

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS
DE BAJA COMPLEJIDAD, BUGA- VALLE 2018

INVESTIGADORES:

Herminia María Andrade
Flor Lorena Martínez Cárdenas
Yuliana Isabel Moreno
Mario German Novoa Muriel
Viviana Ramirez Cortes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI VALLE DEL CAUCA
AÑO 2018

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS
DE BAJA COMPLEJIDAD, BUGA - VALLE 2018

INVESTIGADORES:

Herminia María Andrade
Flor Lorena Martínez Cárdenas
Yuliana Isabel Moreno
Mario German Novoa Muriel
Viviana Ramirez Cortes

TUTOR:

Paula Andrea Peña López
Ingeniera industrial

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI VALLE DEL CAUCA
AÑO 2018

CONTENIDO

1.	INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	4
2.	RESUMEN	5
3.	OBJETIVOS	11
4.	REFERENTE TEORICO	12
5.	DISEÑO METODOLÓGICO	18
6.	RESULTADOS OBTENIDOS	25
7.	CONCLUSIONES	47
8.	RECOMENDACIONES	50
9.	BIBLIOGRAFIA	51



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 una institución de salud de la ciudad de Buga, en el año 2018.

Investigadores:

Herminia María Andrade.
Flor Iorena Martínez Cárdenas.
Yuliana Isabel moreno.
Mario German Novoa Muriel.
Viviana Ramirez Cortes.

Línea de Investigación:

Gestión de calidad

Programa de Posgrado al que se articula:

Administración de la salud

Lugar de Ejecución del Proyecto: Redes Imat clínica de fracturas

Ciudad: Buga

Departamento: Valle del Cauca.

Duración del Proyecto (periodos académicos): 2 periodos.

2. RESUMEN

2.1 RESUMEN

La 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. Al ser un componente crítico de la calidad en la prestación de los servicios de salud, debe ser medido y analizado para identificar las diferentes barreras que impidan generar cultura de seguridad del paciente en una institución prestadora de servicios de salud; La presente investigación describe la percepción de la cultura de seguridad del paciente de los empleados de las áreas administrativas y asistenciales de Redes Imat Clínica de Fracturas S.A. S, mediante el Instrumento de medición: Encuesta Clima de Seguridad, proporcionada por la institución de educación superior, con la aprobación de la gerencia y representante jurídico de la IPS. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en la clínica de segundo nivel mencionada anteriormente, ubicada en la ciudad de Buga en el Valle del Cauca, todo esto mediante la caracterización del talento humano participante en la medición, determinando el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (clima, actitud, comunicación, oportunidad en reporte, prácticas interdisciplinarias), estableciendo el grado general de percepción en seguridad del paciente y la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente en la institución.

Se trata de un estudio cuantitativo de carácter descriptivo transversal, dado que el objetivo de la investigación fue la de realizar una medición, en una población ya identificada y en un solo tiempo, realizado durante el año 2018, la muestra estuvo constituida por 47 empleados de las áreas administrativas y asistenciales, se incluyeron los funcionarios que aceptaron participar voluntariamente y que cumplían con los criterios establecidos, la medición se realizó con el instrumento suministrado del macro proyecto sobre cultura de seguridad del paciente de la Universidad Católica de Manizales. Se obtuvo como resultado que el promedio del clima de seguridad del paciente en el área administrativa es del 51,94% y en el área asistencial es del 68,65%, calificándose como fortaleza el área asistencial, partiendo de este porcentaje como el máximo a alcanzar, no se toma la escala internacional, debido a que este clasifica como positivo todo lo que sea mayor al 75%, es por esto que para realizar un mejor análisis se toma como base el promedio general en el clima de seguridad del paciente, es aquí donde se aclara que todo las secciones de la encuesta que se encuentren por debajo de este valor, se definirán como oportunidades de mejora y por ende las secciones que superen

esta cifra serán denominadas fortalezas institucionales. Por último, se realizan las conclusiones y recomendaciones y con las oportunidades de mejora evidenciadas se construye un plan de mejoramiento aplicable a la institución.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente, es un tema de actualidad global, y mucho más cuando los servicios de salud se han convertido en un negocio lucrativo, donde prima el factor económico, y no el servicio de salud humanizado, son muchos los prestadores de salud que abren sus puertas diariamente, lo que de igual forma incrementa la presencia de eventos adversos, porque es claro que en cualquier escenario clínico, se pueden presentar estos eventos, que ponen en peligro la vida de los pacientes y en tela de juicio la calidad del servicio prestado. Es relevante el tema, tanto que hoy en día la falta de seguridad el paciente, es considerado un problema de salud pública Mundial.

Se han realizado, varios estudios, para profundizar en la prevalencia de eventos adversos, entre uno de los más relevantes se encuentra el Estudio IBEAS realizado en el año 2010, es un proyecto realizado en Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina, y tuvo entre sus objetivos estimar la prevalencia de eventos adversos en sesenta y cinco hospitales latinoamericanos, de los cuales Colombia eligió 12 hospitales públicos y privados. Se evaluaron 11.426 pacientes hospitalizados y se encontró una prevalencia de eventos adversos del 10.5% para todos los países participantes, y del 11,6% para Colombia(1).

Dada la constante ocurrencia de eventos adversos, tanto a nivel nacional como internacional, y el esfuerzo de todos los Países por disminuir estos eventos, Colombia se une al esfuerzo en el 2005 con el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, y así implementar un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad implemento como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud el desarrollo de programas de seguridad del paciente, así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente(2). En el año 2008 se lanzó la política de seguridad del paciente y una guía técnica de buenas prácticas en seguridad, e impartió instrucciones para que las instituciones se colocaran en práctica. Con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en el año 2014 mediante la resolución 2003, se establece la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente(3).

Desde entonces son numerosos las implementaciones normativas y técnicas dirigidas por el Ministerio con el fin de hacer más seguros los procesos de atención, mejorar la calidad y proteger al paciente de riesgo derivados de la

atención en salud, todo esto con el propósito que los prestadores de salud, puedan identificar los errores más frecuentes en la atención en salud y los puedan gestionar.

Teniendo en cuenta la normativa anteriormente mencionada de seguridad del paciente en Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga, tiene entre sus prioridades dar cumplimiento al mejoramiento de la calidad, definiendo así políticas para la prevención, el control de los riesgos y el sistema de vigilancia de eventos adversos. Cuenta con certificación del sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2008 de INCONTEC en el año 2014, con una política de seguridad del paciente que refiere: “Nos comprometemos con la prevención y el control de los riesgos propios de la atención y en ofrecer a nuestros pacientes la seguridad clínica que requiere cada caso. Fomentamos la cultura de seguridad a través de la capacitación continua y el entrenamiento de nuestro personal e integramos a la familia en el cumplimiento del programa de seguridad, marco del modelo de atención de nuestra organización”(4).

La institución ha implementado desde el año 2012 la política de seguridad del paciente pero no se ha cuantificado la percepción de la cultura de seguridad del paciente, empleando la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (5) ; para que el programa implementado en la institución logre sus objetivos requiere ser conocido y no ser implementados exclusivamente como un ítem de cumplimiento de estándares de calidad, por lo anterior, en la institución se siguen presentando continuamente incidentes y eventos adversos, no hay evidencia que se realice el reporte de la totalidad de los eventos adversos ante el ente de control según la normativa, y adicionalmente no hay evidencia de la socialización de los eventos detectados, dificultando así el cumplimiento de esta política, y generando conflictos a la institución como quejas por parte de los usuarios y contra los profesionales de salud por tratamiento farmacológicos innecesarios, estancias prolongadas, reingresos al servicio de urgencias u hospitalización por el misma causa, flebitis, resultados de laboratorio extemporáneos entre otros, adicional a esos se identifica un voz a voz que deteriora el buen nombre de la institución y posibles problemas jurídicos (6).

2.3 JUSTIFICACION

La 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.

Hoy en día tras los avances de la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina se abre la esperanza a muchas personas que depositan toda su fe en los diferentes tratamientos y procedimientos disponibles para sus necesidades, esto hace que toda institución prestadora de servicios de salud tenga la inmensa responsabilidad de no solo brindar todo el apoyo médico a su alcance, sino que se hace necesario propender por la seguridad de los pacientes, cuidándolos de los diferentes riesgos asociados a la prestación del servicios de salud, garantizando de esta manera su salud y su seguridad.

La seguridad de los pacientes es un tema que se ha convertido en objetivo de estudios, análisis y debates con respecto a la manera eficiente de cómo se debe abordar un programa de seguridad para el paciente y que a su vez pueda ser generador de una cultura voluntaria e intrínseca para alcanzar la proactividad en actitudes y habilidades éticas de todo el personal de salud.

Las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que, si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos.

La Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad la vigilancia de eventos adversos y mediante esta resolución se establece como obligatoriedad la detección de todo incidente que puede llegar a poner en riesgo la prestación de servicio a los pacientes. Por lo anterior se hace necesario la implementación de un programa de seguridad del paciente en cualquier centro de prestación de servicios de salud y así mismo una cultura de adopción y reporte que permita cumplir con

los requerimientos legales frente a este tema, sino también que se pueda desarrollar un proceso de mejora continua, garantizando calidad y seguridad a los usuarios y familiares.(7)

La cultura no es una variable constante ya que está influenciada directa e indirectamente por las características de las personas que la generan, y por el tiempo en el que suceden, es de esta misma manera como se debe abordar el tema, volviéndose muy importante crear estrategias que permitan la generación de una cultura basada en una política institucional que garantice el apoyo permanente desde los procesos estratégicos de cualquier IPS y que esta intención vaya transmitiéndose a los procesos misionales y de apoyo, para que el clima sea general y se puedan evaluar seguridad en los procesos para su posterior mejoramiento y cumplir con el objetivo de generar seguridad al paciente mediante la prevención de riesgos.

La no medición de la cultura del reporte de eventos adversos y la seguridad del paciente, deja un vacío en cuanto a la garantía, calidad de la presentación de los servicios; en todas las instituciones de salud, es muy importante garantizar, que se le brinde a los usuarios a quienes se les presta la atención que esta sea de manera segura, con el fin de minimizar los riesgos, incidentes que afecten la seguridad del paciente, que en algunas oportunidades terminan en un desenlace desfavorable al fallar las barreras de seguridad. Se hace necesario en lo posible eliminar la ocurrencia, su propósito es integrar, disponer, difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo proactivo de capacidades, la implementación de acciones de mejora de eventos adversos, donde se generen barreras de seguridad y esto nos lleve a contar con instituciones seguras.

La herramienta elegida para realizar esta evaluación es la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente (Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSPSC) diseñada por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) de EE UU que en 12 dimensiones aborda la percepción de la cultura de seguridad del paciente y permite la comparación con la base de datos construida por la AHRQ a partir de los reportes de 1128 Hospitales en EE UU.(5)

Los más beneficiados en cuanto a que se cree una cultura del reporte de eventos, es la institución de salud y por ende todos los pacientes. Los eventos adversos generan glosas, altos costos, desconfianza, estrés tanto en los pacientes, familiares y el personal de salud que por temor a ser señalados, ridiculizados, verse implicados en problemas legales, no reporta generando reproceso. Casi

todos los eventos adversos pueden ser prevenibles, si se diseñan estrategias que permitan perfeccionar los procesos y mejorar la calidad de atención en salud.

Massarollo MCKB, Fernandes M.F. P definen en un estudio realizado que grupos con la misma capacitación tecnológica, desarrollando las mismas actividades, manteniendo un ambiente continuo, puede desarrollar una cultura propia. De ahí la explicación de diferentes culturas propias de diferentes grupos profesionales, interactuando en una misma organización. Gerenciar los procesos de trabajos de estos grupos es un gran desafío, ya que cada uno tiene dificultad para aceptar la cultura propia del otro grupo, como válida o normal(8). Para alcanzar la seguridad del paciente es indispensable establecer un panorama que permita trazar acciones que mitiguen todo tipo de riesgo y así poder implementar estrategias que generen resultados positivos de disminución de incidentes y/o eventos adversos, pero todo esto no se puede lograr sin un arraigamiento de cultura, por lo anterior se desarrolla este trabajo con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga mediante la aplicación de una herramienta (lista de chequeo) con el fin de identificar los hallazgos en las áreas donde se encuentra déficit de seguridad del paciente y de esta manera poder diseñar alternativas que permitan la adopción de una cultura de prevención, de seguridad, de calidad y de servicio, basada en una política institucional y un proceso de mejora continua.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la percepción de la cultura de la seguridad del paciente en Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga, Valle del Cauca en el año 2018

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) de Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga.
- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente de Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga.
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente en Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga.

4. REFERENTE TEORICO

4.1 ANTECEDENTES

En el año de 2013 se reportaron en Colombia un total 4.485 casos de infecciones asociadas a dispositivos de las cuales 1.749(39%) corresponden a infecciones del torrente sanguíneo asociada a catéter, infecciones sintomáticas del trato urinario asociado a catéter 1.435(32%) casos reportados y 1.301 (29%) casos de neumonía asociados a ventilación mecánica.

La tasa de infecciones intrahospitalarias se ha mantenido entre 57% y 95% entre los años 2009-2014, durante este periodo se presentó un aumento de 3.242 casos a 7.154 casos; y el menor el menor porcentaje de infecciones intrahospitalarias (57%) se presentó en el año de 2009 (17).

Entre las publicaciones halladas que abordan la evaluación de la cultura de la seguridad del paciente se encontró en España un estudio para determinar la percepción de la seguridad del paciente en médicos internos residentes de medicina familiar, en una institución de tercer nivel de complejidad, se realizó la encuesta a un total 52 médicos usando la versión española del Hospital Surveyon Patient Safet, y entre los hallazgos se encontró que el 81,8% del personal se apoya mutuamente, adicionalmente fortaleza en el trabajo en equipo al interior de los servicios, dentro de las debilidades halladas se encuentra falta de personal suficiente para el desempeño óptimo de las actividades(8)

En Estados Unidos durante la aplicación de la encuesta AQHR en 15 instituciones de salud, en California- Estados Unidos se encontró que algunos profesionales no responden preguntas problemáticas, o dan respuestas neutras a ítems que requieren asumir una posición, las respuestas problemáticas variaron ampliamente entre las instituciones; las enfermeras dieron respuestas más problemáticas que el personal administrativo y los trabajadores de primera línea dieron respuestas más problemáticas que los altos directivos(18).

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) Madrid, en el año 2014 realizo un estudio descriptivo transversal con una muestra de 7.410 profesionales, mediante el cuestionarios "Medical Office Survey on Patient Safety Culture" (MOSPS), con el fin de determinar la percepción que tienen los profesionales de los centros de atención primaria sobre las actividades que se desarrollan en relación a la Seguridad del Paciente.

Como resultado la dimensión que presenta mayor puntuación media es aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad en la consulta con 94.8%, siendo la más baja; otro de los ítem ritmo y carga de trabajo con 35.4% que presenta la peor valoración en América latina. Los autores refieren que la cultura se percibe de forma diferente dependiendo la categoría profesional, siendo las enfermeras las de mayor puntuación y en cuanto a genero son las mujeres las de mayor puntuación.(6)

Esta información es de gran aporte para la salud de este país, dado que evalúan esta percepción a nivel de género, edad, profesión entre otras, resultados mucho más asertivos para aprovechar las fortalezas encontradas, y crear acciones de mejora en la carga laboral que siguen manifestando los profesionales de la salud.

Por otro lado, en un estudio realizado en México, de tipo cuantitativo y descriptivo transversal, realizado en el Hospital General Dr. Carlos Canseco de la secretaría de Salud, en Tampico, Tamaulipas, conformado por 472 enfermeras, se realizó un muestreo de tipo probabilístico estratificado proporcional, con una muestra de 195, distribuidos así: 41 en el turno matutino, 35 en el turno vespertino, 61 en el turno nocturno y 58 en el turno de jornada acumulada. Con los siguientes criterios de inclusión: personal de enfermería laborando en área operativa, con antigüedad de más de 6 meses; el instrumento utilizado para el análisis de la cultura de la seguridad fue un indicador tipo encuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR. Los resultados mostraron una tendencia de fortaleza en este estudio correspondió al trabajo en equipo, que explora aspectos relacionados con el apoyo, respeto y solidaridad del personal para trabajar en situación normal y de sobredemanda con un 82,1%, de igual manera se pudo establecer que la cultura de la seguridad del paciente no fue percibida como una fortaleza por el personal de enfermería con un 54,53%, ninguna dimensión del indicador de cultura de la seguridad en la atención de los pacientes fue percibida por el personal participante como fortaleza(19).

Adicionalmente en México se realizó otro estudio para evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad entre los profesionales de la salud, en el cual se incluyeron 174 profesionales, los profesionales pertenecían a los servicios de hospitalización, cirugía, y rehabilitación, la percepción global sobre la seguridad fue de 51%; la dimensión más baja fue la apertura en la comunicación (38%) y la más alta fue el aprendizaje organizacional (68%). La percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla. Los resultados sobre la percepción global de seguridad, la respuesta no punitiva al error y la asignación de personal deben tomarse con reserva en virtud de la baja confiabilidad del instrumento en esas dimensiones(20).

Para los meses de Marzo y Abril del año 2018, se realizó la medición del nivel de cultura de seguridad del paciente en las unidades hospitalarias dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Colima e identificar las dimensiones con los resultados más negativos, se aplicó una encuesta a 167 personas del área asistencial en los meses de marzo y abril de 2018 por medio del cuestionario AHRQ de forma online a través de sitio web, Se aplicó estadística descriptiva (media, desviación estándar, porcentajes). Las dimensiones con menor puntuación fueron: respuesta no Punitiva a los servicios 51.2%, Personal (dotación, suficiencia) 52.8%, percepción general de la seguridad 61.3% la cuales se deberán tener en cuenta para realizar acciones de mejora.

Los autores del estudio refiere como conclusión un nivel de cultura de seguridad del paciente bajo de 64.8%, Se identifica similitud con el estudio anterior en cuanto a la dimensión más baja.(21)

En Colombia se han realizado varios estudios con el objetivo de evaluar la Cultura de seguridad del paciente; se ha realizado a personal de enfermería en la ciudad de Bogotá, en una institución de tercer nivel, se aplicó la encuesta a 201 empleados (profesionales y técnicos) de la institución, se observó que la cultura mostro que de manera asertiva los empleados evaluados toman medidas correctivas para evitar eventos adversos que afecten la seguridad de los pacientes, pero fue muy marcada la necesidad de mayor número de personal para prestar los servicios de manera óptima, lo cual lleva a aumentar la carga laboral del personal que se encuentra en la institución(22). Actualmente en el país se cuenta con pocas investigaciones publicadas en revistas científicas, realizando la evaluación de la cultura de seguridad del paciente; aunque se encuentran varios trabajos de tesis abordando el tema.

4.2 MARCO TEORICO

La atención en salud es cada vez más compleja, utiliza tecnologías más sofisticadas, la diversidad de los profesionales y la variabilidad de sus prácticas va en aumento y, por lo anterior aumentan los riesgos potenciales, aun cuando cada día millones de personas son tratadas con éxito y de forma segura (9). La consecución de una adecuada cultura se ha señalado como la primera de las recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente, según un informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de EE.UU. El interés por estudiar y controlar los riesgos de la atención en salud no es nuevo, en 1956 Moser las había llamado “las enfermedades del progreso de la medicina”; en 1964,

Schimmel publicó que el 20 % de los pacientes que ingresaban en los hospitales presentaba alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave. En el año 2000, el Instituto de Medicina de Estados Unidos, publicó el informe "To err is human: building a safer health system". Este informe mostró al mundo el número de errores médicos evitables que ocurren cada día, analizando el carácter sistémico de los errores y planteando estrategias de prevención.(9,10).

Teniendo en cuenta lo descrito en el párrafo anterior, se realiza una descripción de los términos relacionados con el tema, como calidad de los servicios de salud, seguridad del paciente, cultura, cultura de seguridad del paciente

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Es importante definir este concepto, porque no es suficiente con que el paciente tenga acceso a los servicios médicos adicional deben ser de calidad. Donadebian define la calidad en salud: "Es la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de forma que se logren los mayores beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos y refiere que la atención en salud, tiene tres componentes; La atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención (11)

El sistema Obligatorio de Calidad en Salud en Colombia, tiene cuatro componentes: el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. La resolución 1043 del 2006 del I sistema de habilitación, incluye los estándares de capacidad tecnológica y científica: recursos humanos; infraestructura e instalaciones físicas; dotación y mantenimiento; medicamentos y dispositivos médicos (incluyendo la gestión y manejo); procesos prioritarios asistenciales; historia clínica y registros asistenciales; interdependencia de servicios; referencia y contrarreferencia de paciente; seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.(12) Adicionalmente las IPS deben implementar el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud(13)

SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el lanzamiento de su Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) definió la Seguridad del Paciente (SP) como: La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia médica a un mínimo aceptable (14); A nivel nacional el Ministerio de Salud y la Protección Social, en la Guía Técnica: "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" define, seguridad del paciente, como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propenden por

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (2) A su vez la Agencia para la calidad y la investigación de la salud, lo define como Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos. Se define por seguridad del paciente, "el conjunto de condiciones que garantizan a cualquier persona, que solicita o recibe atención médica por un problema de salud, que estará a salvo de daños o riesgos innecesarios (11).

CULTURA

Según el diccionario de la Real academia de la lengua española, define cultura como el conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico, igualmente se define como el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.(15)

Con base en lo anterior, se puede afirmar que la cultura es un conjunto de conocimientos, costumbres y grado de desarrollo, a través del cual se expresa un grupo social en un momento determinado; es decir, la forma cómo un grupo de personas hace las cosas, y ésta puede cambiar según el espacio y el tiempo, por tanto no es constante.(9)

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Hay un amplio debate sobre si cultura de seguridad es sustancialmente diferente del clima de seguridad. Los dos términos son usados a menudo indiscriminadamente y definidos de la misma manera dentro de las publicaciones. La cultura de la seguridad se definió como el conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguren que, como prioridad esencial, las cuestiones de seguridad reciban la atención que merecen en razón de su significación, concretándose como el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de manejo de la seguridad de una organización (16).

CULTURA JUSTA

Descrita por primera vez por David Marx, en su artículo, Cómo construir una 'cultura justa' ayuda a una organización a aprender de los errores; La cultura justa reconoce que responder a un error involuntario con culpa y castigo desalentará la transparencia y nunca hará que progrese la seguridad del paciente. En su lugar, la respuesta a la mayoría de los errores médicos debe centrarse en cambios en el sistema y mejoramiento de los procesos. Por otro lado, una cultura justa no es una

cultura libre de culpa: las violaciones intencionales y conductas negativas no pueden ser toleradas por los líderes, quienes deben responder con niveles crecientes de disciplina. La cultura justa es una característica positiva importante de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se define como la capacidad en el mejoramiento continuo, estableciendo oportunidades de mejora, derivados de los eventos que generan algún tipo de daño en el paciente. Se debe fomentar la divulgación y análisis de los eventos adversos, para generar así un aprendizaje en la institución, previniendo de esta forma incidentes o eventos similares.

ENFOQUES Y METODOLOGÍAS PARA SU MEDICIÓN

Dos grandes enfoques conceptuales predominan en la cultura de la seguridad: el enfoque antropológico y el enfoque funcionalista.

Tabla 1. Enfoques y abordajes para el estudio de la cultura de la seguridad.

<i>Enfoque</i>	<i>Énfasis</i>	<i>Abordaje metodológico</i>	<i>Métodos utilizados</i>
Enfoque antropológico	Valores, creencias, normas de comportamiento compartidas. Estudia la cultura en sí	Socio antropológico	Métodos cualitativos, estudios etnográficos, entrevistas
		Sociológico	Métodos cualitativos, entrevistas, reuniones médicas, grupos multidisciplinarios
Enfoque funcionalista	Percepciones y actitudes hacia los aspectos relacionados con seguridad. Estudia los procesos, políticas y percepción del personal acerca del funcionamiento en términos de la seguridad	Epidemiológico	Métodos cuantitativos. Encuestas de medición de clima de la seguridad

Los instrumentos más utilizados para medir la cultura de la seguridad del paciente son: el Hospital Survey on Patient Safety Culture, el Safety Attitudes Questionnaire, el Patient Safety Climate in Health Care Organizations y el Hospital Safety Climate Scale.

Tabla 2. Instrumentos más utilizados para medición de clima de la seguridad del paciente.

Instrumento	Autor, año (ref.)	Número de dimensiones	Método de desarrollo y validación	Fiabilidad
Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	Sexton, 2006 (26)	19	Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ) con modificaciones a partir de grupos focales.	Coefficiente rho de Raykov: 0,74- 0,93
Veteran Affairs Palo Alto/Stanford Patient Safety Center for Inquiry PSCI =Patient Safety Climate in Healthcare Organizations PSCHO	Singer, 2007 (27)	7	Desarrollado a partir de otros instrumentos por el Patient Safety Center for Inquiry PSCI. Validado con análisis factorial.	Alfa de Cronbach: 0,50-0,89
AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture	Nieva, 2004 (28)	12	Revisión de la literatura y otros instrumentos. Validado con análisis factorial.	Alfa de Cronbach: 0,63-0,84
Safety Climate Survey	Sexton, (29)	11	Basado en el SAQ	Alfa de Cronbach: 0,75-0,88
ORMAQ modificado	Flin, 2003 (30)	14	Basado en el ORMAQ modificado para medir en personal de quirófanos	Coefficiente de correlación: 0,18-0,54
Safety Climate Scale	Provonost, 2003 (31)	4	Basado en el FMAQ	No reportado

Modificado de: Measuring safety climate in health care (23)

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 ÁREA DE ESTUDIO

Situación Geográfica: Municipio de Buga, Valle del Cauca Redes Imat clínica de fracturas , año 2018

5.2 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cuantitativo de carácter descriptivo transversal, dado que el objetivo de la investigación fue la de realizar una medición, en una población ya identificada y en un solo tiempo. Los estudios transversales se realizan con una finalidad analítica, aunque en algunos estudios se limitan a objetivos meramente descriptivos; estos estudios carecen de direccionalidad, dado que la información recogida hace referencia a un mismo momento en el tiempo.

Con frecuencia la selección de la muestra se hace de forma representativa de la población, lo que permite extrapolación o generalización de los resultados a dicha población; permitiendo obtener una visión instantánea de lo que ocurre en la población en un momento dado(23).

5.3 POBLACIÓN

Colaboradores de Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga, quienes calificaran la percepción de seguridad brindada a los pacientes por medio de una encuesta estandarizada vía electrónica. Se solicitó el número total de empleados de la Clínica, diferenciados entre personal administrativo y asistencial, la cual arrojó 107 funcionarios, de los cuales se saca la muestra final a la que se le aplicó el instrumento para un total de 47 funcionarios entre los cuales fueron 27 administrativos y 20 asistenciales.

Criterios de Inclusión: Empleado con más de 6 meses laborando en la institución, contrato directo con la institución, participación voluntaria

Criterio de exclusión: Empleados con menos de 6 meses de contratación, personal de vacaciones, personal rotante y/o practicantes, personal de los servicios tercerizados de la institución.

5.4 MUESTRA

La muestra se calculó usando un muestreo probabilístico estratificado por área específica o afijación proporcional, se calculó con el 95% de confianza y un porcentaje de error del 5%; El muestreo probabilístico estratificado por área consiste en dividir la población en grupos en función del servicio y después se muestrea cada grupo aleatoriamente, para obtener la parte proporcional de la muestra. Este método se aplica para evitar que por azar algún servicio de la institución este menos representado con otro servicio(24)

5.5 INSTRUMENTO

El instrumento para medir la cultura de seguridad del paciente fue suministrado por la universidad en un documento de Excel el cual fue plasmado en un formulario de Google drive, para hacer más fácil el acceso del personal de la institución desde su teléfono móvil o computador. Dicha encuesta es una herramienta diseñada para examinar las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud. Además, incluye secciones y preguntas que permiten la calificación global de la seguridad del paciente en el ambiente asistencial y administrativo, la frecuencia de eventos adversos y/o errores reportados en esta institución etc.

Las dimensiones evaluadas en la encuesta del área administrativa son las siguientes:

SECCION A: Área de trabajo, incluye 9 ítems.

SECCION B: Su jefe inmediato, incluye 9 ítems.

SECCION C: Comunicación, incluye 10 ítems.

SECCION D: Grado de seguridad del paciente

SECCION E: Su institución, incluye 23 ítems.

SECCION F: Antecedentes, incluye 7 ítems.

SECCION G: Comentarios, el colaborador cuenta con la libertad de escribir comentarios sobre la seguridad del paciente, reporte de errores o eventos adversos en la institución de forma anónima.

SECCION H: Atención segura.

Las dimensiones evaluadas en la encuesta del área asistencial son las siguientes:

SECCION A: Área de trabajo, incluye 18 ítems.

SECCION B: Su jefe inmediato, incluye 4 ítems.

SECCION C: Comunicación, incluye 6 ítems.

SECCION D: Frecuencia de eventos adversos/errores reportados: 3 ítems.

SECCION E: Grado de seguridad del paciente.

SECCION F: Su institución, incluye 10 ítems.

SECCION G: Numero de eventos adversos/errores reportados.

SECCION H: Antecedentes, incluye 7 ítems.

SECCION I: Comentarios.

SECCION J: Atención segura, incluye un ítem.

El cuestionario está diseñado para que el tipo de respuesta se clasifique en tres categorías generales, como se muestra a continuación:

Tabla 3. Tipo de respuestas del instrumento.

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE INCLUYE EL INSTRUMENTO DE VALORACION (ENCUESTA)

Tabla 4. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que incluye el instrumento de valoración.

RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Frecuencia de eventos notificados: Se notifican los errores siguientes: - Errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente. - Errores sin daño potencial para el Paciente. - Errores que podían haber provocado daño al paciente, Pero no lo hicieron.
Percepción de seguridad: Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores Y no existen problemas de Seguridad del paciente
DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad: Los responsables toman en consideración las sugerencias de las profesionales encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de Seguridad del paciente.
Aprendizaje organizacional/ mejora continua: Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y En la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio: Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo.

Franqueza en la comunicación: Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ello.

Reed-back y comunicación sobre errores: Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.

Respuesta no punitiva a los errores: Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizarán en contra suya y que los errores no constarán en su expediente personal.

Dotación de personal: Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.

Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente: La gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la Seguridad del paciente y resalta que es una prioridad

CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODA REDES IMAT CLINICA DE FRACTURAS DE LA CIUDAD DE BUGA

Trabajo en equipo entre unidades: Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades: Se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.

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

Recoge las opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en la institución; el tiempo estimado para su diligenciamiento es de aproximadamente 15 minutos.

5.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones de Redes Imat Clínica de Fracturas S.A.S. La cual es una institución prestadora de servicios de salud privada de primer y segundo nivel de complejidad, que presta servicios enfocados en la rehabilitación integral, basado en un modelo de atención humanizada; la IPS se encuentra ubicada en el Departamento del Valle del Cauca en la Ciudad de Buga, su dirección es Carrera 14 Nro. 1-83. El enfoque de la investigación cuantitativo de carácter descriptivo transversal.

El proceso de recolección de datos y aplicación del instrumento de evaluación fue realizado en dos etapas. Como primer paso se hizo la recolección de la información tomando la población total de empleados de la clínica, posteriormente se separó por área-cargo, finalmente se calculó la muestra a la cual se le aplicaría el instrumento. El formato de encuesta fue elaborado en Google drive, donde a cada colaborador se le envió el enlace para acceder vía correo electrónico o teléfono móvil, para facilitar su desarrollo y tabulación. Finalmente se realizó la tabulación de las encuestas.

Una ventaja del instrumento es que cuenta con ítems que pueden considerarse desenlaces (frecuencia de reporte de eventos, número de eventos notificados en el último año, percepción general de seguridad), los cuales podrían reflejar su capacidad predictiva, también cabe resaltar que se cuenta con una encuesta para evaluar clima de seguridad del paciente para el área administrativa y otra diferente para el área asistencial, lo cual le da un valor agregado al trabajo de campo a realizar.

5.7 PLAN DE ANÁLISIS

La información de las encuestas se digita por duplicado en una base de datos en Excel previamente diseñada; posteriormente se realizó la depuración de la base de datos: se buscaron los datos faltantes, datos perdidos y duplicados. Luego se realizó el análisis descriptivo, descripción de la población, cálculo de medidas de tendencia central: medias, mediana, desviación estándar, porcentajes e intervalos de confianza; seguidamente se hará análisis estratificado por edad, sexo, nivel profesional, profesión, servicio y antigüedad en la institución.

Se tomo como referente de interpretación el porcentaje global obtenido en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente, aplicada en Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga, Definiendo como una dimensión POSITIVA, todas aquellas que se encuentren igual o superior al promedio global y como OPORTUNIDAD DE MEJORA, todas las dimensiones que se encuentran por debajo de dicho promedio.

5.7 SENSIBILIZACIÓN

Para recoger los datos de la investigación, como primer paso se solicitó ante el gerente de la institución la autorización y permisos pertinentes para desarrollar el ejercicio investigativo, el cual fue aprobado mediante una carta enviada por la coordinadora de la especialidad de la universidad católica de Manizales.

5.8 COMPONENTE ÉTICO

Las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo de este proyecto están acordes con la Declaración de Helsinki, CIOMS y la Resolución No. 008430 del Ministerio de Salud de Colombia, por lo tanto, se garantizará la confidencialidad de la información, ya que la base de datos no contiene información que permita la identificación de los participantes. El presente estudio contara con aval del comité institucional de revisión ética en seres humanos de la Universidad Católica de Manizales

De acuerdo con la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación se clasifica con riesgo menor que el mínimo, dado que la fuente de información son los registros anonimizados de la base de datos

En cuanto al principio de Individualidad con base a la ley 266 de 1996 que establece la naturaleza del actuar de los profesionales de enfermería; es tenido en cuenta para la aplicación de la encuesta de percepción para la identificación y medición de la cultura de seguridad del paciente y su adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente, donde se tendrá en cuenta que cada funcionario es una persona diferente, el cual se desenvuelve en un entorno propio y cuyas necesidades no son semejantes.

5.9 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El equipo de investigadores en Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga – Valle del Cauca, no realizó la aplicación del Consentimiento Informado, debido a que el Instrumento utilizado para medir la cultura de seguridad del paciente tanto en el área asistencial como administrativa, es de carácter anónimo y sin riesgos, donde se les asegura a los participantes que no habrá represalias por los resultados que se obtengan de la misma.

6. RESULTADOS OBTENIDOS

6.1 ANALISIS DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO DE REDES IMAT CLINICA DE FRACTURAS S.A.S DE LA CIUDAD DE BUGA – VALLE DEL CAUCA

La encuesta fue diligenciada por 27 personas del área administrativa, de un total de 42 empleados distribuidos en las áreas de gestión documental, talento humano, facturación, atención al usuario, servicios de salud, control interno, control disciplinario, planeación y sistemas gestión financiera y gerencia.

6.1.1 SECCIÓN F: ANTECEDENTES (CARACTERIZACION DEL TALENTO HUMANO)

En esta sección se realiza la caracterización del talento humano que participo en la medición de la cultura de seguridad del paciente en la institución, a través de las siguientes preguntas:

- ¿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?
- ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

Análisis de resultados:

Se observa que en Redes Imat Clínica de fracturas, la distribución del personal es heterogénea en cuanto al tipo de formación, debido a que cuenta con un 62,9% de personal técnico, con los siguientes cargos: auxiliar de enfermería, facturador, secretaria y auxiliar de servicio al cliente. En el caso de los profesionales la IPS cuenta con el 33,3% de la planta general, dentro de los cuales se encuentran enfermeros, abogados, ingenieros de sistemas, psicólogos, profesional en salud ocupacional y con un porcentaje menor se encuentra la distribución en profesional especializado 3,7% ; En lo que refiere al número de años laborados por los profesionales de la salud, más de la mitad ha laborado entre 1 a 10 años, lo cual corresponde al 70,3 %, mientras que el 29,7% corresponde al personal que lleva laborando 11 años o más. Esto indica que las diferentes áreas administrativas cuentan con personal antiguo conocedor de la institución; En lo que corresponde al tiempo que cada trabajador ha durado en el puesto de trabajo, el 48% lleva entre 1 a 5 años, siendo este el porcentaje de mayor valor, seguido de 6 a 10 años que corresponde a un 33,3% y el personal nuevo que corresponde al 11,1% y por último en menor porcentaje el personal que lleva más de 11 años con un 7,4% . lo cual demuestra que es una institución con estabilidad laboral, donde se evidencia poca rotación de personal, generando personal con experiencia en su área de trabajo y con sentido de pertenencia hacia su clínica.

En cuanto a las horas trabajadas semanalmente, se encontró que de 40 a 59 horas labora el 85% del personal administrativo, el cual es el tiempo promedio de un empleado en Colombia, lo cual se encuentra establecido como jornada ordinaria semanal legal, en el artículo 161 del código sustantivo del trabajo; Mientras que un bajo porcentaje de los empleados (7,4%) labora más de 60 horas y el 7,4% corresponde al personal que labora medio tiempo. Además que la vinculación de solo el 37 % de los trabajadores es con un contrato directo con la clínica, generando una menor estabilidad para el personal que allí labora, en un porcentaje mayor se encuentra el contrato por prestación de servicios con el 40% y en menor proporción se encuentra la vinculación por cooperativa con un 18,5%, considerando que pertenecían al área de control interno y administración financiera.

6.1.2 SECCION A: ÁREA DE TRABAJO

Dicha sección evalúa la cultura de seguridad del paciente según el área trabajo, lo hace a través de las siguientes preguntas:

- Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.
- Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.
- Estamos haciendo acciones para mejorar la seguridad del paciente.
- El personal siente que sus errores son usados en su contra.
- Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.
- Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.
- Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.

Análisis de resultados:

El 65,9% del personal encuestado del área administrativa reporto que se tiene suficiente personal para realizar el trabajo, mientras que el 34% no se encuentran de acuerdo con esta apreciación, de esta misma población, el 74,1% afirman que cuando el trabajo aumenta, se asume en equipo y un 22% opinaron estar en desacuerdo; La población de las diferentes áreas coinciden en que hay apoyo mutuo en las diferentes áreas, con porcentajes altos en las siguientes: administración financiera con el 72,8% y gestión humana con el 75% del personal muy de acuerdo, esto permite percibir como el buen ambiente laboral favorece las buenas prácticas en salud, pero cabe resaltar que aunque son más las personas que consideran que se cuenta con el personal completo, el porcentaje (65,9%) es bajo, por lo cual al no contar con suficiencia de personal, aumentando los riesgos en la atención. Así mismo en cuanto a la apreciación del personal, el 77,7% afirma que se está realizando acciones para mejorar la seguridad del paciente, esto se puede identificar como una fortaleza en la medición de adherencia en la cultura de seguridad., debido a que se encuentra por encima del promedio ponderado. De igual manera se identifica una gran falencia institucional en cuanto al carácter punitivo de los eventos adversos e incidentes, debido a que el 62,9% del personal siente que los errores son usados en su contra, lo cual afecta de forma directa la cultura del reporte, que es vital en el proceso de mitigación de errores de las instituciones prestadoras de servicios de salud, así mismo en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, establece que para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento; El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención, según la OMS la seguridad es un principio fundamental en la atención del paciente y un componente crítico en la gestión de calidad en desarrollo a las acciones definidas como líneas de acción enfocadas también al reporte del evento adverso pero se

observan sesgados por el acto punitivo va ser un tema crítico al reportar, dejando de contribuir con planes de mejora en fin de minimizar riesgos futuros.

El 74,1% consideran que es sólo por casualidad que no ocurran errores más serios en la institución, lo cual indica desconfianza por parte de cliente interno en cuanto a la calidad con la que se prestan los servicios de salud a los usuarios, cabe aclarar que existen protocolos y guías de procedimientos, pero no se evidencia la evaluación de la adherencia a los mismos, poniendo en riesgo los procesos relacionados con la seguridad del paciente.

El 66,7% de los empleados del área administrativa afirman que realizan su trabajo correctamente, con el fin de evitar daño al paciente y así evitar que dichos errores queden registrados en su currículum, se reitera la importancia de implementar acciones de mejora para generar un ambiente de confianza y apoyo para el personal.

Con lo descrito anteriormente se concluye que la sección correspondiente al área de trabajo obtuvo un promedio ponderado de clima de seguridad del paciente del 38%, por lo cual se clasifica como una oportunidad de mejora.

6.1.3 SECCION B: SU JEFE INMEDIATO

Esta sección describe la cultura de seguridad de la paciente promovida por el jefe inmediato del personal administrativo, a través de las siguientes preguntas:

- Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.
- Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.
- Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.

Análisis de resultados:

Teniendo en cuenta los datos arrojados por la encuesta, en la presente sección se puede evidenciar que el 66,7% de los empleados del área administrativa se encuentran de acuerdo con que su jefe si los estimula cuando realizan sus

funciones con calidad garantizando la seguridad del paciente y un 70% coinciden en que su jefe inmediato acepta las sugerencias que se le escalen, llevando a cabo el proceso de retroalimentación entre el personal a cargo y jefe de proceso. También se identifica que en el momento en que la presión se incrementa, el 70.4% opina que el jefe a cargo requiere que se trabaje más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes y aproximadamente el 55,6% cree que el jefe inmediato no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, mientras que el 29,6% tienen una opinión positiva frente al tema el 14,8% no toma posición alguna, lo que puede significar que sienten temor ante represalias. Por último, se define que esta sección cuenta con un porcentaje ponderado del 48,1% el cual se encuentra por debajo del promedio global (51,9%) y que por su cercanía al valor de referencia no se va a tomar como oportunidad de mejora. Pero se recomienda fortalecer las funciones de los líderes de procesos en cuanto al tema de la comunicación asertiva, donde se trabaje en equipo para generar acciones correctivas que impacten de forma positiva la seguridad del paciente, teniendo en cuenta que su figura como líder está en continuo movimiento y ante las adversidades tomar decisiones para alcanzar los objetivos.

6.1.4 SECCION C: COMUNICACIÓN

Mide el nivel en el que la gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la Seguridad del paciente y resalta que es una prioridad, en el instrumento de evaluación está plasmado en las siguientes preguntas:

- La Gerencia informa a la Junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la Seguridad del Paciente.
- La Gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área administrativa.
- Se informan los costos de la no calidad a los colaboradores de la institución.
- Se verifica proactivamente la suficiencia de los dispositivos médicos requeridos para la prestación de los servicios de salud.
- Se verifica proactivamente la suficiencia de medicamentos esenciales requeridos para la prestación de los servicios de salud.
- El plan de capacitación incorpora temas sobre seguridad del paciente.
- La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.

- El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente.
- En esta área, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.
- El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

Análisis de resultados:

En todas las áreas administrativas de la institución se identifica una buena comunicación en los temas relacionados con la seguridad del paciente, de forma eficiente entre la gerencia y los líderes de dichos procesos, se obtuvo un 74,7% de opiniones positivas en esta sección, encontrándose por encima del promedio ponderado de la medición general del clima de seguridad del paciente de la institución, lo cual lo convierte en una fortaleza. Así pues el 73% de los empleados del área administrativa afirmaron que siempre o la mayoría de las veces la gerencia les informa a cerca de los eventos clínicos relacionados con la seguridad del paciente a nivel intrainstitucional, de igual manera con un porcentaje del 62,9% consideran que la gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área administrativa, garantizando así la transparencia en los procesos, permitiendo de esta forma la retroalimentación del equipo, teniendo en cuenta que aunque en el área administrativa no se tenga un 100% de contacto directo con el paciente, si se trabaja por la seguridad del mismo de forma indirecta, como por ejemplo velando por la suficiencia de insumos, dispositivos y equipos médicos, para una prestación de servicios con calidad, seguridad, eficiencia y teniendo en cuenta el costo de la no calidad. En concordancia con los resultados globales, un 92,6% responden que la mayoría de las veces se verifica proactivamente la suficiencia de medicamentos esenciales requeridos para la prestación de los servicios de salud. Para el 77,8% de los empleados del área administrativa, el plan de capacitación si incorpora temas sobre seguridad del paciente, la educación continuada sobre este tema permite que genere proactividad en los empleados, suministrándoles la base del conocimiento con el fin de prevenir eventos y mejorar la atención. Se encuentra también que el 70,4% consideran que los empleados pueden hablar libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente y además de alertar ante un indicio de intención insegura un porcentaje de mayor del 80% discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. A pesar de retroalimentación sobre la ocurrencia de los eventos adversos y el costo de la no calidad y de la asignación de espacios educativos sobre estos temas, los empleados del área administrativa tienen opiniones divididas al momento de realizar preguntas al observar que algo no esta correcto, debido a que solo el 55% lo hacen y el resto se reservan los comentarios.

La comunicación asertiva entre el equipo de trabajo permite ampliar los conocimientos, despejar dudas y aumentar la confianza en el personal, permitiendo desarrollar sus tareas con seguridad y a conciencia.

6.1.5 SECCION D: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El grado de seguridad del paciente habla de tener una buena percepción del área donde labora el recurso humano, en esta sección los empleados asignaron a su área de trabajo un grado general de participación en seguridad del paciente, evidenciando que en promedio el 37% expuso que en su área de trabajo el grado general de participación en seguridad del paciente es Excelente, seguido del 33,3% que lo considera bueno y un 29,6% respondieron de forma negativa, dichas respuestas pueden estar ligadas al poco contacto directo con el paciente, generando en el personal administrativo la mala creencia de no estar involucrados en los procesos de seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta que el porcentaje promedio ponderado para el grado de cultura de seguridad del paciente es del 37%, se convierte en una oportunidad de mejora.

6.1.6 SECCION E: SU INSTITUCIÓN

En esta sección se mide cómo el direccionamiento estratégico de la clínica influye al momento de establecer los estándares de seguridad del paciente, a continuación, se describen las preguntas realizadas en el instrumento de evaluación, para el área administrativa:

- El direccionamiento estratégico motiva a la seguridad del paciente.
- La junta directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente.
- La gerencia realiza seguimiento a la efectividad de las acciones implementadas en pro de la seguridad del paciente.
- La gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente.
- Los problemas relacionados con la seguridad del paciente tienen fundamento en el área asistencial.
- La gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.
- La empresa ha eliminado las barreras administrativas para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes.

- Las medidas que toma la gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.
- La gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o evento adverso.
- La gerencia promueve estímulos a los equipos de trabajo para la seguridad del paciente.
- Se asignan los recursos para minimizar los riesgos en la prestación de servicios de salud.
- Se evalúa el costo beneficio para la compra de elementos relacionados con la prestación del servicio.
- Se evalúa la competencia de talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección.
- Los equipos de trabajo reciben estímulos por su compromiso con la seguridad del paciente.
- La rotación del talento humano es contributiva para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente.
- Se exige a entidades educativas supervisión en la prestación del servicio para personal en formación.
- La no suficiencia del personal es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente.
- Conoce el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos.
- Las diferentes áreas administrativas trabajan en equipo para propiciar la seguridad de los pacientes.
- Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí.
- Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente.
- Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución.
- Rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución.

Análisis de resultados:

Un promedio del 77,8% del personal administrativo encuestado, afirmaron que el direccionamiento estratégico motiva a la seguridad del paciente, de igual manera el 62,9% consideran que la junta directiva promueve acciones preventivas para el mismo tema; En cuanto al seguimiento a la efectividad de las acciones de mejora

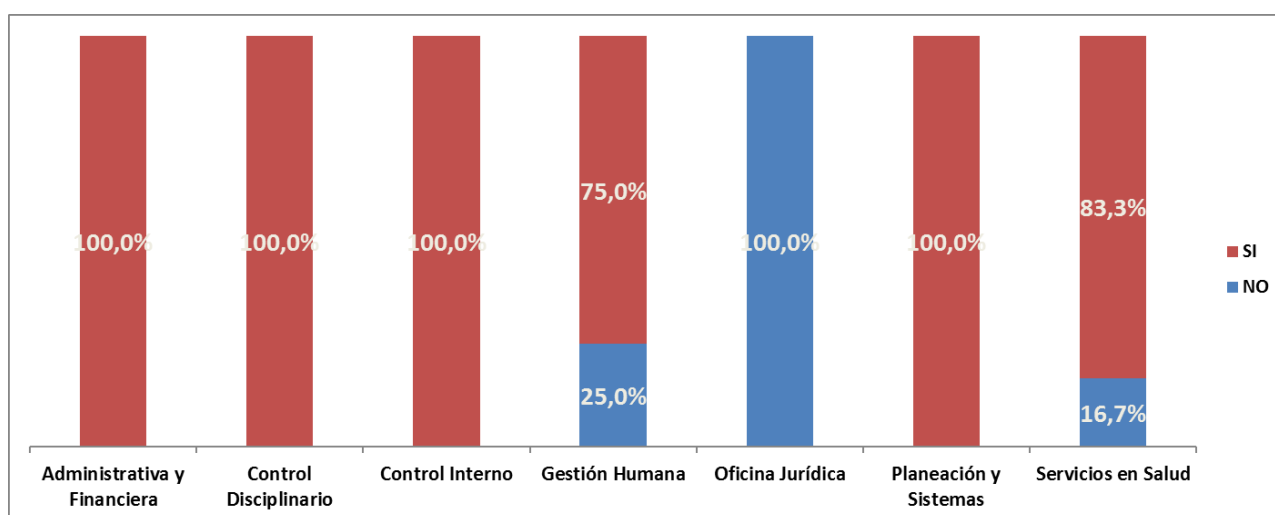
implementadas por la gerencia, el 66,6% consideran que se realiza de forma efectiva. También afirman en un 62,9% que la gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente, aunque se observan en este punto opiniones divididas, dado que el 22, 2% refiere lo contrario y un 14,8% no toma una posición clara. Se evidencia que en un consenso general el 88,9% del personal administrativo considera que los problemas de seguridad del paciente tienen su fundamento o base en el área asistencial. En cuanto al ambiente laboral en temas de seguridad del paciente, el 77,7% están de acuerdo con la labor realizada por la gerencia, evidenciado en la gestión frente a las barreras administrativas, velando por la suficiencia de insumos, dispositivos y equipos médicos, para una prestación de servicios con calidad, seguridad, eficiencia y teniendo en cuenta el costo de la no calidad, evaluando el costo beneficio, en los procesos de compras de toda la institución. Se evidencia un punto contradictorio debido a que el 66,7% afirman que la gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o un evento adverso y un 18,5% prefieren mantener una posición neutra y no opinar, aunque el 70,4% refieren que la gerencia si promueve estímulos a los equipos de trabajo para la seguridad del paciente y se asignan los recursos necesarios para minimizar los riesgos en la prestación de servicios de salud. El 70,4% del personal administrativo afirman que se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección. En cuanto a la rotación del talento humano, el 77,8% considera que, si es factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con seguridad del paciente, pero en sus áreas de trabajo refieren estabilidad laboral. Se evidencia que el 66,7% del personal con cargos administrativos, consideran que se exige a entidades educativas la supervisión al personal en formación.

El 74,1% tienen claro que la no suficiencia de personal es un factor contributivo para la presencia de eventos relacionados con la seguridad del paciente. Dando continuidad a lo relacionado con los eventos clínicos derivados de la atención en salud, el 70,4% del personal administrativo Conoce el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos, mientras que un 22,2% dicen no conocerlo, lo cual evidencia la deficiencia en la cultura del reporte por desinformación del personal. En cuanto al trabajo en equipo el 77,8% refieren que las diferentes áreas administrativas trabajan en equipo para propiciar la seguridad de los pacientes, Se evidencia que en los departamentos administrativos de la clínica existen problemas de coordinación de unas con otras, a pesar de tener una comunicación asertiva dentro de la misma área. En términos generales existe una buena disposición del personal para trabajar en equipo, en caso de así requerirse, pero a pesar de la buena disposición existen falencias por la falta de capacitación y conocimiento de temas básicos. Se finaliza esta sección con un 63% opinan que es agradable trabajar con personal de otras áreas en esta Institución y rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución

En general, se evidencia que gran parte del personal siente la motivación brindada por la gerencia a través del direccionamiento estratégico, con un modelo de atención con calidad basado en la seguridad del paciente, esto gracias a las relaciones positivas con sus superiores, basados en la comunicación asertiva y transparencia en la información divulgada. También es importante señalar la preocupación de la gerencia por garantizar la suficiencia de insumos, dispositivos y equipos médicos, para una prestación de servicios con calidad, seguridad, eficiencia.

6.1.7 SECCIÓN H: ATENCIÓN SEGURA

Grafico 1. Atención segura área administrativa



Se visualiza que la atención en forma segura hacia el paciente es percibida de forma positiva por la mayoría del personal de las distintas áreas reflejado en un porcentaje de respuestas positivas del 88,9 % según tabla resumen del ponderado del clima; el porcentaje faltante corresponde a personal de la oficina jurídica, servicios de salud y gestión humana.

6.2 ANÁLISIS DEL COMPONENTE ASISTENCIAL DE REDES IMAT CLINICA DE FRACTURAS S.A.S DE LA CIUDAD DE BUGA – VALLE DEL CAUCA

La encuesta fue diligenciada por 20 personas del área asistencial, de un total de 65 empleados distribuidos en los servicios de urgencias, servicio farmacéutico, imágenes diagnóstica, cirugía y portería.

6.2.1 SECCIÓN H: ANTECEDENTES (CARACTERIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO)

En esta sección se realiza la caracterización del talento humano que participo en la medición de la cultura de seguridad del paciente en la institución, a través de las siguientes preguntas:

- ¿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?
- ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?
- ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

Análisis de resultados:

Se observa que en Redes Imat Clínica de fracturas, la distribución del personal es heterogénea en cuanto al tipo de formación, debido a que cuenta con un 75% de personal técnico, con los siguientes cargos: auxiliar de enfermería, auxiliar de mantenimiento, secretaria, auxiliar de servicio al cliente, regente de farmacia, tecnólogo en radiología. En el caso de los profesionales la IPS cuenta con el 25% de la población encuestada, dentro de los cuales se encuentran enfermeros, instrumentadores quirúrgicos, químico farmacéutico; En lo que refiere al número de años laborados, un 80% llevan vinculados con la institución de 1 a 10 años, mientras que el 20% corresponde al personal que lleva menos de un año. Esto indica que los diferentes servicios cuentan con personal antiguo conocedor de la institución; En lo que corresponde al tiempo que cada trabajador ha durado en el puesto de trabajo, se obtuvieron los mismos porcentajes de la pregunta anterior. Lo cual demuestra que es una institución con estabilidad laboral, donde no se evidencia rotación de personal, generando personal con experiencia en su área de trabajo y con sentido de pertenencia hacia su clínica.

En cuanto a las horas trabajadas semanalmente, se encontró que de 40 a 59 horas labora el 65% del personal asistencial, el cual es el tiempo promedio de un empleado en Colombia, lo cual se encuentra establecido como jornada ordinaria semanal legal, en el artículo 161 del código sustantivo del trabajo; Mientras que un bajo porcentaje de los empleados (15%) labora más de 60 horas, se cuenta

también con personal que labora menos de 20 horas a la semana, con un porcentaje del 10% y personal contratado para trabajar medio tiempo, también con un 10% de participación. Además que la vinculación de solo el 40 % de los trabajadores es con un contrato directo con la clínica, generando una menor estabilidad para el personal que allí labora mientras que en un porcentaje mayor se encuentra el contrato por prestación de servicios con el 60%.

6.2.2 SECCION A: ÁREA DE TRABAJO

Dicha sección evalúa la cultura de seguridad del paciente según el área trabajo, lo hace a través de las siguientes preguntas:

- En esta unidad, la gente se apoya mutuamente.
- Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.
- Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.
- En esta unidad, el personal se trata con respeto.
- El personal en esta unidad trabaja más horas de lo establecido para el cuidado del paciente.
- Estamos haciendo acciones para mejorar seguridad del paciente.
- Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.
- Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.
- La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.
- No tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.
- Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.

Análisis de resultados:

El 85% del personal encuestado del área asistencial, refieren que en cada uno de sus servicios se apoyan mutuamente, para llevar a cabo el quehacer diario; también 55% reportó que se tiene suficiente personal para realizar el trabajo, mientras que el 35% no se encuentran de acuerdo con esta apreciación, de esta

misma población, el 80% afirman que cuando el trabajo aumenta, se asume en equipo y un 10% opinaron estar en desacuerdo, esto nos deja percibir como el buen ambiente laboral favorece las buenas prácticas en salud, un porcentaje similar de personas coinciden en aceptar que las relaciones laborales se basan en el respeto; para el 70% el personal debe trabajar más horas de lo establecido para el cuidado del paciente, esto debido al tiempo que deben destinar para el recibo y entrega de turno, que se realiza por fuera del horario laboral, consumiendo el tiempo del personal, lo cual finalmente puede desencadenar en cansancio laboral. En cuanto a la apreciación del personal un 75% afirma que se está realizando acciones para mejorar la seguridad del paciente, esto se puede identificar como una fortaleza en la medición de adherencia en la cultura de seguridad, debido a que se encuentra por encima del promedio ponderado.

El 28,4% considera que es necesario el uso de más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente, mientras que el 69,5% refiere ser adecuado el número de personas para la cantidad de pacientes, De igual manera se identifica una gran falencia institucional en cuanto al carácter punitivo de los eventos adversos e incidentes, debido a que las opiniones se encuentran divididas, puesto que el 37% del personal siente que los errores son usados en su contra y el 36,5% consideran lo contrario, lo cual afecta de forma directa la cultura del reporte, que es vital en el proceso de mitigación de errores de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Así mismo en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, establece que para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento; El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención, según la OMS la seguridad es un principio fundamental en la atención del paciente y un componente crítico en la gestión de calidad en desarrollo a las acciones definidas como líneas de acción enfocadas también al reporte del evento adverso pero se observan sesgados por el acto punitivo va ser un tema crítico al reportar, dejando de contribuir con planes de mejora en fin de minimizar riesgos futuros.

El 20,3 % consideran que es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios en la institución, lo cual indica que existe confianza por parte del cliente interno en cuanto a la calidad con la que se prestan los servicios de salud a los usuarios, cabe aclarar que existen protocolos y guías de procedimientos en todos los servicios de la clínica, conocidos por el personal. En cuanto a la percepción del programa de seguridad del paciente en la institución, los empleados de los servicios asistenciales, tienen una opinión desfavorable, lo cual lo convierte en una oportunidad de mejora debido a la importancia que tiene el adecuado funcionamiento del programa para garantizar cultura, El 59,2% de los empleados del área asistencial afirman que realizan su trabajo correctamente, con el fin de evitar daño al paciente y así evitar que dichos errores queden registrados en su

hoja de vida. el 65% opinan que no tienen problemas con la seguridad de los pacientes en sus servicios y solo el 45% consideran que los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.

6.2.3 SECCION B: SU JEFE INMEDIATO

Esta sección describe la cultura de seguridad de la paciente promovida por el jefe inmediato del personal asistencial, a través de las siguientes preguntas:

- Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.
- Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.
- Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.

Análisis de resultados:

Teniendo en cuenta los datos arrojados por la encuesta, en la presente sección se puede evidenciar que el 30% de los empleados del área asistencial se encuentran de acuerdo con que su jefe si los estimula cuando realizan sus funciones con calidad garantizando la seguridad del paciente, mientras que un porcentaje mayor (45%) consideran no recibir dichos estímulos y el 25% restante no toman posición. Por otra parte el 30% coinciden en que su jefe inmediato acepta las sugerencias que se le escalen, llevando a cabo el proceso de retroalimentación entre el personal a cargo y jefe de proceso, para el 45% del personal estas acciones no se llevan a cabo, También se identifica que en el momento en que la presión se incrementa, el 30% opinan que el jefe a cargo requiere que se trabaje más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes y aproximadamente el 25% cree que el jefe inmediato no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, mientras que el 60% tienen una opinión positiva frente al tema el 15% no toma posición alguna, lo que puede significar que sienten temor ante represalias. Por último, se define que esta sección cuenta con un porcentaje ponderado del 68,3% el cual se encuentra similar al promedio global, convirtiéndose en una fortaleza para la institución. Pero se recomienda fortalecer las funciones de los líderes de procesos en cuanto al tema de la comunicación asertiva, donde se trabaje en equipo para generar acciones correctivas que impacten de forma positiva la seguridad del paciente, tenido en

cuenta que su figura como líder está en continuo movimiento y ante las adversidades tomar decisiones para alcanzar los objetivos.

6.2.4 SECCION C: COMUNICACIÓN

Mide el nivel en el que la gerencia/dirección de la clínica favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y resalta que es una prioridad, en el instrumento de evaluación está plasmado en las siguientes preguntas:

- La Gerencia nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.
- El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente.
- Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta área.
- El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.
- En este servicio, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.
- El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

Análisis de resultados:

En esta sección se obtuvo un 76.2% de opiniones positivas, encontrándose por encima del promedio ponderado de la medición general del clima de seguridad del paciente de la institución, lo cual lo convierte en una fortaleza. Así pues, el 60% de los empleados del área asistencial afirmaron que siempre o la mayoría de las veces la gerencia les informa sobre los cambios realizados con base en lo aprendido de los eventos clínicos presentados, de igual manera con un porcentaje del 60% consideran que la gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área asistencial, garantizando así la transparencia en los procesos, permitiendo de esta forma la retroalimentación del equipo.

Se encuentra también que el 85% consideran que los empleados pueden hablar libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado paciente y además de alertar ante un indicio de intención insegura, un porcentaje de mayor del 85% discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. A pesar de la retroalimentación sobre la ocurrencia de los eventos adversos y el costo de la no calidad y de la asignación de espacios educativos sobre estos temas, un 30% de los empleados del área asistencial se sienten libres de

cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, mientras que el 40% no lo hacen y un 30% no toma una posición clara sobre el tema.

La comunicación asertiva entre el equipo de trabajo permite ampliar los conocimientos, despejar dudas y aumentar la confianza en el personal, permitiendo desarrollar sus tareas con seguridad y a conciencia.

6.2.5 SECCIÓN D y G: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS / ERRORES REPORTADOS

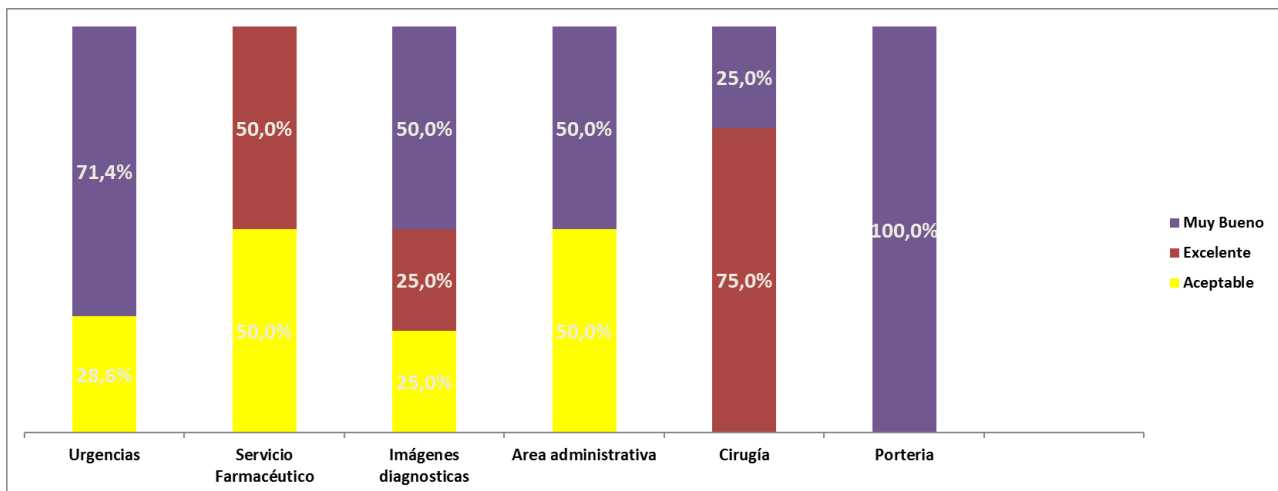
Se desarrollo a través de las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?
- ¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar paciente, que tan frecuentemente es reportado?
- ¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado?
- En los pasados 12 meses, ¿En cuántos reportes de eventos adversos / errores he participado, diligenciado o enviado?

Análisis de resultados:

Se encontró que el 55% del personal asistencial, no reporta el error o la barrera de seguridad que se omite, siempre y cuando sea corregida antes de generar daño en el paciente, el 15% si lo reporta o lo informa de manera verbal y el 30% rara vez lo hace. En cuanto a los incidentes, los cuales son eventos clínicos que no alcanzan a generar daño al paciente, el 55% refiere no reportarlo de manera formal, solo el 15% si lo hace y el resto de las personas asumen una posición de indiferencia. Pero en el caso del evento adverso, el cual es el incidente que genera algún tipo de daño al paciente, el 75% de los empleados refiere si realizar el reporte de dicho evento ante sus jefes inmediatos, lo cual facilita de cierta manera la gestión de este, para mitigar la aparición de nuevos eventos. En cuanto al numero de reportes de eventos adversos o incidentes reportados en los últimos 12 meses, se puede evidenciar que el servicio que más reporta es urgencias y el que menos lo hace es el servicio farmacéutico, en general el 65% de los empleados solo a realizado entre 1 y 2 reportes, el 5% solo han hecho entre 3 y 20 reportes, y lo preocupante es que el 20% refieren no haber realizado reporte alguno, evidenciando que se ocultan los eventos, afectando la cultura de seguridad de paciente, que se basa en el estudio de los errores para evitar eventos adversos a futuro de mayor gravedad.

6.2.6 SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Gráfica 2. Grado de seguridad del paciente área asistencial.

Al indagar sobre el grado general de la seguridad del paciente en la institución, se obtuvieron respuestas positivas, donde 75 % considera que se encuentra entre excelente, muy bueno y aceptable, Teniendo en cuenta que el porcentaje promedio ponderado para el grado de cultura de seguridad del paciente es del

67.6%, se convierte en una fortaleza, caso contrario ocurre en el área administrativa.

6.2.7 SECCIÓN F: SU INSTITUCIÓN

En esta sección se mide cómo el direccionamiento estratégico de la clínica influye al momento de establecer los estándares de seguridad del paciente, a continuación, se describen las preguntas realizadas en el instrumento de evaluación, para el área asistencial:

- La gerencia de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.
- Los servicios de esta institución no están bien coordinados entre sí.
- La continuidad de la atención de los pacientes no se pierde cuando éstos se transfieren de un servicio a otro.
- Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente.
- Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otros servicios en esta Institución.
- Rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios de esta institución.
- Las medidas que toma la Gerencia de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.
- La Gerencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso.
- Los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.
- Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes.

Análisis de resultados:

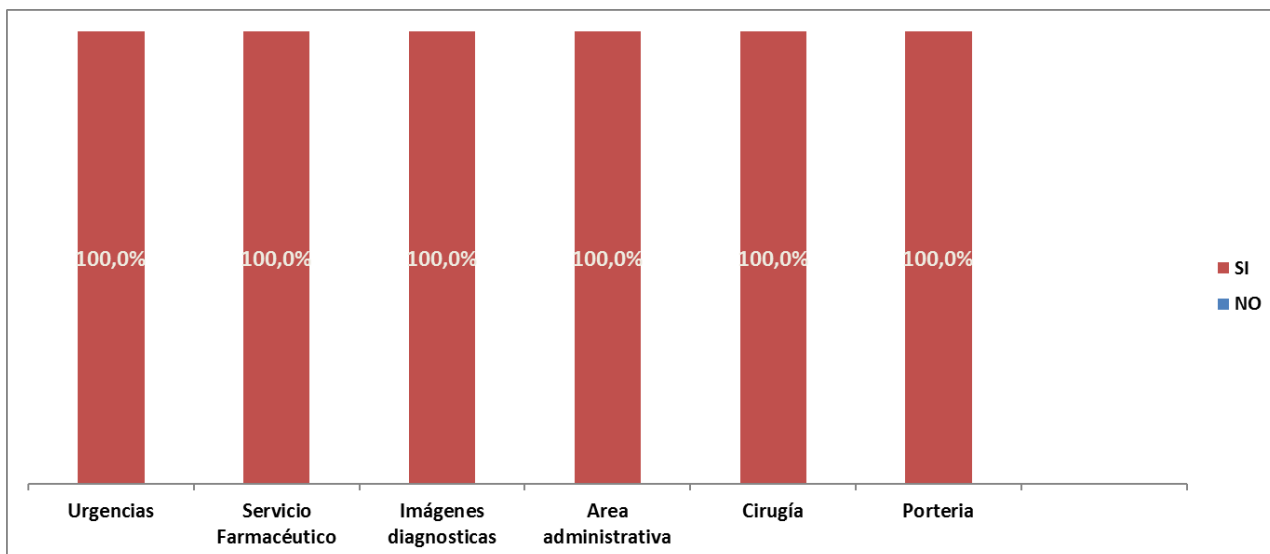
El 50% de los encuestados están de acuerdo que la gerencia promueve un ambiente laboral que propicia la seguridad del paciente, pero un 15% considera lo contrario y un 35% no tiene una opinión clara. El 50% de los empleados de las diferentes áreas asistenciales sienten que los servicios de la institución están coordinados entre sí, mientras que el 50% restante perciben descoordinación

entre dichas áreas. En su mayoría todas las áreas perciben que al transferir un paciente de un servicio a otro no se pierde la continuidad en la atención, sin embargo, aunque el 20% consideran que, si se pierde la continuidad y otro 20% responde no estar de acuerdo ni en desacuerdo, dichas respuestas toman peso debido a que se acercan a la mitad de las opiniones negativas. El 65% del personal de las diferentes áreas de la institución expresa que hay buena disposición entre los servicios para trabajar conjuntamente cuando se requiere; Este mismo porcentaje de empleados expreso que trabaja a gusto al relacionarse unos con otros mientras que solo el 15% consideran lo contrario. El 55% considera que no se presentan problemas en el intercambio de la información entre ellas, llama la atención el 25% de los ni de acuerdo ni en desacuerdo, dando a entender el desinterés por tener una comunicación adecuada entre servicios. Solo para el 35% de los empleados las medidas que toma la gerencia de la clínica muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria; El 50% creen que la gerencia siempre está interesada en la seguridad del paciente, mientras que el 20% considera que se toman medidas luego de presentarse el incidente o evento adverso. El 55% expresaron que hay un buen ambiente laboral para trabajar en conjunto y brindar un mejor cuidado al paciente. Entre tanto el 50% considera que los cambios de turnos ocasionan problemas para la atención de los pacientes; solo un 35% expresa lo contrario.

En esta Sección referente a la Institución, se evidencia una cooperación entre los servicios de la institución para trabajar conjuntamente sin que se pierda la continuidad de la atención al transferir un paciente de un servicio a otro, gracias a que la gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente haciéndola altamente prioritaria.

6.2.8 SECCIÓN J: ATENCIÓN SEGURA

Grafica 3. Atención segura área asistencial.



Se visualiza que la atención en forma segura hacia el paciente es percibida de forma positiva por la mayoría el 100% del personal de las distintas áreas.

6.3 CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE GENERAL

A continuación, se presentan los resultados de las encuestas realizadas en las áreas asistencial y administrativa de Redes Imat clínica de fracturas S.A.S, con el porcentaje obtenido en cada sección y el promedio de acuerdo con la cantidad de preguntas por sección, dando de esta forma el promedio del clima de seguridad del paciente para cada área.

Tabla 5. Clima de seguridad del paciente para el área administrativa

Sección	Preguntas positivas	Preguntas negativas	Cant Pos	Cant Neg	Prom Pond
Sección A	50,0%	25,9%	1	1	38,0%

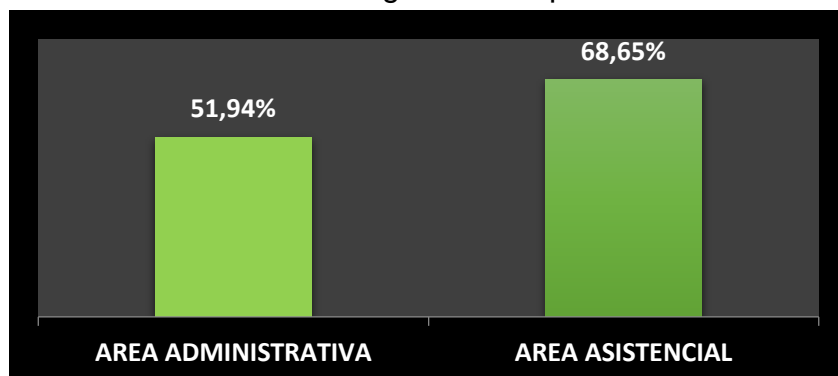
Sección B	70,4%	25,9%	2	2	48,1%
Sección C	80,1%	25,9%	9	1	74,7%
Sección D	37,0%		1		37,0%
Sección E	71,2%	17,6%	19	4	61,8%
Sección J	88,9%		1		
TOTAL					259,7%
PROMEDIO					51,9%

Tabla 6. Clima de seguridad del paciente para el área asistencial

Sección	Preguntas positivas	Preguntas negativas	Cant Pos	Cant Neg	Prom Pond
Sección A	64,3%	41,7%	8	5	58,0%
Sección B	71,8%	64,8%	2	2	68,3%
Sección C	82,2%	45,9%	5	1	76,2%
Sección D	85,5%		3		85,5%
Sección E	67,6%		1		67,6%
Sección F	61,5%	44,2%	7	3	56,3%
Sección J	90,3%				
TOTAL					411,9%
PROMEDIO					68,6%

6.4 PONDERADO FINAL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Gráfico 4. Ponderado final clima de seguridad del paciente.



El promedio del clima de seguridad del paciente en el área administrativa es del 51,94% y en el área asistencial es del 68,65% , según este resultado obtenido se califica como fortaleza el área asistencial, partiendo de este porcentaje como el máximo a alcanzar, no se toma la escala internacional, debido a que este clasifica como positivo todo lo que sea mayor al 75%, es por esto que para realizar un mejor análisis se toma como base el promedio general en el clima de seguridad del paciente, es aquí donde se aclara que todas las secciones de la encuesta que se encuentren por debajo de este valor, se definirán como oportunidades de mejora y por ende las secciones que superen esta cifra serán denominadas fortalezas institucionales.

Para el caso del área administrativa, la institución Redes Imat clínica de fracturas S.A.S, se encuentra como fortaleza la sección B: Su jefe inmediato, Sección C: Comunicación y sección E: Su institución y como oportunidades de mejora la sección A y D, los porcentajes se pueden observar en la tabla número 5.

En el área asistencial se obtuvo un mejor promedio de clima de seguridad del paciente, encontrando que las secciones B, C, D y E por su porcentaje mayor o igual al promedio ponderado se clasifican como fortalezas, mientras que las secciones A y F son oportunidades, los porcentajes se pueden observar en la tabla numero 6.

7. CONCLUSIONES

- La población total entre personal administrativo y asistencial de Redes Imat clínica de fracturas de la ciudad de Buga en el valle del Cauca, fue de 97 empleados, de los cuales se tuvo una muestra del 19% del área asistencial y 25% del área administrativa, con los datos obtenidos se puede concluir que la institución cuenta con 69% de personal técnico, dentro de los que encontramos auxiliares de enfermería, auxiliares de laboratorio clínico, auxiliares de archivo, auxiliar de mantenimiento, guarda de seguridad, auxiliar de servicio al cliente, tecnólogo en radiología, regente de farmacia, auxiliar de farmacia, auxiliar de servicio al cliente y secretaria, distribuidos en las diferentes áreas administrativas y asistenciales, para el caso del personal profesional, la institución cuenta con el 29,1% de la muestra, contando dentro de su nómina enfermeros, médicos generales, instrumentadores quirúrgicos, psicólogos, ingeniero de sistemas, abogados, administradores de empresas y solo un 3,7% son profesionales especializados. En cuanto al tiempo de vinculación con la clínica, el 20% es personal nuevo que lleva menos de 1 año, el 29,7% cuenta con mas de 11 años en la institución y el mayor porcentaje lo tienen las personas que tienen de 1 a 5 años con la empresa (75%), Lo cual demuestra que es una institución con estabilidad laboral, donde se evidencia poca rotación de personal, generando personal con experiencia en su área de trabajo y con sentido de pertenencia hacia su clínica. Del porcentaje de técnicos y profesionales del área de la salud, el 38.5% se encuentra vinculado con un contrato a termino indefinido directamente con la clínica, mientras que el 50% se encuentra por prestación de servicios y un 18,5% pertenecen a una agremiación, esto es un factor que genera sensación de inestabilidad laboral en el empleado, afectando también de forma directa su desarrollo económico, debido a que por el tipo de contratación las entidades bancarias no ceden prestamos para compra de vivienda, vehículo o estudio, pero aun así el personal que allí labora conservan su empleo por más de 5 años, En cuanto a las horas laboradas semanalmente por el personal administrativo y asistencial, se puede concluir que el 75% va de 40 a 59 horas,, el cual es el tiempo promedio de un empleado en Colombia, lo cual se encuentra establecido como jornada ordinaria semanal legal, en el artículo 161 del código sustantivo del trabajo, pero es preocupante que 11.2% refieren trabajar mas de 60 horas, lo cual puede generar fatiga en el personal y aumentar el riesgo de cometer errores que afecten la seguridad del paciente. Y por último el 13,7% solo trabaja medio tiempo.
- En cuanto a la percepción de la suficiencia de personal, el trabajo en equipo, el trato basado en el respeto entre compañeros y el trabajo en la seguridad del paciente mediante la notificación de los eventos clínicos, se

puede concluir que esta sección se clasificó como oportunidad de mejora tanto en el área asistencial como administrativa, lo cual afecta de forma directa la cultura del reporte, que es vital en el proceso de mitigación de errores de las instituciones prestadoras de servicios de salud, así mismo en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, establece que para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento; El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención, según la OMS la seguridad es un principio fundamental en la atención del paciente y un componente crítico en la gestión de calidad en desarrollo a las acciones definidas como líneas de acción enfocadas también al reporte del evento adverso pero se observan sesgos por el acto punitivo va ser un tema crítico al reportar, dejando de contribuir con planes de mejora en fin de minimizar riesgos futuros.

- En cuanto a la percepción sobre el jefe inmediato de la muestra total de los empleados encuestados tanto del área administrativa como asistencial, coinciden en que su jefe inmediato acepta las sugerencias que se le escalen, llevando a cabo el proceso de retroalimentación entre el personal a cargo y jefe de proceso, hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes lo cual se convierte en una fortaleza a estar por encima del promedio ponderado, pero aunque se rescatan características importantes en estos líderes de procesos, se recomienda fortalecer las funciones de los estos Jefes en cuanto al tema de la comunicación asertiva, donde se trabaje en equipo para generar acciones correctivas que impacten de forma positiva la seguridad del paciente, teniendo en cuenta que su figura como líder está en continuo movimiento y ante las adversidades tomar decisiones para alcanzar los objetivos.
- En todas las áreas administrativas de la institución se identifica una buena comunicación en los temas relacionados con la seguridad del paciente, de forma eficiente entre la gerencia y los líderes de dichos procesos, se obtuvo un 75,4% de opiniones positivas en esta sección, encontrándose por encima del promedio ponderado de la medición general del clima de seguridad del paciente de la institución, lo cual lo convierte en una fortaleza.
- En cuanto al grado de seguridad del paciente percibido por lo empleados, para el área administrativa esta sección se estableció como oportunidad de mejora, debido a que solo el 37% de la muestra expresó que en su área de trabajo el grado general de participación en seguridad del paciente es Excelente, seguido del 33,3% que lo considera es bueno y un 29,6% respondieron de forma negativa, dichas respuestas pueden estar ligadas al poco contacto directo con el paciente, generando en el personal

administrativo la mala creencia de no estar involucrados en los procesos de seguridad del paciente.

- El promedio del clima de seguridad del paciente en el área administrativa es del 51,94% y en el área asistencial es del 68,65%, ambas cifras se encuentran por debajo de la medición internacional, debido a que este clasifica como positivo todo lo que sea mayor al 75%, por lo cual no se evidencia una política de seguridad del paciente fortalecida basada en la cultura del personal, a pesar de ver a la parte gerencial como un aliado, no se encuentran de acuerdo con el trabajo realizado desde el programa de seguridad del paciente.

8. RECOMENDACIONES

- Se realizó una matriz de plan de mejoramiento, con los hallazgos identificados a partir de la aplicación del instrumento y su respectivo análisis, la cual incluye una serie de actividades enfocados en las secciones que se definieron como oportunidades de mejora, se recomienda el desarrollo del mismo en el tiempo establecido y realizar el respectivo seguimiento, con el fin de garantizar su cumplimiento en un 100%
- Se recomienda fortalecer las funciones de los líderes de procesos en cuanto al tema de la comunicación asertiva, donde se trabaje en equipo para generar acciones correctivas que impacten de forma positiva la seguridad del paciente, teniendo en cuenta que su figura como líder está en continuo movimiento y ante las adversidades tomar decisiones para alcanzar los objetivos.
- Elaborar un sistema de reporte de eventos adversos, de fácil diligenciamiento y de carácter anónimo, con el fin de fortalecer la cultura del reporte, para realizar su respectivo análisis y evitar así eventos a futuro que comprometan la calidad y la seguridad del paciente.
- Replantear con el área de gestión humana, el tipo de contratación del personal, debido a que dicho procedimiento está regulado por el código sustantivo del trabajo o código laboral, en sus artículos 22 a 75, donde se regulan las diferentes modalidades de contratación laboral, su duración, terminación e indemnización en caso de que el despido sea injustificado.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Rev Calid Asist [Internet]. 2011 May 1 [cited 2018 Oct 7];26(3):194–200. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X11000261>
2. Ministerio de Salud y protección social Colombia. Seguridad del paciente y la atención segura. 2015;
3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Resolución 2003 de 2014 [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 7]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_2003_de_2014.pdf
4. Fundación Clínica Infantil Club Noel. Política de seguridad del paciente | Club Noel [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 7]. Available from: <http://clubnoel.org/quienes-somos/sobre-el-club-noel/politica-de-seguridad-del-paciente/>
5. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture | Agency for Healthcare Research & Quality [Internet]. 2004 [cited 2018 Oct 7]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
6. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS_DE_LA_CULTURA_DE_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_EN_ATENCIÓN_PRIMARIA.PDF
7. Ministerio de Salud y protección social. Resolución 0256 de 2016 [Internet]. Bogotá; 2016 [cited 2018 Oct 8]. Available from: http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resolución_0256_de_2016_SinfCalidad.pdf
8. Jaraba Becerril C, Sartolo Romeo MT, Villaverde Royo MV, Espuis Albas L, Rivas Jiménez M. 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 [Internet]. 2013 Dec [cited 2018 Oct 7];36(3):471–7. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
9. Ministerio de la protección social-Colombia. Promoción de la cultura de seguridad del paciente [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf

10. Kohn LT, Corrigan JM DM. Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Commission on the Future of Health Care in America [Internet]. 2000 Mar 1 [cited 2018 Oct 8]; Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
11. Ruelas Barajas E, Sarabia González O, Tovar Vera W. Seguridad del paciente [Internet]. Médica Panamericana; 2007 [cited 2018 Oct 8]. 119 p. Available from: <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4206/Seguridad-del-paciente-hospitalizado.html>
12. Ministerio de Salud y la protección social-Colombia. Manual Único de Estandares y de verificación [Internet]. 2006 [cited 2018 Oct 8]. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documents/Anexo_tecnico_No_1.RES_1043_DE_3_ABRIL_DE_2006.pdf
13. Ministerio de Salud y la protección social- Colombia. Auditoría para el mejoramiento de la calidad [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 8]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. E. Errores de medicación y gestión de riesgos. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2003 [cited 2018 Oct 8];77(5):527–40. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500003
15. Real Academia Española. Definición Cultura [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 7]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=BetrEjX>
16. Arias-Botero J, Arias-Botero JH, Gómez-Arias RD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med [Internet]. 2017 Aug 14 [cited 2018 Oct 8];31(2):180–91. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4014>
17. MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION - COLOMBIA. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. 2015;
18. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care [Internet]. 2003 Apr [cited 2018 Oct 7];12(2):112–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12679507>
19. Castañeda-Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas JF, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. Cienc y enfermería [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 7];19(2):77–88. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
20. Germán; Rodríguez-Suárez, Javier; Arboleya-Casanova, Heberto; Rojano-Fernández, Cintia; Hernández-Torres, Francisco; Santacruz-Varela J. Cultura

sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud [Internet]. Vol. 78, Cirugía y Cirujanos. Academia Mexicana de Cirugía; 2010 [cited 2018 Oct 7]. Available from: <http://www.redalyc.org/html/662/66220323010/>

21. Pompilio Torres Ornelas. Cultura de la seguridad del paciente en hospitales de los servicios de salud del estado de Colima, 2018 | Torres Ornelas | BOLETÍN CONAMED - OPS. Bol CONAMED [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 7];18. Available from: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/BCCCSP/article/view/778>

22. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. Cienc y enfermería [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Oct 7];17(3):97–111. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en

23. Escuela Nacional de Sanidad -Ministerio de Ciencia e innovación España. MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO [Internet]. Madrid-España; 2009 [cited 2018 Oct 7]. 219 p. Available from: <http://publicaciones.administracion.es>

24. Casal J, Mateu E. TIPOS DE MUESTREO [Internet]. Vol. 1, Rev. Epidem. Med. Prev. 2003 [cited 2018 Oct 8]. Available from: [http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas Adicionales \(Cómo diseñar una encuesta\)/TiposMuestreo1.pdf](http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas Adicionales (Cómo diseñar una encuesta)/TiposMuestreo1.pdf)