



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA / DEPARTAMENTO SALUD PÚBLICA

Magister en Salud Pública - Proyecto de Salud Pública

Proyecto: “Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central”- Autor: José Manuel Vallejos Zapata

INFORME FINAL DE PROYECTO DE SALUD PÚBLICA



“Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central”

Proyecto de Salud Pública para optar al grado de Magíster.

Autor: José Manuel Vallejos Zapata.

Profesor Guía: Dr. Rodrigo Poblete Umanzor, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Director de Calidad y Gestión Clínica, Red UC-CHRISTUS.

Cotutor: Dr. Alejandro Arrieta, Florida International University, Miami – Estados Unidos.

Fecha y lugar: Diciembre de 2023, Santiago de Chile.

ID Comité de ética UC: 221206007



TABLA DE CONTENIDOS

Índice de Tablas	vi
Índice de Imágenes	vii
Índice de Gráficos	viii
Índice de Anexos	x
RESUMEN EJECUTIVO	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESARROLLO	3
1. Justificación del problema de Salud Pública	3
2. Contexto	8
3. Marco teórico – Conceptual	10
3.1. Evolución de los conceptos de calidad y seguridad asistencial	10
3.2. Cultura y clima de seguridad	12
3.3 Herramientas para la medición de la cultura y clima de seguridad	13
3.4. Dimensiones de la calidad	15
3.5. Definición de conceptos que se abordarán en este estudio	17
3.6. Diagrama de integración conceptual – operativo	19
4.Hipótesis y/o supuestos del estudio	20
5. Pregunta y objetivos	20
5.1. Preguntas de investigación	20
5.2. Objetivos de investigación	20
5.2.1. Objetivo General	20
5.2.2. Objetivos Específicos	20
6. Método	22
6.1. Diseño del estudio	22
6.2. Marco muestral	22



6.2.1 Enfoque cuantitativo	22
6.2.2. Enfoque cualitativo	23
6.3. Metodología e instrumentos propuestos para la recolección de datos	24
6.3.1. Enfoque cuantitativo	24
6.3.2. Estudio cualitativo	25
6.4. Resguardo de datos	27
6.4.1. Resguardo de los datos: Encuestas	27
6.4.2. Resguardo de los datos: Entrevistas	28
6.5. Actividades y Procedimientos principales del proceso	28
6.6. Tabla de variables	30
6.7. Análisis planteado.	31
6.7.1. Enfoque Cuantitativo	31
6.7.2. Enfoque Cualitativo	32
6.8. Cronograma de actividades	33
6.9. Aspectos Éticos y Legales relevantes	34
6.10. Resumen de costos del estudio	35
6.11. Estrategias de Comunicación y Difusión	36
7. Resultados	37
7.1. Resultados enfoque cuantitativo	37
7.1.1. Demografía de los encuestados.	38
7.1.2. Resultados por dimensión de calidad y seguridad.	45
7.1.3. Dimensiones de Cultura de Seguridad del paciente - Respuestas positivas por cargos	49
7.1.4. Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados.	50
7.1.5. Número de eventos reportados en los últimos 12 meses.	53
7.1.6. Comparación con hospitales de Chile y Estados Unidos.	57
7.2. Resultados del Enfoque Cualitativo.	61



7.2.1. Demografía de los participantes en los grupos focales.	62
7.2.2. Análisis del discurso de cada pregunta	66
Resultados pregunta 1. ¿Qué piensan acerca de la seguridad asistencial en su establecimiento? No nombre su establecimiento.	67
Resultados pregunta 2. ¿Cómo considera usted que es la adherencia a los protocolos y normativas de seguridad asistencial?	75
Resultados pregunta 3. ¿Cuál es, según su percepción, la actitud de los médicos en relación con la seguridad asistencial o del paciente?	86
Resultados pregunta 4. ¿Cuáles cree usted que pudieran ser los factores que generan las actitudes antes mencionadas?	93
Resultados pregunta 5. ¿Qué grado de participación tienen los médicos en la creación de protocolos institucionales relacionados con calidad y seguridad asistencial?	101
Resultados pregunta 6. ¿Cuál es el rol de los médicos en el análisis de eventos adversos e implementación de mejoras en seguridad del paciente?	108
7.2.3. Variables identificadas y árbol de codificación.	116
7.2.4. Criterios de rigor cualitativo.	118
7.3. Actividades de vinculación con el medio realizadas en el estudio.	121
7.3.1. Participación de actividades de difusión	121
7.3.2. Reuniones y coordinaciones con establecimientos hospitalarios.	123
7.3.3. Jornada de Seguridad Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central.	125
III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	126
8. Discusión.	126
8.1. Principales resultados.	126
8.1.1. Enfoque cuantitativo y dimensiones de la encuesta.	126
8.1.2. Enfoque cualitativo y análisis de la narrativa.	132
8.1.3. Convergencia de datos de ambos enfoques.	136



8.2. Relevancia local y nacional del estudio con foco en salud Pública, y principales implicancias.	139
8.3. Fortalezas del estudio.	142
8.4. Limitaciones del estudio y cómo se procuró aminorarlas.	144
8.5. Nuevas preguntas de acción y/o investigación que surgen. Próximos desafíos.	146
8.6. Recomendaciones a partir de los resultados de este estudio.	147
8.7. Aprendizajes finales y reflexiones.	148
9. Conclusiones del estudio.	150
10. Agradecimientos	151
11. Referencias	152
12. Anexos	156



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1. Hitos en calidad y seguridad a nivel mundial	10
Tabla 3.2. Hitos en calidad y seguridad a nivel nacional	11
Tabla 3.3. Componentes de una cultura de seguridad	18
Tabla 6.1. Distribución de grupos focales estudio cualitativo	23
Tabla 6.2. Dimensiones de la cultura de seguridad encuesta HMA™	25
Tabla 6.3. Variables identificadas en el estudio	30
Tabla 6.4. Cronograma de actividades	33
Tabla 6.5. Resumen de costos del estudio	35
Tabla 6.6. Estrategias de comunicación y difusión	36
Tabla 7.1. Representación de los participantes por establecimiento hospitalario	37
Tabla 7.2. Descripción de participantes totales, quienes aceptan consentimiento, encuestas completas y validadas.	38
Tabla 7.3. Principales características de los hospitales estudiados.	40
Tabla 7.4. Resultados por dimensión de cultura de seguridad	48
Tabla 7.5. Resultados por dimensión según cargos	49
Tabla 7.6. Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados	50
Tabla 7.7. Grado de seguridad del paciente por cargos	51
Tabla 7.8. Grado de seguridad por unidad de trabajo	52
Tabla 7.9. Número de eventos reportados en los últimos 12 meses	54
Tabla 7.10. Número de eventos reportados por cargos	55
Tabla 7.11. Número de eventos reportados por unidad de trabajo	56
Tabla 7.12. Comparativa dimensiones en SSMC, Chile y Estados Unidos	57
Tabla 7.13. Grado de seguridad comparados SSMC, Chile y Estados Unidos	59
Tabla 7.14. Número de eventos reportados comparados SSMC, Chile y Estados Unidos	60
Tabla 7.15. Codificación en estudio cualitativo por preguntas	61
Tabla 7.16. Participantes grupos focales	62
Tabla 7.17. Leyenda de citas	66
Tabla 7.18. Principales variables identificadas en enfoque cualitativo	116
Tabla 12.1. Demografía de los funcionarios que respondieron encuesta hma™	190
Tabla 12.2. Elementos por dimensión de seguridad del paciente	193



Tabla 12.3. Demografía de los funcionarios que participaron en grupos focales	197
--	-----

ÍNDICE DE IMÁGENES

Figura 2.1. Caracterización del Servicio de Salud Metropolitano Central	8
Figura 3.1. Diagrama de integración conceptual, elaboración propia	19
Figura 7.1. Árbol de codificación, elaboración propia	117
Figura 7.2. Infografía "Tu tesis en una imagen" 2022	121
Figura 7.3 Participación de 3° Jornada de Investigación de Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	121
Figura 7.4 Fotografías de participación de JIMADUC 2023	122
Figura 7.5. Reunión con Director y equipo de Calidad asistencial de Hospital Urgencia Asistencia Pública	123
Figura 7.6. Presentación del Proyecto de Salud Pública a equipos directivos, clínicos y administrativos de Hospital Urgencia Asistencia Pública	123
Figura 7.7. Reunión con Director y equipo de Calidad asistencial de Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	123
Figura 7.8. Presentación del Proyecto de Salud Pública a equipos directivos, clínicos y administrativos de Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	124
Figura 7.9. Presentación del Proyecto de Salud Pública a equipos directivos, clínicos y administrativos de Hospital Clínico San Borja Arriarán	124
Figura 7.10. Fotografías Jornada de Seguridad Asistencial de SSMC	125
Figura 12.1. Afiche inicial encuestas HMA, distribuidos en los 3 hospitales del SSMC	185
Figura 12.2. Volantes entregados para aumentar la tasa de respuestas en los 3 hospitales.	186
Figura 12.3. Fondo de pantalla creado en Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada para mejorar la adherencia a las respuestas.	186



Figura 12.4. Afiche invitación encuestas HMA™ creado y distribuido por Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada.	187
Figura 12.5. Afiche invitación Jornada de Calidad y Seguridad.	188
Figura 12.6. Afiche invitación "últimos días" encuestas HMA.	189

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 7.1. Porcentaje de encuestas validadas y no validadas	39
Gráfico 7.2. Porcentaje de participación de los hospitales de la Red SSMC.	39
Gráfico 7.3. Género de los participantes de la encuesta	41
Gráfico 7.4. Cargos de los encuestados	41
Gráfico 7.5. Unidad de trabajo de los encuestados	42
Gráfico 7.6. Tiempo trabajado en el hospital en años	43
Gráfico 7.7. Interacción o contacto directo con el paciente	44
Gráfico 7.8. Porcentaje de respuestas positivas por dimensión.	48
Gráfico 7.9. Grado de seguridad del paciente percibido en su institución	51
Gráfico 7.10. Grado de Seguridad del paciente por Cargos	52
Gráfico 7.11. Grado de Seguridad del paciente por unidad de trabajo	53
Gráfico 7.12. Número de eventos reportados en los últimos 12 meses	54
Gráfico 7.13. Número de eventos reportados por cargo	55
Gráfico 7.14. Número de eventos reportados por Unidad de trabajo	56
Gráfico 7.15. Comparación percepción del grado de seguridad	59
Gráfico 7.16. Comparación número de eventos reportados	60
Gráfico 7.17. Participación establecimientos y SSMC en grupos focales	63
Gráfico 7.18. Género de los participantes	64
Gráfico 7.19. Profesión de los participantes	64
Gráfico 7.20. Área de trabajo	65



Gráfico 7.21. Categorías Pregunta 1: percepción de la seguridad asistencial en los establecimientos	67
Gráfico 7.22. Categoría "Roles" pregunta 1	68
Gráfico 7.23. Categoría "Estructura" pregunta 1	69
Gráfico 7.24. Categoría "Funcionarios" pregunta 1	71
Gráfico 7.25. Categoría "Problemas" pregunta 1	73
Gráfico 7.26. Categoría "Oportunidades" pregunta 1	74
Gráfico 7.27. Categorías Pregunta 2: adherencia a protocolos y normativas de seguridad asistencial	75
Gráfico 7.28. Categoría "Estructura" Pregunta 2	76
Gráfico 7.29. Categoría "Enfoque en el usuario" pregunta 2	78
Gráfico 7.30 Categoría "Factores humanos", pregunta 2.	79
Gráfico 7.31. Categoría "Comunicación" pregunta 2	82
Gráfico 7.32. Categoría "Participación" pregunta 2	83
Gráfico 7.33. Pregunta 3: actitud de los médicos en relación con la seguridad asistencial	86
Gráfico 7.34. Categoría "Comportamiento" pregunta 3	87
Gráfico 7.35. Categoría "Desafíos" Pregunta 3	89
Gráfico 7.36. Pregunta 4: factores que explican la actitud de los médicos en relación con la seguridad asistencial	93
Gráfico 7.37. Categoría "Diferencias médicas" pregunta 4	94
Gráfico 7.38. Categoría "Falta de compromiso" pregunta 4	98
Gráfico 7.39. Categoría "Formación", pregunta 4	99
Gráfico 7.40. Pregunta 5: participación médica en la creación de protocolos	101
Gráfico 7.41. Categoría "Participación" pregunta 5	102
Gráfico 7.42. Categoría "Estructura", pregunta 5	104
Gráfico 7.43. Categoría "Dificultades" pregunta 5	106



Gráfico 7.44. Pregunta 5: rol de los médicos en el análisis de los eventos adversos e implementación de mejoras	108
Gráfico 7.45. Categoría "Participación" pregunta 6	109
Gráfico 7.46. Categoría "Diferencias" pregunta 6	112
Gráfico 7.47. Categoría "Liderazgo", pregunta 6	114
Gráfico 7.48. Categoría "Visión", pregunta 6	115

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Acta de resolución Comité Ético Científico de ciencias de la salud Pontificia Universidad Católica	157
Anexo 2. Acta de resolución Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central	162
Anexo 3. Autorización Directora SSMC	164
Anexo 4. Autorización Dirección Hospital Clínico San Borja Arriarán	165
Anexo 5. Autorización Dirección y Subdirección médica Hospital Urgencia Asistencia Pública	166
Anexo 6. Autorización Dirección Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	168
Anexo 7. Consentimiento informado online encuestas HMA™	169
Anexo 8. Consentimiento informado estudio cualitativo	171
Anexo 9. Encuesta Healthcare Management Americas HMA™	174
Anexo 10. Pauta de preguntas semiestructuradas	184
Anexo 11. Imágenes usadas en estrategia comunicacional	185
Anexo 12. Tabla demográfica funcionarios que respondieron encuesta HMA™	190
Anexo 13. Tabla de elementos por dimensión de seguridad del paciente.	193
Anexo 14. Tabla demográfica participantes grupos focales.	197
Anexo 15. Notas de campo realizadas por observador.	198



RESUMEN EJECUTIVO.

Introducción: Seguridad asistencial es central en la entrega de servicios de salud. Se hace fundamental la medición de la cultura de seguridad para determinar el grado de conocimiento, adherencia y la actitud del equipo de salud.

Objetivos: Describir y analizar la cultura de seguridad y la actitud de los médicos de los hospitales del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).

Métodos. Estudio de tipo Mixto Cuantitativo – Cualitativo, realizado en los Hospitales de alta complejidad del SSMC. Primera instancia cuantitativa con encuesta de cultura de seguridad *Healthcare Management Americas* (HMA™), y segunda instancia cualitativa con entrevistas semiestructuradas en formato grupos focales a actores relevantes.

Resultados: Encuesta HMA™ fue contestada por 974 funcionarios del SSMC. Se contemplaron 10 dimensiones de seguridad que fueron analizadas según porcentaje de respuestas positivas; las dimensiones con mayor porcentaje fueron “apoyo de las jefaturas” y “trabajo en equipo”, y las que tuvieron menos respuestas positivas fue “respuesta a errores” y “personal y ritmo de trabajo”. Se respondió el grado de seguridad del paciente percibido con un 38% de respuestas positivas y notificación de eventos adversos con 52%. Se realizó una comparativa con respuestas de hospitales de Estados Unidos. A nivel cualitativo se logró una descripción de la cultura de calidad donde aparecen las categorías relacionadas con roles, aspectos estructurales, actitudes, diferencias médicas, formación, comunicación, enfoque en el usuario, y oportunidades. Cada categoría refleja las brechas, oportunidades, descripción de actitudes, explicación fenomenológica de la cultura de seguridad y la actitud de los equipos médicos.



Discusión y Conclusiones: Se realizó un análisis deductivo a través de un enfoque observacional. El uso de estos resultados va a establecer una línea de base para futura mediciones, priorizar los aspectos que se pueda generar mejoras y realizar comparación con otras instituciones que hayan usado el mismo instrumento. En el aspecto de actitudes médicas, se observan brechas a nivel de formación, de participación y de involucramiento. Se indica que existe baja participación en la creación de protocolos, asociado al enfoque asistencialista-clínico de los médicos y al poco tiempo para hacer labores administrativas. También se señaló que la participación en análisis de eventos y mejoras es escasa. Hay convergencia y complementariedad entre ambos enfoques del estudio. A nivel de salud pública, el estudio contribuye a un mejoramiento de las condiciones de entrega de salud en las poblaciones, a través de un análisis de brechas y el comprometimiento de la población investigada a generar mejoras con esta información. Este estudio mixto cumple con sus objetivos, ofreciendo mediciones complementarias y una visión profunda de la cultura de seguridad y las actitudes médicas. Además, establece las bases para futuras investigaciones y mejora continua en la atención de salud, reforzando la importancia de enfoques multidisciplinarios en la seguridad asistencial.



I. INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial se define por OMS como “el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados sanitarios deseados, de conformidad con los conocimientos profesionales actuales” (OMS, 2021). Esta definición es actual, sin embargo, este concepto nace de múltiples preocupaciones del personal sanitario por mejorar los resultados de los pacientes, a lo largo de toda la historia de la humanidad. Pese al trabajo en pro de la seguridad y las preocupaciones de los trabajadores de salud, los errores clínicos siguen siendo comunes y continúan generando cargas personales y financieras significativas. Existe abundante evidencia de los gastos que genera la mala calidad y los eventos adversos, así como de la posibilidad de la prevención de eventos adversos asistenciales y mejorar las condiciones de calidad y seguridad asistencial en los recintos hospitalarios (Kohn et al, 2000); para ejemplificar cerca de 42.000 millones de pesos al año se pierden por errores de medicación al año en Estados Unidos (OMS, 2018). La falta de cultura de calidad sigue siendo un factor subyacente destacado en muchos de los problemas de seguridad a los que se enfrentan las organizaciones sanitarias (Ramsay, 2016).

Es prioritario conocer la cultura de seguridad asistencial de los centros asistenciales en Chile, la cual es definida como “el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y las pautas de comportamiento individuales y de grupo que determinan las características de la gestión de la salud y la seguridad de la organización” (OMS, 2021). El conocimiento de la cultura de seguridad permite disminuir los eventos adversos de los usuarios que se atienden en atención abierta y cerrada, sobre todo del sistema público de salud; ya que la mayoría de estos eventos adversos son prevenibles, y generan daños y costos sobre los usuarios, sus familias, los profesionales y las instituciones. Es fundamental contar con el equipo médico sumamente involucrado en estas acciones de prevención y mejora continua. Con estos resultados se podrán generar las bases para optimizar los programas de mejora en seguridad asistencial, generar realización de



capacitaciones a los equipos, la pesquisa de brechas a distintas dimensiones como comunicación efectiva, liderazgo, adherencia a normativas, y sobre todo transparentar o reconocer la falta de conocimiento del equipo de salud en estos conceptos.

El problema de salud pública investigado es la seguridad asistencial, que se manifiesta como un componente central en la provisión de servicios de salud, y también como un aspecto a impulsar por el alto impacto personal, familiar y social que generan los errores y daños para los pacientes y el personal en salud. Fue abordado desde el análisis de las dimensiones de la cultura de seguridad de un servicio de salud, y la investigación de las actitudes de los médicos. Este problema se investigó a través de un estudio mixto, que fue realizado en los establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud Metropolitano Central.



II. DESARROLLO

1. JUSTIFICACIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Cada año, un gran número de pacientes sufren daños o mueren como consecuencia de una atención de salud poco segura, lo que supone una elevada carga de muerte y discapacidad en todo el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Dentro de cifras entregadas por OMS en 2021, “se calcula que, por término medio, uno de cada diez pacientes sufre un evento adverso mientras recibe atención hospitalaria en los países de ingresos altos. Las pruebas disponibles hacen pensar que en los hospitales de los países de ingresos bajos y medianos se producen 134 millones de eventos adversos debidos a una atención poco segura, una cifra que contribuye a registrar unos 2,6 millones de fallecimientos al año. Según estimaciones recientes, el costo social de los daños a los pacientes puede valorarse entre 1 y 2 billones de dólares al año” (OMS, 2021).

Para poder generar resultados óptimos y prevenir complicaciones en la atención de pacientes, durante toda la historia de la humanidad se han desarrollado los conceptos de calidad y seguridad asistencial, los que nacen de múltiples preocupaciones del personal sanitario por mejorar los resultados de los pacientes, a lo largo de toda la historia de la humanidad con la descripción de los códigos que regulaban la atención médica, la ética y las competencias de los profesionales en Babilonia, Egipto, Grecia y China. Florence Nightingale en el siglo XIX destacó con su preocupación por los heridos de combate en la guerra de Crimea y su aporte a la disminución de la mortalidad con el cuidado y tratamiento de las infecciones, sanitización del agua y reformas en Reino Unido. A principios del siglo XX se creó en Estados Unidos el “Programa de estandarización de los hospitales” que velaba por el cumplimiento de estándares mínimos, y luego en 1951 se crea la *Joint Commission on Accreditation of Hospital* (Rodríguez, 2001). En la década de los 60 se crea un hito en la historia del control y evaluación de la calidad con el surgimiento



de Avedis Donabedian, quien formuló la estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en estructura, proceso y resultados.

Sin embargo, no fue hasta el año 2000 que se genera la gran revolución de la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias tras el famoso informe del Instituto de Medicina (IOM) "*To err is human: building a safer health system*", donde se destaca la magnitud de los eventos adversos prevenibles e identifica la "cultura de seguridad" subyacente como un elemento clave, que influye en la capacidad de las organizaciones sanitarias para aprender eficazmente de estos acontecimientos y aplicar medidas preventivas para reducir los daños relacionados con los pacientes (Kohn et al, 2000). En este estudio se revela que los eventos adversos ocurren en un 3.7% de las hospitalizaciones, un 10% aproximadamente son conducentes a la muerte en 6 meses y más de un 50% eran prevenibles.

En la actualidad los conceptos de calidad y seguridad asistencial han trascendido a cualidades infaltables en la provisión de servicios sanitarios. La seguridad de la atención del paciente se define como "proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos tanto del prestador institucional, prestador individual y del usuario, la eliminación de los innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad" (Minsal, 2013).

Un aspecto central en las instituciones es la cultura de seguridad, que se sustenta en "valores y creencias de la organización con el fin de producir normas de comportamiento en la organización que promueven la seguridad" (Singer et al, 2009). La cultura es difícil de medir y es más factible determinar el clima de seguridad, que se define como "los componentes medibles de la cultura de seguridad de un paciente" (DiCuccio, 2015).

A nivel país se han realizado encuestas de calidad enfocadas en la satisfacción del paciente y la perspectiva de aceptabilidad por los usuarios (Superintendencia de Salud, 2013), sin embargo, no se ha realizado un análisis en profundidad del conocimiento, adherencia y por sobre todo la actitud de los profesionales de salud, en específico los médicos, en



relación con las definiciones, alcance y dimensiones de la calidad y seguridad asistencial, la existencia de protocolos de seguridad e indicaciones de prevención de eventos adversos, análisis de eventos, actividades de mejora continua o difusión de la calidad y seguridad del paciente en su quehacer diario. En Chile no hay estudios formales hasta la fecha, (además de las encuestas realizadas y entregadas a los proveedores de salud) que midan la cultura de seguridad y en específico la actitud de los equipos médicos; se ha realizado estudios aislados en otros profesionales no médicos los cuales se han relacionado a los efectos de los eventos adversos como el burnout (De Brito, 2017) o las segundas víctimas (Mallea-Salazar, 2021).

Se ha intentado en los últimos 30 años cuantificar el problema de la mala calidad tanto a nivel internacional como nacional, generándose distintos estudios para describir la tasa de incidencia eventos adversos de los sistemas de salud, por ejemplo:

- Reporte "*To Err is human*" (Kohn, 2000), del equipo Quality of Health Care in America Committee del IOM (Institute of Medicine) de EE.UU, donde se identifica que los "eventos adversos ocurren en un 3.7% de las hospitalizaciones, un 10% aproximadamente son conducentes a la muerte en 6 meses y más de un 50% eran prevenibles".
- Estudios en España como **ENEAS** (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) "Estudio nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización" y **APEAS** (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) "Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud" donde se detecta una incidencia de 8.4% y prevalencia de 11.18% de eventos adversos respectivamente.
- En España se realizó un análisis de coste de eventos adversos entre los años 2008-2010 que asciende a 88.268.906 euros, un 6,7% adicional del total del gasto sanitario (Allué, 2014).
- El año 2018, la OMS en conjunto con el Banco Mundial y la OCDE generan el informe "*Delivering quality health service: a global imperative for universal health coverage*" (OMS et al, 2018) donde se informa como evidencia de mala calidad:



- En los países de altos ingresos, uno de cada 10 pacientes se ve afectado negativamente durante tratamiento
 - Persisten variaciones injustificadas en la provisión y prestación de atención médica, y una proporción considerable de pacientes no recibe atención adecuada basada en evidencia.
 - A nivel mundial, el costo asociado con errores de medicación se ha estimado en US \$42.000 millones anuales, sin contar los salarios perdidos, la productividad perdida o los costos de atención médica.
 - En países de altos ingresos 7 de cada 100 pacientes hospitalizados pueden esperar contraer una infección asociada a la atención en salud; en países de bajos ingresos es 1 de cada 10. Estas infecciones se pueden evitar con el mejoramiento de la higiene y el uso inteligente de antimicrobianos.
 - Existen variaciones injustificadas en la prestación y entrega de atención en salud, y una proporción considerable de pacientes no recibe atención apropiada basada en evidencia.
 - La resistencia antimicrobiana se ha vuelto un problema mayor de salud pública, en parte debido a su mal uso y uso excesivo de antimicrobianos en la atención de salud.
 - Casi el 40% de las instituciones de salud en países con ingresos bajos medios carecen de agua y casi el 20% carece de saneamiento.
- La OCDE en su último informe de la serie “**Economía de la seguridad del paciente**”, (Slawomirsky, 2022) destaca datos importantes, como que “1 de cada 10 pacientes sufre daños por fallos de seguridad de la atención, provocando a nivel mundial más de 3 millones de muertes al año, y una carga de salud con pérdida anual de 64 millones de AVISA”. También informa altos costos financieros, señalando que en “los países desarrollados el costo directo de tratar pacientes que han sido perjudicados en su atención se acerca al 13% del gasto en salud; excluyendo las fallas no evitables, esta cifra se sitúa



en un 8.7% del gasto en salud lo que equivale a 606 mil millones de dólares de gasto al año”.

Lamentablemente, los errores clínicos siguen siendo comunes y continúan generando cargas personales y financieras significativas. Existe abundante evidencia de los gastos que genera la mala calidad y los eventos adversos, así como de la posibilidad de la prevención de eventos adversos asistenciales y mejorar las condiciones de calidad y seguridad asistencial en los recintos hospitalarios (Kohn et al, 2000). La falta de cultura de calidad sigue siendo un factor subyacente destacado en muchos de los problemas de seguridad a los que se enfrentan las organizaciones sanitarias (Ramsay, 2016).

Con todo lo dicho, es prioritario conocer la cultura de seguridad asistencial de nuestros centros, con objetivo de disminuir los eventos adversos de los usuarios que se atienden en atención abierta y cerrada, sobre todo del sistema público de salud, ya que la mayoría de estos eventos adversos son prevenibles, y generan daños y costos sobre los usuarios, sus familias, los profesionales y las instituciones; y es fundamental contar con el equipo médico sumamente involucrado en estas acciones de prevención y mejora continua, con objetivo de disminuir los eventos prevenibles y poder mejorar y aprender de los eventos adversos. En la sociedad actual en la que cultura de calidad, seguridad asistencial, satisfacción usuaria y sobre todo la judicialización de la medicina han cobrado gran importancia, siendo los eventos adversos, de alguna forma, insumos importantes para una visión negativa de la atención en salud y del desprestigio de los profesionales y de las instituciones, es sumamente relevante exponer las brechas antes mencionadas para generar acciones de mejora y un verdadero compromiso por parte de los profesionales para brindar servicios de atención médica de calidad.



2. CONTEXTO

El estudio se realizará con el equipo de salud de los tres hospitales pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC): Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada (HEC), Hospital Urgencia Asistencia Pública (HUAP) y Hospital San Borja Arriarán (HCSBA). El Servicio de Salud Metropolitano Central a nivel hospitalario cuenta con más de 14.000 funcionarios clínicos y administrativos, y una población asignada de 1.432.383 al año 2022, de personas de las comunas de Santiago, Estación Central, Pedro Aguirre Cerda, Maipú y Cerrillos. Se observan características del SSMC en Figura 1.



Figura 2.1. Caracterización del Servicio de Salud Metropolitano Central. *Adaptación de imagen tomada de la página web del SSMC (tomado de <https://www.ssmc.gob.cl/>)*



Este estudio cuenta con la autorización de:

- Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).
- Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Central.
- Dirección del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada.
- Dirección de Hospital Urgencia Asistencia Pública.
- Dirección de Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Se incluyen todas estas autorizaciones en ANEXO 1 AL 6.

Se trabajó en conjunto con los equipos de Calidad y Seguridad del paciente del SSMC y de los Hospitales involucrados, además se involucró a los equipos directivos mediante Directores y Subdirectores de los establecimientos.

s de mucho interés para el investigador recoger esta información con objetivo de analizar los fenómenos descritos, considerando que esta información podría generar un insumo apreciable para los Departamentos de Calidad del SSMC con miras de establecer mejoras en la seguridad de la atención, adherencia a las políticas de calidad y conocimiento por parte de los equipos médicos. En específico, el análisis las actitudes del personal médico a la cultura de seguridad asistencial no ha sido estudiado en Chile.



3. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

3.1. Evolución de los conceptos de calidad y seguridad asistencial.

En el ámbito salud, la calidad de los servicios y las prestaciones médicas hasta antes del siglo XX fue evaluada y analizada en base a la propia conciencia y los códigos deontológicos de los profesionales. En base a la revolución industrial y a la evolución de la calidad técnica en el mundo moderno industrializado, se inicia fuertemente una necesidad por parte de los servicios de salud de poder evaluar los procesos y los resultados finales de las atenciones médicas y de profesionales, enfocándose en la creación de normativas orientadas a tener centros acreditados en calidad y seguridad asistencial con prioridad en la satisfacción del usuario, la realización de actividades en base a la mejor evidencia disponible y al buen uso de los recursos.

Según Chandía, se han identificado en los últimos años los siguientes hitos relacionados con la calidad y seguridad asistencial (Chandía 2006) a nivel mundial (Tabla 3.1) y nacional (Tabla 3.2).

Año	Descripción
1950	En Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales
1951	En Estados Unidos se crea la Joint Commission on Accreditation of Hospital, encargada de la acreditación y certificación de organizaciones y programas de atención médica.
1961	Abedis Donabedian publica su primer artículo sobre calidad en la atención médica, desarrollando posteriormente los tres pilares básicos de control de calidad en salud que son el análisis de la estructura, procesos y resultados.
1980 - actualidad	La Organización Mundial de la Salud ha puesto énfasis en la calidad de la atención, fomentando el uso de las filosofías industriales del mejoramiento continuo.
2004	En la sede de la Organización Panamericana de la Salud, la OMS puso en marcha una nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Su meta es consolidar y



	coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo.
Actualidad	OMS ha involucrado el concepto de calidad en los Objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas, a través de la necesidad de atenciones de calidad en la Cobertura universal en salud, señalando que "no es suficiente con brindar una atención médica óptima simplemente garantizando la coexistencia de infraestructura, suministros médicos y proveedores de atención médica. La mejora en la prestación de atención médica requiere un enfoque deliberado e la calidad de los servicios de salud" (OMS et al. 2018)

TABLA 3.2. HITOS EN CALIDAD Y SEGURIDAD A NIVEL NACIONAL

Año	Descripción
1982	Creación del Programa Nacional de Infecciones intrahospitalarias;
1990	Las instituciones de salud se fueron acreditando en infecciones hospitalarias.
1993	Se describe por la OPS, en acuerdo con los gobiernos, los "Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe", sentando las bases de los estándares de acreditación que se desarrollarían posteriormente en nuestro país.
2000	Se desarrolla el Programa de evaluación de calidad de la atención Hospitalaria (PECAH) por parte del MINSAL elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud.
2004	Se establece la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, que en su Artículo N° 1 determina la función y potestad al Ministerio de Salud de "establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar".
2007	Fue publicado en el Diario Oficial el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud (Decreto Supremo N° 15, de 2007, del MINSAL), que regula el proceso de acreditación.
2013	Se aprueba la Norma General Técnica N° 154 sobre Programa Nacional de calidad y seguridad en la atención en salud.



Lo anterior muestra que la "revolución sanitaria en calidad" es un hecho de los últimos siglos, que probablemente no haya estado corriendo a la misma velocidad en su evolución y fomento con la academia en la formación de las profesiones de salud. Sin embargo, el día de hoy es fundamental que exista una cultura de calidad que se base sobre un potente marco teórico y enseñanza de los conceptos de calidad y seguridad asistencial que sea transversal a todas las profesiones.

3.2. Cultura y clima de seguridad.

Un concepto central en la entrega de servicios de salud es una cultura de seguridad que respalde plenamente la alta fiabilidad, y cuente con tres atributos centrales: confiar, informar y mejorar. Cuando el personal confía en sus compañeros y en la dirección, reconoce y notifica sistemáticamente los errores y las situaciones inseguras. La confianza se establece cuando la organización elimina los comportamientos intimidatorios que suprimen la notificación, actúa oportunamente para resolver las preocupaciones del personal, y comunica estas mejoras al personal implicado. Mantener esta confianza requiere que las organizaciones responsabilicen a los empleados del cumplimiento de los protocolos y procedimientos de seguridad establecidos. Cuando los tres componentes (confiar, informar, mejorar) funcionan bien, refuerzan continuamente una cultura de seguridad y alta fiabilidad" (Ramsay, 2016).

El clima de seguridad de un hospital está determinado por los valores y creencias internalizados del personal del hospital, lo que se evidencia en su comportamiento; las actividades y experiencias diarias en el trabajo influyen fuertemente en los trabajadores a través de la aculturación. Los compañeros y gerentes en una unidad de trabajo, y dentro de una disciplina profesional en una unidad, influyen fuertemente en las actitudes y comportamientos individuales hacia la seguridad (Singer, 2009). Diversos estudios han mostrado asociación entre un mejor clima de seguridad y menor cantidad de eventos adversos, mayor cantidad de reportes y menor riesgo de sentir culpa o vergüenza en el personal involucrado en eventos adversos (Singer 2009, DiCuccio 2015). Se puede pensar



en una cultura de seguridad en el cuidado de la salud como “aquella en la que el personal tiene percepciones positivas de la seguridad psicológica, el trabajo en equipo y el liderazgo; y se siente cómodo discutiendo los errores, el personal asume una responsabilidad compartida para garantizar que la atención se brinde de manera segura” según la Health Foundation (2013).

Los hospitales con fuertes climas de seguridad priorizan la seguridad y la integran en el funcionamiento diario de la organización y en las rutinas de las personas y equipos que trabajan en ella; también empoderan a los trabajadores y brindan seguridad psicológica (comodidad para asumir riesgos interpersonales) lo que permite que el personal prevenga, resuelva y aprenda colectivamente de los problemas que ocurren en la prestación de servicios (Singer et al, 2009). Una cultura de seguridad sólida fomenta la identificación y reducción de riesgos, así como la prevención de daños.

Según una revisión de encuestas realizada en 2005, el autor Colla refiere que “un enfoque particular es la evaluación del clima de seguridad, un término que generalmente se refiere a los componentes medibles de la cultura de seguridad, como los comportamientos de gestión, los sistemas de seguridad y las percepciones de seguridad de los empleados; debido a que la industria de la salud involucra alto riesgo de morbilidad y mortalidad, se considera una industria de alto riesgo” (Colla, 2005). Posterior al reporte “To err is human”, el IOM recomendó a las organizaciones de atención médica trabajar para mejorar la cultura de seguridad de los pacientes, de ahí naden las encuestas que miden el clima de seguridad.

3.3 Herramientas para la medición de la cultura y clima de seguridad.

Existen diversas herramientas para la medición de cultura de calidad y clima de seguridad asistencial en Hospitales a nivel mundial, como por ejemplo el “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales – SOPSTM Hospital Survey” de la Agency for Healthcare Research and Quality en Estados Unidos; el “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes” en España, “Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)” de la Universidad



de Texas, "NHS National Staff Survey" de Reino Unido, y en Latinoamérica se ha usado de manera muy extensa la encuesta "Healthcare Management Americas (HMA™)" de la Universidad Internacional de Florida, en más de 5 países y dentro de Chile, en más de 30 instituciones de salud pública y privada.

La mayoría de estas encuestas utilizan la escala de Likert de 5 puntos. Las dimensiones más comunes evaluadas son liderazgo, políticas y procedimientos, dotación de personal, comunicación e informes (Colla, 2005), además de notificación de eventos y trabajo en equipo (Flin, 2006). Los instrumentos de medición varían entre sí en contenido, énfasis, extensión total, cantidad de experiencia de campo con los instrumentos y el rigor en el proceso de desarrollo de la encuesta; según un estudio realizado por Singla todos los instrumentos tienen limitaciones, principalmente en la correcta validación como medida de la cultura de seguridad del paciente en comparación con otras medicas como entrevistas en profundidad u observación. (Singla, 2006).

En general, las encuestas de cultura de calidad se observan las siguientes dimensiones: apoyo de la alta dirección, sistemas de seguridad, actitudes del personal en materia de seguridad, notificación de incidentes, apertura de la comunicación, aprendizaje organizativo, trabajo en equipo. La importancia percibida de la cultura de seguridad en la mejora de la seguridad asistencial, y su repercusión en los resultados de los pacientes, ha dado lugar a un número cada vez mayor de estudios que intentan definir y evaluar la cultura de seguridad en los entornos sanitarios (Alsalem, 2018). Estas encuestas son realizadas de manera frecuente para poder analizar el estado del clima de seguridad y la cultura de calidad de los trabajadores de salud.

Se han aplicado gran cantidad de encuestas hospitalarias sobre cultura de seguridad del paciente a nivel internacional con gran alcance en Estados Unidos y Europa, también en algunos centros hospitalarios de América Latina.

En España en 2012 se realizó un trabajo de validación del cuestionario Surveys on patient safety culture (SOPS) de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en



España, donde los autores concluyen que “el proceso ha demostrado que este cuestionario es una buena herramienta para el diagnóstico de la cultura de seguridad en atención primaria y permite realizar comparaciones a nivel internacional. Los profesionales manifestaron en numerosos comentarios que el tema les había resultado muy interesante por lo que creemos que es útil como intervención de sensibilización”. (Torijano-Casalengua, 2012)

En 2021 se realizó un extenso análisis en Ecuador respecto a la Aplicabilidad del Cuestionario de la Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria en la Cultura de Seguridad, donde se concluye sobre la base de 19 artículos que “La herramienta para valorar la cultura de seguridad del paciente, fue propuesta en el año 2008 por la AHRQ; esta herramienta que permite realizar comparaciones internacionales en cultura de seguridad del paciente, actualmente contempla 12 dimensiones y 52 ítems, ha sido aplicado de varias maneras: presencialmente, vía correo electrónico y por vía telefónica, para identificar las debilidades y fortalezas de un servicio u hospital en algunos países tales como: Corea, Brasil , Polonia, España, EEUU, Líbano. En la mayoría de los estudios se muestra como debilidad el reporte de eventos adversos y como fortaleza el trabajo en equipo, resultados que permiten proponer e implementar estrategias de mejora continua. Algunos estudios se enfocaron en determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales de salud. Las investigaciones publicadas fueron desarrolladas a nivel hospitalario en servicios clínicos, servicios quirúrgicos, incluso en centros dentales y de diálisis, ya que la seguridad del paciente puede ser medida en áreas o lugares donde se brindan servicios de asistencia sanitaria.” (Sánchez, 2021).

3.4. Dimensiones de la calidad.

Dentro de la cultura de seguridad se conocen como “dimensiones de la calidad y seguridad asistencial”. Podemos definir las dimensiones en los siguientes conceptos, y nos parece interesante hacerlo desde el punto de vista de la Encuesta SOPS 2.0 de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2022) que da origen al instrumento utilizado



en este estudio, la encuesta HMA Healthcare Management Americas. Las definiciones de la SOPS 2.0 de AHRQ en relación con las dimensiones de seguridad son las siguientes:

- Apoyo del supervisor, gerente o líder clínico para la seguridad del paciente: Los supervisores, gerentes o líderes clínicos consideran las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente, no alientan a tomar atajos, y toman medidas para abordar la seguridad del paciente.
- Trabajo en equipo: El personal trabaja en conjunto como un equipo eficaz, se ayudan mutuamente durante las horas punta y son respetuosos.
- Apertura de comunicación / Comunicación y receptividad: El personal habla si ve algo inseguro y se siente cómodo haciendo preguntas.
- Notificación de eventos de seguridad del paciente / Reporte de eventos: Se informan errores de los siguientes tipos: (1) errores detectados y corregidos antes de llegar al paciente y (2) errores que podrían haber dañado al paciente, pero no lo hicieron.
- Aprendizaje organizacional, mejora continua: Los procesos de trabajo se revisan periódicamente, se realizan cambios para evitar que se repitan errores y se evalúan los cambios.
- Comunicación sobre errores: Se informa al personal cuando ocurren errores, se analizan formas de prevenirlos y se les informa cuando se realizan cambios.
- Apoyo a la gestión hospitalaria de la seguridad del paciente: La gestión hospitalaria demuestra que la seguridad del paciente es una prioridad absoluta y proporciona recursos adecuados para la seguridad del paciente.
- Respuesta al error: El personal recibe un trato justo cuando comete errores y se hace hincapié en aprender de los errores y apoyar al personal involucrado en ellos.
- Traspasos e intercambio de información: La información importante sobre la atención del paciente se transfiere entre unidades hospitalarias y durante los cambios de turno



- Dotación de personal y ritmo de trabajo: Hay suficiente personal para manejar la carga de trabajo, el personal trabaja en horarios adecuados y no se siente apurado, y se depende adecuadamente del personal temporal, flotante o por razones de servicio.

3.5. Definición de conceptos que se abordarán en este estudio.

- **Calidad de la atención:** Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades (OMS, 2022).
- **Seguridad de la atención del paciente:** Proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos tanto del prestador institucional, prestador individual y del usuario, la eliminación de los innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad (Minsal, 2013)
- **Daño asociado a la atención sanitaria:** Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente (OMS, 2009)
- **Evento adverso:** Situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad (Minsal, 2013)
- **Evento centinela:** Suceso inesperado que puede producir la muerte o serias físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra (Minsal, 2013)



- **Cultura de seguridad el paciente:** Suma de valores, actitudes, competencias, percepciones y patrones de conducta individual/grupal que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad en la atención y el cuidado de los pacientes (Halligan, 2011). Los componentes de la cultura de seguridad se describen en la Tabla 3.3.
- **Clima de seguridad:** La cultura es difícil de medir y es más factible determinar el clima de seguridad, que se define como "los componentes medibles de la cultura de seguridad de un paciente" (DiCuccio, 2015). El clima está incluido en la cultura de seguridad, y proporciona una instantánea de las percepciones y actitudes de los trabajadores de la organización en un momento de terminado.
- **Plan de mejora:** Proceso que se utiliza para alcanzar la calidad total y la excelencia de las organizaciones de manera progresiva, para así obtener resultados eficientes y eficaces. El punto clave del plan de mejora es conseguir una relación entre los procesos y el personal generando una sinergia que contribuyan al progreso constante (Proaño et al, 2017).

TABLA 3.3. COMPONENTES DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD (Singer, 2003)

Compromiso con la seguridad articulado en los niveles más altos de la organización y traducido en valores, creencias y normas de comportamiento compartidos en todos los niveles.
Los recursos, incentivos y recompensas necesarios proporcionados por la organización para permitir que se produzca este compromiso.
La seguridad se valora como la prioridad principal, incluso a expensas de la "producción" o la "eficiencia".
La comunicación entre los trabajadores y a través de los niveles organizacionales es frecuente y franca.
Los actos inseguros son raros a pesar de los altos niveles de producción.
Hay una apertura sobre errores y problemas, se informan cuando ocurren.
Se valora el aprendizaje organizacional: la respuesta a un problema se enfoca en mejorar el desempeño del sistema más que en la culpa individual.
Los actos inseguros son raros a pesar de los altos niveles de producción.
Hay una apertura sobre errores y problemas, se informan cuando ocurren.
Se valora el aprendizaje organizacional: la respuesta a un problema se enfoca en mejorar el desempeño del sistema más que en la culpa individual.



3.6. Diagrama de integración conceptual – operativo.

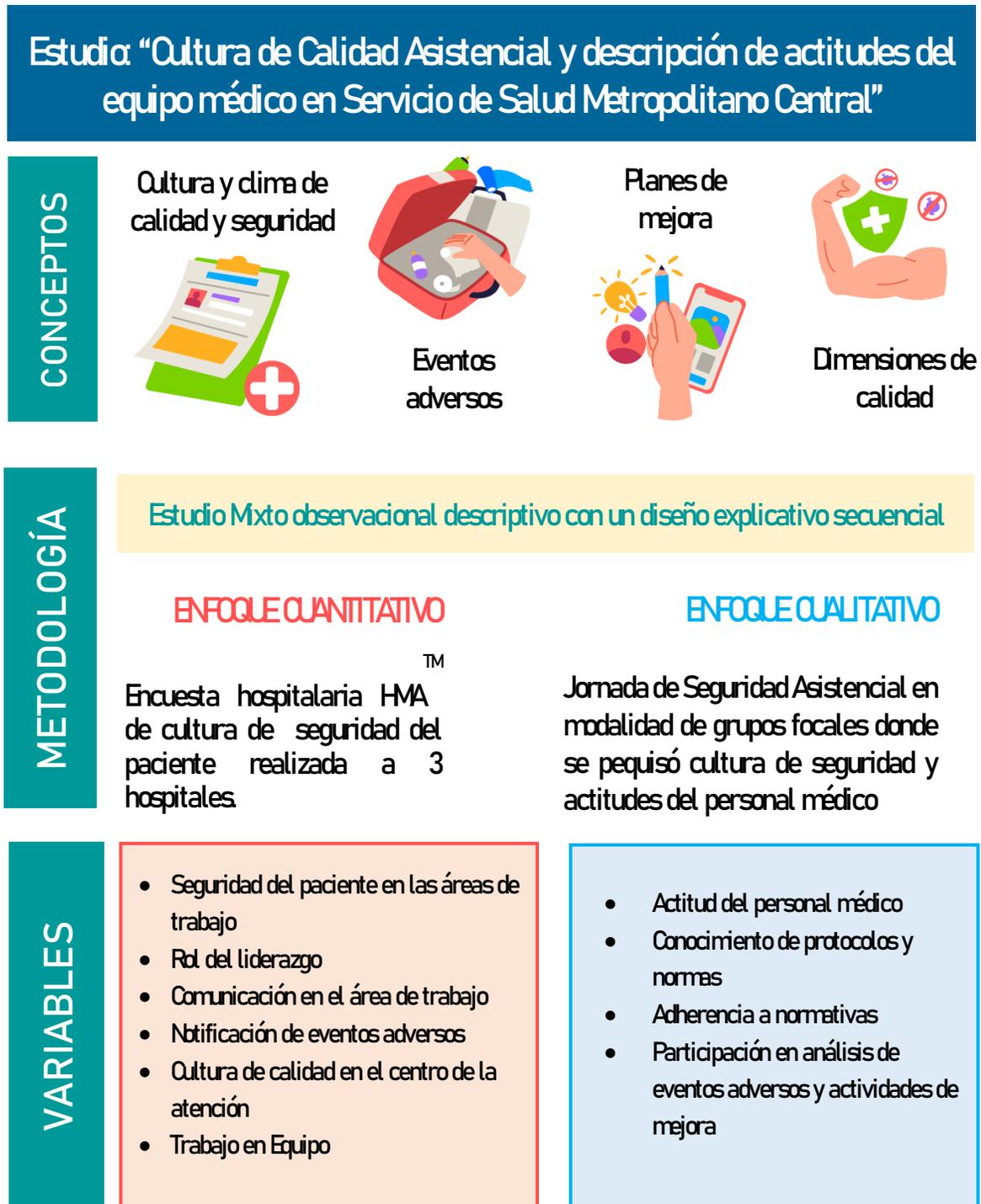


Figura 3.1. Diagrama de integración conceptual, elaboración propia.



4. HIPÓTESIS Y/O SUPUESTOS DEL ESTUDIO

El supuesto del estudio es que existe una actitud de distanciamiento del equipo médico con la cultura de seguridad del paciente en los hospitales del Servicio de Salud Metropolitano Central frente a los conceptos y normativas de seguridad del paciente.

5. PREGUNTA Y OBJETIVOS

5.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la cultura de seguridad asistencial del equipo de salud de los hospitales del Servicio de Salud Metropolitano Central y cuál la actitud percibida por los funcionarios en relación con el equipo médico frente a los conceptos y normativas de seguridad del paciente?

5.2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

5.2.1. Objetivo General:

Describir y analizar la cultura de seguridad del equipo de salud de los hospitales del Servicio de Salud Metropolitano Central, e investigar la actitud de los médicos ante los conceptos y normativas de seguridad asistencial.

5.2.2. Objetivos Específicos:

- Describir a la población de estudio.



- Describir la cultura de seguridad del equipo de salud de los hospitales del Servicio de Salud Metropolitano Central.
- Cuantificar la cultura de seguridad asistencial en un servicio de salud.
- Describir la percepción y el rol del liderazgo en la cultura de seguridad del paciente.
- Analizar las brechas de comunicación en el área de trabajo.
- Estimar la frecuencia de la notificación de eventos adversos por parte del personal.
- Determinar la actitud del equipo médico ante los conceptos y normativas de seguridad asistencial.
- Cuantificar la adherencia del personal médico a protocolos y normas de calidad y seguridad.
- Describir la frecuencia de participación y el rol que cumple el personal médico en el análisis de eventos adversos y actividades de mejora relacionados con seguridad asistencial.



6. MÉTODO

6.1. Diseño del estudio.

Estudio Observacional Mixto (Cuantitativo – Cualitativo) con un diseño explicativo secuencial.

6.2. Marco muestral.

El marco muestral lo componen los funcionarios del Servicio de Salud Metropolitano Central, que trabajan en los 3 establecimientos hospitalarios de la Red: Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital Urgencia Asistencia Pública, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada.

6.2.1. Enfoque cuantitativo.

Se realizó la encuesta HMATM en equipo clínico de los 3 hospitales de la red del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Para poder contestar la encuesta el **criterio de inclusión** fue ser funcionario de las instituciones a encuestar. No existen **criterios de exclusión**.

Teniendo en cuenta que la cantidad de trabajadores de los 3 Hospitales de la Red del SSMC se trata de una población finita de 9700 funcionarios, el **tamaño muestral** se calculó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5% haciendo uso de la calculadora Online QuestionProTM. Por lo que para este estudio se necesitó una muestra mínima de 371 funcionarios a encuestar.



6.2.2. Enfoque cualitativo.

Para la parte cualitativa se realizó grupos focales con características homogéneas en término de funciones que cumplen dentro del SSMC y los establecimientos sanitarios.

Los grupos fueron clasificados bajo las siguientes características: todos los grupos debían estar compuestos por 2 funcionarios de cada institución (SSMC, HCSBA, HUAP y HEC). En el caso de que alguna institución no contara con parte de estos equipos, se invitó a 3 funcionarios de cada institución.

TABLA 6.1 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS FOCALES ESTUDIO CUALITATIVO		
Grupo	Descripción	Características
1	Directivos	8 funcionarios que pertenecen a los equipos directivos del SSMC y los establecimientos de salud. 2 funcionarios por establecimiento (SSMC, HCSBA, HEC, HUAP).
2	Encargados de calidad	8 funcionarios que pertenecen a los equipos de calidad y seguridad de las instituciones. 2 funcionarios por establecimiento (SSMC, HCSBA, HEC, HUAP).
3	Jefaturas médicas	9 funcionarios que cumplen roles de jefaturas médicas en los 3 hospitales de la red. 3 funcionarios por establecimiento (HCSBA, HEC, HUAP).
4	Jefaturas de enfermería	9 funcionarios que cumplen roles de jefaturas, coordinación o liderazgo de enfermería en los 3 hospitales de la red. 3 funcionarios por establecimiento (HCSBA, HEC, HUAP).

En la Tabla 6.1 se describe la distribución y características de los funcionarios que fueron invitados a participar. Cada hospital y servicio envió a sus funcionarios con una muestra seleccionada por la institución.



NOTA: Con motivo de hacer extensiva esta invitación a la Jornada de Calidad y Seguridad del SSMC, se creó un 5° grupo que involucra a la APS, SAMU y CRS Maipú, los cuales no serán considerados en este estudio.

6.3. Metodología e instrumentos propuestos para la recolección de datos.

6.3.1. Enfoque cuantitativo.

El instrumento que se utilizó para la recolección de los datos fue la encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente Healthcare Management Americas (HMA™)

Es un instrumento que se encuentra en proceso de validación en Chile, sin embargo, está basado en la encuesta de cultura de seguridad de pacientes en establecimientos de salud SOPS versión 2.0 de la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud (AHRQ) que sí se encuentra validada en Estados Unidos.

Este instrumento fue seleccionado por su amplio uso en Chile, además de la metodología de trabajo del equipo de la Universidad Internacional de Florida y su experiencia en este tipo de mediciones.

La Encuesta HMA se aplicó en línea a todo el personal hospitalario en coordinación con los líderes del establecimiento de salud: directivos, equipos de comunicación, equipos de calidad y seguridad del paciente. La encuesta reflejó la percepción del personal sobre el grado de seguridad del paciente en el establecimiento, y estimó 10 dimensiones de la cultura de seguridad en hospitales. Las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente evaluadas se mencionan en la tabla 6.2.



TABLA 6.2. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD ENCUESTA HMA™

Grado al que la comunicación es abierta.
Comunicación e información sobre errores.
Frecuencia de incidentes reportados.
Transferencias y transiciones.
Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente.
Respuesta no punitiva a errores.
Aprendizaje organizativo y mejoras continuas.
Percepciones generales de la seguridad del paciente.
El personal.
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes.
Trabajando en equipo a través de las unidades.
Trabajo en equipo dentro de las unidades.

En el Anexo 9 se adjunta la encuesta HMA en su integridad. Esta encuesta se realizó de manera virtual, online, con datos anonimizados, previa firma de consentimiento informado de manera virtual y sin posibilidad de hacer seguimiento ni reconocimiento de lo contestado por cada funcionario. Se invitó de manera voluntaria a participar a todos los funcionarios interesados a través de sus jefaturas y directivos, logrando una cantidad de encuestados de 974 funcionarios de los 3 Hospitales del SSMC.

La encuesta fue realizada por el equipo de Healthcare Management Americas (HMA) de la Universidad Internacional de Florida, en conjunto con los encargados de calidad y equipos de los Hospitales. El investigador responsable cumplió funciones de coordinador y articulador de los procesos relacionados a la encuesta. Luego, toda la información recabada fue entregada desde el equipo de HMA para análisis y estudio por el investigador, de manera anonimizada, para su posterior análisis.



6.3.2. Enfoque cualitativo: Se realizó una Jornada de Seguridad Asistencial en dependencias de la Pontificia Universidad Católica, organizada por el Servicio de Calidad del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), formándose 4 grupos focales que respondieron entrevistas semiestructuradas en tiempos distintos. Se contó con la presencia de una socióloga que realizó las funciones de moderadora, y una enfermera que participó como observadora y encargada de las notas de campo. El investigador principal se restó de la participación de los grupos focales por motivos éticos. Se consultó con preguntas relacionadas a las actitudes, conocimiento y adherencia de los equipos médicos a los planes de calidad, participación de análisis de eventos adversos, planes de mejora y conceptos de calidad y seguridad asistencial.

El método de realización de entrevistas contó con los siguientes pasos:

1. Presentación del investigador y de la propuesta de investigación. En este momento se solicitará la firma del consentimiento informado a cada participante.
2. Realización de entrevistas y grupo focal. Con objetivo de poder mantener la integridad ética de la información y resguardar los datos de los participantes, durante el proceso de entrevistas el investigador se resta presencialmente para evitar el sesgo de respuesta y presiones indebidas en mi calidad de funcionario del Hospital El Carmen, sino que se solicita realizar las entrevistas por un entrevistador experimentado (socióloga con experiencia en moderar grupo focal) y un observador, a quienes se les entregará la lista de preguntas y se solicitará grabar las sesiones para luego realizar transcripciones.



En Anexo 10 se adjunta las entrevistas semiestructuradas. Por motivos de tiempo y para poder optimizar el uso de la palabra por todos los participantes, de esta pauta de preguntas se escogieron las 6 más relevantes para preguntar a cada grupo focal:

1. ¿Qué piensan acerca de la seguridad asistencial en su establecimiento? No nombre su establecimiento.
2. ¿Cómo considera usted que es la adherencia a los protocolos y normativas de seguridad asistencial?
3. ¿Cuál es, según su percepción, la actitud de los médicos en relación con la seguridad asistencial o del paciente?
4. ¿Cuáles cree usted que pudieran ser los factores que generan las actitudes antes mencionadas?
5. ¿Qué grado de participación tienen los médicos en la creación de protocolos institucionales relacionados con calidad y seguridad asistencial?
6. ¿Cuál es el rol de los médicos en el análisis de eventos adversos e implementación de mejoras en seguridad del paciente?

6.4. Resguardo de datos.

6.4.1. Resguardo de los datos: Encuestas.

En conformidad con la regulación local e internacional, se mantendrá la confidencialidad del participante en todo momento con respecto a la información recabada para este estudio. No se vulnerará en ningún momento su dignidad, ni se causará daño emocional y/o moral. Es una encuesta anonimizada por lo cual no se contará con la identificación de los funcionarios que respondan. La información obtenida se mantendrá en forma



confidencial. Esta información será almacenada por 30 años bajo la responsabilidad del Investigador Responsable Dr. José Manuel Vallejos Zapata, y por el equipo de la Universidad Internacional de Florida encabezado por responsable Dr. Alejandro Arrieta. Solo estas personas tendrán acceso a los datos recolectados.

6.4.2. Resguardo de los datos: Entrevistas.

En conformidad con la regulación local e internacional, se mantendrá la confidencialidad del participante en todo momento con respecto a la información recabada para este estudio. No se vulnerará en ningún momento su dignidad, ni se causará daño emocional y/o moral.

Se guardará confidencialidad de los datos personales del funcionario quedando estos mismos en posesión del investigador responsable.

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. El nombre, RUN, o cualquier información identificable, serán codificados y anonimizados en una base de datos, mediante código y sistema computacional. Esta información será almacenada por 30 años bajo la responsabilidad del Investigador Responsable Dr. José Manuel Vallejos Zapata. Solo esta persona tendrá acceso a los datos recolectados.

6.5. Actividades y Procedimientos principales del proceso.

- Se solicitó autorización de investigación a Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Central.
- Se envió y recibió autorización del Comité de Ética de Investigación UC.
- Se envió y recibió autorización Comité de Ética de Investigación del SSMC.



- Se envió y recibió autorización de Dirección del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada.
- Se envió y recibió autorización de Dirección del Hospital Urgencia Asistencia Pública.
- Se envió y recibió autorización de Dirección del Hospital Clínico San Borja Arriarán.
- Se realizó coordinación de actividades a desarrollar con Directivos de SSMC y Directivos de hospitales.
- Se seleccionó la muestra a encuestar.
- Se publicitó y promovió la encuesta en conjunto con Directivos, equipos de Calidad y Comunicaciones.
- Se tomó las encuestas HMA™ a equipos de salud.
- Se difundió semanalmente la tasa de respuestas para mejorar la adherencia durante la toma de la encuesta.
- Se recibió la base de datos de los resultados de encuestas HMA™ en formato Excel con todas las respuestas.
- Se realizó cierre de la recopilación de datos.
- Se analizó los resultados de encuestas HMA™ de acuerdo con las pautas de la encuesta SOPS 2.0 de AHRQ.
- Se efectuó la Jornada de Seguridad Asistencial, donde se ejecutó entrevistas semiestructuradas a grupos focales.
- Se transcribió las entrevistas a grupos focales.
- Se analizó los resultados de entrevistas mediante un proceso de codificación inductivo, con la creación categorías y narrativa cualitativa.
- Se solicitó apoyo a un metodólogo para revisar la metodología, y a una antropóloga para realizar el análisis de auditabilidad y la triangulación. Ambos expertos en investigación.



- Se analizó por completo el estudio y desarrollaron la discusión y conclusiones.
- Defensa de trabajo de investigación en salud pública.

6.6. Tabla de variables.

Enfoque	Variables
Cuantitativo	<ul style="list-style-type: none">- Demografía de encuestados.- Apoyo que dan los supervisores, jefes o líderes clínicos para la seguridad del paciente.- Trabajo en equipo.- Comunicación y receptividad.- Reporte de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.- Aprendizaje organizacional – mejora continua.- Comunicación acerca de errores.- Apoyo que da la administración del hospital para la seguridad del paciente.- Respuesta a los errores.- Transferencia e intercambio de información.- Personal y ritmo de trabajo.- Número de eventos adversos reportados.- Grado de seguridad del paciente.
Cualitativo	<ul style="list-style-type: none">- Conocimiento del personal médico en relación a protocolos y normas- Adherencia del personal médico a normas de calidad y seguridad.- Participación del personal médico en análisis de eventos adversos y actividades de mejora.- Importancia de los roles en la cultura de seguridad.- Aspectos estructurales en cultura de seguridad: acreditación, protocolos, eventos adversos, notificación.- Actitudes del personal en relación con la seguridad asistencial.- Diferencias médicas.- Formación de los médicos.- Comunicación como dimensión esencial en seguridad asistencial.- Enfoque en el usuario



6.7. Análisis planteado.

6.7.1. Enfoque Cuantitativo:

En base a las pautas entregadas en la Guía del usuario de la “Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente Versión 2.0” (Sorra 2021), se analizó las características de los encuestados, se calculó la frecuencia de respuestas positivas y los puntajes positivos porcentuales. Esta encuesta se realizó con la colaboración de la Florida International University de Miami, a través del equipo del Dr. Alejandro Arrieta líder del equipo. Ellos son los dueños de este insumo, y colaboraron en la facilitación de la encuesta de manera digital y los resultados en Excel para realizar el análisis estadístico.

Al recibir los resultados en Excel se generó una limpieza de los datos, una organización de las preguntas y categorías, y un diccionario con códigos y las etiquetas de cada respuesta.

En el análisis fue muy importante conocer a fondo el instrumento, ya que las 42 preguntas o ítems que componen las dimensiones están redactadas de modo positivo (en el sentido de que indican acciones favorables para la cultura de seguridad del paciente, por ejemplo: “Las personas se apoyan una a otra en esta unidad”) o de modo negativo (porque indican acciones perjudiciales para la seguridad del paciente, por ejemplo: “La dirección del hospital parece interesado en la seguridad del paciente sólo después de que un evento adverso sucede”). Ambos tipos de ítem tienen respuestas tipo Likert que van de 1 (muy en desacuerdo/ nunca) a 5 (muy de acuerdo/ siempre).

Este estudio sigue la metodología del AHRQ y presenta los resultados en término de porcentaje de respuestas positivas, es decir, el porcentaje de personas que respondieron 4 (de acuerdo/ la mayoría del tiempo) o 5 (muy de acuerdo/ siempre) a preguntas positivas, o 1 (muy en desacuerdo/ nunca) o 2 (en desacuerdo/ rara vez) a preguntas negativas. (HMA, 2022)



Para obtener el porcentaje de respuestas positivas en cada una de las dimensiones de seguridad del paciente, se sacó un promedio simple de los porcentajes de respuestas positivas de los ítems (tanto positivos como negativos) que componen cada una de las dimensiones. (HMA 2022).

Importante: todos los resultados se expresan en forma positiva. Si una pregunta fue formulada en forma positiva (por ejemplo: elemento A1, "En esta unidad trabajamos en equipo de manera eficiente"), el resultado se expresó como porcentajes de respuesta "muy de acuerdo" o "de acuerdo". Si la pregunta fue formulada en forma negativa, se identificó en los resultados con una "R" en el código del elemento (por ejemplo, elemento A3R: "El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente"), y se midió el porcentaje de respuestas "muy en desacuerdo" o "en desacuerdo" generando el porcentaje de respuestas positivas correspondientes.

Todas las respuestas seleccionadas como "No aplica o no sabe" se consideran como no respondidas.

Se excluyeron todas las encuestas que no pasaron el control de calidad (respondieron erróneamente las 3 preguntas de verificación y consistencia interna: "*Prestar atención y leer las instrucciones de esta encuesta es muy importante. Si está prestando atención, por favor seleccione la palabra "HMA" entre las opciones de abajo*") y también se excluyeron las encuestas con respuestas incompletas.

6.7.2. Enfoque Cualitativo:

Se realizó un proceso analítico inductivo del texto de manera descriptiva con el objetivo de responder la pregunta de investigación.

Se realizó transcripción y lectura completa de las entrevistas a los grupos focales a nivel de manifiesto. Se seleccionaron intervalos (párrafos) los que se analizaron buscando



información que aporte a responder la pregunta de investigación, los cuales fueron denominados “ideas fuerza”.

Se identificaron 600 ideas fuerza, 22 categorías, 36 subcategorías. Se utilizó el programa Microsoft Excel™ para ordenar y organizar las distintas categorías.

El análisis de contenido involucró la codificación y clasificación de los datos, por lo que se generaron códigos, subcategorías y categorías, y su objetivo fue darles sentido a los datos recolectados y resaltar los mensajes, características o descubrimientos que sean importantes. Se generó un árbol de codificación que será explicitado en los resultados.

Finalmente, se analizó el rigor cualitativo del estudio.

6.8. Cronograma de actividades.

Se presentan las fechas en las que se realizaron las distintas actividades de este estudio.

TABLA 6.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
Fecha	Actividad
Nov 2022	Finalización de Protocolo de Investigación
Enero 2023	Solicitud de autorización Comité de Ética UC
Enero 2023	Solicitud de autorización Comité de Ética Científico SSMC
Marzo 2023	Recepción autorización Comité de Ética UC
Junio 2023	Recepción de autorización Comité de Ética Científico SSMC
Enfoque Cuantitativo: toma de encuestas HMA™	
16 ago	Presentación de Proyecto de Investigación Hospital Urgencia Asistencia Pública (HUAP). Inicio toma de encuestas HUAP, entrega de insumos para difusión.
23 ago	Presentación de Proyecto de Investigación Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada (HEC). Inicio toma de encuestas HEC, entrega de insumos para difusión
2 de sept	Entrega de retroalimentación tasa de encuestados 2 hospitales
9 de sept	Entrega de retroalimentación tasa de encuestados 2 hospitales
13 de sept	Presentación de Proyecto de Investigación Hospital Clínico San Borja Arriarán (HSBA). Inicio toma de encuestas HSBA, entrega de insumos para difusión
15 de sept	Entrega de retroalimentación tasa de encuestados 3 hospitales
22 de sept	Entrega de retroalimentación tasa de encuestados 3 hospitales



29 de sept	Entrega de retroalimentación tasa de encuestados 3 hospitales
15 de oct	Fin de toma de encuestas
16 de oct	Inicio análisis de resultados encuesta HMA TM
25 de oct	Fin de análisis de resultados encuesta HMA TM
Enfoque Cualitativo: realización de grupos focales	
11 de oct	Realización de grupo focal con personajes clave
12 de oct	Inicio de transcripciones grupo focal con análisis cualitativo
24 de oct	Fin de las transcripciones de los grupos focales
24 de oct	Inicio de análisis de narrativa, proceso de codificación y categorización.
3 de nov	Presentación de avances en curso "Proyecto de Salud Pública"
20 de nov	Fin del análisis de narrativa, con generación de resultados
21 de nov	Inicio de consolidación de informe final
01 de dic	Entrega informe final
Dic 2023	Defensa proyecto de Salud Pública
Dic 2023	Entrega de resultados del estudio a cada hospital y actores claves

6.9. Aspectos Éticos y Legales relevantes.

Los principales desafíos éticos presentados en este estudio y sus medidas de mitigación se resumen a continuación. Estos se analizan en extenso en la discusión del estudio.

- **Revictimización de eventos adversos graves ocurridos en relación con eventos adversos de seguridad en la práctica asistencial.** En el consentimiento informado se describió este punto previo a contestar la encuesta, y se tomó las medidas preventivas de reacción en caso de suceder, (se indicará derivación a las áreas de salud ocupacional de cada servicio, previa conversación con los encargados para contención emocional, psicológica y derivación según sea necesario). No se generó este fenómeno ni en la respuesta de las encuestas, como tampoco en la realización de grupos focales.

- **Investigador con figura de liderazgo y cargo de jefatura en uno de los hospitales.** Se podría considerar un conflicto en relación con la tasa de respuestas y la presión por parte de los funcionarios, por lo cual se realizó por el investigador la coordinación y análisis, pero no la toma directa de las encuestas o grupo focal para evitar



este riesgo de sesgo. El autor niega ningún conflicto de interés en la realización de esta investigación.

- **Documentación Anexa:**

- Documento de Autorización por parte del Comité de Ética UC. (Anexo 1)
- Documento de Autorización por parte del Comité de Ética de Investigación del SSMC (Anexo 2)
- Consentimiento informado utilizado.
 - o Modalidad Online (Anexo 7)
 - o Modalidad presencial (Anexo 8)
 - o

6.10. Resumen de costos del estudio.

TABLA 6.5. RESUMEN DE COSTOS DEL ESTUDIO		
Tipo de costo	Descripción	Estimación del valor
Costos directos	Se contrató a moderador especializado en grupos focales.	\$100.000
	Arriendo de salas para realización de grupo focal	\$0. Fue pagado por el Magíster de Salud Pública
	Compra de enseres para grupos focales.	\$200.000
	Pago a persona de apoyo estadístico para ayudar a tabular y analizar la información.	\$0. Fue realizado ad honorem por metodólogo.
	Toma de la encuesta HMA por equipo especialista de Universidad Internacional de Florida.	\$0
	Se contrató a antropóloga para realización de auditabilidad y triangulación.	\$50.000



	Gasto en promoción de la encuesta, afiches, volantes, diagramación y diseños	\$500.000
	Gastos en diseño	\$200.000
Costos indirectos	Tiempo del investigador.	\$0
	Movilización.	\$0
Total	Costos directos e indirectos	\$1.050.000

6.11. Estrategias de Comunicación y Difusión.

TABLA 6.6. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN	
Actividad	Fecha
Invitación y motivación en participar a los hospitales	Agosto – Septiembre 2023
Campaña comunicacional para aumentar tasa de respuesta de hospitales	Septiembre de 2023
Participación de 3° Jornada de Investigación Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	Septiembre de 2023
Realización de Jornada de Seguridad Asistencial en SSMC	Octubre de 2023
Invitación a todos los participantes de la encuesta a realizar un curso gratuito de Calidad realizado por el grupo HMA de la Universidad Internacional de Florida.	Octubre de 2023
Entrega los resultados de la encuesta HMA a los hospitales participantes.	Noviembre de 2023
Difusión de los resultados de la encuesta HMA™ en los equipos.	Noviembre de 2023
Realizar presentaciones a los equipos médicos con los resultados.	Noviembre de 2023
Entrega los resultados de grupo focal al SSMC	Diciembre de 2023
Entrega del estudio completo al SSMC.	Diciembre de 2023
Realizar una publicación científica según formato específico de revista.	Enero – Diciembre 2024
Presentar los resultados del trabajo a distintos servicios de salud, hospitales o instituciones interesadas.	Enero – Diciembre 2024
Participar de congresos relacionados con el tema.	2024



7. RESULTADOS.

7.1. RESULTADOS ENFOQUE CUANTITATIVO.

La encuesta Healthcare Management Americas HMA™ fue realizada en un plazo de **6** semanas en **3** hospitales, con una muestra total de encuestados de **974** funcionarios, que corresponde a un **9%** de los funcionarios totales del SSMC. Sin embargo, corresponde a un valor suficiente para que la muestra sea estadísticamente significativa con un intervalo de confianza de 95% y un margen de error de 5%.

TABLA 7.1. REPRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO				
Establecimiento	Población estimada funcionarios a julio 2022	Total de participantes	Tasa de participación	Tasa de respuesta
Hospital Urgencia Asistencia Pública	3200	475	15%	12%
Hospital Clínico San Borja Arriarán	3000	137	5%	3%
Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	3500	503	14%	12%



7.1.1. Demografía de los encuestados.

En un universo de 9700 funcionarios de los establecimientos hospitalarios del SSMC, participaron en la encuesta 1115 funcionarios, lo que representa una tasa de participación de un 11,49%. De estos, aceptaron consentimiento de participar 1012 funcionarios (10,43%) y se reciben completadas y validadas 974 encuestas (10,04%)

TABLA 7.2. DESCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES TOTALES, QUIENES ACEPTAN CONSENTIMIENTO, ENCUESTAS COMPLETAS Y VALIDADAS.	
Funcionarios totales	9700
Total de participantes	1115
Aceptan consentimiento	1012
Encuestas completas y validadas	974

Se subdividen estos 1115 funcionarios en 3 establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud Metropolitano Central: 475 funcionarios de Hospital Urgencia Asistencia Pública (HUAP), 137 funcionarios del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) y 503 funcionarios del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada (HEC). En la Tabla 7.3 se describen las características principales de los 3 hospitales que participaron.

De todos los funcionarios que accedieron a la encuesta, solo 1012 funcionarios aceptan el consentimiento y acceden a contestar la encuesta HMA™.

Del total de las encuestas, se analizaron las 974 que cumplieron con los criterios de validez (encuestas completas y que pasan el chequeo de calidad). En base a esta población se realizará el análisis demográfico.



Gráfico 7.1. Encuestas validadas y no validadas

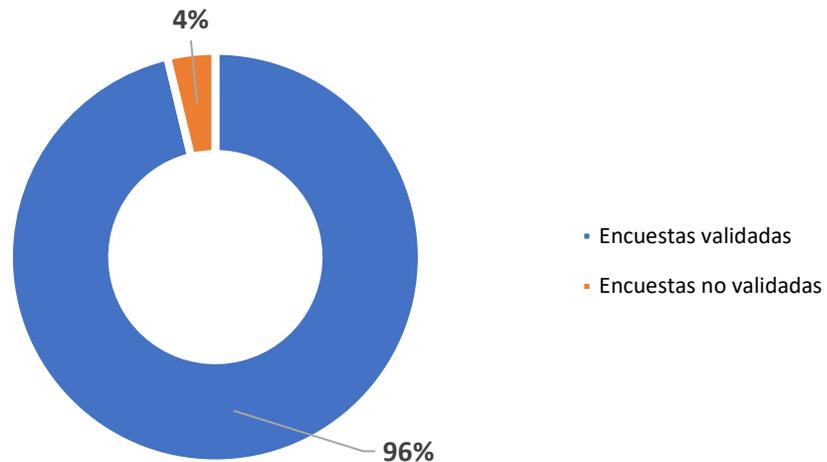


Gráfico 7.2. Participación de hospitales de la red SSMC

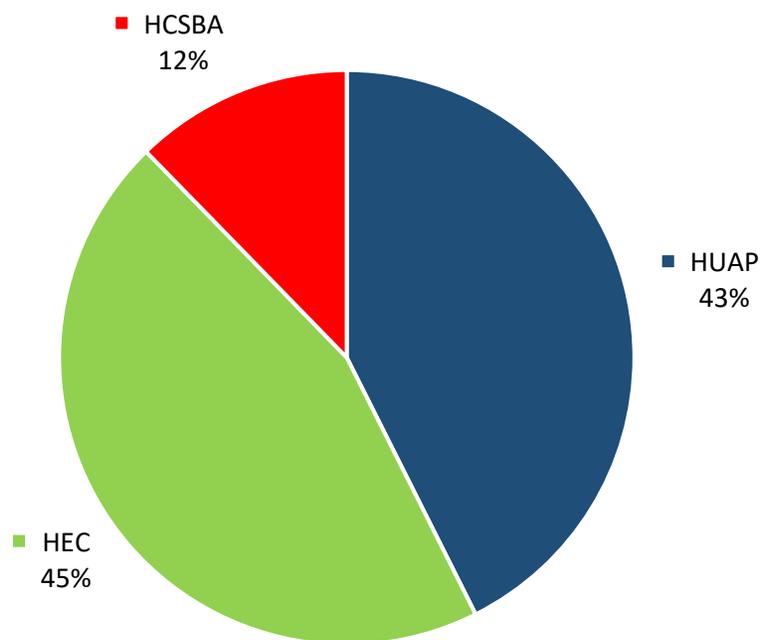
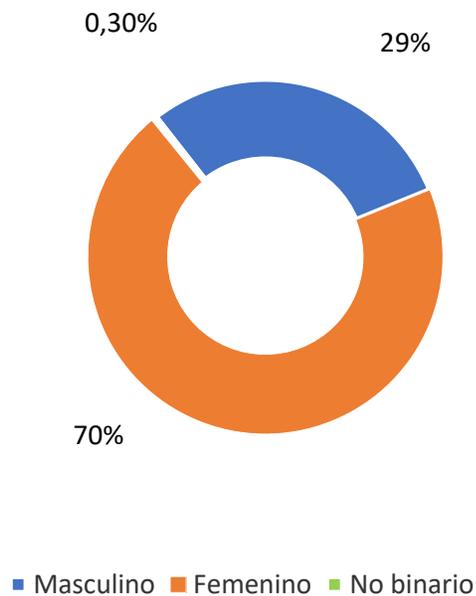




TABLA 7.3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS HOSPITALES ESTUDIADOS.			
	Hospital Clínico San Borja Arriarán	Hospital Urgencia Asistencia Pública	Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada
Fotografía			
Año de fundación	1772	1911	2013
Población asignada que atiende	700.000 usuarios	700.000 usuarios	750.000 usuarios
Cantidad de funcionarios	3000	3200	3500
Comunas que atiende	Santiago – Estación Central	Santiago – Estación Central	Maipú - Cerrillos
Cartera de servicios	Hospitalizado adulto e infantil. Atención ambulatoria. Servicio de emergencias infantil y maternidad. Pabellones quirúrgicos de urgencia y electivos. Hospital de referencia de la Red SSMC.	Servicio de emergencia adulto. Hospitalización adulto. Pabellones quirúrgicos de urgencia. Hospital de referencia nacional en Politraumatizado y Quemados.	Hospitalización adulto e infantil. Atención ambulatoria. Pabellones quirúrgicos de urgencia y electivo. Servicios de emergencia infantil, adulto y maternidad.
Hospital asistencial docente	Sí	Sí	Sí



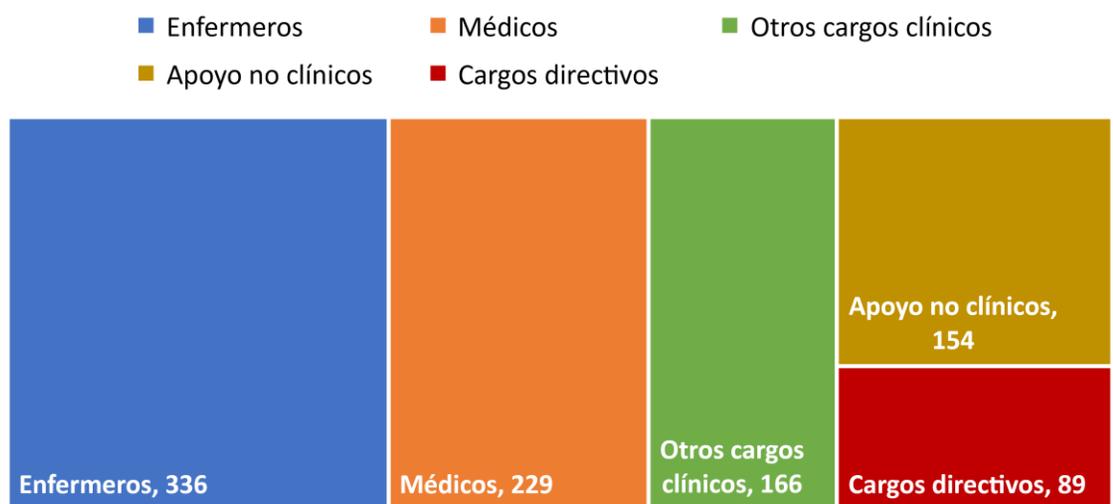
Gráfico 7.3 Género de los participantes



En relación con el género de los participantes contestaron 258 hombres (29.38%), 617 mujeres (70.27%) 3 personas identificadas como no binarias (0.34) y no respondieron 96 personas. En relación con la raza, 355 funcionarios se identifican como mestizos (40.53%), 318 como blancos (36.3%), 24 con los pueblos indígenas (2.74) y un 26% no sabe o no responde.

En los cargos de los encuestados dentro de su institución, 336 corresponden a enfermeros (34.5%), 229 a médicos (23.51%), otros cargos clínicos 166 (17.04%), cargos de apoyo no clínicos 154 (15.81%) y cargos directivos 89 (9.14%).

Gráfico 7.4. Cargo de los encuestados





Con respecto a las áreas de trabajo, 297 contestaron que trabajan en unidades de cuidados de pacientes (30.49%), 260 en unidades médico-quirúrgicas(26.69%), 168 en administración/dirección (17.25%), 142 en servicios clínicos de apoyo (14.58%), 63 en servicios quirúrgicos (6.47%) y 44 en servicios de apoyo no clínico (4.52%).

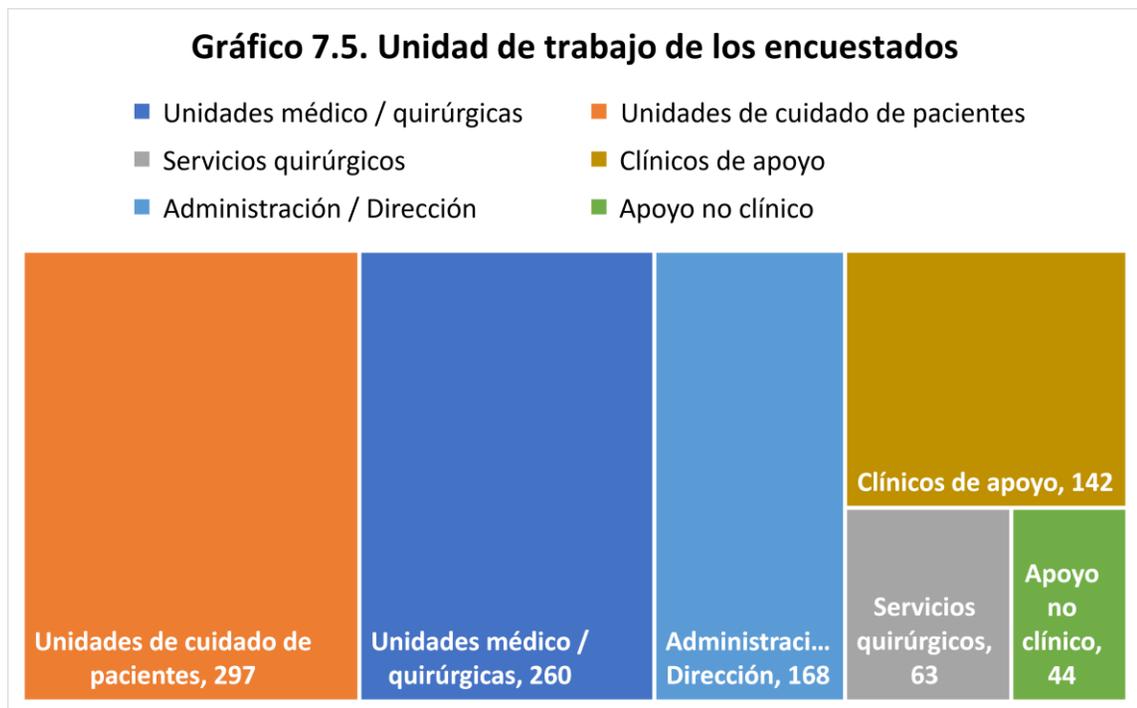
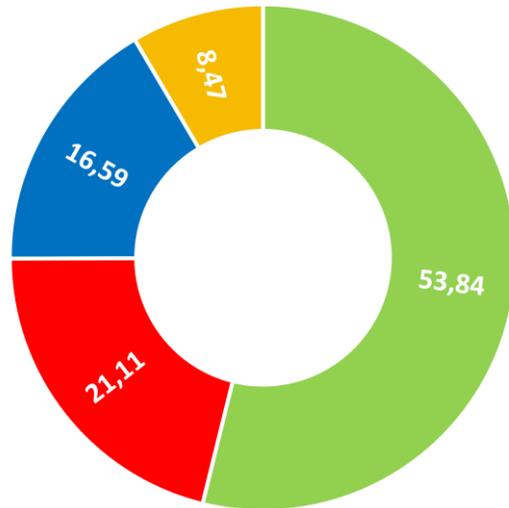




Gráfico 7.6. Tiempo trabajado en el hospital en años

■ Menos de 1 año ■ De 1 a 5 años
■ De 6 a 10 años ■ 11 o más años



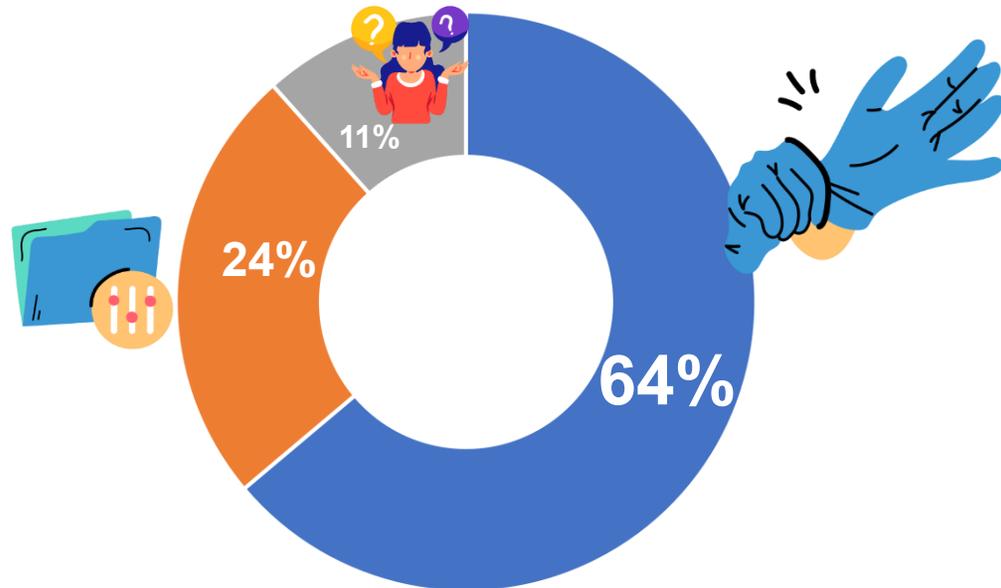
Se preguntó por el tiempo trabajado en el hospital en años. La mayoría de los encuestados respondió de 1 a 5 años, con 396 respuestas (44.95%); de 6 a 10 años, 270 funcionarios (30.65%); 11 o más años, 121 funcionarios (13.73%), y menor a 1 año, 94 funcionarios (10.67%).

En relación con el tiempo trabajado en su unidad actual las respuestas fueron las siguientes: de 1 a 5 años, 477 funcionarios (53.84%); de 6 a 10 años, 187 funcionarios (21.11%); 11 o más años, 75 funcionarios (8.47%), y menor a 1 año 147 funcionarios (16.59%).

Se preguntó si tienen interacción o contacto directo con los pacientes, lo cual para términos de análisis definió entre personal clínico y administrativo; 622 funcionarios respondieron que sí, típicamente tienen interacción o contacto directo con los pacientes; (72.24%) 239 funcionarios respondieron que no, típicamente no tienen interacción ni contacto directo con los pacientes (27.76%), 113 no sabe o no responde.

Gráfico 7.7. Interacción o contacto directo con el paciente

- Sí, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes
- No, típicamente no tengo interacción ni contacto directo con los pacientes
- Incompletos (no sabe / no responde)



Por último, se consultó si trabajaban en dos o más instituciones, a lo que respondieron 835 funcionarios que No (85.73%) y 139 funcionarios que sí (14.27%). Además se consultó por las horas típicas trabajadas en una semana, en la cual contestaron: menos de 30 horas a la semana, 79 funcionarios (8.93%), de 30 a 40 horas a la semana, 147 funcionarios (16.61%) y más de 40 horas a la semana 659 funcionarios (74.46%).

En el Anexo 11 se entrega un detalle de todas las descripciones de los participantes de la encuesta HMA™.



7.1.2. Resultados por dimensión de calidad y seguridad.

Se realizó el cálculo de resultados por dimensiones. En análisis se describió la manera de realizar este cálculo mediante la medición del porcentaje de las respuestas positivas por pregunta, las cuales evaluaba como positivas las respuestas 4 y 5 (en caso de preguntas afirmativas) y las respuestas 1 y 2 (en caso de preguntas negativas o reversas).

Cabe destacar que estos resultados representan una prevalencia con un retrato de estudio transversal. No existe una tabla que indique que el porcentaje obtenido pertenezca en una categoría de calificación (buena, regular, mala), sino que este instrumento sirve para poder realizar medidas a través del tiempo, comparar con otros establecimientos a nivel nacional e internacional, y también para realizar una medición interna a medida que pasa el tiempo y se establecen mejoras.

Uno de los usos también es para seleccionar las áreas más deficientes en la cultura de seguridad para trabajar de manera prioritaria.

Los resultados según dimensión de seguridad, y la forma de preguntar cada dimensión, se describen a continuación y en la tabla 7.4.

1. Apoyo que dan los supervisores, jefes o líderes clínicos para la seguridad del paciente: **70.38% de respuestas positivas**. Esta dimensión se investigó preguntando:
 - a. El supervisor **considera las sugerencias**
 - b. El supervisor **respeto los tiempos de trabajo** para no poner en riesgo la calidad.
 - c. El supervisor **toma medidas** para solucionar los problemas
2. Trabajo en Equipo: **68.31% de respuestas positivas**. Preguntas asociadas a esta dimensión:
 - a. En la unidad se **trabaja** de manera **eficiente**.
 - b. Cuando hay mucho trabajo el personal se **ayuda mutuamente**.
 - c. Hay **problemas** de **comportamiento respetuoso** de quienes trabajan en la unidad



3. Comunicación y receptividad: 62.37% de las respuestas positivas. Esta dimensión se indaga con las preguntas:
 - a. El personal **informa** si ve **algo** que puede ser **peligroso** para el paciente.
 - b. El personal dice si ve a alguien con **mayor autoridad** haciendo algo **inseguro**.
 - c. Las personas con más autoridad **escuchan las preocupaciones**.
 - d. El personal tiene **miedo de hacer preguntas**
4. Reportar eventos relacionados con la seguridad del paciente: 60.69% de las respuestas positivas. Las preguntas asociadas a esta dimensión son:
 - a. Reporte de **errores** que se descubren y **no llegan** a afectar al paciente.
 - b. Reporte de **errores** que **afectan** al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así
5. Aprendizaje organizacional y mejora continua: 57.29% de las respuestas positivas. Se indagó mediante las siguientes preguntas:
 - a. Se **revisan periódicamente** los **procesos**
 - b. Se evalúa la **efectividad** de los **cambios** para mejorar
 - c. No se permite que los **mismos problemas sigan ocurriendo**
6. Comunicación acerca de errores: 52.83% de las respuestas positivas. Esta dimensión se consultó con lo siguiente:
 - a. Se **informa** sobre los **errores**
 - b. Se habla de maneras para **evitar que vuelvan** a ocurrir
 - c. Se informa los **cambios** que se hacen **basado** en los **reportes** de eventos
7. Apoyo que da la administración del hospital para la seguridad del paciente: 44.84% de las respuestas positivas. Se preguntó mediante lo siguiente:
 - a. Para la administración la **seguridad** del paciente es la **prioridad**.
 - b. Proporciona **recursos** adecuados para **mejorar** la seguridad.
 - c. Se interesa en la seguridad **solamente cuando aparecen eventos** adversos.
8. Respuesta a los errores: 38.8% de las respuestas positivas. Las preguntas que se asociaron a esta dimensión son:



- a. El personal no siente que **los errores están en su contra**.
 - b. El personal siente que el **problema** es el reportado y no la persona.
 - c. La unidad se enfoca en **aprender** en vez de buscar culpables.
 - d. Hay **apoyo** para el personal involucrado en errores de seguridad
9. Transferencias e intercambio de información: 48.7% de las respuestas positivas.

Se preguntó de la siguiente manera:

- a. Se **omite información al trasladar** pacientes entre unidades.
- b. Se **pierde información** con los cambios de turno.
- c. Hay **suficiente tiempo** para intercambiar información clave en los cambios de turno

10. Personal y Ritmo de trabajo: 37.73% de las respuestas positivas. Las consultas relacionadas fueron:

- a. Se cuenta con **personal suficiente** para hacer todo el trabajo.
- b. El personal **trabaja más horas** de lo que es mejor para el cuidado del paciente.
- c. Las unidades **dependen** demasiado de **personal flotante**.
- d. El **ritmo de trabajo acelerado** impacta negativamente en la seguridad

El detalle de cada pregunta y su porcentaje de respuestas positivas se encuentra en el Anexo 13, en la Tabla 12.2.

Para calcular el porcentaje final de las dimensiones, se realizó la medición del promedio de las respuestas positivas entre las preguntas que integran la dimensión.



Gráfico 7.8. Porcentaje de respuestas positivas por dimensión



TABLA 7.4. RESULTADOS POR DIMENSIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD

Dimensión	Porcentaje de respuestas positivas
1. Apoyo que dan los supervisores, jefes o líderes clínicos para la seguridad del paciente	70,38%
2. Trabajo en equipo	68,31%
3. Comunicación y receptividad	62,37%
4. Reportar eventos relacionados con la seguridad del paciente	60,69%
5. Aprendizaje organizacional – mejora continua	57,29%
6. Comunicación acerca de errores	52,83%
7. Apoyo que da la administración del hospital para la seguridad del paciente	44,84%
8. Respuesta a los errores	38,80%
9. Transferencias e intercambios de información	48,70%
10. Personal y ritmo de trabajo	37,73%



7.1.3. Dimensiones de Cultura de Seguridad del paciente - Respuestas positivas por cargos

Se realizó un análisis diferenciado por cargos que respondieron (enfermería, médicos, otros cargos clínicos, cargos de apoyo no clínico, cargos directivos) en donde el promedio de las respuestas positivas de las 10 dimensiones es menor en el equipo médico con un 49.86%, y es mayor en los cargos directivos con un 63.07%.

TABLA 7.5. RESULTADOS POR DIMENSIÓN SEGÚN CARGOS					
Dimensión	Porcentaje de respuestas positivas				
Cargos	Enfermería	Médicos	Otros cargos clínicos	Apoyo no clínico	Cargos directivos
<i>Número de personas por cargo encuestados</i>	336	229	166	154	89
1. Apoyo que dan los supervisores, jefes o líderes clínicos para la seguridad del paciente	63,74%	75,03%	71,06%	72,83%	78,84%
2. Trabajo en equipo	59,24%	71,53%	74,19%	75,28%	72,18%
3. Comunicación y receptividad	58,94%	59,15%	63,94%	65,49%	78,26%
4. Reportar eventos relacionados con la seguridad del paciente	65,22%	47,59%	61,29%	69,61%	66,19%
5. Aprendizaje organizacional – mejora continua	61,19%	48,72%	61,37%	60,4%	76,99%
6. Comunicación acerca de errores	49,47%	38,34%	43,08%	46,86%	51,19%
7. Apoyo que da la administración del hospital para la seguridad del paciente	40,91%	42,25%	39,47%	56,16%	58,2%
8. Respuesta a los errores	36,41%	32,70%	36,49%	46,42%	59,76%
9. Transferencias e intercambios de información	54,22%	46,27%	49,58%	40,17%	38,62%
10. Personal y ritmo de trabajo	32,62%	37,06%	34,11%	48,37%	50,45%
<i>Promedio de respuestas positivas por cargo</i>	52,20%	49,86%	53,46%	58,16%	63,07%



7.1.4. Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados.

Se responde a la pregunta: ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad / área de trabajo? (elemento de la encuesta E1). En esta pregunta la moda es la respuesta "Buena", con un 43.44% de las respuestas. El análisis de la encuesta SOPS 2.0 de AHRQ indica que en esta pregunta, las respuestas positivas se consideran en "Excelente" (5) y "Muy buena" (4), dando un resultado de 37.88%.

TABLA 7.6. GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDO POR LOS ENCUESTADOS		
Grado de seguridad	N	%
Excelente	76	8,44%
Muy buena	265	29,44%
Buena	391	43,44%
Regular	157	17,44%
Mala	11	1,22%
Total	900	100%
Incompletos	74	

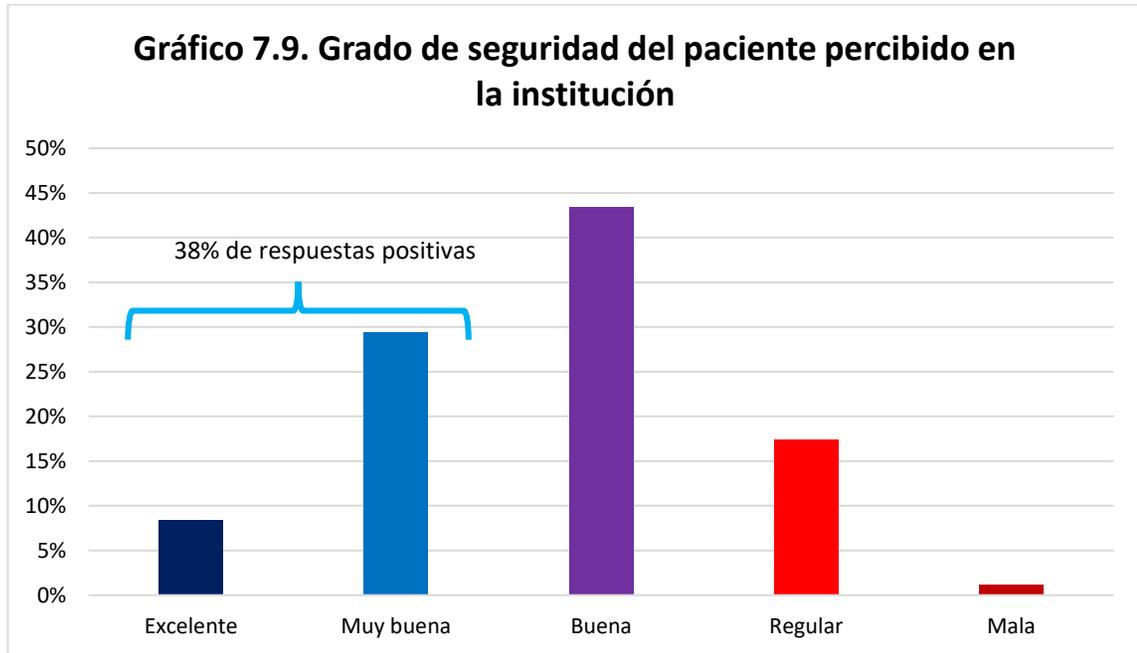


TABLA 7.7. GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR CARGOS

Grado de seguridad	Porcentaje de respuestas				
	Enfermería	Médicos	Otros cargos clínicos	Cargos de apoyo no clínico	Cargos directivos
<i>Cargos</i>					
<i>Número de personas por cargo encuestados</i>	336	229	166	154	89
Excelente	8,25%	4,63%	8,72%	13,77%	9,76%
Muy buena	27,30%	29,63%	30,87%	28,99%	35,37%
Buena	41,59%	45,83%	43,62%	44,20%	42,68%
Regular	21,27%	18,06%	16,78%	12,32%	10,98%
Mala	1,59%	1,85%	0,00%	0,72%	1,22%
Total contestados	315	216	149	138	82
Incompletos	21	13	17	16	7

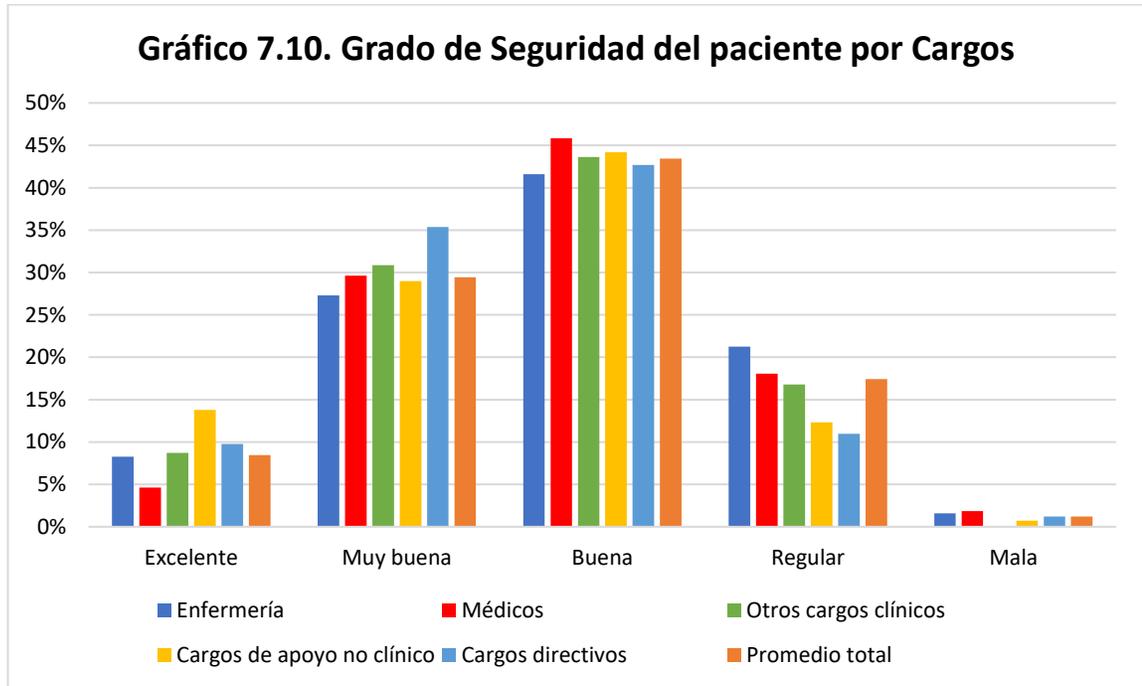
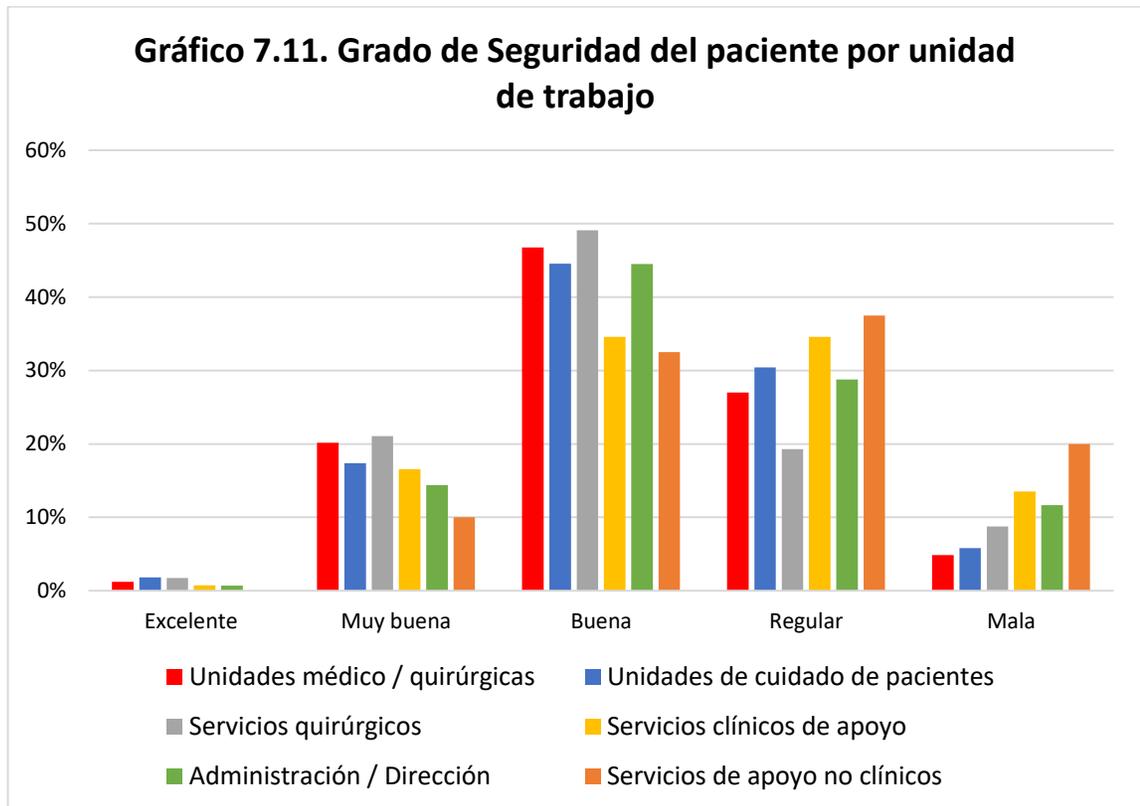


TABLA 7.8. GRADO DE SEGURIDAD POR UNIDAD DE TRABAJO

Unidades	Porcentaje de respuestas positivas					
	Unidades médico / quirúrgicas	Unidades de cuidado de pacientes	Servicios quirúrgicos	Servicios clínicos de apoyo	Administración / Dirección	Servicios de apoyo no clínicos
<i>Personas por unidad de trabajo</i>	260	297	63	142	168	44
Excelente	4,84%	5,80%	8,77%	13,53%	11,64%	20,00%
Muy buena	27,02%	30,43%	19,30%	34,59%	28,77%	37,50%
Buena	46,77%	44,57%	49,12%	34,59%	44,52%	32,50%
Regular	20,16%	17,39%	21,05%	16,54%	14,38%	10,00%
Mala	1,21%	1,81%	1,75%	0,75%	0,68%	0,00%
<i>Contestados</i>	248	276	57	133	146	40
<i>Incompletos</i>	12	21	6	9	22	4



7.1.5. Número de eventos reportados en los últimos 12 meses.

Se responde a la pregunta: En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted? (elemento de la encuesta D3). En esta pregunta la moda es la respuesta "Ninguno", con un 47.80% de las respuestas. El análisis de la encuesta SOPS 2.0 de AHRQ indica que en esta pregunta, las respuestas positivas se consideran cualquier cantidad de reportes realizado, dando un resultado de 52.2%.



TABLA 7.9. NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Número de eventos reportados	N	%
Ninguno	434	47,80%
1 a 2	269	29,63%
3 a 5	150	16,52%
6 a 10	30	3,30%
11 o más	25	2,75%
Total respuestas	908	100%
Incompletos	66	

Gráfico 7.12. Número de eventos reportados en los últimos 12 meses

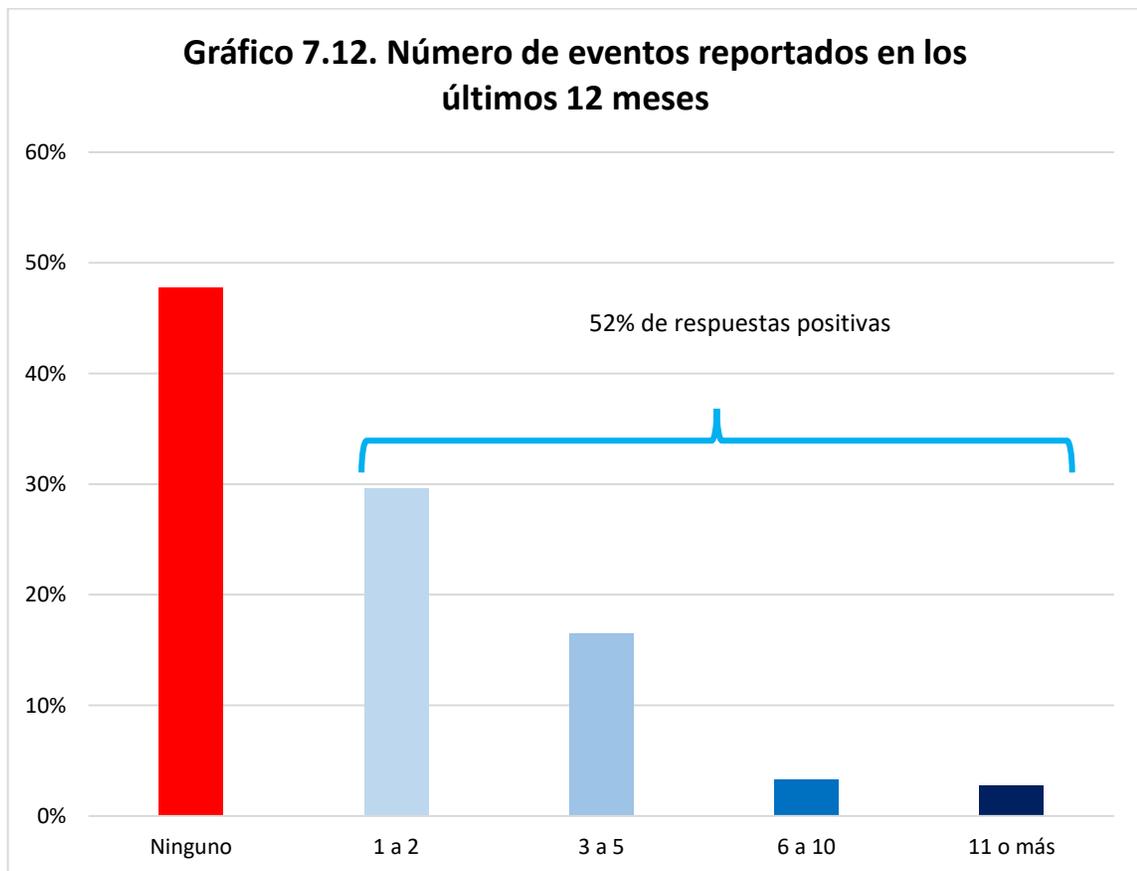




TABLA 7.10. NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS POR CARGOS

Cargos	Porcentaje de respuestas positivas				
	Enfermería	Médicos	Otros cargos clínicos	Cargos de apoyo no clínico	Cargos directivos
Número de personas por cargo encuestados	336	229	166	154	89
Ninguno	39,05%	49,77%	40,54%	74,31%	42,86%
1 a 2 eventos	34,29%	33,18%	35,14%	13,89%	20,24%
3 a 5 eventos	18,10%	15,67%	18,92%	9,03%	21,43%
6 a 10 eventos	5,40%	1,38%	0,68%	1,39%	8,33%
11 o más eventos	3,17%	0,00%	4,73%	1,39%	7,14%
Total respuestas	315	217	148	144	84
Incompletos	21	12	18	10	5

Gráfico 7.13. Número de eventos reportados por cargo

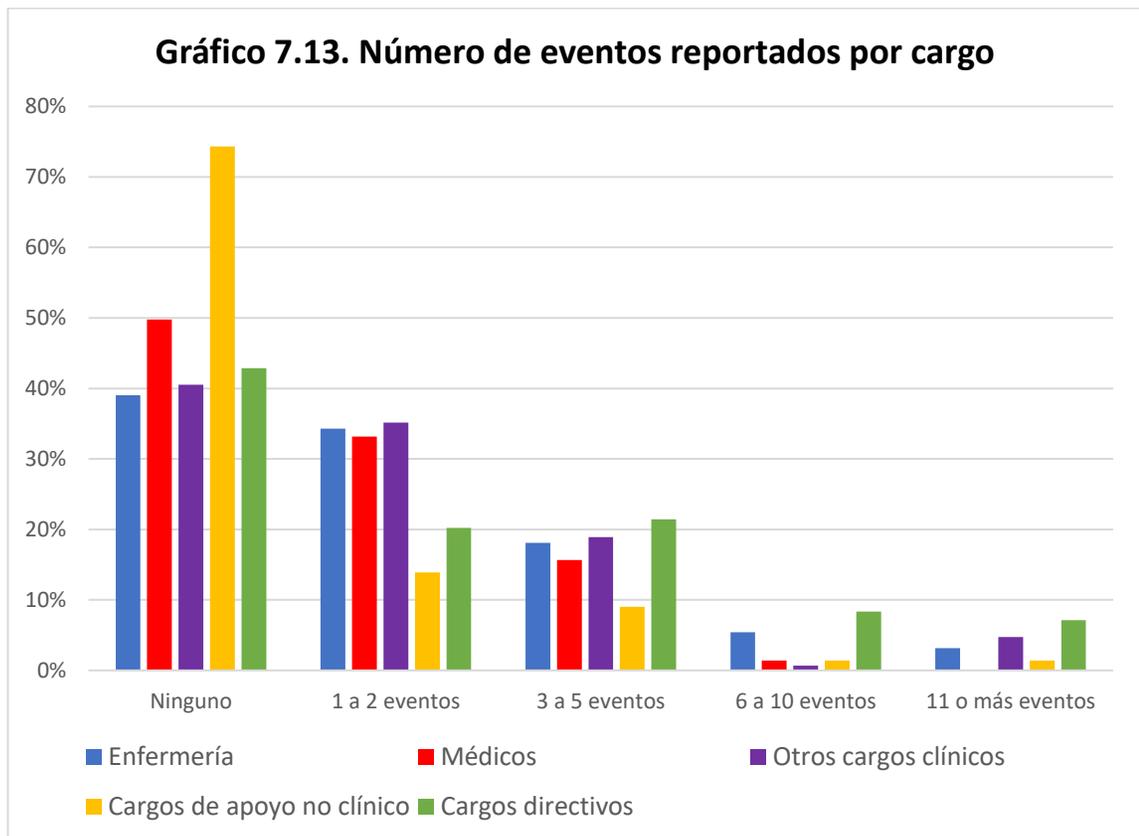
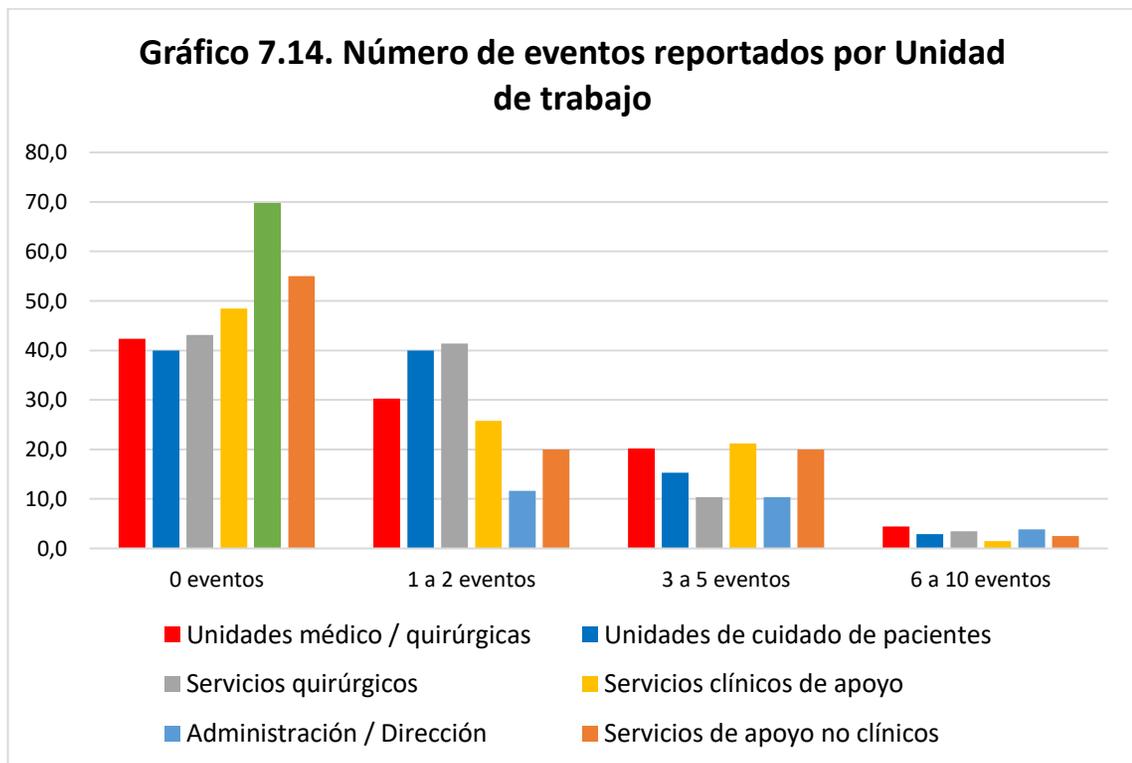




TABLA 7.11. NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS POR UNIDAD DE TRABAJO

Grado de seguridad	Porcentaje de respuestas positivas						
	Unidades	Unidades médico / quirúrgicas	Unidades de cuidado de pacientes	Servicios quirúrgicos	Servicios clínicos de apoyo	Administración / Dirección	Servicios de apoyo no clínicos
0 eventos		42,3	40,0	43,1	48,5	69,7	55,0
1 a 2 eventos		30,2	40,0	41,4	25,8	11,6	20,0
3 a 5 eventos		20,2	15,3	10,3	21,2	10,3	20,0
6 a 10 eventos		4,4	2,9	3,4	1,5	3,9	2,5
11 o más eventos		2,8	1,8	1,7	3,0	4,5	2,5
Total respuestas		248	275	58	132	155	40
Incompletos		12	22	5	10	13	4

Gráfico 7.14. Número de eventos reportados por Unidad de trabajo





7.1.6. Comparación con hospitales de Chile y Estados Unidos.

Los resultados se comparan con un punto de referencia de 18 hospitales de Chile que participaron en la encuesta HMA™, y 400 hospitales de los Estados Unidos que completaron la misma encuesta en el año 2022 en el marco del programa de seguridad del paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2022).

Comparación de las respuestas positivas por dimensión. Principalmente se observa que, en todas las categorías, el porcentaje de respuestas positivas para las dimensiones es menor en el SSMC en comparación con establecimientos de Chile y Estados Unidos.

TABLA 7.12. COMPARATIVA DIMENSIONES EN SSMC, CHILE Y ESTADOS UNIDOS					
Dimensiones	SSMC	CHILE	USA	COMPARATIVA	Percentil en USA
1. Apoyo que dan los supervisores, jefes o líderes clínicos para la seguridad del paciente	70,38%	75%	80%		p10
2. Trabajo en equipo	68,31%	74%	82%		p10
3. Comunicación y receptividad	62,37%	68%	76%		p10
4. Reportar eventos relacionados con la seguridad del paciente	60,69%	70%	74%		p10



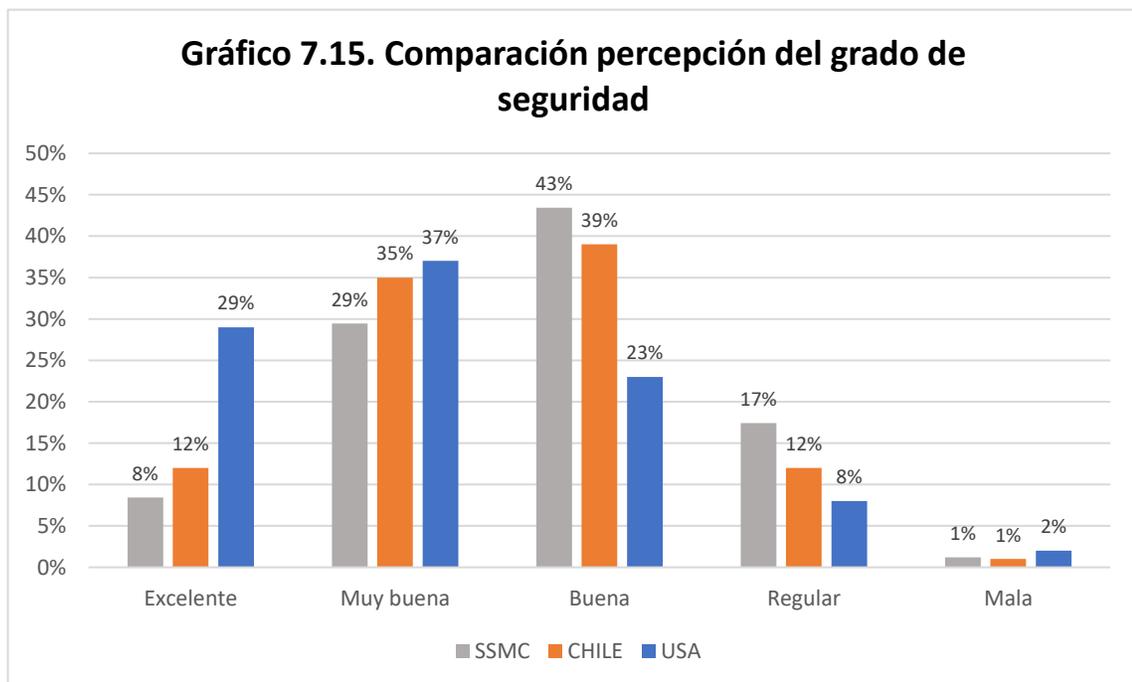
5. Aprendizaje organizacional – mejora continua	57,29%	66%	70%		p10
6. Comunicación acerca de errores	52,83%	65%	73%		p10
7. Apoyo que da la administración del hospital para la seguridad del paciente	44,84%	60%	64%		p10
8. Respuesta a los errores	38,80%	46%	63%		p10
9. Transferencias e intercambios de información	48,70%	60%	63%		p10
10. Personal y ritmo de trabajo	37,73%	41%	51%		p10

El cálculo de los percentiles se realizó en base a la cantidad de respuestas positivas medidas en los 400 hospitales de Estados Unidos, lo que generó una escala de mínimo, máximo, y percentiles 10 – 25 – 50 – 75 – 90 que se encuentran en el reporte SOPS 2.0 de AHRQ (AHRQ, 2022).



Comparación del grado de seguridad percibido. En este punto, si se compara el porcentaje de respuestas positivas (Excelente y muy bueno), en el caso del SSMC tenemos un 38%, a nivel de Chile un 47% y en EEUU un 66%. Si comparamos el porcentaje de respuestas positivas en Chile con los percentiles estadounidense, corresponde al percentil 10.

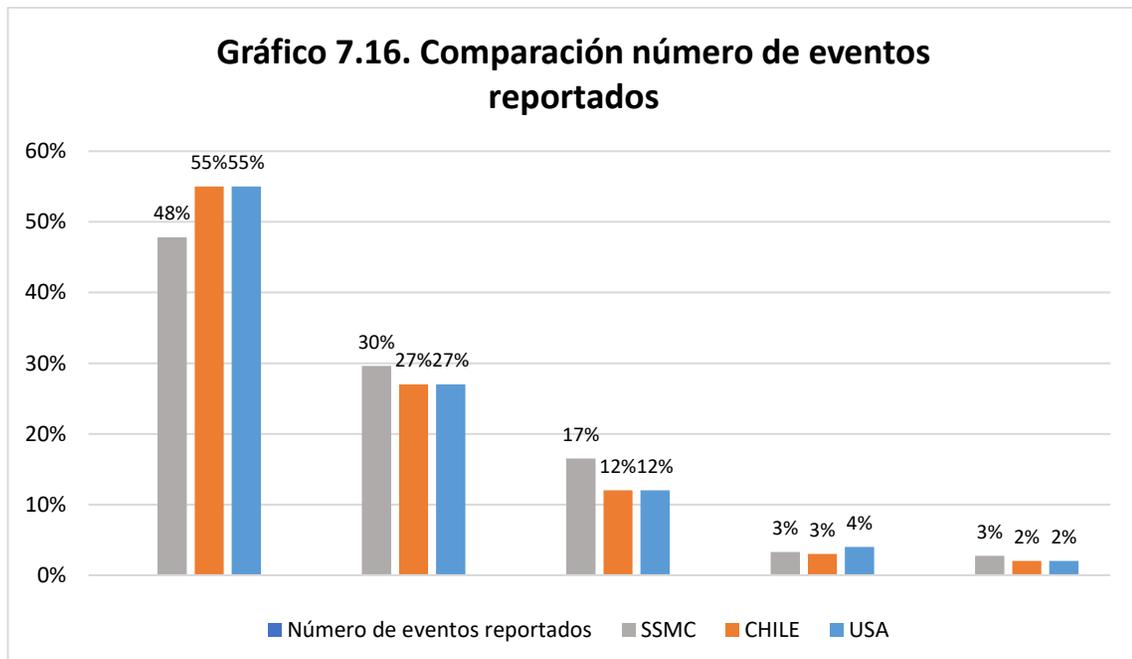
TABLA 7.13. GRADO DE SEGURIDAD COMPARADOS SSMC, CHILE Y ESTADOS UNIDOS			
Grado de seguridad	SSMC	CHILE	USA
Excelente	8%	12%	29%
Muy buena	29%	35%	37%
Buena	43%	39%	23%
Regular	17%	12%	8%
Mala	1%	1%	2%





Comparación en el número de eventos reportados en los últimos 12 meses. En esta pregunta el porcentaje de respuestas positivas corresponde a haber notificado uno o más eventos adversos. En el caso del SSMC tenemos un 52%, a nivel de Chile un 44% y en EEUU un 44%. Si comparamos el porcentaje de respuestas positivas en SSMC con los percentiles estadounidense, corresponde al percentil 75-90.

Número de eventos reportados	SSMC	CHILE	USA
Ninguno	48%	55%	55%
1 a 2	30%	27%	27%
3 a 5	17%	12%	12%
6 a 10	3%	3%	4%
11 o más	3%	2%	2%





7.2. RESULTADOS DEL ENFOQUE CUALITATIVO.

Los resultados del enfoque cualitativo se presentan a continuación. Se realizó lectura detallada de 4 grupos focales relacionados con establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC): Grupo 1 de equipos directivos, grupo 2 de Encargados de Calidad del SSMC y los establecimientos, Grupo 3 de Jefes médicos y Grupo 4 de Jefes de enfermería. Se realizó análisis por pregunta para poder evaluar cada pregunta por separado, a través de una codificación inductiva. En total se identificaron 600 ideas fuerza, 22 categorías, 36 subcategorías.

TABLA 7.15. CODIFICACIÓN EN ESTUDIO CUALITATIVO POR PREGUNTAS		
Pregunta	Categorías	Subcategorías
Percepción de la seguridad asistencial en el establecimiento	Roles	Delegar - Diferencias - Equipos - Responsabilidad directivos - Responsabilidad individual - Responsabilidad jefaturas
	Estructura	Acreditación - Base - Concepto -Niveles de atención - Seguridad - Protocolos - Información
	Funcionarios	Actitudes - Cultura - Incorporar - Formación - Relevancia
	Problemas	Brecha - Eventos adversos - Notificación
	Oportunidades	Mejoras - Enfoque en el usuario
Adherencia a protocolos y normativas de seguridad asistencial	Estructura	Acreditación - Notificación - Protocolos
	Enfoque en el usuario	Enfoque en el usuario
	Factores humanos	Liderazgo - Personas
	Comunicación	Comunicación - Bajada de información
Actitud de los médicos en relación con la seguridad asistencial	Participación	Adherencia - Delegar - Cumplimiento - Involucramiento- Relevancia
	Comportamiento	Cumplimiento - Responsabilidad - Participación - Trabajo en equipo
	Desafíos	Diferencia - Formación - Resistencia - Tiempo



Factores que explican la actitud de los médicos	Diferencias médicas	Especialidades - Sistemas de salud – Percepción de impunidad
	Falta de compromiso	Compromiso - Involucramiento
	Formación	Formación
Participación médica en la creación de protocolos	Participación	Compromiso - Intereses - Involucramiento
	Estructura	Sistemas de salud - Tiempo
	Dificultades	Delegar - Renuencia
Rol de los médicos en el análisis de los eventos adversos e implementación de mejoras	Participación	Delegar - Incorporar - Participar
	Diferencias	Diferencias - Formación
	Liderazgo	Liderazgo
	Visión	Visión

7.2.1. Demografía de los participantes en los grupos focales.

Participaron 27 funcionarios, de similares características por grupo, en el siguiente detalle. La muestra fue voluntaria no aleatoria, enviada por cada institución a la que se solicitó un número determinado de participantes. Los detalles de la demografía se describen en el Anexo 14, Tabla 12.3.

Se describe los detalles de los participantes en la siguiente tabla:

Grupo	Descripción	N° de Invitados	N° de Asistentes	Porcentaje de asistencia	Profesiones
1	Directivos	8	4	50%	1 kinesióloga, 1 enfermera, 1 enfermero, 1 trabajadora social
2	Encargados de Calidad	8	8	100%	6 enfermeras, 1 kinesiólogo, 1 médico
3	Jefes Médicos	9	6	66%	6 médicas
4	Jefes de Enfermería	9	9	100%	7 enfermeras, 1 enfermero, 1 enfermera matrona



Como se describe el gráfico 7.17, participaron 9 funcionarios del Hospital Clínico San Borja Arriarán (33%), 7 funcionarios del Hospital Urgencia Asistencia Pública (26%), 7 funcionarios del Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada (26%), y 4 funcionarios del Servicio de Salud Metropolitano Central (15%). Destaca, que se generó una participación menor a lo esperada, con una asistencia de un 79% de los funcionarios invitados, destacando una participación de un 50% en el grupo Directivo y un 66% en el grupo médicos. En los grupos Encargados de Calidad y jefes de Enfermería hay una asistencia del 100% de los invitados.

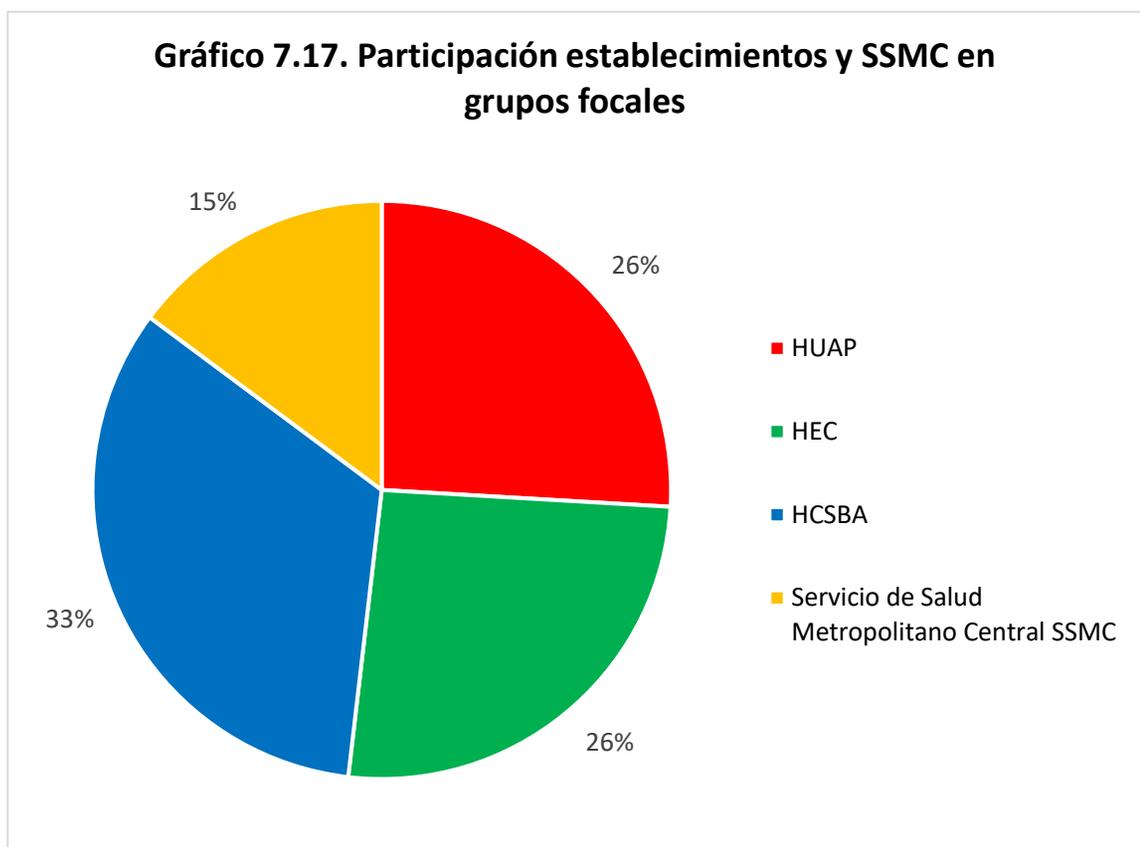
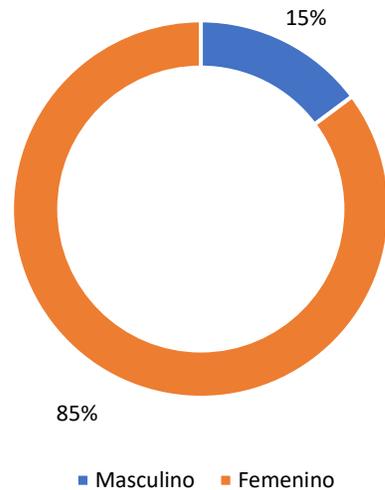




Gráfico 7.18. Género de los participantes

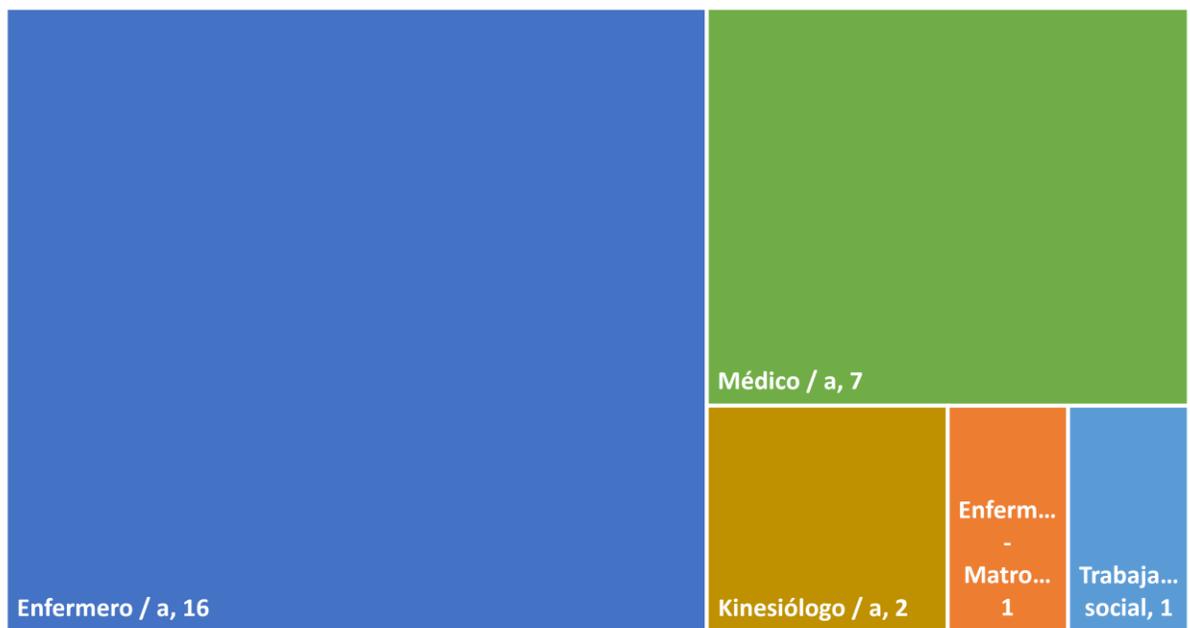


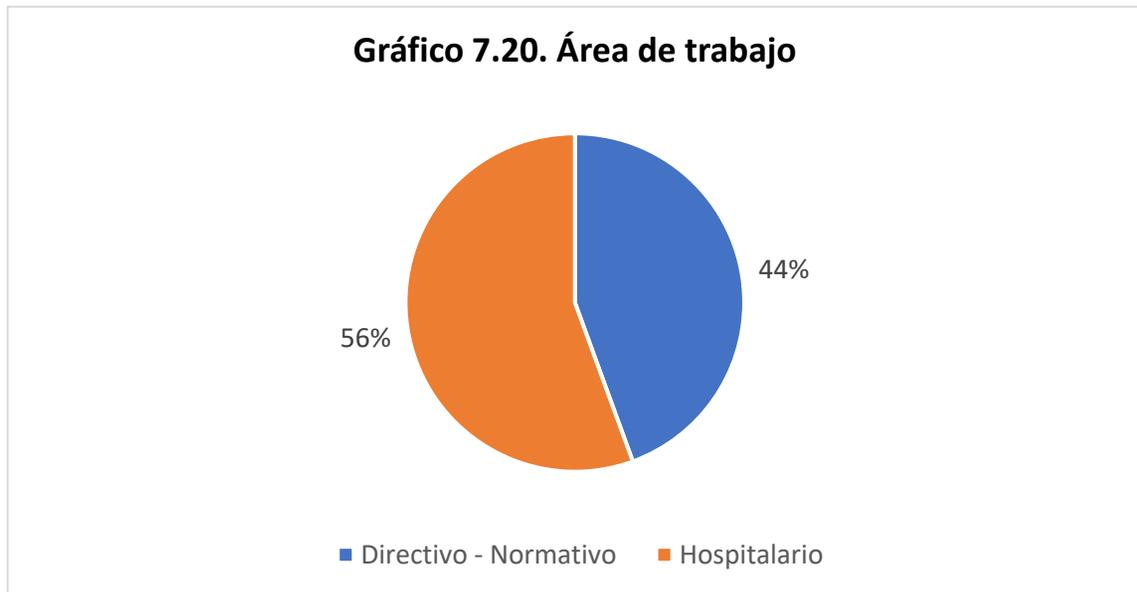
Según el género de los participantes, 23 funcionarios eran mujeres (85%) y 4 funcionarios hombres (15%).

En relación con las profesiones, participaron 16 enfermeros que corresponde a un 59%; 7 médicos que corresponde a un 26%; 2 kinesiólogos que corresponden al 7%; 1 Enfermera-matrona que corresponde al 4%; 1 trabajadora social que corresponde al 4%.

Gráfico 7.19. Profesión de los participantes

■ Enfermero / a ■ Enfermera - Matrona ■ Médico / a
■ Kinesiólogo / a ■ Trabajador social





Con respecto al área de trabajo, un 56% respondió que trabajaba en el sector hospitalario (jefes de servicio y/o supervisor de servicios clínicos) y un 44% en el sector directivo-normativo (equipo directivo, encargado de formar normas, servicio de salud)



7.2.2. Análisis del discurso de cada pregunta

Se realizó un análisis detallado del discurso de los 4 grupos focales descritos en base a la transcripción verbatim de los mismos. En tiempo, se realizó transcripción de un total de 3 horas, 58 minutos y 24 segundos de grabación. La transcripción generó como resultado 54 páginas de texto. Es importante resaltar que también se contó con una observadora que desarrolló notas de campo, las que se pueden observar en el Anexo 15.

Se generó un método inductivo de análisis por lo que no se generaron categorías o ideas previas de cómo se iba a categorizar.

Se hizo lectura y relectura de la transcripción, al tiempo que se destacaba ideas, se realizaba notas de borde de página y se iban buscando frases clave que pudieran aportar a alguna categoría.

Se identificaron 600 ideas fuerza, 22 categorías, 36 subcategorías. Se utilizó el programa Microsoft Excel para ordenar y organizar las distintas categorías. Se realizó gráficas cuyo objetivo es mostrar cuántas ideas fuerzas fueron asociadas a cada categoría y subcategoría, lo que se muestra en porcentajes. Estas gráficas pudieran también representar la saturación de cada categoría.

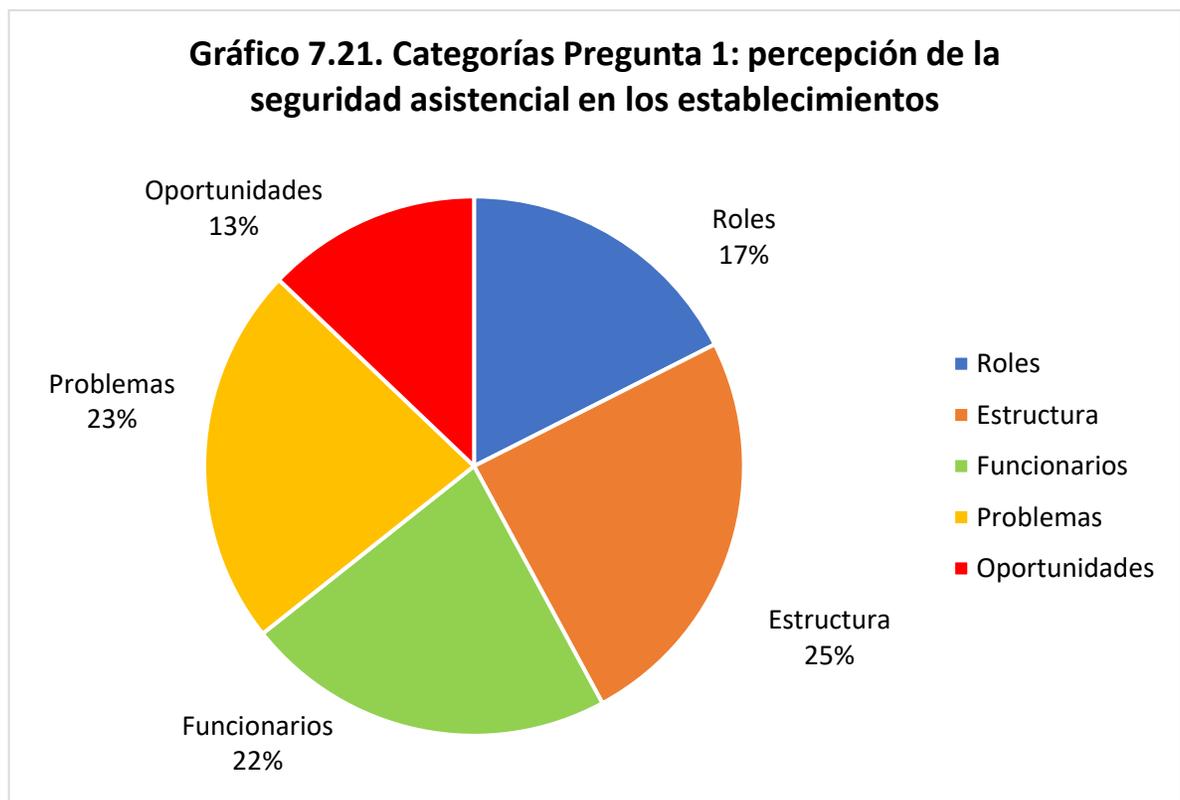
Para la lectura de las citas, se ofrece la siguiente leyenda:

Categoría	Descripción	Simbología
Profesiones	Enfermera / Enfermero	E
	Médica / Médico	M
	Kinesióloga / Kinesiólogo	K
	Trabajadora Social	TS
Grupo	Grupo 1 Directivos	G1
	Grupo 2 Encargados de calidad	G2
	Grupo 3 Jefaturas médicas	G3
	Grupo 4 Jefaturas enfermería	G4



RESULTADOS PREGUNTA 1. ¿Qué piensan acerca de la seguridad asistencial en su establecimiento? No nombre su establecimiento.

En esta pregunta se identificaron 171 ideas fuerza, 5 categorías y 25 subcategorías, divididas en los siguientes porcentajes:



Se encontraron 5 categorías: Roles, estructura, funcionarios, problemas y oportunidades.

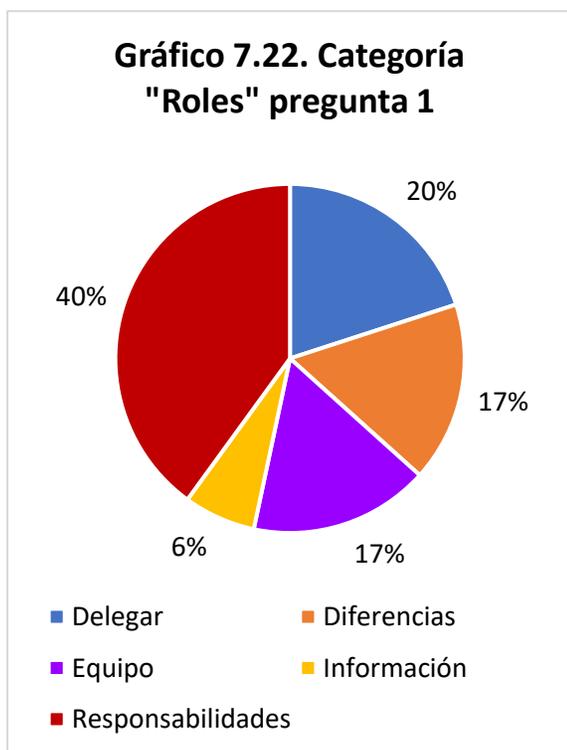
Roles. En la percepción de seguridad en los establecimientos, se genera un discurso que recalca el grado de “*responsabilidad*” de los funcionarios en tres niveles: directivos, jefaturas y responsabilidad individual. Desde el punto de vista directivo, se señala que la seguridad debe ser una fuente de preocupación, involucramiento e importancia desde quienes dirigen las instituciones, sin embargo, pese a impulsar la seguridad, “**la cultura no debe estar enfocada en los directivos de turno**” (EG2). A nivel de jefaturas, se indica



que **“la responsabilidad de una jefatura conlleva también a hacerte parte de la calidad y seguridad del paciente” (EG4)**; se destaca que los profesionales no médicos son quienes llevan principalmente este proceso. A nivel individual, se señalan frases como **“la seguridad es un desafío personal” (MG2)**, **“las personas deben entender que es su responsabilidad que los pacientes no vayan a adquirir cosas negativas” (MG2)** y que la seguridad es un componente que uno debe entregar desde que se ingresa a los

establecimientos.

En la subcategoría *“equipo”*, se señala que es importante tener una visión de cómo enfrentar los procesos a nivel de equipo. Para identificar y analizar los eventos y mejoras es fundamental una mirada multifactorial de todos los que trabajan con el paciente **“compartir y hacer protocolos en conjunto me parece la forma más segura porque se ven todas las visiones” (MG2)**. Sin embargo, a nivel de equipos se señalan *“diferencias”* entre los distintos profesionales, las que son más acentuadas entre el estamento médico y de

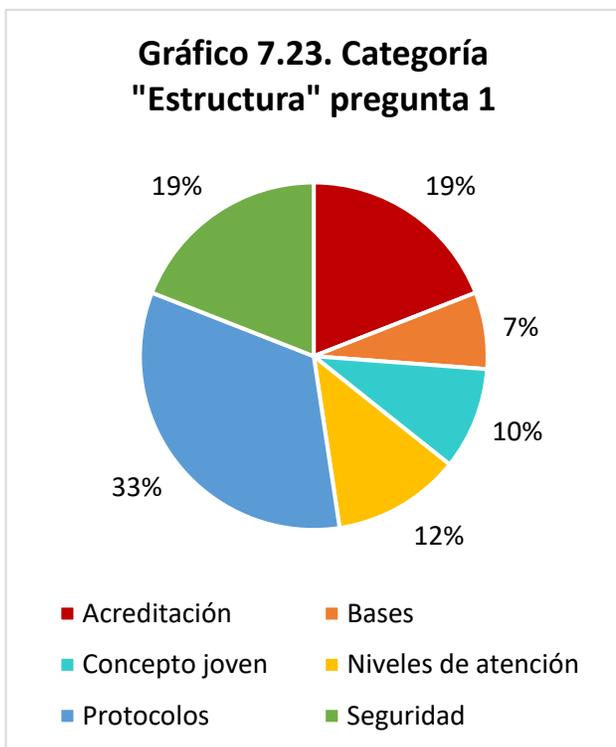


enfermería: **“al equipo de enfermería se le exige mucho más que los médicos” (EG4)**.

En este último aspecto, existe una concepción que se *“delega”* las responsabilidades y funciones de seguridad del paciente como notificaciones, identificación de eventos, o supervisión de protocolos que son del equipo médico, en enfermería principalmente por desconocimiento: **“todos sabemos que los médicos son más dejados en el tema del manejo de seguridad y calidad de la atención” (EG4)**. También se señala **“igual esto ha sido como responsabilidad de enfermería en los hospitales, como va adquirido desde que estamos en la universidad porque es como <<si la enfermera no lo maneja el médico no lo sabe>>, entonces si le preguntan a un médico es como: <<ah es que**



lo ve la enfermera>> y al final la responsabilidad de todo ha sido de enfermería, o sea en el hospital es así, involucrar a los médicos cuesta un mundo" (EG4). Sin embargo, por parte de los equipos médicos se indica que la información en general se entrega a la supervisora de enfermería o a los enfermeros, señalando "siento que no he tenido información o disponibilidad de información en comparación con jefas de enfermería" (médica, grupo 3).



Estructura. Los conceptos de calidad y seguridad asistencial tienen un componente estructural importante. Se destaca que existe una "base", cimientos dentro de las instituciones que se manifiestan como "un conocimiento básico de seguridad en cada funcionario" (EG2). También se describe que la calidad es un concepto joven, de pocos años, relativamente nuevo y en constante crecimiento. Se considera que la calidad asistencial se asocia estrechamente a la atención directa de los usuarios, y además a la

atención cerrada institucional más que atención abierta, y que se desarrolla a distintos niveles de atención lo que genera diversidad dentro de la red. En relación con la "seguridad asistencial", se señala que se busca un entorno seguro que considere cosas básicas como el registro, acceso, información correcta, y un enfoque en la prevención.

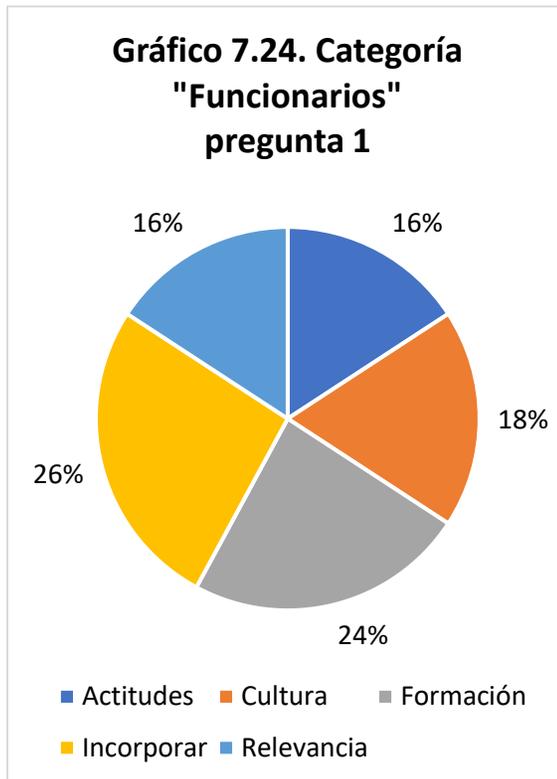
Dentro de aspectos estructurales, los equipos se detienen en comentar que los "protocolos" son un elemento base de la seguridad asistencial. Se señala que "se ha intentado protocolizar varios procesos donde se ha identificado mayor riesgo" (MG3), sin embargo, se vuelve a expresar la idea de delegación en enfermería: "enfermería va mucho más adelante en protocolizar porque ejecutan mucho más"



(MG3). Además, los médicos afirman que no se involucran tanto en los protocolos **“no hay mucha motivación por involucrarse, puede ser por desconocimiento de cómo se generan los protocolos, o porque consideramos que hay otras cosas que son más importantes, o si es una unidad crítica en general uno está ocupado en otras funciones”** (MG3). Hay una percepción que los protocolos van muy dirigidos a enfermería, y que hay muchos más protocolos que se consideran “de enfermería” que “médicos”. Una de las críticas transversales de los 4 grupos focales fue que en la creación de los protocolos, no se trabaja con las personas que los van a implementar: **“los protocolos no se han trabajado con la gente que los va a llevar a cabo”** (MG3), y esto genera que sean poco prácticos e impracticables.

Un elemento central dentro de las referencias de la calidad es la *“acreditación en calidad”* de las instituciones. Si bien se destaca que con la acreditación se logra enfocar más en las mejoras, existe amplio acuerdo y una visión crítica de que la cultura de calidad está encasillada, enfocada o congelada en los procesos de acreditación; **“se hacen protocolos porque acreditación pide un número de protocolos en ciertas áreas”** (MG3). Señalan que durante el periodo de acreditación hay más conciencia de los conceptos de calidad, seguridad, mejora continua, y muchos funcionarios de las instituciones sí tienen conocimiento de lo que se está hablando, **“se reabre la intención de cultura para acreditar y se duerme cuando se acredita”** (EG2). Se menciona que los equipos de calidad están muy encasillados en el tema de la acreditación, y deben ir más allá y ser parte de los servicios.

Funcionarios. Uno de los temas más comentados son las *“actitudes del personal”* en la conformación de la cultura de calidad. **“Lamentablemente el tema pasa por las personas, y de repente uno dice que el equipo médico es el que tiene menos cultura en diferentes cosas”** indica una **kinesióloga del grupo 1**. Se narra que es un tema de actitud, y que el comportamiento y conocimiento del personal ha ido cambiando. Dentro de las actitudes del personal se analiza que los médicos **“están más mecanizados en la**



atención biomédica” (EG2), y esto se refleja en cómo actúan los médicos delante del paciente. Una profunda reflexión es realizada por una funcionaria, directiva, en el ámbito de la actitud de los profesionales frente a los usuarios: “actitud tiene que ver como yo actúo como médico delante de mi paciente. Y ahí sí yo creo que tenemos, pero mucho, mucho que trabajar en el sentido de entender que el paciente, el usuario, la otra persona que tengo frente a mí, es un igual que tiene derecho de saber todo lo que voy a hacer. Y yo con mi actitud como profesional tengo que manifestar ese respeto haciendo que él

entienda” (TSG1).

En el concepto de “*cultura*”, se está entendiendo por los funcionarios que es necesaria una cultura de calidad, la que debe comenzar desde que el paciente y los colaboradores ingresan a la institución. Se señala que **“enfermería tiene mucha más cultura de calidad y seguridad” (MG3)**, y el equipo médico **“tiene menos cultura” (K1)**. Se señala que existe un choque cultural desde el punto de vista médico.

Una de las causas que pudieran explicar estas diferencias de cultura de calidad y seguridad se señala que pudiera ser la distinta “*formación*”; la mayoría de los funcionarios señala que el equipo médico no cuenta con formación en calidad ni seguridad asistencial en la universidad, estableciéndose una brecha de conocimiento en el equipo médico; **“enfermería y el personal está como educado y más cautivo, como cautivado en el tema. Pero no el equipo médico” (EG4)**. Como se señaló en la categoría “roles”, se delega estas funciones al equipo de enfermería por su conocimiento, capacidades y formación: **“esto ha sido responsabilidad de enfermería en los hospitales, como va**



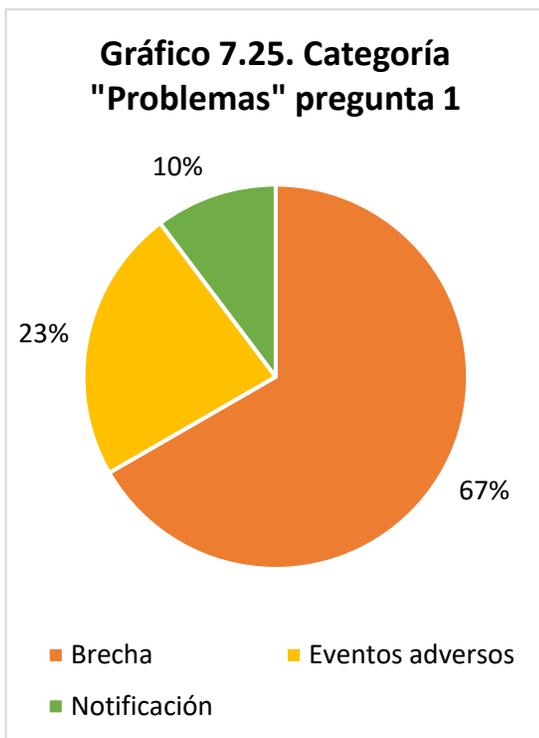
adquirido desde que estamos en la universidad, porque es como <<si la enfermera no lo maneja el médico no lo sabe>>, entonces si le preguntan a un médico es como: <<ah, es que lo ve la enfermera>>” (EG4). Los médicos reconocen esta brecha, donde se refiere que es necesario que los médicos se orienten en calidad, **“falta que se dé la oportunidad a los médicos de tener mayor capacitación” (MG 3).**

Si bien, se reconoce que existe una **“cultura más integral que ha ido incorporando a la gran mayoría en el proceso” (MG2)**, donde se ha generado mayor adherencia desde lo clínico, existe una percepción de que el área médica es más difícil de *“incorporar”* a esta cultura. Distintos grupos señalan que los médicos han quedado aparte, que no se involucran o no se quieren involucrar, y que requiere un gran esfuerzo implicar al estamento médico. Dentro de este fenómeno, una de las causas propuestas es la *“relevancia”* que le imprime el tema médico a la seguridad asistencial: **“los médicos le restan importancia porque para ellos es un papeleo innecesario e inútil” (EG4)**, se le quita o no se le ve importancia a la calidad y seguridad asistencial **“se toma muy poco en cuenta la calidad y seguridad, los encargados en general no tienen tiempo protegido, lo hacen cuando pueden, no se le ve la importancia que tiene a la calidad y seguridad de los usuarios” (MG3).**

Problemas. El principal motor de la seguridad asistencial es la prevención de los eventos adversos, que aparecen constantemente dentro del discurso de los grupos focales. Los *“eventos adversos”* en general se mencionan en el discurso, asociados a la atención cerrada en temas de caídas y errores de medicación. Se destaca en que los errores y eventos no son situaciones que se generan de manera premeditada ni con intención maliciosa: **“estas cosas obviamente uno no las hace porque las quiera hacer, sino que son errores humanos que hay que mejorar” (MG3).** Se enfatiza que cuando ocurren eventos adversos generalmente son graves. Se señala también que hay situaciones puntuales que transgreden ciertas normas de seguridad del paciente; pero cuando se levantan eventos



adversos "se trabaja y no se deja pasar mucho tiempo (desde la ocurrencia del evento)" (MG3).

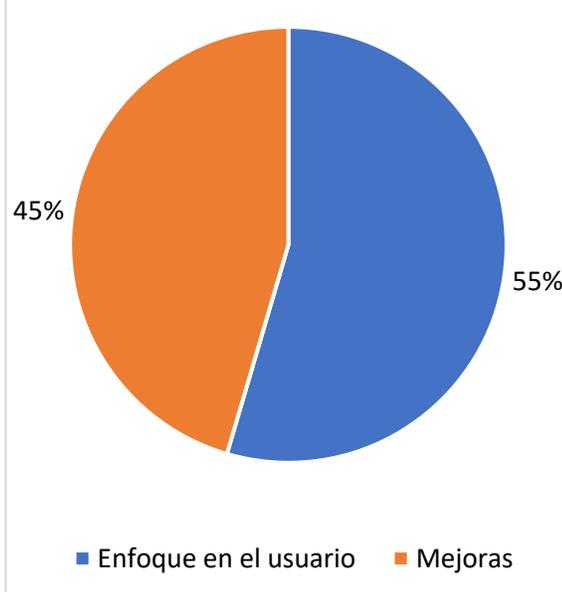


Para poder elevar un evento adverso, es fundamental tener una cultura de "notificación" de eventos para poder realizar acciones de mejora continua. Se describe que se dio a entender a los funcionarios la importancia de la notificación con un enfoque no punitivo. Nuevamente se señala que en el equipo médico "cuesta mucho el tema de hacer una notificación; no entienden cómo hacerla, o por qué hay que hacerla, o cuál es la importancia; por qué es relevante en el fondo, notificar un evento" (EG4).

En relación con la subcategoría "brechas", se observan comentarios de distinta índole señalando que hay distintas falencias dentro del tema de seguridad asistencial: "estamos al debe", "falta mucho por hacer", "hay un déficit en el tema", "falta mucho por avanzar", son frases que se repiten en los cuatro grupos focales. Dentro de las brechas más importantes están la resistencia, la falta de conocimiento y la falta de compromiso: "hay mucha resistencia respecto a la cultura de calidad que uno esperaría tener en calidad y seguridad del paciente, creo que falta compromiso, creo que falta conocimiento y falta equiparar ese conocimiento a través de todos los estamentos, porque muchas veces no se toma el peso a situaciones que ocurren con respecto por ejemplo a eventos centinela, y creo que cuando uno desconoce no teme mucho a las cosas que puedan suceder" (EG2). Entre los factores en déficit que se señala en torno a los médicos está la falta de tiempo que se otorga para preocuparse de temas de calidad, "los encargados no tienen tiempo protegido" (MG3).



Gráfico 7.26. Categoría "Oportunidades" pregunta 1



Oportunidades. La principal motivación de los participantes de los grupos focales es poder entregar una atención segura y de calidad para el usuario. En la subcategoría “*enfoque en el usuario*” destaca en los equipos la importancia que ellos ponen en realizar las labores de la manera más segura posible: la calidad es del hospital, es por el paciente, **“estamos súper sensibilizados como equipo de cómo entregar lo mejor al paciente para que tenga seguridad en su atención” (EG4)**. El foco está en generar un **“trayecto seguro para el paciente”, “cuidar al usuario”, “entregar una sensación de seguridad al usuario”,**

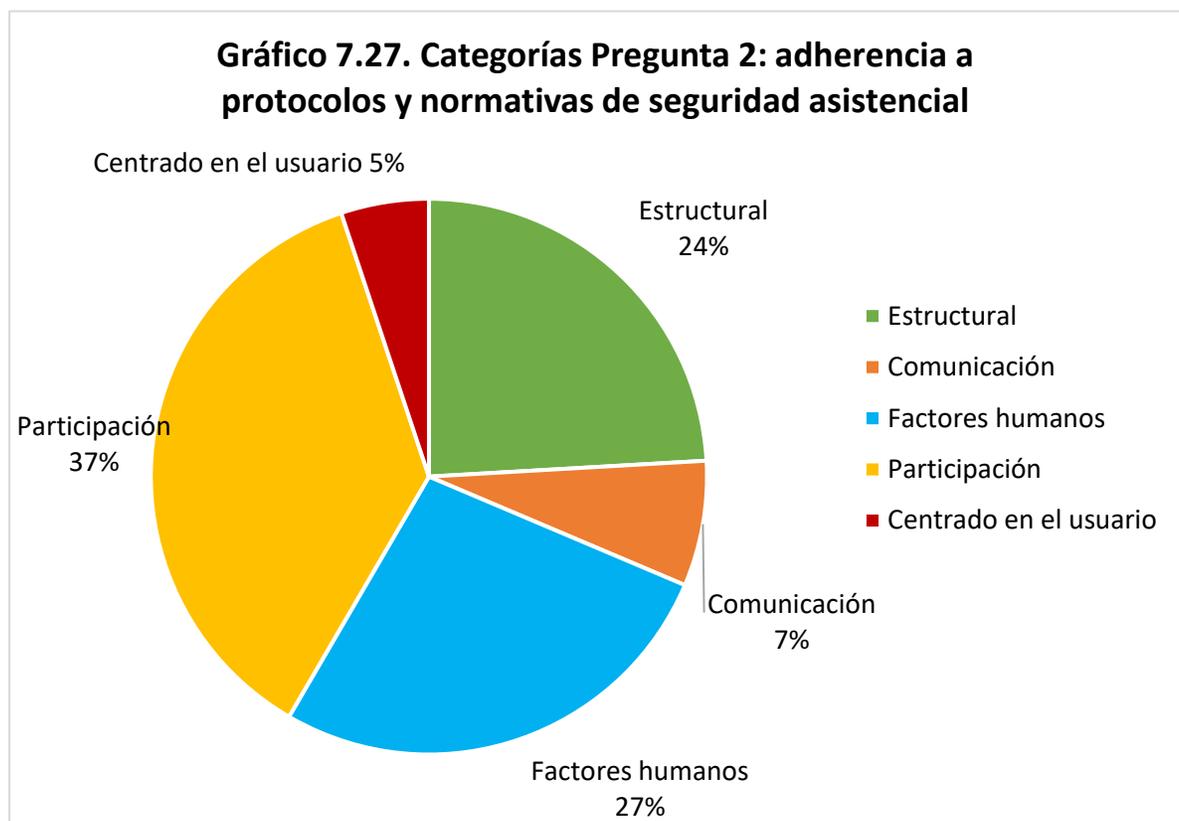
debido a que **“los hospitales son lugares para sanar, y la gente que trabaja en los hospitales lo hace para sanar” (MG2)**. El estímulo de poder entregar al usuario la mejor atención es entender que el usuario es un igual y con mi actitud debo manifestar respeto hacia él.

Dentro de la subcategoría “*mejoras*”, hay esperanza en que se está creciendo: **“cada día buscamos mejoras”, “vamos de menos a más”, “hay mucho por crecer”, “se ha ido creciendo de a poco”**. Es un camino de arduo trabajo, sin embargo, se ha logrado estandarizar muchos procesos, se ha conseguido instaurar en gran medida que las notificaciones no tienen efecto punitivo y que el error es la oportunidad de mejora para entregar un servicio mejor al paciente.



RESULTADOS PREGUNTA 2. ¿Cómo considera usted que es la adherencia a los protocolos y normativas de seguridad asistencial?

En esta pregunta se rescataron 137 ideas fuerza - 5 categorías -13 subcategorías. Las ideas de cada categoría se representan en el siguiente gráfico:



Estructura. Se repite nuevamente puntos de la pregunta anterior en aspectos estructurales, en los conceptos “acreditación”, “notificación” y “protocolos”, siendo el concepto mayor generador de ideas fuerza “*protocolos*”. Se refiere nuevamente la necesidad de que los protocolos estén realizados por todos los equipos de trabajo, **“los protocolos bien estructurados deben ser con distintos estamentos y con más de un área del hospital involucradas”** (MG3), ya que actualmente se considera que están siendo realizados por



Gráfico 7.28. Categoría "Estructura" Pregunta 2



funcionarios administrativos con un enfoque más teórico y no es un proceso inclusivo. Además, dentro de las brechas destaca la falta de análisis en la factibilidad cuando se implementen los protocolos y la creación de protocolos exclusivamente desde la teoría, existe un **“error no intencional de hacer las cosas muy teóricas, muy de la perfección de lo que dice la evidencia, pero efectivamente cuando se llega a la implementación es como me dicen: <<ya me voy a lavar las manos y no tengo lavamanos>>”** (KG1). Otro aspecto es que el enfoque actual debe ser que los

protocolos estén orientados en el riesgo clínico y sean más funcionales, a través de la estandarización de manera práctica, siendo las personas que operativizan los protocolos quienes **“deben poner toda su mirada desde lo práctico”** (EG1). Otra deficiencia que se señala en relación con los protocolos es que se consideran muy repetitivos, hay protocolos que los equipos o estamentos desconocen, que se crean para cumplir con algún aspecto solicitado por la autoridad y luego **“los protocolos quedan botados”** (TSG1). Además, se señala que al ingresar a la institución se debería recibir una instrucción más clara de los protocolos.

En adherencia a protocolos y normativas nuevamente se toca el tema de la *“acreditación”*, la que se visualiza como una parte de la calidad, quizá la parte más visible. Sin embargo, el desafío real yace en lo profundo; ya que se da pie al proceso de acreditación, se logra acreditar y después se vuelve a caer en una actitud pasiva y estática hasta un nuevo proceso de acreditación; **“en lo particular a mí me toca en mi institución hacer riesgo clínico y uno hace agua, ya. En mi caso es verdad, muchas veces se da pie a la acreditación y después todos se duermen, entonces ¿qué pasa con ese riesgo? Ok, la institución se acredita, todos bien, todos felices, todos contentos, pero resulta que debajo de ese**



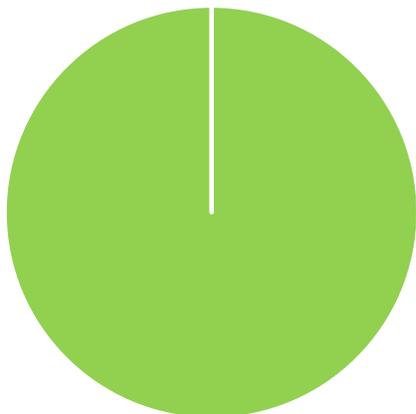
iceberg de la acreditación hay eventos adversos que ocurren, eventos centinelas que no son pocos” (EG4). Es vital reconocer que la acreditación es solo una parte visible de un proceso mucho más complejo. En el ámbito de la responsabilidad, conocimientos y labores de los médicos en el proceso de acreditación, es esencial fortalecer la enseñanza a los médicos el proceso. El equipo de enfermería señala que parte del equipo médico tiene una brecha en conocimiento de acreditación, teniendo que ser capacitados por ellos para poder comprender y presentar los puntos que serán evaluados en el servicio clínico por las entidades acreditadoras; refieren que **“generalmente en los procesos de acreditación hay que enseñarles hasta lo más mínimo... no sólo tenemos que preparar nuestras cosas, sino que además de preparar a los médicos” (EG4).**

Otro aspecto significativo para resaltar es la *“notificación”* de eventos adversos. Se ha observado que el equipo de enfermería demuestra una mayor adherencia, frecuencia y calma al realizar notificaciones, **“enfermería tiene como un switch: ocurre un evento, notifican” (MG3)**; mientras que el equipo médico presenta una menor cantidad de notificaciones en comparación. Se hace un comentario relacionado con la cultura de notificación y la presencia de eventos punitivos asociados, como procesos administrativos (sumarios, investigaciones); **“cuesta que los profesionales notifiquen porque la notificación de un evento no debería ser punitiva pero sí es punitiva... mi personal, me dice: <<yo no voy a notificar porque esto va a terminar en sanción para alguien de los involucrados>>, y eso lo expresan verbalmente.” (MG3).** En ocasiones, se ha destacado el uso inapropiado de las notificaciones como medio para formular acusaciones e, incluso, tergiversar la información con el propósito de abordar conflictos internos en lugar de notificar eventos relacionados con la seguridad del paciente.

Enfoque en el usuario. Existe un consenso generalizado de que los usuarios son el centro de todo el accionar en torno a los protocolos y normativas, orientados hacia **"mantener la seguridad para proporcionar mejores condiciones de salud" (KG1).** Expresiones clave como **"es sumamente importante que yo no me equivoque, por el paciente"**



Gráfico 7.29. Categoría "Enfoque en el usuario" pregunta 2



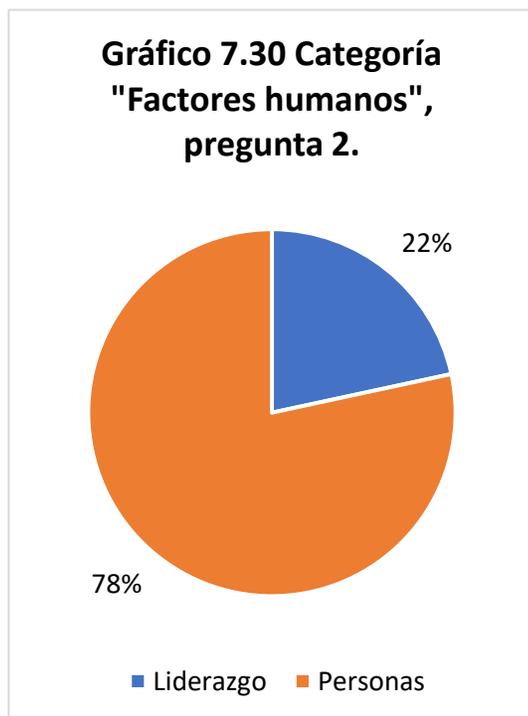
(EG2), "estamos todos integrados para ayudarnos a que al paciente le vaya bien" (EG2), y "para el paciente, hacer las cosas bien es calidad de vida" (EG2), así como la perspectiva de que "hoy el paciente no soy yo, pero debo entender que mañana yo seré el paciente" (EG2), evidencian la prioridad que el equipo de salud concede a los usuarios. Es esencial evitar desviarse del enfoque centrado en el paciente, como se destaca en la reflexión de una **enfermera del grupo 2**: "**...de repente todos somos individualistas, somos egocentristas de decir: <<ah, ya de**

nuevo me están pauteando>> pero en realidad, si nos centráramos en lo que todos estamos de acuerdo que es importante, que es el paciente, nos daríamos cuenta de que sí es muy importante".

Factores humanos. Un elemento central de esta pregunta es la manera en que las "personas" reaccionan frente al concepto de seguridad asistencial. En el complejo escenario del área de servicios en salud, se observa una diferencia notable entre los diversos estamentos en cuanto a la agilidad y disposición para abordar los temas relacionados con la seguridad y la calidad; "**hay estamentos que rápidamente se organizan, trabajan y sacan los documentos**" (EG2). La base fundamental para garantizar el funcionamiento efectivo de todo el sistema de salud es que cada componente esté operando de manera óptima, un **médico del grupo 2** señala: "**todo el camino de la calidad no es responsabilidad de una sola persona, sino que cada cual tiene su rol.**



Así como el circo chino cuando hacen todas sus piruetas y saltan arriba del otro, y agarra un plato, que nadie se caiga; uno que falle y fallan todos. Por lo tanto, para



asegurarnos que esta cosa funcione tenemos que estar todos funcionando bien". La integración y colaboración entre los diferentes estamentos son pilares esenciales para asegurar el bienestar del paciente. Sin embargo, surge la percepción de que algunos estamentos se organizan y trabajan con mayor celeridad, mientras que otros, especialmente el ámbito médico, muestran resistencia y reticencia a adaptarse; una **enfermera del grupo 2** señala que **"el estamento que más cuesta encantar es el estamento médico"**. Se manifiesta una variabilidad en la adherencia a los protocolos que, en gran

medida, depende del estamento involucrado. Sin embargo, se destaca una dinámica peculiar en el ámbito médico, donde además de esto, se señala existe una confianza casi inquebrantable en que los resultados serán positivos. **"Las personas tienen la confianza que les va a ir bien... siempre uno piensa que le va a ir bien. Pero la confianza, como la soberbia, es mala consejera"** refiere un **médico del grupo 2**. El médico subraya que adoptar una cultura de calidad no solo representa un estándar, sino también una salvaguarda. Explica que las consecuencias legales de errores o negligencias pueden repercutir no solo en la reputación de un médico, sino incluso en su patrimonio. En este contexto, solicitar y promover un ambiente de trabajo seguro no solo es una medida preventiva, sino una acción que a largo plazo resguarda tanto al profesional médico como a sus bienes. Un ejemplo ilustrativo de esto es la omisión o delegación de la firma del consentimiento informado, un proceso medicolegal esencial para llevar a cabo procedimientos y actos quirúrgicos. Este caso ejemplifica la seriedad asociada con el



incumplimiento de tareas que están claramente protocolizadas y estandarizadas en la práctica médica.

Se subraya la importancia de cambiar las estructuras y paradigmas arraigados en las dificultades para involucrar a los profesionales médicos: **“cuesta agilizar sobre todo a los funcionarios médicos, porque un médico mientras menos trabajo administrativo hagamos, es mucho mejor. Nos enfocamos más que nada en la parte clínica, en atender, en la parte asistencial; creo que esa formación está errada en la visión de nosotros como médicos. Y cuesta mucho cambiar esa estructura de nosotros en la cabeza, cuesta mucho evangelizar a la gente” (MG3)**. La falta de reuniones específicas entre el equipo médico y los referentes en calidad resalta la necesidad de establecer una comunicación más efectiva y fomentar un liderazgo médico en este aspecto. Se refuerza que los médicos son buenos funcionarios en temas operativos, sin embargo, tienen brechas en gestión al momento de tener que enfrentarse a estos temas que son parte de la cultura hospitalaria, sobre todo de la prevención.

En cuanto a las responsabilidades asignadas, surge la observación de que los referentes de calidad en las instituciones son mayoritariamente enfermeros, generando una percepción que se percibe, en ocasiones, con cierto descontento o fatiga por parte de este estamento: **“entramos en la multifuncionalidad del enfermero <<la enfermera tiene que hacer esto, la enfermera se encarga de esto, la enfermera esto>> y tú estás en todo” (EG4)**. Se destaca la versatilidad del rol de enfermería, donde las enfermeras asumen una amplia gama de responsabilidades, sin embargo, se asume que en parte lo hacen por un déficit de preocupación de otros estamentos.

En la subcategoría de *“liderazgo”* destacan principalmente el actuar de las jefaturas, la formación de los líderes y la responsabilidad de la organización en la adherencia. La eficacia del equipo de trabajo se encuentra intrínsecamente ligada al liderazgo y la metodología implementada por la jefatura, ya que ambos factores ejercen una influencia directa sobre la motivación de los funcionarios en propender a una mejor seguridad asistencial. Asimismo, la supervisión desempeña un papel esencial en la adherencia de los



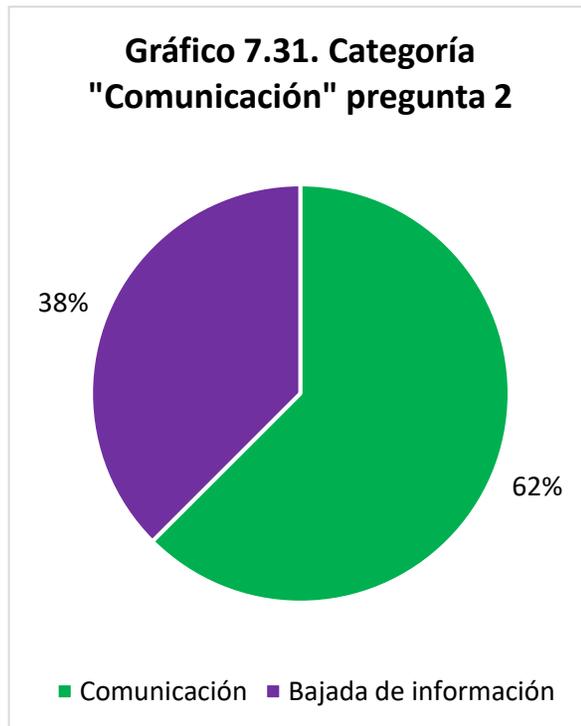
empleados a los procesos y normas organizacionales, aunque se reconoce que supervisar la ejecución de una norma puede presentar desafíos significativos, requiriendo habilidades directivas: **“si no tengo la capacidad de habilidades blandas, de transmitir motivación, de decir a todos unámonos y de verdad que dependa de todos, muchas veces no va a ser efectivo” (EG2)**. Desde la perspectiva académica, se enfatiza que, si el personal de enfermería ocupa roles de coordinación o supervisión, es imperativo que cuenten con una formación que incluya cursos de gestión, calidad y liderazgo: **“curricularmente, en enfermería nosotros todos tenemos algún cargo de coordinación o supervisión; o sea ninguno de nosotros podría estar aquí sin un diplomado de gestión, de calidad, de liderazgo, una serie de cosas” (EG4)**. Este enfoque educativo busca preparar a los profesionales para desafíos más allá de lo técnico y clínico. En contraste, en el ámbito médico, no se requiere que los profesionales demuestren estudios o habilidades específicas para asumir cargos de gestión, sino que en general, la designación de una jefatura médica se basa en la excelencia técnica y en ser buenos operadores, sin que se realice un análisis detallado de sus capacidades de gestión o formación previa.

Por último, un punto fundamental en liderazgo es que la responsabilidad de fomentar la adherencia a las normas recae principalmente en los directivos organización, subrayando la necesidad de un enfoque proactivo y un cambio cultural que se propague **“desde la dirección hacia abajo” (EG4)**.

Comunicación. En relación con esta categoría, los grupos indican que se trata de un aspecto fundamental para fomentar la adherencia y el conocimiento. El equipo médico relata como brecha al momento de incorporarse a la institución una baja entrega de material educativo en relación con los protocolos, destacando la importancia de recibir formación específica sobre los protocolos más relevantes durante el proceso de inducción: **“Cuando uno ingresa a una institución, uno debiese recibir una instrucción más clara de los protocolos” (MG3)**. Es esencial que se proporcione una guía más detallada e



instructiva acerca de estos protocolos, sentando así las bases para una práctica alineada con los estándares mínimos de seguridad de la atención. Otro punto esencial es que la



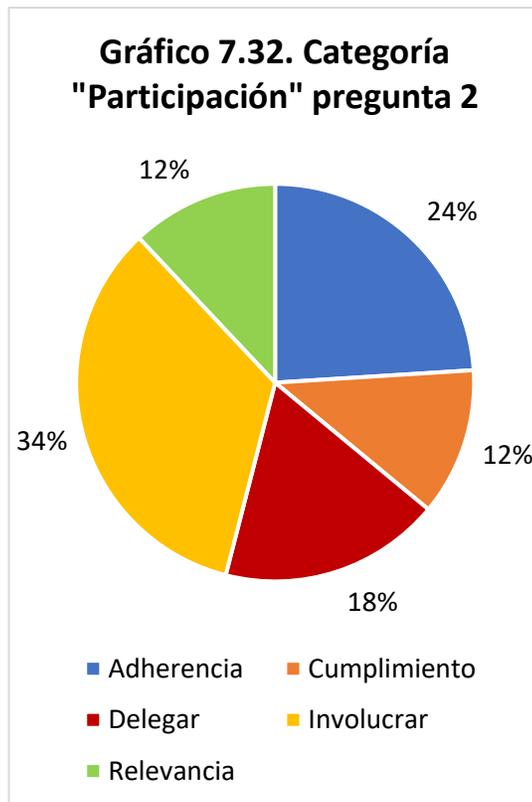
efectividad y aplicación práctica de los protocolos están estrechamente vinculadas a la calidad de su difusión. Sin embargo, se reconoce una deficiencia en el proceso de hacer llegar la información a todos los involucrados, evidenciada en la afirmación de que **"nos caemos en la difusión"** (EG 2) y **"no hay suficientes estrategias comunicacionales"** (KG1). Estas expresiones subrayan la necesidad de abordar las carencias en la comunicación para asegurar que la información sobre los protocolos se distribuya de manera efectiva a todos los

miembros del equipo de atención de salud. En este aspecto, se destaca que es necesaria una bajada comunicacional de la información desde los directivos y jefaturas hacia los clínicos, con objetivo de **"transmitir las ganas y el ímpetu desde los directivos hacia los operativos"** (TSG1). A pesar de lo mencionado anteriormente, persiste una sensación de que la información sobre mejoras y proyectos no se comunica de manera adecuada a los equipos clínicos.

Participación. Para los líderes que participaron en los grupos focales existe el desafío de llegar a todos en la implementación de cambios y mejoras. Un obstáculo evidente es la falta de *"involucramiento"* de los equipos, lo que se traduce en una ausencia de integración en los clínicos al momento de realizar los protocolos y bajar la información. La omisión de la participación de aquellos que llevarán a cabo las modificaciones resulta en un déficit de perspectivas prácticas y valiosas de quienes operativizan la entrega de



servicios en salud: **“Abajo (a los funcionarios operativos) llega como una instrucción: <<tome, vaya, esto es lo que tiene que hacer>>, pero quizás ese que estaba allá, el que lo va a implementar, tiene una mejor forma, mucho más sencilla, tiene la práctica <<oye no lo hagas así, qué te parece si lo hacemos acá>>, yo creo que eso falta, un**



poco incorporar al que está metido y motivarlos en la participación. Cuando uno está motivado en la participación de hacer algo lo implementa mucho más fácil” (TSG1). Es imperativo solicitar la opinión de los funcionarios que implementarán las medidas que se están normando o protocolizando, ya que su experiencia, conocimientos prácticos y contacto directo con el paciente son esenciales para comprender las necesidades reales de la provisión de servicios de salud segura. La clave radica en preguntar y comprometer a las personas en el proceso. Cuando los equipos son partícipes desde el principio, se observa una notable adherencia a las iniciativas; la

forma en que se involucra a los ejecutores determina en gran medida el éxito de la implementación **“todas las veces que hemos hecho participe a los equipos involucrados en esas instancias, ellos han tenido una gran adherencia” (EG2).** Una mayor participación equivale a más involucramiento en la ejecución y, en consecuencia, más propuestas para mejorar los procesos. La incorporación y motivación son elementos facilitadores esenciales para garantizar una implementación efectiva, y para lograr esto, se puede unir a los equipos interesados, fomentando una cultura de colaboración. Sin embargo, se describe el desafío de la falta de tiempo protegido para que las jefaturas médicas dediquen esfuerzos a la construcción conjunta de protocolos. La limitación de



tiempo resulta en la imposibilidad de realizar reuniones si no se establece un espacio de tiempo protegido: **“más allá de que los profesionales del estamento médico quieran o no quieran adherir, no hay un tiempo protegido para que uno dedique espacios para la construcción conjunta de protocolos” (MG3).**

Se indica como una necesidad regular el conocimiento de los equipos, en particular tratar de nivelar al equipo médico y propiciar un cambio cultural real para involucrar genuinamente a los médicos, **“tiene que haber un cambio en la visión desde la dirección hacia abajo, de cambio de cultura, y de involucrarlos de verdad” (EG4).** Podemos encontrar inspiración en ambientes ultraseguros, como los aviones, donde la seguridad es una preocupación compartida, y todos a bordo contribuyen a su mantenimiento: **“en otros ambientes que también deberían ser ultra seguros como los aviones, la gente que trabaja en las aerolíneas son lugares muy jerárquicos también, como los hospitales; pero eso es conocido por todos que tiene que ser seguro, y probablemente también porque influye en esa seguridad que también voy yo a bordo (a diferencia del paciente, que el paciente no soy yo digamos) ¿Y si nosotros entendiéramos que también el día de mañana somos pacientes?” (EG4).**

Al analizar la *“adherencia”* a las normativas, se hace visible que existe una poca adherencia a los protocolos de seguridad asistencial; esta es una variable que se ve fuertemente influenciada por diferentes factores, especialmente dependiendo de si el protocolo es de naturaleza transversal a la institución o está vinculado al trabajo específico de algún estamento en particular. Cuando se trata de protocolos transversales, se observa una notable tendencia hacia una alta adherencia. Esta consistencia en el cumplimiento puede, en parte, deberse a la aplicación uniforme en diversos ámbitos y funciones. Sin embargo, mantener esta adherencia en el tiempo y garantizar que no esté sujeta a la presencia de un equipo o persona en particular es esencial para lograr una efectividad. Una frase recurrente en el grupo focal 4 es **“quien nada sabe, nada teme”**, lo que tiene un peso significativo en el contexto de la adherencia a los protocolos: aquellos que carecen de información o comprensión tienden a mostrarse menos propensos a cumplir rigurosamente con los procedimientos establecidos. A nivel general se indica que



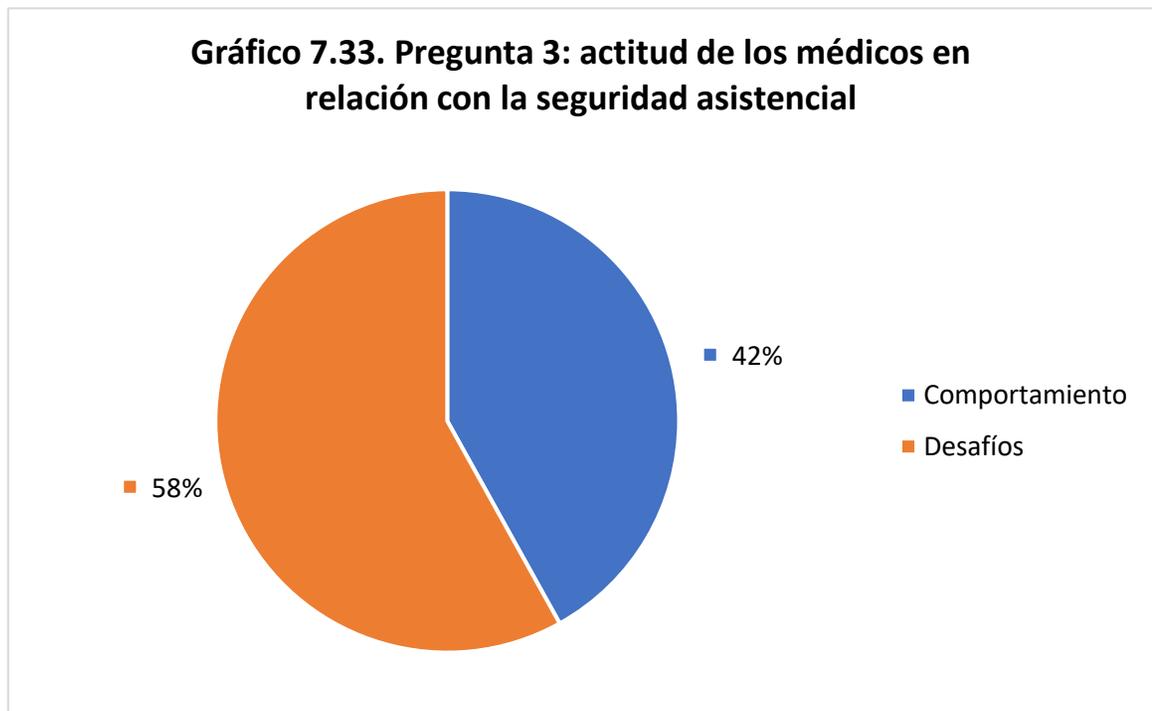
enfermería y los estamentos técnicos y auxiliar tienen más adherencia, pero bajo la concepción que siempre hay un enfermero supervisando y retroalimentando: **“creo que es mucho más adherencia del personal técnico o enfermería o auxiliar son los pro en esto, pero porque también hay un enfermero detrás que está. No es que nos queramos subir el pelo pero la cuestión es así: estamos nosotros ahí detrás haciendo que se cumpla el protocolo institucional porque también es mi función; pero también pienso que no podemos solamente asumirlo nosotros” (EG2).**

En relación con la delegación de funciones, se expresa que hay una costumbre de dejar la parte administrativas a las enfermeras; que corresponde a una visión cultural anacrónica que debe ser cambiada. Es por esto que la calidad se torna una carga adicional a la enfermería, quienes indican que delegar lo administrativo exclusivamente a enfermería es una percepción errónea que necesita ser superada para fomentar una distribución más equitativa de responsabilidades dentro del equipo de atención de salud. Se ha creado una dinámica en la que la responsabilidad de los temas de seguridad recae en gran medida en el equipo de enfermería, una situación que a menudo se da por sentada. Los médicos confían en que los enfermeros asumirán estas responsabilidades, considerándolos gestores competentes y dedicados. La frase que describe un **enfermero del grupo 4 "los médicos saben que los enfermeros lo van a hacer, son buenos gestores, preocupados, y más encima encargados de acreditarlos"** refleja la confianza depositada pero también una delegación de funciones que también corresponden a los otros equipos.



RESULTADOS PREGUNTA 3. ¿Cuál es, según su percepción, la actitud de los médicos en relación con la seguridad asistencial o del paciente?

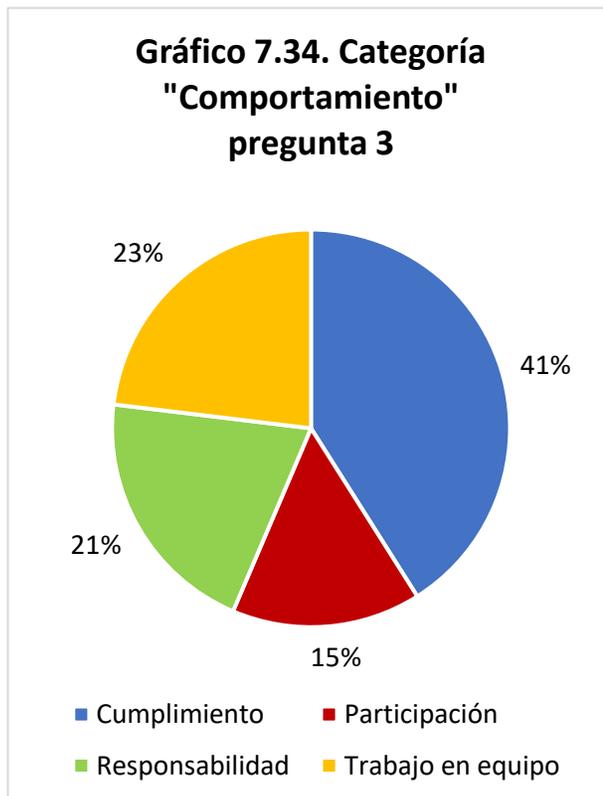
En esta pregunta se identificaron 93 ideas fuerza 2 categorías - 11 subcategorías.



Comportamiento. En una primera instancia se analiza la “*participación*” de los médicos, aspecto que ya se ha analizado previamente en la pregunta de adherencia a protocolos y normativas. Se describe por los participantes que el estamento médico resulta particularmente difícil de incluir e involucrar, a menudo se percibe como un agente externo en lugar de un participante activo en los procesos internos: **“existe menos disposición de los médicos a participar y ser parte del cambio cultural” (KG1)**. Es interesante notar que la dinámica cambia cuando los médicos asumen roles directivos, **“cuando uno los coloca como directivos en una situación distinta” (EG1)**. En estos



casos, se observa una alteración en su actitud, mostrando una mayor disposición a participar en iniciativas que buscan transformar la cultura organizativa.



Otro punto destacable para resaltar es el "cumplimiento". Se vuelve a objetivar como desafío el trabajo con el equipo médico, especialmente en relación con el cumplimiento de los protocolos. A pesar de poseer el conocimiento necesario, en ocasiones, los médicos no cumplen con estas pautas. En algunos casos, los protocolos pueden percibirse como algo de poca relevancia, lo que dificulta una comprensión objetiva de la importancia de adherir a la normativa que busca entregar una atención con la mayor seguridad posible. Además, se indica que los protocolos que no son

exclusivamente médicos tienen aún menor cumplimiento: **"En protocolos que no tienen que ver directamente el quehacer médico, o que vienen desde calidad por ejemplo, no hay tanta adherencia"** (MG3). El discurso de los profesionales indica que, en muchos casos, la adherencia de los médicos a la normativa se limita al momento en que están siendo supervisados **"si tú te pones al lado de la zona de lavado de manos quirúrgico y saben que tú estás evaluando ... dicen: << ¿cuánto llevo en tiempo? porque usted debería saber>>. Y se siguen lavando porque obviamente tú estás ahí evaluando y no te has movido"** (EG4). Por el contrario, el equipo no médico (profesionales, técnicos y auxiliares) muestra una mayor coherencia y cumplimiento en comparación. Ejemplos de no cumplimiento son el tema de la notificación de eventos adversos, la entrega de información a familiares, el no cumplimiento específico de normativas de infecciones asociadas a la atención de salud como por ejemplo el uso de esmalte de uñas. Destaca en



el equipo de enfermería incluso la implementación de medidas drásticas en la exigencia del cumplimiento, como por ejemplo no permitir el ingreso a pabellón quirúrgico con uñas pintadas, no entregar guantes quirúrgicos a quien tenga las uñas pintadas, o no dar salida a los pacientes de recuperación quirúrgica hacia sala de hospitalización si el médico no hace el protocolo quirúrgico o firma la pausa de seguridad; sin embargo, también se reflexiona con pesar que estas acciones finalmente perjudican a los pacientes porque enlentecen sus procesos de atención. La necesidad de estas medidas que se pueden considerar "punitivas" para el equipo médico, se plantea como una estrategia para enfatizar la importancia del cumplimiento de las normativas como una exigencia.

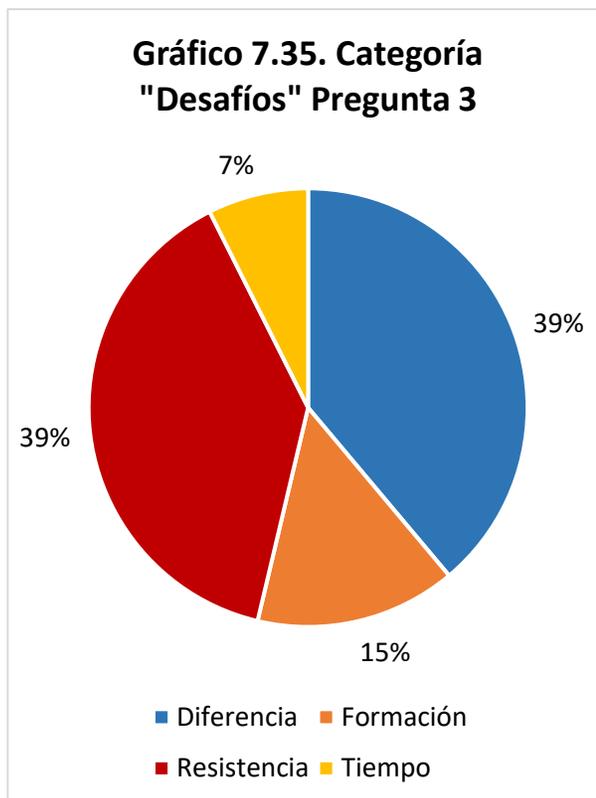
En el ámbito de la "responsabilidad" con los usuarios y los procesos, se describe la necesidad de enfocar la calidad y seguridad en la atención médica no solo por el beneficio para el paciente, sino también para la protección individual y la integridad laboral de los profesionales de la salud: **"Si tú haces bien lo que es calidad y seguridad te estás protegiendo a ti y tu trabajo" (EG2)**. Se recalca que es esencial comunicar de manera clara y persuasiva la importancia directa que estos principios de seguridad asistencial, prevención de eventos adversos y cumplimiento de normativas tienen en la clínica y cómo impactan en la experiencia y resultados del paciente. En un contexto donde los médicos son fundamentales en la estructura y ejecución de la mayoría de los procesos, es crucial reconocer que en términos de responsabilidad medicolegal y desde lo normativo, en la mayoría de los casos el responsable final del proceso de atención clínica es el médico. La conciencia de que incluso los profesionales de la salud pueden cometer errores y negligencias graves refuerza la necesidad de un enfoque riguroso en calidad y seguridad. Motivar a los médicos a reportar eventos adversos y participar para aprender de ellos y mejorar continuamente, y explicar cómo cada protocolo y ley no solo es un requisito, sino una responsabilidad individual, contribuye a fortalecer la cultura de seguridad y calidad en la atención médica.

Otro concepto que se manifiesta en esta categoría es el "trabajo en equipo". En el proceso de implementar mejoras, es esencial que todos los miembros del equipo estén comprometidos. La estrategia debe involucrar al equipo completo, ya que nuevamente



existe la percepción que toda la responsabilidad y el quehacer recae sobre el equipo de enfermería: **“creo que nosotros somos los encargados de poder hacer el verdadero cambio y que esto también genere un impacto que efectivamente <<somos todos un equipo de trabajo>>, no es solamente médico - enfermero - kine o TENS; somos un equipo multidisciplinario, entonces no podemos caer siempre nosotros (los enfermeros) en la multifuncionalidad” (EG4).** Este cambio busca generar un impacto real, enfatizando la idea de que todos forman parte de un equipo de trabajo unido en pro de la seguridad del paciente. Se refuerza también el actuar de los directivos en el proceso de involucrar a todos, sobre todo reconociendo que los equipos de calidad y seguridad, que se originan desde la dirección, deberían tener mucho más peso para incluir, persuadir y comprometer a los médicos en esta tarea. La colaboración de todo el equipo, el liderazgo efectivo y el reconocimiento del papel de cada miembro son fundamentales para lograr mejoras significativas.

Gráfico 7.35. Categoría "Desafíos" Pregunta 3



Desafíos. Se muestra dentro de esta pregunta, diversos desafíos que dan cuenta de las actitudes de los médicos para poder adherir o tener una buena actitud a favor de la seguridad asistencial. Dentro de estos desafíos se señala la “resistencia”, “diferencias” entre el equipo médico y otros profesionales, brecha en “formación”, y temas relacionados con “tiempo”.

En el ámbito de “resistencia” a las normativas, los protocolos y la cultura de seguridad, se refiere por los equipos que en el estamento médico existe poco



interés en el tema, por lo que incorporar a los médicos en el día a día de los procesos es fundamental teniéndose que enfrentar a una resistencia significativa. Esta resistencia se manifiesta como una **"piedra de tope"** (EG1) y una limitante. Para muchos médicos, subirse al carro de la seguridad resulta especialmente desafiante; algunos perciben que para los médicos **"algo tan básico como la higiene de manos es una verdadera tortura"** (EG4), e incluso se explicita que hay **"jefaturas que se molestan cuando se les solicita que realicen labores de calidad y seguridad asistencial"** (EG2). Este obstáculo se ve intensificado por factores generacionales, ya que aquellos funcionarios médicos con muchos años de experiencia pueden experimentar dificultades para adaptarse a nuevas prácticas.

Existe una distancia de los médicos con los demás funcionarios, y una tendencia a la defensa basada en la experiencia y la capacidad intelectual, con médicos que sienten que ya poseen un conocimiento exhaustivo y se resisten a aceptar sugerencias externas: **"los equipos médicos se sienten distantes del resto de los otros profesionales. <<Los otros trabajan con el médico>>, <<los otros hacen que yo esté acá>>, <<o sea yo me titulé y yo sé todo lo que hay que hacer, ¿por qué me dices tú lo que tengo que hacer cuando yo lo sé?>>**. Entonces esta actitud, en términos cierto que muchos conocen de **<<diostor>>** que les enseñaron que es así, y es tanto con el resto de los equipos de profesionales de cualquier área, y sobre todo con el paciente" (TSG1). Aunque los médicos pueden mostrar adherencia a los protocolos establecidos en su misma unidad y áreas de trabajo, participar en su creación presenta un desafío adicional. Se señala que incluso algunos médicos se han negado a participar en análisis de eventos en los que están involucrados, y la participación general en estos procesos sigue siendo limitada.

Dentro de las *"diferencias"* que se manifiestan entre el estamento médico y los demás profesionales, se señala que están arraigadas en una cultura médico-centrista más antigua: **"era el médico el que decía todo y hacía todo y daba todas las indicaciones; y yo creo que eso con los años de cierta forma, se ha ido tratando de modelar y tratar de cambiar, aunque todavía queda la cultura de que el médico es el que tiene que responder frente a todo finalmente"** (KG1). Parte de la actitud del equipo médico puede



ser explicada como un fenómeno cultural arraigado que ha perdurado a lo largo del tiempo; esta cultura tiende a priorizar las responsabilidades asistenciales sobre las administrativas, siguiendo el modelo médico tradicional. Hay una percepción que la función de los médicos se centra exclusivamente en el ámbito operativo de la atención, dejando de lado la integración efectiva en cuestiones de seguridad y gestión administrativa. Otro punto de diferencia son los beneficios otorgados a los médicos dentro del sistema de salud público y privado, que también contribuyen a esta distinción, alejándolos del resto de los profesionales y generando una sensación de diferencia que, a su vez, puede fomentar una actitud de "**estar fuera**". Esta cultura también se refleja en la reticencia de los médicos a reconocer errores, lo cual no solo afecta la dinámica interna, sino que también impacta en la percepción de las normativas por parte del equipo. Es en este contexto, que la gestión efectiva para un correcto cumplimiento y funcionamiento de la seguridad asistencial recae en enfermería, donde los enfermeros y supervisores buscan aplicar normativas; un ejemplo simple es la prohibición de esmalte por el programa de control de infecciones. Sin embargo, la observación de que los médicos no siguen estas normas genera una situación incómoda entre las jefaturas y sus subordinados, que compromete la adherencia del equipo profesional y técnico a las regulaciones. La contradicción en el cumplimiento de normativas por parte de los médicos plantea un desafío adicional al intentar establecer expectativas coherentes para otros profesionales, técnicos y auxiliares: **“en pabellón de quemados estuve muchos años, y uno le decía al personal técnico (al ingreso a los quirófanos): <<No pueden entrar con polar>>. Y ellos respondían: <<¿Y por qué el anestesista está con polar?>> A ella yo ya le dije, pero no la podía sancionar, no podía ponerle que no cumple la norma. Después el esmalte de uñas: <<¿Por qué la anestesista sí?>>... entonces en el fondo: ¿cómo le pide después uno al equipo de TENS que cumpla, cuando el que está arriba en este eslabón jerárquico no lo hace?” (EG4).**

Otro factor relevante que se manifiesta es el tema del *“tiempo”*. El tiempo desempeña un papel fundamental en la perspectiva de los médicos, quienes según los participantes miden cada aspecto en función del tiempo disponible. Existe la percepción que para ellos los



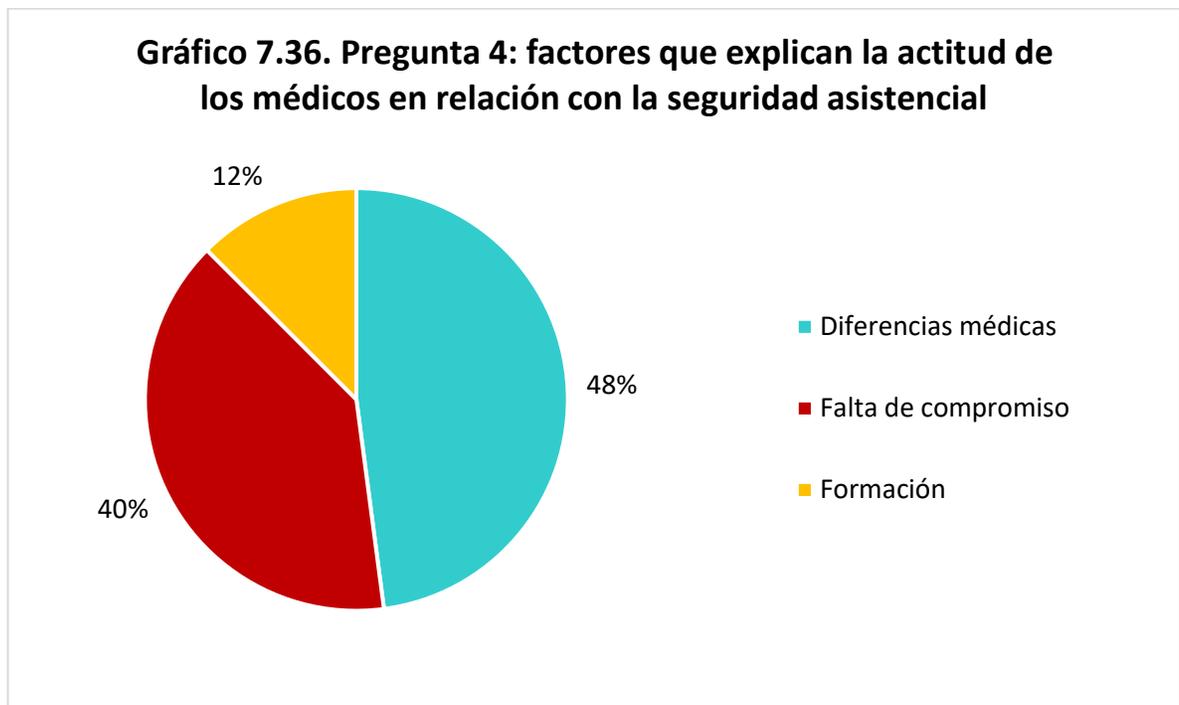
protocolos representan una extensión innecesaria en el tiempo de los procedimientos, permitiendo que se lleven a cabo las normativas, pero con la condición de que no alteren el flujo habitual ni enlentezcan los procesos. Incluso, destaca en el grupo focal 3 de los médicos, que la creación de protocolos se percibe como un esfuerzo adicional, realizándose fuera del horario establecido, ya que no hay tiempo protegido para dedicarse a esta tarea dentro de la jornada laboral regular; **“son pocos los médicos que se motivan a participar en la creación de un protocolo, porque es un esfuerzo y como decían, no hay tiempo protegido para hacer los protocolos” (MG3).**

Finalmente, otro factor destacado es la *“formación”* en temas de seguridad asistencial. Se señala que existe una deuda desde la educación médica en estos conceptos, ya que hay una marcada falta de conocimiento, evidenciando una posible brecha en la educación y formación en seguridad durante los años de pregrado. Esta carencia se manifiesta nuevamente, en la máxima **“el que nada sabe nada teme” (EG2)**, indicando que la percepción de la seguridad como una obligación más que como una parte integral de la práctica médica, dificulta su comprensión plena. **“Eso tiene que ver con una cultura médica más que nada de priorizar lo asistencial por sobre lo administrativo, pero creo que, si se logra explicar la importancia de la seguridad y mostrar los resultados, la gente adhiere más. Pero sí o sí hay que estar encima, pasa una semana que uno no miró (los indicadores), y los colegas otra vez no cumplieron. E involucrar más al equipo del día a día; efectivamente si tú me preguntas cuántos de los médicos que trabajan en mi unidad conocen los protocolos de la institución, ¡nadie!” (MG3).**



RESULTADOS PREGUNTA 4. ¿Cuáles cree usted que pudieran ser los factores que generan las actitudes antes mencionadas?

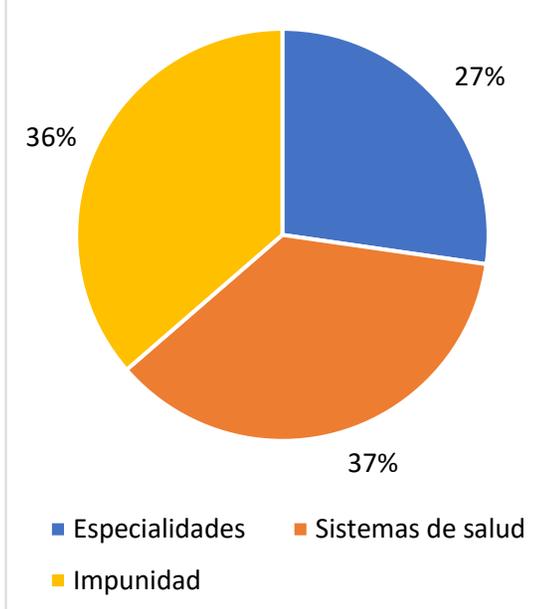
En esta pregunta se identificaron 48 ideas fuerza – 3 categorías – 6 subcategorías.



Los factores que aparecen dentro del discurso para poder dar una explicación a la actitud de los médicos, que como vimos en la pregunta anterior se expresan como temas de comportamiento (cumplimiento, responsabilidad, participación y trabajo en equipo) y brechas (diferencias, formación, resistencia, importancia del tiempo), se manifiestan en tres grandes categorías: “diferencias médicas”, “falta de compromiso” y “formación”.



Gráfico 7.37. Categoría "Diferencias médicas" pregunta 4



Diferencias médicas. Como ya se abordó anteriormente, existen diferencias a nivel de estamentos entre los médicos con los demás profesionales de la salud (que han sido ampliamente explicadas en las categorías anteriores). Incluso existen diferencias entre especialidades médicas, y también en el comportamiento de los médicos en los sistemas de salud público y privado.

Según los participantes de los grupos focales, las diferencias entre el cumplimiento de deberes en el sistema público y privado se reflejan claramente en el actuar médico. En el ámbito público, la aplicación de medidas estrictas es menos

común, en contraste con la dinámica de las clínicas privadas donde las normativas son las mismas pero tienen mayor cumplimiento, que se señala pudiera estar relacionado a que si no cumplen, los pueden despedir en el sistema privado: **“el médico claramente en la clínica lo hace (adherencia a los protocolos y normativas) porque lo tiene que hacer, y en el hospital se demora un poquito más y no quiere hacerlo y va a tratar de no hacerlo; pero en ninguna de las dos partes está convencido de que lo que está haciendo es importante. En el privado lo hace porque si no, probablemente lo van a echar”** (EG2). Al final de la frase anterior, un **médico del grupo 2** remarca: **“No es probablemente, es con toda la seguridad que lo van a despedir del sistema privado”**. Esto genera en los grupos de encargados de calidad (grupo 2) y jefes de enfermería (grupo 4) una preocupación y un análisis ético más profundo, asociado a que la población que se atiende en el sistema público es una población cautiva, vulnerable, que no puede elegir: eso obliga a que los profesionales que atienden en los servicios públicos sean de excelencia y busquen la excelencia en la provisión de servicios **“ese es el nivel de**



importancia tenemos que darle (a la seguridad asistencial), y no porque somos atención pública no vamos a dar lo mejor. Y creo que nosotros podemos dar lo mejor hoy en día, pero también estamos quedando al debe” (EG4). Otro enfermero señala que ver estas diferencias en trato hacia los médicos, incluso más allá del cumplimiento de las normas de seguridad, sino que en términos de cumplimientos de horario o de omisión de actividades que cumplen en el sistema de salud privado, **“es súper duro para los que estamos acá que somos de espíritu de servicio público; o sea es un usuario que es cautivo, que no puede elegir” (EG4).**

En esta pregunta resalta también el punto de que las faltas cometidas por el equipo médico en términos de cumplimiento de normativas internas, horarios y realización de sus labores, repercuten directamente en las actividades y la atención de la primera línea de trabajo, principalmente administrativos de recepción de pacientes, TENS y enfermeros, ya que se genera un problema con los usuarios: el trato agresivo y violento por parte de los usuarios hacia el personal, lo cual es una problemática que requiere atención y resolución efectiva. Poniéndose en el lugar del usuario, una directiva comenta lo siguiente: **“yo (el usuario) estoy enojada porque tuve que levantarme a las seis de la mañana, tuve que tomar una micro, me voy a demorar una hora y media en llegar al hospital, tuve que estar a las ocho y media, tuve que hacer una fila para avanzar con la recepción, llego y la señorita me llama y el médico me tuvo una hora y media esperando, entonces ya estoy molesta, estoy enojada, y este enojo dónde lo transmito: lo transmito con la gente que está a mi alrededor, hacia la TENS, hacia la enfermera que está ahí. Entonces ahí tenemos también temas de seguridad hacia los funcionarios, porque ese enojo se transforma en actos agresivos y violentos, pero cuando llegó el doctor, nada. Y es entendible, porque estuve esperando dos años una hora, no me voy a enojar con el doctor porque quiero que me vea” (TSG1)**

Llama la atención que las actitudes de los equipos médicos en ambos contextos (público y privado) e incluso en su adherencia, comportamiento y actitudes en relación con la seguridad asistencial, están intrínsecamente vinculadas a la personalidad y estructura de cada *“especialidad”*. Las diferencias de enfoque y prioridades entre médicos pueden ser



evidentes. Se destaca por los encargados de calidad (grupo 2) la personalidad de los pediatras, por ejemplo, que tienen una tendencia natural hacia el cuidado, y son insistentes en relación a realizar mejoras y analizar eventos **“todos los días pasan notificaciones de eventos adversos, pidiendo <<oye hagamos las cosas de otra manera>>, entonces uno dice: <<ya, ya pero dame un respiro>>, porque tienen una tendencia natural a cuidar”** (MG2); se rescata también la experiencia de anatomía patológica que son muy detallistas **“los anatomopatólogos ... se equivocan en un milímetro y les significa un error diagnóstico que le cuesta la vida a una persona, entonces de partida en anatomía patológica todo calidad está a cargo del médico, no dejaron a nadie meterse , no pueden soltar, les da susto”** (MG2). Sin embargo, también existe un consenso que existen especialidades que principalmente se enfocan en ejecutar y son excelentes en la ejecución, dejando de lado temas de seguridad asistencial **“efectivamente hay especialidades que les gusta solo operar, y todo lo que sea accesorio es una lata para ellos”** (EG2); o también se rescata otra frase **“es como se vean ellos; no voy a mencionar una especialidad que sienten que la cosa es un poco más laxa, que en realidad sienten que le ponen mucho color”** (EG2). Entonces, el tema de la diferencia entre las especialidades también es un desafío.

Saliendo un poco de las diferencias en los sistemas de salud, o entre las especialidades médicas, una diferencia que se manifiesta como factor que explique la actitud del equipo médico ante la seguridad asistencial es la percepción de *"impunidad"* frente a las faltas cometidas por parte del personal médico, que sienten otros estamentos. Esta sensación puede generar tensiones y afectar la confianza en el sistema, ya que algunos pueden percibir que no hay consecuencias acordes a la magnitud de los errores cometidos. Frases que se expresaron por los participantes fueron: **“no les pasa nada”, “son intocables”, “no hay sanción”**. Uno de los **médicos del grupo 2** señala: **“la otra cosa que va en contra de esto es la seguridad de que nunca me va a pasar nada; porque el cargo te lo ganaste, y ya está, listo, vas a morir con ese cargo”**. Se percibe una tendencia entre los médicos de experimentar una mayor sensación de impunidad. Existen convicciones arraigadas de que no enfrentarán consecuencias, creando una percepción de intocabilidad

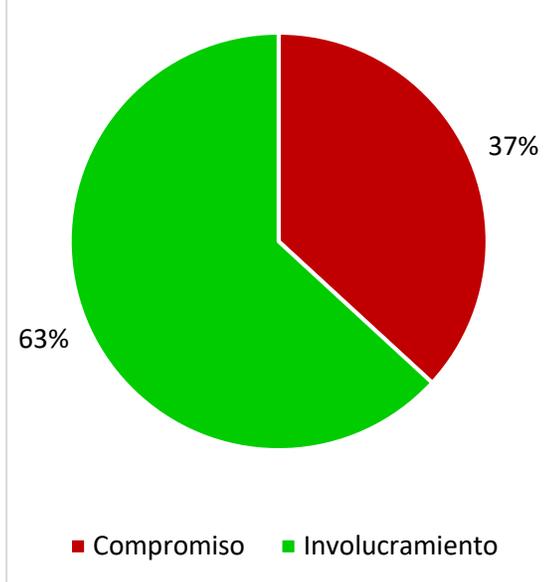


y seguridad de que nunca les ocurrirá nada. Esta sensación de estar "apernados" o exentos de sanciones se manifiesta de manera generalizada, extendiéndose a diversos eventos y situaciones. Adicionalmente, se observa una resistencia y oposición a sancionar a los médicos, ya que existen instancias gremiales a las que se recurre de manera indebida para generar acusaciones de acoso, cuando lo que se busca por las jefaturas es generar una retroalimentación. Se pone muchas veces como excusa la dificultad de atraer médicos al sistema público, sobre todo especialistas o subespecialistas: **“la excusa que dicen es <<que cuesta tanto tener médicos en la salud pública que hay que cuidarlos>>. O sea, está bien, pero tenemos protocolos, tenemos normas” (EG4)**. Esta actitud contrasta con la experiencia de otros estamentos, ya que la jefatura médica no siempre refleja de la misma manera el comportamiento, el desempeño o la adherencia a normativas en las calificaciones o evaluaciones, generando una percepción de tratamiento diferencial. Esta discrepancia en la aplicación de sanciones y en las evaluaciones contribuye a la persistencia de la sensación de impunidad hacia los médicos.

Falta de compromiso. La falta de compromiso se manifiesta como un desafío, especialmente en relación con las instituciones entrevistadas que son Establecimientos hospitalarios de la red pública de salud. La búsqueda de acreditación a veces parece ser el principal motivador de la cultura de calidad y seguridad, eclipsando la idea de un compromiso más profundo; **“eso de estar viviendo por el <<conseguir la nota>>, eso uno lo extingue si los compromete” (MG2)**. Un verdadero compromiso va más allá de trabajar solo para obtener una calificación; implica estar presente, repetir, vigilar y resguardar la seguridad constantemente. En el contexto de la atención sanitaria, un déficit en el compromiso adquiere una dimensión crítica, ya que lo que está en juego es la vida y salud de una persona: **“al final el único perjudicado frente a cualquier error es el paciente, y es una vida que no puedo retraer” (EG2)**. Cada acción debe ser ejecutada con un compromiso inquebrantable, ya que, lamentablemente, no hay manera de recuperar las consecuencias negativas generadas en la vida de aquellos a quienes se atienden en el sistema de salud.



Gráfico 7.38. Categoría "Falta de compromiso" pregunta 4



El grado de “*involucramiento*” de los médicos también aparece como un factor relevante para explicar las actitudes que tienen con respecto a la seguridad asistencial. Se describe un bajo involucramiento del estamento médico en temas de seguridad asistencial; en la pregunta 3 que se relaciona con la “actitud” de los médicos vemos también este aspecto asociado a la resistencia que se genera ante la cultura de seguridad. La problemática del bajo involucramiento de los médicos presenta diversos desafíos, sobre todo para la estandarización de la entrega de servicios y la realización de actividades y

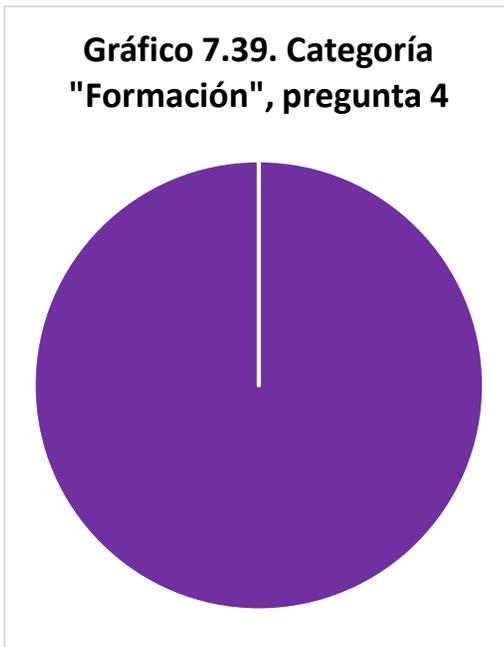
procedimientos con la mejor evidencia disponible que se plasma en los protocolos. Una **médica del grupo 3** refiere dentro de esa dificultad en involucrar “**cuesta ese enganche con los médicos, y hablo en general, también soy médico, pero cuesta eso, porque me dicen <<es que yo lo hice así y parece que está bien>>; según su estructura en la cabeza decir <<ah es que yo me guie por esto, mira>>; y me muestran una imagen de WhatsApp que tienen, o del celular, <<así calculé la BIC...>>**”. Este involucramiento también se atribuye como una deuda que tienen los equipos directivos a impulsar, difundir y defender el cumplimiento de las normativas. Es relevante notar que, en la gestión de la calidad, son los profesionales no médicos quienes a menudo asumen la mayor carga de trabajo, como se ha explicado en las preguntas 2 y 3 donde se menciona la exigencia de una “multifuncionalidad” sobre todo del equipo de enfermería.

Otro aspecto que se destaca es el horario que tienen los médicos en las instituciones. La variabilidad en los horarios médicos, con algunos funcionarios trabajando en modalidades rotativas o esporádicas, así como médicos que tienen 11 horas o menos para atender



usuarios en la institución, complica la consistencia en la transmisión de información y requiere una atención repetitiva y evangelizadora. En este contexto, la insistencia regular en el cumplimiento de protocolos a través de diversos canales por las jefaturas médicas busca establecer una cultura de seguridad más arraigada. Se pone por ejemplo la importancia del registro médico que juega un papel crucial para validar la implementación efectiva, ya que en base al registro que se haga del cumplimiento luego se pueden medir los indicadores y establecer planes de mejora. Sin embargo, la falta de conexión perceptible entre protocolos y registros sugiere la necesidad de una estrategia más integrada y una comunicación más efectiva para fortalecer el cumplimiento.

Gráfico 7.39. Categoría "Formación", pregunta 4



Formación. El aspecto de formación aparece nuevamente al igual que en la pregunta 3 de actitudes. La carencia de formación en seguridad y calidad durante el estudio de la carrera de medicina para los médicos que participaron en los grupos focales es evidente, ya que mientras otras disciplinas abordaban estos temas durante prácticamente toda la carrera con un énfasis importante en los últimos años, en la formación médica no se les dedicaba tiempo alguno: **“yo creo, no sé cómo ha cambiado el programa de pregrado de los**

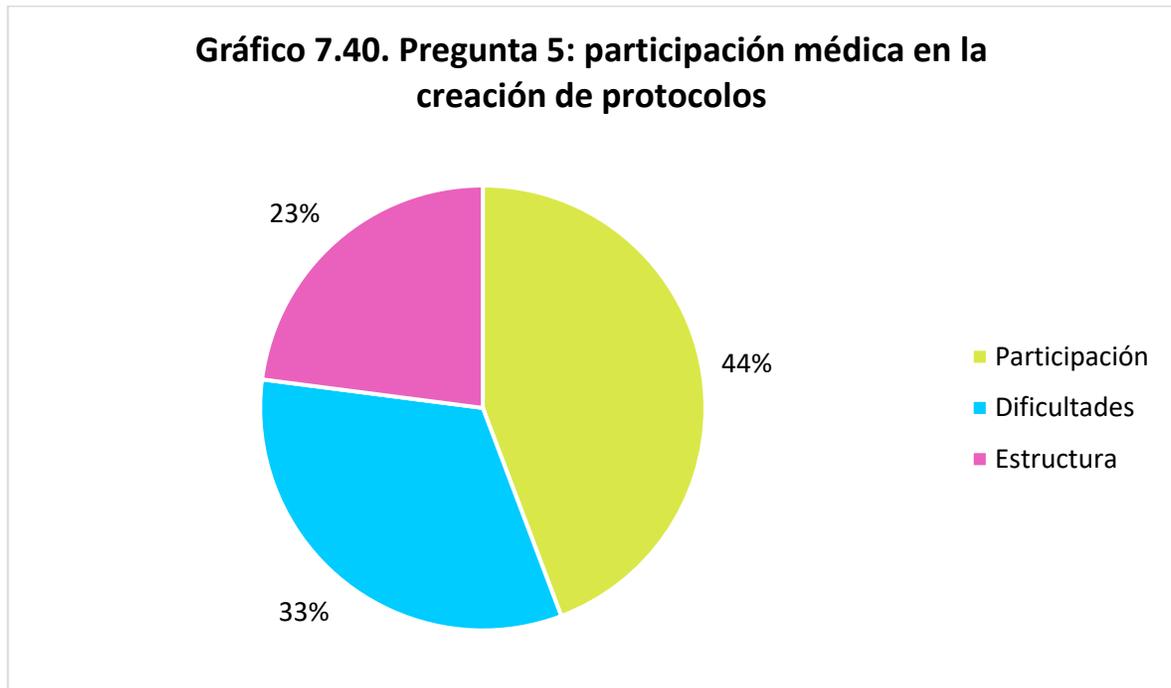
médicos, pero cuando yo estudié (que yo egresé el 2002), de seguridad y calidad: nada, ¡nada! O sea, administración era un bloque en salud pública. En tanto, veíamos a las personas que estaban en las carreras de enfermería, tecnología médica, obstetricia, que estaban partiendo con su licenciatura, que tenían prácticamente un año de todos estos temas; y previamente habían tenido toda su parte clínica, y nosotros cero” (MG3). La necesidad de explicar los protocolos a los nuevos médicos cada año refleja la persistencia de esta laguna educativa. Los jefes médicos recalcan la



importancia en comprender y dominar los protocolos como una defensa crucial ante situaciones adversas; e incluso la capacidad de conocer a fondo y aplicar de manera ordenada estos protocolos no solo se erige como una herramienta de defensa personal, sino también como un pilar fundamental para la seguridad del paciente y la calidad en la atención médica. La atención a la formación de médicos en roles de liderazgo, como la jefatura de servicios hospitalarios, destaca la necesidad de garantizar una comprensión completa de las responsabilidades asociadas. La falta de adherencia a los protocolos por parte de algunos médicos refuerza la importancia de una educación continua para una comprensión más profunda de cómo la protocolización contribuye a una práctica más ordenada y a la seguridad del paciente. Esta conciencia subraya la importancia de integrar de manera completa la formación en seguridad y calidad en la educación médica, asegurando una práctica comprometida con los estándares más elevados.



RESULTADOS PREGUNTA 5. ¿Qué grado de participación tienen los médicos en la creación de protocolos institucionales relacionados con calidad y seguridad asistencial?

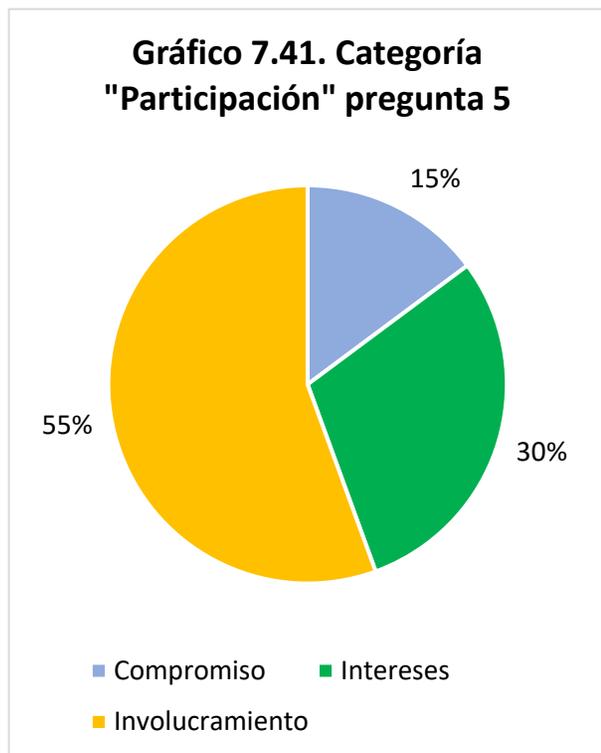


Las categorías que se diferenciaron en esta pregunta relacionadas con el grado de participación de los médicos en la creación de protocolos se dividieron en “participación”, “estructura” y “dificultades”. Se identificaron 61 ideas fuerza – 3 categorías – 7 subcategorías

Participación. Dentro del discurso se refiere en primer lugar el “*involucramiento*” del equipo médico. Como se ha descrito previamente, la participación en la implementación y seguimiento de protocolos de calidad en la salud es fundamental para garantizar un servicio eficiente y seguro. Sin embargo, se observa una baja participación, e incluso la ausencia total, por parte de los profesionales médicos; esta reticencia a participar se muestra en la resistencia a crear, actualizar e incorporar los protocolos en su práctica



diaria: **“a las colegas les ha costado mucho en el fondo involucrar, o sea, conseguir los protocolos; y ahora que están mis compañeras encima de la acreditación y cuesta, cuesta mucho sobre todo cuando el responsable tiene que ser el médico” (EG2)**. Se considera como una de las causas a esta resistencia la naturaleza operativa y ejecutiva de la labor médica, donde la prioridad se centra en la ejecución de acciones concretas más



que en el seguimiento de pautas establecidas: **“el médico es un experto: pero es un experto hacedor de cosas. Entonces en la hora que tú lo quieres involucrar en términos de indicadores, ... comparar si estamos mejorando, mira tenemos más, tenemos menos, es como <<ya, ya si eso lo ves tú>>” (EG4)**. Los participantes señalan que el desafío radica en concientizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de su participación en los procesos de calidad y seguridad. Tratar

de persuadirlos mediante la invitación a sumar puntos en la acreditación individual por ejemplo dentro de la carrera funcionaria es una estrategia, pero es esencial abordar la percepción de los médicos exclusivamente como "hacedores" u "operadores". Otro punto importante también es poder respetar, comprender y resaltar la importancia del equipo de enfermería, quienes muchas veces por un tema cultural se estigmatizan con el lamentable apodo de "enfermantes".

Luego del involucramiento, tenemos el *“compromiso”*. La transitoriedad de muchos médicos, con horarios limitados, tiempos cortos de trabajo o estancias breves, plantea un desafío significativo en la institución: **“muchos de los médicos van de paso, y tienen**

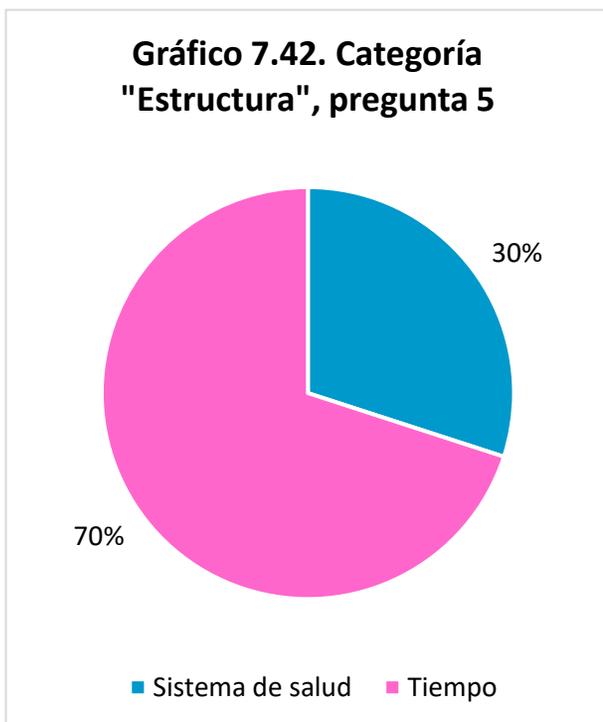


once horas, o vienen un rato, entonces es como <<no, yo ya me fui... yo ya no existo en el hospital>>, entonces de alguna manera no existe ese compromiso real” (EG2). Esta falta de compromiso sostenido se refleja en la resistencia a asumir plenamente responsabilidades, sin embargo, se refuerza en los grupos focales que finalmente la responsabilidad individual dentro de la institución no puede ser transferida. Esta tendencia se observa incluso en el ejercicio privado, donde algunos profesionales muestran poco convencimiento a cumplir con normativas establecidas. A pesar de esto, es importante señalar que esta actitud no siempre se atribuye a un desinterés total, ya que muchos médicos comparten un compromiso compartido en favor de los pacientes.

La promoción de la participación y un mayor grado de compromiso entre los médicos podría beneficiarse sustancialmente al tener en cuenta y aprovechar los “*intereses*” que mueven al estamento médico, ya sea personales, de los servicios clínicos, o especialidades de cada profesional, que aparecen como un motor para facilitar el involucramiento. Al reconocer y alinear estratégicamente estas áreas de interés con las iniciativas de participación, se podría estimular una mayor adherencia y entusiasmo por parte del personal médico. Se destaca por los grupos focales que la participación es mayor cuando hay intereses como la investigación, la innovación, disminución y mejoramiento de procesos para reducir la sobrecarga laboral, e incluso intereses económicos. Sin embargo, este incentivo asociado a intereses personales genera una brecha importante en el aspecto de la generación de “feudos” o “silos” entre especialidades, que se relaciona con lo que es más interesante para cada grupo de especialistas: **“yo soy el ultraespecialista de la medicina de ese servicio X que yo busco mi refugio, no colaboro con el resto. Trato de armar mi zona de confort. Entonces yo hago lo que me conviene más, para estar más tranquilo en mi servicio, para mi desarrollo o mi equipo y después mi servicio, pero no como un sistema colaborativo de la institución” (EG1);** esto hace que el sistema no se visualice como una institución colaborativa. Los médicos, por su parte, señalan que no hay un incentivo real para trabajar en esto, principalmente asociado a un punto que se verá más adelante en relación con el tiempo. Señalan que sería una buena señal poder conseguir alguna retribución como bajar carga laboral para dedicarse a temas



de calidad y seguridad, o devolver horas fuera del trabajo (en que se realizaron labores de calidad como protocolos o análisis) en tiempo para el funcionario.



Estructura. Se hace un análisis detallado por los participantes de los grupos de la dificultad en involucrarse y participar si no se cuenta con “*tiempo*” protegido para poder trabajar en seguridad asistencial. La falta de elementos facilitadores por parte de la institución y la ausencia de espacios protegidos en la programación de horarios médicos en la parte administrativa para los jefes clínicos, presentan obstáculos significativos para la implementación efectiva de iniciativas de participación en la

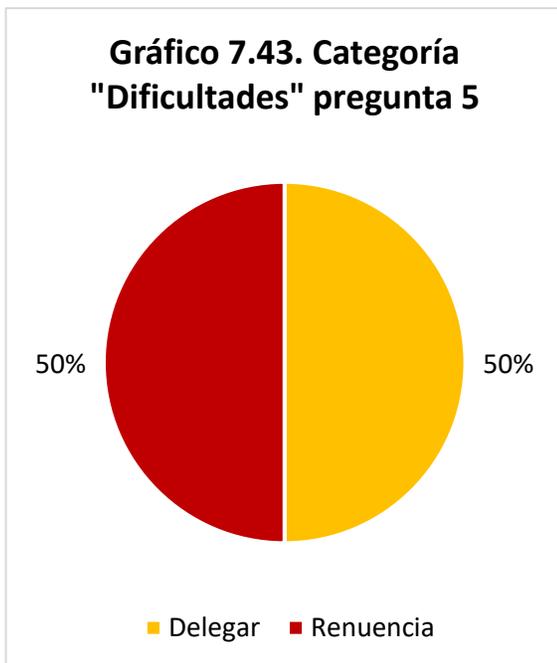
realización de protocolos. La dificultad para asignar la debida importancia a estas actividades se ve exacerbada por la escasez de tiempo disponible y la carga laboral de las jefaturas, lo que lleva a realizarlas fuera del horario laboral establecido. La participación se vuelve un desafío cuando no existe una visión institucional clara que respalde la protección de espacios para este propósito. Además, para poder dedicar tiempo a estas actividades en médicos que no tienen un grado de responsabilidad como clínicos, se exige una recompensa, siendo el tema compensación un factor clave. La sobrecarga laboral y la limitación de tiempo dentro del horario regular atrapan a los profesionales, especialmente a los médicos, en una dinámica que dificulta la dedicación a estas actividades **“esas veintidós horas yo que tengo una jefatura apenas alcanzo a hacer las cosas de jefatura, además hago cosas clínicas, y cualquier otra cosa la hago fuera de mi horario laboral” (MG3)**. La propuesta de proteger y asignar horas específicas para el equipo, con la posibilidad de que uno de los médicos adquiriera conocimientos y los



transmita al resto, podría ser una estrategia eficaz. Sin embargo, la realidad actual evidencia que la falta de tiempo protegido es un tema crítico, especialmente considerando las expectativas de las generaciones actuales, que valoran la compensación en diversas formas (tiempo, reducción del número de pacientes por atender, entre otros). Este aspecto fue abordado también en la pregunta 2 de adherencia a protocolos y normativas. Otro aspecto que señalan es la percepción de las nuevas generaciones de médicos, particularmente entre los recién egresados, que indican que realizar actividades fuera de la jornada laboral no es congruente con sus expectativas de vida y filosofía del trabajo. La disparidad en la disponibilidad de tiempo entre el equipo de enfermería (quienes señalan que se hacen el tiempo y deben acomodar sus tiempos al de los médicos) y el equipo médico, resalta la necesidad de una coordinación más efectiva, donde ambos grupos puedan colaborar de manera equitativa sin sacrificar la calidad de su participación. Existen también diferencias a nivel de los "sistemas de salud" privado y público. La dinámica laboral en el servicio público presenta un escenario donde los profesionales médicos ingresan ya familiarizados con su funcionamiento habitual (sea porque se formaron ahí o porque ya han trabajado en servicio público) y las expectativas que conlleva. Existe una percepción de cierta laxitud y relajación por parte de algunos médicos en el servicio público, "**acá les da lo mismo, se relajan**" (EG4) a diferencia del entorno más regulado del sector privado, donde la tolerancia a ciertos comportamientos es menor debido a las posibles consecuencias laborales. La situación se torna especialmente desafiante para aquellos funcionarios con un fuerte sentido de servicio público, ya que, al tratarse de usuarios cautivos quienes hacen uso del sistema y no tienen la opción de elegir proveedores de atención médica, se genera un fuerte sentimiento de justicia y equidad con la convicción de proporcionar lo mejor posible a los pacientes como un objetivo primordial, incluso con los recursos limitados. Se indica que, en comparación con el pasado, el servicio público cuenta ahora con más recursos y una mayor diversidad de facilidades. Este progreso puede significar una oportunidad para mejorar la calidad de la atención y responder de manera más efectiva a las necesidades de los pacientes.



Gráfico 7.43. Categoría "Dificultades" pregunta 5



Dificultades. Dentro de las brechas o dificultades que se observan en la participación de los médicos, destacan 2 subcategorías: “delegar” (al igual que en la pregunta 2 relacionada con la participación en general) y la “renuencia”. Es válido señalar que renuencia según la RAE “resistencia que se muestra a hacer algo” (RAE 2022), y que se complementa con actitud del que está poco dispuesto a hacer lo que se le dice o manda.

La “*delegación*” de funciones o responsabilidades como subcategoría aparece nuevamente en el discurso de los participantes, donde se señala que los equipos de calidad asumen finalmente la tarea de realizar los protocolos que deben hacer los médicos: **“están muy acostumbrados a que otros lo hagan por ellos, y eso también es porque nosotros lo permitimos (nosotros me refiero a los profesionales de calidad), porque de alguna manera entendemos que si no es así, no va a salir nada (en relación a los protocolos)”** (EG2). La tendencia a delegar responsabilidades ha arraigado la percepción de que algunos están acostumbrados a que otros realicen la mayor parte del trabajo; si bien, los equipos de calidad son sobresalientes al asumir responsabilidades de manera colaborativa, se observa que, en ocasiones, la carga de trabajo recae por completo en el equipo de calidad, incluso en la redacción integral de los protocolos. Se señala que es necesario cambiar la percepción errónea de que la actualización de un protocolo implica iniciar desde cero, enfocándose en una mejora continua de la información existente. La integración de tecnología se presenta como una solución prometedora para hacer más accesible y amigable el cumplimiento de los protocolos, simplificando la gestión de la información y mejorando el uso de los tiempos que se consideran escasos.

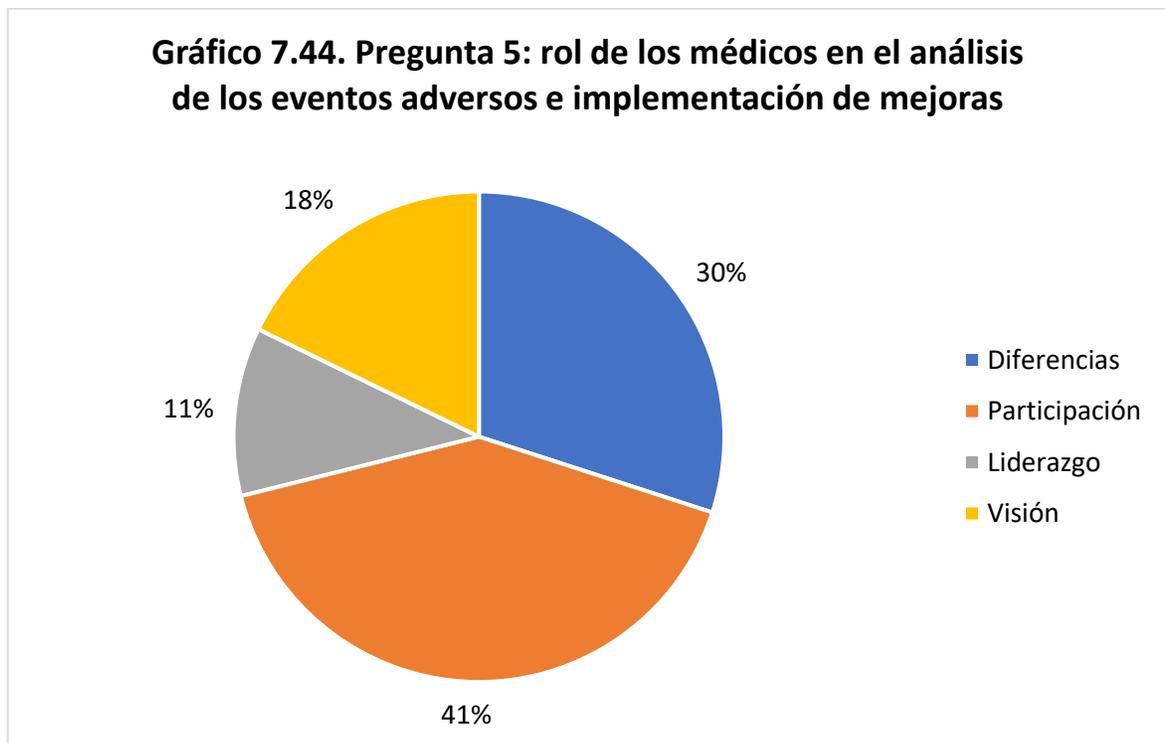


La “*renuencia*” se ejemplifica de manera clara en la siguiente frase: **“cuesta un mundo en general con los médicos poder trabajar en cualquier documento” (EG2)**. Se refuerza la dificultad en hacer que los médicos participen, ya que hay una percepción que los médicos sienten que trabajar en cualquier documento es una tarea que demanda un esfuerzo considerable. Se señala de manera enfática que, para los equipos de calidad y seguridad del paciente, actualizar protocolos representa un desafío arduo, sobre todo para obtener respuestas, revisiones y confección documental. La emisión de múltiples correos, cartas y diversas formas de comunicación a jefaturas y unidades específicas no siempre conduce a la creación e implementación efectiva de los protocolos, generando frustración **“hay unidades que se les manda carta, de todo, y no sacan los protocolos” (EG2)**. En las palabras de los equipos se manifiesta el desgano en realizar estas labores con las dificultades presentes, pero de inmediato los participantes se sobreponen señalando que la actualización de protocolos es esencial para la mejora continua de los procesos, lo que hace necesario superar obstáculos y perseverar.



RESULTADOS PREGUNTA 6. ¿Cuál es el rol de los médicos en el análisis de eventos adversos e implementación de mejoras en seguridad del paciente?

Se identifican 90 ideas fuerza – 3 categorías – 7 subcategorías.

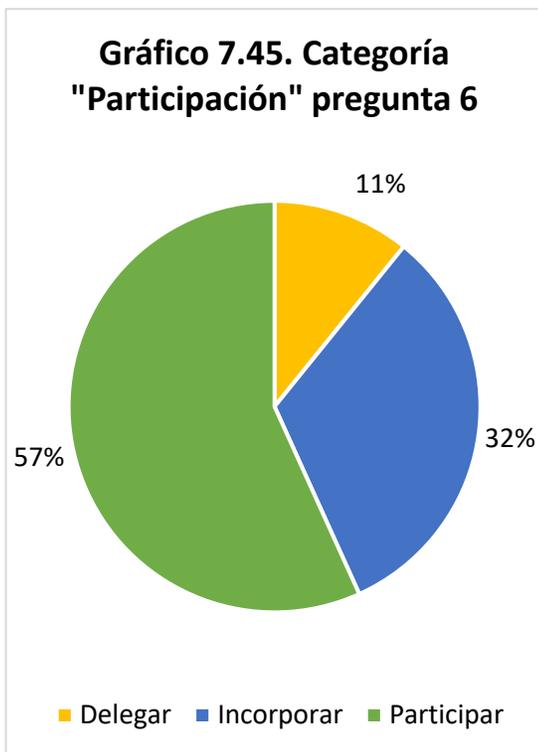


La consulta acerca del rol que cumplen los médicos en el análisis de eventos adversos e implementación de mejoras, generó las siguientes categorías: “participación”, “diferencias”, “liderazgo”, “visión”.

Participación. Nuevamente aparece en el discurso de los participantes la “*delegación*” de funciones hacia otros estamentos en estas actividades, que deberían ser realizadas por todo el equipo de salud sin embargo se observa una percepción de que los médicos se restan de



participar. Como se analizaba en las preguntas anteriores, la responsabilidad de notificar eventos adversos se ha asignado principalmente a enfermería o matronería, lo cual se extiende también a la elaboración de planes de mejora. La delegación de estas responsabilidades a profesionales no médicos, como los supervisores de matronería y



enfermería en lugar de los jefes médicos, demuestra una dinámica organizativa particular en la cual el equipo médico descansa en los profesionales para la realización de estas labores. Esta situación también se ha perpetuado por los equipos de calidad y seguridad dependientes de la dirección de los establecimientos, quienes solicitan las mejoras y responsabilizan a los profesionales no médicos **“lo que pasa es que se le pide (la notificación) al supervisor del servicio, no al <<jefe>> del servicio que es normalmente el médico. O al jefe de servicio se lo piden, y éste se lo**

pide al supervisor; finalmente quien genera el plan de mejora y la intervención y el plan con el equipo, es el supervisor de servicio” (KG1). A pesar de que los protocolos ocasionalmente indican que el médico es el responsable, esta asignación no siempre se traduce en acciones concretas.

Lo anterior nos trae a la necesidad, nuevamente, de *“incorporar”* a todos como parte del equipo de salud y como personas fundamentales para establecer acciones que mejoren la seguridad asistencial: notificar, implementar y liderar mejoras. En este aspecto se destaca que no solamente se encuentra una brecha a nivel de personal médico, sino que también a nivel macro en los establecimientos: **“en los establecimientos, no está incorporado de una manera del <<deber ser>> el tema de mejorar. Es decir, que haya un evento adverso y que realmente se hagan planes de mejora, que se sigan, que se aborden y**



lleguen hasta el final” (EG1). La cultura de mejora en los establecimientos de salud presenta deficiencias, y esta carencia se acentúa en los equipos más débiles, donde la adherencia a prácticas de mejora continua es aún menor. Aunque existen lineamientos y normativas explícitas en relación con los funcionarios que deben participar en el análisis de eventos adversos, la participación en estos procesos es condicional a la percepción de la relevancia directa de la situación para cada profesional. Un ejemplo de esto lo señala una **enfermera del grupo 2 “si no está ligado directamente a lo que yo hago como ejercicio de mi profesión operando o del proceso de cirugía; y es un error no sé, de enfermería, menos aún voy a tener adherencia”**. La responsabilidad de notificar y participar en la mejora continua se considera como parte integral de las funciones de cada profesional de la salud. Sin embargo, la escasa iniciativa por parte de algunos médicos para implementar mejoras revela un desafío significativo en la promoción de una cultura proactiva de seguridad y calidad, según los participantes. La falta de acción frente a errores y la ausencia de intervenciones que impacten positivamente en todo el proceso resaltan la necesidad de impulsar cambios efectivos.

Otra dificultad que se refuerza y que se analizó previamente, es la dificultad en la transmisión de información dentro de los equipos. Esta falta de comunicación puede tener consecuencias que van desde situaciones mínimas hasta eventos más graves, subrayando la importancia de una gestión efectiva de la información en el ámbito de la seguridad asistencial. A pesar de los desafíos, se observa un cambio positivo con la participación creciente de una nueva generación médica, lo que sugiere un potencial para fortalecer la cultura de mejora continua en el ámbito de la atención de salud.

La participación ha sido, prácticamente, uno de los puntos fundamentales sobre los que se ha sentado las bases del actuar de los equipos para analizar su grado de adherencia y compromiso con la seguridad asistencial.

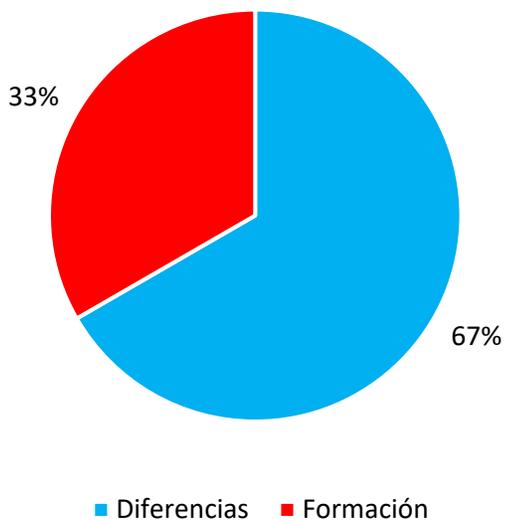
En el aspecto del rol de los médicos en análisis e implementación de mejoras, los equipos de enfermería son más bien críticos en relatar una ausencia de participación. Los directivos y jefes médicos señalan que cuando hay un evento centinela, los médicos deben participar.



Sin lugar a duda, la participación en los análisis e implementación de mejoras en los establecimientos de salud está condicionada en gran medida por la naturaleza del evento en cuestión. La notificación de eventos adversos que es crucial para generar mejoras que beneficien el manejo seguro de todos los pacientes es bajo en el estamento médico: **“mi visión muy personal es que los médicos somos buenos para pegarles a los otros médicos (risas) pero muy malos para notificar el evento para poder generar una mejora y que sirva para el manejo de todos los pacientes” (MG3)**. Esta falta de reportes impacta negativamente en la participación, creando un ciclo en el que la escasa notificación conduce a una baja involucración. Una mayor notificación hace que los equipos tengan un rol más activo, que puedan involucrarse y mirar sus prácticas. La participación más genuina se experimenta cuando los eventos adversos y centinelas están relacionados con el equipo médico, quienes se sienten directamente involucrados en el análisis **“si fuera algún evento que ocasionó principalmente el estamento de enfermería (independiente que la jefatura médica de la misma unidad, que somos un equipo, que el trabajo de uno afecta al otro), no se sienten tan partícipes a no ser que la brecha esté justamente en una actividad del rol médico” (EG2)**. Si bien la participación de los médicos se intensifica en eventos centinela, luego de esto, trabajar en el análisis e implementación de la mejora se percibe como una tarea que requiere tiempo, entusiasmo y creatividad. La molestia asociada al tiempo necesario para el análisis es un obstáculo que los médicos enfrentan, y en general, la participación directa en los procesos de mejora y análisis se ve limitada. En muchos casos los médicos involucrados se restan de la realización de las mejoras y son los jefes de servicio quienes terminan llevando a cabo los análisis con el resto del equipo, lo que representa una brecha al momento de abordar barreras, hacer análisis causa raíz, determinar aspectos de mejora que son finalmente, el objetivo virtuoso de la mejora continua.



Gráfico 7.46. Categoría "Diferencias" pregunta 6



Diferencias. Dentro de las diferencias que se encuentra entre los equipos profesionales, e incluso entre los mismos médicos, destaca en primer lugar la “jerarquía” que se encuentra en los hospitales más antiguos donde se indica que existe mucha más dificultad para generar gestión del cambio, menor flexibilidad y menores facilidades para el cambio cultural en seguridad; haciendo también una comparación con las nuevas generaciones y médicos jóvenes que muestran más involucramiento y proactividad. La influencia de la especialidad médica en la percepción de

prioridades también aparece dentro de estas diferencias, donde se señala que los médicos referentes en sus especialidades refieren tener menos tiempo y estar más ocupados lo que afecta su participación en procesos de mejora. Otro aspecto señalado en el equipo médico es una actitud defensiva, que se justifica en la mirada punitiva y el riesgo de demanda médico legal. Sin embargo, también se señala que hay actitudes negativas en algunos médicos que afectan el clima de seguridad: **“si bien uno no se levanta queriendo dañar a otro, sí hay desidia dentro del estamento médico; sí hay soberbia dentro del estamento médico que va en contra de la seguridad del paciente. Entonces no pocas veces tenemos pacientes que tienen, no sé, alguna patología aguda, y es como: <<no, que lo opere el de al lado>>, que lo haga el que sigue. Y uno sabe que mientras más tiempo pase, más riesgo corre ese paciente” (MG3).** En contraste, enfermería, más avanzada en notificaciones y revisión de procesos, destaca por su honestidad y autocrítica al autoacusarse, demostrando una cultura más orientada a la mejora continua. La comprensión diferencial sobre el análisis de eventos entre enfermería y médicos revela la importancia de cambiar la dinámica punitiva hacia una más centrada en la mejora,



proporcionando un terreno fértil para la evolución y el progreso en la atención segura y en la mejora continua.

Otro aspecto que se manifiesta como una diferencia es la forma de selección de las jefaturas (que también fue analizado en las preguntas previas), quienes destacan haber concursado las jefaturas para lo cual tuvieron que demostrar y acreditar conocimientos, capacidades psicológicas y pruebas de liderazgo. Esta disparidad en la selección de jefaturas entre enfermería y el estamento médico resalta la necesidad de revisar los procesos de liderazgo y la importancia de la meritocracia.

Nuevamente se destaca dentro de las diferencias fundamentales entre los médicos y demás profesionales, la formación. La brecha de comprensión entre médicos y la complejidad de la gestión se evidencia en la carencia de calidad y gestión en la malla curricular médica. La frase "**el perfil de egreso de las universidades de ASOFAMECH va más hacia las habilidades procedimentales que hacia la seguridad**" (MG3) resalta una priorización que puede afectar la cultura de seguridad del paciente en este contexto. La necesidad de un cambio cultural y estructural se vislumbra en la propuesta: "**esto debiera estar enfocado en el aula: partir desde acá dando una visión diferente en calidad**" (EG2). La falta de una cultura de notificación y la carencia de habilidades para analizar eventos adversos sugieren la necesidad de las instituciones de proponer la realización de cursos introductorios de calidad, con las jefaturas médicas asumiendo un papel crucial en garantizar la capacitación de los médicos en este aspecto.

Liderazgo. Como se había destacado previamente, el impacto de las actividades relacionadas con la seguridad del paciente y la calidad de atención es directamente proporcional al respaldo de los directivos y jefaturas. Una de las frases que se destaca en este aspecto, "**desde la cabeza es donde estamos con el problema**" (EG4) destacando que, si los equipos directivos no respaldan las actividades asociadas a la mejora y su implementación, queda todo detenido. La variabilidad en la actitud de las jefaturas se refleja en la visión que tienen los equipos de que está muy relacionado con la persona que



lleve el liderazgo, **"depende mucho de la jefatura y de la actitud que tenga"** (EG1), subrayando la influencia directa que tienen en la participación y éxito de estos programas.

Gráfico 7.47. Categoría "Liderazgo", pregunta 6



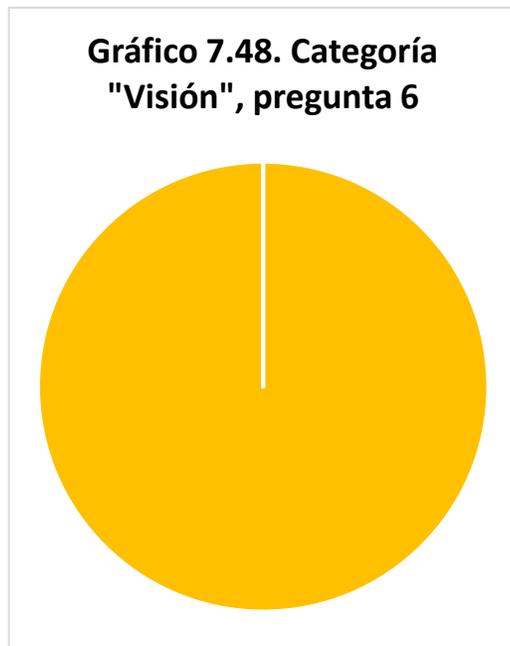
Se recalca también que, al momento de asumir una jefatura, se genera un compromiso y una responsabilidad con aspectos como calidad, seguridad e infecciones asociadas a la atención de salud. Otro punto con el que deben lidiar los líderes es con el tema de las acusaciones de acoso generadas cuando ocurre una retroalimentación hacia el personal que no cumple con las medidas de seguridad o tiene resultados no deseados. Se reconoce que en algunos casos **"muchos errores se soslayan producto de que tú sabes que la supervisora, el jefe de servicio o la directora quizá se va a**

meter en un lío y finalmente no va a lograr cambios" (EG2), donde se evita abordar errores para evitar consecuencias negativas para los líderes. También se señala el rol de los equipos de calidad y seguridad en las instituciones, donde se hace patente la necesidad de un enfoque más cercano y colaborativo, reconociendo que la calidad no solo se trata de acreditar, sino de trabajar directamente con los profesionales de la salud para mejorar la atención y sacar el enfoque de la acreditación: **"es importante que el equipo de calidad de cada institución esté al lado de las personas y no en colaboración para que el proceso de calidad y acreditación se haga como tal. Y que no sea el objetivo solamente acreditar, porque yo creo que la acreditación es una parte de. Pero el análisis de los eventos adversos, centinela, la preocupación de todos los días de estar cumpliendo las normativas y todo, ¡eso es calidad!"** (EG4). Las observaciones resaltan la importancia crítica del liderazgo y la actitud de las jefaturas en la implementación de iniciativas de seguridad y calidad. Además, subrayan la necesidad de un enfoque más proactivo y colaborativo de parte de todos los que están involucrados directamente en la



atención de los usuarios, y también de los directivos y referentes de calidad como facilitadores y acompañadores de todos estos procesos.

Visión. Llamó la atención que, en esta última pregunta, ya próximos a finalizar cada grupo



focal, en todos los participantes hubo una reflexión de la importancia que tiene una visión de la seguridad asistencial **“que sea global”, “con una mirada más constructiva”**, que priorice la mirada hospital hacia los pacientes por sobre una mirada individualista. La frase **"falta una mirada más abierta y analizar lo que pasó, por qué pasó, qué hice mal. Si tienes derecho a equivocarte, yo también, y mirarlo desde esa moneda, una mirada más constructiva"** (TSG1) subraya la importancia de la autocrítica y el análisis reflexivo individual. Es esencial, como indica un

enfermero del grupo 1, "ver una visión más global del funcionamiento del hospital más que una visión individualista", reconociendo que la calidad y seguridad deben ser metas institucionales compartidas por todos quienes trabajan en la institución, los directivos y los tomadores de decisión.

Dentro de los desafíos para la visión de los hospitales, destacan la necesidad de cambiar la cultura en torno a la notificación: la percepción de que notificar no es para castigar, sino para mejorar el proceso, es un punto clave. Otro aspecto fundamental es considerar que la cultura de seguridad va más allá de la creación de protocolos; implica llevar a cabo, aplicar y tomar decisiones basadas en la mejora continua, con el fin de mantener un clima de seguridad asistencial adecuado para el ejercicio de las labores de los funcionarios, y para la atención de los usuarios.



7.2.3. Variables identificadas y árbol de codificación.

TABLA 7.18. PRINCIPALES VARIABLES IDENTIFICADAS EN ENFOQUE CUALITATIVO	
Roles	Delegar - Equipos - Liderazgo
Estructura	Acreditación - Protocolos - Notificación - Sistemas de salud - Tiempo - Eventos adversos
Actitudes	Reponsabilidad - Compromiso - Adherencia - Involucramiento - Participación - Resistencia
Diferencias médicas	Especialidades - Sistemas de salud – Percepción de Impunidad - Intereses
Formación	
Comunicación	Bajada de comunicación - Información
Enfoque en el usuario	
Oportunidades	Mejoras - Visión



Árbol de Codificación

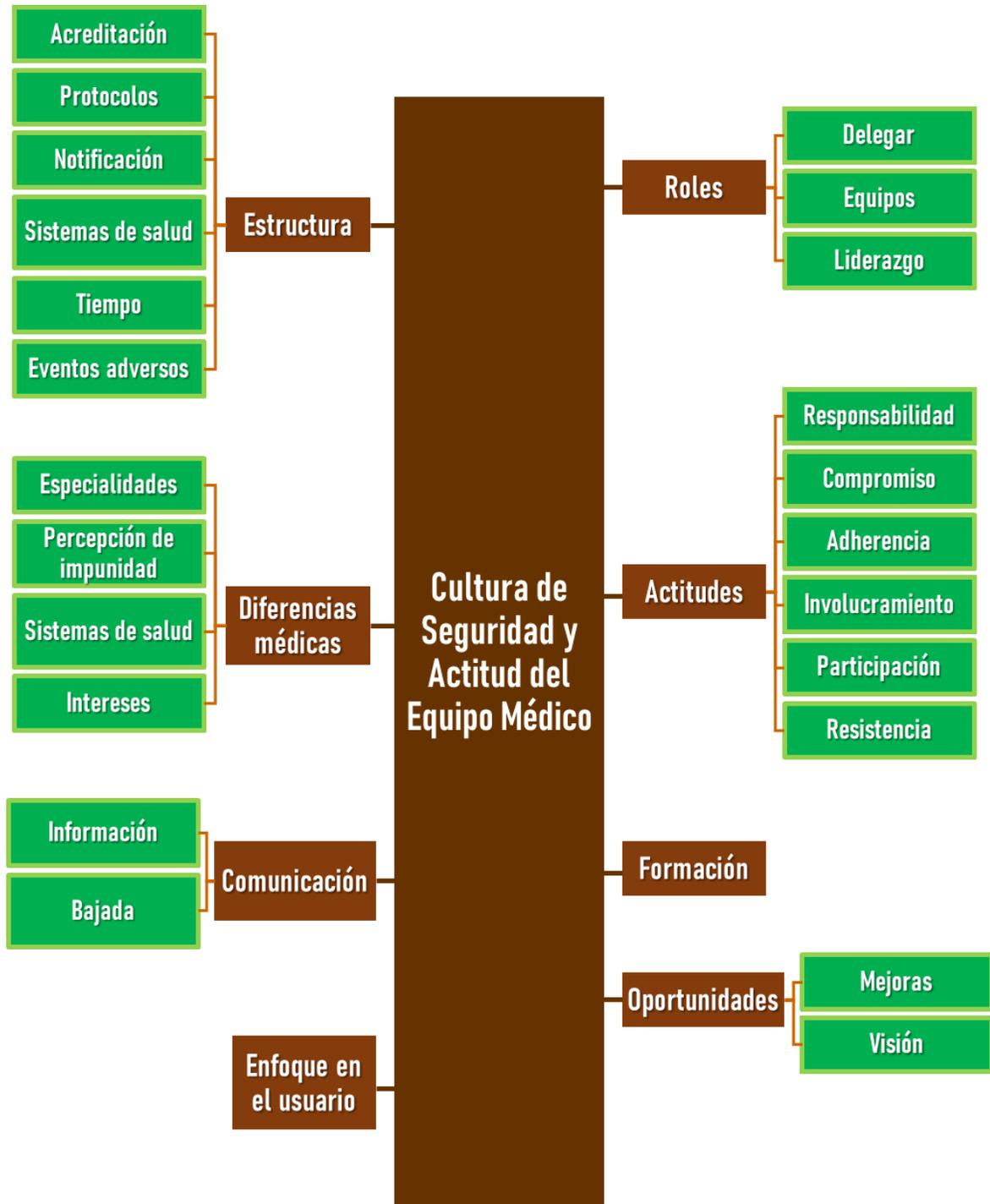


Figura 7.1. Árbol de codificación, elaboración propia.



7.2.4. Criterios de rigor cualitativo.

Para poder determinar el rigor cualitativo del enfoque presentado, se utilizó la pauta de "Rigor metodológico" propuesta por Edelmira Castillo y Marta Vásquez, quienes consideran los siguientes criterios:

- **Credibilidad.** Según la definición descrita por Castillo et al., se trata de "que los hallazgos del estudio sean reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado". (Castillo, 2003). Para poder obtener un respaldo alto en credibilidad se realizaron las siguientes acciones:

- Contrarrestar la perspectiva del investigador (quien es médico del servicio de salud), por lo cual se evitó su presencia en la generación de los grupos focales, donde se solicitó como moderador a una socióloga experta.
- El investigador al realizar el análisis se basó exclusivamente en los datos transcritos de las entrevistas sin incluir su apreciación personal.
- Se realizaron notas de campos que muestran las interacciones de los participantes en los grupos focales y algunas actitudes.
- Se realizó triangulación en la recolección de los datos con una profesional que fue contactada para esta investigación: una antropóloga con amplia experiencia en estudios cualitativos, trabajando en sistematización y descripción de archivos, codificación y análisis de entrevistas, revisiones bibliográficas, transcripciones y otras; además de tener una formación vinculada a la metodología de la investigación social, técnicas de investigación cualitativa y etnografía.
- En la triangulación se describe por la antropóloga, quien leyó las transcripciones de los grupos focales y la narrativa que se desprendió de estos en las categorías y subcategorías de los resultados, que en el análisis y descripción de los resultados hay pertinencia con respecto a las transcripciones de los grupos focales. En ese sentido, no hay nada que no se haya mencionado en estos y todo está



reforzado con citas que permiten respaldar lo que se está mencionando y que además les dan cierta voz a los participantes de la investigación.

- Se realizaron y utilizaron transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretación presentados en los resultados del estudio.
- Se discutieron los resultados con otros investigadores y con el tutor guía.

- **Auditabilidad o Confirmabilidad.** Se refiere a la "neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro investigador puede seguir «la pista» al investigador original y llegar a hallazgos similares" (Castillo, 2003). Se evaluó con las siguientes medidas

- Se utilizó grabaciones de audio durante la realización de los grupos focales.
- Se describe las características de los informantes y el proceso de selección, que fue no probabilístico por conveniencia.
- Se analizó las transcripciones fieles a la información entregada por los informantes.
- Se describió las características físicas y sociales relevantes de los informantes en la presentación del informe.

- **Transferibilidad o Aplicabilidad.** Se refiere a la posibilidad de "extender los resultados del estudio a otras poblaciones" (Castillo, 2003). Para evaluar este criterio, se realizó lo siguiente:

- En el análisis de las entrevistas se informa e indica cuando una respuesta se repite en relación a otros temas y se consideran "típicas".
- Se examinó la representatividad de los datos como un todo.

- **Validez y Confiabilidad.** Si bien estos criterios científicos son principalmente cuantitativos, también es necesario contar con ellos por su importancia en el rigor metodológico de una investigación. Se verifica la validez y confiabilidad a través de lo siguiente:



- El investigador es creativo, sensible y flexible para responder a lo que sucede en la investigación.
- Existe coherencia metodológica, es decir, congruencia entre la pregunta de investigación y los componentes del método utilizado.
- Muestreo apropiado: Si bien no se realizaron entrevistas individuales, ni tampoco se consideró (por la modalidad de recolección de información a través de grupos focales) entrevistar hasta la saturación; sí se seleccionó a los participantes que mejor representan o tienen conocimiento de los conceptos y fenómenos asociados a seguridad asistencial.
- Recolección y análisis de la información concurrentes para lograr la interacción entre lo conocido y lo que se está investigando.
- Saturación de la información: independiente que como se explicó previamente, la saturación de datos no es realizada por las características del modelo de investigación mediante grupos focales, sí existió datos que en los participantes tuvieron redundancia de información en los cuatro grupos, lo que fue expuesto en el análisis.



7.3. ACTIVIDADES DE VINCULACIÓN CON EL MEDIO REALIZADAS EN EL ESTUDIO.

7.3.1. Participación de actividades de difusión

¡Quien te atiende te debe proteger!
Calidad y seguridad en la atención sanitaria

Autor José Manuel Vallejos Zapata. Magister de Salud Pública UC. Tutor Dr. Rodrigo Poblete

LA CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL VAN DE LA MANO DE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y RESULTADOS ÓPTIMOS EN PRESTACIONES DE SALUD

LOS EVENTOS ADVERSOS SANITARIOS OCURREN EN UN 5,5% DE LAS HOSPITALIZACIONES ⁽¹⁾

UN 10% DE LOS EVENTOS ADVERSOS CONDUCE A LA MUERTE. UN 50% ES PREVENIBLE ⁽¹⁾

1 DE CADA 10 PACIENTES SE VE AFECTADO NEGATIVAMENTE DURANTE ALGÚN TRATAMIENTO ⁽²⁾

Calidad en salud
GRADO EN QUE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS Y LOS GRUPOS DE POBLACIÓN INCREMENTAN LA PROBABILIDAD DE ALCANZAR RESULTADOS SANITARIOS DESEADOS Y SE AJUSTAN A CONOCIMIENTOS PROFESIONALES⁽³⁾.

Seguridad asistencial
PROCESO QUE SE CENTRA EN EL CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DE EVENTOS ADVERSOS TANTO DEL PRESTADOR INSTITUCIONAL, PRESTADOR INDIVIDUAL Y DEL USUARIO, LA ELIMINACIÓN DE LOS INNECESARIOS Y LA PREVENCIÓN DE AQUELLOS QUE SON EVITABLES ⁽⁴⁾

ES FUNDAMENTAL QUE EL PERSONAL SANITARIO MANEJE ESTOS CONCEPTOS PARA

- Evitar daño innecesario y prevenible
- Prevenir eventos adversos en la atención de salud
- Mejorar la confianza en las instituciones
- Aumentar la satisfacción de los usuarios
- Fortalecer la seguridad en los equipos
- Crear una cultura de calidad y seguridad

Queremos analizar el grado de conocimiento del personal médico en estos conceptos

Para juntos fortalecer la cultura de calidad y seguridad del paciente

Referencias: (1) Reporte To Err is human (2) Delivering quality health service OMS, OCDE y Banco Mundial (3) Definición OMS (4) Definición Ministerio de Salud de Chile

Figura 7.2. (izquierda) Participación de concurso “Mi tesis en una imagen”, ganando el premio de público, Octubre de 2022

Figura 7.3 (abajo) Participación de 3º Jornada de Investigación de Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Septiembre 2023

HOSPITAL EL CARMEN
Dr. Luis Valentín Ferrada

IDDA
Instituto de Investigación, Docencia y Desarrollo Académico

Jornada de Investigación

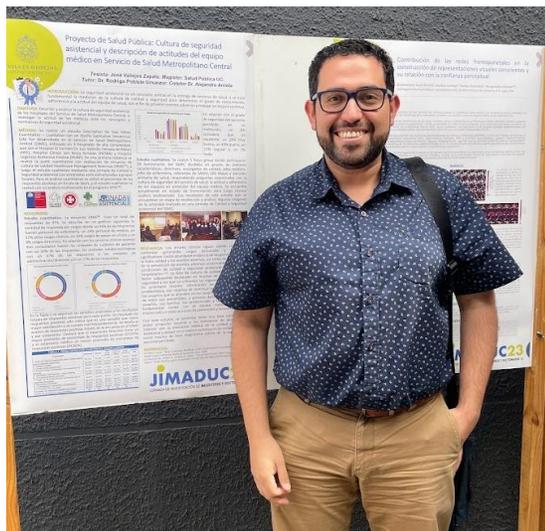
El Departamento de investigación, Docencia y Desarrollo Académico los invita a participar de la jornada de Investigación.

Horario	Tema de presentación
9:00	Bienvenida y presentación de temas a tratar, Maestra cerigamara
9:15	¿Qué es Innovación?, FRCH
9:30	Experiencia innovadora desde el Diplomado en Odontogeriatría, Dra. Nataly Cajas
9:45	Innovación y Equidad de género, Dra. Gina Squella
10:00	Proyecto de investigación: "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en SSFIC", Dr. José Vallejos
10:15	Innovación y docencia, Dr. Ernesto Vega
10:30	"Estrategia de capacitación en Cirugía de Rodilla", Dr. Tomás Pineda
10:45	Cierre y café

martes 05
auditorio HEC
09:00 a 10:45



Figura 7.4 Fotografías de participación de JIMADUC (Jornada de Investigación de Magíster y Doctorados UC). Primer lugar categoría Infografía y segundo lugar en categoría Póster.





7.3.2. Reuniones y coordinaciones con establecimientos hospitalarios.



Figura 7.5. Reunión con Director y equipo de Calidad asistencial de Hospital Urgencia Asistencia Pública, Agosto 2023



Figura 7.6. Presentación del Proyecto de Salud Pública a equipos directivos, clínicos y administrativos de Hospital Urgencia Asistencia Pública, Agosto 2023



Figura 7.7. Reunión con Director y equipo de Calidad asistencial de Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Agosto 2023



Figura 7.8. Presentación del Proyecto de Salud Pública a equipos directivos, clínicos y administrativos de Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Agosto 2023



Figura 7.9. Presentación del Proyecto de Salud Pública a equipos directivos, clínicos y administrativos de Hospital Clínico San Borja Arriarán, Septiembre de 2023



7.3.3. Jornada de Seguridad Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central.



JORNADA
DE CALIDAD Y SEGURIDAD
ASISTENCIAL

MIÉRCOLES 11 DE OCTUBRE, 2023



JORNADA
DE CALIDAD Y SEGURIDAD
ASISTENCIAL

MIÉRCOLES 11 DE OCTUBRE, 2023



JORNADA
DE CALIDAD Y SEGURIDAD
ASISTENCIAL

MIÉRCOLES 11 DE OCTUBRE, 2023



JORNADA
DE CALIDAD Y SEGURIDAD
ASISTENCIAL

MIÉRCOLES 11 DE OCTUBRE, 2023



Figura 7.10. Fotografías Jornada de Seguridad Asistencial de SSMC, donde se desarrolló la parte cualitativa del estudio.



III.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

8. DISCUSIÓN.

8.1. Principales resultados.

8.1.1. Enfoque cuantitativo y dimensiones de la encuesta.

Participación y características demográficas. La participación en la encuesta fue modesta, alcanzando el 11% de los funcionarios totales. Aunque esta cifra podría considerarse baja, resulta estadísticamente significativa dado el tamaño muestral necesario. Es crucial tener en cuenta que se trató de un muestreo no probabilístico por conveniencia, dada la específica población de funcionarios en entornos de salud.

En cuanto a las características demográficas, resalta la preeminencia femenina entre los encuestados, tanto en la encuesta como en los grupos focales. Sin embargo, es fundamental distinguir esta participación de manera adecuada en relación con la distribución general de cargos en el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), donde las mujeres representan el 70%, y los hombres el 30%. Este desglose se reflejó en las respuestas de la encuesta, donde participaron un 70.27% mujeres, 29.38% hombres y 0.34% no binarios. En los grupos focales, la participación masculina fue más baja, con un 14.8%, en comparación con un 85.2% de participación femenina. Al considerar los cargos, enfermería predominó en ambas instancias, con un 34.5% en las encuestas y un 63% en los grupos focales, seguido por médicos con un 23.5% en encuestas y un 25% en grupos focales. Es crucial señalar las diferencias en la composición de profesionales, destacando la mayor presencia de enfermeros en comparación con médicos en los establecimientos.



En términos institucionales, un 64% de los encuestados provino de funciones clínicas, mientras que el 24% fueron funcionarios no clínicos, y un 11% no especificó. En cuanto al tiempo trabajado en los establecimientos, la mayoría tenía entre 1 y 5 años (45%) y entre 6 y 10 años (30%). Esto sugiere una población mayoritariamente joven en los establecimientos participantes. Similarmente, el tiempo de trabajo en la unidad se concentró en estas mismas categorías, totalizando el 74% de las respuestas.

Resultados de encuesta HMA™. Al analizar el porcentaje de respuestas positivas según cargos, destaca que el promedio de respuestas positivas en todas las dimensiones más bajas es del estamento médico (49.86%) y el mayor es el estamento directivo (63.07). Si se compara con el promedio total, que corresponde a un 54.19% de las respuestas positivas para todos los funcionarios encuestados.

En relación con los resultados del enfoque cuantitativo a nivel de respuestas por dimensiones, se consideran 10 dimensiones en esta encuesta: apoyo de las jefaturas, trabajo en equipo, comunicación y receptividad, reporte de eventos, aprendizaje organizacional, comunicación acerca de errores, apoyo que da la administración del hospital en mejoras de seguridad, respuesta a errores, transferencias e intercambios de información, personal y ritmo de trabajo; estas dimensiones se relacionan directamente con los componentes de una cultura de seguridad, descritos en la tabla de Singer que se encuentra en el marco teórico.

Es importante destacar que la encuesta no cuenta con una tabla de juicio en relación con los resultados (no indica límites de porcentajes que se encuentren buenos, medios o malos) por lo cual esta encuesta sirve para tres grandes objetivos: primero establecer una línea de base para futuras mediciones; segundo priorizar los aspectos más débiles que tenga cada equipo para realizar actividades de mejora, y tercero realizar benchmarking con otras instituciones que usen el mismo instrumento dentro del país como internacionalmente. En este caso, contamos con la comparativa de Chile a través de las encuestas realizadas en 2022 por el equipo de la Universidad Internacional de Florida (en proceso de validación)



y también con la data de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2022) de Estados Unidos en su reporte del año 2022. Uno de los principales motivos por el que se usó la encuesta *Healthcare Management Americas* (HMATM) fue la posibilidad de realizar esta comparación.

Considerando los tres objetivos descritos acerca de los principales usos del instrumento, podemos señalar algunas presunciones generadas que serán de utilidad para el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).

En primer lugar, contar con una línea de base en términos de la cantidad de encuestados y los componentes respondidos, podrá generar la posibilidad de implementar mejoras en todos los aspectos. Se observan aspectos con mayor cantidad de respuestas positivas en "apoyo que dan las jefaturas y los supervisores" y "trabajo en equipo"; se observa un porcentaje bajo de respuestas positivas en "respuesta a los errores", "personal y ritmo de trabajo", "apoyo que da la administración del hospital para la seguridad del paciente". Todos los demás aspectos generan puntos más intermedios dentro de esta comparación interna.

Luego de generar esta línea de base y tener un diagnóstico de los componentes con más respuestas positivas y con menos respuestas positivas, se podrá generar un plan de trabajo focalizado que priorice las áreas menos positivas y también mantener los incentivos sobre las áreas que se encuentran bien con intención de no generar una baja. Esta encuesta, luego de ser analizada y establecer propuestas de mejora con los equipos, puede ser repetida en un plazo de tiempo considerado para poder analizar si las mejoras propuestas tuvieron efecto en los componentes sobre los que actuaron. Se podría sugerir al SSMC realizar propuestas de mejora a nivel de la dimensión de "personal y ritmo de trabajo" que está asociada personal suficiente, ritmo de trabajo acelerado, unidades que dependen mucho de personal flotante y exceso de horas trabajadas; en la dimensión "respuesta a los errores" (39% de respuestas positivas) donde se evalúa que el personal siente que los errores están en su contra, que la persona es la responsable y no el problema, enfoque en aprender de los errores en vez de buscar culpables, y apoyar al personal involucrado en errores de



seguridad. Estos dos aspectos, al ser los más bajos, podrían ser intervenidos a nivel directivo para proponer mejoras, con una nueva evaluación en un tiempo futuro para objetivar si las mejoras tuvieron efecto.

En tercer lugar, dentro de la función de comparación con otras instituciones que utilizaron el mismo instrumento, se compara con 18 instituciones de salud de Chile y 400 de Estados Unidos. Destaca que en la comparativa todas las respuestas positivas de Estados Unidos tienen un mayor porcentaje de respuestas positivas, y todas las respuestas de Chile tienen un mayor porcentaje por sobre el Servicio de Salud. Sin embargo, es muy importante señalar que dentro de un análisis por percentil de las respuestas positivas de SSMC en comparación con las de los hospitales de Estados Unidos, todos los porcentajes de respuestas positivas del SSMC se encuentran en el percentil 10 de los hospitales de Estados Unidos.

Otros aspectos de la encuesta *Healthcare Management Americas* evaluados fueron la percepción de los funcionarios del grado de seguridad en su unidad, y la cantidad de eventos adversos reportados.

En el grado de seguridad de las unidades el mayor porcentaje (en escala del 1 al 5) describió como respuesta un 3, que corresponde a "Bueno", con un 44%. Un 30% indica una respuesta "Muy bueno" y un 8% "Excelente". Según el análisis propuesto por la encuesta original SOPS 2.0 sobre la que se basa la HMATM de la AHRQ (AHRQ, 2022), las repuestas 4 y 5 corresponden a respuestas positivas, por lo cual da un resultado de 38% de percepción positiva de la seguridad en las instituciones. Si se realiza esta diferenciación por cargos, la mayoría de los cargos comparte similitudes en estos aspectos, sin embargo destaca que enfermería y los médicos tienen una percepción regular (respuesta 2) en el 20% de las preferencias, a la vez que decae en relación con el promedio la respuesta "excelente" por lo que en estos estamentos se podría ahondar sus apreciaciones y percepciones en relación con su percepción del grado de seguridad, para poder establecer mejoras y sobre todo involucrarlos en estas. En relación con el grado de seguridad según unidades, hay una mayor variación con respecto a las respuestas. Los servicios de apoyo



no clínico tienden a responder que la seguridad es peor en comparación con otras unidades; al igual que los servicios clínicos de apoyo. Una percepción más positiva la tienen las unidades médico-quirúrgicas y las unidades de cuidados de pacientes. Una diferencia entre ambos grupos que pudiesen explicar este fenómeno es en primer lugar que los servicios de apoyo tienen una cantidad de trabajo técnico y tecnologizado muy avanzado, lo que permite que realicen sus labores de manera muy prolija, y cualquier error para ellos sea más delicado en comparación. La otra diferencia es que las unidades de atención de paciente que tienen una mejor percepción tienen una directa relación con el paciente pudiendo ver su evolución diaria y los resultados finales de las prestaciones, más que enfocarse en las situaciones adversas de seguridad asistencial, lo que también pudiera explicar este fenómeno.

Se analizó el número de eventos reportados en los últimos 12 meses, relacionados con la seguridad del paciente. En los resultados un 47.8% señala que no ha reportado ningún evento, un 29.6% 1 a 2 eventos. Según el análisis propuesto por la encuesta original SOPS 2.0 de AHRQ (AHRQ), las respuestas positivas en este caso es haber reportado al menos 1 evento, por lo cual el porcentaje de respuestas positivas asciende a un 50.2%. Esto se correlaciona con las dimensiones de seguridad asociadas a reporte de eventos que aparecen en la encuesta, como son la dimensión 4. "Reportar eventos relacionados con la seguridad del paciente" que tiene un 60% de respuestas positivas, y 6. "Comunicación acerca de los errores" con un 53% de respuestas positivas. Si se compara por estamento la dimensión 4 "Reportar eventos relacionados con la seguridad del paciente" en su total de respuestas positiva con la notificación de más de un evento adverso, a nivel descriptivo los datos son semejantes en los grupos de enfermería, médicos, cargos clínicos y cargos directivos; sin embargo, distan mucho en notificación de cargos de apoyo no clínico.

Se ha descrito en esta tesis, que los objetivos están relacionados con medir y describir la cultura de seguridad de los establecimientos hospitalarios de un servicio de salud chileno, y las actitudes del equipo médico. Es por lo anterior que en una primera instancia se realiza un análisis deductivo con estadística descriptiva, sin embargo, se pretende a posteriori poder evaluar si estos datos tienen diferencias significativas.



Benchmarking con otros establecimientos institucionales. La comparativa de los datos entre el SSMC, Chile y Estados Unidos es útil de realizar para poder analizar diferentes poblaciones que utilizaron el mismo instrumento.

En una primera instancia se compararon cada una de las dimensiones, donde se observa que en términos generales Estados Unidos siempre tiene un mayor porcentaje de respuestas positivas en comparación con Chile. Además, Chile siempre tiene un mayor porcentaje de respuestas positivas en comparación con el Servicio de Salud Metropolitano Central. Es necesario ahondar en estas diferencias en una segunda instancia de investigación para analizar si estas diferencias son significativas. De manera preliminar y entendiendo que lo que se mide son porcentajes de respuestas positivas, se analizó en el reporte de SOPS 2.0 de AHRQ de 2022 en Estados Unidos, con los percentiles de las respuestas y se comparó las respuestas del SSMC: en todas las dimensiones de calidad el porcentaje de respuestas positivas del SSMC se encuentra en el percentil 10. Esto refleja que en la comparativa, si bien los porcentajes no tienen una diferencia numérica considerable, sí dentro de la cantidad de personas que responden la encuesta asociado a los mínimos y máximos de respuestas, en SSMC el total de las respuestas positivas representa el percentil 10 de las respuestas positivas en Estados Unidos.

Luego, se comparó la pregunta relacionada con la percepción del grado de seguridad en su institución. En SSMC se observa una percepción positiva de un tenemos un 38%, a nivel de Chile un 47% y en EEUU un 66%. Nuevamente, al comparar en término de percentiles, corresponde al percentil 10.

En la última comparación relacionada con notificación de eventos adversos, se consideró respuestas positivas haber notificado 1 o más eventos adversos. En el caso del SSMC tenemos un 52%, a nivel de Chile un 44% y en EEUU un 44%. Si comparamos el porcentaje de respuestas positivas en SSMC con los percentiles estadounidense, corresponde al percentil 75-90, lo cual indica que hay un buen porcentaje de notificación en comparación con SSMC y EEUU.



La comparación de percentiles anteriormente realizada no se puede realizar a nivel nacional chileno porque no se cuentan con esos datos.

8.1.2. Enfoque cualitativo y análisis de la narrativa.

Dentro del enfoque cualitativo la discusión fue realizada con respecto a la principales categorías que se encontraron dentro de todo el discurso (no por pregunta como en resultados), ya que el objetivo es poder ver si estas ideas fuerza, categorías y codificación responden a nuestra pregunta de investigación: ¿Cuál es la cultura de seguridad asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) y cuál es la actitud del equipo médico ante los conceptos y normativas de seguridad asistencial?.

Cultura de seguridad del SSMC. En primer lugar, se analiza la cultura de seguridad asistencial del SSMC. En base con la narrativa del discurso expuesta y las categorías expresadas, aparecen algunos conceptos que son fundamentales para describir cual es, según la percepción de los participantes de los grupos, la cultura de seguridad del SSMC. Se percibe preocupación por la seguridad asistencial en distintos ámbitos, sobre todo en que la cultura de seguridad asistencial en los establecimientos de salud representa un desafío significativo en la búsqueda de la atención de salud segura y de calidad. Esta problemática se manifiesta en diversos aspectos, desde la falta de comprensión universal del concepto hasta las resistencias y desafíos específicos en la implementación de protocolos y prácticas seguras.

Analizando detenidamente los puntos clave emergentes de la discusión, se pueden identificar varios temas relevantes. La diversidad en la comprensión del concepto de seguridad asistencial por parte de los funcionarios y de los estamentos en general se destaca como un factor crucial. La percepción multifocal de la seguridad, que va más allá



de la atención directa al paciente, subraya la necesidad de una comprensión holística que abarque aspectos que vayan más allá de la administración de medicamentos y la prevención de caídas, sino que incluya todos los abordajes necesarios para la protección general del paciente. La no universalidad de este concepto sugiere que su incorporación varía entre diferentes establecimientos, dependiendo en gran medida de la voluntad e interés de los directivos a cargo.

Los roles y responsabilidades de los directivos y funcionarios también emergen como elementos esenciales en la implementación efectiva de una cultura de seguridad. La relevancia de la seguridad asistencial en un establecimiento a menudo depende de la voluntad del liderazgo, lo que resalta la importancia de la cultura organizacional en la seguridad del paciente. Las acciones individuales y sistémicas deben ser cuidadosamente consideradas, reconociendo que la seguridad asistencial no puede lograrse solo a través de esfuerzos aislados.

Existe una mirada optimista de los encargados de calidad que indica un continuo avance hacia una mayor adherencia y trabajo en pro de la seguridad del paciente, sin embargo, la resistencia por parte del personal médico presenta un desafío notable. Esta resistencia puede ser atribuida a la falta de compromiso, conocimiento acerca de conceptos relacionados a seguridad asistencial y el enfoque médico que privilegia sobre todo el asistencialismo y la atención clínica, lo que destaca la importancia de abordar estas barreras para lograr una implementación exitosa.

Se recalca que los protocolos y su conexión con la labor diaria revelan una desconexión significativa. La falta de practicidad de los protocolos, la distancia entre los protocolos y la realidad cotidiana, y la necesidad de involucrar a los equipos en la creación de protocolos son aspectos clave que deben abordarse para mejorar la seguridad asistencial. Además, la falta de involucramiento del estamento médico presenta un desafío adicional, ya que los médicos son vistos como un componente que no adhiere, no participa y tiene un rol externo, siendo su adherencia a protocolos más escasa en comparación con otros estamentos.



Dentro de las brechas para generar normativas existe una cultura de traspasar responsabilidad administrativa a funcionarios de enfermería, y falta de horarios protegidos para dedicar tiempo a la creación y análisis de protocolos, lo que ilustra la necesidad de cambiar paradigmas y prioridades.

Otro aspecto estructural a considerar es la resistencia a notificar eventos adversos debido al carácter punitivo que se está buscando erradicar pero aún representa una brecha, y la falta de formación en gestión y calidad en médicos, lo que refuerza la importancia de abordar la cultura organizacional y proporcionar formación adecuada.

A nivel de los establecimientos hospitalarios del SSMC, como resumen, la implementación efectiva de una cultura de seguridad asistencial enfrenta desafíos multifacéticos. La diversidad en la comprensión del concepto, la resistencia del personal médico, la desconexión entre protocolos y práctica diaria, y la falta de involucramiento son temas clave que deben abordarse para lograr una atención médica más segura y de calidad. El cambio cultural y la formación adecuada emergen como estrategias fundamentales para superar estos desafíos y establecer una cultura de seguridad arraigada en el compromiso y la colaboración de todos los profesionales de la salud.

Actitudes del equipo médico. Por otra parte, en relación con las actitudes del equipo médico dentro del enfoque cualitativo, se pueden desprender múltiples fenómenos. Se podría percibir que la relación entre la actitud de los médicos y la seguridad asistencial refleja un panorama complejo y desafiante en el ámbito de la prestación de servicios de salud en el SSMC. La resistencia de los médicos a involucrarse y participar activamente en procesos de calidad y seguridad asistencial se manifiesta como un obstáculo significativo. Esta actitud puede entenderse como una consecuencia de diversos factores, que van desde la percepción de la seguridad como una obligación más que como una oportunidad de mejora, hasta la resistencia a admitir errores frente a los pacientes.

La cultura médica, que históricamente ha priorizado lo asistencial sobre lo administrativo, se muestra como un elemento fundamental que afecta la disposición de los médicos a



comprometerse con procesos de mejora continua. La falta de tiempo protegido para dedicarse a la generación de protocolos y la sobrecarga laboral contribuyen a esta resistencia, destacando la necesidad de abordar no solo las barreras culturales sino también las prácticas.

La percepción de los médicos como agentes externos (que también es abordado a nivel de la percepción de la cultura del SSMC), como funcionarios que no participan activamente en los procesos de cambio cultural, y la descripción de estos como "piedra de tope" para avanzar, subraya la urgencia de modificar estas percepciones arraigadas. La resistencia, en este contexto, puede derivarse de sentimientos de superioridad y la falta de apertura a perspectivas externas o conocimientos no médicos.

Otro aspecto preocupante que se desentrama del enfoque cualitativo es la actitud de "saberlo todo", lo que puede generar negligencias graves, afectando directamente la seguridad del paciente. Luego, la falta de participación de los médicos en la creación de protocolos y normativas revela un déficit en el compromiso con la seguridad asistencial. Nuevamente, la participación se ve limitada por la falta de tiempo, la sobrecarga laboral y la percepción de que la seguridad y la calidad son temas menos relevantes en comparación con las tareas clínicas. La importancia de cambiar esta percepción y motivar la participación de los médicos emerge como un objetivo clave para fortalecer la seguridad asistencial.

El impacto en la falta de adherencia a protocolos y normativas es evidente, con consecuencias directas para la seguridad del paciente. La falta de sanciones y la percepción de los médicos como intocables contribuyen a esta baja adherencia, especialmente en entornos de atención pública; sin embargo, aquí puede existir un sesgo en término de que los que expresaban estos comentarios son otros estamentos no médicos, y esta situación se pudiera generar a nivel más macro en el sistema de salud público, no solo a nivel médico.

A pesar de estos desafíos, se vislumbra una oportunidad de cambio en la nueva generación de médicos, caracterizada como más proactiva en temas de calidad. Sin embargo, la



resistencia persistente en la mayoría de los médicos destaca la necesidad de estrategias específicas para fomentar la participación y cambiar la percepción de la seguridad asistencial como una obligación más que como una oportunidad de mejora.

Es fundamental profundizar, que las actitudes están relacionadas mucho más allá que la profesión, las condiciones laborales, la motivación y/o los intereses de cada uno; existen múltiples modelos de comportamiento que describen de qué manera todo lo mencionado y también el entorno generan que existan distintos comportamientos. Es necesario poder asumir el aspecto contextual del sistema de salud chileno, de los establecimientos y de las capacidades individuales para poder explicar e intervenir de manera más profunda estas actitudes. Uno de los modelos teóricos más conocido en este aspecto es el COM-B (capacidad, oportunidad, motivación, comportamiento) que fue desarrollado por los investigadores Charles Abraham y Susan Michie en Gran Bretaña, y ha sido aplicado en el contexto de psicología de la salud, y estudio y modificación del comportamiento. Según los autores Jackson et al., "el modelo COM-B entiende la adhesión como un continuo en el que la capacidad, la oportunidad y la motivación se describen como componentes que influyen en la conducta (behaviour-B). Cada componente puede influir en la conducta directamente y, además, oportunidad y capacidad pueden influir en motivación y así afectar a la conducta" (Jackson, 2014).

8.1.3. Convergencia de datos de ambos enfoques.

Desde las dimensiones de seguridad, la percepción del grado de seguridad del paciente y el número de reporte de eventos, se puede objetivar que existen algunos fenómenos que se muestran en el enfoque cuantitativo y se potencian o ratifican en el enfoque cualitativo, y viceversa. Llama la atención que, a nivel discursivo, la narrativa de los grupos focales de concentra bastante en aspectos estructurales, de roles y de actitudes del personal; pero no se abordan otras dimensiones en profundidad como la comunicación de errores, las



transferencias de información, respuesta a errores o el número de personal. En las demás dimensiones sí se cuenta con mayor narrativa.

Considerando las dimensiones desde un mayor porcentaje de respuestas positivas hasta el menor, se describe a continuación cómo estuvieron relacionados estos resultados con las conclusiones del estudio cualitativo.

- **Apoyo que dan los supervisores, jefes o líderes clínicos para la seguridad del paciente.** Se destaca el liderazgo como elemento fundamental para el fortalecimiento de una cultura de seguridad del paciente, y se demuestra a nivel discursivo el compromiso que tienen las jefaturas de servicio con la cultura de seguridad, su preocupación por entregar un enfoque constructivo por sobre el punitivo, y la importancia que entregan a realizar difusión y apoyo al personal que operativiza los procesos.

- **Trabajo en equipo.** En todo momento se menciona en los grupos focales la necesidad que todo el equipo esté involucrado en las mejoras, en la cultura de seguridad y en las iniciativas de participación y creación de protocolos. También se refleja en los grupos focales la importancia de un trabajo multiestamentario por sobre delegar la mayoría de las funciones en un solo equipo de profesionales.

- **Comunicación y receptividad.** A nivel de estamentos profesionales no médicos se observa una buena receptividad y sensibilidad a la corrección de errores, a poder recibir una retroalimentación constructiva, a poder apoyar en mejoras continuas; por el contrario, esto no se observa así en el equipo médico. Sin embargo, destaca que a nivel de desagregación de dimensiones por cargos, en el caso de los médicos existe un porcentaje de respuestas positivas semejante al de enfermería.

- **Reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente.** En este aspecto, se describe que si bien existe una cultura de notificación a nivel de enfermería por sobre todo, en el caso médico es menor, y se asocia a desconocimiento, formación y temor por acciones punitivas que pudieran surgir. Este aspecto se observa una diferencia considerable en porcentaje de respuestas positivas entre los médicos y todos los demás cargos. Esto también se observa a nivel de porcentaje de respuestas negativas en el número de eventos reportados por cargos, lo que no implica causalidad pero sí pudiera generar una



dirección en relación a la menor cantidad de notificaciones que realiza el estamento médico.

- **Aprendizaje organizacional y mejora continua.** Esta dimensión se aborda a nivel cualitativo en todo lo referente a protocolos, análisis de mejora, adherencia y compromiso; se observa por parte del estamento médico una brecha actitudinal importante en este aspecto, destacando en el poco involucramiento, resistencia, renuencia y falta de compromiso. Esto se condice con el menor porcentaje de respuestas positivas en esta área por parte de este estamento.

- **Comunicación acerca de errores.** Este aspecto no se aborda en profundidad en los grupos focales, pero sí se destaca en actitudes del equipo médico al momento de recibir una retroalimentación y resistencia a admitir errores. Hay una menor cantidad de respuestas positivas por el grupo médico en esta dimensión.

- **Apoyo a la gestión hospitalaria a la seguridad del paciente.** Se comenta mucho acerca de la responsabilidad directiva y las instrucciones que deben venir de la jerarquía de los establecimientos para poder establecer, incorporar y mantener mejoras en calidad y generar un ambiente de trabajo que cuente con las condiciones, sobre todo en lineamientos y tiempo, para poder trabajar en pro de la seguridad del paciente. Se muestran estos aspectos como brechas por lo cual existe una correlación entre el porcentaje de respuestas y el discurso de los grupos focales.

- **Transferencias e intercambio de información.** Es uno de los puntos que poco se aborda a nivel de los grupos focales lo que resulta llamativo ya que tiene un porcentaje medio dentro de las respuestas positivas. Es probable que esto se deba a que los entrevistados fueron funcionarios con cargos más directivos y de jefatura, y esta dimensión es casi en un cien por ciento operativa para quienes realizan trabajos en turno o que deben ingresar y egresar pacientes.

- **Respuesta a errores.** Si bien se indica por algunos funcionarios que la notificación y los eventos no tienen fin punitivo y se ha tratado de poder realizar un cambio en este paradigma, existen funcionarios que sí se han visto involucrados en sanciones administrativas asociadas a la notificación y eventos adversos. Esta transición entre la



cultura del castigo hacia una actitud más formativa, con objetivo de incluir a todas en la mejora continua, puede ser la responsable del bajo porcentaje de respuestas positivas.

- **Personal y ritmo de trabajo.** A nivel de ritmo de trabajo se observa amplia narrativa en relación con el trabajo que se realiza desde cada punto de vista (el trabajo asistencial excesivo de los médicos que no deja espacio al trabajo administrativo, el trabajo excesivo de enfermería y la multifuncionalidad que se les exige). Pero no se observa un discurso que hable acerca de cómo se evalúa la cantidad de trabajo el ritmo de trabajo y si hay o no personal suficiente para la realización de las labores clínicas. En este aspecto, hay poca representatividad de esta dimensión en el discurso.

8.2. Relevancia local y nacional del estudio con foco en salud Pública, y principales implicancias.

El año 2021 se crea en OMS el “Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente” que se identifica como “Un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que sea menos probable que se cometan errores y atenúan el impacto de los daños cuando se producen” (OMS, 2021). Según se describe en sus políticas, la misión de este Plan de Acción mundial es impulsar políticas, estrategias y acciones, basadas en la ciencia, la experiencia de los pacientes, el diseño de sistemas y las asociaciones, al objeto de eliminar todas las fuentes de riesgo y daño evitables para los pacientes y el personal de salud. Es en este contexto, donde una parte de los objetivos estratégicos de este plan de acción, que se encuentran relacionados con este estudio, se enfoca en “construir sistemas de salud y organizaciones sanitarias de alta fiabilidad que protejan a los pacientes de los daños; garantizar la seguridad de cada proceso clínico; inspirar, educar, preparar y proteger a todos los trabajadores de la salud para que contribuyan a la configuración y la prestación de sistemas asistenciales seguros; y asegurar un flujo



constante de información y conocimientos para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daños evitables y la mejora de la seguridad de la atención” (OMS, 2021), entre otros. Este plan también se desarrolla como contribución a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de manera prioritaria con el Objetivo 3 (salud y bienestar), pero también se interrelaciona con el fin de la pobreza, igualdad de género, reducción de desigualdades, trabajo decente y crecimiento económico. Chile es un país asociado tanto a la OMS como a los ODS, por lo cual es fundamental poder realizar investigación que nos pueda llevar a mejorar la seguridad asistencial a nivel de los sistemas de salud con una tendencia que nos lleve hacia la visión del Plan de Acción Mundial: “Un mundo en el que nadie resulte perjudicado en la atención de salud y cada paciente reciba una atención segura y respetuosa, en todo momento y en todo lugar”. Siendo más específicos a la vinculación de esto con el presente Proyecto de Salud Pública, el objetivo estratégico 6 es: “Información, investigación y gestión de riesgos”, donde se refuerza la necesidad de contar con información y fuentes de datos válidos y fiables para “construya medidas para sus actividades clave, por ejemplo, determinar prioridades y problemas, realizar evaluaciones comparativas, formular acciones y supervisar el rendimiento y el impacto” (OMS, 2021). Entre estas fuentes de información se encuentran los sistemas de notificación de incidentes, análisis de eventos, auditorías, estudios de cargas de daño y encuestas de cultura organizativa (entre otros). Es fundamental a través de la investigación y se desprende de este objetivo estratégico, producir conocimientos nuevos que mejoren la capacidad de los sistemas, de las instituciones y de los profesionales, en pro de disminuir los daños asociados a la atención de salud. Es por esto, que la OMS propone como estrategia para los establecimientos y servicios de salud, “Facilitar un entorno propicio para la investigación que analice las causas de los daños evitables y la aplicación de intervenciones eficaces para mejorar la seguridad del paciente; basar el diseño de los programas para aumentar la seguridad del paciente de cada servicio clínico en las prioridades que se desprenden de los datos locales y utilizar las pruebas de investigación disponibles sobre las soluciones eficaces y las



prácticas más seguras con la finalidad de mejorar el sistema; colaborar con los investigadores en la investigación sobre mediciones y mejoras”.

A nivel nacional, en la Estrategia Nacional de Salud (ENS) para los objetivos sanitarios al 2030 considera los lineamientos provenientes de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles de la ONU al 2030, en base a lo que adopta como principios rectores “asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades en salud” (Minsal, 2022). Es así como el eje 7 de la ENS se enfoca en la gestión, calidad e innovación. Dentro de este punto en esta estrategia se identifica como objetivo de impacto “Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida” (MINSAL; 2021). Se señala que la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos han sido reconocidos como funciones esenciales de la salud pública. Es en ese aspecto, que realizar un estudio de Calidad y Seguridad Asistencial en un servicio de Salud Pública, contribuye a un mejoramiento de las condiciones de entrega de salud en las poblaciones, a través de un análisis de brechas y el comprometimiento de la población investigada a generar mejoras con esta información.

Dentro del Servicio de Salud Metropolitano Central, tanto la Dirección del Servicio como los directores de establecimientos y los equipos de Calidad están muy interesados en poder usar esta información para establecer mejoras, analizar dimensiones y áreas a priorizar, y fortalecer la cultura de seguridad asistencial. Estas mejoras van a tener impacto en tres aspectos: primero en los usuarios, quienes podrán beneficiarse de los resultados de los progresos en la cultura de calidad y la implementación de mejoras continuas con el fin de tener una mejor atención y mayor seguridad en sus procesos clínicos; en los funcionarios, quienes podrán observar el trabajo en las dimensiones de calidad y también solicitar apoyo en las áreas que se sientan débiles, además de poder objetivar brechas que se ven en el día a día de la atención de salud y que podrán ser abordadas; y por último para las



instituciones, quienes lograrán mejorar la satisfacción del usuario, de los funcionarios, la disminución de errores y eventos, en consecuencia mejorando la utilización de los recursos y una mejor gestión.

8.3. Fortalezas del estudio.

Desde el punto de vista metodológico, este estudio con metodología mixta cuantitativa y cualitativa puede presentar las siguientes fortalezas:

- **Amplitud de datos:** La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos obtuvo una comprensión más completa del tema de investigación al recopilar tanto datos cuantificables como experiencias subjetivas; esto se puede observar al querer identificar las actitudes del equipo médico, que es una característica muy poco medible en el enfoque cuantitativo pero que a través del cualitativo se puede recoger para luego ser complementado.
- **Enfoque holístico:** En este estudio se permitió abordar tanto aspectos cuantitativos medibles como cualitativos más subjetivos, lo que lleva a una comprensión más completa y profunda de la cultura de seguridad del SSMC.
- **Convergencia de resultados:** esta convergencia de datos entre ambos enfoques puede proporcionar una validación cruzada, fortaleciendo la validez y credibilidad de los hallazgos.
- **Contextualización:** La metodología cualitativa permite la contextualización de los resultados cuantitativos al proporcionar una comprensión más profunda del contexto en el que se desarrollan las actitudes y la cultura de seguridad, lo que genera una comprensión más profunda a nivel sociológico de lo que origina las distintas actitudes del personal. Además, la narrativa cualitativa capta detalles y matices que no se encuentran en el enfoque cuantitativo.
- **Balance entre generalización y especificidad:** La investigación cuantitativa puede proporcionar datos generalizables a una población más amplia, mientras que la



cualitativa puede ofrecer información específica sobre las experiencias únicas en cada hospital que no pueden ser vistos a nivel numérico.

En relación con las fortalezas que se observan en el estudio a nivel de beneficios para los involucrados, se puede señalar:

- **Aplicabilidad práctica de los resultados:** dentro de las instituciones los resultados pueden ser observados, analizados y trabajados en pro de generar mejoras. Estos resultados serán entregados a directivos y equipos de calidad de cada institución, con el fin de poder entregar un diagnóstico y un insumo valioso para poder priorizar, estudiar, y analizar las áreas donde deben generarse intervenciones que se conviertan finalmente en mejoras de la cultura de seguridad de cada establecimiento hospitalario y el SSMC.
- **Seguimiento a lo largo del tiempo:** la metodología y los instrumentos utilizados permiten tener una posibilidad de poder medir en el tiempo las dimensiones y los aspectos relevantes de la seguridad asistencial; esto es fundamental para poder analizar si las mejoras han tenido impacto en la cultura de seguridad.
- **Relevancia directiva:** se trata de información muy importante para los equipos directivos, que permita establecer brechas y áreas de mejora, a la vez que observan las fortalezas y oportunidades de los aspectos que son bien evaluados.

Al aprovechar estas fortalezas, el estudio tiene el potencial de ofrecer una comprensión profunda e integral de la cultura de seguridad asistencial y las actitudes del equipo médico en los tres hospitales, proporcionando valiosas contribuciones tanto a las mejoras directivas, al desarrollo académico y a la práctica clínica, con enfoque centrado en el usuario.



8.4. Limitaciones del estudio y cómo se procuró aminorarlas.

- **Muestra.** Se trata de una muestra no aleatorizada, no probabilística por conveniencia según disponibilidad y accesibilidad. En este estudio observacional la aleatorización no es factible debido a que se debe contar con la disposición voluntaria de los funcionarios para poder participar en las encuestas y en los grupos focales. Esto puede generar algunas alteraciones al momento de hacer el análisis que se deben mitigar, por ejemplo:

- Posibilidad de sesgo de selección. Una falta de aleatorización puede llevar a un sesgo de selección, donde ciertos grupos de la población tienen una mayor o menor probabilidad de ser incluidos en la muestra. Esto puede comprometer la representatividad de la muestra respecto a la población.
- Problemas de generalización o validez externa, por la falta de aleatorización que ayuda a garantizar que los resultados puedan generalizarse a una población más amplia.
- Riesgo de sesgo de respuesta. Los participantes no aleatorizados podrían tener características específicas que los hagan más propensos a responder de cierta manera, introduciendo un sesgo de respuesta que afecta la validez de los datos. Al ser una encuesta y grupos focales voluntarios, en general las personas con mayor interés por el tema, que tengan conocimiento en relación al tema o personas que se sientan más comprometidas por la institución son las más propensas a contestar.
- Los problemas relacionados a muestreo se trataron de limitar teniendo una población muy amplia a la que entrevistar, la cual prácticamente duplica a la muestra necesaria. Por lo anterior, esto puede generar una disminución del efecto de la no aleatorización.



- **Relación del investigador con el Servicio de Salud Metropolitano Central.** El investigador es médico que trabaja en uno de los establecimientos hospitalarios, y esto puede generar sesgos y limitaciones que afecten la objetividad e interpretación de los resultados.

- Para disminuir este sesgo, la encuesta fue difundida y administrada por los equipos de Calidad de los establecimientos hospitalarios.
- En los grupos focales se contrató un moderador y el investigador se restó de participar.
- Se declara en aspectos éticos y legales la filiación del investigador con una institución del SSMC de manera transparente. No se declaró ningún conflicto de interés.
- Se solicitó a una revisora independiente la triangulación del análisis en el enfoque cualitativo.
- Se realizó un diseño de investigación robusto con métodos claros y análisis transparente para garantizar la validez de los resultados.

- **Limitaciones propias de una Encuesta.** Las encuestas son grandes insumos para poder obtener información de poblaciones, relacionadas a distintos fenómenos que ocurren tanto a nivel de comportamiento como de percepción por parte de los encuestados. Al igual que cualquier herramienta, puede contar con algunas debilidades:

- Son volubles y sensibles al contexto en el que se estén realizando. Este contexto pudiera estar en una situación institucional tranquila, álgida, conflictuada, de transición, etc.
- En el caso de ser desarrolladas a futuro para evaluar el resultado de la instauración de mejoras, la capacidad de capturar variaciones no es suficientemente sensible. Por lo anterior, se puede sugerir realizar encuestas tipo



panel (con miembros permanentes que contestan la encuesta seriadamente) para analizar esta limitación.

- La extensión de esta respuesta en particular también puede haber generado una limitación en la cantidad de personas que contestaron.
- En el caso particular de la encuesta HMATM esta no se encuentra validada en el país. Si bien se basa en la encuesta SOPS 2.0 de la AHRQ, la cual si tiene una validación a nivel internacional, que no se encuentre validada la HMATM pudiera generar una limitación en su validez interna. Esta situación se puede corregir a través de análisis de fiabilidad interna (como por ejemplo el coeficiente alfa de Cronbach), o evaluar la validez del contenido a través de expertos. En esta investigación no se realizó validación de la encuesta HMA.

8.5. Nuevas preguntas de acción y/o investigación que surgen. Próximos desafíos.

Es un tema muy extenso analizar la cultura de seguridad de una institución como un servicio de salud, y las actitudes de un estamento en particular.

Sin lugar a duda este estudio se abre a líneas de investigación novedosas, donde se podrían incorporar especialistas en ciencias sociales (antropólogos, sociólogos, investigadores de comportamiento) para poder evaluar la parte más actitudinal de los distintos estamentos y analizar el comportamiento que se genera en relación con la seguridad asistencial.

Otro aspecto importante es poder evaluar las variables descritas en este estudio (que hasta este Proyecto de Salud Pública solo involucra un aspecto observacional descriptivo) a través de estadística inferencial, con el uso de test estadísticos bivariantes o multivariantes que busquen asociación o correlación entre estas. Aspectos interesantes podrían ser diferencias entre clínicos y no clínicos, diferencias entre los que tienen más años de servicio con los que tienen menos años de servicio, o como se dio en este estudio una breve muestra de las diferencias entre cargos y unidades de trabajo; sin embargo, esto



requiere un análisis mucho más profundo con programas y pruebas estadísticas inferenciales (t de student, χ^2 , ANOVA)

Desafíos pudieran corresponder entregar una retroalimentación a las instituciones que participaron en este estudio de una manera clara, concisa y contundente. Es parte de los compromisos en esta investigación poder entregar esta investigación como insumo para poder ser evaluado por los directivos, con el fin que analicen los resultados y busquen la oportunidad de implementar mejoras.

Se realizará también publicaciones en revistas ad hoc al tema, y se realizará difusión a nivel de congresos, webinar y charlas.

8.6. Recomendaciones a partir de los resultados de este estudio.

En base a la respuesta de las encuestas del enfoque cualitativo, y el análisis del discurso en el enfoque cualitativo, se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

1. Mantener la medición de la cultura de seguridad de manera seriada para no perder este insumo, y poder generar comparaciones dentro del establecimiento o servicio con el fin de priorizar las áreas con más brechas.
2. Fomentar la formación en calidad y seguridad asistencial en el personal médico a todo nivel: pregrado, post grado, inducciones en hospitales, cursos.
3. Resaltar la importancia de la seguridad asistencial en los establecimientos por parte de los líderes y equipos directivos, con el fin de poder establecer un mejor clima de seguridad.
4. Evaluar las dimensiones de seguridad descritas en este estudio para priorizar las áreas con más brecha en las cuales se puedan implementar mejora continua.
5. Generar un realce en los resultados de la encuesta, promover mejoras, mostrar y difundir los resultados con el personal. Lo anterior, generará mayor adherencia y participación a nuevas encuestas.



6. Realizar estrategias comunicacionales para poder explicar la importancia de la notificación de eventos, recalcando su fin no punitivo.
7. Promover un ambiente de colaboración con el equipo médico, entregando la posibilidad de acomodar su programación horaria (al menos en las jefaturas) para poder abordar temas de calidad y seguridad asistencial.

8.7. Aprendizajes finales y reflexiones.

Esta investigación se constituye como un motor en el SSMC para poder establecer mejoras en la cultura de seguridad, y también como una invitación a otras instituciones públicas y privadas a realizar un análisis de la cultura de seguridad. Si bien el uso de estos instrumentos tiene sus limitaciones asociadas a sesgos de respuesta o a el contexto social y ambiente laboral de las instituciones, son buenas guías para poder enfocar los esfuerzos y recursos en la mejora de los aspectos más falentes. Además, este estudio puede constituir las bases para poder fomentar la formación médica en seguridad asistencial, considerando que es parte obligatoria del ejercicio de la profesión en un mundo donde la satisfacción del usuario y un tratamiento libre de daños es imperativo.

El proceso investigativo fue apasionante, tanto en el aspecto cuantitativo como en el enfoque cualitativo. Considero necesario poder generar nueva información en relación con aspectos fundamentales como la conducta, la actitud, la participación, y el conocimiento en materias de seguridad asistencial, que tengan un enfoque menos cuantitativo (como la acreditación, número de eventos reportados, encuestas) y se realice una mirada más social y del comportamiento a través de teorías de comportamiento, que puedan ser analizadas por expertos en ciencias sociales. Me llevo un gran aprendizaje en esto, debido a que, tomando los antiguos paradigmas de la imposición, de la amenaza o del castigo, no se ha logrado tener una mejor adherencia. Esto demuestra que hay aspectos mucho más



profundos en la naturaleza humana que deben ser abordados de manera multifactorial por profesionales de todas las áreas que analicen el comportamiento humano.

Finalmente, es muy gratificante para mí generar esta investigación porque los resultados y las acciones que se generen posterior a esta investigación se van a ver reflejadas en mejoras en la atención a los pacientes con su consecuente aumento en la satisfacción del usuario y sus familias, fortalecimiento de los sistemas de salud, de la formación de los médicos y poder generar un pequeño aporte a los objetivos de desarrollo sostenible, en nuestra lucha por crear "un mundo en el que nadie resulte perjudicado en la atención de salud y cada paciente reciba una atención segura y respetuosa, en todo momento y en todo lugar".



9. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.

El objetivo de la presente tesis fue analizar la cultura de seguridad de los establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud Metropolitano Central de Chile, y la actitud de los médicos respecto a la seguridad asistencial. Los enfoques cualitativo y cuantitativo permitieron una evaluación integral de la cultura de seguridad.

En cuanto a las dimensiones evaluadas, se observaron variaciones en los porcentajes de respuestas positivas, siendo mayor en "apoyo de supervisores" y "trabajo en equipo". Sin embargo, se identificaron desafíos en las dimensiones "respuesta a errores" y "personal y ritmo de trabajo". Las percepciones de seguridad del paciente y las notificaciones de eventos adversos mostraron un 38% y 52% de respuestas positivas. Con esta información se pudo hacer una comparación a nivel internacional, donde se observa que las respuestas positivas se encuentran por debajo de las respuestas de los hospitales de Estados Unidos, con un bajo porcentaje en grado de seguridad percibida del paciente y alto en notificación de eventos adversos en comparación.

El análisis cualitativo generó categorías relacionadas con roles, estructuras, actitudes, diferencias médicas, formación, comunicación, enfoque en el usuario y oportunidades.

Las conclusiones destacan la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad, abordar brechas estructurales y mejorar la formación médica. Se resalta la importancia de la comunicación, el enfoque en el usuario y la oportunidad de implementar mejoras palpables. La investigación contribuye al SSMC y sirve como llamado a otras instituciones para analizar su cultura de seguridad.

Este estudio mixto cumple con sus objetivos, ofreciendo mediciones complementarias y una visión profunda de la cultura de seguridad y las actitudes médicas. Además, establece las bases para futuras investigaciones y mejora continua en la atención de salud, reforzando la importancia de enfoques multidisciplinarios en la seguridad asistencial.



10. AGRADECIMIENTOS

A mi familia nuclear compuesta por mi pareja Javier y mis tres perritos (Pimienta, Mafalda y Sherlock), quienes me han acompañado en todo momento, e incluso se quedaban conmigo en las largas horas de estudio.

A mis amigos, por siempre darme ánimo y confiar en mí y en mis ambiciosos proyectos; por siempre decirme que yo era capaz.

A mis compañeros y profesores del Magíster por ser una infinita fuente de inspiración para mí en este proyecto y en otros desafíos.

A mis compañeros de trabajo y jefaturas por su constante apoyo en realizar cambios de turno y alegrarse de mis logros siempre.

A mi tutor Dr. Rodrigo Poblete por su interés y amabilidad en todo momento, al compartir su experiencia y tiempo conmigo para hacer crecer este proyecto de Salud Pública. Por sus conocimientos y su pasión por transmitirlo.

Al Dr. Alejandro Arrieta por facilitar la encuesta HMA y su compromiso con la seguridad asistencial a nivel latinoamericano.

Al Servicio de Salud Metropolitano Central, por su apoyo y ser un motor impulsor de este proyecto; por su apoyo y acompañamiento en cada actividad.

A los directivos, jefes de departamentos, servicios y unidades de los Hospitales El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital Urgencia Asistencia Pública, por su participación en las actividades realizadas.

A los equipos de Calidad y Comunicaciones de todos los hospitales quienes colaboraron activamente para poder lograr los objetivos de muestra y recolección de datos.

A todos los funcionarios que respondieron la encuesta HMATM y participaron en la Jornada de Seguridad Asistencial del SSMC, sin ustedes este estudio no hubiera sido posible.



A mis hermanos Génesis, Isaías y Javiera, por su apoyo incondicional y ayuda en la realización e impresión de toda la folletería asociada a la difusión del estudio.

A mis padres por darme el sustento y la educación en mi niñez y juventud.

11. REFERENCIAS

1. Agency for Healthcare Research and Quality: "Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Hospital Survey 2.0: 2022 User Database Report". Publication No. 22(23)-0066 October 2022. Tomado de <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/2022-hsops2-database-report.pdf>
2. Allué N. et al. "Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos". Gaceta Sanitaria, Año 2014. Vol 28, págs. 48-54. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911113001313?via%3Dihub>
3. Ayanian J. "Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality". N Engl J Med. Año 2016; Vol 375, págs. 205-207. DOI: 10.1056/NEJMp1605101
4. De Brito. "Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team". Rev. Latino-Am. Enfermagem. Año 2017. Vol 25, págs. DOI: 10.1590/1518-8345.1472.2884
5. Chandía Y. "Introducción a la calidad en salud", año 2006. Recuperado de <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>
6. DIGERA, 2021. "Informe Cumplimiento de Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención, respecto de resultados de sus indicadores, en Red de prestadores públicos de atención cerrada. Análisis años 2018-2019-2020". Departamento Calidad y Seguridad de la Atención División de Gestión de la Red



Asistencial. Recuperado de https://www.Minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Ord-3945_informes-indicadores-seguridad-2018-2019-2020.pdf.

7. Halligan M, Zecevic A. "Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress" *BMJ Quality & Safety* 2011; **20**:338-343.
8. HMA, 2022. Rescatado de <https://hma.fiu.edu/encuesta/>
9. Jackson, Eliasson, Barber: "Applying COM-B to medication adherence. A suggested framework for research and interventions". *Revista de Psicología de la Salud (New Age) Vol 2 N° 2014*. Tomado de <https://ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/ehp.v16.i1.p7/1072>
10. Kohn L et al. "To Err Is Human, Building a Safer Health System" Committee on Quality of Health Care in America. National Academy Press, 2000. Recuperado de <https://doi.org/10.17226/9728>
11. Mallea-Salazar et al. "Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso". *Revista Chilena de Salud Pública*, 2021. Vol 25 págs 76-85. Recuperado de <https://revistaestudiotributarios.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/65197/68537>
12. Ministerio de Sanidad y Consumo España 2006. "Estudio nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización. Informe 2006" Recuperado de <https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
13. Ministerio de Sanidad y Consumo España 2008. "Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud" Recuperado de <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>



14. Minsal, 2005. Decreto con fuerza de ley n°1, de 2005, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto ley n° 2.763, de 1979 y de las leyes n° 18.933 y n° 18.469. Recuperado de https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621_recurso_1.pdf
15. Minsal, 2013. "Norma general técnica N° 154 sobre Programa Nacional de Calidad y seguridad en la atención de salud". Recuperado de <https://www.Minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Norma-T%C3%A9cnica-N%C2%B0154.pdf>
16. OMS, 2009. "Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente: Informe técnico definitivo".
17. OMS, OCDE, Banco Mundial, 2018: "Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage". Recuperado de <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/233>
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>
18. OMS, 2021. Informe técnico "Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud". 2021. Tomado de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
19. OMS, 2022. "Servicios sanitarios de calidad". Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
20. Proaño Villavicencio, D.X. (2017). "Metodología para elaborar un plan de mejora continua". 3C Empresa: investigación y pensamiento crítico, Edición Especial, 50-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/3cemp.2017.especial.50-56>
21. Real Academia Española, "Diccionario de la lengua española", edición del tricentenario, 2022. Tomado de <https://dle.rae.es/renuencia>



22. Sánchez D, Guamán L. "Aplicabilidad el cuestionario de la agencia de investigación y calidad sanitaria en la cultura de seguridad". Revista "Conecta Libertad", año 2021, Volumen 5, N° 1, págs. 55-65.
23. SSMC, 2023: Cuenta pública participativa 2023. Tomado de https://ssmc.redsalud.gob.cl/wrdprss_Minsal/wp-content/uploads/2023/05/Cuenta-P%C3%BAblica-Participativa-SSMC-Gesti%C3%B3n-A%C3%B1o-2022-OK.pdf
24. Slawomirsky et al, 2022. "The economics of patient safety: From analysis to action". Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_761f2da8-en?crawler=true&mimetype=application/pdf
25. Sorra J, Yount N, Famolaro T, et al. Encuesta hospitalaria de la AHRQ sobre la cultura de la seguridad del paciente Versión 2.0 Guía del usuario. Rockville, MD: Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica; Junio de 2021. Publicación AHRQ N° 19 (21)-0076. Recuperado de <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.
26. Superintendencia de Salud, 2013. Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global. Recuperado de <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-9005.html>
27. Torijano-Casalengua M. et al. "Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España". Revista Atención Primaria, 2013. Vol 45, págs. 21-37.



12. ANEXOS

Anexo 1. Acta de resolución Comité Ético Científico de ciencias de la salud PUC

Anexo 2. Acta de resolución Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central

Anexo 3. Autorización Directora SSMC

Anexo 4. Autorización Dirección Hospital Clínico San Borja Arriarán

Anexo 5. Autorización Dirección y Subdirección médica Hospital Urgencia Asistencia Pública

Anexo 6. Autorización Dirección Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada

Anexo 7. Consentimiento informado online encuestas HMA™

Anexo 8. Consentimiento informado estudio cualitativo

Anexo 9. Encuesta Healthcare Management Americas HMA™

Anexo 10. Pauta de preguntas semiestructuradas

Anexo 11. Imágenes usadas en estrategia comunicacional

Anexo 12. Tabla demográfica funcionarios que respondieron encuesta HMA™

Anexo 13. Tabla de elementos por dimensión de seguridad del paciente.

Anexo 14. Tabla demográfica participantes grupos focales.

Anexo 15. Notas de campo realizadas por observador.



ANEXO 1. ACTA DE RESOLUCIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DE CIENCIAS DE LA SALUD UC



ACTA DE RESOLUCIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DE CIENCIAS DE LA SALUD UC
Re-acreditado por SEREMI de Salud
Resolución Exenta N° 012793 del 27 de octubre de 2021

NUEVO ESTUDIO

Fecha y N° de Sesión: 13 de abril de 2023; Sesión Ordinaria N°05

Investigador Responsable: José Manuel Vallejos Zapata

ID Protocolo: 221206007

Título del Proyecto: Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central

Facultad/Unidad Académica: Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Académico Responsable: Rodrigo Eduardo Poblete Umanzor

Sitio de realización: Servicio de Salud Metropolitano Central

Financiamiento: Propuesta autofinanciada

Miembros del Comité que participaron en la aprobación del estudio:

Mg. Ivonne Vargas Celis, Presidente

Mg. Mónica Vergara Quezada, Secretaria Ejecutiva

Kigo. Nicolás Quintanilla Rojas, Profesional de apoyo UESI

Sr. Jorge Muñoz Castillo, Abogado miembro externo

Srta. Alyssa Garay Navea, Representante de los intereses de la comunidad

EU. Mónica Cifuentes Soro, miembro externo

Dra. Colomba Cofré Dougnac, Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

EU Víctor Contreras Ibacache, Departamento de Anestesiología

Dr. Diego García-Huidobro, Departamento de Medicina Familiar

Dr. Jorge Jalil Milad, Departamento de Enfermedades Cardiovasculares

Dr. Juan Francisco Miquel Poblete, Departamento de Gastroenterología



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA / DEPARTAMENTO SALUD PÚBLICA

Magíster en Salud Pública - Proyecto de Salud Pública

Proyecto: "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central"- Autor: José Manuel Vallejos Zapata



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Sra. Ximena Ortega Fuenzalida, Ingeniero Agrónomo, miembro externo

Dr. Luis Villarroel del Pino, Departamento de Salud Pública

Documentos recibidos por el Comité:

- Carta Presentación Investigador Responsable
- Carta Apoyo Jefe de Departamento
- Responsabilidad del Investigador
- Declaración Simple del Investigador Responsable
- Carta de solicitud de aprobación Directora (S).pdf
- Carta de respuestas pre-revisión Dra. Colomba Cofré

Documentos revisados y aprobados por el Comité:

- Pauta de preguntas semiestructuradas a realizar en entrevistas de grupos focales
- Documento Consentimiento informado cualitativo 4 firmas.pdf
- Documento de Consentimiento Informado on line
- Encuesta Healthcare Management Americas para cuestionario ONLINE
- Protocolo de Investigación completo Cultura de seguridad asistencial SSMC ID 221206007
- Formulario Solicitud Revisión Ética 2022 ID 221206007.pdf



Considerando que:

- 1- Los investigadores referidos cuentan con la experiencia necesaria para la conducción y el desarrollo de este tipo de estudio;
- 2- La metodología descrita es apropiada para el cumplimiento de los objetivos del estudio, de acuerdo con los estándares internacionales de rigor científico;
- 3- Durante la conducción del estudio se garantiza un balance riesgo/beneficio favorable para los participantes, por cuanto sólo se realizan procedimientos de bajo riesgo;
- 4- La población por estudiar no es considerada vulnerable y el protocolo resguarda la seguridad y bienestar de los participantes;
- 5- Se ha contemplado el resguardo de la confidencialidad de la información sensible e identificable en la difusión de los resultados, por lo que no introduce un riesgo de menoscabo para la intimidad de los participantes; y
- 6- Los participantes ingresarán voluntariamente luego de ser adecuadamente informados sobre los aspectos esenciales del estudio, sus deberes y derechos, y los plazos estipulados para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Constatado que el texto de los documentos de Consentimiento Informado contienen:

- 1- La descripción general de los objetivos de la investigación;
- 2- El detalle de los procedimientos que involucra la participación en este estudio;
- 3- Los antecedentes sobre el uso que se dará a la información obtenida a partir de cada procedimiento de la investigación;
- 4- El compromiso respecto a la utilización actual y futura de la información, la que sólo se realizará dentro de los marcos del presente estudio y para el logro de dichos objetivos;



- 5- El resguardo de la confidencialidad y el anonimato de la información recogida, según corresponde a cada procedimiento del estudio;
- 6- El detalle respecto del costo en tiempo que significa la participación en el estudio;
- 7- La información sobre los beneficios y derechos por la participación en la investigación; y
- 8- La voluntariedad de la participación y la garantía para cada participante de hacer abandono del estudio, sin repercusión alguna.

Resolución CEC-Salud UC:

Este proyecto cuenta con la **opinión favorable del Comité** con fecha **13 de abril de 2023**, en la **sesión ordinaria N°05**, la que **tiene vigencia de un año**.

El Investigador Responsable deberá solicitar la renovación anual de la presente aprobación ética con 30 días de anticipación al vencimiento de la fecha de aprobación original, si desea continuar con el estudio. Si no ha recibido la respuesta oficial a su solicitud, el investigador deberá detener las actividades del proyecto, no podrá enrolar a ningún nuevo participante y no podrá proceder con el análisis de los datos.

Para iniciar el proceso de consentimiento y de reclutamiento vía electrónica se debe disponer previamente de la última versión aprobada y timbrada del formato de Consentimiento Informado online e instrumentos. De este modo, el Investigador Responsable velará por la realización de estos procedimientos vía online, utilizando el contenido textual original (timbrado, fechado y firmado por el CEC Salud UC).



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA / DEPARTAMENTO SALUD PÚBLICA

Magíster en Salud Pública - Proyecto de Salud Pública

Proyecto: "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central"- Autor: José Manuel Vallejos Zapata



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

En la eventualidad de requerir cualquier modificación al estudio o a los documentos aprobados originalmente, el investigador deberá notificarlo al Comité por medio de una enmienda (a través de plataforma) para la evaluación y emisión de una nueva acta de resolución ética. (ID: 221206007)

MG. Mónica Vergara Quezada.
Secretaría Ejecutiva
CEC-Salud UC



MG. Ivonne Vargas Celis
Presidenta
CEC-Salud UC

Santiago, 19 de abril de 2023

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC-Salud UC

Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el Acta del Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud UC (CEC-Salud UC). Este Comité adhiere a los principios éticos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que considera como eje fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición. Este Comité cumple además con las Guías de buena práctica clínica definidas por la Conferencia Internacional de Armonización (GCP-ICH); y con las leyes chilenas 19.628; 20.120; 20.584 y 20.850 que modifica el Código Sanitario



ANEXO 2. ACTA DE RESOLUCIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono: 25746958.5743520
ESR/MCVS/matv
(Acta N°37/02 N°204 / 2023)

CERTIFICADO

DR. EMILIANO SOTO ROMO, en calidad de Presidente del Comité Ético-Científico (CEC), del Servicio de Salud Metropolitano Central, constituido por resolución exenta N°1303 de fecha 26 de septiembre del 2002 de la Dirección de dicho Servicio y Acreditado por la SEREMI-RM mediante resolución N.º 048975 del 30 de Julio del 2015 y re Acreditado mediante Resolución exenta por la SEREMI-RM el 22-12-2021, certifica que en reunión expedita del 27 de junio del 2023, el CEC SSMC, analiza las modificaciones solicitadas al Protocolo de investigación: "**Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central**", cuyo investigador principal es el Dr. Jose Vallejos Zapata, del **Hospital El Carmen de Maipú** y cuyo tutor es el **Dr. Rodrigo Poblete Umanzor** de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el cotutor es el **Dr. Alejandro Arrieta**, de Florida International University, Miami – Estados Unidos. Protocolo que se realizará en el Servicio de Salud Metropolitano Central: Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Hospital Urgencia Asistencia Pública, Hospital San Borja Arriarán.

Se acusa recibo de los siguientes documentos:

- Carta conductora
- Protocolo
- Consentimiento informado estudio cuantitativo Online, según pautas de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del CEC-SSMC.
- Consentimiento informado estudio cualitativo presencial, según pautas de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del CEC-SSMC.
- Currículum Vitae Investigador y subinvestigadores
- Carta de declaración de ausencia de conflicto de interés y apego a las buenas prácticas clínicas.
- Carta de compromiso que se establece con el CEC-SSMC.
- Carta de aceptación director de Servicio de Salud Metropolitano Central, autorizando que el protocolo de investigación sea presentado al CEC-SSMC.
- Listado de estudios en los que está participando el investigador principal: Actualmente no se encuentra participando en ningún estudio.
- Cuestionario Encuesta Healthcare Management Américas de la Universidad
- Internacional de Florida.
- Pauta de preguntas semiestructuradas a realizar en entrevistas de grupos focales



El CEC-SSMC decide Aprobar:

- **Protocolo: "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central"**
- **Consentimiento informado estudio cuantitativo Online, según pautas de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del CEC-SSMC**
- **Consentimiento informado estudio cualitativo presencial, según pautas de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del CEC-SSMC.**
- **Cuestionario Encuesta Healthcare Management Américas de la Universidad Internacional de Florida**
- **Pauta de preguntas semiestructuradas a realizar en entrevistas de grupos focales**

Se recuerda al investigador que:

- Una vez aprobado el estudio por parte del CEC-SSMC, el investigador tiene la obligación de informar y solicitar la autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación al director del establecimiento.

- La validación ética dura un año y de acuerdo a con la actual normativa, el investigador tiene la responsabilidad en comunicar al CEC, todo lo relacionado con el estudio: modificaciones, enmiendas, eventos adversos, desviaciones, suspensión del estudio, término del estudio, cierre del sitio, etc.

- Para los estudios que duren menos de un año, los investigadores tienen el compromiso de hacer llegar el informe de término de la investigación.

- Se recuerda que los eventos adversos debe hacerlos llegar también al Instituto de Salud Pública (ISP).

- El CEC-SSMC tiene la facultad de realizar visitas en terreno a los sitios de investigación, como parte del seguimiento de los estudios. De acuerdo con la normativa vigente, dichas visitas se avisarán con al menos 48 horas de antelación.

Para ingresar las nuevas versiones de documentos, se solicita a los investigadores hacer llegar:

Carta conductora dirigida al presidente del Comité, solicitando la aprobación, (traer en duplicado)

Se adjunta: copia de carta enviada por el Investigador firmada, fechada y timbrada.
Nº 15. de recepción.

La reunión expedita, contó con la presencia de la secretaria ejecutiva EU. Marlene Valenzuela Saavedra y del Dr. Emiliano Soto Romo.

EU. MARLENE VALENZUELA SAAVEDRA
SECRETARIA EJECUTIVA CEC S.S.M.C.



DR. EMILIANO SOTO ROMO
PRESIDENTE CEC S.S.M.C



ANEXO 3. AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN DE SSMC



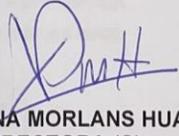
Santiago, 21 de julio de 2023

**DIRECTOR HOSPITALES
PRESENTE**

Junto con saludar, y considerando la aprobación por medio de Certificado N° 204/2023 del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central, se informa sobre la ejecución del proyecto de investigación denominado **"Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central"**, el cual se encuentra a cargo del investigador Dr. José Vallejos Zapata y aprobado por el Comité Ético Científico de este Servicio de Salud.

Se hace presente que tal investigación será desarrollada en los tres hospitales de nuestra Red Asistencial, por tal motivo, se solicita realizar las gestiones pertinentes para que cada Jefe de Servicio este en conocimiento de esta investigación y pueda dar las facilidades para su ejecución.

Sin otro particular, le saluda atentamente,



**DRA. XIMENA MORLANS HUAQUIN
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

Int.01
XMH/mqa

DISTRIBUCION

- ✓ Dirección HCSBA
- ✓ Dirección HUAP
- ✓ Dirección HEC
- ✓ Dirección SSMC

Servicio de Salud Metropolitano Central – Victoria Subercaseaux N° 381 Santiago Centro.



ANEXO 4. AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN



CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN

PARA REALIZAR PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

En Santiago, a 4 de Septiembre del año 2023, de acuerdo a lo sugerido por el Comité de Investigación Científica del Hospital Clínico San Borja Arriarán en documento adjunto y al certificado de autorización emitido por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central, el Director del establecimiento que se indica, autoriza que el protocolo de Investigación: "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central", cuyo investigador responsable es el Dr. José Manuel Vallejos Zapata.

Mediante esta autorización, el Hospital Clínico San Borja Arriarán, no compromete su participación en el diseño, planificación y ejecución del estudio; todas actividades de completa responsabilidad del investigador responsable.

La delegación de firma para los consentimientos informados que fuesen necesarios en el estudio se encuentra autorizada en las profesionales de la oficina de Coordinación de docencia, Investigación y relación Asistencial Docente.

Se le recuerda al investigador que debe reportar los resultados finales de este estudio a la Unidad de Investigación Clínica de la Institución y que toda publicación producto de este estudio clínico debe mencionar como entidad participante al Hospital Clínico San Borja Arriarán.



Sr. Jorge Wilhelm Del Villar
Director

Hospital Clínico San Borja Arriarán



ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN Y SUBDIRECCIÓN MÉDICA HOSPITAL URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA



CARTA AUTORIZACIÓN

Revisado el Certificado de Aprobación del Comité Ético Científico del SSMC y los antecedentes otorgados por la Unidad de Investigación HUAP relacionados con el proyecto de investigación "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central" presentado por el Investigador Principal Dr. José Vallejos Zapata, del Hospital el Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, y donde la Dra. Francisca Arenas de la Subdirección médica del Hospital de Urgencia Asistencia Pública ejercerá el rol de coinvestigadora, indico mediante este documento la **AUTORIZACIÓN** para la realización de la investigación.

Sin otro particular,

Atentamente



DR. PATRICIO BARRIA AILEF

Director (S) Hospital de Asistencia Pública HUAP

En Santiago, 01 de agosto de 2023



CARTA DE AUTORIZACIÓN

En mi calidad de Sub-Director Médico del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, declaro conocer el proyecto titulado "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central" y sus documentos anexos, dirigido por el Dr. José Vallejos Zapata del Hospital el Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada quien ejercerá el rol de Investigador Principal y por la Dra. Francisca Arenas del Hospital de Urgencia Asistencia Pública quien tendrá el rol de coinvestigadora del proyecto.

Además, indico que:

- Certifico que el equipo de investigación tiene la experiencia y conocimientos necesarios para un correcto desarrollo de la propuesta.
- Declaro que el equipo investigador (Investigador principal y Co-investigador) tienen las competencias suficientes para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo no contraviene las guías de Buenas Prácticas Clínicas vigentes en este Servicio.

En consecuencia, doy el apoyo y estoy de acuerdo a que este proyecto sea autorizado por el Director de este establecimiento.


Dr. Jorge Ibañez P.
Sub-Director Médico
Hospital de Urgencia Asistencia Pública

En Santiago a 20 de julio de 2023.

cc: - Unidad de Investigación HUAP
- Dr. José Vallejos



ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN HOSPITAL EL CARMEN DR. LUIS VALENTÍN FERRADA



HOSPITAL EL CARMEN
DR. LUIS VALENTÍN FERRADA
DIRECCIÓN
DEPTO. INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DESARROLLO ACADÉMICO.
Int. N°26
CYS

ORD. N° 0593 /2023



MAT.: Solicitud de autorización proyecto de Investigación Dr. José Vallejos.

ANT: Certificado de Aprobación de Comité Ético Científico Servicio de Salud Metropolitano Central.

Santiago, 07 JUL 2023

A: DRA. XIMENA MORLANS HUAQUIN.
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL



DE: DR. EDUARDO SENDRA ARRATIA.
DIRECTOR
HOSPITAL EL CARMEN DR. LUIS VALENTÍN FERRADA.

Junto con saludar, me dirijo a usted con el objeto de solicitar de vuestra autorización para ejecutar el proyecto de investigación titulado: "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central" a cargo de investigador principal Dr. Jose Vallejos Zapata a desarrollarse en los 3 hospitales de la red pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Central, esta investigación ya cuenta con la aprobación de Comité Ético Científico de Servicio de Salud Metropolitano Central.

Agradecería tenga a bien considerar la solicitud.

Sin otro particular, saluda cordialmente a usted.

HOSPITAL EL CARMEN
DIRECCIÓN
DR. EDUARDO SENDRA ARRATIA
S.M.C. DIRECTOR

HOSPITAL EL CARMEN DR. LUIS VALENTÍN FERRADA



DISTRIBUCIÓN:

- Dirección SSMC
- Dpto. de Investigación, Formación médica y Docencia SSMC.
- Dpto. de Formación, Investigación y Docencia HUAP.
- Dpto. de Docencia, Investigación y Relación Asistencial Docente HSBA
- Dpto. Investigación, Docencia y Desarrollo Académico HEC
- Archivo.





ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO ONLINE ENCUESTAS HMA

CONSENTIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS ONLINE

"CULTURA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL Y DESCRIPCIÓN DE ACTITUDES DEL EQUIPO MÉDICO EN SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL"

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y CONSENTIMIENTO

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, de una **encuesta individual** que forma parte de una investigación científica dirigida por el Dr. José Manuel Vallejos Zapata cuyo título es "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central".

Objetivo. El objetivo de esta investigación es describir la cultura de calidad de los establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud Metropolitano Central e investigar la actitud de los equipos médicos ante conceptos y normativas de seguridad asistencial.

Procedimientos de la investigación. Si usted acepta participar en el estudio, se le pedirá lo siguiente:

1. Contestar un cuestionario en línea sobre su institución de salud, con la mayor precisión y honestidad posible.
2. Su participación implicará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.
3. Posterior a contestar el cuestionario, en una segunda instancia, usted puede ser seleccionado para participar de un grupo focal relacionado al tema de estudio, donde se realizarán entrevistas focalizadas de manera presencial, con grabación en audio de los grupos focales.
4. Los resultados de los cuestionarios y las entrevistas de grupos focales, pueden ser utilizados para investigaciones posteriores relacionadas con los mismos propósitos de analizar y evaluar la cultura de seguridad del paciente. Para estudios con otros objetivos, se requerirá la realización de un nuevo consentimiento informado.

Beneficios. Usted no se beneficiará directamente por participar en esta investigación, sin embargo, este estudio proporcionará evidencia sobre los niveles de seguridad del paciente en hospitales en Latinoamérica que será beneficioso desde una perspectiva social.

Riesgos. Su participación en este estudio le puede causar algún tipo de malestar o incomodidad al responder las preguntas del cuestionario con los temas tratados en el cuestionario o en las entrevistas de grupos focales. El posible riesgo o incomodidad de la encuesta es sentirse afligido al recordar un evento adverso traumático que ocurrió en relación con la seguridad de un paciente.

Costos. Su participación en este estudio no le significará ningún costo para usted.

Cobertura de daños. No se cuenta con cobertura de daños, sin embargo, si usted requiere contención emocional o psicológica secundario a contestar el cuestionario o participar de una entrevista de grupo focal, comuníquese con el investigador para ser derivado(a) al encargado de salud ocupacional de su institución.

Compensaciones. Al contestar el cuestionario usted recibirá acceso gratis al Taller Online de Calidad y Acreditación Internacional que la Universidad Internacional de Florida ofrecerá de manera online. Normalmente, este taller tiene un valor de US\$100.00; sin embargo, el acceso gratis se les enviará por email a todos los participantes una vez completen la encuesta.

Alternativas a este estudio. Las alternativas a su participación en el estudio es la siguiente: No participar de este estudio

Consentimiento informado Versión 2 Mayo 2023 ID estudio 221206007 CEC Salud UC





Confidencialidad. La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Su nombre, RUN, o cualquier información identificable, serán codificados y anonimizados en una base de datos, mediante código y sistema computacional. Esta información será almacenada por 30 años bajo la responsabilidad del Investigador Responsable Dr. José Manuel Vallejos Zapata, y por el equipo de la Universidad Internacional de Florida encabezado por responsable Dr. Alejandro Arrieta. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre ni datos que pudieran identificarle no serán conocidos.

Voluntariedad. Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como funcionario de la institución. Si usted retira su consentimiento, por motivos de seguridad puede ser necesario que analicemos sus datos obtenidos hasta ese momento. Esto lo haremos asegurando su confidencialidad.

Preguntas. Si tiene preguntas acerca de esta investigación, puede contactar a el investigador responsable Dr. José Manuel Vallejos Zapata, Teléfono +56967661635, correo electrónico: jomavaza@gmail.com.

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité Ético Científico en Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por lo que si usted tiene alguna duda, pregunta o reclamo, o si considera que sus derechos no han sido respetados, puede contactar a la presidente del CEC-Salud UC al mail: eticadeinvestigacion@uc.cl al teléfono 955048173 - 955042397.

También puede realizar consultas sobre sus derechos al Presidente del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central, Dr. Emiliano Soto Romo, Teléfono del CEC: 225746958 - 225743520 Dirección: VICTORIA SUBERCASEAUX # 381 4to piso

A continuación, indique su interés en participar o no en esta investigación.

SÍ, acepto participar _____

NO, no acepto participar _____

Nota: si usted responde que sí:

- Se abrirá el acceso para la encuesta Healthcare Management Americas (HMA) de Cultura de Calidad y Seguridad Asistencial.





ANEXO 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO CUALITATIVO

1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO CUALITATIVO

Nombre del Estudio: "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central"

Investigador Responsable: Dr. José Manuel Vallejos Zapata.

Teléfono de contacto: +56967661635

Departamento: Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar en una investigación médica. Tome el tiempo que necesite para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al médico o al personal del estudio.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Usted ha sido invitado a participar en este estudio por su calidad de funcionario de una institución hospitalaria del Servicio de Salud Metropolitano Central.

El objetivo de este estudio es poder describir la cultura de calidad de los establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud Metropolitano Central e investigar la actitud de los equipos médicos ante conceptos y normativas de seguridad asistencial.

El propósito de este estudio es analizar y evaluar la cultura de seguridad del paciente en los hospitales desde la perspectiva de profesionales de la salud. Como resultado, cada institución podrá realizar un análisis de brechas e identificar áreas de mejora.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Si usted acepta participar en el estudio, se le pedirá lo siguiente:

1. Participar de un grupo focal relacionado al tema de estudio, donde se realizarán entrevistas focalizadas de manera presencial, con grabación en audio de los grupos focales.
2. Los resultados de los cuestionarios y las entrevistas de grupos focales, pueden ser utilizados para investigaciones posteriores relacionadas con los mismos propósitos de analizar y evaluar la cultura de seguridad del paciente. Para estudios con otros objetivos, se requerirá la realización de un nuevo consentimiento informado.

BENEFICIOS.

Usted no se beneficiará directamente por participar en esta investigación, sin embargo, este estudio proporcionará evidencia sobre los niveles de seguridad del paciente en hospitales en Latinoamérica que será beneficioso desde una perspectiva social.

RIESGOS.

Su participación en este estudio le puede causar algún tipo de malestar o incomodidad al responder las preguntas de las entrevistas de grupos focales. El posible riesgo o incomodidad de la encuesta es sentirse afligido al recordar un evento adverso traumático que ocurrió en relación con la seguridad de un paciente.

COSTOS.

Su participación en este estudio no le significará ningún costo para usted.





COBERTURA DE DAÑOS.

No se cuenta con cobertura de daños, sin embargo, si usted requiere contención emocional o psicológica secundario a participar de una entrevista de grupo focal, comuníquese con el investigador para ser derivado(a) al encargado de salud ocupacional de su institución.

COMPENSACIONES

No existen compensaciones por participar de este estudio cualitativo.

ALTERNATIVAS AL ESTUDIO

Las alternativas a su participación en el estudio es la siguiente: No participar de este estudio

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Su nombre, RUN, o cualquier información identificable, serán codificados y anonimizados en una base de datos, mediante código y sistema computacional. Esta información será almacenada por 30 años bajo la responsabilidad del Investigador Responsable Dr. José Manuel Vallejos Zapata. Sólo el investigador responsable tendrá acceso a los datos recolectados.

Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre ni datos que pudieran identificarles, no serán conocidos.

VOLUNTARIEDAD.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como funcionario de la institución.

Si usted retira su consentimiento, por motivos de seguridad puede ser necesario que analicemos sus datos obtenidos hasta ese momento. Esto lo haremos asegurando su confidencialidad.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación médica puede contactar o llamar al Dr. José Manuel Vallejos Zapata, Investigador Responsable del estudio, al teléfono móvil: +56967661635 y email: jomavaza@gmail.com.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede llamar a la Sra. Ivonne Vargas Celis, Presidente del Comité Ético Científico en Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, al teléfono (+56) 95504 8173 - (+56) 95504-2397, o enviar un correo electrónico a: eticadeinvestigacion@uc.cl.

También puede realizar consultas sobre sus derechos al Presidente del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central, Dr. Emiliano Soto Romo, Teléfono del CEC: 225746958 -225743520 Dirección: VICTORIA SUBERCASEAUX # 381 4to piso

Consentimiento Informado Estudio "Cultura de Seguridad Asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central" ID 221206007
Versión N°1, Fecha 28/12/2022





DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación médica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación médica según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

FIRMAS OBLIGATORIAS:

• **Participante:**

Nombre: Firma..... Fecha.....

• **Persona que toma el consentimiento:**

Nombre: Firma..... Fecha.....

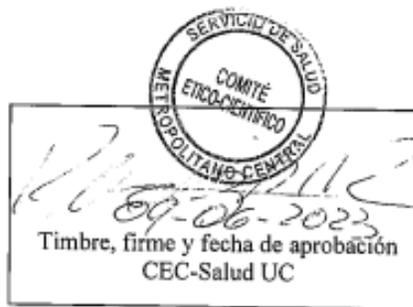
• **Investigador Responsable:**

Nombre: Firma..... Fecha.....

• **Director del Centro o su delegado:**

Nombre: Firma..... Fecha.....

Consentimiento Informado Estudio "Cultura de Seguridad Asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central" ID 221206007
Versión N°1, Fecha 28/12/2022





ANEXO 9. ENCUESTA HEALTHCARE MANAGEMENT AMERICAS HMA™

Encuesta HMA de Cultura de Seguridad del Paciente¹ (Version 2.0)

Gracias por su interés en participar en la encuesta HMA de la Universidad Internacional de la Florida (*Florida International University*, FIU), y por unirse al esfuerzo por mejorar la seguridad del paciente en los establecimientos de salud.

Esta encuesta está dirigida al personal de salud o administrativo que tenga contacto directo o indirecto con pacientes.

IMPORTANTE: Esta encuesta no es una evaluación individual. Ninguna encuesta individual será compartida por FIU. Al final del estudio, los resultados agregados de todo el personal (valores promedio) serán incluidos en un reporte que será enviado a su institución. FIU utilizará las encuestas provenientes de su institución para propósitos de investigación, pero no difundirá ningún resultado ni a nivel individual ni a nivel de establecimiento de salud. Su información personal será mantenida por FIU en estricta reserva.

BENEFICIOS: Al completar la encuesta, el equipo de HMA se contactará con usted por correo electrónico para darle acceso gratuito al Taller Online de Calidad y Acreditación Internacional que se ofrecerá en febrero del siguiente año. Más información sobre el Taller en <https://hma.fiu.edu/tallercai/>

El establecimiento de salud donde trabaja la(o) ha invitado a completar esta encuesta. Por favor, seleccione el nombre del país en el que su establecimiento se encuentra.

Por favor, seleccione el establecimiento de salud donde trabaja y que lo(a) ha invitado a completar esta encuesta. Si trabaja en más de un establecimiento de salud, seleccione aquel que aparece en la lista y donde pasa la mayor parte de su tiempo trabajando.

FIU FLORIDA
INTERNATIONAL
UNIVERSITY



¹ La encuesta HMA sobre cultura de seguridad del paciente está basada en la segunda versión validada en español del HSOPSC desarrollada por la Agencia por la Investigación y Calidad en Salud de los Estados Unidos de América (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ). Healthcare Management Americas (HMA) es una iniciativa de FIU que usa investigación y capacitación académica para mejorar prácticas de gestión en salud centradas en la experiencia y seguridad del paciente.



¿Trabaja o presta servicios en otro establecimiento de salud?

NO, solo trabajo en

SI. También trabajo en otro empresa o establecimiento de salud.

INSTRUCCIONES:

1. Antes de empezar la encuesta HMA se le pedirá leer y aceptar el consentimiento de participación.

2. Después deberá continuar y completar el cuestionario. Si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco. Le llevará de 10 a 25 minutos completar este cuestionario.

3. Finalmente, para recibir instrucciones para el acceso gratuito al Taller Online de Calidad y Acreditación de FIU, le pediremos su información personal de contacto (nombre, apellidos, correo electrónico y teléfono). Recuerde que la beca completa al taller es intransferible.

A continuación, lea el consentimiento de participación que se encuentra en la última página de esta encuesta. Si está de acuerdo en participar en esta encuesta, seleccione la opción apropiada.

SI, doy consentimiento para participar. Yo he leído la información en esta forma de consentimiento y acuerdo participar en este estudio. Yo he tenido chance de hacer cualquier pregunta que tenga sobre este estudio, y han sido contestadas para mí.

NO. Opto por no participar en este estudio. **IMPORTANTE:** Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su establecimiento de salud. Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su establecimiento de salud o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla "No aplica o No sabe."

IMPORTANTE:

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su establecimiento de salud (). Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su establecimiento de salud o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla "No aplica o No sabe."

- "Seguridad del paciente" se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.
- Un "evento de seguridad del paciente" se define como cualquier tipo de error, equivocación o incidente relacionado con el cuidado de salud, sin importar si causa daño al paciente. (Encuesta basada en el HSOPSC desarrollada por AHRQ)



9 " ... 2023



Su Cargo

1. Por favor, seleccione su cargo específico (refiérase a su cargo actual, no a su profesión).

Marque solo UNA respuesta.

Enfermera

- 1 Enfermera profesional, ~~Enfermera especialista~~
~~Residente de enfermería~~
- 2 Auxiliar de enfermería, Técnico de enfermería (TENS)
- 3 Practicante de enfermería, Ayudante de enfermería,
- 4 ~~Ayudante de cuidado de pacientes~~ ~~Ayudante hospitalario~~

Médico

- 5 Asistente médico
- 6 Médico en formación: Residente (Becado), Interno
- 7 Médico especialista

Other Clinical Position

- 8 Nutrición y dietética, Nutricionista, ~~Dietista~~
- 9 Tecnólogo médico
- 10 Terapeuta, ~~terapeuta~~ ocupacional
- 11 Psicólogo
- 12 Respiratory Therapist
- 13 Trabajador social
- 14 Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)

Cargos directivos (supervisor, jefe, ejecutivo, etc.)

- 15 Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe de servicio, Jefe clínico, Administrador
- 16 Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel

Auxiliares de servicios, estafetas, portapliegos

- 17 Mantenimiento de instalaciones
- 18 Personal de alimentación
- 19 Mantenimiento de equipos médicos
- 20 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica, Informes médicos
- 21 Seguridad
- 22 Personal de limpieza, Servicios ambientales
- 23 Dependiente departamental, Secretaria, Recepcionista, Admisionista, Personal de oficina

Otro cargo

- 24 Otro cargo; por favor especifique:





Su unidad/área de trabajo

2. Piense en su "unidad" como el área de trabajo, departamento o área clínica del establecimiento de salud donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su unidad o área de trabajo principal en este establecimiento de salud?

Marque UNA respuesta.

Unidad médica/quirúrgica combinada

- 1 Hospitalización adulto, hospitalización transitoria.
2 Combined Medical/Surgical Unit
3 Unidad médica/quirúrgica combinada (hospitalización pediátrica)
4 Otras unidades médicas/quirúrgicas (por favor especifique)

Patient Care Units

- 5 Cardiología
6 Departamento de emergencias (servicio de urgencias, observación, estadía breve)
7 Gastroenterología
8 Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos, incluye unidad coronaria e intermedios adultos)
9 Partos, Obstetricia, Ginecología, Pabellón maternidad (hospitalización, servicio integral de la mujer)
10 Oncología, Hematología (hospitalización y ambulatorio)
11 Unidad de cuidados intensivos pediátricos (unidad de paciente crítico pediátrico, unidad cardiovascular pediátrica)
12 Psiquiatría, Salud conductual
13 Neumología
14 Rehabilitación/Medicina física/Kinesiología
15 Telemetría

Otras unidades de medicina interna, cuidado de pacientes (por favor especifique):

- 16 Anestesiología
17 Endoscopia, Colonoscopia
18 Patología/Laboratorio (anatomía patológica/laboratorio clínico)

Banco de sangre, unidad de medicina transfusional, centro de sangre, atención de donantes

- 19 Diálisis
20 Farmacia
21 Radiología/Imágenes
22 Terapia respiratoria
23 Otros servicios clínicos de apoyo (por favor especifique):

Administración, Dirección

- 24 Gerencias y subgerencias, dirección médica y subdirecciones
25 Servicios financieros, Facturación
26 Recursos humanos, Capacitación, Prevención de riesgos laborales
27 Informática, Administración de información de salud, Bioestadísticas, Informática clínica, Registros clínicos, GRD y Tisal
28 Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes, Unidad de Infecciones asociadas a la atención de salud

Otras unidades administrativas

- 29 Admisiones/Registro
30 Servicios de alimentación
31 Servicios de limpieza y mantenimiento (higiene, aseo, residuos de establecimientos de salud, ropería, servicios ambientales, mantenimiento de instalaciones, mantenimiento de equipos médicos)
32 Servicios de seguridad
33 Transporte

Otros servicios

- 34 Otros servicios de apoyo no-clínicos (por favor especifique)

Empty rectangular box for additional information.

27 Jun 2013





SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacue rdo	En Desacu erdo	Ni de acuerdo ni en desacuer do	De acuerdo	Muy de acuerd o	No Aplica o no sabe
1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9





Prestar atención y leer las instrucciones de esta encuesta es muy importante. Si está prestando atención, por favor seleccione la palabra "HMA" entre las opciones de abajo.

	FIU	HMA	Miami	No aplica o no sabe
	▼	▼	▼	▼
1. Seleccione la palabra HMA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

SECCIÓN B: Su supervisor, director o jefe clínico

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?

Plense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
2. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9





SECCIÓN C: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	No aplica o no sabe
1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente.

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	No aplica o no sabe
1. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Prestar atención y leer las instrucciones de esta encuesta es muy importante. Si está prestando atención, por favor seleccione la palabra "HMA" entre las opciones de abajo.

	FIU	HMA	Miami	No aplica o no sabe
3. Seleccione la palabra HMA.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9





4. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?

- a. Ninguno
- b. 1 a 2
- c. 3 a 5
- d. 6 a 10
- e. 11 o más

SECCIÓN E: Calificación de la seguridad del paciente

1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Mala | Regular | Buena | Muy Buena | Excelente |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

SECCIÓN F: Su establecimiento de salud

Las siguientes preguntas se refieren a su establecimiento de salud:

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su establecimiento de salud?

Piense en su establecimiento de salud:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
1. Las acciones de la administración de este establecimiento muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. La administración del establecimiento proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. La administración del establecimiento parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9





SECCIÓN G: Preguntas generales

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este establecimiento de salud?
 - a. Menos de 1 año
 - b. De 1 a 5 años
 - c. De 6 a 10 años
 - d. 11 o más años

2. En este establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?
 - a. Menos de 1 año
 - b. De 1 a 5 años
 - c. De 6 a 10 años
 - d. 11 o más años

3. En su cargo, típicamente ¿tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?
 - a. Sí, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
 - b. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

4. Prestar atención y leer las instrucciones de esta encuesta es muy importante. Si está prestando atención, por favor seleccione la palabra "HMA" entre las opciones de abajo.
 - a. Seguridad
 - b. Miami
 - c. HMA
 - d. FIU

5. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este establecimiento de salud?
 - a. Menos de 30 horas a la semana
 - b. De 30 a 40 horas a la semana
 - c. Más de 40 horas a la semana



SECCIÓN H: Sus comentarios

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su establecimiento de salud que podría influir en la seguridad del paciente



¡Gracias por completar la encuesta HMA sobre Cultura de Seguridad del Paciente!

Ha llegado al final de la encuesta. Si desea puede revisar o completar las preguntas que dejó en blanco. En reconocimiento a su participación usted puede participar gratuitamente en el Taller Online de Calidad y Acreditación Internacional de Florida International University. Para participar con la beca completa requerimos información personal de contacto (nombre, apellidos, y correo electrónico) para enviarle instrucciones de acceso al taller. El taller es en español y usted puede tomarlo en noviembre de este año o febrero del próximo año. Su información personal de contacto no estará asociada con la encuesta que acaba de completar. La encuesta sobre seguridad del paciente en su hospital seguirá siendo anónima.

Si desea participar gratuitamente en el Taller Online de Calidad y Acreditación Internacional de Florida International University revise la siguiente información:

Nosotros respetamos su derecho a la privacidad y seguridad de su información personal. Es por esta razón que queremos brindarle a usted una mayor claridad de cómo se usarán sus datos personales con propósitos de marketing. Una parte limitada de su información personal (su nombre y dirección de correo electrónico) será usada para informarle via e-mail sobre nuestros eventos, conferencias, así como programas educativos que Healthcare Management Americas está ofreciendo (<http://hma.fiu.edu>). Se incluirá información sobre fechas, personas que participarán en nuestras conferencias, talleres que se dictarán, cursos, reportes de conferencias, etc. Sus datos personales no serán compartidos dentro de nuestra organización, y nosotros no revelaremos, venderemos o cederemos su información personal a ningún tercero sin su consentimiento. El uso de su información personal se basa en nuestro "legítimo interés" en proporcionarle información adicional y publicidad directa sobre nuestros servicios y eventos. Usted puede indicarnos cuando prefiera no recibir ningún e-mail de publicidad, simplemente dando clic en el enlace para dejar de ser suscriptor de los e-mails o de cualquier otro e-mail de marketing que le enviemos en el futuro. Si lo hace, nosotros no usaremos su información personal con propósitos de marketing.

SI. Acepto enviar mi información personal de contacto bajo las condiciones descritas, para poder participar en el Taller Online de Calidad y Acreditación de FIU.

Por favor ingrese la siguiente información para enviarle instrucciones de acceso al Taller Online de Calidad y Acreditación de FIU. Esta información no estará asociada con la encuesta que acaba de completar. La encuesta sobre seguridad del paciente en su hospital seguirá siendo anónima.

Nombre(s): _____

Apellido(s): _____

Email: _____

NO. No acepto enviar mi información personal de contacto. Entiendo que sin esa información acepto NO participar ni en el Taller Online de Calidad y Acreditación de FIU.



2011 Jun 25



ANEXO 10. PAUTA DE PREGUNTAS SEMIESTRUCTURADAS



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA / DEPARTAMENTO SALUD PÚBLICA

Magíster en Salud Pública - UC

Pauta de preguntas semiestructuradas a realizar en entrevistas de grupos focales

"Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central".

1. Áreas de desempeño: Hospitalización / Emergencias / Quirúrgica / Ambulatoria / Administrativa / Servicios de apoyo / Otra.
2. ¿Cómo considera usted la seguridad asistencial en su establecimiento? No nombre su establecimiento, solo se requiere una respuesta apreciativa.
3. ¿Qué experiencias ha vivido en relación con la seguridad asistencial en su establecimiento? Puede referirse a eventos, situaciones con personal, análisis, normativas o mediciones en su establecimiento.
4. ¿Cómo es la actitud del personal ante conceptos de seguridad del paciente?
5. ¿Considera que en su establecimiento hay una alta adherencia a los protocolos y normativas de seguridad asistencial?
6. ¿Cuál es según su percepción, la actitud de los equipos médicos en relación con la seguridad asistencial? Justifique.
7. ¿Cuáles cree usted que pudieran ser los factores que generen las actitudes antes mencionadas?
8. ¿Qué grado de participación tienen los equipos médicos en la creación de protocolos institucionales relacionados con calidad y seguridad asistencial?
9. ¿Cuál es el rol de los equipos médicos en los análisis de eventos adversos de su institución?
10. ¿Los médicos participan de creación o implementación de actividades de mejora en temas de seguridad asistencial?





ANEXO 11. IMÁGENES USADAS EN ESTRATEGIA COMUNICACIONAL

Figura 12.1. Afiche inicial encuestas HMA, distribuidos en los 3 hospitales del SSMC.



ESTAMOS PARTICIPANDO EN LA ENCUESTA HMA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El SSMC se encuentra participando del estudio de Investigación "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central", de la Pontificia Universidad Católica y la Universidad Internacional de Florida, a desarrollar en los 3 Hospitales de la Red. Queremos analizar y estudiar el conocimiento en estos conceptos, para juntos fortalecer la cultura de Calidad y Seguridad del Paciente



¡PARTICIPA TÚ TAMBIÉN!
Pon la cámara de tu teléfono en el código y empieza la encuesta. Como aprecio a tu participación, la Universidad Internacional de Florida te Dará una beca completa para el Taller Online de Calidad y Acreditación Internacional



Si tienes interés, consultas o dudas, te invitamos a canalizarlas a través del Equipo de Calidad y Seguridad Asistencial de tu Institución



Figura 12.2. Volantes entregados para aumentar la tasa de respuestas en los 3 hospitales.



Figura 12.3. Fondo de pantalla creado en Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada para mejorar la adherencia a las respuestas.





Figura 12.4. Afiche invitación encuestas HMA™ creado y distribuido por Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada.

HOSPITAL EL CARMEN
Dr. Luis Valentín Ferrada

Encuesta

HMA de Cultura de Seguridad del Paciente

✓ **Estimada comunidad Hospitalaria:**

Los invitamos a formar parte del estudio realizado por el SSMC, Universidad Católica de Chile y Universidad Internacional de Florida, Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central.

Su participación es fundamental para la realización de este estudio por lo que los invitamos cordialmente a contestar una encuesta breve a la que podrán acceder mediante el siguiente link:

https://fiu.qualtrics.com/jfe/form/SV_3kNCn8dkN2zDaZw

Además les compartimos información relevante respecto al estudio. El objetivo es poder hacer un diagnóstico de nuestras actitudes en calidad y seguridad para poder trabajar en mejora continua.

¡participa!

A todos los que participen se les va a regalar un curso gratuito Online de Calidad y Seguridad en la Universidad Internacional de Florida.



Figura 12.5. Afiche invitación Jornada de Calidad y Seguridad.

JORNADA DE CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL SSMC

En nuestro afán por promover y apoyar las investigaciones que contribuyan a la mejora continua de nuestros procesos y, con el objetivo de ir propiciando la Instalación de una Cultura de Calidad en toda nuestra Red, la **Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Central y el Departamento de Calidad del SSMC**, los invita a una Jornada de Calidad con los equipos de salud de los establecimientos **para reflexionar en relación al rol que cumple cada funcionario en pro de la Calidad y Seguridad Asistencial**. Durante este proceso, esperamos identificar nodos críticos para la adherencia y la actitud del equipo clínico y los directivos ante conceptos asociados a la seguridad clínica, con el fin de prevenir eventos adversos y trabajar en mejora continua entre nuestros establecimientos.

Participan



Se solicita a las instituciones **enviar nómina de participantes a los distintos grupos confirmados a más tardar el 5 de octubre** vía correo electrónico al Departamento de Calidad del SSMC. **La participación será certificada.**

FECHA DE REALIZACIÓN:
MIÉRCOLES 11 OCTUBRE, 2023

LUGAR: Escuela de Post grados de la Universidad Católica de Chile, ubicada en Diagonal Paraguay 362, sala 3, subterráneo.

Cabe destacar que su desarrollo se llevará a cabo en colaboración con los profesionales del Departamento de Calidad de todos los establecimientos, con el propósito de propiciar la jornada.

Se realizarán entrevistas semi estructuradas con preguntas relacionadas a las actitudes, conocimiento y adherencia de los equipos de salud a los planes de calidad, participación de análisis de eventos adversos, planes de mejora y conceptos de calidad y seguridad asistencial.

Grupos focales

Se realizarán 5 grupos focales con características homogéneas en término de funciones que cumplen dentro del SSMC y los establecimientos sanitarios. Cada grupo deberá asistir en los siguientes horarios:

08.30 a 10.00 horas - Grupo 1. Directivos. 8 funcionarios que pertenezcan a los equipos directivos del SSMC y los establecimientos de salud. 2 funcionarios por establecimiento (SSMC, HCSBA, HEC, HUAP).

10.00 a 11.30 horas - Grupo 2. Encargados de calidad. 8 funcionarios que pertenezcan a los equipos de calidad y seguridad de las instituciones. 2 funcionarios por establecimiento (SSMC, HCSBA, HEC, HUAP).

11.30 a 13.00 horas - Grupo 3. Jefaturas médicas. 9 funcionarios que cumplan roles de jefaturas médicas en los 3 hospitales de la red. 3 funcionarios por establecimiento (HCSBA, HEC, HUAP).

14.00 a 15.30 horas - Grupo 4. Jefaturas de enfermería. 9 funcionarios que cumplan roles de jefaturas, coordinación o liderazgo de enfermería en los 3 hospitales de la red. 3 funcionarios por establecimiento (HCSBA, HEC, HUAP).

15.30 a 17.00 horas - Grupo 5. APS, CRS, SAMU. 9 funcionarios que cumplan roles de jefatura, coordinación o liderazgo en los dispositivos de atención primaria, secundaria y prehospitalaria. 3 funcionarios por institución.

Patrocinan





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA / DEPARTAMENTO SALUD PÚBLICA

Magister en Salud Pública - Proyecto de Salud Pública

Proyecto: "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central"- Autor: José Manuel Vallejos Zapata

Figura 12.6. Afiche invitación "últimos días" encuestas HMA.

¡ÚLTIMOS DÍAS!

ESTAMOS PARTICIPANDO EN LA ENCUESTA HMA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El SSMC se encuentra participando del estudio de Investigación "Cultura de seguridad asistencial y descripción de actitudes del equipo médico en Servicio de Salud Metropolitano Central", de la Pontificia Universidad Católica y la Universidad Internacional de Florida, a desarrollar en los 3 Hospitales de la Red. Queremos analizar y estudiar el conocimiento en estos conceptos, para juntos fortalecer la cultura de Calidad y Seguridad del Paciente

HMA

TOMA 5 MINUTOS EN CONTESTAR ESTA IMPORTANTE ENCUESTA PARA CONOCER NUESTRA CULTURA DE SEGURIDAD EN PRO DE LA MEJOR ATENCIÓN DE NUESTROS USUARIOS

Logos: Servicio de Salud Metropolitano Central, Hospital El Carmen, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital de Urgencias Asistencia Pública.



ANEXO 12. TABLA DEMOGRÁFICA FUNCIONARIOS QUE RESPONDIERON ENCUESTA HMA™

TABLA 12.1. DEMOGRAFÍA DE LOS FUNCIONARIOS QUE RESPONDIERON ENCUESTA HMA™		
Establecimiento participante	N	%
Hospital Urgencia Asistencia Pública HUAP	475	43%
Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada HEC	503	45%
Hospital Clínico San Borja Arriarán HCSBA	137	12%
Total respondidos	1115	100,00%
Total validados	974	
Género	N	%
Masculino	258	29,38%
Femenino	617	70,27%
No binario	3	0,34%
Total respondidos	878	100,00%
Incompletos (no sabe / no responde)	96	
Raza	N	%
Asiático	2	0,23%
Blanco	318	36,30%
Indígena	24	2,74%
Mestizo	355	40,53%
Mulato/Negro	3	0,34%
No sabe	155	17,69%
Otro	19	2,17%
Total respondidos	876	100,00%
Incompletos (no sabe / no responde)	98	
Cargo de los encuestados (elemento de la encuesta: 1)	N	%
Enfermeros	336	34,50%
Médicos	229	23,51%
Otros cargos clínicos	166	17,04%
Cargos de apoyo no clínicos	154	15,81%
Cargos directivos	89	9,14%
Total respondidos	974	100,00%
Incompletos (no sabe / no responde)	0	



Unidad / Área de trabajo (elemento de la encuesta: 2)	N	%
Unidades médico / quirúrgicas	260	26,69%
Unidad de cuidado de pacientes	297	30,49%
Servicios quirúrgicos	63	6,47%
Servicios clínicos de apoyo	142	14,58%
Administración / Dirección	168	17,25%
Servicios de Apoyo no clínico	44	4,52%
Total respondidos	974	100,00%
Incompletos (no sabe / no responde)	0	
Tiempo trabajado en este hospital en años (elemento de la encuesta: G1)	N	%
Menos de 1 año	94	10,67%
De 1 a 5 años	396	44,95%
De 6 a 10 años	270	30,65%
11 o más años	121	13,73%
Total respondidos	881	100,00%
Incompletos (no sabe / no responde)	93	
Tiempo trabajado en su unidad / área actual en años (elemento de la encuesta: G2)	N	%
Menos de 1 año	147	16,59%
De 1 a 5 años	477	53,84%
De 6 a 10 años	187	21,11%
11 o más años	75	8,47%
Total respondidos	886	100,00%
Incompletos (no sabe / no responde)	88	
Interacción o contacto directo con pacientes (elemento de la encuesta: G3)	N	%
Sí, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes	622	72,24%
No, típicamente no tengo interacción ni contacto directo con los pacientes	239	27,76%
Total respondidos	861	100,00%
Incompletos (no sabe / no responde)	113	



Dos o más trabajos	N	%
No	835	85,73%
Sí	139	14,27%
Total respondidos	974	100,00%
Incompletos (no sabe / no responde)	0	
Horas típicas trabajadas por semana (elemento de la encuesta: G5)	N	%
Menos de 30 horas a la semana	79	8,93%
De 30 a 40 horas a la semana	147	16,61%
Más de 40 horas a la semana	659	74,46%
Total respondidos	885	100,00%
Incompletos (no sabe / no responde)	89	



ANEXO 13. TABLA DE ELEMENTOS POR DIMENSIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

TABLA 12.2. ELEMENTOS POR DIMENSIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
1. Apoyo que dan los supervisores, jefes o líderes clínicos para la seguridad del paciente	Porcentaje de respuestas positivas
B1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente	66.48%
B2R. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente	72.53%
B3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente	72.13%
PROMEDIO DIMENSIÓN	70,38%
2. Trabajo en equipo	Porcentaje de respuestas positivas
A1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente	77.57%
A8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente	71.27%
A9R. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad	56.09%
PROMEDIO DIMENSIÓN	68,31%
3. Comunicación y receptividad	Porcentaje de respuestas positivas
C4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	68.37%
C5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice	54.07%



C6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente	63.83%
C7R. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	63.20%
PROMEDIO DIMENSIÓN	62,37%
4. Reportar eventos relacionados con la seguridad el paciente	Porcentaje de respuestas positivas
D1. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	56.54%
D2. Cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así: ¿qué tan frecuente es reportado?	64.84%
PROMEDIO DIMENSIÓN	60,69%
5. Aprendizaje organizacional – Mejora continua	Porcentaje de respuestas positivas
A4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente	62.46%
A12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron	51.53%
A14R. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo	57.88%
PROMEDIO DIMENSIÓN	57,29%
6. Comunicación acerca de errores	Porcentaje de respuestas positivas
C1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	51.58%
C2. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir	59.39%



C3. En esta unidad se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos	47.53%
PROMEDIO DIMENSIÓN	52,83%
7. Apoyo que da la administración del hospital para la seguridad del paciente	Porcentaje de respuestas positivas
F1. Las acciones de la administración de este establecimiento muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal	58.54%
F2. La administración del establecimiento proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente	47.26%
F3R. La administración del establecimiento parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso	28.72%
PROMEDIO DIMENSIÓN	44,84%
8. Respuesta a los errores	Porcentaje de respuestas positivas
A6R. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra	38.27%
A7R. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema	35.49%
A10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa	54.74%
A13R. En esta unidad falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente	26.71%
PROMEDIO DIMENSIÓN	38,80%
9. Transferencia e intercambio de información	Porcentaje de respuestas positivas
F4R. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante	41.07%



F5R. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente	44.64%
F6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente	60.38%
PROMEDIO DIMENSIÓN	48,7%
10. Personal y ritmo de trabajo	Porcentaje de respuestas positivas
A2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	41.24%
A3R. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	22.29%
A5R. Esta unidad depende demasiado del personal temporal, flotante o PRN.	37.18%
A11R. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente	50.22%
PROMEDIO DIMENSIÓN	37,73%

**ANEXO 14. TABLA DEMOGRÁFICA PARTICIPANTES GRUPOS FOCALES**

TABLA 12.3. DEMOGRAFÍA DE LOS FUNCIONARIOS QUE PARTICIPARON EN GRUPOS FOCALES		
Establecimiento participante	N	%
HUAP	7	25,93%
HEC	7	25,93%
HCSBA	9	33,33%
Servicio de Salud Metropolitano Central SSMC	4	14,81%
Género	N	%
Masculino	4	14,81%
Femenino	23	85,19%
Profesión	N	%
Enfermero / a	16	59,26%
Enfermera - Matrona	1	3,70%
Médico / a	7	25,93%
Kinesiólogo / a	2	7,41%
Trabajador social	1	3,70%
Otros datos	Promedio	Desviación estándar
Edad	41,2	± 9,27
Años desde titulación	14,81	± 8,60
Área de trabajo	N	%
Directivo - Normativo	12	44,40%
Hospitalario	15	55,60%



ANEXO 15. NOTAS DE CAMPO REALIZADAS POR OBSERVADOR

Actividad: Jornada de Calidad y Seguridad Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central

Fecha: 11 de Octubre de 2023

8:00 Llegada del Investigador, Moderador, Observador y de Equipo de Calidad SSMC

8:30 Llegada Representantes de Equipo Directivo (Grupo 1)

Se realiza recepción, inscripción, presentación, exposición y firma de consentimiento informado.

Se inicia grupo focal y el grupo se observa tranquilo hasta que se les pregunta su opinión en relación con cómo funcionan las unidades de calidad en los establecimientos.

Se observan inquietos, moviendo los pies y frotando sus manos al responder.

Nota del observador: Es probable que asistir en representación de la Dirección sea una gran responsabilidad y preocupación y no necesariamente demostrar un estrés frente al tema de Calidad.

En general concluyen que falta instaurar en la Red compromiso con temas de Calidad y Seguridad e involucrar a los médicos responsables de cada proceso en todas las etapas de instalación de la cultura de Calidad. También consideran que influye negativamente en la instalación de la cultura e Calidad que en pregrado de los médicos no reciben ningún tipo de capacitación en calidad y seguridad del paciente. En el ámbito laboral opinan que tampoco trabajan con medicina basada en la evidencia que este actualizada.

10:00 Llegada de representantes de las Unidades de Calidad de los Establecimientos y Servicio de Salud (Grupo 2)



Se realiza recepción, inscripción, presentación, exposición y firma de consentimiento informado.

Se inicia grupo focal y el grupo se observa tranquilo y cómodo con los temas de calidad y seguridad del paciente. Consideran que está instalada la cultura de calidad a pesar de que reconocen que hay resistencia, falta de compromiso y falta de personal especializado con horas reales dedicadas a calidad y seguridad del paciente

Se quedan con el desafío, "queda mucho por hacer, falta personal".

Comentan que a pesar de lo que queda por avanzar, frente a contingencias han logrado salir con éxito y sin daños a pacientes como en el caso del incendio ocurrido en uno de los hospitales estudiados.

11:30 Llegada Jefes Médicos (Grupo 3)

Se realiza recepción, inscripción, presentación, exposición y firma de consentimiento informado.

Se inicia grupo focal, el grupo se observa tranquilo y nadie toma la palabra hasta que se insiste.

Consideran que los médicos no han sido motivados a participar en Calidad especialmente en la confección de protocolos que les aplican, y que la contingencia influye en la ocurrencia de eventos adversos. No cuentan con tiempo protegido para temas de Calidad, lo que hace imposible participar.

Un profesional señala con molestia en su rostro, que en uno de los establecimientos en base a las notificaciones les han hecho sumarios, lo que lógicamente ha llevado a no notificar eventos graves.

Consideran que no se cumplen los protocolos porque son poco prácticos, dado que los médicos no participaron en su confección.

Los médicos no cuentan con tiempos protegidos para participar en reuniones, ni para capacitarse en Calidad.



14:00 Llegada Jefes de Enfermería (Grupo 4)

Se realiza recepción, inscripción, presentación, exposición y firma de consentimiento informado.

Se inicia grupo focal y el grupo se observa tranquilo y relajado.

Los relatos comienzan y se refleja angustia en los rostros por sentir que no logran ser acogidos con temas de calidad y seguridad, y de ser una molestia presionando al médico. Por ejemplo, atrasar el pabellón para hacer cumplir un determinado protocolo. Al equipo de enfermería se le exige más, siendo menos graves sus eventos adversos, que los de ocurren con los médicos. Falta apoyo directivo. Los médicos no adhieren a las normas y protocolos. Consideran que los médicos son nombrados jefes sin tener las competencias para el cargo respectivo.

Consideran que las profesionales enfermeras cuentan con mucha capacitación exigida para el ejercicio de sus cargos en temas de Calidad, no así el estamento médico.

Finalmente, señalan con desesperanza que las enfermeras deben hacer todo el trabajo, porque el médico debe ver una cantidad de pacientes por hora y es imposible sin horas protegidas que puedan participar.