EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE III Y IV NIVEL DEL NORTE DE SANTIAGO DE CALI, PARA EL TERCER TRIMESTRE DEL 2017.

Autores
Cindy Paulehe Castillo Caicedo
Katherine Fonnegra Romero
Alexandra Viáfara Carabalí

Asesora:
Ing. Paula Andrea Peña Lopez

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD
MANIZALES
2017

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer primero a Dios por todas las oportunidades que nos da de crecer, y ser cada día mejores, a nuestras familias por su apoyo incondicional, a todas aquellas personas que nos colaboraron durante la recolección de la información para nuestro proyecto de investigación, a nuestra tutora por guiarnos en todo el proceso y a la universidad Católica de Manizales por todas las enseñanza y formación que nos brindó para recibir este título de Especialistas en Administración de la Salud.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS……2
1. TABLAS Y GRAFICOS……..…...4
2. INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO……..8
3.INTRODUCCIÓN……..……9
4. 0BJETIVOS……10
4.1 OBJETIVO GENERAL……10
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS……10
5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ……..……...11
6. REFERENTE TEÓRICO……14
6.1 ANTECEDENTES……...14
6.2 MARCO TEÓRICO……..……...19
6.3 MARCO NORMATIVO…….. 19
6.4 CALIDAD EN SALUD……21
6.5 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE……..23
6.6 SEGURIDAD DEL PACIENTE……24
6.7 EVENTOS ADVERSOS……26
7. METODOLOGÍA……..…..27
7.1 ÁREA DE ESTUDIO……...27
7.2 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO……..……27
7.3 POBLACIÓN……27
7.4 MUESTRA DE ESTUDIO……..28
7.5 INSTRUMENTOS METODOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN...29
7.6 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN……..……....30
7.7 COMPONENTE ÉTICO……..……30
7.8 CONSENTIMINETO INFORMADO…..……...31
8. RESULTADOS O DISCUSIÓN……..……..32
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……..59
9.1 CONCLUSIONES……...59
9.2 RECOMENDACIONES……...… 59
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..……..60

TABLAS Y GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. **…….....32**

GRÁFICO 2: Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se está siendo denunciada la persona y no el problema. **……..…….33**

GRÁFICO 3: Tenemos suficiente personal para afrontar y realizar el trabajo**...……..34**

GRÁFICO 4. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueda ocurrir en la atención al paciente **……..…..35**

GRÁFICO 5. Mi superior/ Jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente…**……...36**

GRÁFICO 6. . Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente**…….....37**

GRÁFICO 7. Mi superior / jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez**……..…38**

GRÁFICO 8. Mi superior/jefe hace comentarios positivos cuando ve un trabajo de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente**…..…..39**

GRAFICO 9. Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente**……40**

GRÁFICA 10 La gerencia o la dirección de la institución proveen un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente**…….…41**

GRÁFICA 11: Las diferentes unidades / servicios de esta institución no coordinan bien entre sí…**……42**

GRÁFICA 12. La gerencia o la dirección de la institución proveen un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente**…….…43**

GRÁFICA 13. Las diferentes unidades / servicios de esta institución no coordinan bien entre sí**…….……44**

GRÁFICA 14 *:* Los jefes/ superiores informan sobre los cambios realizados basado en los reportes de los incidentes o eventos adversos **…….……...45**

GRÁFICA 15. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, habla de ello con total libertad**…….……46**

GRÁFICA 16 *:* Los jefes/ superiores informan sobre los cambios realizados basado en los reportes de los incidentes o eventos adversos **……..……..47**

GRÁFICA 17. : Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, habla de ello con total libertad**……..……**…**48**

GRÁFICA 18: En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que vuelva a ocurrir un error**……49**

GRÁFICA 19 Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes que pueda afectar al paciente, ¿ Qué tan frecuentemente es reportado?**…...50**

GRÁFICA 20: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes que pueda afectar al paciente, ¿Qué tan frecuentemente es reportado?**.....51**

GRAFICA 21. Resultados del grado de reporte anual en las áreas asistenciales**….52**

GRÁFICA 22. . Resultados del grado de reporte anual en las áreas administrativas**……53**

GRÁFICA 23. Resultados de la Sección G en el personal asistencial de una institución de salud de III y IV nivel en la ciudad de Santiago de Cali**……..……54**

GRÁFICA 24. . Resultados de la Sección G en el administrativo asistencial de una institución de salud de III y IV nivel en la ciudad de Santiago de Cali**……..……55**

GRAFICO 25. Tiempo que lleva laborando en la institucipon aplicado al área asistencial**……56**

GRAFICO 26. Tiempo que lleva laborando en la institucipon aplicado al área administrativa**…….……57**

LISTA DE TABLAS

TABLA 2: Definición de resultados positivos **……..….30**

TABLA 3: Definición de resultados negativos**……..….30**

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título:

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una institución de salud de III y IV nivel del norte de Santiago de Cali, para el tercer trimestre del 2017

Investigador Principal: Richard Nelson Román Marín	
Coinvestigador Rubén Darío Agudelo Loaiza	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador Lina Patricia Muñoz Jiménez	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Asistente de Investigación Cindy Paulehe Castillo Caicedo Katerine Fonnegra Romero Alexandra Viafara Carabalí	Trabajo de Grado Semillero
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Línea de Investigación: Gestión de la calidad	
Área de conocimiento a la que aplica: Salud	
Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en Administración en Salud.	
Lugar de Ejecución del Proyecto: Ciudad: Cali Departamento: Valle del Cauca	
Duración del Proyecto (periodos académicos): Dos Periodos	

3. INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad del paciente es la suma de conocimientos, creencias y actitudes cotidianas del equipo de salud encaminadas a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud y proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado"(1), además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que estos deben ser reportados para su posterior análisis y con ello buscar soluciones a corto, mediano y largo plazo que nos disminuya un potencial evento y/o incidente"(2)..

En la actualidad Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud, buscando prevenir la ocurrencia, reducir y de ser posible eliminar la posibilidad de todo los eventos e incidentes que lleva el no contar con una cultura de seguridad del paciente arraigado a la atención en salud, a partir de algunos aspectos relevantes como la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los colaboradores de los servicios de salud, donde se busque implementar acciones de mejora en la correcta atención del paciente, promover la retroalimentación de los errores en la atención y las posibles soluciones y la generación de barreras.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en una institución de III y IV nivel del norte de Santiago de Cali.

4.2. 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) en una institución de III y IV nivel en el norte de Santiago de Cali.
- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente en una institución de III y IV nivel en el norte de Santiago de Cali.
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente en una institución de III y IV nivel en el norte de Santiago de Cali.

.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La cultura de seguridad suele definirse como el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad”(3). Se entiende por cultura de seguridad, todos aquellos objetivos que van encaminados al trabajo en equipo, la comunicación asertiva, el aprendizaje y las enseñanzas que como colaboradores del sector salud promueven a partir de la vocación de servir a los pacientes y familiares, con procesos de calidad.

Esta institución de salud se fundó en 1938 por un grupo de amigos y colegas médicos, bajo el concepto de crear un centro hospitalario para el servicio de la comunidad de Santiago de Cali y que con el paso del tiempo se ha desarrollado como una de las instituciones de reconocimiento en el norte de la ciudad, tiene como misión Prestar servicios integrales de salud de mediana y alta complejidad con enfoque en las especialidades de oncología y cardiología, ofreciendo una atención cálida y segura a los ciudadanos, apoyados por personal con alta calidad humana y científica, trabajo en equipo y tecnología de vanguardia, generando sostenibilidad y responsabilidad social por nombrar algunas. Teniendo en cuenta lo anterior se define tener como alcance para este trabajo en la institución de salud de III y IV nivel del norte de la Cali, evaluar la adherencia que los colaboradores tienen a la cultura de seguridad del paciente, de acuerdo a las constante campañas, la inclusión al personal asistencial y administrativo al programa y el trabajo que se realizan en la institución para fomentar la cultura al reporte, a las practicas seguras mitigando así los e incidentes y eventos adversos que puedan generarse durante la atención del paciente..

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone realizar una encuesta de cultura de seguridad al paciente en la institución de salud de III y UV nivel de la ciudad de Cali para el segundo semestre del año 2017, ubicada en el norte de Santiago de Cali. Con el fin de observar la adherencia que tienen los empleados de dicha instituciones, con respeto a las practicas seguras y el reporte oportuno.

En el marco de las políticas de seguridad formuladas por la OMS, la institución de salud de III y IV nivel de la ciudad Santiago de Cali tiene como una de sus prioridades el mejoramiento de la calidad de atención de salud con énfasis en la seguridad del paciente. La orientación hacia la presentación de servicios de salud más seguros, requiere que la información sobre seguridad del paciente está integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente en la institución de salud de III y IV nivel del norte de la ciudad de Santiago de Cali, en el tercer trimestre de 2017?

JUSTIFICACIÓN

"La cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención de salud, con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse"(4), hoy por hoy los servicios de salud buscan poder entregar al usuario un servicio de calidad, donde el eje principal de la atención sea el paciente y su seguridad.

Teniendo en cuenta esto, Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, la cual se encuentra liderada por el Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, buscando prevenir la ocurrencia, reducir y de ser posible eliminar la posibilidad de todo los eventos e incidentes que lleva el no contar con una cultura de seguridad del paciente arraigado a la atención en salud a partir de algunos aspectos relevantes como son, la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los colaboradores de los servicios de salud, donde se busquen acciones de mejora en la correcta atención del paciente, y de igual manera promover la retroalimentación de los errores en la atención y sus posibles soluciones, la generación de barreras oportunas permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud. A medida que la cultura de seguridad del paciente se vuelve más fuerte en las instituciones de salud, se empieza a observar la relevancia y ventajas que tiene estos estudios, ya que se puede dar a conocer los logros que se han obtenido por utilizar estas metodologías, tales como, el crecimiento de su imagen, los costos de la no calidad y finalmente cuando el paciente egresa satisfecho con el servicio recibido.

La institución cuenta con un programa de seguridad del paciente conformado hace algunos años por el departamento de calidad y los coordinadores de áreas asistenciales, que son los que velan por que continuamente se eduquen adecuadamente al colaborador. Es así, que se han visto grandes logros en la adherencia del concepto y la ejecución de prácticas seguras no solo de la atención del paciente si no del trabajo en equipo que se puede observar en la institución. Como tal la clínica lleva aplicando este instrumento de evaluación en dos oportunidades, lo cual ha reflejado a grandes rasgos la evolución que ha presentado el programa frente al colaborador como a la institución, todo aquello reflejado en las barreras para mitigar los eventos e incidentes, la concientización del personal asistencial, médico y administrativo de la

institución a través de las capacitaciones, guías y protocolos de trabajo que van en pro a un mismo objetivo, dar una atención con calidad.

Se espera que a partir de los resultados que muestre esta investigación, se espera poder comparar los dos resultados anteriores con el actual, y con ello evaluar el crecimiento que muestra el programa, al igual que identificar todas esas oportunidades de mejora que se presentan día a día en la atención y quien más que el personal asistencial quienes tienen el contacto directo con el paciente para identificar esas necesidades o falencias, en pro al mejoramiento continuo del programa. Así mismo, lograr una inclusión mayor del personal administrativo, con el fin de poder evaluar la percepción del personal asistencial con el programa de seguridad del paciente, que bien, aunque lo conocen, en muchos casos ellos olvidan que son también parte crucial para prestar atención con calidad.

6. REFERENTE TEÓRICO

6.1. ANTECEDENTES

La cultura de seguridad del paciente es la suma de conocimientos, creencias y actitudes cotidianas del equipo de salud encaminadas a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud y proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado"(5); además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que éstos deben ser reportados para su posterior análisis y con ello buscar soluciones a corto, mediano y largo plazo que nos disminuya un potencial evento y/o incidente."(6). La seguridad al paciente hoy por hoy, es una de las pautas de calidad más importante dentro de las instituciones hospitalarias, ya que por medio de esto entra en un nivel competitivo no solo nacional, si no también internacional. Poco a poco la adherencia de la cultura de seguridad al paciente se va arraigando a las tareas cotidianas del servicio que presta el personal asistencial, medico, de apoyo y administrativo, ya que son los pilares de este y gracias a su visión humanizada, de comunicación asertiva, de oportunos reportes, hacen que estos se conviertan en una de las principales barreras frente a los posibles eventos y/o incidentes que se pueda presentar. Algo similar, se puede intuir dentro del estudio *"Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente"* publicado en el 2011, donde se plantea evaluar ¿Cuál es la cultura de seguridad al paciente de los trabajadores del área de la salud, referida por la literatura científica disponible actualmente?"(7) este estudio cuenta con 12 publicaciones de diferentes bases médicas, tales como, Library, EBSCO, PubMed, entre otras con un tiempo de inclusión entre 2000 a 2009 respectivamente; dentro de los resultados del documento, se encontró que los estudios revisados son principalmente descriptivos, observacionales y exploratorios transversales. Dentro de los resultados, se resalta el trabajo en equipo como fortaleza y voluntad del personal y lo cual se ve reflejado en que el 78,2% que el personal del ámbito hospitalario Nacional Español afirma se apoya mutuamente. Mientras que el 76,8% afirman que cuando se presenta un fallo en la atención, toman las medidas necesarias para que la posibilidad de que vuelva a ocurrir será nula; Pero a pesar de contar con un adecuado grupo de trabajo, muchas veces la complejidad de pacientes y la deficiencia en el recurso humano que aumenta la carga laboral, hace que se presente mayor cantidad de errores en los horarios nocturnos, donde prevalece la administración incorrecta, velocidad de infusión errónea, y uno de los grandes barreras hacia el reporte se presenta en las acciones punitivas que llevan a cabo desde la gerencia, donde se percibe que son dirigida a una persona específica y no al contexto en general que favoreció que se produjera"(7), esto último es uno de los grandes retos con que el grupo de seguridad al paciente debe lidiar diariamente, ya que el miedo a reportar por la repercusiones que esté pueda tener hacia el colaborador, hace mucho más difícil el acceso a una

generación de cultura.
La cultura de seguridad del paciente se concibe como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individual y grupal que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad en la atención y en el cuidado del paciente. Esto se relata básicamente en el estudio de "Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas" donde se tiene como objetivo describir la actitud frente a la cultura de seguridad del paciente en trabajadores de una misma institución hospitalaria (Sant Joan de Déu, Bancelona) y conocer la influencia de diferentes variables sociodemográficas y profesionales."(8). Se evalúa a un total de 276 personas, siendo estas delimitadas solo a personal profesional y auxiliar en enfermería; se utilizó como herramienta de apoyo para la medición un cuestionario 42 preguntas tipo Likert agrupada en 12 dimensiones, y los datos obtenidos de dicho cuestionario, fueron evaluados en dos momentos, el primero un análisis descriptivo y el segundo por medio de la prueba Shapiro-Wilk. La respuesta a este test fue satisfactoria con un total de 183 cuestionarios resueltos en su totalidad, equivalente a 86,7% de la población evaluada, y un 13,3% no resuelta en su totalidad. Una de las fortalezas a resaltar es el trabajo en equipo es uno de los pilares más fuerte con un 77,79%, donde se muestra el compromiso del personal de enfermería en la notificación de incidentes por escrito y la responsabilidad que asumen dicho colaborador a conciencia, mientras como acción de mejora se permite destacar la falta de dotación al personal con un 56,62% de personal insatisfecho. Es de aclarar que todavía se encuentra mucha resistencia por el personal asistencial para el debido reporte de incidentes y eventos y poder compararlo en un futuro con los resultados obtenido por otras instituciones con él fin de mejorar cada día más.

Durante este estudio se puede observar para esta institución de salud en particular, que la diferencia de reporte de incidentes en el último año, es significativa. Para el área de hospitalización encontramos una notificación de incidentes del 59,1%, mientras que para los servicios ambulatorios lo hicieron un 47,8%, en urgencias/unidad de medicina intensiva un 41,5% y en el bloque quirúrgico /obstétrico un 20,6%, Esto se puede ver referenciado a la complejidad de la atención vs a la capacidad instalada de recurso humano e infraestructura. La información que proporciona este estudio facilita el punto inicial de las acciones de mejora y posteriormente llama a involucrar a todo personal asistencial y no asistencial de las instituciones para obtener un excelente programa de seguridad al paciente."(8).

En España se realizó el estudio Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles en relación a las debilidades u oportunidades de mejora, aparece la misma dimensión claramente identificada como tal en los tres grupos de hospitales («Dotación

de personal»), aunque con diferencias significativas entre ellos (61,4 ±4,5 de respuestas con carácter negativo en hospitales grandes, 63,4 ±3,4 en los medianos y 57,9 ±4,8 en los pequeños), y otra que sólo destaca significativamente (p<0,000) como debilidad en los grandes: «Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente», 51,6% ±3,9 de respuestas con carácter negativo. El ítem «La gerencia del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso» (dimensión: «Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente»), se percibe negativamente en los hospitales grandes (61,6%) y en los medianos (54,1%); el ítem «Las diferentes Unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (dimensión: «Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios»), es percibido claramente como problemático sólo en los hospitales grandes (53,9 % de respuestas con carácter negativo)"(9)

En Brasil los señores Tobías Camargo G y colaboradores "(10), evaluaron la cultura de seguridad del paciente en la atención sanitaria; donde se desarrolló un estudio biométrico, se evidencio la falta de comunicación y gestión del riesgo, la falta de estandarización de la terminología relacionada con los eventos adversos. Dentro de los aspectos positivos a resaltar se encuentra las actitudes proactivas del personal frente al error.

Carmen Gloria Alarcón y el Doctor Armando Ortiz (11) Realizaron en el 2009 un estudio de "Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile": con el objetivo de describir aspectos claves de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que trabaja en el Hospital. Se estableció que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos en toda la institución. Como fortaleza se encontró percepción del Trabajo de Equipo al interior de las áreas incluidas en el estudio, cualidad que debe ser promovida y considerada en el mejoramiento de la Seguridad Clínica. Como debilidades se identificó la importante percepción de los profesionales encuestados acerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los Eventos Adversos (EA) y la inadecuada Dotación de personal que impedirían desarrollar la atención sanitaria de manera segura.

Giraldo Arango P y colaboradores "(12). En Antioquia Colombia evaluaron la seguridad en un hospital de Antioquia Colombia, encontraron que el hospital cuenta con un programa de seguridad clínica y gestión del riesgo, un sistema de vigilancia a eventos adversos cuyo fin es la adopción de una cultura de seguridad. Se evidencio que existen obstáculos que limitan la confianza en la comunicación en el momento de reporte de Eventos Adversos, siendo necesario revisar el modelo de liderazgo y poder jerarquizado dominante, ya

que se requiere de la participación de todos en la construcción de las propuestas de mejoramiento.
Castillo Solís D y colaboradores (*13)* en el estudio Cultura de Seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad de Yumbo, Valle, encontraron que existe comunicación oportuna y de calidad entre los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente, al igual que retroalimentación de los errores. El personal tiene la sensación de que los errores y la notificación de eventos adversos se utilizaran en su contra, lo cual es una verdad imborrable en la conciencia de los colaboradores a nivel de salud.

Cifuentes A, Rincón B, Chávez EI, La cultura de seguridad del paciente en el centro médico de endocirugía de Cali, se debe establecer un procesos de comunicación efectiva entre toda el personal del centro médico, sin importar su nivel jerárquico dentro de la institución, desde supervisores y personal a cargo, como entre los mismos compañeros, dado que se observa en el ítem que evalúa la cultura en la parte de comunicación, el puntaje mayor está en la respuesta indefinida, también por que el grupo de variables que evaluó el intercambio y transición observo un puntaje alto a la pregunta indefinida. El Centro médico ha adelantado algunas gestiones frente al tema de cultura y de seguridad del paciente se hace prioritario iniciar los procesos sugeridos y exigidos por las normas que fortalezcan lo que se ha logrado e implementen lo que se requiere para esta maximizar la seguridad del paciente y enriquecer el nivel de cultura frente al tema entre los empleados.

Camacho DP, Alegría Jc, En el estudio "Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente en la E.S.E Popayán, Puntos de atención Centro de Salud Sur Occidente y María Occidente, Vigencia 2015 – 2016"(14) encontraron que tanto en el área administrativa como asistencial, la cultura de seguridad del Paciente es muy buena y se evidencia que se están realizando actividades proactivamente para el mejoramiento continuo de los procedimientos, encaminados al logro de la excelencia y cumplimiento de la Misión y Visión de la Entidad. El personal está capacitado en las diferentes disciplinas, ya que se aplican procedimientos y sistemas efectivos para prevenir errores, eventos adversos y fallas de la atención en salud., realizan con frecuencia y responsabilidad el reporte de errores, así hayan sido corregidos a tiempo o hubieran ocurrido con o sin potencial de afectar al paciente, permitiendo identificar oportunamente las causas y formular el Plan de Mejora.
Según un estudio realizado en el 2009, donde la pregunta que se planteó inicialmente era "¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores del área de la salud y que perspectivas tienen ellos y los pacientes acerca de este asunto actualmente?" se encontró que dentro de los

12 estudios revisados se puede sobresaltar el trabajo en equipo y la voluntad personal de llevar a cabo las tareas siguiendo el principio hipocrático. Sin embargo, de estos mismos estudios se puede observar que los trabajadores de la salud se encuentran inconformes con las acciones punitivas que lleva la gerencia y que generalmente, se percibe son dirigida a las persona que específicamente se relacionó con la acción del error y no al contexto en general que favoreció que se produjera.

6.2. MARCO TEORICO

A pesar de que han pasado 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte "Errar es humano", debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global, este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica. Son muchas las acciones que se han realizado en los diferentes países al rededor del mundo para afrontar este problema social" (15).

6.3 MARCO NORMATIVO

Frente al tema de seguridad del paciente se encuentran referencias normativas a nivel nacional, las cuales se han impulsado de manera enérgica en los últimos años.

- **Ley 10 de 1990** "Por medio del cual se crea el Sistema Nacional de Salud".
- **Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y dentro de este se estableció la acreditación en Salud como Mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los Servicios de Salud.
- **Resolución 0741 de 1997** (marzo 14) del Ministerio de Salud: Imparte instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para instituciones y demás prestadores de Servicios de Salud; define que las Instituciones deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios.
- **Resolución WHA55.18 de 2002** de la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea a los Estados miembros de la 55 Asamblea Mundial de la Salud a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología»
- **Decreto Nº 2309 DE 2002**. Por este decreto se reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia y consideró el acceso a los servicios

de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente como las características fundamentales de la calidad de la atención.

- **Ley 872 de 2003 (diciembre 30):** Creó el sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, dicho sistema es visto como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados.
- **Decreto N° 1011 DE 2006:** "Por el cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, continuaba definiendo el SOGCS como "el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país". El SOGCS tiene cuatro componentes:

1. El Sistema único de Habilitación
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
3. El Sistema Único de Acreditación
4. El Sistema de Información para la Calidad

Señala que las IPS deben implementar procesos de auditoría, con criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad, los modelos que se apliquen teniendo en cuenta niveles de autocontrol, auditoria interna y externa.

- **Resolución N° 1446 DE 2006**: Por la cual se define el "Sistema de Información para la Calidad " y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Dicha resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Ofrecer insumos para el referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

- **Ley 1122 de 2007:** "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin

se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud

El 11 de junio de 2008, el Ministerio de Protección Social, impulsa la Política de Seguridad del Paciente como eje transversal a los cuatro componentes del SOGCS.

Dentro de la normativas que se generaron para la aplicación de la política de seguridad al paciente en las instituciones de salud, se crearon un conjunto de guías, tales como, La guía técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud", que fue elaborada por el comité de buenas prácticas de la unidad sectorial de normalización, entregada al consejo el 13 de noviembre de 2009 y luego de su proceso fue aprobada como guía técnica en salud 001 el día 4 de marzo de 2010; así mismo se creó la Guía Técnica por el Ministerio de Protección Social llamada "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" en el año 2008, el cual da el principio de operación de dicha política.

Estas publicaciones tenían como objetivo dar recomendaciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, a través de direccionar las políticas institucionales y de diseño a la seguridad el paciente, disminuir el riesgo de atención, prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención, educar a los pacientes, familia y opinión pública, difundir los principios de la seguridad del paciente, entre otros" (16-17).

Circular Conjunta 05 de 2012 del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud donde se plantea dentro de las estrategias para la maternidad segura, la adopción de la Guía Técnica de Buena Práctica de Binomio Madre- Hijo.

- **Resolución 2003 de 2014:** "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios salud.
- **El PAMEC:** Identifica las fallas en la calidad que impactan de manera importante la salud de la población, además, permite realizar el seguimiento a los eventos trazadores, por lo que se constituye en una herramienta más de la auditoria de la calidad del servicio.
- **Decreto 780 de 2016:** Recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, orientado al mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

6.4 CALIDAD EN SALUD

Una de las estrategias utilizada para disminuir la inequidad en las sociedades contemporáneas ha sido la realización de reformas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud.

Abadís Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (18).

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

La necesidad de generar modelos de calidad de atención centrados en el ser humano, priorizando la salud, sin dejar de lado la cobertura, que como se ha visto, es la meta única de muchos modelos.

La calidad técnico-científica de los profesionales de la salud es una de las variables más importantes en un programa de garantía y mejora de la calidad, principalmente por aumentar el uso eficiente de los recursos, reducir el riesgo de lesiones asociados con los servicios de salud ofrecidos y, de paso, aumentar la satisfacción del paciente-usuario en sus demandas.

Colombia con el objetivo de estimular la competencia en calidad entre los entes del sector salud y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud el Ministerio de Protección Social, mediante el Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) el cual tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con

el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud

En junio del 2008 Colombia impulsa la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el SOGCS, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que alteren la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Para lograrlo es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos.

Principios orientadores de la política

1. Atención centrado en el usuario: Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. Cultura de Seguridad: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
4. Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
5. Validez: Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
6. Alianza con el paciente y su familia: La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
7. Alianza con el profesional de la salud La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injusto.

6.5 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La cultura se expresa a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres y metas de los diferentes grupos de trabajo. Crea un

sentido de identidad y establece vínculos entre los miembros de la organización y su misión. En este contexto, la cultura es lo que emerge de los esfuerzos concertados de las organizaciones para movilizar todos los elementos culturales hacia la meta de seguridad" (19).

La competencia cultural es entendida en el ámbito de la salud como la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud (TS) para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario, incrementando así la posibilidad de lograr una real comunicación con este último. Algunos autores argumentan, que todo el personal que trabaja en salud debería considerar el trato a cada paciente como una adaptación cultural a las estrategias de intervención para contemplar la individualidad y el contexto social de los usuarios con el fin de tener una comunicación asertiva. Es por ello, que considerando el perfil epidemiológico actual de nuestro país, en donde predominan enfermedades crónicas de salud, los trabajadores de la salud tienen en frente dos grandes retos la comunicación efectiva con el paciente y la adherencia a las intervenciones sugeridas, tomando como referente los determinantes sociales en salud. Es posible establecer que variables tales como género, edad, nivel educacional, situación laboral, nivel de ingresos, etnia o condición de migrante, sitúan a cada individuo en un entramado social complejo, el cual influye en sus decisiones de salud. Necesariamente estas variables debieran ser tomadas en cuenta por el personal de salud para el diseño de estrategias que apunten al éxito y adherencia deseados. En el ámbito de la atención primaria en salud esta habilidad de comunicarse efectivamente con el usuario, considerando su *background* cultural, pareciera tener especial relevancia, ya que es en este nivel donde debiera ocurrir el primer encuentro entre los usuarios y el sistema de salud, y generalmente es allí donde las personas controlan sus condiciones crónicas de salud. La Organización Mundial de la Salud, en su documento de trabajo acerca de los lineamientos para Salud Primaria, plantea que el cuidado de las personas debe centrarse en sus necesidades específicas, considerando la diversidad cultural" (20).

6.6 SEGURIDAD DEL PACIENTE:

La Seguridad del Paciente se define como la ausencia de accidente o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud, el cual incluye todas las acciones 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.

Desde otro punto de vista la cultura de seguridad de una organización se define como la suma de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conductas individuales y grupales determina el estilo, la

competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparte la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas tanto de las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para su rectificación."(21).

En términos internacionales este tema está liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde la "calidad de la atención seguridad del paciente", es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, donde se debe prestar mayor atención a las barreras inexistentes de los problemas de seguridad del paciente, a partir de bases científicas y estudios pertinentes con el fin de encontrar soluciones a las problemáticas de seguridad del paciente en calidad de la atención sanitaria. Es por ello que para mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo.

La necesidad de seguridad y reaseguramiento es la segunda escala dentro de la jerarquía de las necesidades fisiológicas. Esa necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfecha las necesidades fisiológicas, si no hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero se satisfará antes de cualquier otra necesidad es la seguridad. En este sentido, 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." (22).

Dicha cultura de seguridad del paciente, es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud.

En Colombia, el término de cultura de seguridad del paciente abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente vigente, que tienen origen en el SOGCS,

La cultura de la seguridad "Se ha avanzado mucho en materia de seguridad del paciente durante los últimos años" pero queda aún mucho por hacer; por encima de todo, hay que cambiar el chip: los errores y eventos adversos son algo de los que hay que hablar" (23).

Dentro de los estudios de cultura en seguridad al paciente, se puede referenciar una tesis donde su objetivo principal era evaluar la adherencia que

tiene el personal asistencia, administrativo sobre este dicho programa en el Hospital Santa Isabel. Este estudio se realizó por medio del diligenciamiento de una encuesta “survey on patient safety culture” y posteriormente comparar esos resultados con 1128 hospitales disponibles AHRQ. Los resultados obtenidos indican que la implementación de los programas sobre seguridad al paciente está en proceso y esto ha permitido avanzar en la consecución de una cultura de la seguridad, sin que eso signifique que no se deban establecer correctivos ya que estamos frente a una tarea compleja que requiere tiempo, constancia, compromiso y que involucra a todo el equipo de salud. De igual manera trabajo dio resultados que hacen pensar en la presencia de obstáculos que limitan la confianza en la comunicación a la hora de reportar los EAs, componente clave en la seguridad de los pacientes. Tampoco podemos olvidar las raíces culturales de occidente que cuenta con mitos fundacionales arraigados en la culpa. Es por esto que, los cambios implican rupturas paradigmáticas, asunto que no debe dejarse de lado cuando se piensen alternativas para avanzar en la cultura de seguridad. Se hace necesario, así mismo revisar el modelo de liderazgo y del poder jerarquizado dominante, ya que el compromiso y la confianza requieren de un ejercicio participativo, horizontal en la construcción de las propuestas. · Se evidencia una paradoja en la apreciación predominante, acerca de la existencia de los requerimientos necesarios para unas condiciones óptimas de seguridad, frente a una percepción, también preponderante, de inseguridad “(24).

6.7 EVENTOS ADVERSOS

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño” (25). Estos tipos de eventos se pueden clasificar en ***Eventos adversos prevenibles***, los cuales son los resultados no deseados, no intencionales, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los protocolos del cuidado asistencial y los ***Eventos adversos no prevenibles***, que es el resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar de llevar a cabo los pasos de los protocolos en la atención asistencial. Es de tener en cuenta, que el reporte oportuno de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la institución de III y IV nivel del norte de la ciudad de Santiago de Cali, es una muestra que el programa de seguridad del paciente está siendo interiorizado por el personal y busca que su enfoque sea velar por la seguridad del paciente y del mismo personal.

7. METODOLOGÍA

7.1 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en una institución de III y IV nivel que se fundó en 1938 por un grupo de amigos médicos, bajo el concepto de crear un centro hospitalario para el servicio de la comunidad en Santiago de Cali. Una institución que a través del tiempo fue evolucionando no solo a nivel de infraestructura, si no de especialidades que llevaron a alianzas con centros como Angiografía de Occidente, Ecocardiografía de Occidente, Endoccidente y así mismo a generar mayor demanda de servicios gracias a los proyectos de oncología, cirugías de tórax, cirugías de ortopedia y un sin número más de especialidades que constituyen la lista de servicios de la misma. Dicha institución tiene un buen prestigio dentro de la comunidad caleña y suroccidente Colombiano, cuya misión es "Prestar servicios integrales de salud de mediana y alta complejidad con enfoque en las especialidades de oncología y cardiología, ofreciendo una atención cálida y segura a los ciudadanos, apoyados por personal con alta calidad humana y científica, trabajo en equipo y tecnología de vanguardia, generando sostenibilidad y responsabilidad social" . Certificada por el Icontec 5 años, lo cual ha llevado a contar dentro de sus instalaciones con procesos definidos, con personal idóneo en cada una de sus labores, que sepan aprovechar los recursos existentes para prestar la mejor atención a la comunidad. Hoy por hoy, esta institución que cuenta con un promedio de 1300 colaboradores como muestra de la vocación de servicio y calidad del mismo.

7.2 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

El enfoque del estudio es cuantitativo de carácter descriptivo y prospectivo, dado que se estudió el fenómeno en el contexto natural donde se sucede y se buscó dar elementos para describir la cultura de seguridad del paciente en una institución de III y IV nivel del norte de Santiago de Cali, para el tercer trimestre del 2017**.**

Cuantitativo: Los datos recolectados se analizaron de forma numérica con ayuda de herramientas estadísticas.

Descriptivo: Se recolectó la información del problema de investigación, la cual se midió, analizó e interpretó con el fin de conocer la problemática actual de una institución de salud de III y IV nivel del norte de Santiago de Cali.

Prospectivo: La investigación se realizó en un periodo establecido (tercer trimestre de 2017).

7.3 POBLACIÓN

La población objeto de esta investigación estuvo conformada por el personal del Área Asistencial y Administrativa que labora en una institución de salud nivel III y IV del norte de la ciudad de Cali.

Criterio de inclusión
Personal vinculado a la institución en un periodo igual o mayor a seis (6) meses.
Criterio de exclusión
Personal de servicios generales y orientadores de servicio y practicantes de los diferentes programas de salud.

7.4 MUESTRA DE ESTUDIO
La encuesta se aplicó a un grupo de colaboradores tanto asistenciales como administrativos. Para el cálculo de la misma, se utilizó el muestreo probabilístico promedio estratificado, considerando lo siguiente:

CÁLCULO DE MUESTRA

$$n = \frac{N \times Za^2 \times P \times Q}{}$$

N= Tamaño de la Población
Za = Nivel de Confianza
P = Probabilidad de Éxito.
Q= Probabilidad de Fracaso
D= Precisión

Para el cálculo de la muestra, se tomó la población proporcionada por la institución con una antigüedad mayor o igual a 6 meses (1069) y se excluyó del estudio el personal que conformaba el grupo de orientadores de servicio, servicios generales y practicantes, quedando así un total de 994 empleados.

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% = 1.962
Precisión del 5%
P= Trabajamos con la proporción esperada, que equivale al 50% de probabilidad de éxito y con ello maximiza el tamaño de la muestra.
Teniendo en cuenta lo anterior, se aplicó de la siguiente manera:

$$n = \frac{994 \times (1{,}962)^2 \times 0{,}5 \times 0.5}{(0{,}005)^2 \times (994 - 1) + (1{,}962)^2 \times 0{,}5 \times 0.5}$$

n= 278

El universo eran 994 colaboradores, el cálculo de la muestra fue de 278 colabora dores, pero por requerimientos de la institución de salud se tomó una muestra ampliada de 514 personas.

7.5 INSTRUMENTOS, TÉCNICAS Y MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se utilizó la encuesta "*Hospital Survey on Patient Safety Culture*", *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que fue elaborada desde el año 2004 en EEUU, adaptada y validada para el Ministerio de Protección Social de Colombia por el Centro de Gestión Hospitalaria. La encuesta "Hospital Suvey on Safety culture" es diseñada por dos agencias importante de Estados Unidos, como son, AHRQ, que es la agencia dedicada a la investigación y calidad de salud, y la QuIC que es un grupo de trabajo sobre errores médicos, los cuales desarrollaron una herramienta específica para personal asistencial y médico, con el objetivo de conocer las opiniones del personal clínico frente a la seguridad del paciente.

Este tipo de encuesta puede utilizarse para evaluar el estado actual de la cultura de seguridad al paciente, identificar fortalezas y áreas para la mejora de la cultura de seguridad del paciente, examinar tendencias en el cambio de la cultura de seguridad del paciente en el tiempo, evaluar cuál es el impacto culturas de las iniciativas e intervenciones, así mismo, realizar comparaciones dentro de las organizaciones"(26). Estas encuestas, van enfocadas principalmente a dos ítems, seguridad del paciente y el reporte de errores o eventos ocasionados por malas praxis. Son 42 items agrupados en 12 componentes, además, existe componentes que van enfocado al tiempo de reporte, los cuales son anexos de la misma encuesta. Los autores de este instrumento recomiendan realizar cambios a la encuesta, siempre y cuando sea realmente necesario, ya que para realizar la comparación pertinente entre instituciones, se puede presentar dificultades.

En primera instancia se diligenció un documento formal, solicitando el permiso a institución de III y IV nivel de atención en el norte de la ciudad de Santiago de Cali y poder realizar al personal asistencial y administrativo la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente, luego se presentó un cronograma, para la aplicación de las encuestas en los meses de junio, julio y mediados de agosto.

La encuesta se aplicó en una primera fase en un espacio de capacitación al personal asistencial de la institución que se llama "Educación continua" del 23 de junio al 30 de Junio, se realizó una jornada inicial de 40 minutos cada día durante la cual se explicaba al personal asistencial el por qué y para que se estaba realizando el estudio, como se encontraban divididas las secciones de la encuesta y sus respectivas exclusiones, se brindó apoyo al colaborador para el caso que tuviese dudas mientras daba respuesta a la encuesta. En la segunda fase se desarrolló por parte del Departamento de Calidad de la institución, un formulario en google drive, el cual contaba con las mismas preguntas de la encuesta física, con el fin de enviarlas al personal médico y administrativo, y se les envió a sus correos electrónicos, dando las pautas pertinentes para su diligenciamiento, además se envió el formulario a cada coordinador del área de la institución, para que el personal asistencial no que

había asistido a la educación continua, pudiese resolverla de manera digital.

Así mismo, se hizo difusión por medio del chat interno de la institución, grupos de chat vía celular, voz a voz y la solicitud de colaboración a los coordinadores de las áreas quienes fueron de vital ayuda en este proceso.

7.6 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez se terminó de aplicar las encuestas al personal que labora en la institución de salud de III y IV nivel de Santiago de Cali, se revisó antes de ser registrados en una hoja electrónica de Excel. Se realizó el análisis de las variables para establecer las frecuencias de cada una de las dimensiones que evalúa la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente. Luego de esto se realizaron los gráficos para realizar comparaciones.

Para el análisis de datos trabajados con esta encuesta se tuvo en cuenta lo siguiente:

Calificación	Opciones	Forma de redacción
4 o 5	De acuerdo / Muy de Acuerdo Casi Siempre/ Siempre	Para las preguntas redactadas positivamente.
1 o 2	En Desacuerdo/ Muy en desacuerdo Rara vez /Nunca	Para las preguntas redactadas negativamente.

Tabla 1. Definición de resultados positivos.

Calificación	Opciones	Forma de redacción
4 o 5	De acuerdo / Muy de Acuerdo Casi Siempre/ Siempre	Para las preguntas redactadas negativamente.
1 o 2	En Desacuerdo/ Muy en desacuerdo Rara vez /Nunca	Para las preguntas redactadas positivamente.

Tabla 2. Definición de resultados negativos.

Neutro: cual el porcentaje que han calificado es un 3, donde sus opciones son Ni de Acuerdo, Ni en desacuerdo o a veces, a cualquiera de las preguntas.

7.7 COMPONENTE ÉTICO

De acuerdo con los principios establecidos en Declaración de Helsinki; Reporte Belmont; y en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 la investigación "Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente en una institución de salud

de III y IV nivel del norte de Santiago de Cali, para el tercer trimestre del 2017," se consideró como una investigación sin riesgos ya que en ella no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los empleados que participan en el estudio y se utilizó como instrumento de recolección de datos la encuesta para medir la seguridad del paciente.

7.8 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio no requirió consentimiento informado. Únicamente, se requirieron los permisos pertinentes en cada uno de los servicios para aplicar los instrumentos objeto de esta investigación.

8. RESULTADOS O DISCUSIÓN

Este estudio determinó la percepción de cultura de seguridad del paciente en una institución de salud de III y IV nivel de la ciudad de Santiago de Cali; para cumplir este objetivo se encuestaron a 514 personas, de las cuales 446 pertenencia al área asistencial y 68 al área administrativa, donde el 72,5% de esta población tienen una percepción positiva y muy buena frente al programa de seguridad del paciente, generando con ello una adherencia tanto de la parte administrativa con el 22% y la asistencial con un 69,7% al reporte oportuno de los eventos e incidentes que puedan ocurrir durante la atención del paciente. Finalmente se puede observar que el promedio de clima general para el área asistencial es de 68,5% donde se encuentran como fortalezas las secciones B, D y E y como como acciones de mejora la sección C y G. Para el área administrativa el promedio general del clima es de 61,8% donde se encuentran como fortalezas las secciones B, D, E y G.

6.1 SECCIÓN A

Asistencial

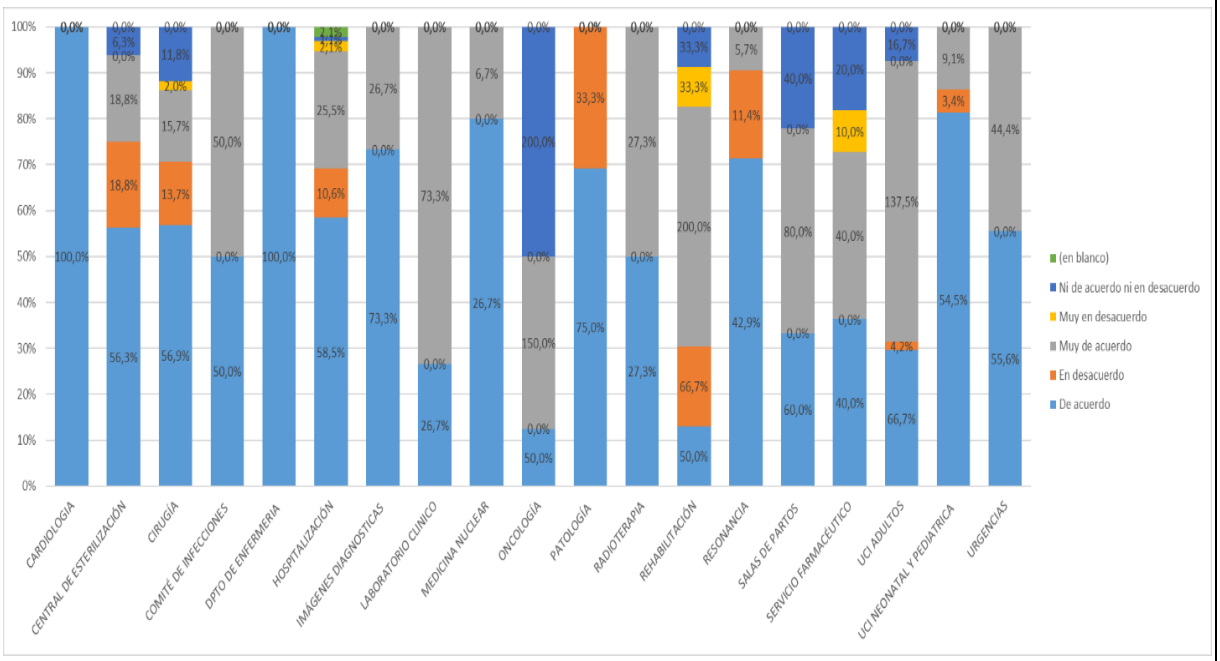

Gráfico 1. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo

En esta sección se observa que se presenta un trabajo en equipo dentro de toda la institución, ya que del personal encuestado el 88.7% consideró que reciben mucho apoyo de los compañeros de trabajo convirtiéndose en una fortaleza para la institución, donde el 56,61% está de acuerdo y el 32,1% está muy de acuerdo, lo

cual permite evidenciar la existencia de un ambiente laboral que favorece las buenas prácticas para la seguridad del paciente.

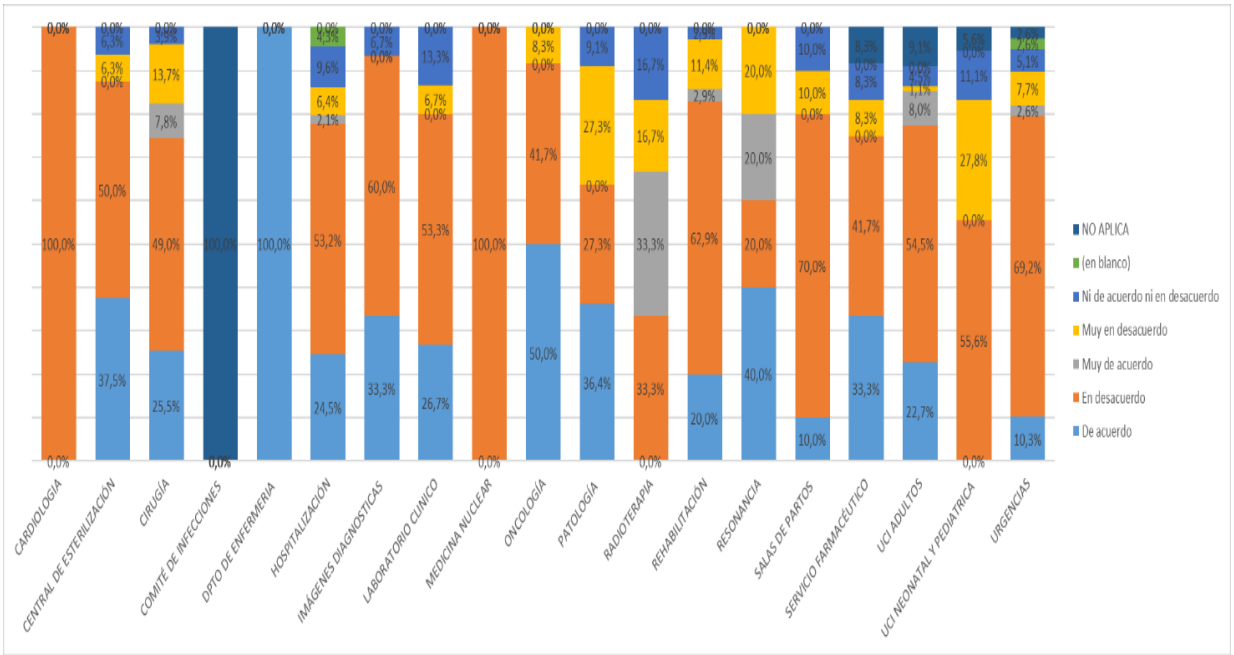

Grafico 2. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se está siendo denunciada la personal y no el problema.

Se observa que el 59.5% del personal considera que el reporte del evento adverso es una oportunidad de mejora para la seguridad del paciente y no un señalamiento a las personas involucradas, y que con su reporte están contribuyendo a una retroalimentación ya que después del análisis de cada evento se generan unos planes de mejora con sus respectivos seguimientos, aunque el 25.6% del personal todavía piensa que el reporte de eventos puede ser usado en su contra o ser registrados en su hoja de vida.

Administrativo

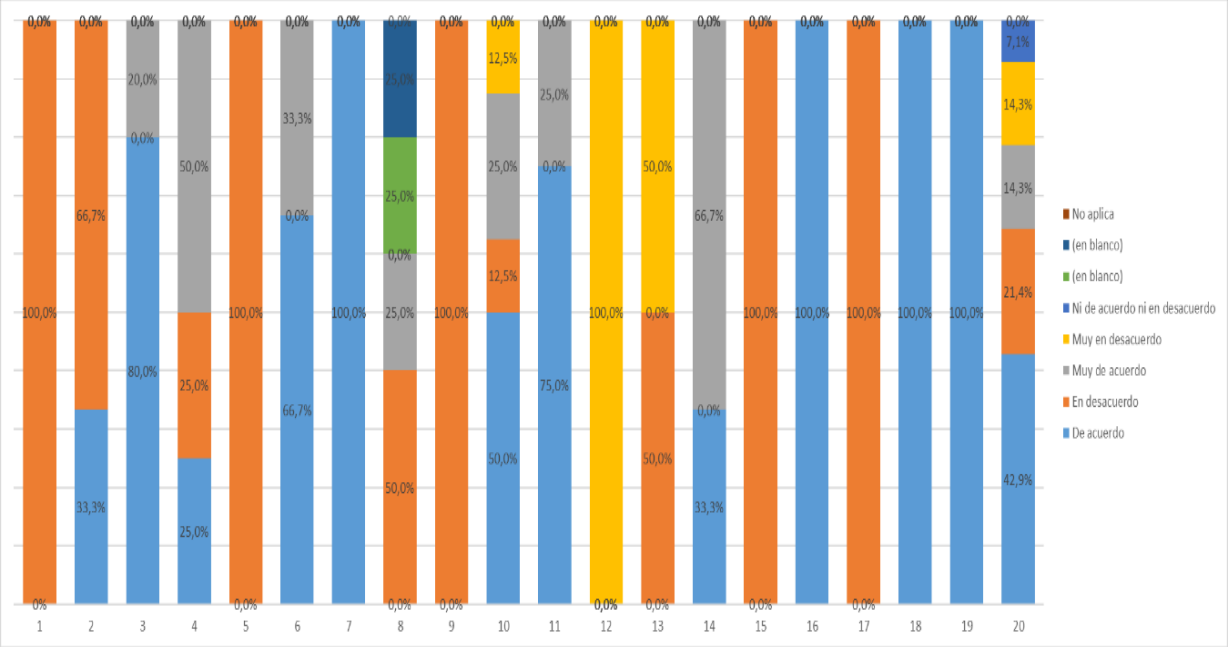

Gráfico 3. Tenemos suficiente personal para afrontar y realizar el trabajo

El 46,31% del personal encuestado considera que las unidades cuentan con suficiente personal para realizar el trabajo, sin embargo existe el 47,28% que manifiesta que el personal no es suficiente para la proporción de pacientes que se deben atender, presentándose sobrecarga laboral, falta de oportunidad en la atención, lo cual afecta la calidad y seguridad en las prestación del servicio

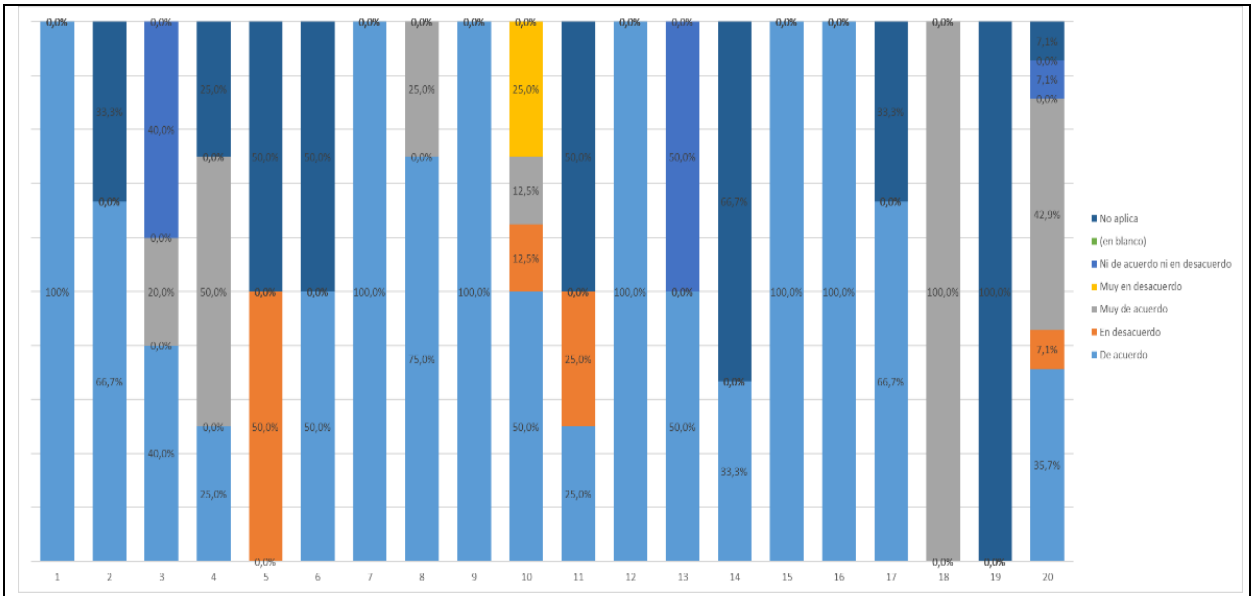

Gráfico 4. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueda ocurrir en la atención al paciente.

El 82,8% del personal considera que la institución cuenta con procedimientos y sistemas que permiten prevenir la ocurrencia de errores en la atención de los pacientes, sin embargo el 8% considera que la institución debe seguir trabajando en estrategias orientadas a la prevención de eventos adversos.

.

6.2 SECCIÓN B

Asistencial

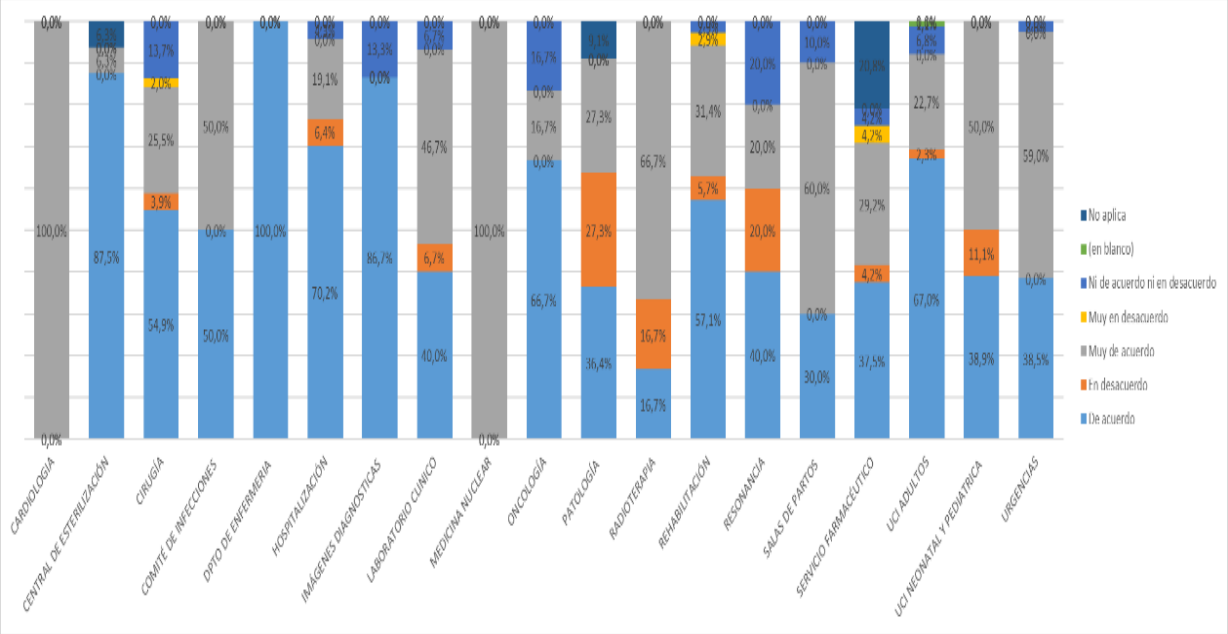

Gráfico 5. Mi superior/ Jefe tienen en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.

El análisis reveló de manera positiva que el 83.4% del personal encuestado considera que el jefe/director no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente, sino que por el contrario son tomadas en cuenta por el jefe para generar con ello barreras que ayuden a mitigar las condiciones inseguras para el paciente.

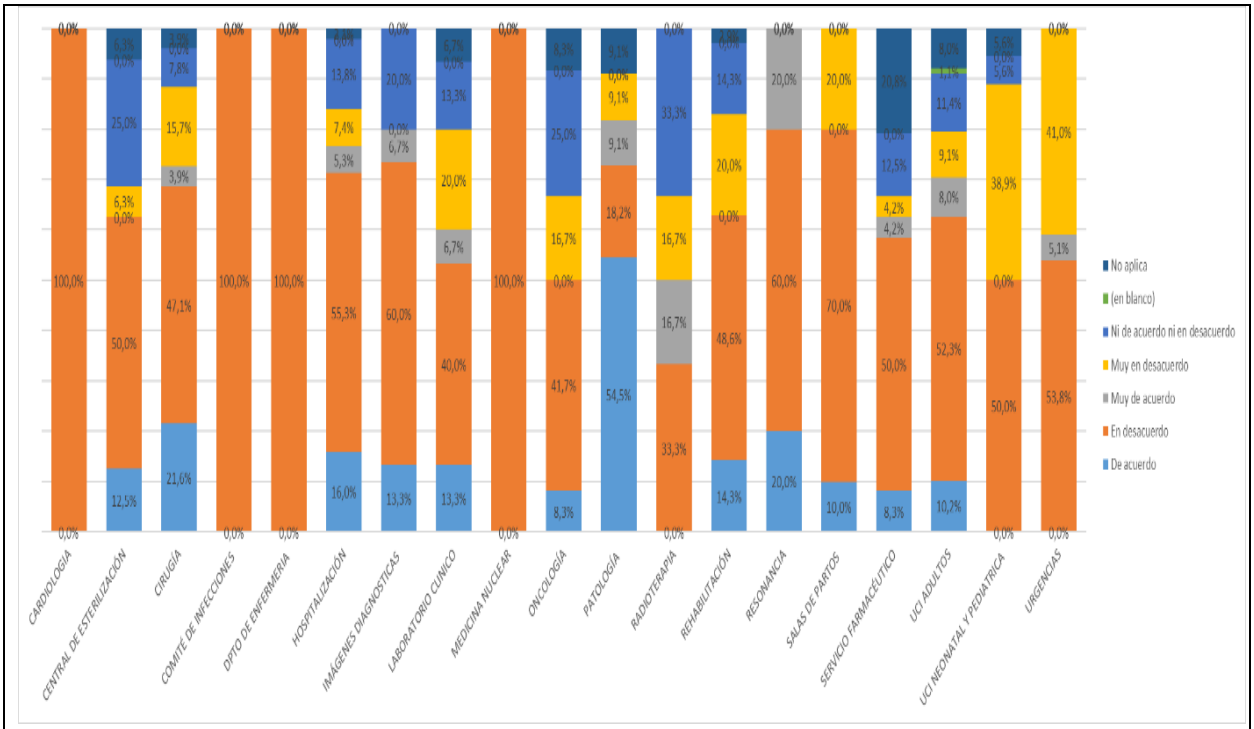

Gráfico 6. Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.

Es de resaltar que el 64.4% de la población encuestada tiene la percepción que, aunque la presión del trabajo aumenta, este no debe poner en riesgo la seguridad del paciente.

Es de tener en cuenta, que a pesar que la mayoría de la población coincide en que no se sacrifica la seguridad del paciente, existe un 16,34% que percibe totalmente diferente, porque cuenta con la percepción de que, al aumentar la presión laboral, se debe trabajar más rápido y se cuentan con más errores, por ende, es una población que debe ser atendida en procesos de capacitación para mitigar esta percepción.

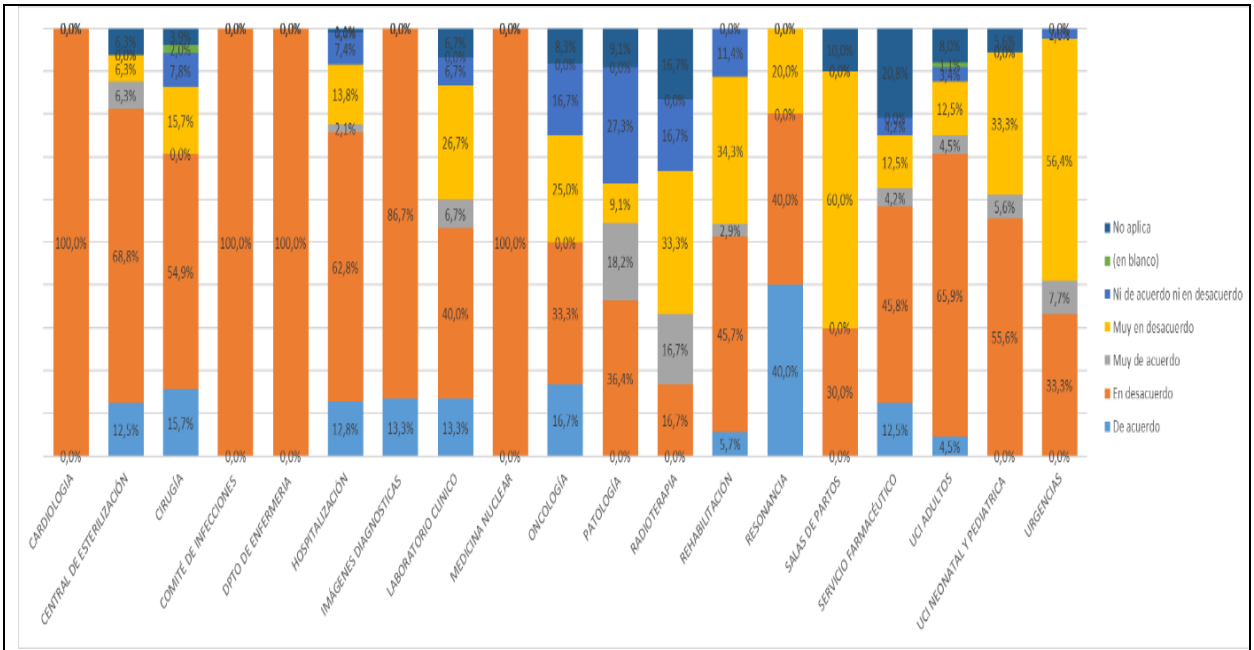

Gráfico 7. Mi superior / jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez.

Se puede observar que el 73,7% de la población tienen la percepción que el jefe si toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que son de manera repetitiva, para generar con ello barreras que ayuden a mitigar las condiciones inseguras para el paciente. De igual manera, y sin ser poco relevante se encuentra un 11,8% de la población el cual piensa que las conductas inseguras no son tomadas en cuenta por los superiores, generando una tarea importante a la hora de capacitar al personal o simplemente tomar medidas de inclusión del personal asistencial para mitigar la indiferencia que es el 5,6% como la percepción de que nada se hace con respecto al tema.

Administrativo

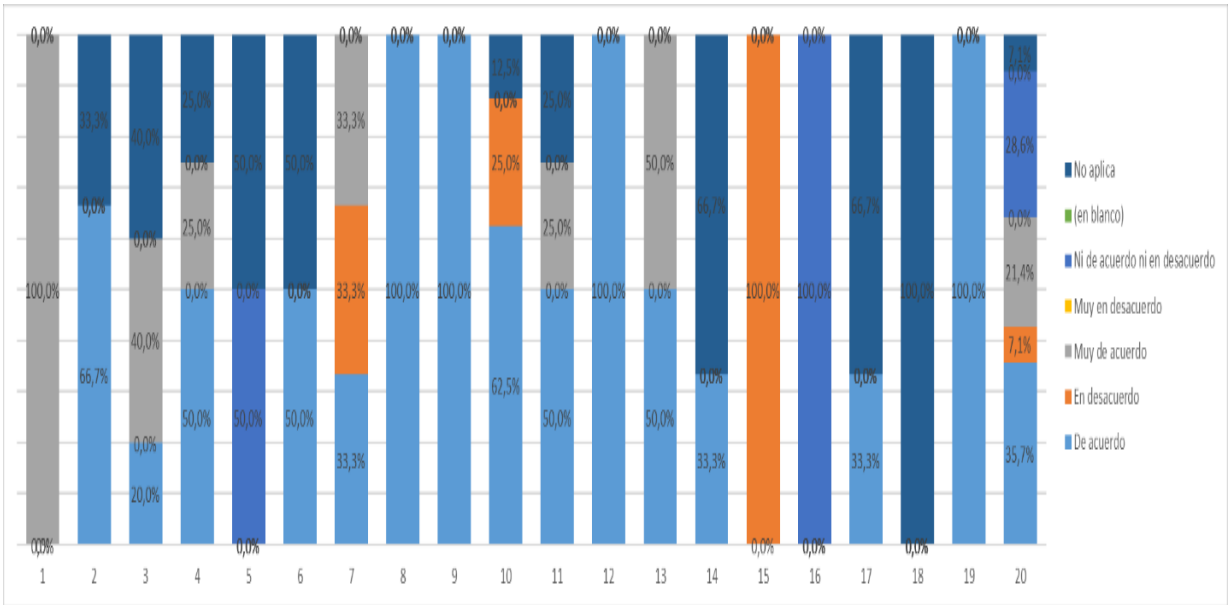

Gráfico 8. Mi superior/jefe hace comentarios positivos cuando ve un trabajo de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.

El 77,6% del personal encuestado considera que en la institución los jefes reconocen el trabajo que desarrolla el personal para garantizar la seguridad del paciente y solo el 8,7% manifiesta que no se reconoce el buen trabajo se realiza el personal.

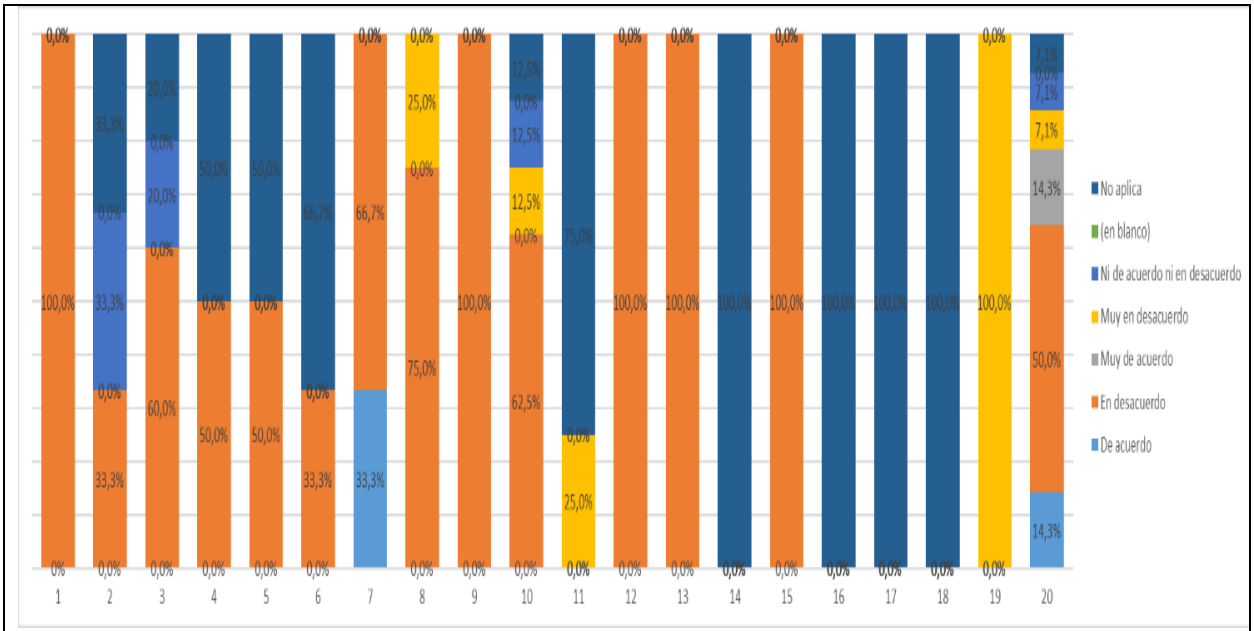

Gráfico 9. Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente

Es importante resaltar que, aunque el 64,4% manifiestan estar en desacuerdo, y que la seguridad del paciente es lo más importante y es por lo que se debe velar en la institución, existe un porcentaje considerable del 16,34% que está de acuerdo en que esto se presenta y un 6.81% con opinión neutral. Esto nos hace pensar que una parte del personal cuenta con la percepción de que, al aumentar la presión laboral, se debe trabajar más rápido y se cuentan con más errores, por ende, es una población que debe ser atendida en procesos de capacitación para mitigar esta percepción.

6.3 SECCIÓN C

Asistencial

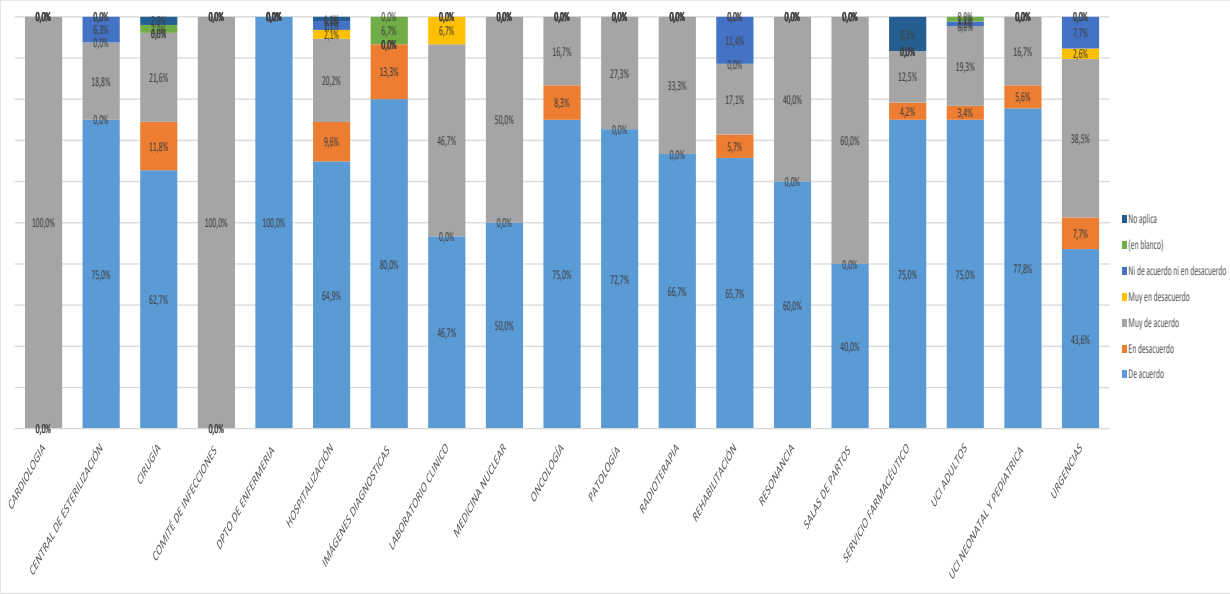

Gráfico 10: La gerencia o la dirección de la institución proveen un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

El 75,2% del personal encuestado tiene una percepción positiva respecto al compromiso de la Gerencia con la seguridad del paciente.
El 89,4% del personal encuestado está de acuerdo y muy de acuerdo que la Gerencia propicia un ambiente que promueve la seguridad del paciente (esto se evidencia en servicios como imágenes diagnósticas, UCI Neonatal y pediátrico, UCI Adultos, Oncología Servicio Farmacéutico responde con porcentajes significativos en de acuerdo con 80%, 77, 8%, 75% y 75% respectivamente), y solo el 6,4% estuvo en desacuerdo, mientras que el 2,5% se encuentra ni de acuerdo ni en desacuerdo con el anterior enunciado, lo anterior se convierte en una fortaleza en la medida en que un ambiente laboral agradable, positivo genera en los empleados satisfacción, interés y motivación por mejorar la calidad y seguridad del trabajo.
Por otra parte cuando se afirma que la gerencia muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, el 92,1% del personal respondieron estar de acuerdo y muy de acuerdo, mientras que solo el 5% refiere estar en desacuerdo, de igual forma el 75,3% afirman estar en desacuerdo con que la gerencia solo se interesa por la seguridad del paciente cuando ha ocurrido algún evento adverso en el paciente.
La percepción positiva de los colaboradores frente al compromiso de la gerencia con la seguridad del paciente se convierte en una fortaleza para la institución, ya que

debe existir coherencia entre la percepción que tengan los colaboradores en relación a los esfuerzos por la seguridad del paciente por parte de la gerencia y lo que la gerencia espera de ellos, lo que genera en el colaborador mayor adherencia al programa de seguridad del paciente.

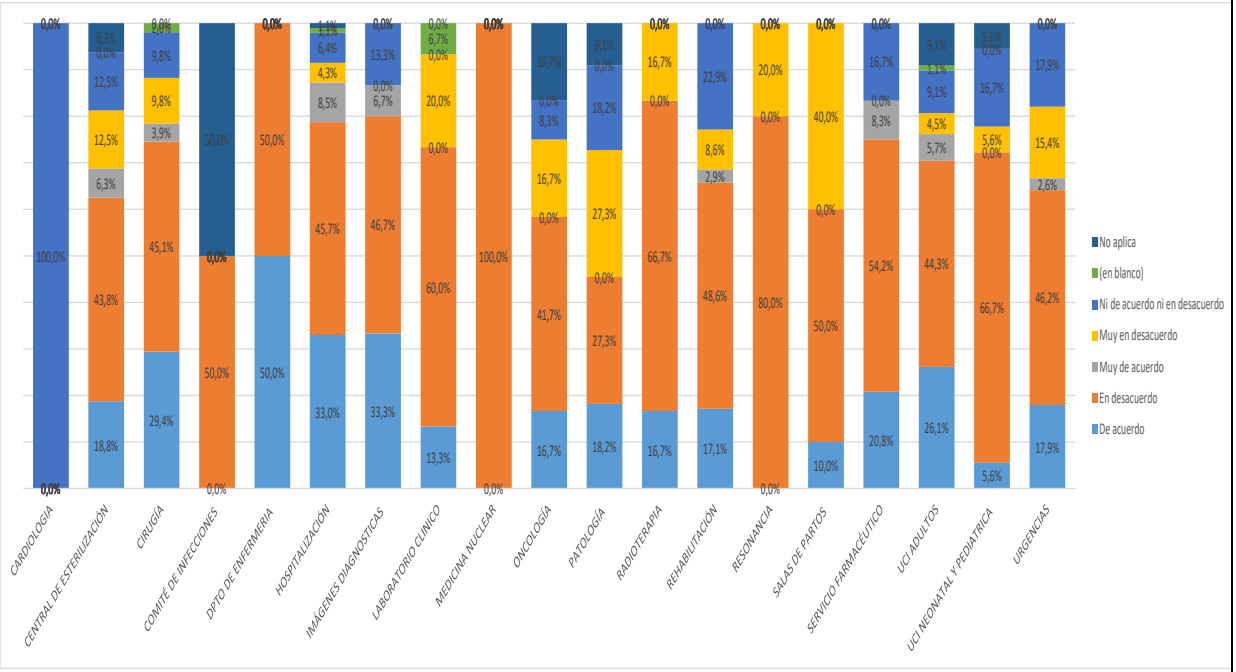

Gráfico 11: Las diferentes unidades / servicios de esta institución no coordinan bien entre sí.

El 57% del personal encuestado manifiesta estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con la afirmación que los servicios no se coordinan bien entre sí, mientras que el 28,6% afirma estar de acuerdo y muy de acuerdo con el enunciado. El 11,1% indica no estar de acuerdo ni en desacuerdo con ello.
Por otra parte se observó opiniones divididas en cuanto a que la información de los pacientes se pierde cuando se transfiere desde una unidad a otra ya que el 49,8% refiere estar en desacuerdo, el 37,6% responde de acuerdo y muy de acuerdo, mientras que el 7,9% no está de acuerdo ni en desacuerdo. Llama la atención que el 64,3% están de acuerdo y muy de acuerdo con la cooperación que existe entre las unidades o servicios el 25% refiere que no existe cooperación, así mismo el 74,2% del personal manifiesta
Los datos anteriores reflejan que existen dificultades en la coordinación y comunicación entre las unidades, por lo que se hace necesario trabajar en estos aspectos para lograr integración e interdisciplinaridad de las actividades entre las diferentes unidades o servicios, garantizar la continuidad calidad y seguridad en la atención de los pacientes y disminuir los días estancia hospitalaria y las

complicaciones derivadas de esta.

.

Administrativo

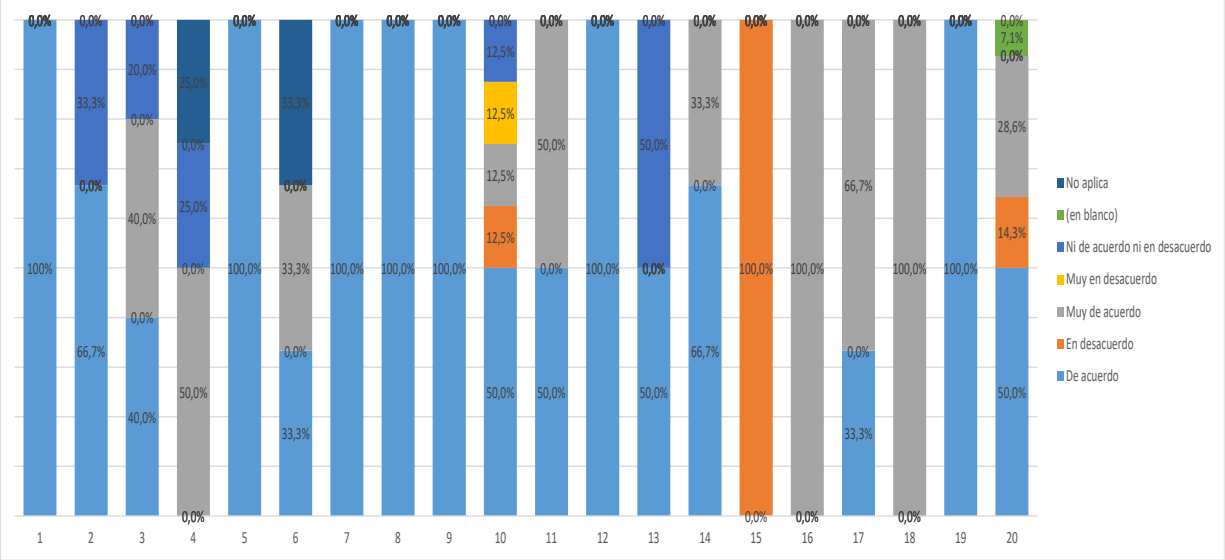

Gráfico 12. La gerencia o la dirección de la institución proveen un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

El 77,7% del personal encuestado tiene una percepción positiva respecto a la responsabilidad y el compromiso de la gerencia con la seguridad del paciente.
Analizando la gráfica se observó que el 84,4% % del personal encuestado está de acuerdo y muy de acuerdo que la Gerencia propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente y esto se evidencia en áreas como servicio al cliente, dirección de gestión de calidad y seguridad del paciente, compras, electro medicina que están de acuerdo con un 100%.
Por otra parte es de resaltar que cuando se afirma que la gerencia muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, el 86,1% del personal encuestado estuvo en de acuerdo y muy en de acuerdo y solo el 6,1% estuvo en desacuerdo o muy en desacuerdo.
La Gerencia debe seguir sumando esfuerzos para que los colaboradores mantengan la percepción positiva del compromiso de las directivas con la seguridad del paciente, esto permitirá lograr mayor adherencia a las políticas y estrategias implementadas por el programa de seguridad del paciente.

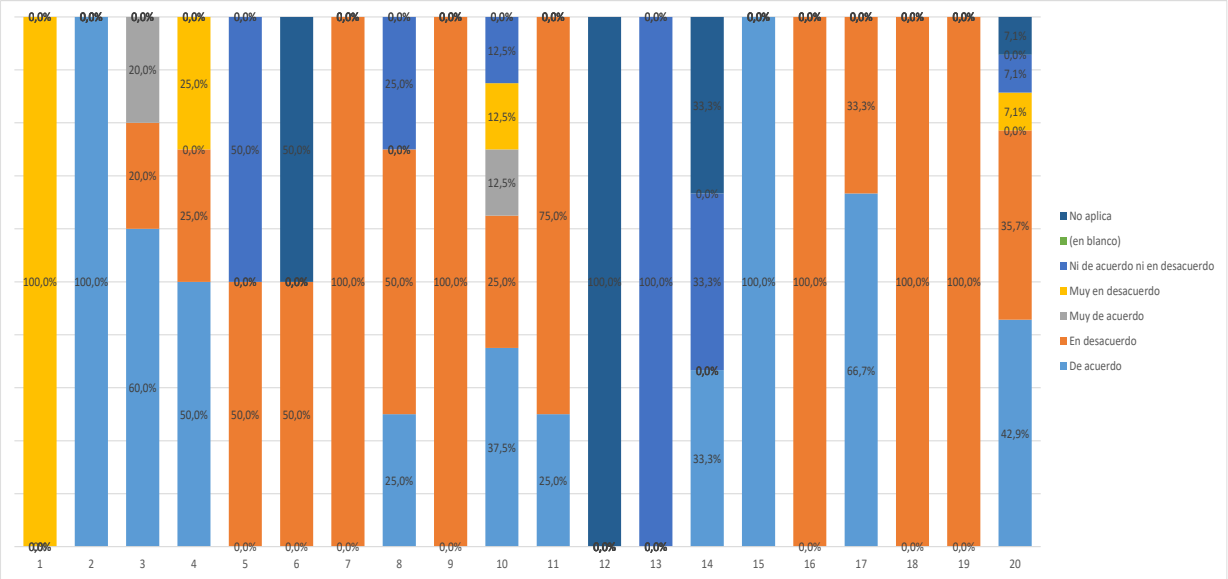

Gráfico 13. Las diferentes unidades / servicios de esta institución no coordinan bien entre sí.

El 48,4% del personal encuestado no está acuerdo en que no existe coordinación entre las unidades, mientras que el 40,3% se encuentra de acuerdo con esta afirmación.
Por otra parte, se observó que el 54,2% del personal encuestado refiere que la información no se pierde mientras que el 37,5% están de acuerdo que existe información que se pierde cuando se trasladan los pacientes de una unidad a otra.
Se evidencia además que existe coordinación y cooperación entre las unidades y servicios y no hay dificultad cuando el personal de otra unidad debe cubrir turnos, esto a nivel administrativo se convierte en una fortaleza, porque incentiva el trabajo en equipo, mejora la comunicación y los resultados de la atención.

7.4 *SECCIÓN D:*

Asistencial

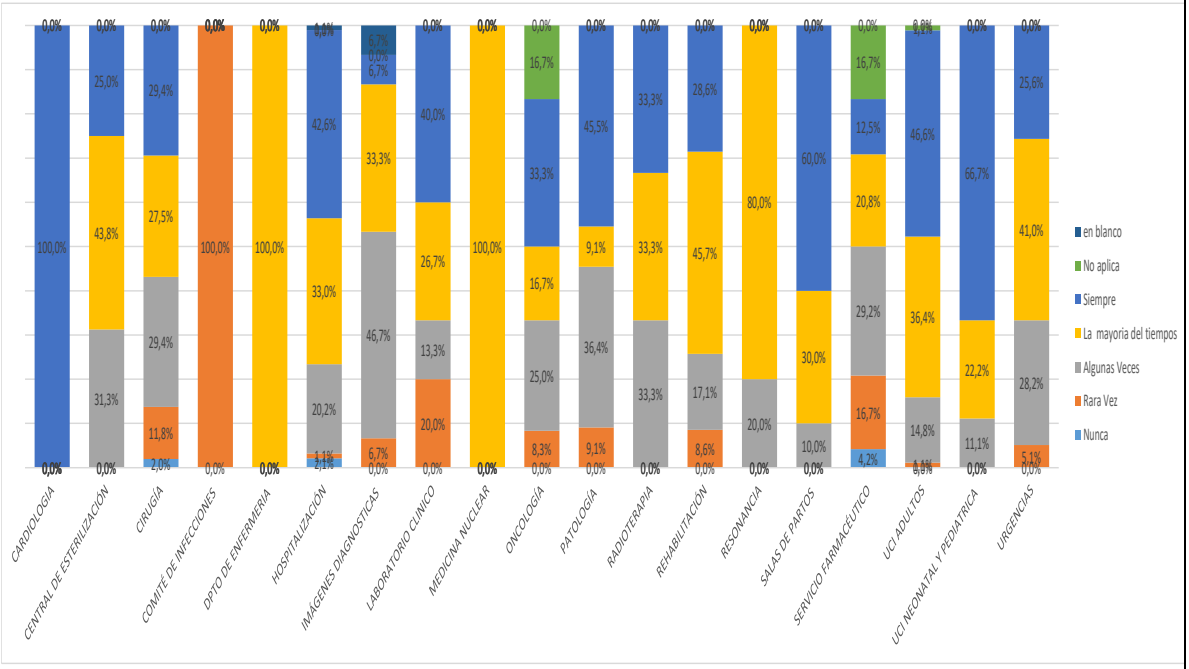

Gráfico 14*:* Los jefes/ superiores informan sobre los cambios realizados basado en los reportes de los incidentes o eventos adversos.

De manera positiva se pudo analizar que el 77,1% personal considera que los jefes de servicio fomentan la cultura de seguridad del paciente, donde el 36% y el 33,8% refieren que siempre y la mayoría del tiempo los jefes informan los cambios realizados basado en los reportes de incidentes y eventos adversos, y el 22,1% manifiestan que rara vez lo hacen, así mismo 52,7% y 27,8% afirman que son informados de los a errores que ocurren en la unidad. lo cual se convierte en una fortaleza para la institución porque permite diseñar e implementar estrategias tendientes a evitar que estos vuelvan a repetir.

Por otra parte es importante resaltar que en las unidades asistenciales cuando se presenta un error o un evento adverso, siempre 43,3% y la mayoría del tiempo 31,2% se analiza con el personal las causas que lo originaron y las medidas a tener en cuenta para evitar que se vuelva a presentar, toda vez que la socialización de los errores y eventos adversos con los colaboradores además de evidenciar el compromiso del personal con la seguridad del paciente, permiten generar cambios y

realizar aportes valiosos que pueden ayudar a mejorar la seguridad del paciente en la institución

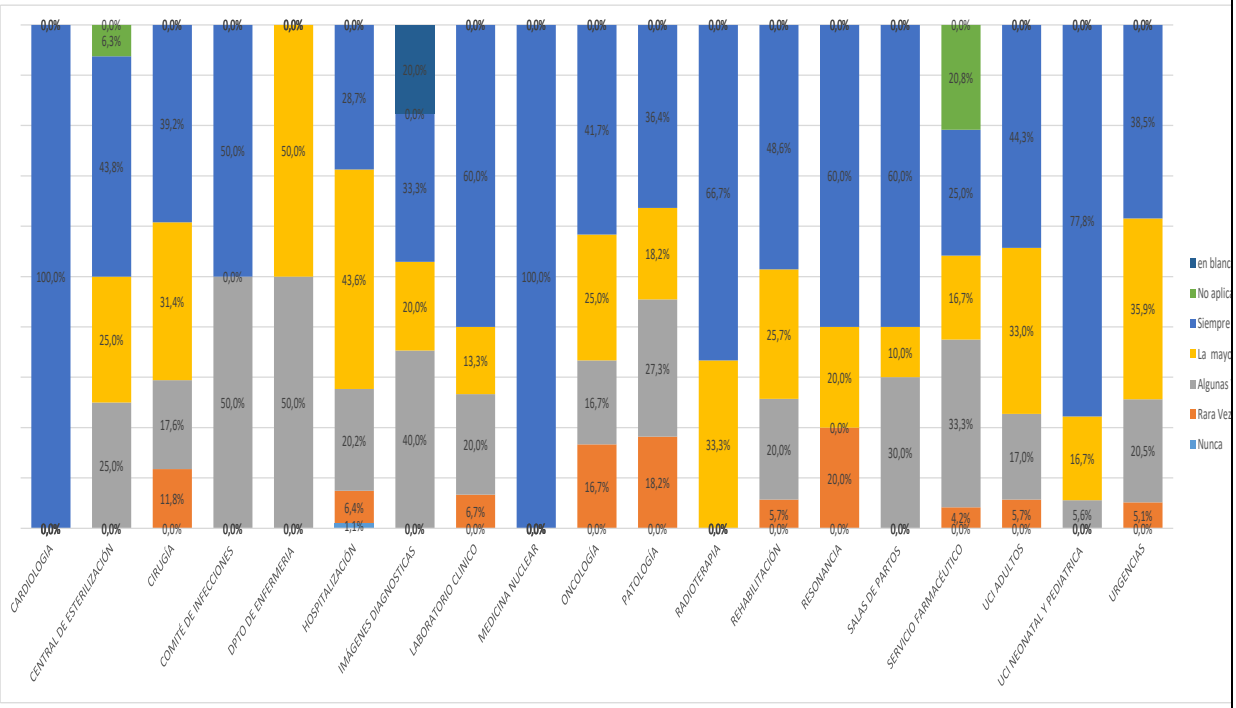

Gráfico 15. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, habla de ello con total libertad.

El 91,8% de los encuestados manifiesta que siempre, la mayoría del tiempo se puede hablar libremente si ve algo que podría afectar negativamente al paciente, el 6,5% de los encuestados afirma que rara vez o nunca se puede hablar libremente.
Es importante analizar que a pesar que el personal habla con libertad cuando ve algo que puede afectar la seguridad del paciente, resulta negativo que solo algunas veces el 39% y rara vez el 26,4% del personal asistencial se atreve a cuestionar o hacer preguntas sobre las decisiones o acciones de los jefes aunque conozcan que no están bien, por lo que es necesario inculcar en el personal la importancia de hacer preguntas y cuestionar de manera respetuosa las decisiones tomadas por personas de mayor autoridad, toda vez que con ello pueda evitarse riesgos que afecten la seguridad del paciente.
Así mismo el 36,6% del personal encuestado algunas veces el 6,6% la mayoría de la veces siente temor de hacer pregunta cuando algo no le parece correcto; teniendo en cuenta lo anterior podemos analizar que los colaboradores no realizan preguntas porque sienten miedo por las represalias por parte de jefe y aun de sus compañeros, lo que impide que se disminuyan los eventos adversos debido a que los errores no se conoce.

Se puede concluir que existen problemas en la comunicación entre las unidades y es necesario realizar actividades que incentiven la comunicación asertiva y respetuosa del jefe y el personal relacionada con situaciones que puedan representar e incrementar los riesgos para la seguridad del paciente, lo cual permite seguir mejorando y manteniendo la cultura seguridad del paciente en la organización.

Administrativo

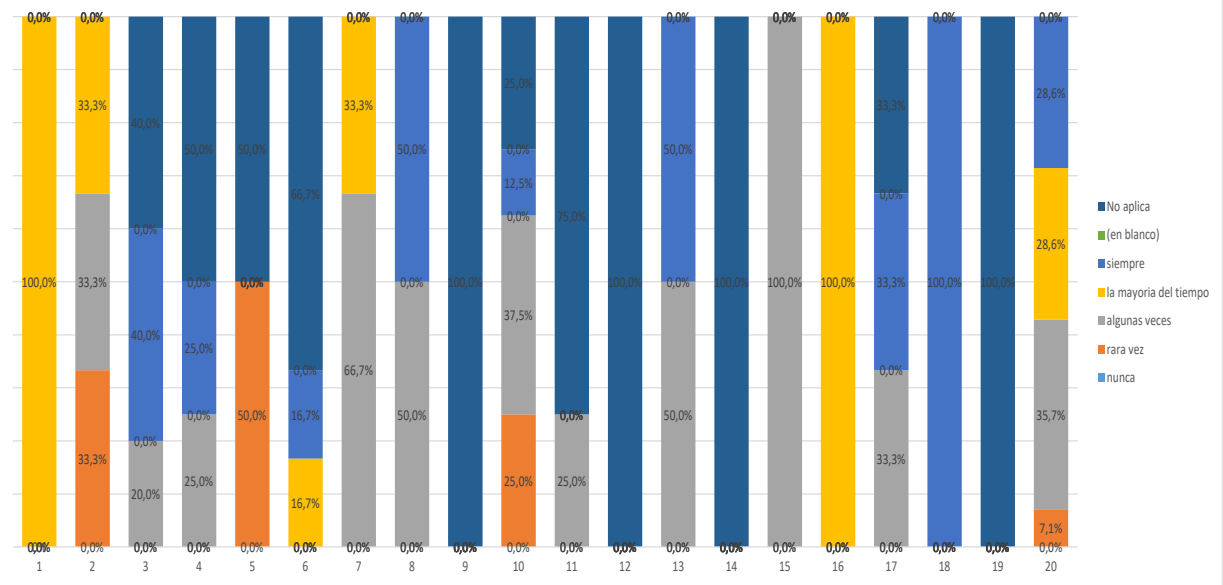

Gráfico 16*:* Los jefes/ superiores informan sobre los cambios realizados basado en los reportes de los incidentes o eventos adversos.

De manera positiva se pudo analizar que el 90,0% del personal Administrativo considera que los jefes de servicio fomentan la cultura de seguridad del paciente.
El 36% del personal encuestado manifiesta que siempre, la mayoría de las veces los jefes informan sobre los cambios realizados basados en los reportes de los incidentes o eventos adversos y el 37,5% refiere que algunas veces o rara vez lo hacen, así mismo el 89,6% refiere que siempre, la mayoría del tiempo son informados de los errores que ocurren en la unidad, es fundamental socializar con los colaboradores los errores de la atención, con miras a lograr su participación activa en el diseño de planes de mejoramiento y en la definición de propuestas de cambios encaminados a evitar que estos errores se repitan una y otras vez.

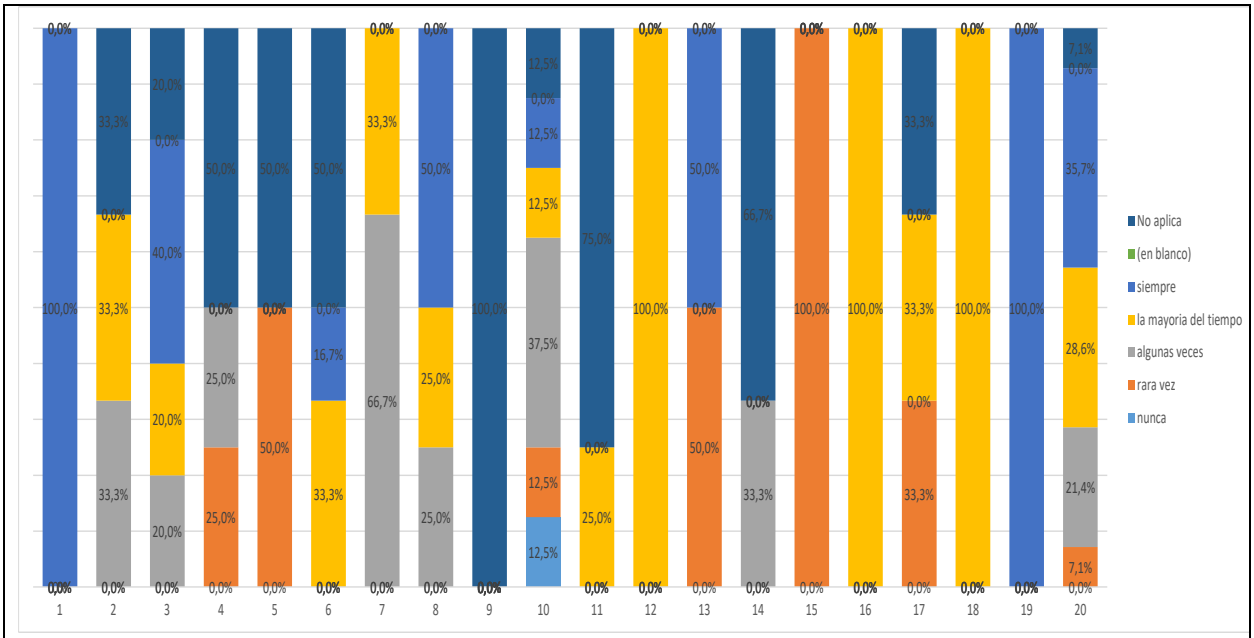

Gráfico 17. : Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, habla de ello con total libertad.

El 48,4% del personal encuestado siempre, la mayoría del tiempo habla con libertad cuando ve algo que puede afectar negativamente la seguridad del paciente, el 32,3% algunas veces o rara vez lo hace, por lo cual es importante diseñar estrategias que motiven e incentiven al personal de estas áreas a comunicar todas las situaciones que representen riesgos para la seguridad del paciente, lo que va a permitir prevenir o mitigar los errores y eventos adversos que podrían presentarse.
Es importante analizar que a pesar que el personal habla con libertad cuando ve algo que puede afectar al paciente, resulta negativo que solo algunas veces el 34,9% y rara vez el 22,2% se atreve a cuestionar o hacer preguntas sobre las decisiones o acciones de los jefes aunque conozcan que no están bien, por temor a las consecuencias que se puedan generar, por lo que es necesario generar en los colaboradores confianza en pro de lograr que ellos de manera respetuosa cuestionen o hagan preguntas de las acciones o decisiones de los superiores que puedan poner en riesgo la seguridad del paciente.

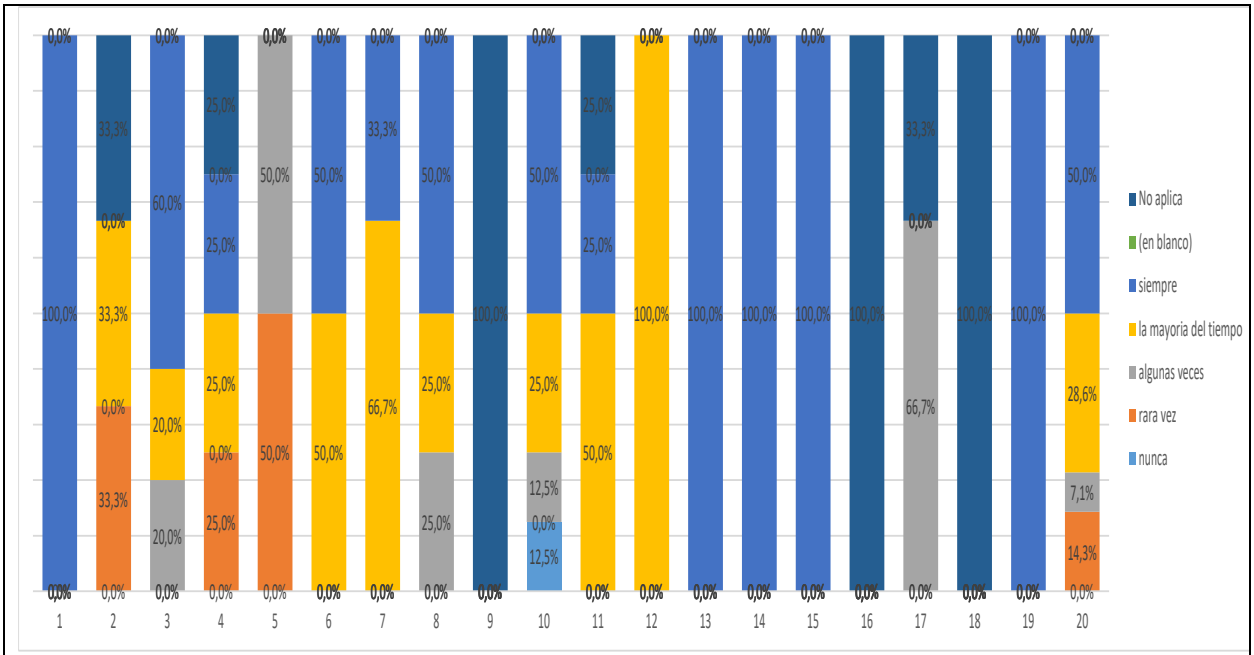

Gráfico 18: En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que vuelva a ocurrir un error.

El 80% del personal encuestado manifiesta que siempre y la mayoría del tiempo se discuten los errores y la forma de evitar que se vuelvan a presentar, el 20% refiere que solo algunas veces o rara vez se hace.
Es de resaltar que en el área administrativa algunas veces o rara vez el 55,6% y nunca el 26,8% del personal siente temor de hacer pregunta cuando algo no le parece correcto; sin embargo es preocupante que existe un 15,8% del personal que siente miedo que siente miedo de hacer preguntas.
Podemos analizar que los colaboradores no realizan preguntas porque sienten miedo por las represalias por parte de jefe y aun de sus compañeros, lo que impide que se disminuyan los eventos adversos que se están cometiendo debido a que los errores no se visibilizan, de allí que es necesario mejorar la comunicación con miras a garantizar el manejo oportuno de errores y la fluidez de las estrategias implementadas en pro de la seguridad del paciente.

7.5 SECCIÓN E

Asistencial

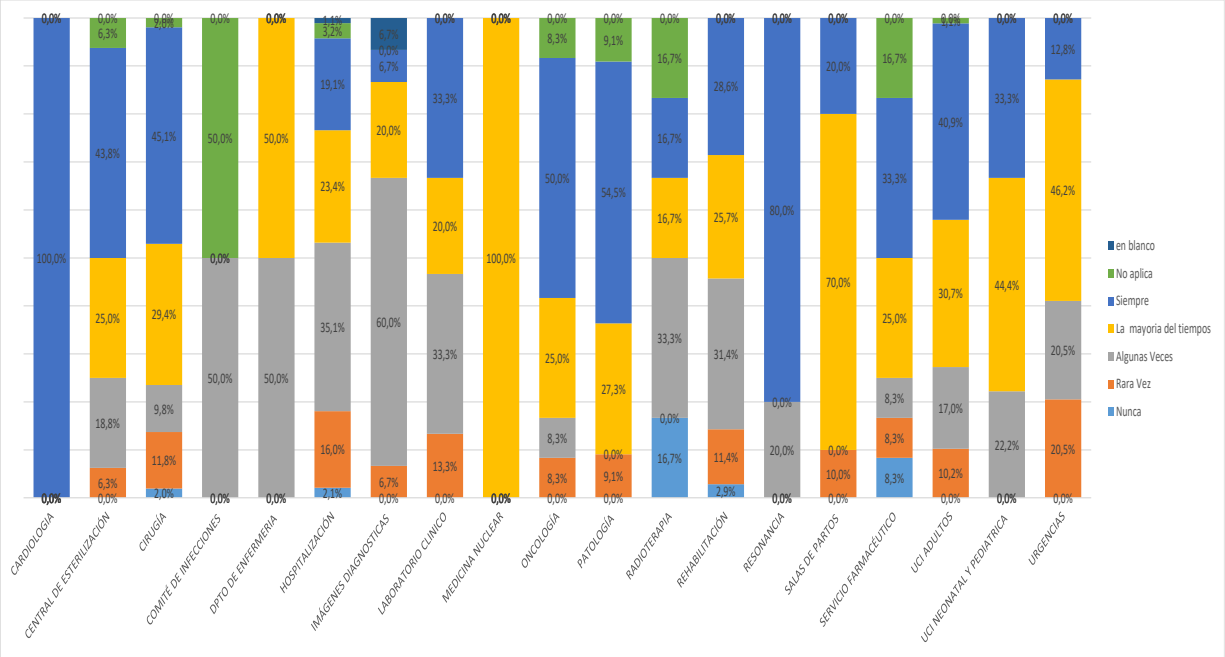

Gráfico 19: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes que pueda afectar al paciente, ¿ Qué tan frecuentemente es reportado?.

Se evidencia que el 84,5% área asistencial tienen una percepción positiva frente al reporte de errores y eventos adversos que pudiese dañar al paciente.
El 61% del personal encuestado refiere que siempre y la mayoría del tiempo cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente se realiza el reporte, el 22,7% algunas veces realiza el reporte y el 11,5% rara vez lo hace.
Por otro lado cuando se comete un error que tiene el potencial de dañar al paciente el 63,7% del personal siempre y la mayoría del tiempo realiza el reporte, y el 21,6% algunas veces y el 10,4% rara vez lo realiza.
El 66,6% del personal encuestado realiza el reporte de los errores que pueden ocasionar daño en el paciente pero no lo hace, el 18% algunas veces, y el 10,6% rara vez realizan reporte cuando no se produce daño en el paciente.
Por lo anterior se puede concluir que a pesar que existe un programa de seguridad del paciente, que realiza permanentemente capacitaciones y actividades orientadas a la seguridad del paciente, que existe un ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente , aún hace falta evaluar en los colaboradores las causas por las que no realizan el reporte de errores y eventos adversos , así mismo es necesario realizar capacitación, motivación y concientización del personal de la importancia de realizar

el reporte como herramienta fundamental en la implementación estrategias que permitan evitar que estos eventos se materialicen y/o mitigar sus consecuencias.

Administrativo

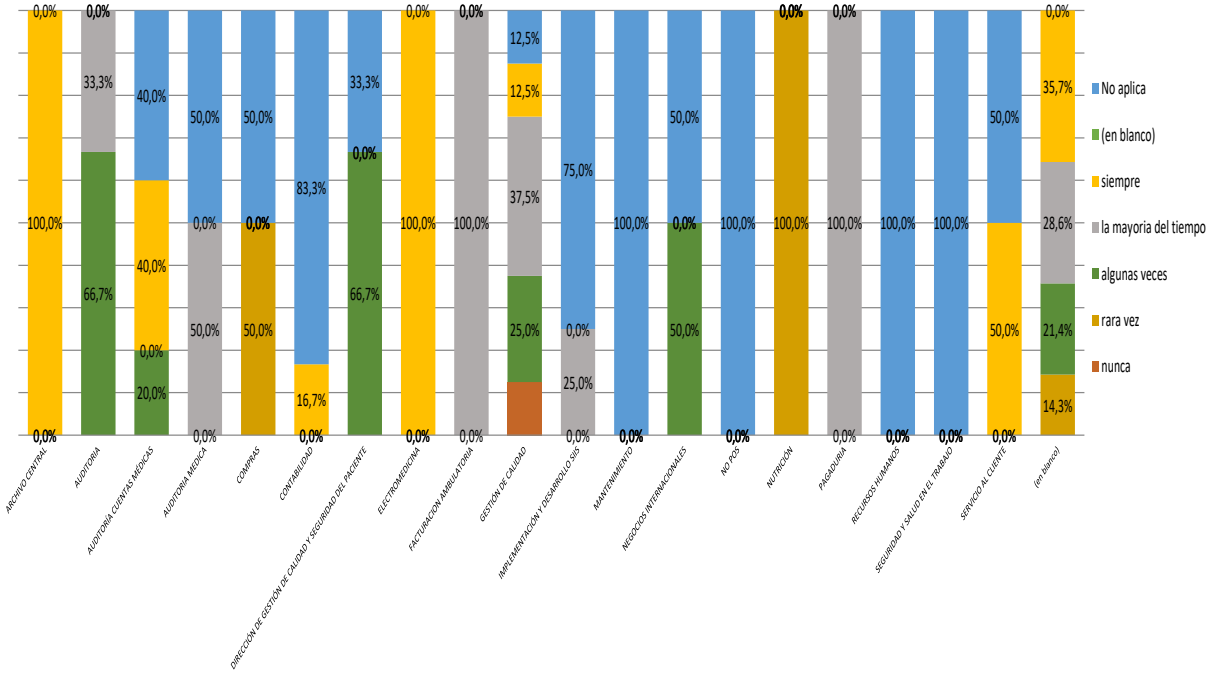

Gráfico 20: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes que pueda afectar al paciente, ¿ Qué tan frecuentemente es reportado?.

El 85,6% del área administrativa tienen una percepción positiva frente al reporte de errores y eventos adversos que pudiese dañar al paciente.
El 63,3% del personal encuestado afirma que siempre y la mayoría del tiempo cuando cometen un error que es descubierto y corregido antes de afectar al paciente este es reportado y algunas veces el 25% del personal lo reporta,
Para el caso de que se cometa un error, que no tiene el potencial de dañar al paciente, el 50% del personal siempre y la mayoría del tiempo realiza el reporte y 36,4% algunas veces lo hace.
Por otra parte el 50% del personal encuestado manifiesta que siempre y la mayoría del tiempo reportan los errores que se cometen que pueden dañar al paciente pero no lo hace, y el 31,8% algunas veces hace el reporte, mientras que el 11,4% rara vez.

7.6 SECCIÓN F

Asistencial

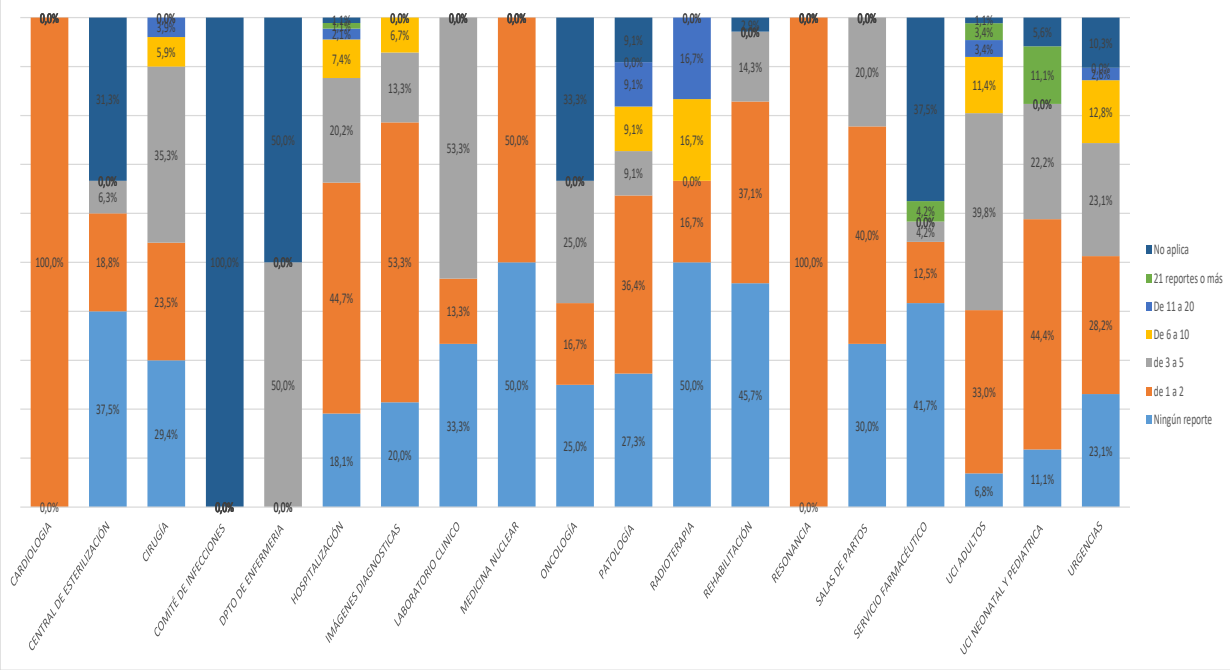

Gráfico 21. Resultados del grado de reporte anual en las áreas asistenciales
La sección F relaciona como se percibe la comunicación en el servicio y/o área.

Evidenciando que el personal asistencial tiene una percepción positiva del 77% con respecto a la comunicación en las áreas, de acuerdo a las 9 preguntas que componen dicho ítem, Los dos procesos que más aportan para este resultado son, la verificación de los medicamentos oportunamente antes de realizar una nueva prescripción con una percepción del 51,4% y la comunicación oportuna y clara de novedades del paciente que afecte su diagnóstico al personal asistencial y tratante con un 55,2%.
Mostrando con ello, una buena adherencia a los protocolos de comunicación y verificación de la institución.
Así mismo, se ve como fortaleza que dentro del marco de preguntas negativas, existen un aspecto positivo que de una u otra manera aporta a que el proceso de comunicación, como lo es, que el personal refiere en un 34,8% nunca ha elaborado informes o resúmenes de historias clínicas de memoria sin tener delante toda la información, generando con ello una cultura preventiva hacia la atención del paciente, buscando generar barreras ante el error que puedan generar eventos e incidentes a corto, mediano o largo plazo en la condición de salud del paciente.
El 43% del personal asistencial cuenta con un empoderamiento de registrar y repetir oportunamente aquella información que ha recibido de manera verbal, Las áreas que

generan un impacto positivo sobre estas acciones son Sala de partos, cirugía, uci neonatal, teniendo un porcentaje de participación en promedio del 55%.
El 69,7% personal asistencial de la institución cuenta con una adherencia al reporte de eventos e incidentes de manera oportuna, teniendo una mayor participación entre 1 a 2 reportes con el 34,3 % y de 3 a 5 reportes con el 25,1%, mostrando con ello, que cada vez es más el personal asistencial que reportar las acciones inseguras, buscando con ello evaluar y generar barreras para que estas no vuelvan a suceder, mostrando un compromiso con el servicio y el paciente.
A pesar de esto, existe un 23,4% de la población que muestra resistencia al reporte de eventos e incidentes, que se debe atacar con capacitación y concientización para generar cultura del reporte a este porcentaje de la población

ADMINISTRATIVO

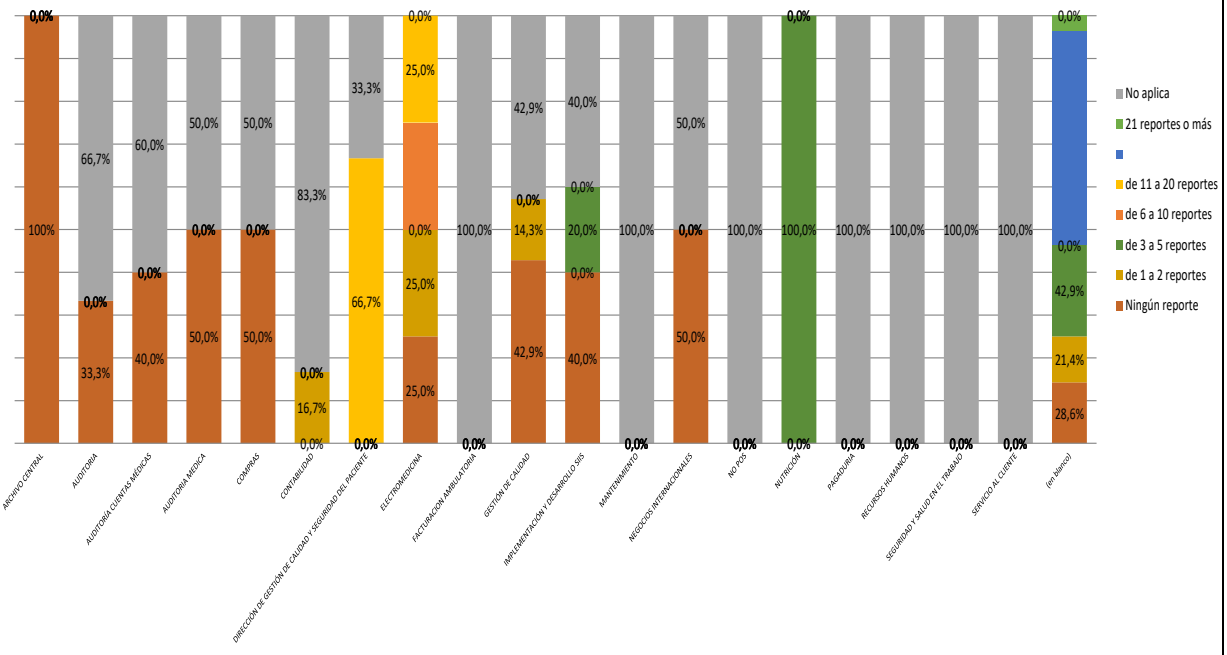

Gráfico 22: Resultados del grado de reporte anual en las áreas administrativas.

El personal administrativo muestra indiferencia frente a esta sección, ya que entre el 46% al 64% del personal no aplica para dar respuesta al cuestionario, debido a sus perfiles de cargos que son muy alejados de la atención del paciente de manera directa. Esta sección tiene un enfoque a la comunicación efectiva que debe tener el personal para prestar una buena atención al paciente, evitando evento e incidentes que pongan en riesgo la integridad del mismo
.A pesar, de ser un porcentaje alto en la opción “no aplica” para cada área, se vale rescatar que existe una cuantía menor que debe realizar labores asistenciales y administrativas y que tienen incidencia directa en el paciente.
El 44% del personal administrativo recibe órdenes verbales durante la atención del

paciente, solo el 32,3% del personal repite en voz alta y registra de manera efectiva dicha información en la historia clínica del paciente, el otro 11% cuenta con una no adherencia a estos procedimientos.
El 34% del personal administrativo que tienen incidencia en la parte asistencial, realiza las tareas de revisión de listado de medicamentos antes de una prescripción y los cambios son ingresados de manera oportuna a la historia clínica, generando con ello barreras para que no sucedan eventos e incidentes con respecto a la medicación de los paciente durante su estancia en la institución.
Se puede determinar que la frecuencia de los reportes de eventos e incidentes para el personal administrativo es pobre, ya que solo el 8,82% reporta entre 1 a 2 reportes y el 11,8% de 3 a 5 reportes en el año, generando con ello , que en promedio solo el 22% del personal administrativo realiza oportunamente el reporte activo y existe un ausentismo para esta práctica de 70%, de los cuales el 26,4% de la población no realiza ningún reporte y el 45,5% creen ser ajenos a esta práctica.

7.7 SECCIÓN G

Asistencial

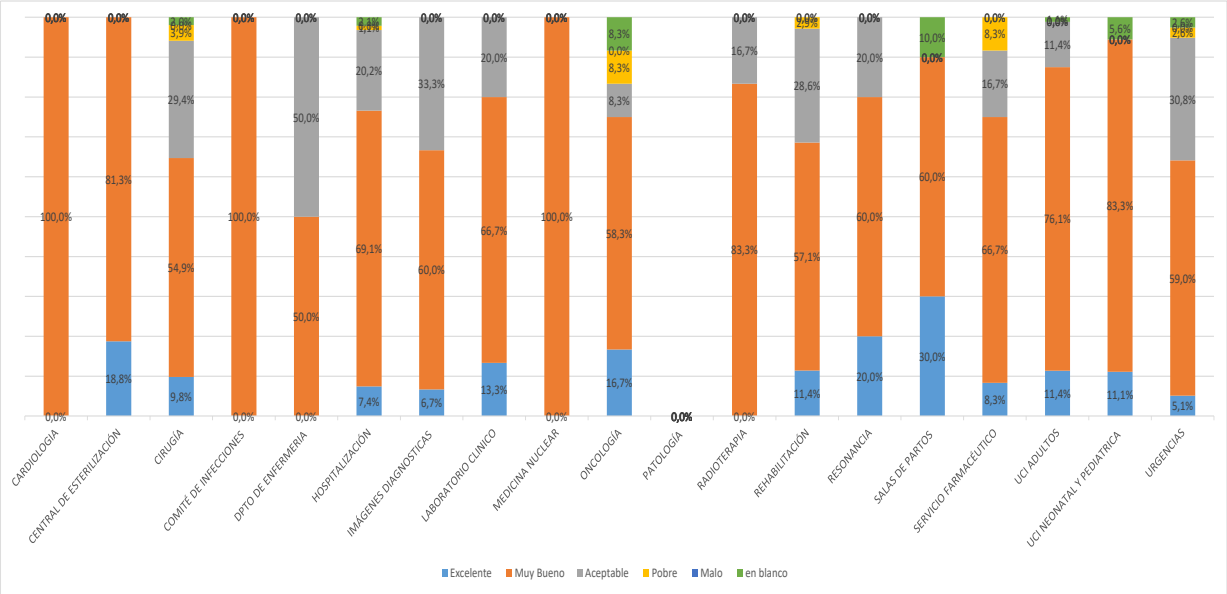

Gráfico 23: Resultados de la Sección G en el personal asistencial de una institución de salud de III y IV nivel en la ciudad de Santiago de Cali.

El grado de aceptación del programa de seguridad del paciente en las áreas asistenciales es positivo y muy bueno, generando con ello que el grado de cultura sea del 68%. Pero aunque esta percepción sea muy buena, se debe tener en cuenta ese 19,7% del personal asistencial, que tienen una percepción diferente a la mayoría, pues para ellos el programa tienen falencias, que pueden ser intuidas por diversos

factores como son capacitación, practicas inseguras, dispositivos médicos, y en muchos momentos porque aun piensan que la cultura de seguridad del paciente puede llegar a ser punitiva.

Dentro del total de colaboradores asistenciales, existe un 20% que considera que al programa le falta mayor ejecución en la institución, desde el punto de vista de cultura del reporte oportuno, según algunos comentarios que se observaron dentro de la encuesta, generando con ello oportunidades de mejora como puede ser planes de capacitación que mitiguen las dudas y genere cultura al colaborador.

Administrativo

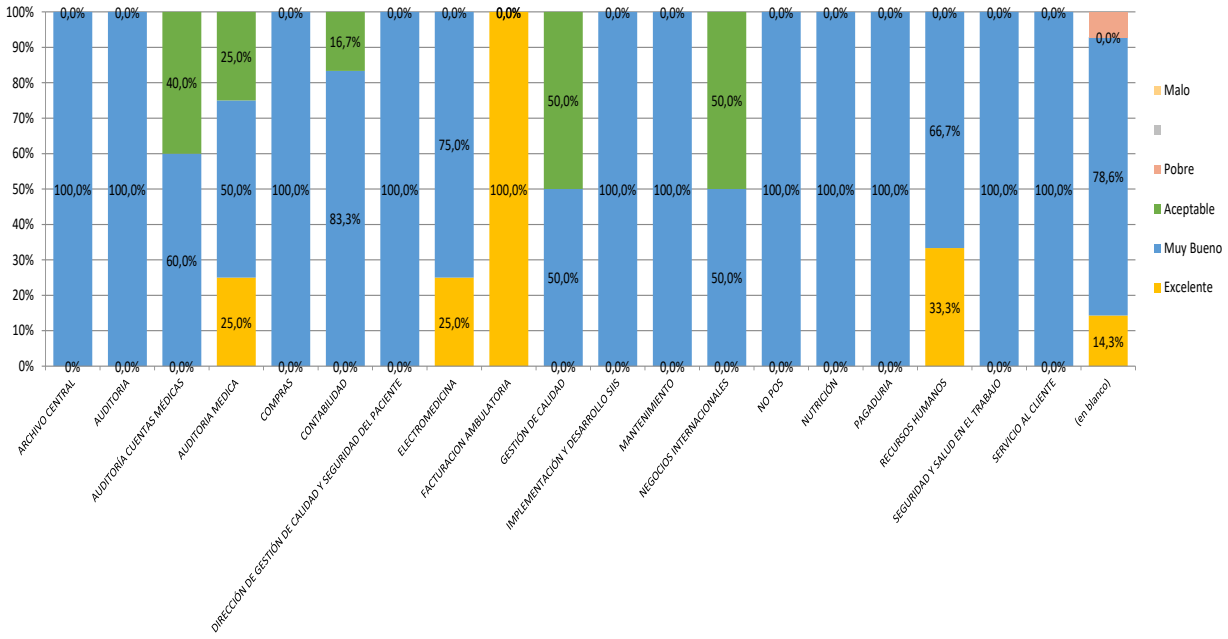

Gráfico 24: Resultados de la Sección G en el administrativo asistencial de una institución de salud de III y IV nivel en la ciudad de Santiago de Cali.

El grado de aceptación del programa de seguridad del paciente que se tiene en cada uno de los servicios administrativos, es positivo y lo afirma el 76,5% de los encuestados que refieren que él grado general es muy bueno. A pesar que dicha percepción es positiva, es de tener en cuenta, que se debe realizar un mayor trabajo con este grupo de colaboradores, que son aquellos que no mantienen continuamente en la atención del paciente pero pueden llegar a ser una barrera dado el caso. Las áreas de este grupo que pueden ser quienes necesitan una mayor intervención es el personal de auditoria, contabilidad, negocios internacionales, para que sepan cuáles son las actividades y como pueden contribuir a la cultura del paciente.

7.8 SECCIÓN I

CARACTERIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO

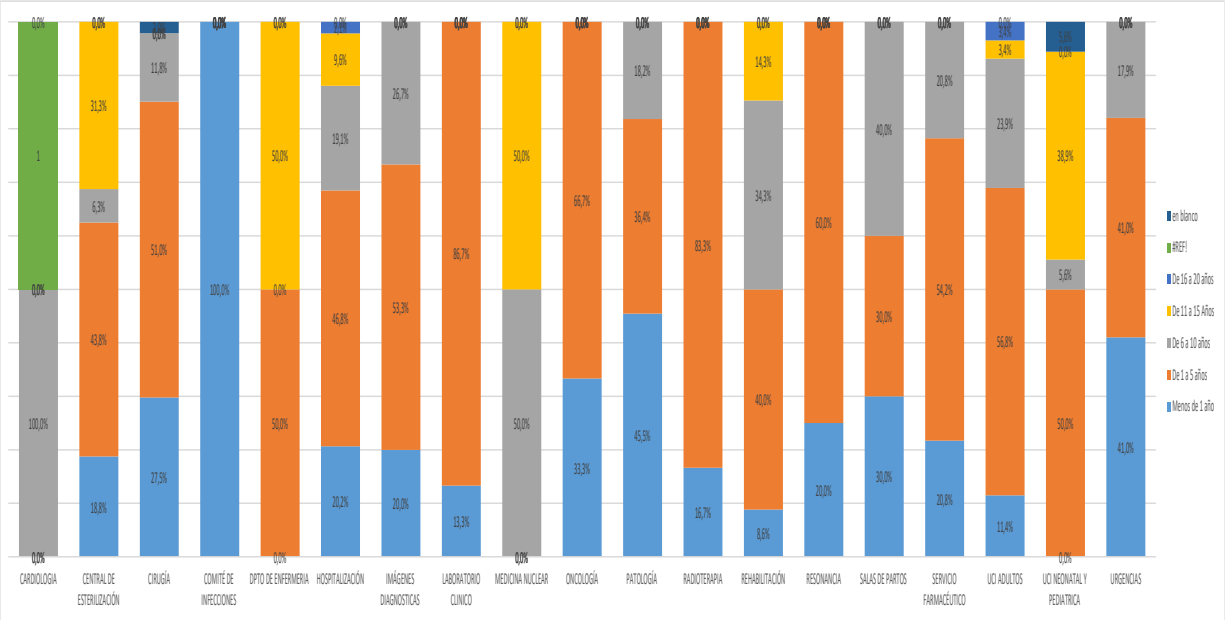

Grafico 25. Tiempo que lleva laborando en la institucipon aplicado al área asistencia

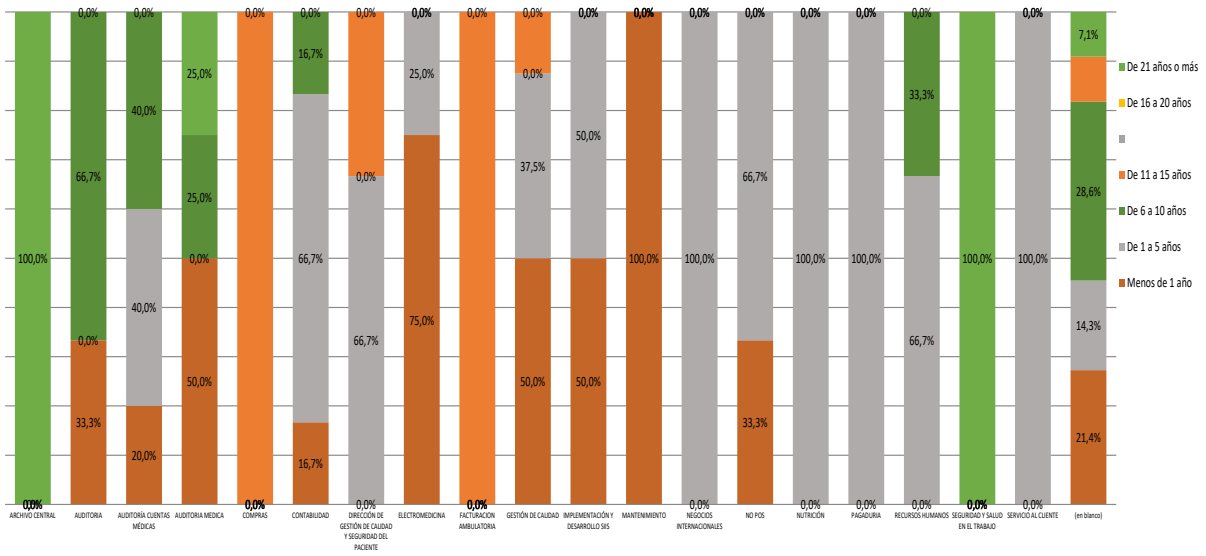

Grafico 26. Tiempo que lleva laborando en la institucipon aplicado al área administrativa.

En una institución de salud de III y IV nivel en el norte de la ciudad de Cali, se implementó la encuesta de cultura de seguridad del paciente a 68 personas del personal administrativo y 446 del personal asistencial, para evaluar la de percepción que ellos tienen sobre el programa de seguridad del paciente y la adherencia al mismo. Dentro de la información recolectada se pudo observar que el 44% de los colaboradores llevan entre 1 a 5 años trabajando para la institución, los cuales son la tendencia más marcada entre ambos grupos, pero también se evidencio que el 24 % de la población lleva como mínimo 6 meses o más dentro de la institución, mostrando con ello, un panorama de crecimiento y cambio constante, lo cual puede ser bueno en algunos casos. El ingreso de personal con el fin de mejorar la atención, pero también se puede ver como una desventaja para la curva de aprendizaje frente a una cultura que está continuamente re educando para generar barreras y practicas seguras. Pero estas prácticas seguras, en algunos momentos se ven afectadas por la intensidad horaria que maneja el personal, debido a falta de recurso humano, incapacidades, licencias entre otros, donde se muestra que el 18,5% de la población tanto asistencial como administrativa cuentan con una intensidad horaria de mayor o igual a 51 horas, una cuantía mayor a las normalizadas para Colombia, con lo cual se genera sobrecarga laboral y en muchos casos este se demuestra como un factor contributivo a la no cultura de seguridad del paciente.

La institución cuenta con un personal capacitado en el proceso de atención, ya que el 44,6% del personal administrativo cuenta con un tiempo de experiencia promedio de 5 años, mientras que para el asistencial el 41% del personal cuenta con el mismo tiempo de experiencia del administrativo, pero el 30% de esta mismo grupo tiene

una experiencia en promedio de 10 años, generando con ello confianza a la hora de la atención del paciente. Posterior a ello, se puede observar que la institución de salud cuenta con un nivel de exclusividad con sus empleados, ya que en promedio el 88,5%, refieren no trabajar en ninguna otra institución, generando con ello, mayor sentido de pertenencia y evolucionando constantemente en el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, a pesar de la rotación de personal.

-

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 CONCLUSIONES

El total de la muestra ampliada fue de 514 personas las cuales participaron en la encuesta, 68 personas del área administrativa lo que equivale a un 13,2% y 446 del área asistencial que corresponde al 86.8%, Se puede concluir que el 54.5% del área asistencial son auxiliares de enfermería el cual desarrolla una función importante en la cultura de seguridad del paciente. Se puede determinar que los talentos humanos de esta institución se encuentran vinculados en un periodo comprometido entre 6 meses a 5 años el cual nos muestra que el personal tanto asistencial como administrativo tiene un mayor conocimiento y adherencia en los procesos de seguridad del paciente.

De acuerdo a los resultados obtenidos durante el estudio sobre la percepción de cultura de seguridad del paciente en una institución de salud de III y IV nivel de la ciudad de Santiago de Cali; se puede concluir que el personal Asistencial y Administrativo tienen una percepción positiva frente el programa y la cultura seguridad del paciente con un promedio del clima general del 65,2%.

La frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente en una institución de III y IV nivel en el norte de Santiago de Cali, establece que el personal tanto administrativo como asistencial pueden generar de 1 a 5 reportes anuales, según las estadísticas establecidas por la investigación. El 57,9% del personal asistencial reporta con un frecuencia de 1 a 5 reportes anuales, mientras que el 20,5% del personal administrativo reporta en esta misma frecuencia.

El nivel de ausentismo para la frecuencia de eventos o errores reportados relacionado con seguridad del paciente en una institución de III Y IV nivel en el norte de Santiago de Cali, es de 29,6% para el personal asistencial y 72% para el personal administrativo.
Se puede observar que el 76.4% del personal administrativo califica muy bueno la participación de su área en la seguridad del paciente y el 13.2% lo califica como aceptable. Lo cual nos demuestra que el talento humano administrativo se encuentra comprometido con las estrategias que se implementan en la institución sobre la seguridad del paciente.

Para el área asistencial el promedio del clima hace referencia al 68,5%, donde la comunicación es una característica positiva entre los niveles de la estructura organizacional, generando con ello un trabajo en equipo con el que se puede reportar oportunamente las acciones inseguras durante la atención. Para el área administrativa el promedio de clima hace referencia al 61,8%, lo cual es un porcentaje muy bueno si tenemos en cuenta que es un personal que tienen una inclusión menor a la atención del paciente de manera directa, encontrando efectividad en la comunicación oportuna, el trabajo en equipo y el grado de seguridad del paciente.

9.2 RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que el personal administrativo tiene un enfoque diferente a la hora de evaluar la percepción de seguridad del paciente, se recomienda elaborar un instrumento que lleve solo aquellas preguntas pertinentes para este personal, con el fin de tener mayor precisión en la percepción que ellos tienen frente al grado de cultura, en pocas palabras generar dos instrumentos uno para el personal asistencial y otro al personal administrativo

Se recomienda elaborar capacitaciones de inclusión al personal administrativo para mejorar la percepción del grado de cultura de seguridad el paciente, mostrándole con ello, los frentes en que ellos desde su participación indirecta con el paciente puedan ser barreras,

Continuar con las actividades desarrolladas por la gerencia en pro de la cultura de seguridad del paciente, como estrategia fundamental para lograr mejores resultados en la prestación del servicio, costos de la atención e imagen corporativa.

Se recomienda realizar actividades de capacitación en temas relacionados con la comunicación asertiva y coordinación entre las unidades o servicios, con miras a lograr la articulación y continuidad de las actividades a desarrollar con los pacientes cuando se trasladan de un servicio a otro, esta capacitación debe estar orientada tanto al personal administrativo como al asistencial.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. “Curso Virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente” Carlos Abiar Remón MD. Universidad de Zaragoza (España). http://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/ (último acceso 9 de febrero de 2017)

2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD (NHS) REINO UNIDO. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Agencia de calidad del sistema nacional de salud. La seguridad del paciente en siete pasos http://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/ (último acceso 9 de febrero de 2017).

3. DA SILVA GAMMA, Z. DE SOUZA OLIVEIRA, A. SATURNO HERNANDEZ, P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad, Saude Publica, Rio Janeiro, 29(2), 283-293. Feb 2013.

4. Alarcón, G. Ortiz Pommier, A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el hospital padre Hurtado. *Serie Experiencias de Buenas Practicas N°4.* Gerencia de la calidad, Unidad de gestión de riesgo clínico. 2010. .http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles6440_EstudioHPH.pdf . (Último Acceso febrero de 2017).

5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. “Curso Virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente” Carlos Abiar Remón MD. Universidad de Zaragoza (España). http://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/ (último acceso 9 de febrero de 2017.

6. SISTEMA NACIONAL DE SALUD (NHS) REINO UNIDO. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Agencia de calidad del sistema nacional de salud. La seguridad del paciente en siete pasos. http: www.sefhes//carpetasecretario/7_PASOS.pdf.

7. GOMEZ RAMIREZ, O. SOTO, GOMEZ, A. ARENAS GUTIERRE, A. GARZON SALAMANCA, J. GONZALEZ VEGA, A. MATEUS GALEANO, E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Av. enferme., XXIX (2):363-374,2011.

8. Mir-Abellán R, et al. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en

el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gas Sanito. 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019.

9. Newton A, De Sousa A, Saturno P: Culture de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cada. Sacude Pública, 29(2) feb., 2013

10. 13Tobias G, Bezerra, AL, Branquinho N, Silvestre C: Cultura de seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio biométrico realizado en Brasil Jan 2014

11. Alarcon CG, Ortiz A "Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado; N°4.Gobierno de Chile, 2009.

12. Gildardo P, Montoya MI: Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia- Colombia. 2013

13. Castillo D, Tello T, Rosero Y. Cultura de seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad. Yumbo Valle 2014

14. CAMACHO BASTIDAS, D. ALEGRIA BERMUDES, J. *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la E.S.E Popayán, puntos de atención centros de salud sur Occidente y María Occidente, Vigencia 2015-2016.*Tesis Especialización. Universidad Católica de Manizales. 2016.

15. MINSALUD, *Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales. Guía técnica para la seguridad del paciente*. Bogotá. Min Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf.(Último acceso 8 de febrero 2017).

16. Ministerio de la protección socia Republica de Colombia, Dirección general de calidad de servicios. *Guía técnica de "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en atención en salud*". Ministerio de la protección 2010. 5-8. https://www.minsalud.gov.co. (última consulta el 9 de febrero de 2017).

17. Ministerio de la protección social, Republica de Colombia: *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad de los pacientes.* Buenos y Creativos, 2008.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf (Última consulta el 9 de febrero de 2017).

18. NET, A, SUÑOL, R. La calidad de la atención. Ponéncies i Jornades. 2012.

19. Meléndez, Garza R, González. JF, Castillo S. González S, Ruiz E, Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. Rev. Cuida. 2014; 5(2):774-81. *http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.92*

20. Bernarles M, Pedrero V. Obach A. Perez C. Competencia cultural en salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. Rev. Med Chile Vol 143 no.3. Santiago Mar 2015. : http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000300018&lng=en&nrm=iso&tlng=en#back

21. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la atención primaria del sistema nacional de salud. Paseo del prado. 2014

22. Cantillo, E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Fundación Universidad del norte,2007. Disponible en : [http://search.proquest.com/docview/1436243070?accountid=36216]

23. SIERRA, R. Seguridad= cambio cultural. Unidad editorial Revistas. S.L.U.2014 Disponible en http://search.proquest.com/docview/1530877948?accountid=36216|

24. Giraldo, P. Montoya, m. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia, 2013. Programa de maestría Administración en salud. Universidad CES. 2013. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/EvaluacionCultura_Seguridad.pdf

25. MINSALUD. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

26. AHQR, Agency for healthcare reseacrh and quiality. *Hospital survey on patient safety culture.* U.S Department of Helath and Human Service.2016. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-

safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf (último acceso 9 de febrero de 2017

27. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud,

28. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Sitio en internet]. http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

29. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza (citado el 17 de febrero de 2009). Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.

30. Organización Panamericana de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. (citado 13 febrero 2009). Disponible http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf.

31. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. “Curso Virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente” Carlos Abiar Remón MD. Universidad de Zaragoza (España)

32. SISTEMA NACIONAL DE SALUD (NHS) REINO UNIDO. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Agencia de calidad del sistema nacional de salud. La seguridad del paciente en siete pasos. Disponible en: http: www.sefhes//carpetasecretario/7_PASOS.pdf.

33. Gomez Ramirez, O. Soto, Gomez, A. Arenas Gutierre, A. Garzon Salamanca, J. Gonzalez Vega, A. Mateus Galeano, E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Av. enferme., XXIX (2):363-374,2011.

34. Mir-Abellán R, et al. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gas Sanito. 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019

35. Newton A, De Sousa A, Saturno P: Culture de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cada. Sacude Pública, 29(2) feb., 2013

36. Tobias G, Becerra, AL, Brinquiño N, Silvestre C: Cultura de seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio biométrico realizado en Brasil jan 2014

37. Alarcón CG, Ortiz A “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado, Chile 2009.

38. Gildardo P, Montoya MI: Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia- Colombia. 2013.

39. Castillo D, Tello T, Rosero Y. Cultura de seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad. Yumbo Valle 2014

40. DA SILVA GAMMA, Z. DE SOUZA OLIVEIRA, A. SATURNO HERNANDEZ, P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad, Saude Publica, Rio Janeiro, 29(2), 283-293. Feb 2013.

41. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el hospital padre Hurtado. Gerencia de la calidad, Unidad de gestión de riesgo clínico. 2010. Disponible en internet: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440_EstudioHPH.pdf