarar que el 58% de estos eventos adversos se consideraron prevenibles.

Con estos informes en el Reino Unido se inició una política de identificación y reducción de errores médicos, en el cual se implementó un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente mediante el programa “Construyendo un Sistema Seguro”, crearon un sistema obligatorio para notificar eventos adversos y las complicaciones secundarias a la atención médica. Además se desarrolló una Agencia Nacional para la seguridad del paciente.

En España, en el año 2005 el Ministerio de Sanidad desarrolló una Política Social con los siguientes objetivos: “1) Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados, entre ellos, el estudio ENEAS, formación de los profesionales y promoción de la investigación, 2) Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, 3) Promover la implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud y 4) Facilitar la participación de pacientes y ciudadanos.”⁵

En la región latinoamericana, se desarrolló un estudio que incluyó a cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia) en el cual se tomaron como muestra 11.555 pacientes que ingresaron a 58 hospitales, de los cuales señala que la frecuencia de eventos adversos fue de 11.85% y el 60% de estos fueron prevenibles. Los eventos adversos se encuentran relacionados con los cuidados en un 13.27%, uso de medicamentos 8,23%, relacionados con infecciones nosocomiales 37,14%, algún procedimiento 28,69% y relacionado con el diagnóstico 6.15%.

“El 62.9% de los EA aumentaron los días de estancia con una media de 16.1 días y en el 18.2 % motivaron el reingreso. Finalmente en México Herrera y su grupo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias publica una frecuencia de 9.1% de EA, el 17% de los enfermos tuvieron incapacidad transitoria, 52% prolongaron su estancia hospitalaria y 26% tuvo un EA que contribuyó a su fallecimiento”⁶. En todos los estudios se encuentran relacionados con un alto porcentaje de eventos adversos prevenibles.

⁵ <https://amcg.org.mx/images/docs/pacientes/herramientas/Seguridad>.

⁶ Estudio IBEAS prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Informes, estudio e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. España 2009

En Colombia en el año 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud incluye como requisito a las instituciones que quieren acreditarse, la exigencia es tener un sistema de reporte de eventos adversos, con lo que se pretende que en cada una de las instituciones sanitarias voluntariamente se diseñe, implemente y se mejore en relación programa de seguridad del paciente. Recientemente en Colombia se cuenta con Política Nacional de Seguridad del paciente así como diez paquetes instruccionales que hablan acerca de las buenas prácticas en salud definidas como prioritarias.

4.2 MARCO TEÓRICO:

4.2.2 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Cultura de Seguridad del Paciente se define como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias”.

En los últimos años, los estudios sobre cultura de seguridad en el ámbito internacional, sobre todo en Latinoamérica, se han incrementado sustancialmente. Esto responde en gran parte a las directrices que tanto las sociedades científicas que involucran a los profesionales sanitarios como los ministerios de salud vienen realizando en materia de seguridad de los pacientes. Para esto, se ha difundido una cantidad considerable de herramientas para la evaluación de la cultura de seguridad de los pacientes.⁷

La cultura de seguridad del paciente ha venido cobrando fuerza durante los últimos años en las instituciones de salud en varios países. El estudio relacionado con esta temática resulta importante y significativa ya que facilita la retroalimentación, lo que permite conocer la situación en la que se encuentran los profesionales de salud en relación con la cultura de seguridad del paciente. Un autor comenta que la “cultura de seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones y en la que pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo”⁸

En Argentina se realizó un estudio en el año 2015 con el objetivo de determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente dirigida a los profesionales de la salud del Hospital de Córdoba donde se logra concluir que se debe fortalecer dentro de la organización hospitalaria la cultura de seguridad del paciente, la carga laboral

⁷ Jaraba-Becerril C, Sartolo-Romeo MT, Villaverde-Royo MV, et al. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. An Sist Sanit Navar. 2013;36:471---7

⁸ Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Cir Cir. 2010;78:527---32.

es excesiva lo que interfiere en la atención con calidad a los pacientes del hospital.

Gracias al desarrollo de nuevas tecnologías en el área de salud hace que se incrementen los riesgos a los cuales pueden estar expuestos los diferentes protagonistas de la seguridad del paciente, con esto se busca que los pacientes al ingresar a nuestro servicio de salud mejoren su condición, más no que esta empeore por tener una estadía ya sea corta o larga en nuestra institución.

El proyecto IBEAS se desarrolló con la participación de la OMS y la OPS, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Fue el primer estudio latinoamericano realizado sobre eventos adversos (EA), los cuales son causados por la atención médica hospitalaria.

En Colombia en el año 2008 se difundió la primera política de seguridad para trabajar con pacientes llamada "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" y seguido a esta en el año 2009 se publicó la Guía técnica de "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud promovidas por el Ministerio de Protección Social en Colombia.

Estos documentos nos datan las diferentes recomendaciones que se deben cumplir para evitar o minimizar los eventos adversos que se puedan generar desde el ingreso del paciente hasta su retorno a casa.

"Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva"⁷, con las diferentes investigaciones que se ha realizado a nivel de salud se ha evidenciado que la mayoría de eventos adversos pudieron ser evitados teniendo un programa organizado, planteado y puesto en práctica en cada uno de los servicios donde se dio el evento.

El impacto de los servicios de salud no solo dependen de la efectividad de los sistemas con que se presten, sino también con las condiciones de seguridad que se suministren en el momento de la atención al usuario, esa es una de las tantas razones que expresa la política de seguridad del paciente que se debe brindar una atención segura y efectiva; pero para lograr esto se debe plantear que las estrategias sean serias y metódicas en la mejora de la seguridad del paciente y con acciones concretas y tangibles.

Un estudio realizado por Gaitán H (22), en tres instituciones hospitalarias en 2006, con 6.688 sujetos evaluados de forma prospectiva en un período de 5 meses

detectaron 310 sujetos con al menos un EA, una incidencia acumulada de EAs de 4,6% (IC 95% 4,1-5,1), el 69% de los EAs se detectaron durante la hospitalización.⁹

En relación al estudio Seguridad del paciente en siete pasos, de la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), uno de los primeros pasos a implementar es “desarrollar un cultura de seguridad del paciente” obviamente para que esto se cumpla, en las instituciones sanitarias cada uno de los individuos de la organización debe reconocer cuáles son sus responsabilidades frente a la prestación de sus servicio ante el paciente, esforzarse por mejorar la asistencia, es de aclarar que durante los procesos asistenciales pueden suceder errores, sin embargo si la cultura de la organización es consistente en la seguridad, el personal es consciente de los errores e incidencias que sucedan para ser reportados y analizados.

Por tanto NPSA propone tres principios claves para construir una Cultura de seguridad del paciente:

- Promover una conciencia activa y vigilante para reconocer los errores e incidentes, aprender de ellos y plantear acciones de mejoramiento.
- Una cultura abierta y justa: en donde se comparte libremente información con los pacientes y sus familias, promoviendo un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente.
- Un enfoque sistémico de seguridad: reconocer que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal de salud involucrado. Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en el que las personas están trabajando¹⁰

Existe de seguridad del paciente, si se realiza el análisis de las fallas, errores e incidentes los que permite a las instituciones tomar acciones correctivas logrando establecer medidas y planes de mejoramiento que permitan minimizar la ocurrencia de eventos adversos dentro de la organización.

En Colombia el Sistema de salud lo que busca es promover y adoptar cultura organizacional, mediante la sensibilización y difusión de acciones correctivas y formativas que permitan favorecer la seguridad del paciente. “En los lineamientos para la implementación de Políticas de seguridad del paciente se propone como estrategia de gestión de riesgo, las instituciones en salud deberán instituir una cultura de seguridad del paciente justa, educativa y no punitiva”¹¹.

⁹ Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagon N, ForeroSupelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H. [Incidence and preventability of adverse events in patients hospitalised in three Colombian hospitals during 2006]. Rev Salud Pública Bogotá Colomb. 2008 May;10(2):215–26.

¹⁰ Jimeno Duce AJ. La importancia de la cultura [Internet]. Elpais.com El Pensam. En Palabras. 2011 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://lacomunidad.elpais.com/ajimenoduce/2010/8/11/la-importancia-lacultura>

¹¹ Ministerio de la Protección Social, Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente [Internet]. [cited 2013 May 5]. Available from: http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

Para entender este concepto Scott-Cawiezell y colaboradores definieron que una cultura de seguridad justa, es aquel “entorno favorable al diálogo, abierto ,con el fin de facilitar prácticas más seguras en la atención sanitaria” Este entorno cultural en las instituciones de salud, puede estar mediado por diferentes comportamientos del personal, es a esto a lo que Sammer y colaboradoras indican como la existencia de siete subculturas 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.¹²

Con la cultura de seguridad del paciente se espera obtener diversos beneficios para los pacientes en las diferentes entidades de salud entre ellos esta:

- La disminución en la ocurrencia de incidentes por medio de la notificación inmediata de los mismos que conlleva al aprendizaje organizacional.
- Mejoramiento continuo en relación a la gestión de recursos debido al estudio eficaz del riesgo además de cambios generados en la atención en salud consecuente a los incidentes identificados.
- Reducción y optimización de costos financieros y sociales.

4.2.3 RELACIÓN ENTRE CULTURA ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Según como lo define Teodoro Carrada Bravo en su publicación, “La cultura organizacional en los sistemas de salud es una mezcla de saberes, conductas, relatos, creencias, suposiciones y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédica y sociales”¹³

A largo plazo el desarrollo organizacional es una estrategia que conlleva a promover el aprendizaje, el poder resolutivo del personal asistencial y de los directivos mediante la administración eficiente de la cultura organizacional. Además de contribuir a la cultura preventiva de seguridad del paciente mediante la aplicación de reporte, donde no se genera castigo por el error cometido, el compromiso de la alta gerencia en relación a la intervención de los aspectos vulnerables los cuales pueden colocar en riesgo de la seguridad, aportando recursos necesarios y esenciales para la mejora continua de los procesos de calidad.

El Institute of Medicine (IOM), de EEUU en relación a seguridad del paciente hizo evidente los problemas y dificultades como consecuencia de la asistencia hospitalaria, donde se constaba que un 7 – 14 % de las hospitalizaciones aparecía un

¹² Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature: Patient Safety Culture. J Nurs Scholarsh. 2010 Jan 21; 42(2):156–65.

¹³ Carrada-Bravo T. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? Rev Médica IMSS. 2002; 40:203–11.

evento adverso de los cuales un 3-4% resultaban ser centinelas, esto como producto de las múltiples fallas en el complejo sistema sanitario actual, sin embargo algunos son prevenibles en un alto porcentaje. “El IOM se propuso reducirlos en un 50% en el plazo de 5 años, durante los cuales se identificaron una serie de sistemas de alerta, de prácticas seguras, así como estrategias para desarrollarlas. Al cumplirse el plazo se evaluó la eficacia de las acciones abordadas, y los resultados de esta evaluación, lejos de lo esperado, alentaron el movimiento por la seguridad a nivel mundial una de las debilidades encontradas fue el limitado impacto de tales acciones en los sistemas de notificación de incidentes y el escaso progreso en la mejora de las competencias que son exigibles a los profesionales. En un informe de 2003, el National Quality Forum identificó como la primera de sus “30 prácticas seguras” promover una cultura de seguridad en la organización, entendiendo que el mayor cambio, para pasar a un sistema sanitario más seguro, es cambiar a otra cultura en la que los incidentes no son tratados como fallos de las personas sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el daño. Esta fue también una de las conclusiones de la Declaración del Consejo de Europa en Varsovia que se refleja como estrategia propuesta a los países miembros para abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional”¹⁴

Adicional a esto en El Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, ha desplegado “la seguridad del paciente en siete pasos” donde describe las fases que las organizaciones deben abordar para el mejoramiento de la seguridad del paciente, lo que proporcionara un ambiente sanitario más seguro además de reaccionar frente a errores de manera correcta. “La conciencia de que las cosas pueden ir mal y el reconocimiento de que los errores en la prestación del servicio no están sólo ligados a la persona, sino también al sistema en que se trabaja. Desde esta óptica, la cultura de seguridad del paciente, además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que estos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en mejorar las cosas”¹⁵ (SISTEMA NACIONAL DE SALUD (NHS) REINO UNIDO. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Agencia de calidad del sistema nacional de salud. La seguridad del paciente en siete pasos. Disponible en: http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf.

4.2.4 NORMATIVIDAD

Ley 1122 de 2007: La salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.

Decreto 1011 de 2006 “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía

¹⁴ <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>

¹⁵ <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>

de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud...”¹⁶ establece que deberá cumplir con los estándares de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Destaca dentro de las categorías descritas en su artículo 11, sobre la investigación sin riesgo, que hace referencia a los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta¹⁷.

4.2.5 CALIDAD DE LA ATENCIÓN:

Avedis Donabedian en el año 1980 realizó la siguiente definición acerca de calidad asistencial “La calidad de atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”¹⁸. Sin embargo en el año 1989 la International Organization for Standardization (ISO) definió que la “calidad es el grado en que las características de un producto o servicio que cumplen con los objetivos”¹⁹. Es importante resaltar que los dos puntos de vista finalmente se entrelazan entre sí cumpliendo con el mismo objetivo el cual se basa en efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad y actuación profesional basados en estos cinco aspectos se podrá brindar servicios con calidad logrando satisfacción de nuestro usuario en relación a sus necesidades.

4.2.6 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Según la OMS la seguridad del paciente se basa en un principio fundamental relacionado con la atención asistencial sanitaria, haciendo hincapié en que existe un grado de peligrosidad inherente en cada paso del proceso de atención de salud. La aparición de eventos adversos durante la prestación de servicios asistenciales en la práctica clínica se requiere de un grande esfuerzo para la mejora en la seguridad del paciente con la implementación de estrategias y acciones rígidas a la mejora continua en el desempeño: control sobre las infecciones nosocomiales, seguridad en el uso de medicamentos, seguridad en los equipos y en el entorno sanitario.

Los principios Orientadores de la Política de seguridad del paciente están basados en

¹⁶ <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

¹⁷ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-8430-de-1993>

¹⁸ Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring, Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan. 1980

¹⁹ International Organization for Standardization. Quality: terms and definitions. 1989.

acciones a implementar:

1. **Enfoque de Atención centrado en los usuarios:** se encuentra relacionado con la importancia de dirigir acciones encaminadas en el bienestar del paciente.
2. **Cultura de seguridad:** los diferentes actores profesionales deben generar un ambiente de confidencialidad, y confianza lo que facilite el despliegue de las acciones encaminadas a la seguridad del paciente.
3. **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía De Calidad en la Atención en Salud:** es de resaltar que la política de seguridad del paciente se encuentra inmersa en el Sistema Obligatorio de Garantía De Calidad en la Atención en Salud y es transversal a cada uno de los componentes.
4. **Multicausalidad:** la problemática de seguridad del paciente es sistémico y debe incluirse a los diferentes actores y áreas organizacionales.
5. **Validez:** el impacto de seguridad del paciente en una institución sanitaria requiere la implementación de metodologías y herramientas.
6. **Alianza con el paciente y su familia:** en las acciones de mejora se debe involucrar al paciente y su familia.
7. **Alianza con el profesional de salud:** la activa participación del personal de salud procura defenderlo de señalamientos injustificados.

4.2.7 EVENTO ADVERSO:

En Colombia, el Ministerio de salud y Protección social, vienen incentivando la participación voluntaria de las IPS, en el Sistema Único de Acreditación): el modelo propuesto está centrado en la Seguridad del paciente, y como gestionar los riesgos. Para ello ha definido unos ejes estratégicos en los cuales se centra su cumplimiento. Uno de estos y que cobra mayor relevancia por su transversalidad es la “Cultura Organizacional”.²⁰

El gran reto para las entidades de salud en Colombia, se enfatiza en incentivar “La cultura del reporte de los Eventos Adversos”, pues el subregistro es común, debido al desconocimiento de los programas y normas de seguridad. En los últimos años el Ministerio de salud y Protección Social se ha interesado en avanzar en el desarrollo de lineamientos técnicos, normatividad y política de seguridad del paciente las cuales se articulan y son transversales al Sistema de Garantía de la calidad de la atención en salud, con el objetivo de mejorar las condiciones de dichos servicios, teniendo en cuenta elementos de calidad y seguridad. En relación a la cultura de seguridad del

²⁰ Ministerio de la Protección Social, Colombia. Guía Práctica para la Acreditación en Salud [Internet]. 2005 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%A1%20de%20preparacion%20para%20la%20Acreditaci%C3%B3n.pdf>

paciente “la cultura organizacional juega un papel importante en la respuesta profesional al enfrentar errores de la práctica; tal es el caso del mayor subregistro de eventos que tienden a presentar los profesionales cuando perciben que la respuesta por ello sería de carácter punitivo. Otra fuente plantea cuestionamientos al énfasis otorgado a la prevención de eventos adversos físicos, como eje de la seguridad del paciente, y propone que más allá de la idea de seguridad sustentada en el tradicional modelo biomédico, se deben considerar referentes más sociológicos”²¹

4.2.8 GLOSARIO:

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

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.

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.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

²¹ <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

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.²²

5. METODOLOGIA

5.1 ENFOQUE Y DISEÑO:

Se describió la cultura de seguridad del paciente de la Clínica Regional de Occidente la cual es una institución de II y III nivel del sur occidente de Santiago de Cali, durante el segundo semestre del año 2018.

La orientación del estudio fue cuantitativo y de carácter descriptivo, los datos recolectados se enunciaron mediante modelos numéricos sobre los diferentes aspectos que están relacionados en el instrumento, se presentaron y organizaron los resultados teniendo en cuenta sus características, presentadas, permitiendo una interpretación más profunda en el estado de la problemática a estudio en la institución.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población universo a estudiar fue de 150 colaboradores de la Clínica Regional de Occidente, los cuales están integrados por 50 del área administrativo y 100 del área asistencial.

La encuesta se aplicó tanto a los colaboradores asistenciales como administrativos.

Para realizar el cálculo se utilizó el muestreo probabilístico promedio estratificado, donde se tuvo que el cálculo de la muestra es de 108 colaboradores, se entregaron 120 encuestas previniendo posibles inconvenientes en el momento de realizar la encuesta.

Para realizar el cálculo de la muestra se tomó la población total proporcionada por la institución que cumplieran con un tiempo mayor o igual a 6 meses de laborar en la institución y que su contratación era por nómina o prestación de servicios.

La cantidad de empleados del área administrativa encuestados fue de 22 y en el área asistencial fue de 86 empleados.

²² http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% = 1.96, precisión del 5%, P: proporción esperada 50%.

No se tuvo en cuenta el personal tercerizados en la misma institución.

5.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para realizar el proceso de la recolección de la información se desarrolló en dos etapas, en la primera etapa se aplicó el instrumento (encuesta) al personal del área administrativa y del área asistencial, la líder del programa de seguridad del paciente aplicó las encuestas y la asignación de las fechas para la realización de la misma, teniendo en cuenta que el personal asistencial maneja horarios rotativos, contrario al personal administrativo, se dio una explicación del instrumento, los objetivos, su importancia para la institución, su contenido, opciones de respuesta, las cuales debieron ser conscientes y honestas.

5.6 INSTRUMENTOS:

El instrumento en el área asistencial cuenta con diez secciones y en el área administrativa con ocho secciones, las cuales se relacionan a continuación:

SECCION A: AREA DE TRABAJO con respuestas De acuerdo, muy de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo.

SECCION B: JEFE INMEDIATO con respuestas De acuerdo, muy de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo.

SECCION C: COMUNICACIÓN con respuestas nunca, rara vez, siempre, algunas veces, la mayoría de las veces.

SECCION D: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS/ ERRORES REPORTADOS con respuestas nunca, rara vez, siempre, algunas veces, la mayoría de las veces.

SECCION E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE con respuestas mala, excelente, pobre, aceptable, muy bueno.

SECCION F: INSTITUCION con respuestas De acuerdo, muy de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo.

SECCION G: NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS/ ERRORES REPORTADOS ningún reporte, de 1-2 reportes, de 3-5 reportes, 6-10 reportes, 11-20 reportes, 21 reportes o más.

SECCION H: ANTECEDENTES Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución, Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/ servicio, Cuántas

horas a la semana trabaja usted en esta institución, Cuál es su cargo en esta institución, Qué tipo de contrato tiene, En su cargo, Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes, Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual cargo.

SECCION I: COMENTARIOS

SECCION J: ATENCION SEGURA Considera que los pacientes son atendidos de forma segura.

6.7 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN:

Se realizó el análisis de los resultados obtenidos en la etapa de recolección de información sobre el análisis de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Regional de Occidente.

La información obtenida se registró en hojas electrónica de Microsoft Excel previamente diseñada y organizada por el macroproyecto “Cultura Seguridad Del Paciente”, la encuesta cuenta con preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente, con esta información se realizó la base de datos estadísticos la cual cuenta con gráficos que permiten hacer el análisis de la información recopilada, obtener conclusiones y brindar las recomendaciones necesarias a partir de la apreciación que tienen los colaboradores sobre la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Regional de Occidente.

6.8 COMPONENTE ÉTICO:

La recopilación de la información se realizó a través del instrumento de la encuesta, basado bajo los principios éticos en el beneficio, respeto y justicia que propenderá para el mejoramiento de la calidad de la institución.

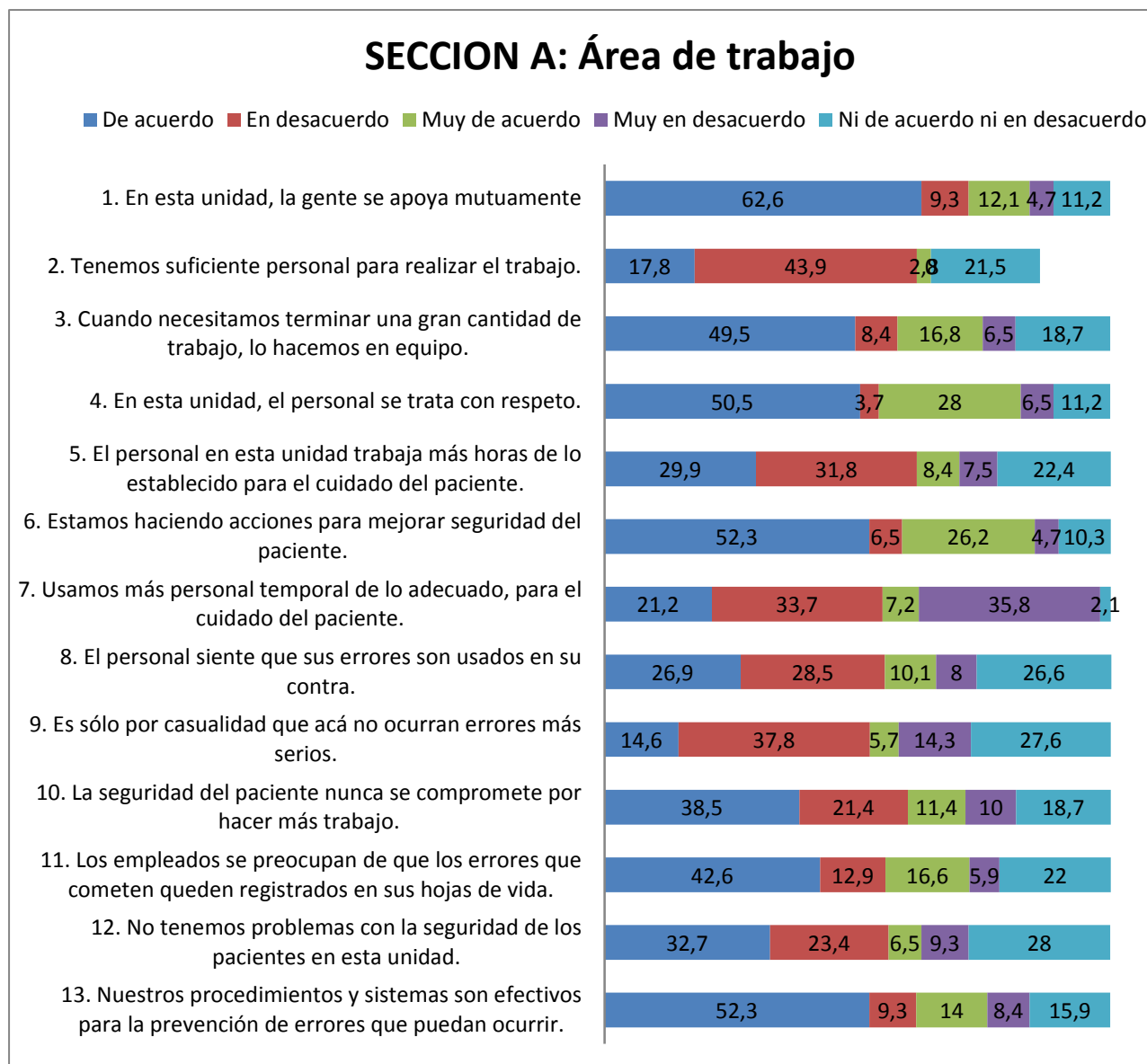
Las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para la realización de la investigación fueron:

- ✓ El personal de la institución que participó en el diligenciamiento de la encuesta fue informado que el diligenciamiento se debe hacer de manera libre y espontánea.
- ✓ Se tomó como norma la resolución 8430 de 1993, por la cual se determina las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, para la aplicación del instrumento, los procesos y protocolos institucionales.

6. RESULTADOS O DISCUSIÓN

**6. GRÁFICAS ÁREA ASISTENCIAL:
6.1 SECCION A ÁREA DE TRABAJO**

**GRAFICA 1: SECCIÓN A: ÁREA DE TRABAJO.
ÁREA ASISTENCIAL.**

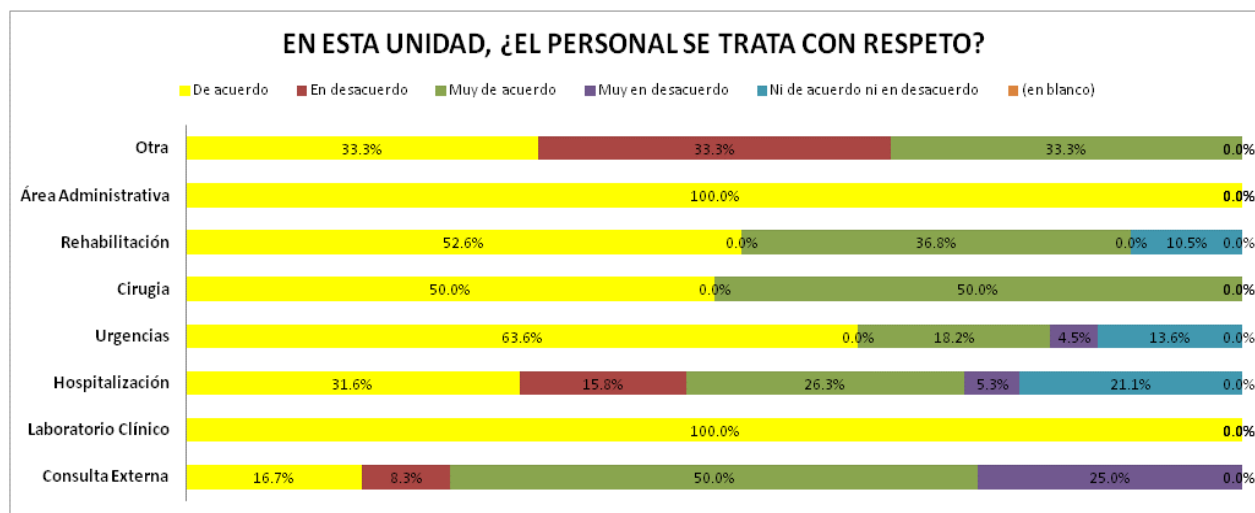


SECCION A AREA DE TRABAJO: esta sección trata acerca de la cultura de seguridad del paciente, donde se observó que de los trece ítems evaluados 10 obtuvieron respuesta positiva. El apoyo mutuamente: Se observó en forma general que en 74% de los encuestados perciben que esta característica de trabajo en equipo se encuentra presente, en forma particular se resalta el concepto favorable en los servicios de

urgencias con la participación de 44 personas y el servicio de rehabilitación con la participación de 19 funcionarios, lo que permite establecer que hay un buen conceso frente a la capacidad de trabajo en equipo, en relación con el apoyo mutuo en estos dos servicios lo que permite establecer que se cumple con uno de los propósitos de la política de seguridad del paciente, cabe mencionar que en relación a si el personal se trata con respeto: En forma general un 78% está de acuerdo y para un 11% le es indiferente esta afirmación, afirmando que existen buenas relaciones de respeto y cordialidad en los diferentes áreas de trabajo, lo que permite afirmar que se trabaja en equipo de manera general en la Clínica Regional De Occidente, como lo muestra la grafica 2.

GRAFICA 2: SECCIÓN A: ÁREA DE TRABAJO.

PREGUNTA 4: EN ESTA UNIDAD, ¿EL PERSONAL SE TRATA CON RESPETO? ÁREA ASISTENCIAL.



En relación si existe suficiente personal para realizar el trabajo en relación con la adecuación del volumen de personas de acuerdo a los servicios que se prestan y el nivel de complejidad es de esperar que la respuesta no sea satisfactoria excepcionalmente para el servicio del laboratorio clínico donde las plazas están cubiertas de acuerdo a la capacidad instalada, reportándose en forma general en la opinión de los encuestados que un 57% están en desacuerdo con la suficiencia del personal, a pesar de esto llama la atención que un 21% le es indiferente si el personal es suficiente o no. Con respecto si el personal de esta unidad trabaja más horas de lo establecido En forma general en un 38% está de acuerdo que no se trabaja más tiempo de lo establecido y un 22% le es indiferente, esto podría coincidir con el déficit de personal en el algunos servicios y se usa más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente: Esta pregunta no fue bien entendida por los encuestados ya que en esta unidad hospitalaria no hay esta opción, un 68% tiene claridad de que esta alternativa no se usa en Clínica Regional De Occidente, un 28% no tiene claridad con respecto a este concepto.

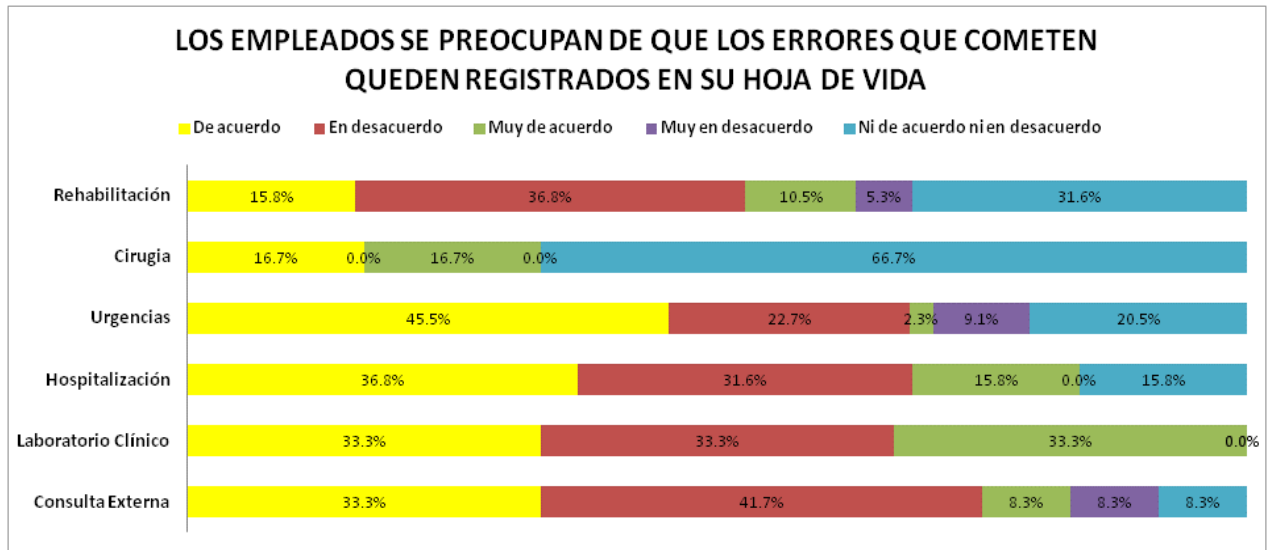
En relación si se están realizando acciones para mejorar seguridad del paciente: Con respecto a si se están haciendo acciones para mejorar la seguridad del paciente el personal asistencial de los servicios de laboratorio clínico y cirugía afirman en el 100% estar de acuerdo, urgencias y hospitalización opinan positivamente en un 80%. Llama la atención que servicios como consulta externa y rehabilitación solo conceptúen positivamente un 67%. En forma general un 78% está de acuerdo y un 10% es indiferente.

En un rango entre el 83,3 % y el 58% los servicios de consulta externa, hospitalización rehabilitación y urgencias afirman no estar de acuerdo que solo por casualidad no ocurren errores más serios y de esta misma forma en un 33% el servicio de cirugía. Siendo indiferente en forma general para los encuestados esta afirmación en un 33 al 21%. Esto permite establecer que en todas las áreas asistenciales se considera que la ocurrencia de errores no es habitual.

Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida: Llama la atención que en el servicio de cirugía el 66,7% le es indiferente esta preocupación, entre el 66 y el 50 % en los servicios de hospitalización, laboratorio clínico y urgencias se preocupan que sus errores sean registrados en sus hojas de vida. Y no les preocupa entre un 66% y un 50% rehabilitación, consulta externa y otros.

GRAFICA 3: SECCIÓN A: ÁREA DE TRABAJO.

**PREGUNTA 11: ¿LOS EMPLEADOS SE PREOCUPAN DE QUE LOS ERRORES QUE COMETEN QUEDEN REGISTRADOS EN SU HOJA DE VIDA
ÁREA ASISTENCIAL?**

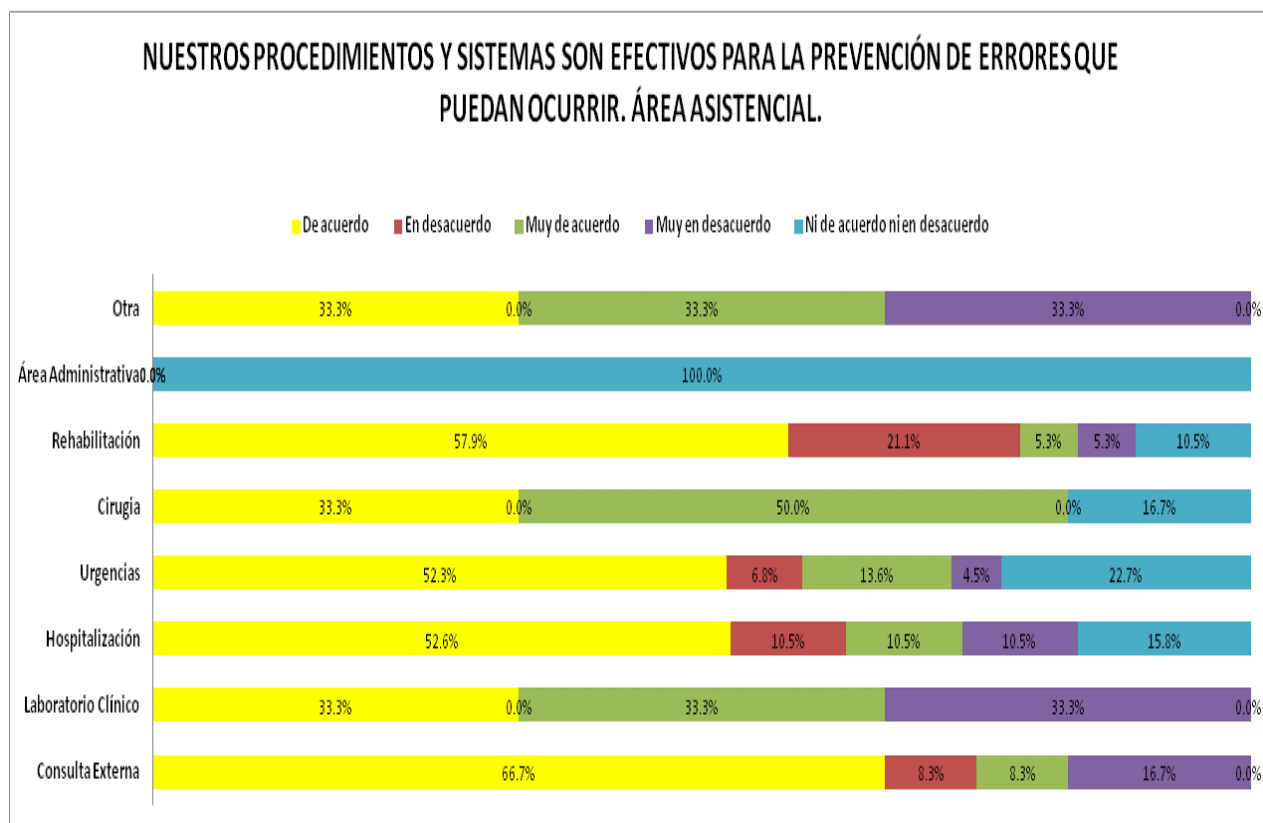


Según la ²³ NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY FOR ENGLAND AND WALES (NPSA) establecen que una de las tres características necesarias para el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente es la justicia donde no se impone medidas punitivas, esta concepción se debe interiorizar y llevar a la conciencia al personal asistencial que la cultura de seguridad del paciente lo que pretende es la mejora continua para la disminución de la ocurrencia de eventos adversos.

Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir: En este caso del 83% y el 63% del personal encuestado en cirugía, consulta externa, urgencias, laboratorio, hospitalización son efectivos esto permite establecer que las acciones que se encuentran llevando a cabo para evitar la aparición de eventos adversos son los adecuados y se están aplicando en las áreas asistenciales.

GRAFICA 4: SECCIÓN A: ÁREA DE TRABAJO.

PREGUNTA 13: ¿NUESTROS PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS SON EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES QUE PUEDAN OCURRIR. ÁREA ASISTENCIAL?



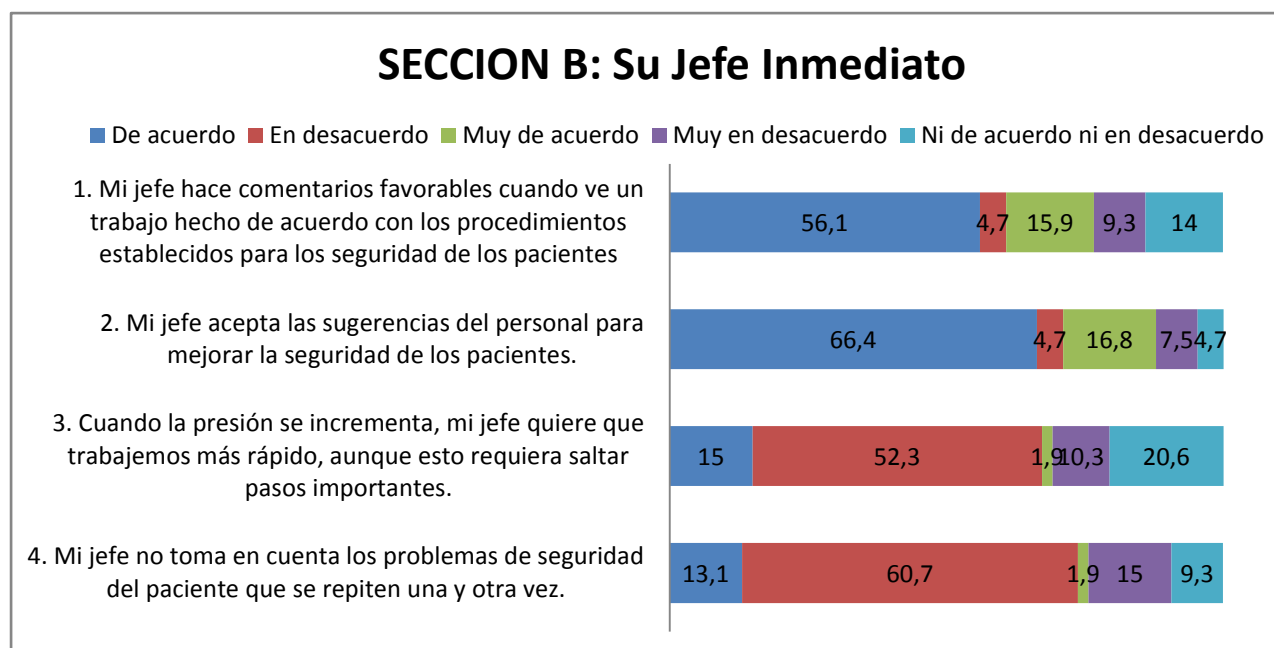
De lo anteriormente mencionado cabe resaltar que prima la comunicación entre personal

²³ National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. The full reference guide. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patientsafety>

asistencial de la Clínica, lo que conlleva a generar una acción positiva debido a que este factor es muy importante para el desarrollo y practica de medidas encaminadas a una atención segura, estableciendo una cultura de seguridad del paciente dentro de parámetros de confianza y notificación de eventos que coloquen en riesgo la seguridad del paciente.

6.2 SECCIÓN B: SU JEFE INMEDIATO

GRAFICA 5: SECCIÓN B: JEFE INMEDIATO. ÁREA ASISTENCIAL.



Esta sección está relacionada con la cultura de seguridad del paciente promovida por el jefe inmediato del personal asistencial, entre el 75% y 100% de los servicios asistenciales de manera general se evidencio aprobación en relación a que el Jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes, es de anotar que esta acción es importante para la motivación del personal, logrando así un mejor desempeño en cada una de las áreas.

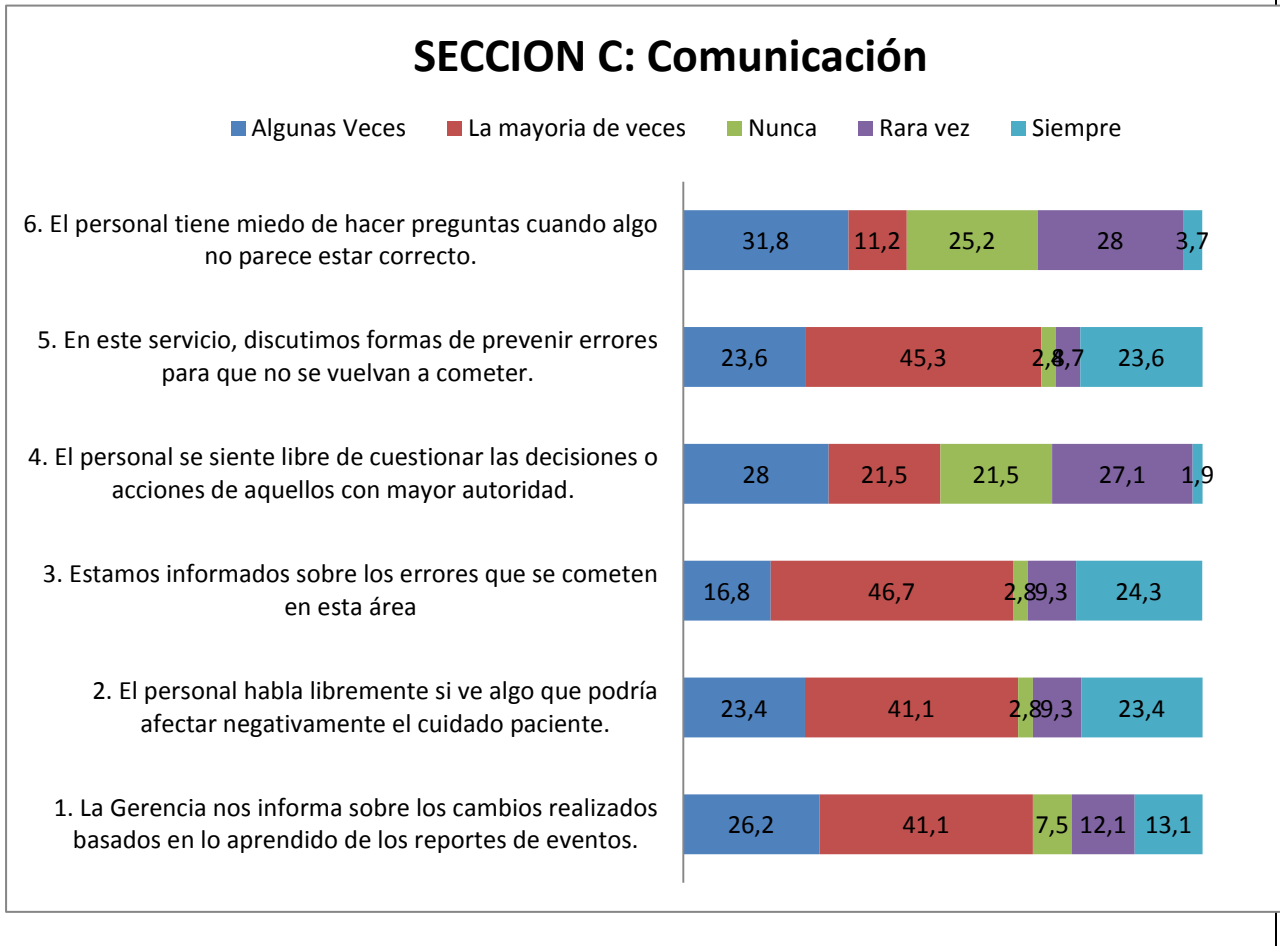
Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes: Se encontró que opinan positivamente en un rango entre el 100% y el 83% en los servicios de laboratorio clínico, hospitalización, urgencias, cirugía, rehabilitación y en un 66% en consulta externa, es relevante mencionar que en la Clínica Regional De Occidente desde la parte gerencial se cuenta con el apoyo para fomentar la cultura de seguridad del paciente. Cabe resaltar que se obtuvo un porcentaje entre el 83 y 50% en las diferentes áreas estar en desacuerdo con el ítem si el jefe no toma en cuenta los

problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, estableciendo así la afirmación anteriormente mencionada.

En cuanto a la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes: Para el laboratorio en un 100% no se saltan pasos importantes así el jefe quiera que trabajen más rápido, con la misma opinión en un rango entre el 75% y el 50% para los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias, cirugía y rehabilitación, para un 33 al 22% del personal encuestado esta afirmación le es indiferente, la seguridad del paciente requiere que todas las actividades se realicen paso a paso con adherencia y cumplimiento de cada uno de los protocolos y guías establecidos, con la finalidad de caer en el error y así evitar graves consecuencias.

6.3 SECCIÓN C: COMUNICACIÓN

GRAFICA 6: SECCIÓN C: COMUNICACIÓN. ÁREA ASISTENCIAL.



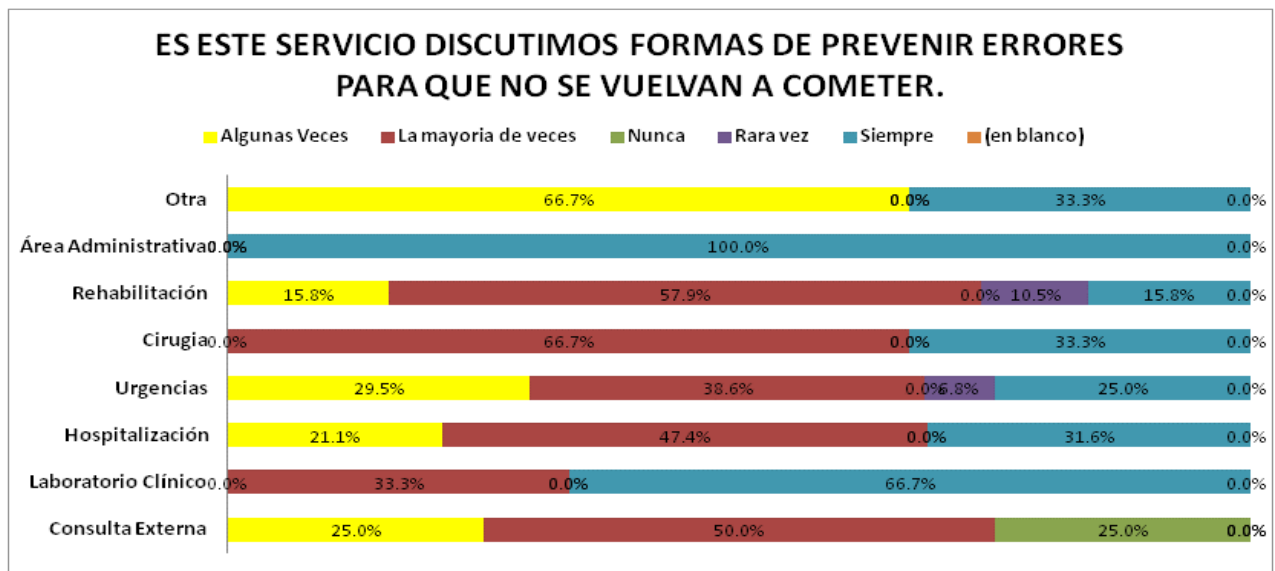
Esta sección describe la comunicación de la cultura de seguridad del paciente en la institución, en relación si la gerencia nos informa sobre los cambios realizados: Están de acuerdo un 31,6 y 45% para los servicios de consulta externa, hospitalización, rehabilitación, urgencias, cirugía. El laboratorio está de acuerdo en un 100%, estos resultados permiten señalar que se realiza retroalimentación sobre los cambios que se efectúan en la clínica, lo que genera una percepción positiva en relación a que las personas se sienten libres de hablar si ven algo que podría afectar negativamente al paciente.

Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta área: Se afirma que en la mayoría de las veces se informa de los errores entre un 66,7 al 42,1% y en el servicio de urgencias y en cirugía se afirma que siempre entre el 22 y el 16% y algunas veces entre el 25% en rehabilitación y consulta externa.

El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad: Solo en el servicio de cirugía en un 50% el personal afirma que la mayoría de las veces se sienten libres de cuestionar. Y entre un 66 al 31% afirman que rara vez se sienten libres para cuestionar en los servicios de laboratorio clínico, hospitalización y rehabilitación, en este servicio discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. En un 66,7% y un 47% afirman que la mayoría de las veces y siempre en un porcentaje de 31% en el servicio de hospitalización y cirugía.

GRAFICA 7: SECCIÓN C: COMUNICACIÓN.

PREGUNTA 5: ¿EN ESTE SERVICIO DISCUTIMOS FORMAS DE PREVENIR ERRORES PARA QUE NO SE VUELVAN A COMETER. ÁREA ASISTENCIAL?

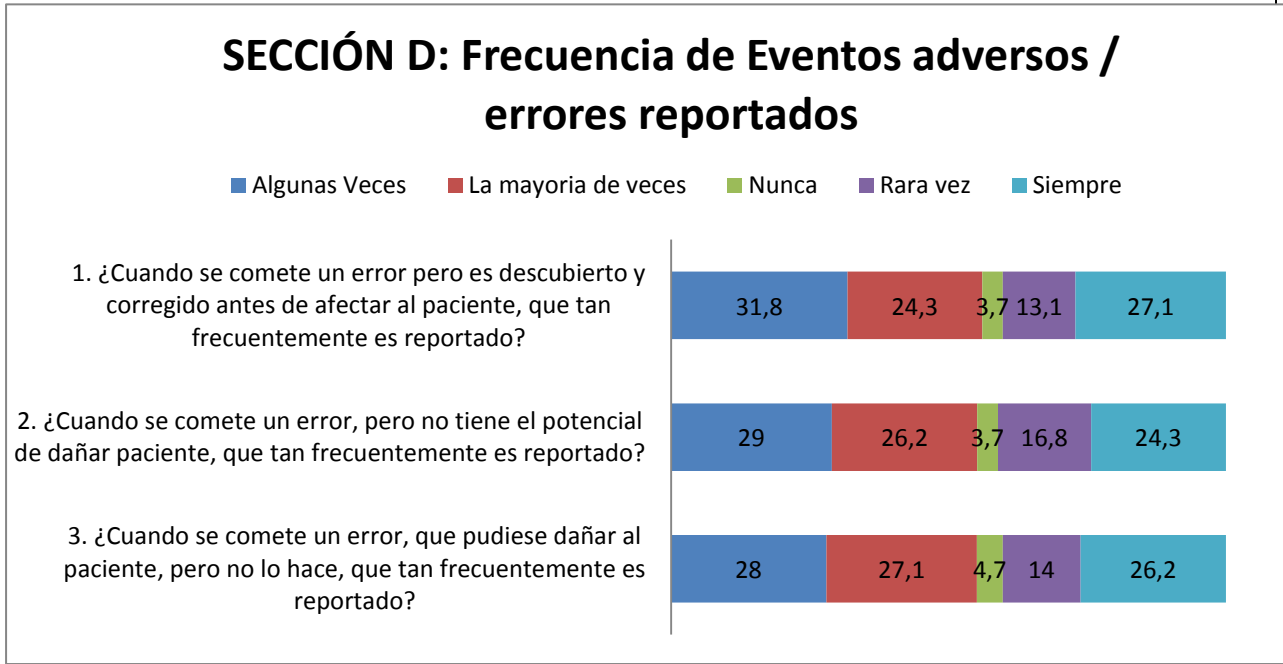


Lo anterior establece que se cuenta con una retroalimentación de los procesos lo que permite que el proceso de la comunicación sea efectivo para el mejoramiento, estableciendo acciones encaminadas a los procesos seguros.

La retroalimentación y la comunicación son elementos esenciales para contribuir al trabajo en equipo y para el crecimiento organizacional, permitiendo que los errores y fallas que se comenten se analicen y se establezcan planes de trabajo con la finalidad de mitigar el riesgo y que no se vuelva a cometer.

6.4 SECCIÓN D: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS/ERRORES REPORTADOS.

GRAFICA 8: SECCIÓN D: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS/ERRORES REPORTADOS. ÁREA ASISTENCIAL.



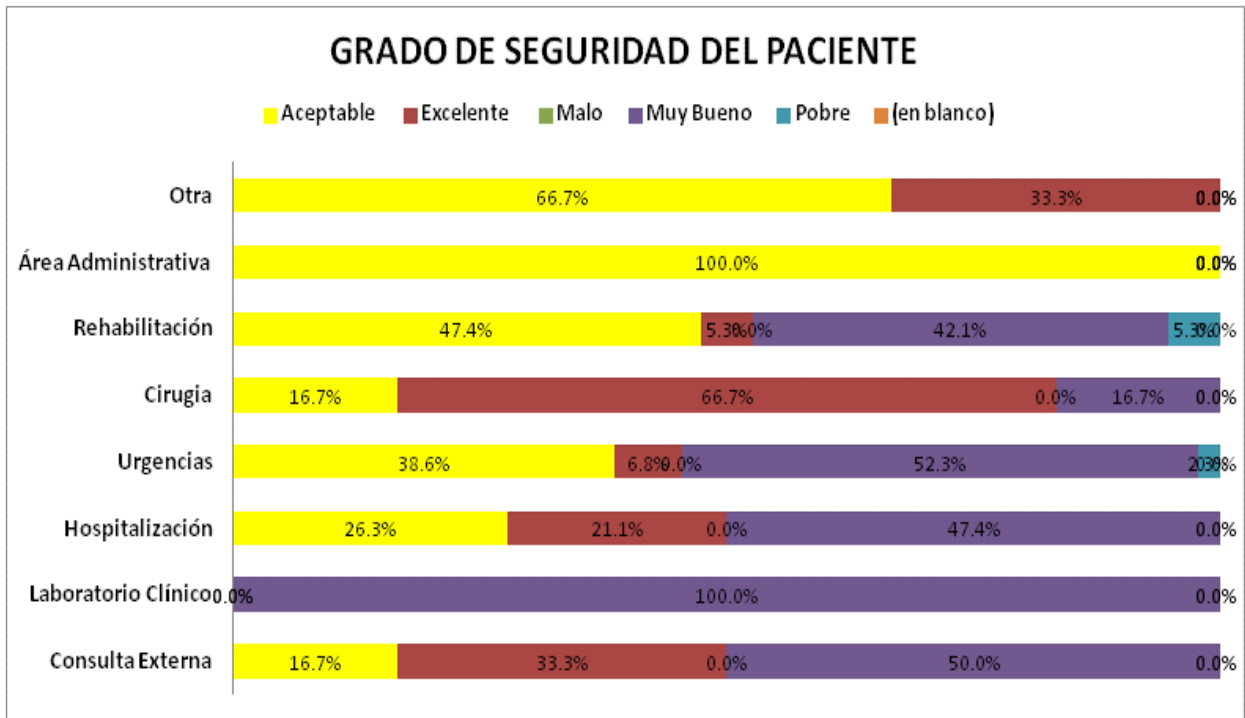
Esta sección describe la frecuencia de eventos adversos/errores reportados, se evidencio que por parte del persona asistencial existe una responsabilidad mayor en el reporte de eventos con un porcentaje entre siempre y la mayoría de las veces del 50% y el 33,8 % cirugía, rehabilitación, hospitalización y algunas veces el 41% de consulta externa, este porcentaje del servicio de consulta externa puede crear un riesgo alto en relación a la seguridad del paciente, debido a que no se realizan de manera oportuna los reportes por lo tanto no se puede llevar a cabo una intervención, es importante que se

realicen intervenciones en esta área, enfatizando en la importancia de la cultura del reporte.

En relación a Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar paciente que tan frecuentemente es reportado? Entre un 66,7 y 50 % siempre se reporte el error para los servicios de laboratorio clínico y cirugía. La mayoría de las veces en un 42,1% rehabilitación. Algunas veces entre el 47 y 29% para los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias es preocupante que los servicios de hospitalización y urgencias se reporte solo algunas veces, esto señala que se debe mejorar la confianza y realizar seguimiento al personal asistencial de estas áreas, haciendo énfasis en la importancia de la notificación de eventos los cuales ponen en riesgo la seguridad del paciente.

6.5 SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**GRAFICA 9: SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
ÁREA ASISTENCIAL.**

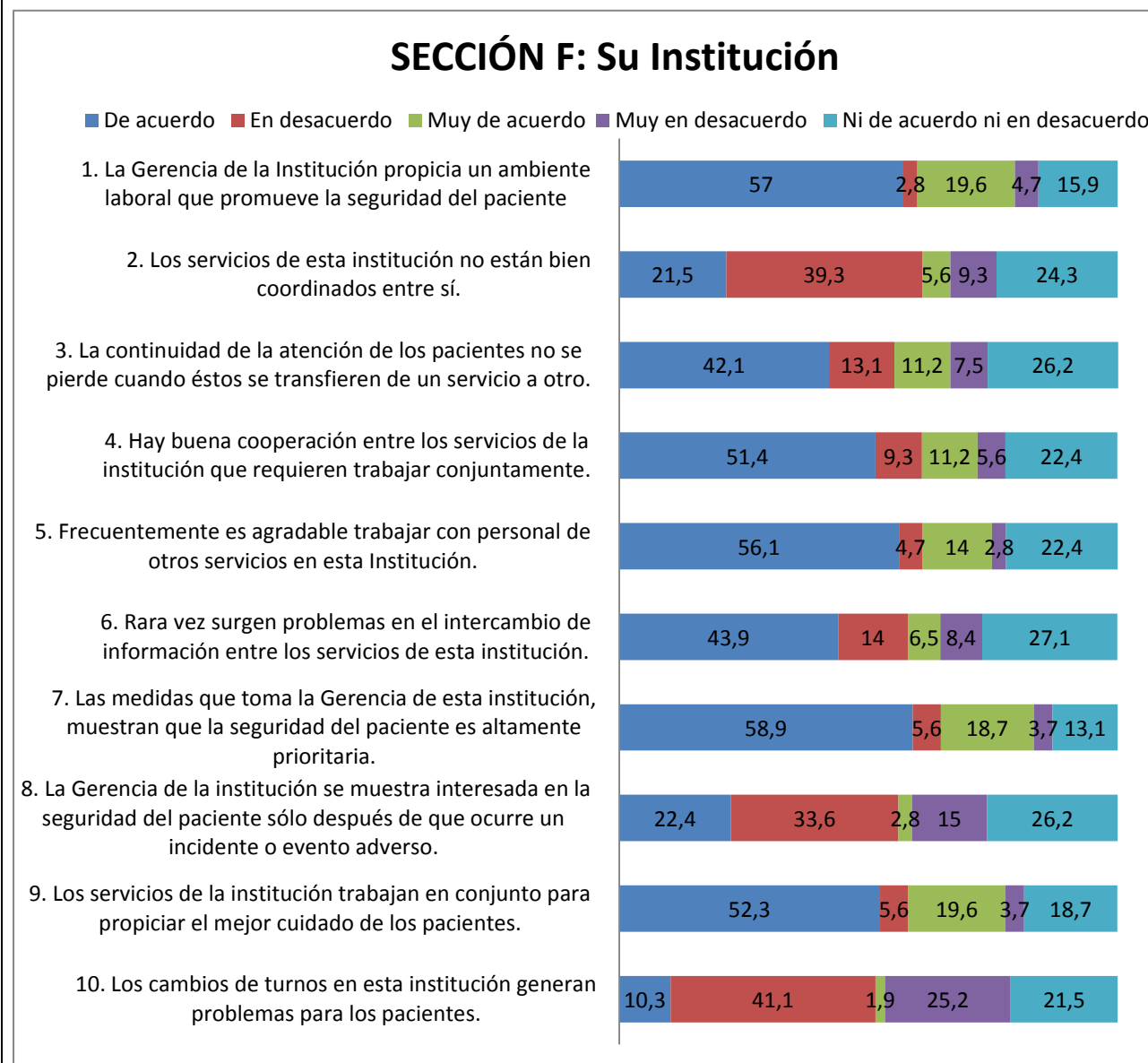


La sección E evaluar el grado de seguridad del paciente desde la percepción del personal asistencial, fue calificado como excelente en los servicios de laboratorio con un 100% y en cirugía con un 66,7%. Como muy bueno fue calificado en urgencias con

un 53,3% y hospitalización con un porcentaje de 47,4%. Consulta externa en un 50% lo califico como aceptable al igual que rehabilitación con un 47,4%, cabe resaltar que los resultados fueron satisfactorios, lo que permite determinar que la cultura de seguridad del paciente en una fortaleza para mejorar los servicios ofertados por la institución creando un nivel de confianza entre el usuario, familia y personal sanitario.

6.6 SECCIÓN F: SU INSITUCION

GRAFICA 10: SECCIÓN E: SU INSTITUCIÓN ÁREA ASISTENCIAL.



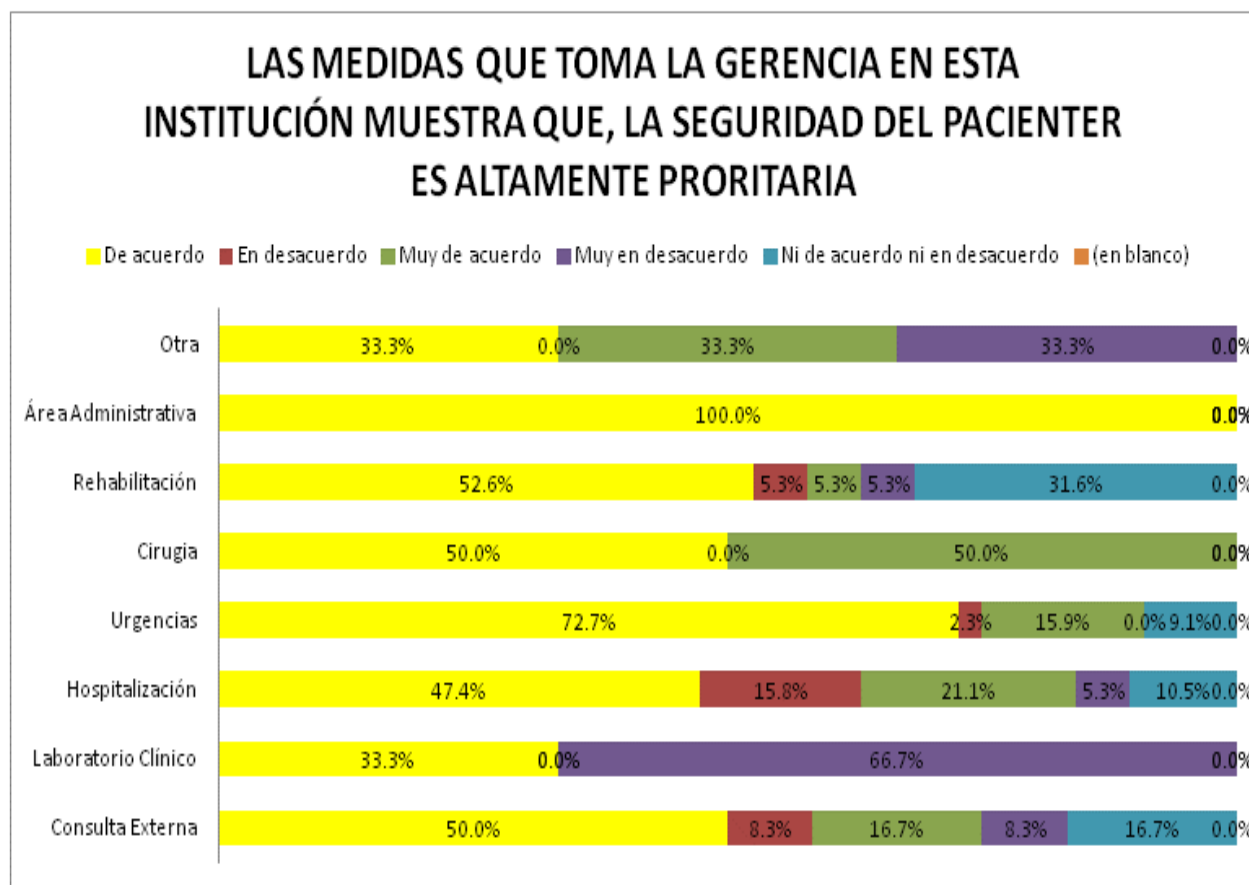
Esta sección describe la responsabilidad y el compromiso de la Gerencia con la seguridad del paciente, según los resultados entre un 100% y 63% lo afirman en los servicios de consulta externa, laboratorio clínico hospitalización, urgencias, cirugía. En rehabilitación solo afirman el 47,4%, es notorio que en los servicios asistenciales se promueve un ambiente de seguridad del paciente, en relación a que si los servicios de esta institución no están bien coordinados entre sí: El servicio de laboratorio en un 100% están de acuerdo de que los servicios no están bien coordinados entre si, en los servicios de urgencias, cirugía y consulta externa entre un 66 y 36% no están de acuerdo en que los servicios no estén bien coordinados, con apreciaciones positivas en relación a la continuidad de la atención de los pacientes no se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro entre el 66,65 y el 41,5% están de acuerdo que la continuidad no se pierde esto para los servicios de consulta externa, laboratorio clínico, hospitalización, urgencias y cirugía. Y entre el 33,3% y el 22% no están de acuerdo o les es indiferente.

Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente: Se observó un 100% en el concepto del laboratorio clínico y cirugía y entre un 65 y 58 para los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias y rehabilitación, es positivo también que es agradable trabajar con personal de otros servicios en esta institución el 100% para el laboratorio y entre el 66,6 y el 75% para los demás servicios.

Las medidas que toma la gerencia en esta institución muestra que la seguridad del paciente altamente priorizada: El 100% para el laboratorio y cirugía y entre el 88,6 y el 68% urgencias y hospitalización y en un 55% consulta externa y rehabilitación, y en relación a si la gerencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o un evento adverso: En desacuerdo en el 100% el laboratorio clínico, entre un 40 y 52% están en desacuerdo en los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias, cirugía y rehabilitación. Así como también los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes: En un porcentaje del 100% para el laboratorio en un 80% para urgencias, entre el 73,7% y el 66,3% los servicios de hospitalización, consulta externa, cirugía y rehabilitación. Le es indiferente y en desacuerdo en un promedio del 15%.

GRAFICA 11: SECCIÓN F: SU INSTITUCIÓN.

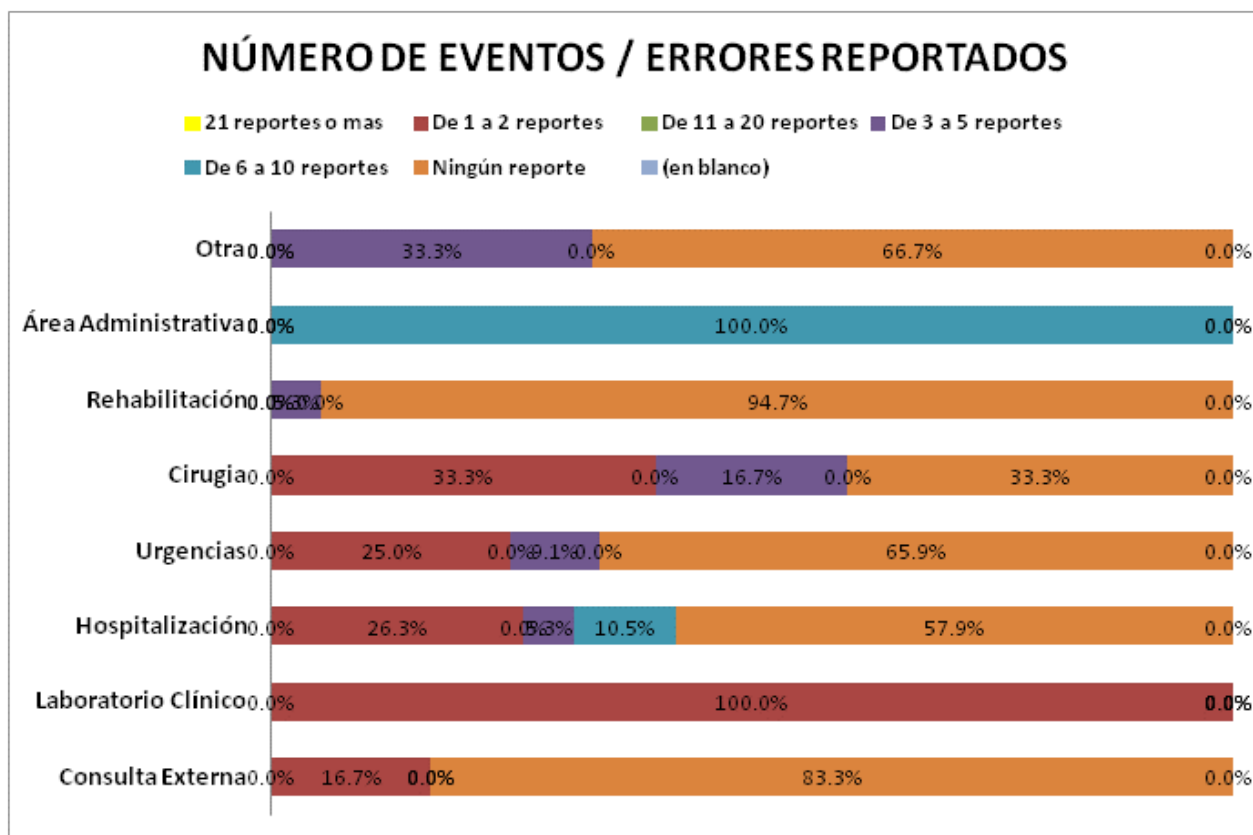
PREGUNTA 7: LAS MEDIDAS QUE TOMA LA GERENCIA EN ESTA INSTITUCIÓN MUESTRA QUE, LA SEGURIDAD DEL PACIENTER ES ALTAMENTE PRORITARIA ÁREA ASISTENCIAL.



Lo anterior permite observar que la parte gerencial vela por un clima de seguridad del paciente, propende brindar herramientas para que el personal asistencial genere acciones en pro de los procesos seguros y que los servicios que se presten en la institución sean de calidad para los usuarios y sus familias. Además se destaca la importancia de que la gerencia no pase por alto las fallas que afecten la seguridad del paciente, si no que se crean estrategias para disminuir y mitigar los riesgos.

6.7 SECCIÓN G: NÚMERO DE EVENTOS / ERRORES REPORTADOS.

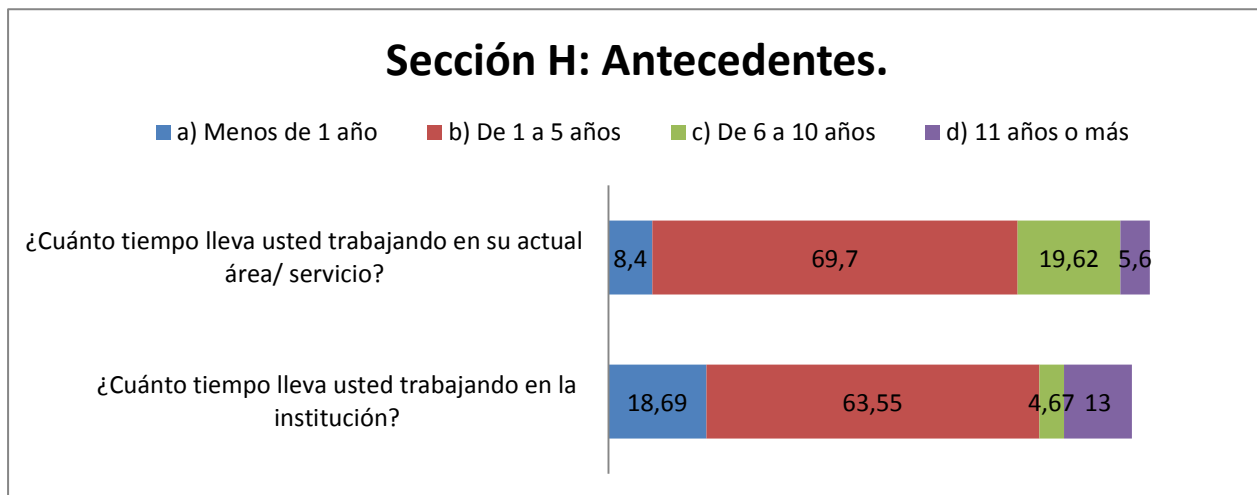
GRAFICA 12: SECCIÓN G: NÚMERO DE EVENTOS / ERRORES REPORTADOS. ÁREA ASISTENCIAL.



En esta sección Se evidenció con los resultados obtenidos con respecto al número de eventos adversos/ errores reportados se puede deducir que las áreas de rehabilitación con el 94,7%, consulta externa con el 83,3%, otra con el 66,7%, urgencias con el 65,9%, hospitalización con el 57,5% y cirugía con el 33,3% son las áreas que en mayor proporción manifiesta no haber realizado ningún reporte en los últimos 12 meses, lo cual demuestra la falta de cultura de reporte de eventos adverso. El área de laboratorio clínico reporto de 1 a 2 reportes donde el porcentaje es el 100% y el área administrativa reporto de 6 a 10 reportes con el 100%

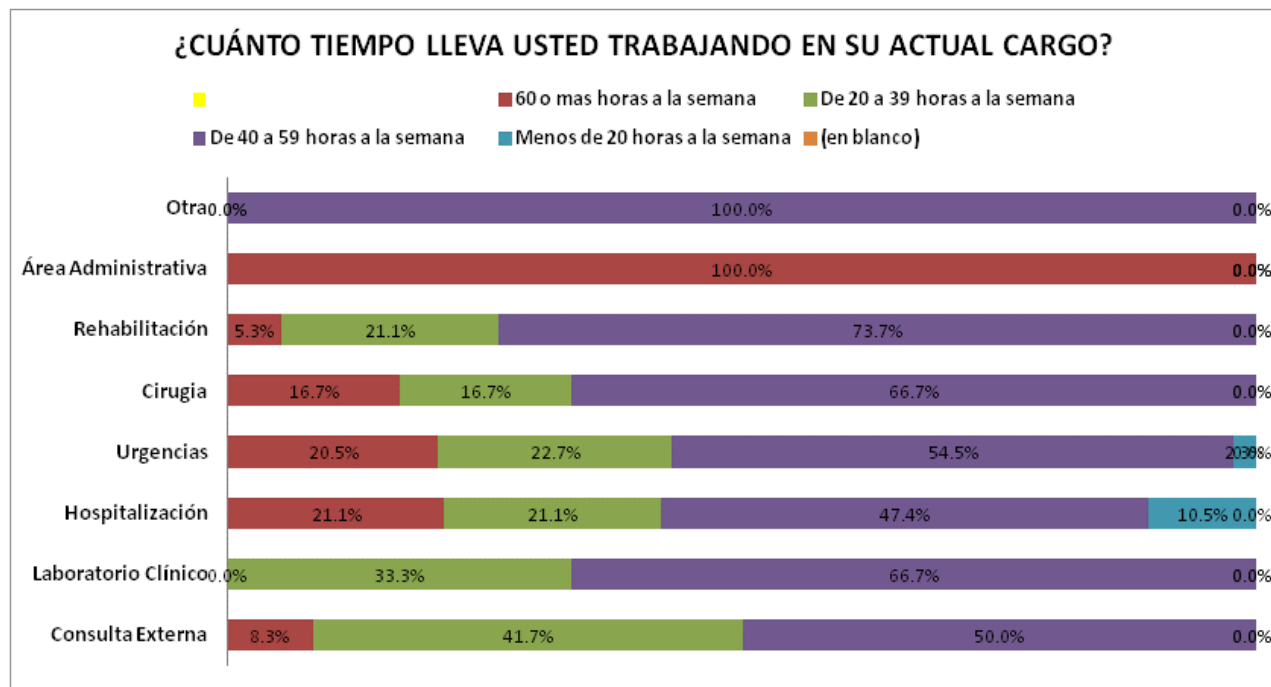
6.8 H: ANTECEDENTES

**GRAFICA 13: SECCIÓN H: ANTECEDENTES
ÁREA ASISTENCIAL.**



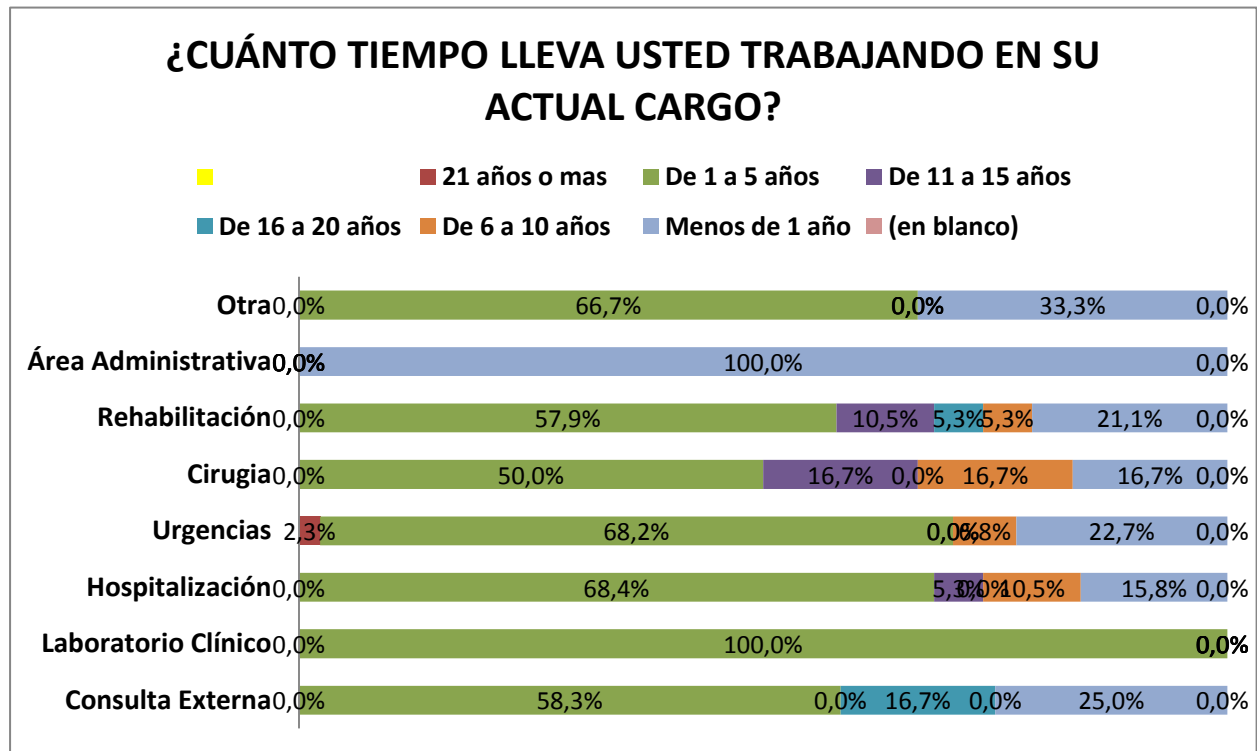
**GRAFICA 14: SECCIÓN H: ANTECEDENTES
PREGUNTA 3: ¿CUÁNTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA USTED EN ESTA INSTITUCIÓN?**

ÁREA ASISTENCIAL.



GRAFICA 15: SECCIÓN H: ANTECEDENTES

**PREGUNTA 7: ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU ACTUAL CARGO?
ÁREA ASISTENCIAL.**



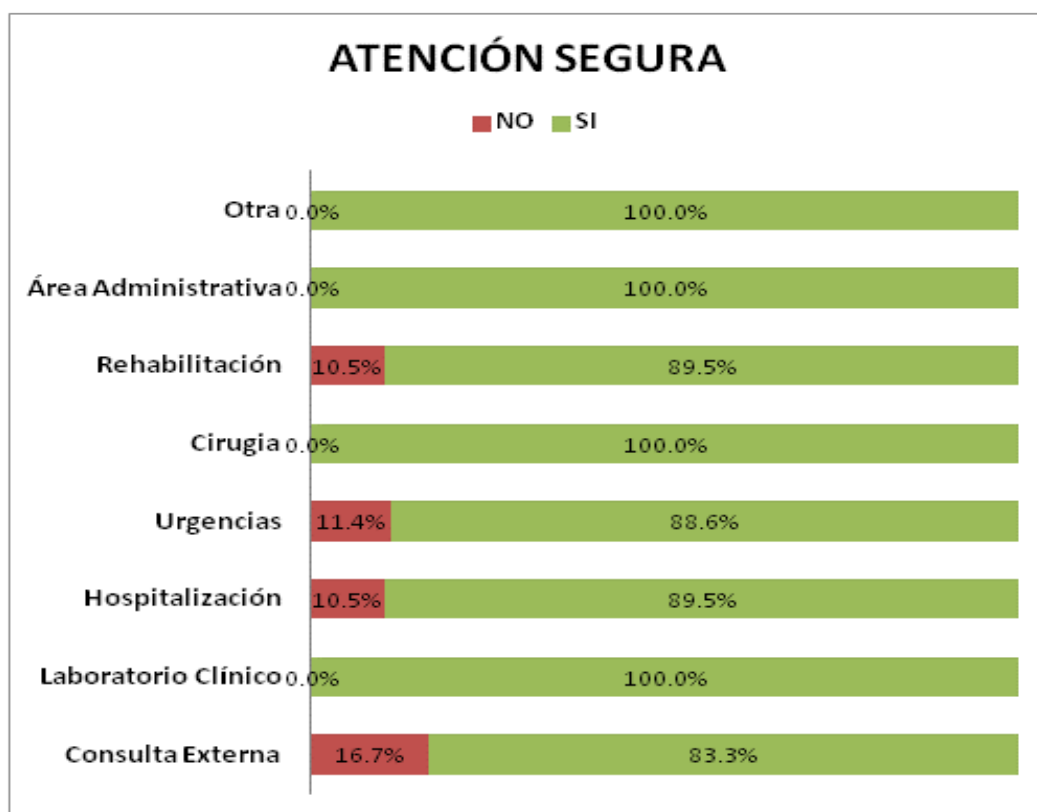
La sección H describe los antecedentes de la población asistencial mostrando que Entre el 42 y el 100% llevan trabajando entre uno a cinco años en todos los servicios y más de cinco años un funcionario de consulta externa, por lo demás inferior a un año, en relación a las horas a la semana en las que trabaja usted en esta institución: Entre un 73 al 50% trabajan entre 40 a 59 horas a la semana y solo entre un 33 al 21% trabajan entre 20 a 39 horas a la semana, en lo que concierne al cargo arrojo los siguientes resultados en consulta externa EL 50% son auxiliares de enfermería el 16,7% médico especialista, en laboratorio el 100% son bacteriólogos, urgencias: 50% son auxiliares de enfermería el 29,5% médicos generales y el 13,6% enfermeros jefes, hospitalización; 63,2% son auxiliares de enfermería , 21,1% enfermeros jefes y 10,5% médicos generales, cirugía: 33,3% auxiliares de enfermería 33,3% instrumentador quirurgico 16,7% enfermero jefe, rehabilitación: 21,1% auxiliares de enfermería, 21,1% fisioterapia, 10,5% fonoaudiólogo, 10,% psicólogo, 10,% trabajador social. Qué tipo de contrato tiene: en consulta externa: el 66,7% contrato por Prestación de

servicios y el 25% carrera administrativa, laboratorio: el 100% contrato por prestación de servicio, hospitalización: el 68,4% contrato por prestación de servicios el 21,1% carrera administrativa, en urgencias: el 63,6% es contrato por prestación de servicios el 20,5% es contrato por cooperativa, cirugía: 66,7% es contrato por prestación de servicios el 16,7% carrear administrativa, Rehabilitación: 78,9% es contrato por prestación de servicios y el 21,1 % es carrera administrativa.

En su cargo tiene usted interacción directa contacto con pacientes: Entre el 100% y el 94% tienen contacto con el paciente por tratarse del grupo asistencial.

6.9 SECCIÓN J: ATENCIÓN SEGURA

**GRAFICA 16: SECCIÓN J: Atención Segura
ÁREA ASISTENCIAL.**

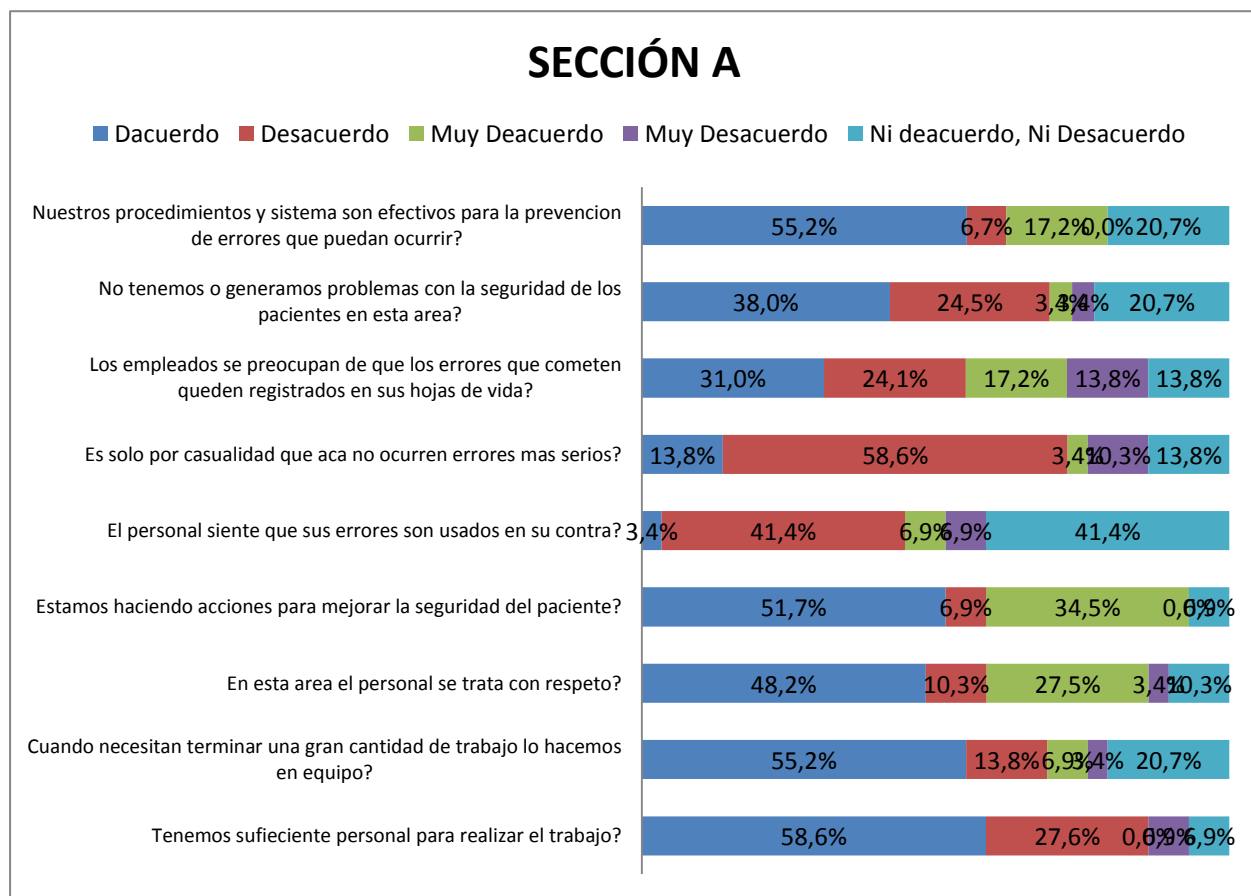


Considera que los pacientes son atendidos en forma segura. Para el laboratorio clínico es el 100%, y entre el 88,6% y el 83,3% en los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias, cirugía, rehabilitación, lo cual está dando una confianza alta en la atención a los pacientes, lo que brinda un respaldo de calidad en la prestación del servicio al paciente y su familia.

GRAFICAS ÁREA ADMINISTRATIVA

6.10 SECCIÓN A: ÁREA DE TRABAJO.

GRAFICA 17: SECCIÓN A: ÁREA DE TRABAJO ÁREA ADMINISTRATIVA.



Este análisis descriptivo, corresponde a las variables de la sección A: Área de trabajo, muestra que las áreas de planeación y sistemas, gerencia, dirección farmacéutica y epidemiología consideran que cuentan con el personal suficiente para realizar el trabajo a cargo, mientras que el personal de las áreas de subdirección científica y gestión documental están de acuerdo en un 66.7% y en desacuerdo el 33.3%.

En general el personal de la Clínica Regional de occidente opina que cuenta con el personal adecuado para realizar su trabajo, sin embargo es importante realizar un dialogo con los líderes de los servicios ya que para estos el personal no es suficiente y brindarles personal de apoyo para que puedan llevar a cabo su trabajo adecuadamente.

Por otra parte, el personal de la Clínica Regional de Occidente en su mayoría está de acuerdo con el trabajo realizado en equipo con un 55.2%. Solo el 3.4% se encontraron en desacuerdo. Debido a que los líderes de los servicios no cuentan con el personal suficiente para realizar su trabajo, por ende el trabajo en equipo es deficiente, por lo que se sugiere brindarles apoyo y verificar en que procesos es importante incluir colaboradores que apoyen y lleven a cabo estos procesos.

También es importante evaluar de qué forma se está realizando el trabajo en el área de epidemiología ya que todos sus colaboradores opinan que no hay trabajo en equipo.

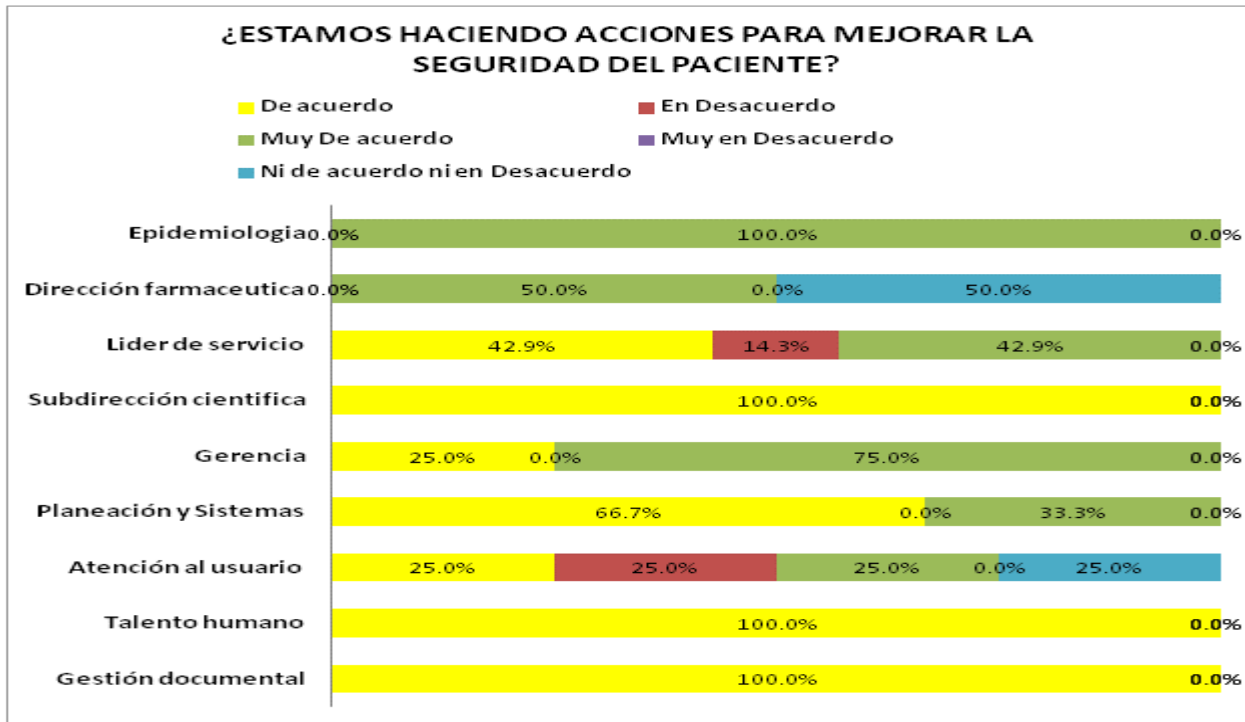
Al momento de realizar la encuesta el personal de dirección farmacéutica estaba en total desacuerdo, pero es importante aclarar que en esta área se han hecho cambios que han conllevado a un mejor trato entre sus colaboradores.

En general, el personal de la institución siente que es tratado con respeto por los demás colaboradores.

La mayoría de los colaboradores de la institución que correspondiente a un 86.2% piensan que se están haciendo las acciones correspondientes para mejorar la seguridad del paciente y los resultados reflejan que todos están colocando de su parte para que así sea.

GRAFICA 18: SECCIÓN A: Área de Trabajo

PREGUNTA 4: ¿ESTAMOS HACIENDO ACCIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE? ÁREA ASISTENCIAL.



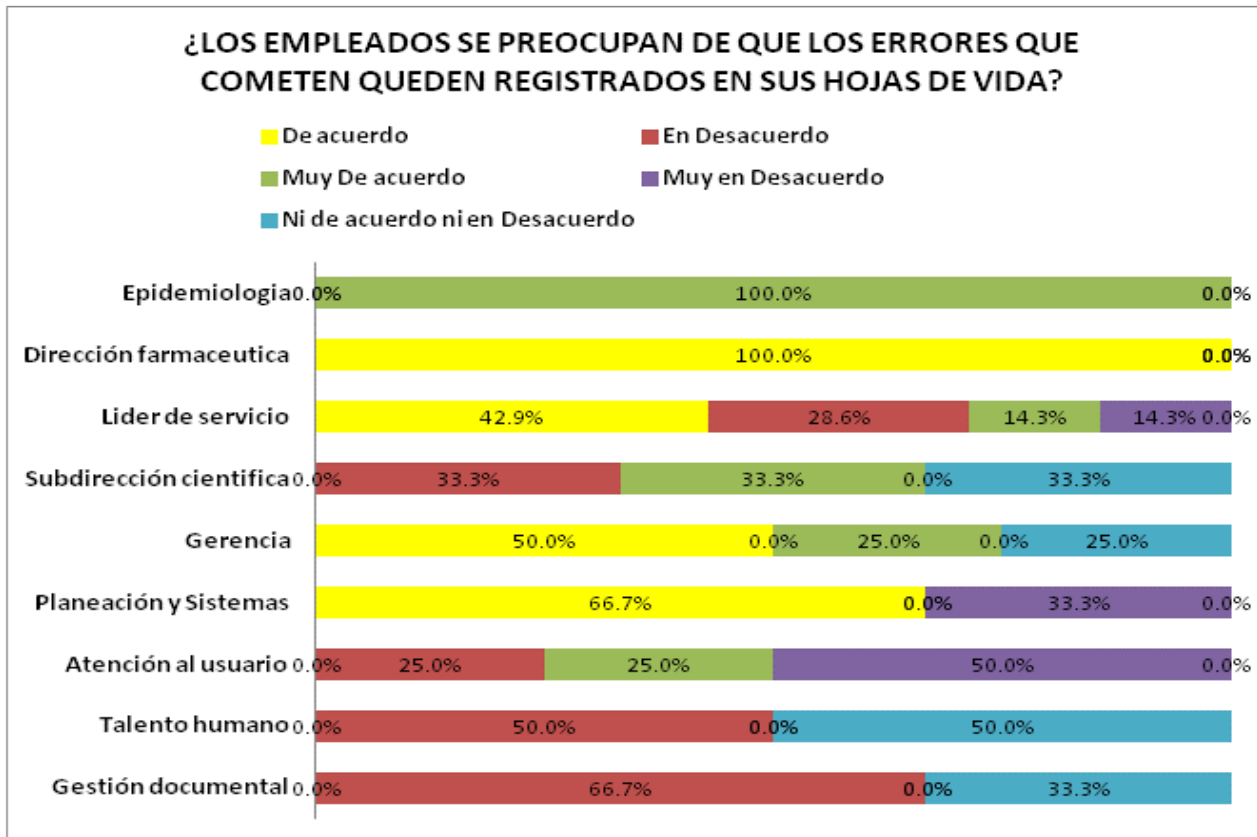
Por otra parte se evaluó si el personal siente que sus errores son usados en su contra, los resultados obtenidos para el personal que estuvo de acuerdo con que sus errores son usados en su contra corresponden al 3.4%, mientras que el 41.3% se encuentra en desacuerdo.

Es importante evaluar de qué forma se está retroalimentando al personal cuando se comete un error, ya que una gran parte del personal no se encuentra de acuerdo ni en desacuerdo, lo cual podría llevar a concluir que cuando se comete un error en muchas ocasiones no existe una adecuada intervención.

A la pregunta ¿Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida? El 31% estuvo de acuerdo, mientras que el 24.1% y el 13.8% están en desacuerdo y muy desacuerdo respectivamente. Este es un punto crítico en la institución, ya que este factor no debe ser motivo de preocupación de ningún colaborador y menos cuando se lleva a cabo una buena retroalimentación de los errores cometidos en la institución, por lo cual se sugiere nuevamente evaluar de qué forma se está llevando a cabo esta actividad, ya que esto puede conllevar a que los errores sean ocultados y puedan suceder cosas aún más graves.

GRAFICA 19: SECCIÓN A: Área de Trabajo

**PREGUNTA 7: ¿LOS EMPLEADOS SE PREOCUPAN DE QUE LOS ERRORES QUE COMETEN QUEDEN REGISTRADOS EN SUS HOJAS DE VIDA?
ÁREA ASISTENCIAL.**



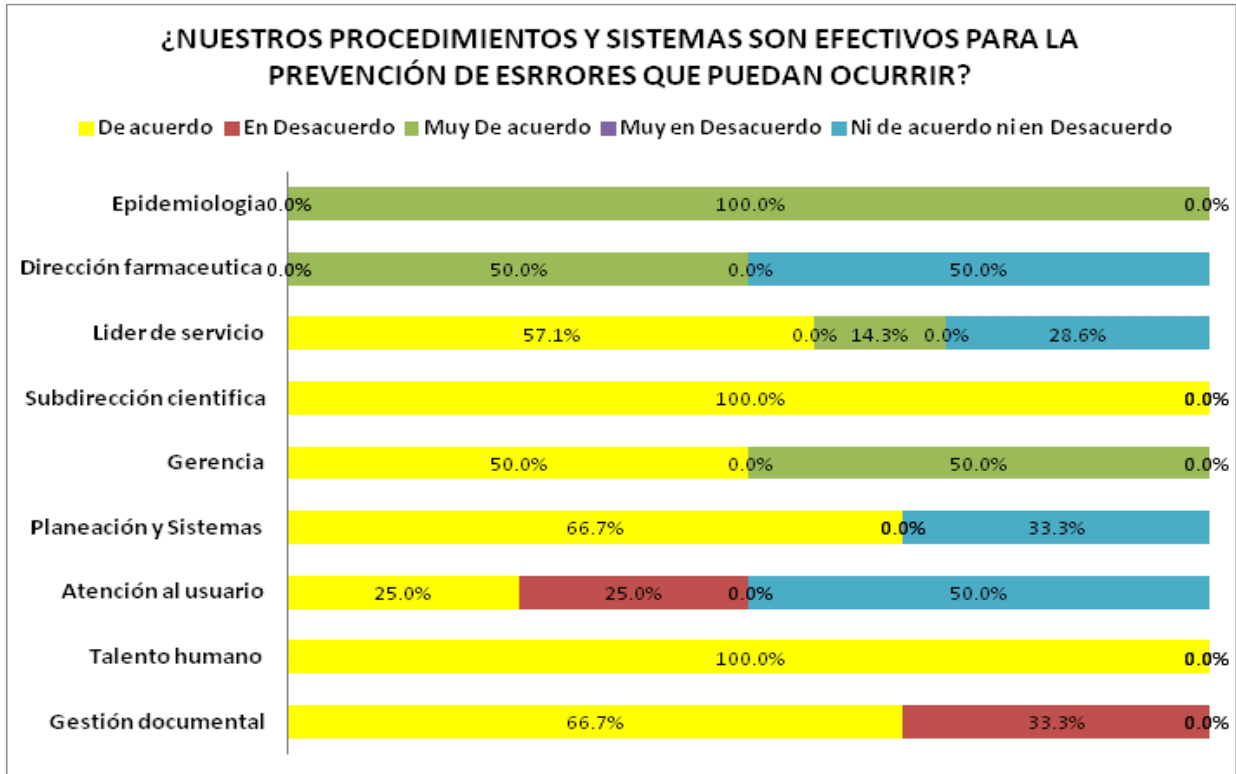
Quando se le pregunto al personal encuestado si no tienen o generan problemas con la seguridad de los pacientes, el 38% de las personas entrevistadas estuvieron de acuerdo, mientras que el 34.5% se encuentra en desacuerdo.

Se evidencia una división por parte del personal encuestado, por lo cual es importante socializarle al personal y capacitarlo en los temas relacionados a la seguridad del paciente, para que haya una toma de conciencia y los errores sean cada vez menores.

También se consulto a través de la encuesta si los procedimientos y sistemas de la institución son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. El personal de la clínica estuvo en su mayoría de acuerdo con un 55.2%. Solo un 6.7% del personal encuestado estuvo en desacuerdo, por lo que se podría concluir que la institución cuenta con procedimientos y sistemas efectivos para la prevención de errores.

GRAFICA 20: SECCIÓN A: Área de Trabajo

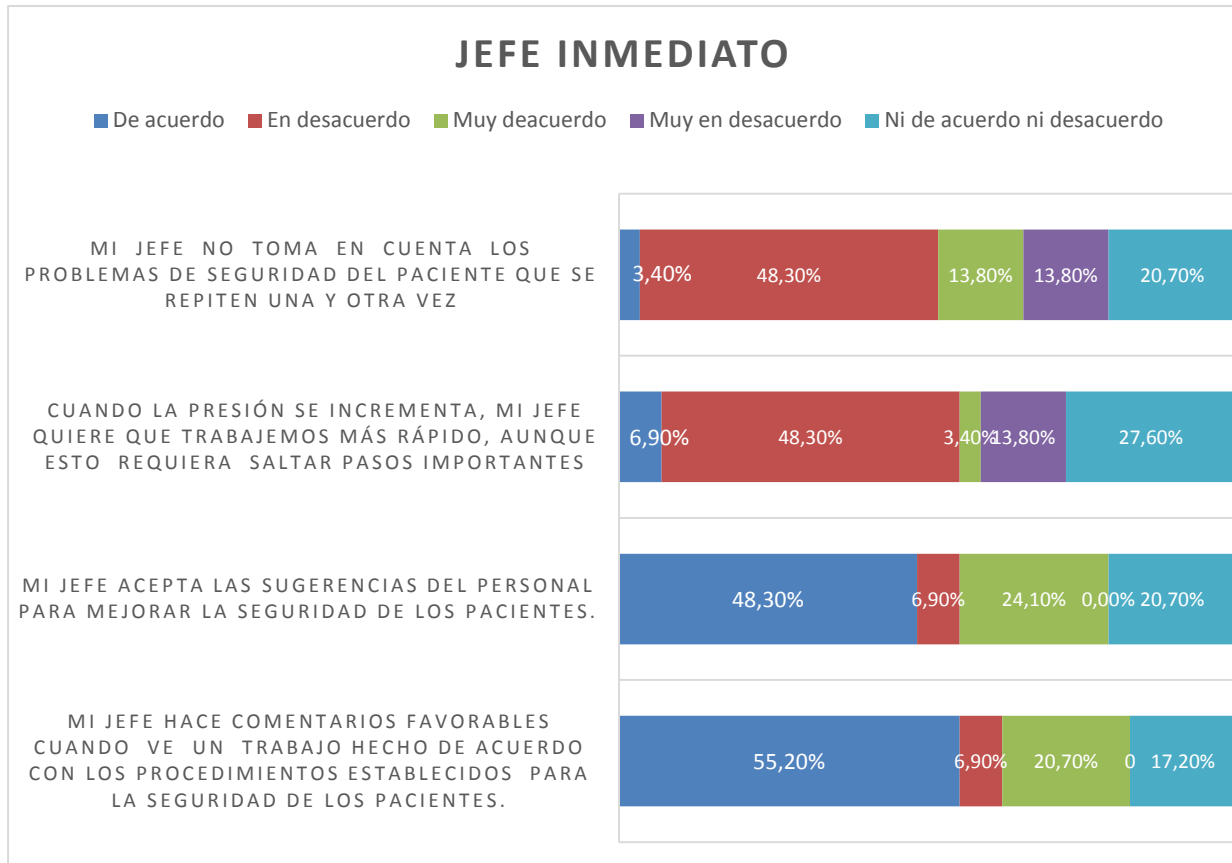
PREGUNTA 9: ¿NUESTROS PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS SON EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE ESRRORES QUE PUEDAN OCURRIR? ÁREA ASISTENCIAL.



El anterior análisis descriptivo de variables correspondiente a la sección A: área de trabajo, de la encuesta realizada al personal administrativo de la Clínica Regional de Occidente, considera que cuenta con el personal suficiente para garantizar la prestación de los servicios de salud, asimismo el personal encuestado siente que existe un apoyo entre las diferentes áreas y considera que existe un buen trabajo en equipo, pero hace falta recalcar la importancia del trato con respeto entre todos los colaboradores para facilitar el cumplimiento de las actividades asignadas y promover una buena atención a los pacientes, por otra parte se deben establecer estrategias para realizar una buena retroalimentación al personal con respecto a errores cometidos y las acciones a implementar para mejorar estas falencias.

**6.11. AREA ADMISTRATIVA
SECCIÓN B: SU JEFE INMEDIATO**

**GRAFICA 21: SECCIÓN B: JEFE INMEDIATO
ÁREA ADMINISTRATIVA.**

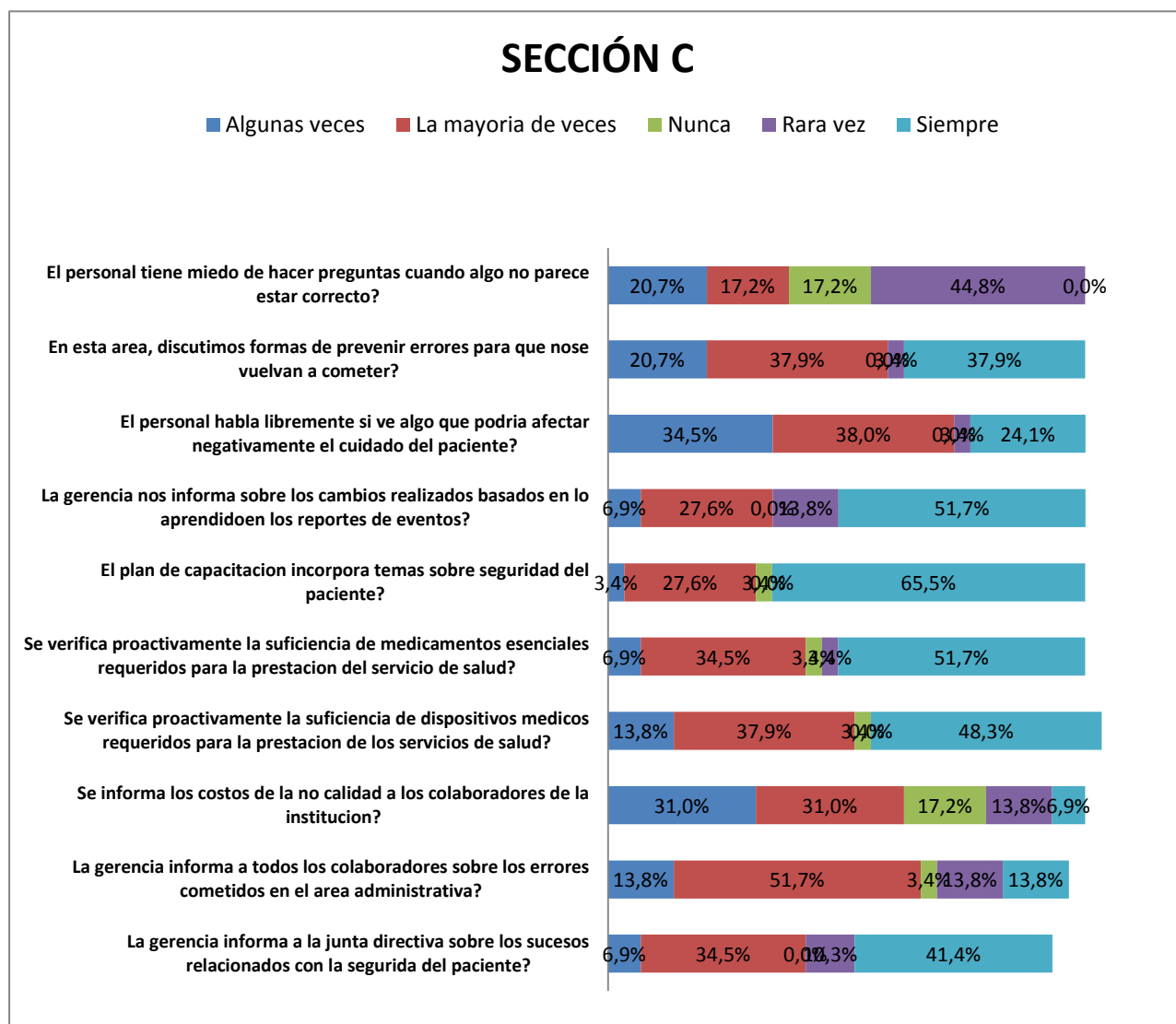


En esta sección se mide la opinión que tienen los colaboradores sobre el jefe inmediato, una parte significativa de los empleados del área administrativa cuando realizan el trabajo de manera adecuada, requieren que los jefes escuchen las sugerencias proporcionadas por ellos o se incrementa la presión en su trabajo diario opinan de nueve áreas evaluadas ocho opinan estar de acuerdo o muy de acuerdo en una proporción del 100% de los empleados evaluados, mientras que el área de atención al usuario se refleja una condición de desacuerdo de un 50% y de acuerdo de un 50%, cuando se habla si el jefe tiene en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, se refleja un 100% en desacuerdo y muy desacuerdo en la áreas de epidemiología, talento humano, líder de servicio, planeación y sistemas, subdirección científica, coincidiendo con la pregunta dos donde el jefe escucha las sugerencias proporcionada por los empleados indicando que se realiza un trabajo especial en la atención a los problemas de seguridad del paciente. Con los resultados obtenidos se puede percibir que el jefe inmediato tiene claro que si realiza una presión laboral alta

para trabajar más rápido se pueden incurrir en errores que pueden generar una mala atención para el usuario y no garantizar la seguridad del paciente con un nivel de confiabilidad alto.

6.12. SECCIÓN C: Con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su trabajo

GRAFICA 22: SECCIÓN C: ¿CON QUÉ FRECUENCIA OCURRE LO SIGUIENTE EN SU TRABAJO? ÁREA ADMINISTRATIVA.



Cuando se consultó al personal administrativo de la institución si la gerencia informa a la junta directiva sobre los sucesos relacionados con la seguridad del paciente, el 41.4% de las personas encuestadas dijo que siempre se informa a la junta directiva sobre los

sucesos relacionados con la seguridad del paciente, por otra parte el 10.3% asegura que rara vez se informa.

Es importante implementar diferentes medios de comunicación para que exista una mejor comunicación entre ambas partes y la información llegue a todo el personal competente.

También se preguntó al mismo personal de la institución si la gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área administrativa, a lo que el 51.7% de los entrevistados dijo que la mayoría de veces la gerencia informa sobre los errores cometidos en el área administrativa, mientras que el 13.8% dijo que rara vez.

Para esta pregunta también se sugiere implementar diferentes medios de comunicación, ya que es importante que todos los colaboradores tengan conocimiento de esta clase de errores e implementar las debidas acciones de mejora.

Cuando se consultó si se informa a cerca de los costos de la no calidad a los colaboradores, el 31% de los entrevistados piensa que algunas veces se les informa a cerca de estos costos, por otra parte el 17.2% opina que nunca se les ha dado esta información. Es importante tener clara esta información, ya que en ocasiones se presentan re procesos que incrementan el valor en la atención por no seguir debidamente los procedimientos implementados y por no tener claro a que puede conllevar los costos de la no calidad en salud.

Por otra parte a la pregunta ¿Se verifica proactivamente la suficiencia de los dispositivos médicos requeridos para la prestación de los servicios de salud? El 48.3% del personal administrativo opinó que siempre se realiza esta verificación, y el 3.4% dice que nunca se hace verificación proactiva a la suficiencia de los dispositivos médicos requeridos para la prestación de servicios de salud. Asimismo se consulto si se verifica proactivamente la suficiencia de medicamentos esenciales requeridos para la prestación de los servicios de salud, a lo que el 51.7% de los encuestados aseguró que siempre se realiza la verificación y solo el 3.4% dijo que nunca se realiza esta revisión.

Se debe realizar una revisión exhaustiva para la suficiencia de dispositivos médicos y medicamentos requeridos en la institución ya que son de vital importancia para poder llevar a cabo una atención integral y brindar una atención con calidad.

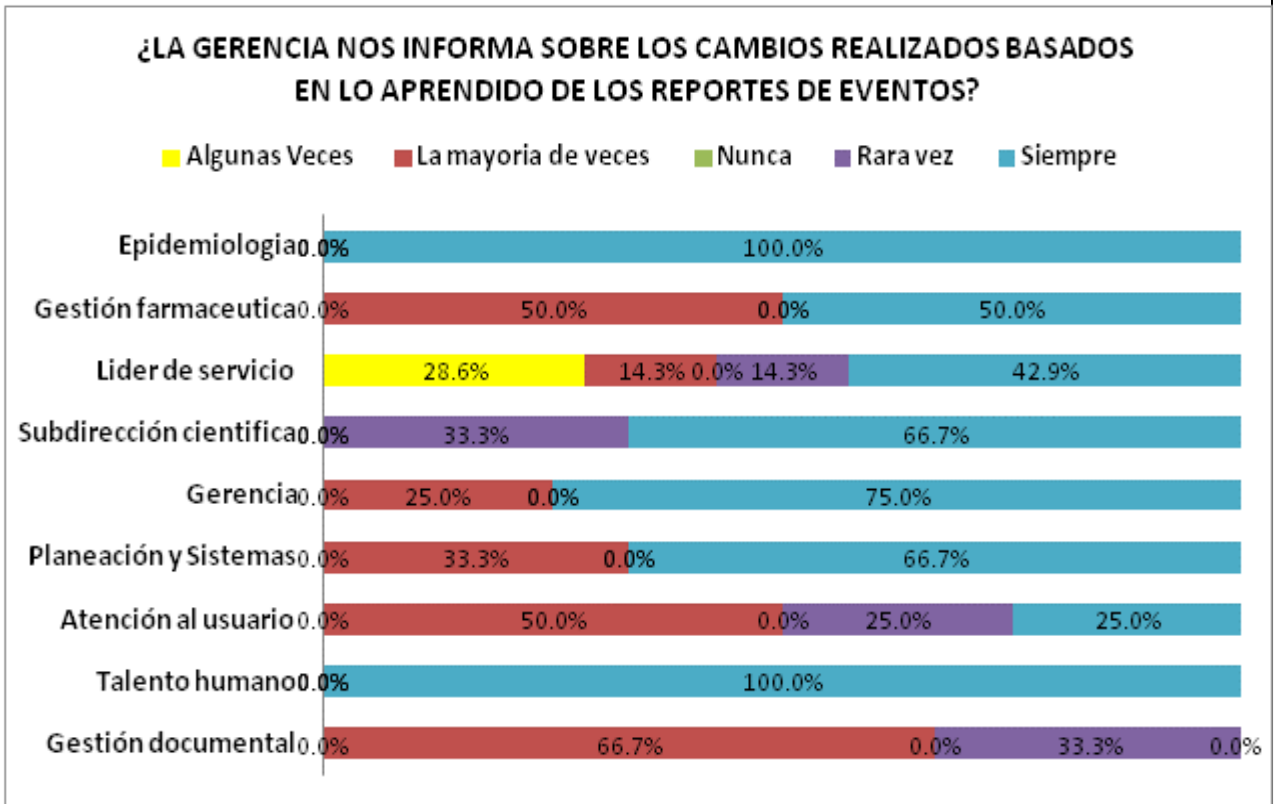
De igual forma, es importante re evaluar el plan de capacitaciones de la institución y adicionar temas de interés referente al tema de seguridad del paciente donde se trate de incluir un mayor número de participantes a los que estas capacitaciones puedan contribuir con un mejor desempeño en su ámbito laboral.

Se debe velar porque la información sobre los cambios realizados basados en lo aprendido en los reportes de los eventos adversos llegue a todos los colaboradores, ya que estos cambios son en pro de la seguridad del paciente y todos deben contar con el conocimiento de las acciones tomadas, teniendo en cuenta que lo ideal de estos

reportes es interiorizarlos, evaluarlos y tomar acciones de mejora para que no vuelvan a ocurrir.

GRAFICA 23. SECCIÓN C: ¿CON QUÉ FRECUENCIA OCURRE LO SIGUIENTE EN SU TRABAJO?

PREGUNTA 7: ¿LA GERENCIA NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS REALIZADOS BASADOS EN LO APRENDIDO DE LOS REPORTES DE EVENTOS? ÁREA ADMINISTRATIVA.



Por otro lado cuando se pregunto al personal de la institución si habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente, el 38% del personal encuestado dijo que la mayoría de veces, mientras el 3.4% dijo que rara vez.

El personal debe sentirse en la libertad de hablar libremente, sobre todo, si evidencia algo negativo en el cuidado del paciente, además están en la obligación de hacer la respectiva notificación para que se haga la adecuada verificación del caso y que prevenir que estos sigan ocurriendo, al igual que no debe sentir miedo de cuestionar o verificar si los procesos y/o procedimientos se están llevando a cabo correctamente, ya que esto permite alertar o corregir a tiempo todas aquellas medidas que se estén realizando inadecuadamente.

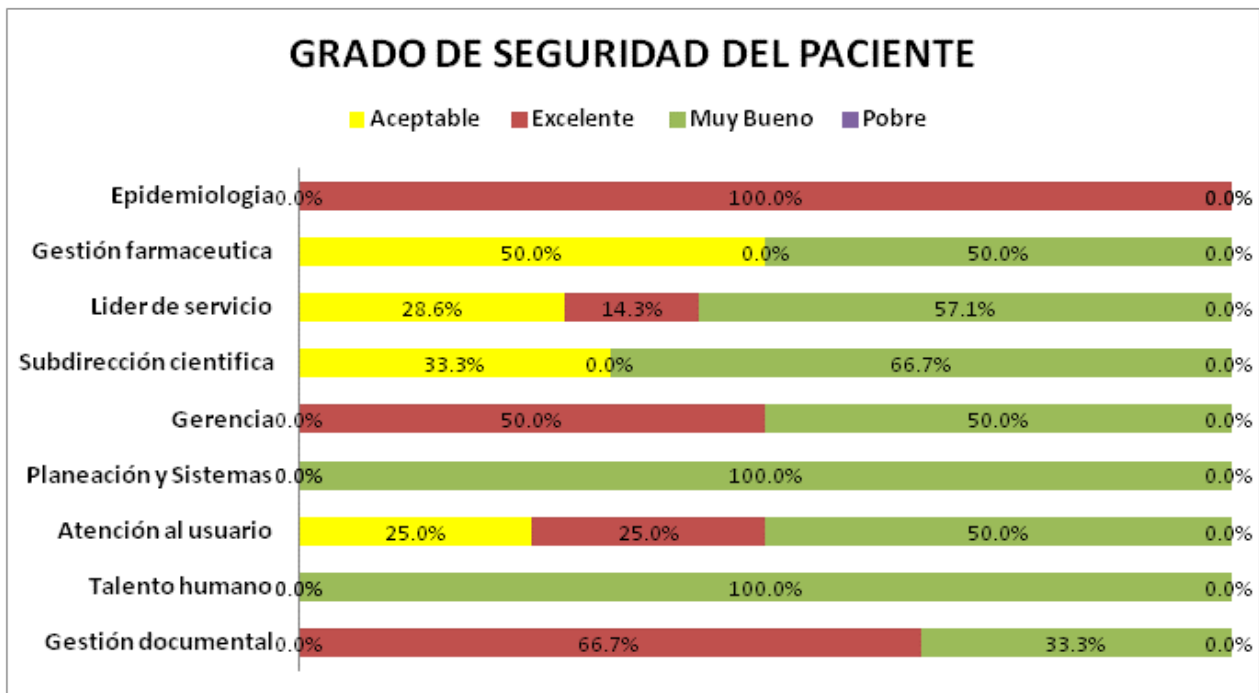
También es importante discutir con evidencias y estar bien documentados para proponer

acciones de mejora que permitan prevenir los errores presentados en cada uno de los servicios de la institución, ya que el 37.9% dice que se discuten formas de prevenir estos errores la mayoría de veces y el 3.4% dice que rara vez.

Con respecto a la anterior sección se puede decir que a pesar de que la información de la gerencia no llega al 100% de sus colaboradores, esta lleva a cabo un buen trabajo y la mayoría de veces les comunica a sus colaboradores sobre cambio o mejoras, de todas formas hace falta evaluar las falencias para de esta forma lograr que la información llegue a todos sus colaboradores. Por otra parte se debe trabajar en los temores y miedos infundados en los colaboradores, para que de igual forma ellos contribuyan sin ningún temor al mejoramiento de los servicio y se pueda prestar una mejor atención.

6.13. SECCIÓN D: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

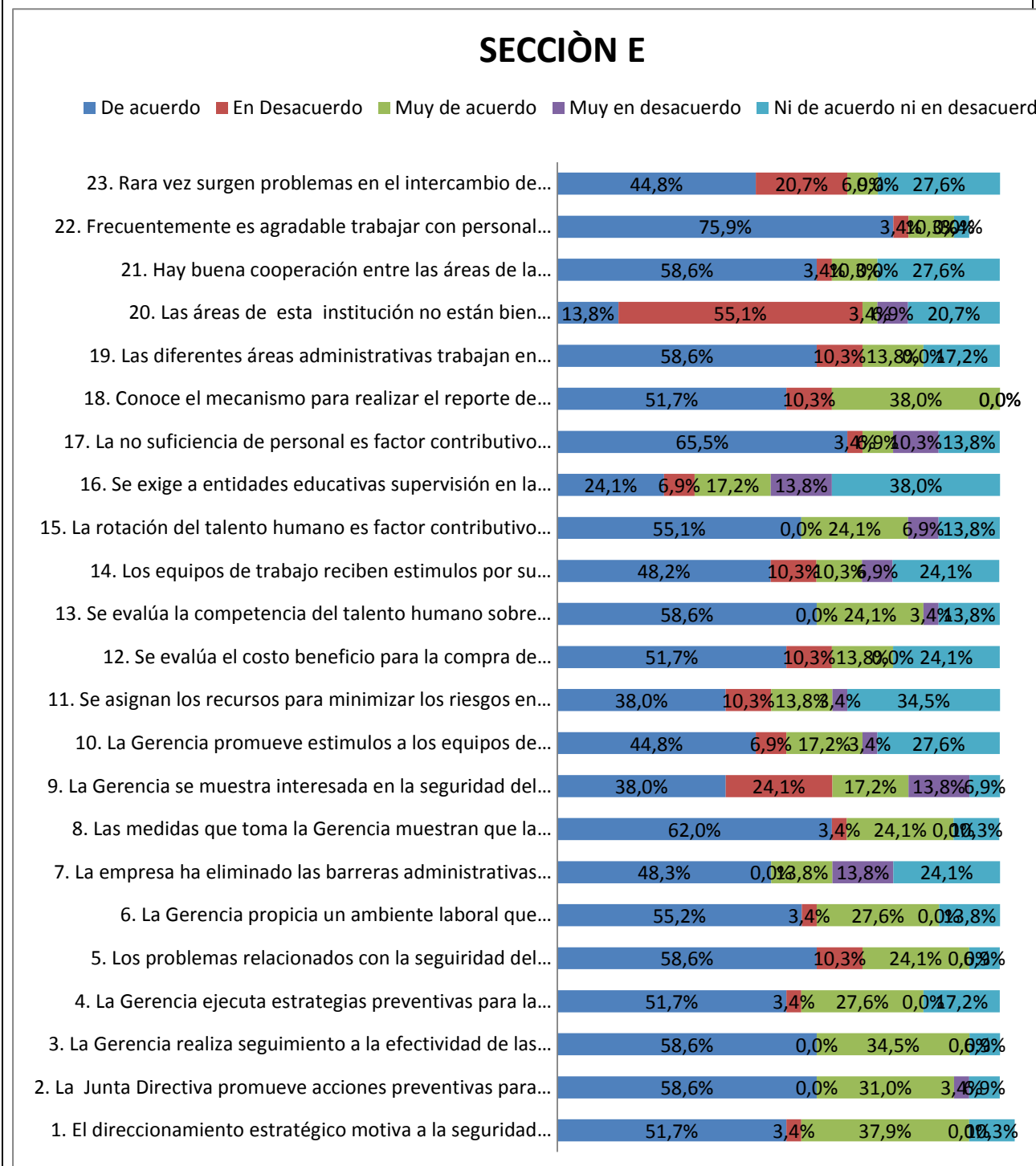
**GRAFICA 24: SECCIÓN D: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
ÁREA ADMINISTRATIVA.**



Se evidencia que entre las áreas encuestadas como son: gestión documental, talento humano, gerencia, epidemiología y planeación y sistemas la respuesta en cuanto al grado de seguridad del paciente es de manera positiva dando un porcentaje de muy bueno y excelente del 100% en la participación de los encuestados, en las áreas de atención al usuario, subdirección científica, líder de servicio y gestión farmacéutica hay un porcentaje entre 50% y 30% de muy bueno, excelente y aceptable, con estos grados de participación se indica el buen trabajo en equipo que se hace a nivel administrativo realizando la implementación de la cultura de seguridad del paciente en la institución.

6.14 SECCION E: SOBRE SU INSTITUCIÓN

**GRAFICA 25: SECCIÓN E: SOBRE SU INSTITUCIÓN
ÁREA ADMINISTRATIVA.**



El análisis de la sección E, corresponde a la Institución, lo que nos muestra que es importante que el direccionamiento estratégico busque medidas y acciones de mejora que incentiven y promuevan a todo el personal en el tema de seguridad del paciente, para que trabajando en equipo se vele por la seguridad del paciente y la calidad en la atención prestada del mismo; ya que el 51.7% del personal administrativo encuestado dijo estar de acuerdo con que el direccionamiento estratégico los motiva a la seguridad del paciente, y solamente el 3.4% dijo estar en desacuerdo.

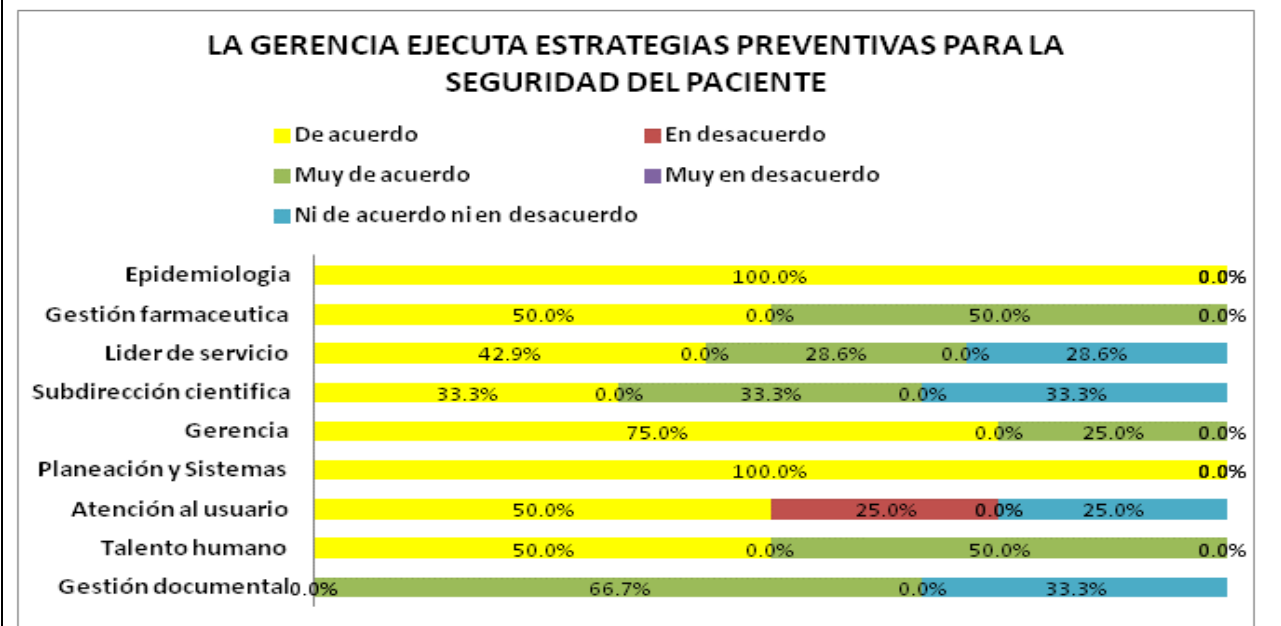
Se puede inferir que en general la promoción de acciones preventivas que lleva a cabo la junta directiva es efectiva y tiene una buena recepción en la mayoría del personal administrativo encuestado, debido a que el personal encuestado dice estar de acuerdo en un 58.6% y solo el 3.4% del personal estuvo en desacuerdo.

También se puede deducir que la gestión de seguimiento de las acciones implementadas en pro de la seguridad del paciente que hace la gerencia en la clínica Regional de Occidente es realmente efectiva y es reconocida por un alto número de colaboradores administrativos correspondiente al 58.6%.

Las estrategias preventivas que ejecuta la gerencia tienen una buena aceptación por parte del personal y se podría decir que esto tiene una buena repercusión en los pacientes atendidos en la clínica, ya que el 51.7% está de acuerdo y solo el 3.4% dijo estar en desacuerdo.

GRAFICA 26: SECCIÓN E: SOBRE SU INSTITUCIÓN

PREGUNTA 4: LA GERENCIA EJECUTA ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ÁREA ADMINISTRATIVA.



Por otra parte, el personal administrativo de la institución, en su mayoría, le atribuye los problemas relacionados con la seguridad del paciente al área asistencial, es importante tener en cuenta que la atención integral de los pacientes se fundamenta en un sistema, donde todo el personal de la institución hace parte de este y es responsabilidad de todos velar por la seguridad de los pacientes. Ya que cuando se preguntó al personal entrevistado si los problemas relacionados con la seguridad del paciente tienen fundamento en el área asistencial, los encuestados estuvieron de acuerdo en un 58.6%.

Cuando se pregunto si la empresa ha eliminado las barreras administrativas para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes la respuesta por parte de los entrevistados, se tornó ambigua, ya que el 48.3% dijo estar de acuerdo, el 24.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo y por otra parte el 13.8% muy de acuerdo y el otro 13.8% muy en desacuerdo. Esto es una muestra de que aún las barreras administrativas que se presentan en el sector salud siguen siendo notables en sus colaboradores y es una muestra de lo que se sigue evidenciando en el sector salud colombiano. Por lo que se recomienda tomar medidas al respecto para que estas barreras vayan disminuyendo y se pueda garantizar una adecuada continuidad en la atención.

Del personal encuestado a la pregunta si la gerencia promueve estímulos a los equipos de trabajo para la seguridad del paciente, el 44.8% dijo estar de acuerdo. Por lo que se recomienda mantener motivado al personal, ya que de esta forma se está promoviendo y valorando las acciones que toma el personal para garantizar la seguridad de los pacientes y de igual forma la permanencia y continuidad de los mismos en la institución.

Cuando se pregunto si se asignan los recursos para minimizar los riesgos en la prestación de servicios de salud, el 38% dijo estar de acuerdo y el 3.4% muy en desacuerdo. Se deben contar y garantizar los recursos para minimizar cada uno de los riesgos en la prestación de servicios de salud y minimizar los costos por re procesos. Es importante que se lleve a cabo un seguimiento en la utilización de los recursos ya que se cuenta con opiniones divididas.

Actualmente en la institución se evalúa el costo beneficio para realizar la compra de los elementos relacionados con la prestación del servicio.

El 51.7% dijo estar de acuerdo y solo el 10.3% no estuvo de acuerdo con la evaluación del costo beneficio que se lleva a cabo en la institución.

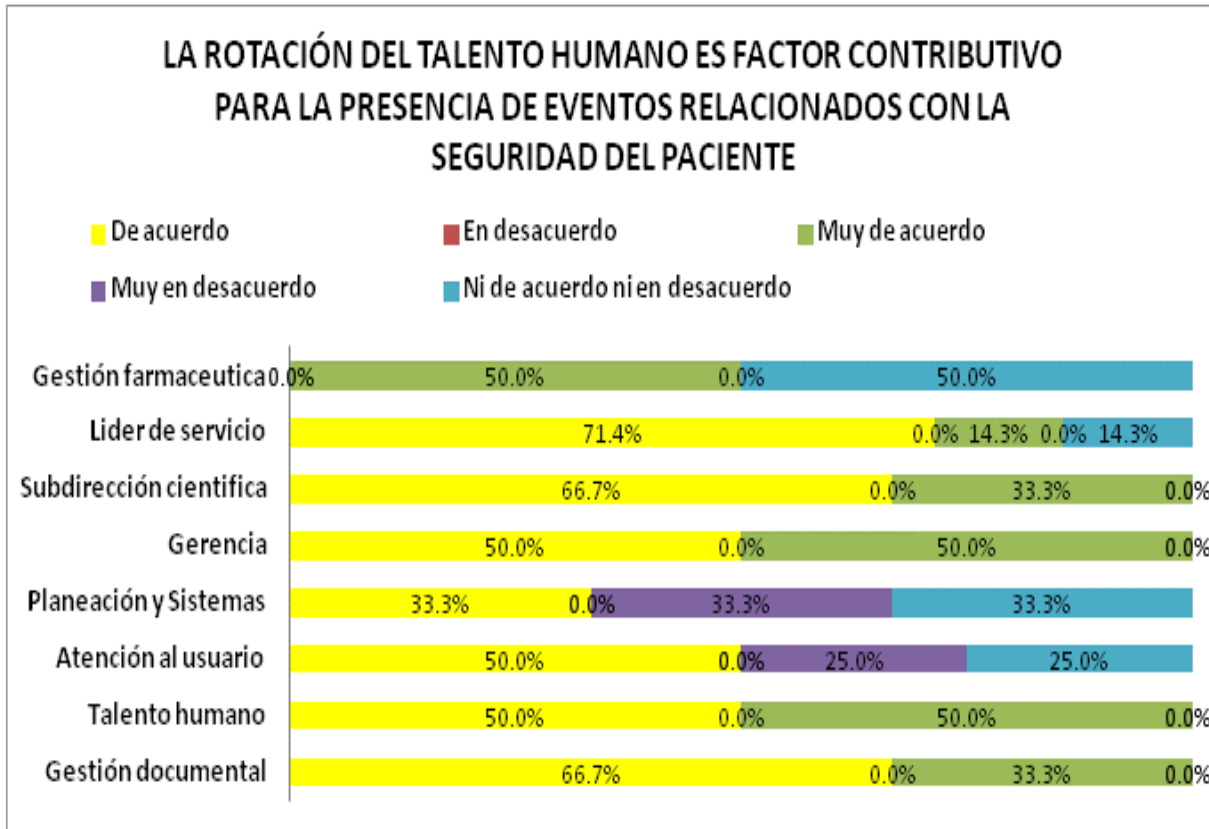
A la pregunta si se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección el 58.6% de los encuestados estuvieron de acuerdo y el 3.4% muy en desacuerdo, lo que nos llevaría a pensar que el área de talento humano realiza una evaluación adecuada sobre la seguridad del paciente en el procedimiento de selección.

Por otra parte, se evaluó la alta rotación del personal, El 51.1% de los encuestados dijo que la rotación del personal es un factor contributivo para la presencia de eventos, ya que esto puede conllevar a la interrupción de los procedimientos o ciclos seguros en la atención de los pacientes, por lo tanto es importante tratar de brindarles las condiciones

óptimas a los colaboradores para evitar una alta rotación.

GRAFICA 27: SECCIÓN E: SOBRE SU INSTITUCIÓN

**PREGUNTA 15: LA ROTACIÓN DEL TALENTO HUMANO ES FACTOR CONTRIBUTIVO PARA LA PRESENCIA DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
ÁREA ADMINISTRATIVA.**



El personal es un factor fundamental para la prestación de un servicio integral en salud, por lo tanto siempre se debe velar por que en la institución se cuente con el personal suficiente para asegurar y garantizar la atención de todos los pacientes, ya que cuando se preguntó si la no suficiencia del personal es un factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con la seguridad del paciente, el 65.5% de los encuestados dijo estar de acuerdo

También Se debe realizar una re capacitación para que el 100% del personal esté enterado del mecanismo o metodología empleada en la institución para realizar el reporte de eventos adversos, ya que a pesar de que el 51.7% y el 38% estuvieron de acuerdo y totalmente de acuerdo, el 10.3% dijo no conocer el este mecanismo.

Es importante tener presente que el trabajo en equipo facilita la atención de los pacientes y puede garantizar una atención segura y de calidad, el 58.6% del personal administrativo de la institución aseguró que trabajan en equipo para propiciar la seguridad de los pacientes.

Por otra parte, las áreas de la clínica Regional de Occidente cuentan con una buena coordinación ya que el 58.6% asegura que existe una buena cooperación entre todas las áreas.

Es importante que todos los colaboradores hablen el mismo idioma y exista una buena comunicación entre todas las áreas.

La atención integral en salud requiere de la cooperación de todas las áreas y por lo tanto de todos sus colaboradores, donde se garantice que todos trabajan en pro de la salud de los pacientes. También es importante que todos los colaboradores hablen el mismo idioma y exista una buena comunicación entre todas las áreas.

A la pregunta, ¿Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras áreas en esta Institución? El 75.9% de los encuestados estuvo de acuerdo y el 3.4% se encuentra en desacuerdo.

El resultado muestra que el ambiente laboral de la institución es agradable para sus colaboradores y que entre ellos se colaboran y existe un buen trabajo en equipo

De acuerdo a los resultado obtenidos en la Sección E: la institución, se logra evidenciar que la gerencia promueve un ambiente laboral donde se trabaja en pro de la seguridad del paciente, por lo que se evidencia una buena gestión por parte del direccionamiento estratégico de la institución que vela porque haya una atención de calidad en cada uno de los servicios.

Se debe continuar trabajando en la eliminación de las barreras por la parte administrativa para que se garantice una continuidad en la atención y los tratamientos de los pacientes.

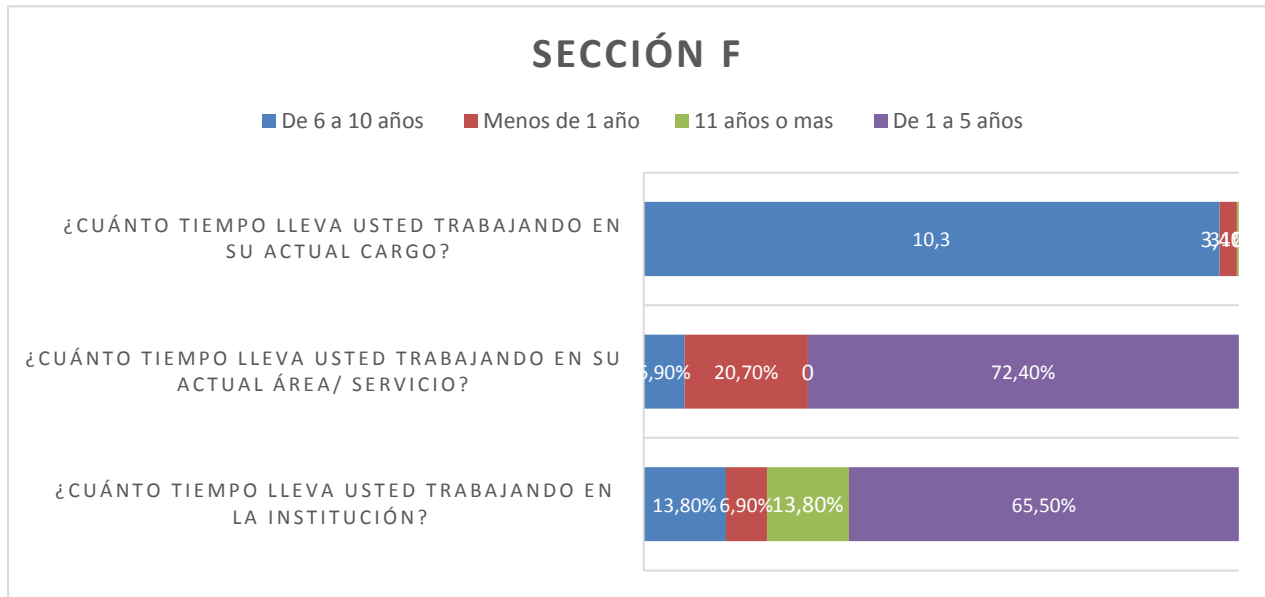
Por otra parte es importante mantener motivado e incentivar a los colaboradores para disminuir la rotación del personal y garantizar un buen trabajo en equipo y la adherencia a cada uno de los procesos.

Se debe considerar hacerle un ajuste al plan de capacitaciones donde se incluyan temas relacionados con la seguridad del paciente y donde se socialicen los eventos reportados y se haga una retroalimentación de las acciones de mejora tomadas.

En general el personal del área administrativa muestra un alto compromiso con la seguridad del paciente.

6.15. SECCION F: ANTECEDENTES

GRAFICA 28: SECCIÓN F: ANTECEDENTES ÁREA ADMINISTRATIVA.



Se evidencia en el área administrativa que la mayoría de empleados llevan tanto en la institución como en su actual área una notable antigüedad de un año a cinco años con un porcentaje del 70%, entre once años o más con un porcentaje de 50%, de seis años a diez años del 25% y por ultimo un 14% menos de un año, esto es un punto favorable para considerar que los empleados están adoptando en un porcentaje medio el programa de seguridad del paciente, se podría ejercer cambios y compromisos de ser necesario ya que hay un mayor compromiso por la antigüedad que se evidencia.

En las áreas de gestión documental y líder de servicio el 100% pertenece a la profesión de líder de proceso, en el área de gestión farmacéutica y epidemiología el 100% pertenece a auxiliares administrativos, en gerencia el 50% pertenece a líder de proceso, 25% a secretaria y otro 25% a jefe de oficina, en el área de subdirección científica 33,3% a líder de proceso, 33,3% a promotora de salud y 33,3% a secretaria, en el área de planeación y sistemas un 33,3% a jefe de oficina, 33,3% a líder de programa y un 33,3% a profesional universitario, y por último en el área de atención al usuario de evidenció un 50% de profesionales universitarios, 25 % de personal de apoyo y otro 25% del grupo de técnicos operativos. Se evidenció en las áreas de gestión documental, talento humano, gestión farmacéutica y epidemiología un 100% en carrera administrativa, en el área de atención al usuario y subdirección científica un 100% con contrato por prestación de servicios, en el área de líder de proceso un 85,7% en carrera administrativa y un 14,3% en contrato por prestación de servicio, en gerencia un 75% por carrera administrativa y un 25% en contrato por prestación de servicio y en el área de planeación y sistemas un

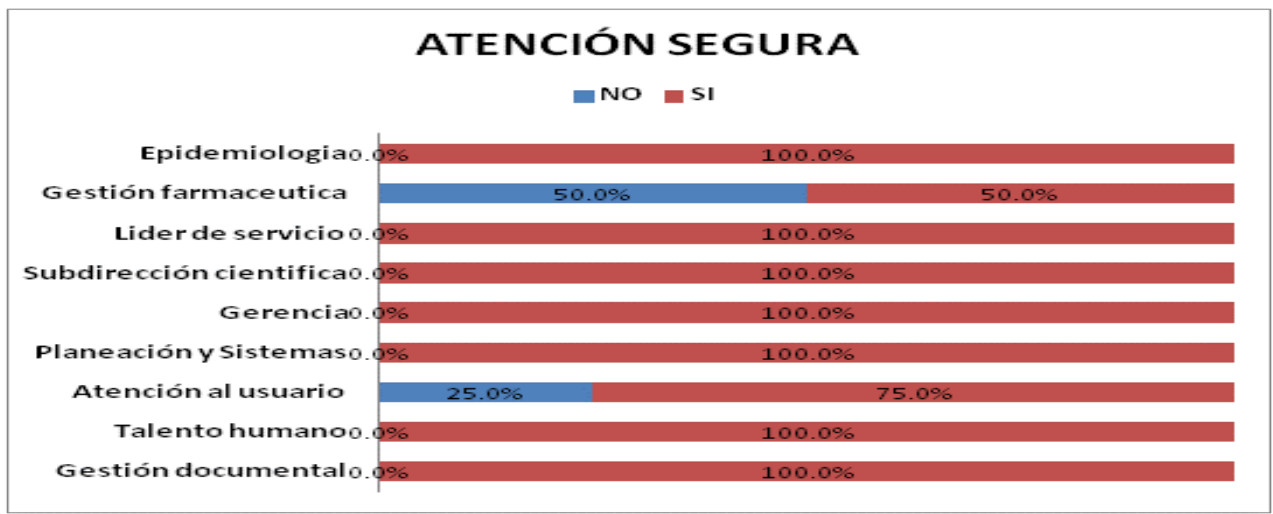
66,7% como carrera administrativa y un 33,3% como contrato por prestación de servicios.

Se evidenció que en las áreas de talento humano, atención al usuario, subdirección científica, gestión farmacéutica y epidemiología el 100% tienen interacción directa con los pacientes, el área de líder de servicios tiene el 85,7% de contacto con los pacientes mientras que el 14,3% no lo tiene, en el área de gerencia el 75% tiene un contacto con los paciente y el 25% no lo tiene y por último el área de gestión documental el 66,7% no tiene contacto con los paciente y el 33,3% si tiene interacción con los paciente. Se evidenció en las áreas de gestión documental, gestión farmacéutica y epidemiología el 100% manifestaron llevar de 1 a 5 años en el cargo actual, en el área de planeación y sistemas un 66.7% de 1 a 5 años y un 33,3% menos de 1 año, en el área de gerencia un 75% de 1 a 5 años y un 25% menos de 1 año, en el área de talento humano el 50% de 1 a 5 años y el 50% de menos de 1 año, en el área de líder de servicios el 71,4% menos de 1 año y el 14,3% de 1 a 5 años, en el área de atención al usuario el 50% de 6 a 10 años, el 25% de 1 a 5 años y el otro 25% menos de 1 año y por último el área de subdirección científica evidenció el 33,3% de 1 a 5 años, 33,3% de 11 a 15 años y el 33,3% de 6 a 10 años.

Cuando se cuenta con personal con experiencia en el desarrollado de sus actividades, el tiempo dedicado a la consecución de sus obligaciones hace que las labores se ejecuten como se deben de realizar, que la planeación sea efectiva y que se logren los objetivos establecidos para la satisfacción de las necesidades de los usuarios y el beneficio de su seguridad. Una estabilidad laboral, favorece la cultura de seguridad del paciente, lo cual es importante la adherencia de los procesos y prestar una mejor atención.

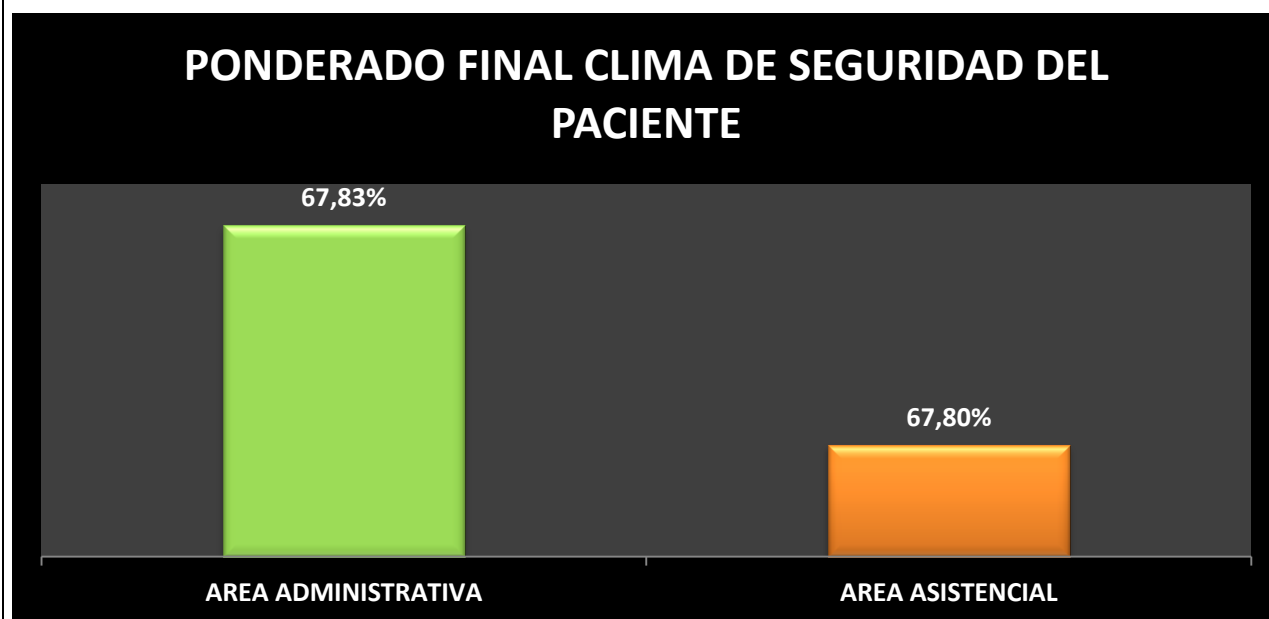
6.16. SECCIÓN H: ATENCIÓN SEGURA

GRAFICA 29. SECCIÓN H: ATENCIÓN SEGURA



Se evidenció en las áreas de gestión documental, talento humano, planeación y sistemas, gerencia, subdirección científica, líder de servicio y epidemiología manifestaron en su totalidad el 100% que los pacientes son atendidos de forma segura, y en el área de gestión farmacéutica el 50% considera que son atendidos de forma segura y el 50% considera que no son atendidos de forma segura y en el área de atención al usuario el 75% considera que los pacientes son atendidos de forma segura y el 25% no lo considera de forma segura. Con estos resultados se puede evidenciar que la institución está trabajando para dar una adecuada y excelente atención con respecto a la seguridad del paciente a pesar que hay un porcentaje bajo de los empleados que consideran que aún hace falta generar más cultura de seguridad del paciente.

GRAFICA 30: PONDERADO FINAL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



El estudio evaluó el clima de seguridad del paciente según el área administrativa y asistencial. En general el ponderado final de la percepción de seguridad del paciente en Clínica Regional De Occidente, es medianamente positivo, debido a que no se encuentra en el 100%, en las áreas administrativa y asistencial, se evidencia que se encuentra en proceso de mejoramiento además se debe implementar y diseñar estrategias para la motivación del personal que labora en la clínica debido a que el porcentaje se encuentra 67,80% en relación a la percepción que se tiene sobre seguridad del paciente, sería importante intervenir la concientización de la importancia del reporte debido a que las áreas de rehabilitación con el 94,7%, consulta externa con el 83,3%, otra con el 66,7%, urgencias con el 65,9%, hospitalización con el 57,5% y cirugía con el 33,3% son las áreas que en mayor proporción manifiesta no haber realizado ningún reporte en los últimos 12 meses, lo cual demuestra la falta de cultura de reporte de eventos adverso, se debe intervenir en generar conciencia de la importancia del reporte y el grado de responsabilidad que tiene el personal asistencial

por tener contacto directo con el paciente. Como se evidencio en los resultados de la encuesta en relación al apoyo por parte de la gerencia en la sección B la cultura de seguridad del paciente promovida por el jefe inmediato del personal asistencial, esta entre el 75% y 100% de general se evidencio aprobación en relación a que el Jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes sin embargo se debe impulsar estos procesos y acciones encaminadas a mejorar la precepción en la atención del paciente con la finalidad de brindad servicios con calidad y calidez.

6.17. COMENTARIOS LIBRES DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS:

Se obtuvieron 49 comentarios de los cuales 6 fueron de agradecimiento, 16 fueron considerados como positivos frente a la implementación del programa, su líder y el grado de cultura de seguridad. Se identificaron 27 opiniones de oportunidad de mejoramiento como: 10 para procesos seguros, 6 relacionados con planta de personal insuficiente, 5 para trabajo en equipo, 4 para cultura del reporte, 1 para la cultura de seguridad del paciente.

- La principal pieza en un servicio de salud es el jefe, estableciendo vínculos muy importantes entre las partes de una institución, es por eso que se debe promover una comunicación muy asertiva bajo regímenes y principios éticos promoviendo una atención segura así la atención que se le debe brindar al paciente.
- Se puede observar que el personal administrativo interactúa en su mayoría con los pacientes lo facilita que se presta una atención con calidad de forma segura, la estabilidad laboral que se presenta en la mayoría de empleados facilita desplegar una serie procesos para integrar cada área de importancia logando una adherencia a los procesos de seguridad del paciente.
- Con estos resultados se puede evidenciar que la institución está trabajando para dar una adecuada y excelente atención con respecto a la seguridad del paciente.
- Se puede inferir que en general la promoción de acciones preventivas que lleva a cabo la junta directiva es efectiva y tiene una buena recepción en la mayoría del personal administrativo encuestado.
- La gestión de seguimiento de las acciones implementadas en pro de la seguridad del paciente que hace la gerencia en la clínica Regional de Occidente es realmente efectiva y es reconocida por un alto número de colaboradores administrativos.
- El personal administrativo de la institución, en su mayoría, le atribuye los

problemas relacionados con la seguridad del paciente al área asistencial, es importante tener en cuenta que la atención integral de los pacientes se fundamenta en un sistema, donde todo el personal de la institución hace parte de y es responsabilidad de todos velar por la seguridad de los pacientes.

- La alta rotación del personal puede conllevar a la interrupción de los procedimientos o ciclos seguros en la atención de los pacientes, por lo tanto es importante tratar de brindarle las condiciones óptimas a los colaboradores para evitar una alta rotación
- El personal es un factor fundamental para la prestación de un servicio integral en salud, por lo tanto siempre se debe velar por que en la institución se cuente con el personal suficiente para asegurar y garantizar la atención de todos los pacientes.

7. CONCLUSIONES

- La presentación de la encuesta no permite una comprensión rápida de las preguntas debido a que muchas son afirmaciones positivas y otras negativas para calificar en acuerdo, muy de acuerdo, desacuerdo muy en desacuerdo, ni en acuerdo ni desacuerdo, es un juego de palabras que dificulta el procesamiento confundiendo la respuesta, dificultando el análisis de la encuesta.
- En general los encuestados perciben que existe cultura de seguridad del paciente, se sienten identificados con las barreras de seguridad aplicadas a los procesos asistenciales de la cotidianidad del servicio, con un ponderado de clima de seguridad del paciente tanto el personal administrativo como asistencial del 70%.
- El personal encuestado tiene la experticia para contestar asertivamente las preguntas relacionadas con seguridad del paciente por ser en su mayoría personal asistencial entrenado y capacitado en temas de seguridad del paciente.
- El apoyo mutuo y el respeto como característica del trabajo en equipo es percibido positivamente en la mayoría de los encuestados especialmente en el servicio de laboratorio, rehabilitación, cirugía y urgencias, observando que en hospitalización solo se percibe esta condición en un 50% del personal encuestado siendo desfavorable teniendo en cuenta que en este servicio se requiere que las actividades que se realizan diariamente sobre el cuidado del paciente adulto mayor con múltiples comorbilidades, se hagan en forma coordinada en equipo respetándose en los roles de trabajo.
- A excepción de la opinión del Laboratorio, no se cuenta con la planta de personal

completa de acuerdo al nivel de complejidad y la adecuación de volumen de los servicios, coincidiendo con la condición de trabajar más horas de lo establecido en la opinión del 50% de los encuestados en cirugía y rehabilitación, no contando con la alternativa de cobertura con personal temporal para las diferentes situaciones que así lo requiera el servicio.

- En una proporción promedio del 70% de los encuestados afirman que la prevención de errores existe y es efectiva, a pesar de que se realice más trabajo en cada uno de los servicios.
- Con respecto a el concepto de atención segura en los diferentes servicios es satisfactorio la opinión de los encuestados percibiéndolo positivamente entre el 88,3 al 100%.
- Con respecto al tipo de vinculación entre un 60 al 80% son de contratación prestación de servicios y los médicos generales a través de un contrato tercerizado, solo en un 20% son de carrera administrativa, por otra parte la rotación del personal es alto porque los tiempos de vinculación está entre uno a cinco años. Lo que permite concluir que no hay sentido de pertenencia a la institución, dificultad a la adherencia a protocolos, guías y normas internas propias de la institución.
- En general hay opiniones positivas que fluctúan entre un 70 al 100% en relación con la actitud del jefe frente a la seguridad del paciente en aspectos como sus comentarios, incentivos de reconocimiento, aceptación de sugerencias.
- Solo se llegó al 45% en la opinión que se retroalimenta los cambios realizados, aún existe una proporción alta de temor a hablar libremente con respecto a la identificación de errores, lo que permite concluir que el despliegue de información desde la gerencia a los grupos de trabajo es baja no generando espacios de confianza e interacción entre la gerencia y el equipo asistencial.
- Por tratarse de una institución jerarquizada la libertad de cuestionar al jefe es baja solo en salas de cirugía se obtuvo un porcentaje del 50% y en los demás servicios entre el 66 al 31%.
- Intervenir los servicios por el programa de seguridad del paciente genera en los encuestados una mejor capacidad de respuesta en conceptos técnicos y de percepción de seguridad que en los servicios de baja intervención.

- La gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente, y solo en ocasiones el personal siente libre de cuestionar las acciones o decisiones de aquellos con mayor autoridad.
- El porcentaje de percepción de clima de seguridad del paciente está entre 66 y 70% es un resultado medianamente positivo debido a que no es obtuvo el 100% en la respuesta por parte del personal tanto asistencial como administrativo esto se debe a los resultados arrojados en la encuesta en relación a la cultura del reporte, aun no se tiene conciencia de la importancia que tiene para el mejoramiento continuo de los procesos sin embargo es de destacar que el trabajo en equipo es una gran fortaleza lo que genera confianza entre los actores, permitiendo resolver interrogantes en relación a la prestación del servicio y la atención del paciente, además de que se considera que en la clínica entre un 83% y 100% la atención es segura lo que brinda un respaldo de calidad en la prestación del servicio al paciente y su familia.

8. RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta que el porcentaje de calificación para el trabajo en equipo para hospitalización fue de 42.1% es necesario fortalecer las habilidades para trabajar en equipo en este servicio
- Generar relaciones de confianza que permitan que el personal se exprese libremente sin temor a la creencia de la afectación de su calificación técnica y hoja de vida.
- Sería importante que la institución estableciera condiciones de vinculación más favorables para el trabajador que permita un mejor sentido de pertenencia y estabilidad laboral debido a que el rango de contrato por prestación de servicios se encuentra entre un 60 y 70% del personal encuestado.
- En relación a la cultura del reporte de eventos adverso no se realiza entre un 80 a 90% según los resultados de la encuesta, se debe fortalecer la cultura del reporte y análisis de eventos adversos, incidentes y fallas los servicios de la institución y así realizar capacitación para que el 100% del personal este enterado del mecanismo para realizar esta clase de reportes en la institución, ya que son de suma importancia para implementar las acciones de mejora y trabajar en pro de los pacientes.
- Priorizar la intervención en el programa de seguridad del paciente en los servicios

de consulta externa y apoyo diagnóstico y terapéutico debido a que según los resultados de la encuesta entre el 47 y 50% de los encuestados perciben que en los servicios no se evidencia clima de seguridad del paciente.

- Continuar perfilando el trabajo de guías y protocolos en su ajuste, implementación, autoevaluación y seguimiento.
- Según los resultados de la encuesta tanto el personal asistencial y administrativo el clínica de seguridad del paciente se encuentra en un rango de 60 a 70% sería importante que el direccionamiento estratégico busque estrategias y acciones de mejora que incentiven y promuevan a todo el personal en el tema de seguridad del paciente, para que en equipo se vele por la seguridad del paciente y la calidad en la atención prestada del mismo

9.BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. (2009). Seguridad del paciente. Bogotá, Colombia. MINISTERIO
<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
2. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza (citado el 17 de febrero de 2009)
http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final
3. Organización Mundial de la salud. (2008). Definición, Cultura de seguridad del paciente. http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
4. “Evolución de la Seguridad del paciente el contexto mundial y su perspectiva en México” <https://amcg.org.mx/images/docs/pacientes/herramientas/Seguridad.pdf>
5. Estudio IBEAS prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Informes, estudio e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. España 2009
6. Jaraba-Becerril C, Sartolo-Romeo MT, Villaverde-Royo MV, et al. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. An Sist Sanit

Navar. 2013;36:471---7

7. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir.* 2010; 78:527---32.
8. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagon N, ForeroSupelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H. [Incidence and preventability of adverse events in patients hospitalised in three Colombian hospitals during 2006]. *Rev Salud Pública Bogotá Colomb.* 2008 May; 10(2):215–26.
9. Jimeno Duce AJ. La importancia de la cultura [Internet]. *Elpais.com El Pensam. En Palabras.* 2011 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://lacomunidad.elpais.com/ajimenuduce/2010/8/11/la-importancia-lacultura>
10. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente [Internet]. [Cited 2013 May 5]. Available from: http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
11. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature: Patient Safety Culture. *J Nurs Scholarsh.* 2010 Jan 21; 42(2):156–65.
12. Carrada-Bravo T. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? *Rev Médica IMSS.* 2002; 40:203–11.
13. Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
14. Decreto 1011 de 2006
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
15. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980*
16. International Organization for Standardization. *Quality: terms and definitions.* 1989.
17. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Guía Práctica para la Acreditación en Salud [Internet]. 2005 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%A1Da%20de%20preparacion%20para%20la%20Acreditaci%C3%B3n.pdf>

18. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. av.enferm., XXIX (2): 363-374, 2011. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>

19. Paquetes instruccionales, guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientospara Implementaci%C3%B3n de Pol%C3%ADtica de Seguridad del Paciente.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LineamientosparaImplementaci%C3%B3ndePol%C3%ADtica%20deSeguridaddelPaciente.pdf)