

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Maestría

Autora: Laura Tanenholz

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL PERSONAL DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN, PREVIO AL DISEÑO DE UN PLAN DE MEJORA

2024

Directora de Tesis: Mg. Patricia D´aste

Citar como: Tanenholz, L. (2024). *Diagnóstico situacional del personal de un establecimiento de salud sobre calidad de la atención, previo al diseño de un plan de mejora.* [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/535>



Resumen

La calidad en la atención sanitaria es uno de los objetivos a alcanzar en cualquier sistema de salud. A través de ella se procura alcanzar los máximos beneficios posibles de la atención médica. Este trabajo se orientó a obtener un diagnóstico de situación desde la perspectiva del personal de una institución de salud en relación a la calidad en la atención sanitaria.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, mediante una encuesta auto-administrada. Se obtuvo una muestra de 275 trabajadores que respondieron la encuesta.

Los resultados obtenidos se presentan con el objeto que puedan ser utilizados en el diseño de un plan de mejora de la calidad en la atención sanitaria.

Palabras clave

Calidad en la atención sanitaria - Seguridad del paciente - Satisfacción del paciente - Fortalecimiento de los equipos de salud

Abstract

Quality of care is one of the objectives to accomplish in any healthcare system. Through it, the aim is to achieve the best possible outcomes of medical care.

This study aimed to obtain a situational diagnosis from the perspective of the staff of a healthcare institution regarding the quality of healthcare. A descriptive cross-sectional study was conducted using a self-administered survey. A sample of 275 workers who completed the survey was obtained.

The results are presented with the purpose of being used in the design of a plan to improve the healthcare quality.

Keywords

Healthcare quality – Patient safety - Patient welfare - Healthcare teams

Indice

Introducción	4
Planteamiento del Problema.....	5
Formulación del Problema de la Tesis.....	5
Objetivos	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
Marco Teórico.....	6
Calidad en la atención sanitaria.....	6
Calidad y seguridad del paciente	8
Los costos de la no-calidad	12
Cultura organizacional orientada a la calidad y la seguridad.....	13
Marco Referencial	16
Metodología.....	16
Tipo de estudio.....	17
Dimensiones, variables, indicadores.	18
Universo y características de la muestra	21
Criterios de inclusión y exclusión:.....	24
Tamaño muestral:	24
Fuentes de información y técnicas de recolección de datos.....	24
Instrumento:.....	24
Estrategia de aplicación:	24
Desarrollo.....	25
Análisis de los datos.....	26
Preguntas orientadas a la caracterización de las personas encuestadas:	26
Preguntas relacionadas al concepto de calidad de la atención y rol del encuestado.....	31
Preguntas relacionadas a la formación en calidad y seguridad del paciente.....	36
Preguntas sobre los aspectos de la calidad que se deberían abordar en forma prioritaria	42
Obstáculos percibidos para la implementación de un plan de mejora.....	45
Acerca de posibles facilitadores para la aceptabilidad de planes de mejora de la calidad	47
Discusión.....	49
Ideas que tiene el personal en relación al concepto de calidad y el rol que tiene su puesto en el marco de los procesos de calidad	49
Formación calidad y seguridad del paciente del personal de la clínica	52

Aspectos de la calidad y seguridad del paciente que el personal de la clínica considera prioritario abordar.....	55
Obstáculos percibidos para la implementación de un plan de mejora de la calidad.....	58
Posibles facilitadores para la aceptabilidad de planes de mejora de la calidad	59
Conclusiones	61
Bibliografía	63
Anexo	66
Encuesta.....	66

Introducción

La calidad en la atención sanitaria puede definirse como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados, con la máxima satisfacción del paciente durante el proceso. Los servicios de salud de calidad deben ser eficaces, centrados en la persona y seguros (OMS, 2020).

La calidad en la atención sanitaria es uno de los objetivos a alcanzar en cualquier sistema de salud. De hecho, una de las funciones esenciales de la salud pública es justamente el aseguramiento de la calidad en los servicios de salud (OPS, 2000).

Previo al diseño e implementación de un plan de mejora de la calidad en un establecimiento de salud, es necesario realizar un diagnóstico de situación. Para poner un ejemplo de nuestro entorno; en el Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social publicado en el año 2019 se recomienda "Elaborar un diagnóstico de situación en aspectos tales como la atención de la salud, la gestión y la organización" (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019.)

Se realizó entonces una investigación en una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina durante el mes de marzo de 2024. El estudio se orientó a obtener información con respecto a la temática de la calidad en la atención sanitaria desde la perspectiva de los trabajadores. El establecimiento seleccionado para el estudio se orienta a la atención de pacientes adultos, tanto en internación como en forma ambulatoria.

Es oportuno señalar que en la declaración de la misión, visión y valores de dicha institución, se menciona explícitamente la intención de proveer servicios asistenciales de calidad.

Se aspira a que los resultados de la investigación aporten información valiosa para el diseño de futuros ciclos de mejora de la calidad, permitiendo adecuar las propuestas y contenidos de las capacitaciones que se hagan al personal, con el objeto de maximizar la adherencia a los mismos y evitar que un plan de mejora de la calidad falle por falta de adhesión del personal.

Planteamiento del Problema

Formulación del Problema de la Tesis

Para favorecer el éxito de un plan de mejora de la calidad en un establecimiento de salud es necesario contar con el compromiso de todos los actores que participan directa o indirectamente del proceso de atención. Resulta elemental obtener información sobre las percepciones de las personas que se desempeñan en el establecimiento previo al diseño de una estrategia de mejora de la calidad en la atención.

Se realizó una investigación con el objeto responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es la situación del personal que trabaja en la clínica en lo que respecta a su conocimiento y percepciones sobre calidad en la atención sanitaria?

Objetivos

Objetivo general

Describir la situación del personal de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación a la calidad de la atención, desde su propia perspectiva, previo al diseño de un plan de mejora de la calidad en la atención sanitaria.

Objetivos específicos

- Explorar las ideas que tiene el personal en relación al concepto de calidad de la atención y el rol que tiene su puesto en el marco de los procesos de calidad.
- Caracterizar la formación en temas de calidad y seguridad del paciente de los trabajadores de la clínica.
- Establecer cuáles son actualmente los aspectos de la calidad y seguridad del paciente que el personal de la clínica considera prioritario abordar en un plan de mejora.
- Describir los obstáculos percibidos por el personal de la clínica para la implementación de un plan de mejora de la calidad en la atención.
- Identificar posibles facilitadores para la aceptabilidad de planes de mejora de la calidad de la atención sanitaria en la clínica.

Marco Teórico

Calidad en la atención sanitaria

La calidad en los servicios de salud puede definirse como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención sanitaria, con los menores riesgos para el paciente, acorde sus expectativas y características individuales. Para evaluarla se utilizan diferentes indicadores según las dimensiones de estructura, proceso y resultados:

Indicadores de estructura: evalúan las cualidades del establecimiento en donde se proveen servicios de salud. Esto incluye las cualidades de los recursos materiales (como instalaciones, equipamiento y dinero), de los recursos humanos (número y cualificación del personal), y de la estructura organizativa (como la organización del equipo de salud, métodos de control de calidad, entre otros). La mejora de esta dimensión implica optimizar las instalaciones, infraestructura y recursos físicos utilizados para proporcionar servicios de salud, así como asegurar que las personas que se desempeñan en el establecimiento estén debidamente capacitadas y en número suficiente para garantizar una atención de calidad.

Indicadores de proceso: se refieren a lo que los equipos de salud son capaces de hacer por los pacientes. A las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se lleva a cabo la atención. Hace referencia a acciones del personal, la comunicación, la aplicación de procedimientos, etc.

Indicadores de resultado: referidos a la variación en los niveles de salud y el grado de apego a expectativas de los pacientes. (Donabedian, 1966; Donabedian, 1984).

Algunos de los indicadores de resultado son: mortalidad, morbilidad, readmisión de pacientes no programados por misma patología, optimización en el uso de recursos, promedio de estancia hospitalaria, tasa de infecciones intrahospitalarias, tasa de aparición de lesiones por presión, satisfacción de los pacientes y sus familias con las instalaciones, el trato en general y el resultado final, entre otros.

Este último enfoque de resultados es fundamental para el monitoreo de la calidad de la atención sanitaria, por permitir evaluar la eficiencia de los servicios médicos proporcionados por los proveedores de salud (Jiménez, 2004). Dentro de estos, las mediciones de satisfacción de los pacientes y sus familias se relacionan con la experiencia del paciente, entendida como "la suma de todas las interacciones, configuradas por la cultura de una

organización, que influyen en las percepciones del paciente, a lo largo de la continuidad del cuidado". (Wolf, Niederhauser & Marshburn, 2014). Abundan los trabajos científicos que correlacionan las buenas experiencias de los pacientes con mejores resultados clínicos, dado que los pacientes satisfechos son más propensos a comprender y cumplir con las indicaciones que se le dan al momento del alta, facilitando mejores resultados. (DerGurahian, 2009).

Finalmente cabe mencionar que el triple enfoque de la evaluación de la calidad posee una relación lógica, porque una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado. (Donabedian, 2001).

La Organización Mundial de la Salud define a la calidad como el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados. Esta definición de calidad implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente. Los servicios sanitarios de calidad deben ser:

- Eficaces: proporcionando servicios de salud basados en evidencia;
- Seguros: evitando lesionar a las personas a las que atienden;
- Centrados en la persona: brindando atención acorde a las preferencias, necesidades y valores de cada persona;
- Oportunos: reduciendo los tiempos de espera y las demoras;
- Equitativos: la calidad de la atención no debe variar por motivos de edad, sexo, género, raza, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma, etc.;
- Integrados: para ofrecer una atención coordinada en todos los niveles y entre los distintos proveedores, que facilite la prestación de servicios sanitarios durante el curso de la vida;
- Eficientes: maximizando los beneficios de los recursos disponibles.

Hoy la calidad representa un componente clave para la competitividad en el ámbito de los servicios de salud. Los pacientes y sus familias, están cada vez más informados y tienen expectativas más elevadas. Los pacientes esperan recibir atención que sea apropiada, oportuna y brindada por profesionales competentes, con un enfoque en la seguridad, así como una comunicación efectiva, instalaciones cómodas y un trato respetuoso, entre otros aspectos. Con respecto a la comunicación, incluso están descriptas diferentes herramientas

tales como la Escucha Activa (técnicas que implican prestar atención plena al paciente, haciendo uso de señales verbales y no verbales para demostrar que se está escuchando y comprendiendo sus preocupaciones) o la Repetición del Paciente o Teach-Back (método en el que el paciente repite la información que ha recibido para asegurar que ha entendido correctamente las instrucciones y la información proporcionada), que se aplican sistemáticamente para mejorar la comunicación con los pacientes y sus familiares en el contexto de la atención sanitaria.

En resumen, la calidad de los servicios de salud contempla elementos como la seguridad de los pacientes, la reducción del riesgo en los procedimientos médicos, una gestión eficiente de los recursos, aumentar la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y responder en forma oportuna y acorde a la necesidad y características individuales del paciente (OMS, 2020).

Calidad y seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un objetivo clave de la calidad asistencial. Actualmente es una disciplina con mucho desarrollo, debido al aumento de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y como respuesta a la evidencia creciente de los resultados desfavorables que pueden sufrir los pacientes en los entornos sanitarios. Su objetivo principal es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que los pacientes pueden experimentar durante la prestación de la atención médica.

En el año 2004 la OMS puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y más tarde junto a la Joint Commission International publicó las metas internacionales para la seguridad del paciente, que siguen vigentes actualmente:

1. Identificar correctamente a los pacientes para evitar errores referentes al paciente equivocado. Una herramienta para la identificación de los pacientes incluye el uso de pulseras de identificación que contengan dos datos que permitan identificar inequívocamente a los pacientes sobre todo antes de administrar medicamentos, sangre o hemoderivados, extraer sangre y otras muestras de análisis clínicos o proporcionar cualquier otro tratamiento o procedimiento.
2. Mejorar la comunicación efectiva. De hecho, las fallas en la comunicación están entre las causas de errores más comunes durante la atención sanitaria. Un proceso de

comunicación estandarizado propicia calidad y seguridad dado que brinda información completa, oportuna, precisa y comprendida por quien la recibe permitiendo la continuidad de la atención entre todos los niveles y entre todos los que participan de la provisión de servicios de salud. Algunas de las herramientas de comunicación estandarizadas más utilizadas son:

- SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation en inglés; Situación-Antecedentes-Valoración-Recomendación en Español): esta herramienta ayuda a asegurar que la información esencial se transmita de manera clara y concisa.
 - Listas de Verificación (Checklists): se utilizan para garantizar que se sigan todos los pasos necesarios en procedimientos clínicos, quirúrgicos y de atención al paciente. Por ejemplo, la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS.
 - Herramientas de Transferencia de Información (Handoff Tools): estas herramientas se usan para transferir información crítica de un profesional de la salud a otro durante los cambios de turno o transferencias de pacientes entre unidades. Por ejemplo: I-PASS (Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and contingency plans, and Synthesis by receiver en inglés; Gravedad de la Enfermedad, Resumen del Paciente, Lista de Acciones, Conciencia Situacional y Planes de Contingencia, y Síntesis por el Receptor en español).
 - Reuniones Informativas y de Repaso (Briefings and Debriefings): estas reuniones estructuradas antes y después de procedimientos asistenciales permiten al equipo discutir planes, roles y responsabilidades y luego revisar lo que funcionó bien y qué podría mejorarse.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Los eventos adversos relacionados con una gestión inadecuada de medicamentos de alto riesgo no solo representan los errores más comunes, sino que en caso de ocurrir, las repercusiones para los pacientes suelen ser más graves. Por esta razón, la seguridad de los medicamentos de alto riesgo es un tema prioritario en términos de seguridad a nivel internacional. Algunas de las recomendaciones para el manejo de esta meta tiene que ver con confeccionar y dar a conocer una lista de medicamentos de alto riesgo de cada institución, utilizar identificadores de alerta en su rotulación, utilizar sitios de

almacenamiento claramente diferenciados, con acceso restringido, de modo que la reducción de su circulación limite también los errores en su manejo, además de realizar un doble chequeo a la hora de administrar drogas de alto riesgo, etc.

4. Asegurar la cirugía en el sitio correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto. Estos errores se deben principalmente a una comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico, sumado a la falta de participación del paciente en el marcado del sitio quirúrgico y la ausencia de procedimientos de verificación preoperatorios.

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS). Son aquellas que ocurren en los pacientes internados, a causa de intervenciones realizadas para su cuidado y que se ponen de manifiesto luego de las 48 horas de su estadía.
En Argentina, el Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de IACS realizado en el año 2016 reveló que en áreas no críticas, el 10,80 % de los 5490 pacientes adultos estudiados presentó una IACS. De estas infecciones, las cuatro primeras causas corresponden a infecciones del tracto urinario (23%), infecciones del sitio quirúrgico (18%), neumonías (16,5%), infecciones de la piel y partes blandas (10%) y a infecciones primarias de la sangre (10%). En áreas críticas, de los 744 pacientes adultos, el 32% presentó una IACS. De éstas, las cuatro primeras causas corresponden a neumonía (48%), infección primaria de la sangre (13%), infección del tracto urinario (12,4%), infección del sitio quirúrgico (9%) e infecciones de la piel y partes blandas (4,22%) (Ministerio de Salud de la Nación, 2016). La Higiene de manos es una de las medidas más efectivas para lograr este objetivo, entre otras acciones.

6. Reducir el daño causado por caídas. Existen escalas de valoración del riesgo de caídas y protocolos para abordar los pacientes con mayor riesgo. (Organización Mundial de la Salud & Joint Commission International, 2019).

En los últimos años se han agregado a estos objetivos otras recomendaciones como reducir la aparición de úlceras o lesiones por presión, el correcto abordaje institucional de los eventos adversos, etc.

El 5 de octubre del 2007 durante la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, se emite la Resolución sobre Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención

Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente. Esta Resolución define la calidad de la atención, como la cualidad de la atención sanitaria esencial para el logro de los objetivos de salud, la mejora de la salud de la población y la sostenibilidad del sistema de salud. En ese documento se plantearon cinco líneas estratégicas:

- Posicionar el programa de calidad de la atención y seguridad del paciente como prioridad.
- Promover la participación de los ciudadanos en temas de calidad.
- Generar información y evidencia en temas de calidad.
- Desarrollar, adaptar y apoyar la implementación de estrategias de mejora de la calidad.
- Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Con respecto al rol del paciente, se proponen diferentes iniciativas para promover su participación en actividades vinculadas con su seguridad. En este sentido, la celebración del 17 de septiembre por el Día Mundial de la Seguridad del Paciente propiciado por la Organización Mundial de la Salud del año 2023 tuvo el lema «Involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente», en reconocimiento del papel que los pacientes, las familias y los cuidadores desempeñan en la seguridad de la atención de la salud. El documento publicado mencionaba que “la evidencia muestra que, cuando se trata a los pacientes como asociados en los cuidados que reciben, se logran avances significativos en términos de seguridad, satisfacción del paciente y efectos en la salud. Al convertirse en miembros activos del equipo de atención de salud, los pacientes pueden contribuir a la seguridad de sus cuidados y a la del sistema de atención de salud en su conjunto.

Con el lema “¡Demos voz a los pacientes!”, la OMS pide a todas las partes interesadas que adopten las medidas necesarias para garantizar la implicación de los pacientes en la formulación de políticas, su representación en las estructuras de gobernanza y su participación en el diseño conjunto de estrategias de seguridad, así como que adopten un papel activo en los cuidados que reciben.

Se concluye que la implementación de proyectos de mejoras de la calidad en el entorno sanitario redundará en la seguridad del paciente, puesto que un adecuado sistema de gestión de calidad permitirá eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención, además de promocionar las prácticas seguras. (Ayuso-Murillo, de Andrés-Gimeno, Noriega-Matanza, López-Suárez & Herrera-Peco, 2017).

Los costos de la no-calidad

La necesidad de trabajar hacia una atención sanitaria de calidad se hace evidente cuando se analizan los resultados de la no calidad.

En el año 1999 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publica el informe "To Err is Human", en donde se presenta una revisión de 30.000 historias clínicas en las que se encontró un 3.7% de eventos adversos (lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud), de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13.6% resultaron en muerte. Los autores hicieron una extrapolación a las 33.6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del estudio, concluyendo que se podían producir entre 44.000 y 98.000 muertes al año, por eventos adversos vinculados a la atención sanitaria. Estos resultados además representaban un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año. (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

En 2007 se realizó un estudio denominado IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos) llevado a cabo gracias a la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Dentro de los objetivos del estudio se propuso estimar la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, evidenciándose una tasa promedio de eventos adversos de alrededor del 10%. Los más frecuentes fueron: infecciones nosocomiales, los relacionados con procedimientos médicos y los errores de medicación. Más del 28% de estos eventos adversos habían producido alguna discapacidad y en el 6% de los casos la muerte. (Aranaz-Andrés, Aibar-Remón, Limón-Ramírez, Amarilla, et al., 2011)

Un informe de la Organización Mundial de la Salud, junto a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial, describe que los servicios de salud de baja calidad están frenando el avance de las mejoras en el ámbito de la salud en países de todos los niveles de ingreso. Esta situación se debe a diagnósticos imprecisos, errores en la indicación, dispensa o administración de medicamentos, tratamientos inadecuados o innecesarios, instalaciones o prácticas médicas inseguras o inadecuadas, así como proveedores de servicios de salud con falta de capacitación y experiencia suficientes.

Se estima que aproximadamente el 15 % del gasto de hospitales en países de ingreso alto se debe a errores en la atención o a pacientes que sufren infecciones mientras se encuentran internados. (World Bank, 2018).

Al respecto de este último dato, ya fue mencionado en el capítulo anterior el Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de IACS (Infecciones asociadas al cuidado de la salud) que se realiza asiduamente en nuestro país con la posterior publicación de los resultados (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, cada año se atribuyen entre 5,7 y 8,4 millones de muertes a una atención sanitaria de calidad deficiente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que representa hasta el 15% de las muertes en esos países.

El 60% de las muertes en los países de ingresos bajos y medianos por afecciones que requieren atención sanitaria son imputables a la atención de calidad deficiente.

En esos países la atención de calidad insuficiente conlleva pérdidas de productividad por 1,4 a 1,6 billones de dólares anuales.

Por su parte, en los países de ingresos altos, 1 de cada 10 pacientes sufre daños al recibir atención hospitalaria y se estima que 7 de cada 100 pacientes hospitalizados contraen una infección relacionada con la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Cultura organizacional orientada a la calidad y la seguridad

La cultura organizacional es el conjunto de creencias, hábitos, prácticas y tradiciones que comparten los miembros de una organización, que determina las pautas de comportamiento de las personas que forman parte de dicha organización.

Según la "teoría del error" de James Reason, también llamada "teoría del queso suizo", el ser humano es falible por lo que los errores seguirán aconteciendo, pese a los esfuerzos por evitarlos. (Reason, 2009).

Las claves de esta teoría se resumen en los siguientes conceptos:

- Los accidentes ocurren por múltiples factores.
- Existen defensas para evitar los accidentes.
- Múltiples errores alineados (como los agujeros de un queso suizo) permiten que los accidentes o los eventos adversos ocurran.
- La revisión del sistema permite identificar cómo las fallas atraviesan las defensas.

En su teoría, Reason resalta la necesidad de que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos, menos proclives a situaciones de riesgo y para que se generen estrategias de detección precoz de errores.

El entorno más seguro para la atención sanitaria se obtiene cuando existe una cultura organizacional que aplica sistemáticamente procesos rediseñados para que sean menos proclives a la producción de errores y evitar situaciones que generen riesgos innecesarios. La cultura de seguridad en la atención sanitaria puede definirse entonces como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización en el cual los individuos están comprometidos con la seguridad del paciente.

Es fundamental tener en cuenta el rol que ejerce el comportamiento humano en la generación de incidentes y la influencia directa de la cultura de la organización al abordar estrategias de enseñanza o implementación de medidas de mejora de la calidad y la seguridad en un establecimiento de salud. Una de las cuestiones a tener en cuenta para lograr un cambio de conducta individual a fin de cumplir con los procedimientos, se relaciona con cuán involucrada está la institución y su personal con la cultura de calidad y seguridad.

En este sentido, también es importante no desconocer un parámetro que influye fuertemente en la calidad de la atención que se brinda, que es el clima laboral (el conjunto de actividades, rutinas y condiciones que se dan dentro de una organización y determinan la satisfacción de los trabajadores en su entorno de trabajo). La calidad de la atención médica está relacionada directamente con el clima laboral (Sobrequés, 2003).

La construcción de una cultura institucional para promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de atención, en la que todo el personal adopte prácticas seguras es un proceso complejo, que requiere de un diagnóstico inicial de la situación y la identificación de motivaciones que pueden permitir el cambio o impedirlo.

Resulta importante saber en qué etapa se encuentra la institución o el servicio que se evalúa. Los métodos disponibles para evaluar la cultura de seguridad incluyen, entre otros, grupos focales, entrevistas estructuradas al personal y encuestas anónimas realizadas con formularios. (Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, 2021). Evaluar las percepciones tanto de los usuarios como del trabajador mismo es una necesidad y representa una oportunidad de mejora en la gestión de los servicios sanitarios. No basta con conocer los resultados de salud, sino que también es importante comprender

cómo se organizan y brindan los servicios desde el interior de la organización prestadora de servicios de salud a través de la opinión del personal. (Aguirre-Gas, 1990).

Antes de realizar un diagnóstico situacional en una institución de salud es necesario definir claramente quiénes forman parte del equipo que presta los servicios, lo cual no es tarea sencilla teniendo en cuenta que las organizaciones de salud son sistemas altamente complejos y que cada rol dentro de una organización tiene impacto directa o indirectamente en el servicio que se brinda. De hecho, no existe consenso sobre quienes forman parte del equipo de salud en la bibliografía internacional. Es evidente la importancia del rol de médicos/as, enfermeros/as y demás profesionales de carreras sanitarias como integrantes del equipo de salud, sin embargo no se debe subestimar la contribución de los demás participantes. A continuación se citan algunos ejemplos de nuestro entorno:

- El personal de seguridad en muchas instituciones privadas son los responsables de disparar las alertas ante ingreso de pacientes por los sectores de urgencias, siendo fundamentales en los procesos que tienen que ver con la inmediata atención de pacientes críticos.

- Los administrativos/as cumplen un rol fundamental en los procesos de identificación de los pacientes, tanto como responsables de registrar los datos filiatorios, como de la colocación de pulseras de identificación, entre otras funciones.

- El personal de limpieza y camareras tienen entre sus funciones la higiene y desinfección de lugares comunes y habitaciones contribuyendo al control de infecciones, además tienen a cargo el manejo de residuos médicos peligrosos y son quienes entregan y retiran los alimentos de las habitaciones, debiendo atender las indicaciones de aislamiento de muchos pacientes.

Por eso, con el objeto de analizar los roles que forman parte del equipo de salud en la clínica seleccionada para el presente trabajo, se considerará la clasificación de Henry Mintzberg quien describió las partes que integran una organización, entre ellas una organización que presta servicios de salud:

Ápice estratégico: ubicado en la cúspide de la organización. Son los directores y gerentes.

Núcleo de operaciones: base de la organización. Sus miembros intervienen directamente en la producción de los servicios. Por ejemplo médicos/as, kinesiólogas, enfermeros/as.

Línea media: ubicada entre el ápice estratégico y el núcleo de operaciones. Está integrada por los responsables del nivel medio, que son los encargados de articular entre la base y la cúspide de la organización. En una organización sanitaria representa a los jefes de servicio.

Staff de Apoyo: está formado por una serie de unidades especializadas cuya función es realizar tareas fuera la provisión directa de servicios de salud, tales como mantenimiento, servicios generales, alimentación, entre otras unidades de apoyo. (Mintzberg, 1984).

El éxito de las acciones para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente requiere entonces la participación activa de todas las personas que trabajan en la organización en la que se plantea un plan de mejora, y no basta con involucrar solamente a médicos/as y enfermeros/as. Es necesario definir la totalidad de los actores que participan en forma directa o indirecta de la provisión de los servicios de salud en la institución y tenerlos en cuenta al momento de diseñar el proyecto. La meta será superar la resistencia al cambio para que todas las personas y todas las partes de la organización trabajen en conjunto dentro de una cultura organizacional que privilegie la provisión de servicios sanitarios seguros y de calidad.

Marco Referencial

Abundan trabajos publicados en los que se aborda el tema de la calidad de los servicios de salud, aunque el enfoque de estos es usualmente desde la perspectiva de los pacientes. Por ejemplo, muchas investigaciones se realizan utilizando el Modelo SERVQUAL que mide la calidad del servicio mediante las expectativas y percepciones de los usuarios. La encuesta SERVQUAL es la herramienta más aceptada y utilizada para medir la calidad de atención en empresas de servicios. Esta encuesta fue adaptada para medir la satisfacción de los usuarios externos en servicios de salud y actualmente es ampliamente utilizada. (Cabello & Chirinos, 2012).

Por otro lado, los trabajos publicados sobre encuestas realizadas a los proveedores de servicios de salud sobre temas relacionados a la calidad asistencial presentan variados enfoques. Se mencionan dos ejemplos: en España se realizó una investigación (realizada en forma similar en Reino Unido, Estados Unidos y Canadá) que buscaba explorar las opiniones que sobre el aseguramiento de la calidad y la acreditación sanitaria entre los directivos de

los centros sanitarios a través de una encuesta de opinión por cuestionario elaborado ad hoc. Las tres cuartas partes de los directivos interrogados expresaron “la necesidad de impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios” (Aranaz, Leutscher, Gea & Vitaller, 2003).

Otro estudio publicado describe las percepciones de los médicos y enfermeros (también de los pacientes) sobre la calidad de la atención específicamente en personas diabéticas indagando sobre los factores que influyen en la calidad y continuidad asistencial de los cuidados prestados en atención primaria. Los profesionales entrevistados identificaron como factores favorecedores la existencia de guías y protocolos y la motivación personal, y como factores que dificultan la asistencia, la falta de tiempo y los sistemas de información. (Tambo-Lizalde, Carrasco-Gimeno, Mayoral-Blasco, Rabanaque-Hernández, Abad-Díez, 2013).

Finalmente, en las investigaciones realizadas mediante encuestas dirigidas al personal que se desempeña en establecimientos que proveen servicios de salud, se identificó que estas generalmente se orientan a temas como calidad de vida laboral, clima laboral o percepción de resultados en la calidad de la atención.

Como se evidencia en los párrafos anteriores, durante la etapa de revisión de la literatura científica no se identificaron estudios en los que se haya abordado el tema de la calidad en la atención sanitaria haciendo foco en las percepciones y/o formación del personal que se desempeña en establecimientos de salud con el objeto de obtener un diagnóstico de situación o con un propósito similar al que se presenta en este trabajo. A pesar de esto, vale mencionar que los trabajos publicados que fueron revisados orientaron en el diseño de este trabajo de investigación.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó una investigación de diseño transversal, cuantitativa, observacional con un enfoque descriptivo, mediante una encuesta auto administrada dirigida al personal que se desempeña en una clínica privada de capital federal.

Dimensiones, variables, indicadores.

Se decidió establecer tres variables, en cada una de las cuales se describen diferentes dimensiones. A continuación, se detalla cada una:

La variable *Percepción actual* se refiere a las percepciones que existen entre los trabajadores de la clínica en lo que respecta a tres dimensiones:

Relación con el rol: percepción del encuestado con respecto a si hay relación entre su rol y la calidad en la atención sanitaria que se brinda en la clínica, ya sea de forma directa o indirecta.

Conocimiento de definición: percepción del encuestado al respecto de conocer alguna de las definiciones de calidad en la atención sanitaria que existen.

Nociones sobre calidad: capacidad del encuestado de seleccionar la frase que describe correctamente y de forma más completa la definición de calidad en la atención sanitaria (opción b) entre varias opciones que son falsas o están incompletas (opciones a, c y d).

En la variable *Formación* se indaga sobre las oportunidades y predisposición del encuestado para adquirir conocimientos sobre calidad en la atención sanitaria en las dimensiones del pasado, presente y futuro según se describe a continuación:

Oportunidades pasadas: instancias de formación (entendidas como charlas, clases, cursos o postgrados en calidad y seguridad del paciente) que refiere haber tenido el personal de la clínica, ya sea en el establecimiento en donde se realiza el estudio u otras instituciones de salud en donde se haya desempeñado, así como en instituciones educativas.

Predisposición actual: predisposición que expresa el personal que se desempeña en la institución seleccionada para asistir a capacitaciones sobre temas de calidad y seguridad del paciente que se realicen dentro de la misma.

Intención futura: probabilidad de inscribirse en un curso, capacitación o postgrado sobre calidad y seguridad de la atención sanitaria en una institución educativa que expresa el personal, en el caso que desde la clínica se le faciliten los recursos para realizarlo.

La variable *Diseño y Abordaje* está pensada para considerar los objetivos de la calidad en la atención sanitaria que debieran tener un tratamiento prioritario desde la perspectiva de los trabajadores de la clínica, de manera de considerar abordarlos en un futuro plan de mejora con el objeto de propiciar la adherencia al mismo por parte de los trabajadores, así como otros elementos que podrían tenerse en cuenta al momento de plantear una estrategia de mejora según las siguientes dimensiones:

Aspectos prioritarios: aspectos de la calidad y seguridad del paciente que deberían ser considerados para su abordaje en forma prioritaria al momento de diseñar un plan de mejora, con el objeto de mejorar la atención que se brinda en nuestra clínica, desde la perspectiva del personal que trabaja en actualmente en ella.

Experiencia del paciente: aspectos de la calidad que deberían abordarse en forma prioritaria, para mejorar la calidad percibida por el paciente y sus acompañantes, según la perspectiva del personal que trabaja en la clínica.

Obstáculos percibidos: posibles obstáculos que el personal de la clínica cree que podrían afectar en mayor medida la implementación de un plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos facilitadores: incentivos que el personal de la clínica identifica como posibles facilitadores para la aceptabilidad de planes de mejora de la calidad.

En la siguiente tabla se correlacionan las dimensiones, variables e indicadores con cada uno de los objetivos específicos de esta investigación, así como las preguntas del instrumento con las que se vinculan:

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR PRINCIPAL	INSTRUMENTO
Explorar las ideas que tiene el personal en relación al concepto de calidad de la atención y el rol que tiene su puesto en el marco de los procesos de calidad.	Percepción actual	Relación con el rol	Porcentaje de personal que cree que su rol dentro de la clínica se relaciona con la calidad de la atención que se brinda	Encuesta: pregunta N° 5
		Conocimiento de definición	Porcentaje de personal que refiere conocer alguna definición de calidad	Encuesta: pregunta N° 6
		Nociones sobre calidad	Porcentaje de personal que selecciona la frase que mejor representa la definición de calidad	Encuesta: pregunta N° 7
Caracterizar la formación en temas de calidad y seguridad del paciente de los trabajadores de la clínica.	Formación	Oportunidades pasadas	Porcentaje de personal que refiere haber tenido formación en temas de calidad y seguridad.	Encuesta: pregunta N° 8
		Predisposición actual	Porcentaje de personal que está dispuesto a recibir capacitaciones sobre calidad y seguridad dentro de la clínica	Encuesta: pregunta N° 9
		Intención futura	Porcentaje de personal que se inscribiría en un curso, capacitación o postgrado en calidad y seguridad en una institución educativa.	Encuesta: pregunta N° 10

<p>Establecer cuáles son actualmente los aspectos de la calidad y seguridad del paciente que el personal de la clínica considera prioritario abordar en un plan de mejora.</p> <p>Describir los obstáculos percibidos por el personal de la clínica para la implementación de un plan de mejora de la calidad.</p> <p>Identificar posibles facilitadores para la aceptabilidad de planes de mejora de la calidad en la clínica.</p>	<p>Diseño y Abordaje</p>	<p>Aspectos prioritarios</p>	<p>Aspecto de la calidad y seguridad del paciente que haya obtenido el mayor porcentaje de selección.</p>	<p>Encuesta: pregunta Nº 11</p>
		<p>Experiencia del paciente</p>	<p>Aspecto de la calidad que haya obtenido el mayor porcentaje de selección para mejorar la experiencia del paciente y sus acompañantes.</p>	<p>Encuesta: pregunta Nº 12</p>
		<p>Obstáculos percibidos</p>	<p>Obstáculos para la implementación de un plan de mejora de la calidad que hayan obtenido el mayor porcentaje de selección.</p>	<p>Encuesta: pregunta Nº 13</p>
		<p>Elementos facilitadores</p>	<p>Incentivos que fueron seleccionados en mayor porcentaje entre las opciones disponibles.</p>	<p>Encuesta: pregunta Nº 14</p>

Tabla 1. Fuente: Elaboración propia

Universo y características de la muestra

La población objetivo es el personal que trabaja en una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La clínica seleccionada para el estudio cuenta con 51 camas para internación de pacientes adultos, siendo 43 de estas del servicio de Clínica Médica y 8 del servicio de Terapia Intensiva. Se cuenta además con 11 camas destinadas a

internaciones transitorias y observación. La planta quirúrgica tiene 5 quirófanos, una sala de endoscopia, y una sala de hemodinamia. En todas ellas se realizan procedimientos de urgencia y programados. Cuenta con servicio de Diagnóstico por imágenes, en donde se realizan radiografías, ecografías, tomografías y resonancia magnética. Funciona además un servicio de Medicina Nuclear. Los pacientes que ingresan para internación lo hacen en forma programada (para cirugías o procedimientos diagnósticos) o son derivados por diferentes obras sociales y prepagas, dado que no hay una guardia externa abierta a la demanda espontánea. Se realiza también atención ambulatoria en los 17 consultorios externos que están dentro de la clínica, con una amplia variedad de especialidades médicas.

Se invitó a participar de la investigación a los médicos/as de los diferentes servicios (clínica médica, terapia intensiva, diagnóstico por imágenes, etc.), técnicos/as radiólogos/as, kinesiólogas, nutricionistas, enfermeros/as, instrumentadoras quirúrgicas, camilleros, personal de laboratorio, personal de farmacia, personal de hemoterapia, profesionales interconsultores de las distintas especialidades médicas (infectología, hematología, cardiología, traumatología, cirugía, urología, neurocirugía, etc.), profesionales que realizan atención en consultorios externos, personal del servicio de limpieza, personal de mantenimiento, personal de vigilancia y administrativos (de los sectores de admisión, caja, egresos, recepción, auditoría médica, secretarías, atención al paciente, hotelería, ropería, etc.).

Se detalla la cantidad de personas que se desempeña en cada sector incluyendo a sus jefes/as y coordinadores/as en la Tabla 2 (se aclara que la cantidad de personal en cada sector puede variar levemente conforme a las contingencias o necesidad de cada servicio):

ROL	CANTIDAD
Médicos/as Clínicos y residentes	18
Médicos/as Diag. por Imágenes y residentes	12
Médicos/as Terapia Intensiva	14
Médicos/as CCEE, Interconsultores/as, Cirujanos/as	85
Kinesiólogas	4
Técnicos/as de Imágenes	12
Nutricionistas	4
Personal de Quirófanos	21
Personal de Enfermería	78
Camilleros	10
Personal de Limpieza	58
Personal de Hemoterapia	3
Personal de Laboratorio	10
Personal de Farmacia	15
Personal de Cocina	12
Personal de Mantenimiento	11
Administrativos/as	53
Vigiladores	10
TOTAL	430

Tabla 2. Fuente: Elaboración propia

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó en el estudio a todos los trabajadores de la clínica que decidieron participar voluntariamente.

Se excluyó para este estudio al personal que, aun trabajando para la clínica, se desempeñaba en otra locación: tareas relacionadas a compras, facturación, débitos, costos, pago a proveedores, marketing, convenios, recursos humanos, etc. También se excluyó a directores y gerentes, con el objeto de evitar sesgos cognitivos del grupo que participa directamente en el proceso de toma de decisiones gerenciales de planificación.

Tamaño muestral

Se utilizó la fórmula de Cochran para poblaciones finitas: $n = N / (1 + (N * e^2))$

n = tamaño muestral necesario

N = tamaño de la población (430)

e = margen de error (0.05) - Nivel de confianza del 95%

Sustituyendo los valores, se obtiene: $n = 430 / (1 + (430 * 0.05^2))$

$n \approx 204.95$

Concluyendo que para que la muestra sea representativa, se requería un mínimo de 205 personas que respondan la encuesta.

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo, reclutando casos hasta que se completó el número de sujetos necesario para obtener el tamaño de muestra deseado, intentando incluir a todos los sujetos accesibles como parte de la muestra. (Otzen & Manterola 2017).

Fuentes de información y técnicas de recolección de datos

Instrumento

Como fuente primaria de información se elaboró una encuesta *ad hoc*, debido a que no resultó posible encontrar una encuesta para adaptarla a la institución seleccionada, como se describió en el marco referencial. La versión final de la encuesta cuenta con 14 preguntas, definiéndose que las personas que deseaban participar del estudio debían responder todas ellas para poder finalizar la misma.

Con el objeto de validar el instrumento, se verificaron las siguientes características:

Validez de contenido: la evaluación de la validez de contenido se basa en juicios de diferente procedencia (revisión de la literatura, opinión de expertos, etc.). Este proceder debe garantizar, de forma empírica, que el contenido del instrumento sea adecuado. (García de Yébenes Prous, 2009). Se realizó entonces el diseño del instrumento teniendo en cuenta las particularidades y el contexto de la clínica seleccionada para el estudio, y la información que se procuraba recabar. En una etapa posterior las preguntas y respuestas fueron revisadas, y en algunos casos reformuladas junto con la Dirección Médica de la institución.

Fiabilidad: se procuró que el instrumento sea fiable y preciso, proporcionando mediciones libres de error. Teniendo en cuenta que la variación que se debe a errores puede ser aleatoria (error que se produce por factores debidos al azar) u obedecer a sesgos, en todos los casos se enfatizó en el carácter anónimo de la encuesta, con el objeto de minimizar el potencial sesgo de falta de respuesta por miedo a las repercusiones, lo que podía impedir que algunas personas acepten participar del estudio. Además, como se mencionó anteriormente, se excluyó a directores y gerentes, con el objeto de evitar sesgos cognitivos.

Viabilidad: Se realizó una prueba piloto, invitando a personas que se desempeñan en instituciones similares a responder la encuesta, lo cual permitió evaluar la claridad del instrumento, desde el punto de vista del encuestado. En la encuesta destinada a la prueba piloto se agregó una última pregunta (pregunta N° 15) que no figura en la versión final. Dicha pregunta extra era abierta, e invitaba a los encuestados a enviar sus comentarios y sugerencias utilizando un formato libre de texto abierto. Se analizaron los resultados y las devoluciones de los voluntarios para hacer ajustes a la encuesta de manera que resulte sencilla de realizar y sea aceptada por los participantes.

Estrategia de aplicación

La encuesta se volcó en una plantilla de Google Forms y posteriormente se generó un enlace y un código QR para facilitar el acceso a la misma desde cualquier PC o dispositivo móvil. Esto permitió invitar a responder la encuesta tanto en forma personal (mediante el escaneo del código QR digital o impreso) como a distancia (enviando el enlace de acceso o código QR por medios digitales tales como e-mail o aplicaciones de mensajería instantánea para dispositivos móviles).

Durante el mes de marzo de 2024 se invitó a responder voluntariamente el cuestionario auto administrado en todos los turnos en forma presencial: turno mañana, turno tarde, turno noche y turno SA.DO.FE (sábados, domingos y feriados) después de informar el propósito del mismo. También se distribuyó el cuestionario por medios electrónicos para aumentar la probabilidad de obtener respuestas. Cabe mencionar que se cumplió con la solicitud formal de los permisos para realizar la encuesta dentro del establecimiento.

Desarrollo

Análisis de los datos generales

Se obtuvo un total de 275 encuestas respondidas (superior al mínimo de 205 encuestas respondidas que fue calculado previamente, para que la muestra sea representativa). Los resultados se exportaron automáticamente desde la planilla de Google Forms a un archivo Excel para realizar un estudio cuantitativo sobre los mismos.

La tasa de respuesta estimada de la encuesta fue del 64%. Se mencionan a continuación las tasas de respuesta de los roles que presentan más miembros según se expuso en la Tabla 2 del capítulo anterior:

- Médicos/as: tasa de respuesta del 53% (69 encuestados)
- Enfermería: tasa de respuesta del 83% (65 encuestados)
- Personal de limpieza: tasa de respuesta del 60% (35 encuestados)
- Administrativos/as: tasa de respuesta del 89% (47 encuestados).

Para los fines de este análisis, se categorizaron los miembros del equipo de salud según rol, adaptando la clasificación de Mintzberg que fue detallada en el marco teórico. Las categorías son:

- Equipo Asistencial: incluye al personal del núcleo de operaciones más sus líneas medias. Se consideraron dentro de esta categoría las respuestas de: médicos/as, enfermeros/as, circulantes e instrumentadoras quirúrgicas, técnicos/as en imágenes, laboratorio, esterilización, licenciados/as en nutrición, kinesiología, bioquímica y farmacia. En total se contabilizaron 276 trabajadores en esta categoría según lo descrito en la Tabla 2.

- Equipo de Apoyo: es el equivalente al staff de apoyo descrito en la clasificación de Mintzberg, considerándose también dentro de esta categoría a sus líneas medias. En esta categoría se incluyen entonces las respuestas de: administrativos/as, camilleros, personal de limpieza, cocina, vigilancia, mantenimiento, hotelería, ropería, atención al paciente y secretarías. En total se contabilizaron 154 trabajadores pertenecientes a esta categoría, tal como fue detallado en la Tabla 2.

De esta manera, la tasa de respuesta para estas dos categorías fue del 63% en el caso del Equipo Asistencial con 174 encuestados, y 66% para el Equipo de Apoyo con 101 encuestados.

En algunos casos en los que el análisis lo ameritaba y/o que el número de respuestas lo permitía se analizaron los resultados realizando una subdivisión de estas categorías.

Preguntas orientadas a la caracterización de las personas encuestadas:

Las preguntas N°1 a N°4 del instrumento tienen el objeto de caracterizar a la persona encuestada en cuanto a su género, rol y experiencia laboral en instituciones de salud.

A la pregunta "¿Con que genero te identificas?" 180 personas encuestadas respondieron "Femenino" representando el 65.45% del total, 94 personas respondieron "Masculino" representando el 34.18% del total y se obtuvo una respuesta "otros" representando el 0.36% del total. En el Gráfico 1 se presentan los resultados:

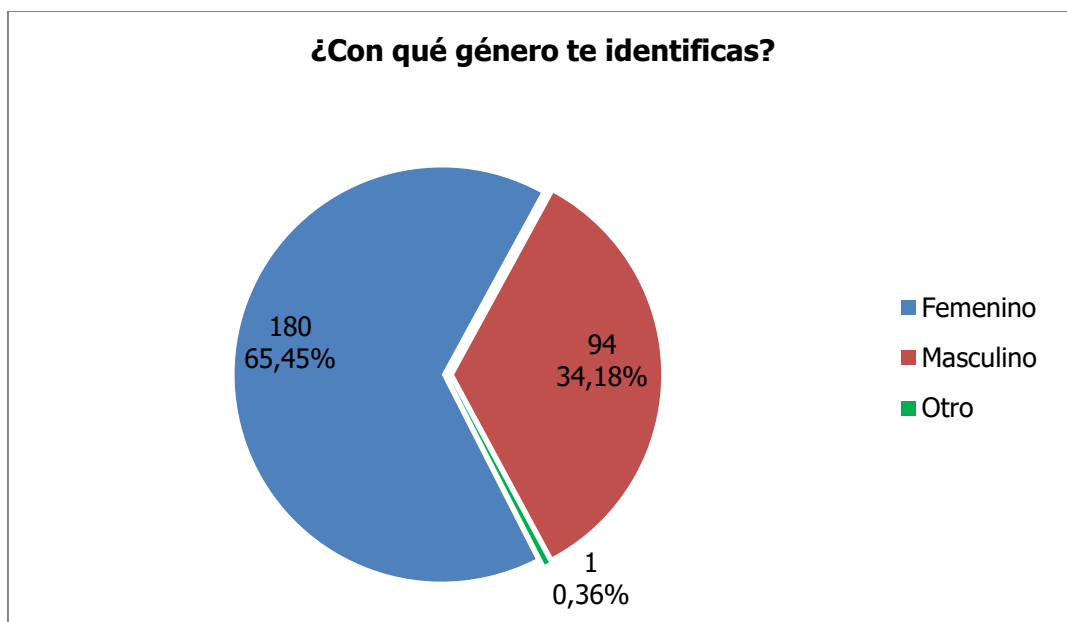


Grafico 1. Elaboración Propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

La pregunta "¿Cuál es tu rol dentro de la clínica?" arrojó los siguientes resultados:

Médico(a)	69
Enfermero(a)	65
Administrativo(a)/atención al paciente/secretaria	47
Personal de limpieza/Hotelería/Ropería	35
Circulante/Instrumentación quirúrgica	15
Técnico(a) imágenes/laboratorio/esterilización/hemoterapia	15
Lic. en Nutrición/Kinesiología/Bioquímica/Farmacia	10
Personal de cocina	3
Vigilancia	5
Mantenimiento	7
Camillero	4

Tabla 3. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

A continuación se muestra en el Gráfico 2 la proporción de encuestados que corresponde a cada rol:

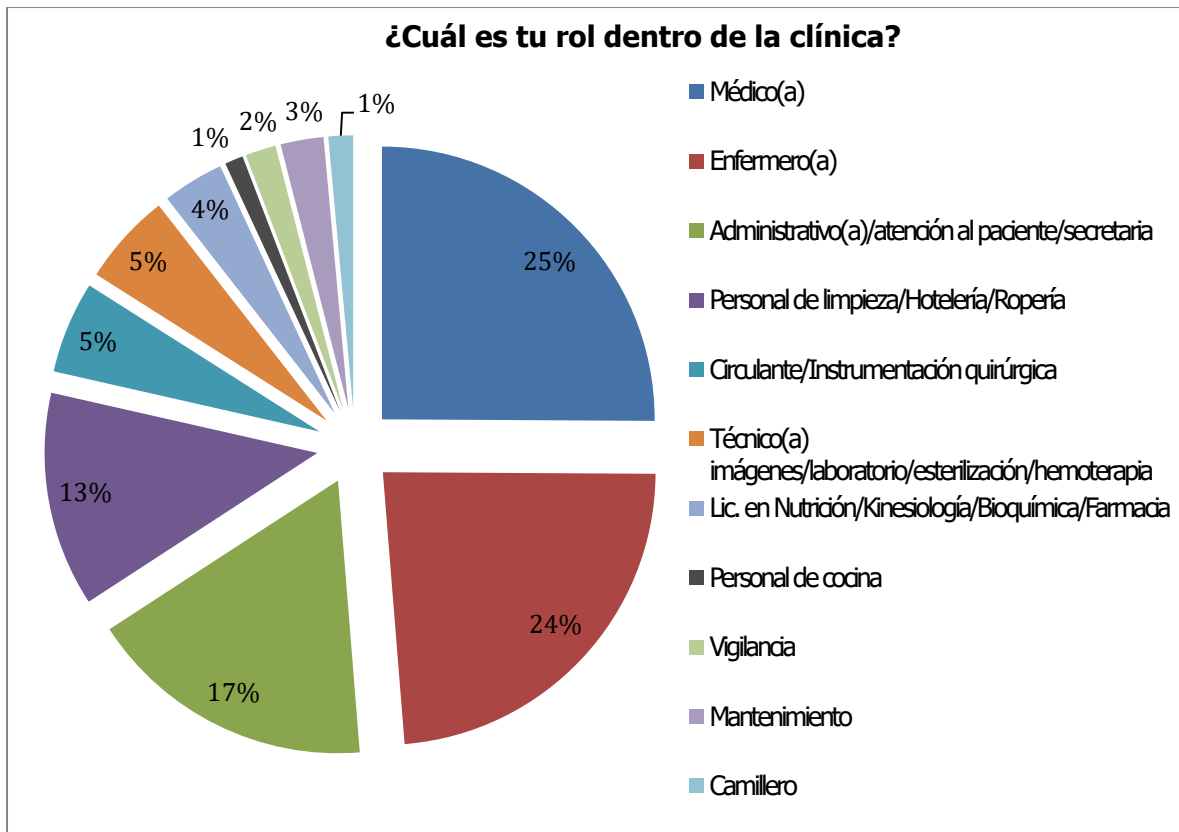


Grafico 2. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

Atento a la clasificación entre Equipo asistencial (174 respuestas) y Equipo de apoyo (101 respuestas) que se describió al comienzo de este capítulo, se agruparon las respuestas según roles quedando de la siguiente manera:

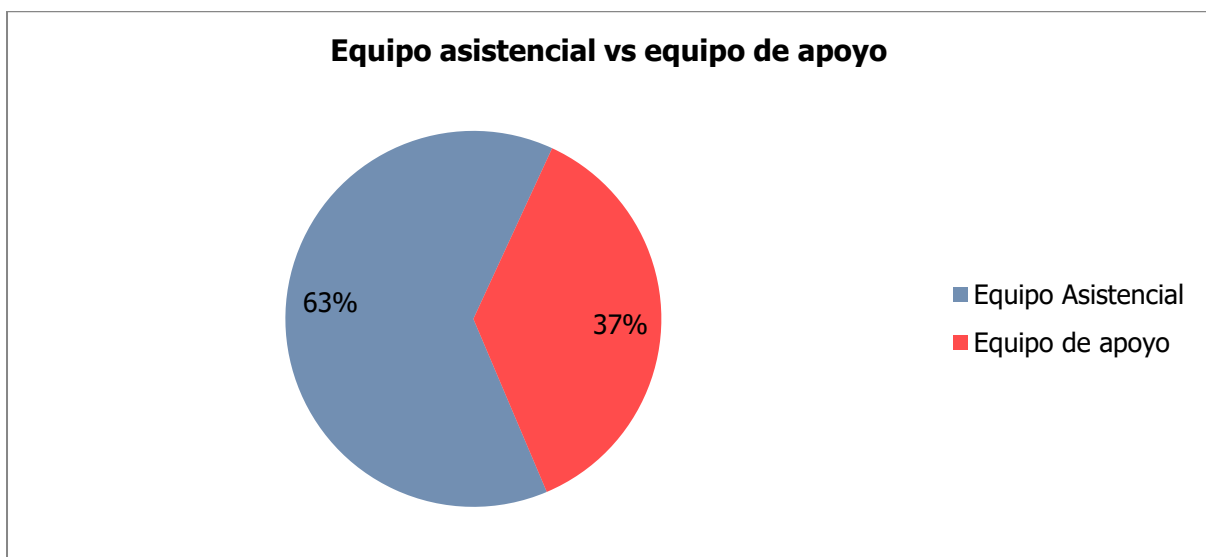


Grafico 3. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

Dentro del grupo mayoritario de respuestas sobre género, que fue el "Femenino", el 62.78% pertenecía al Equipo Asistencial (113 personas de las cuales 26 refirieron ser médicas, 54 enfermeras y 33 de otros roles) y el 37.22% al Equipo de Apoyo (67 personas).

Por otro lado, dentro del grupo "Masculino", el equipo asistencial represento el 64.89% (61 personas de las cuales 43 refirieron ser médicos, 11 enfermeros y 7 de otros roles) y el 35.11% al equipo de apoyo (33 personas).

Otra de las preguntas se orientó a la experiencia laboral de los encuestados, encontrándose que el 63% hace más de 10 años que se desempeña en instituciones de salud. Del resto de los trabajadores encuestados, el 17% trabaja en instituciones de salud desde hace 1 – 5 años, el 15% desde hace 6 – 10 años, y el 5% desde hace menos de 1 año. En el siguiente grafico se exponen las cantidades de respuestas obtenidas junto a sus porcentajes:

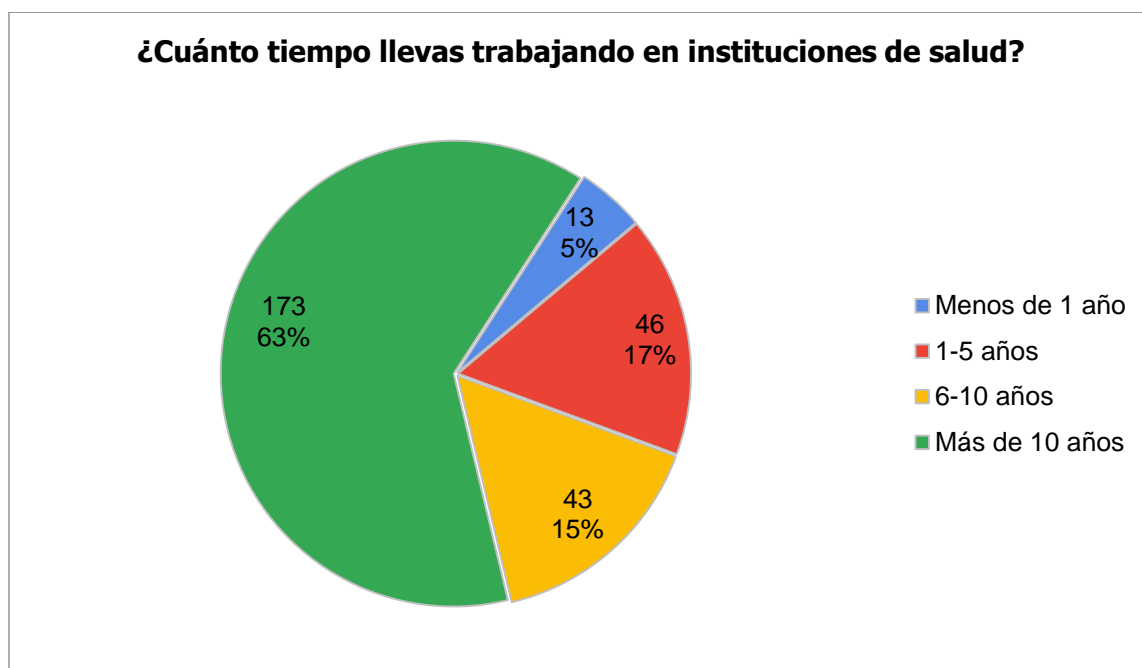


Gráfico 4. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

La siguiente pregunta hacía referencia a la experiencia laboral de los encuestados específicamente en la clínica en donde se realizó la encuesta. El 43% respondió que trabaja en la clínica hace más de 10 años, el 26% entre 1 – 5 años, el 18% entre 6-10 años y el 13% hace menos de 1 año tal como se observa en el siguiente gráfico:



Grafico 5. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

Como se desprende del Gráfico N°5, el 57% de los trabajadores de la clínica que fueron encuestados, respondieron que hace menos de 10 años que trabaja en la institución.

Preguntas relacionadas al concepto de calidad de la atención y su relación con el rol del encuestado

El análisis que se presenta en este capítulo surge de las preguntas N°5 a 7 del instrumento, en lo que respecta al objetivo específico que busca *explorar las ideas que tiene el personal en relación al concepto de calidad de la atención y el rol que tiene su puesto en el marco de los procesos de calidad*. Los resultados dan cuenta de las percepciones y conocimientos que los trabajadores de la clínica refieren tener en relación a la temática en cuestión.

En la pregunta N° 5 exploró la percepción del encuestado con respecto a la relación entre su rol dentro del establecimiento y la calidad en la atención sanitaria que se brinda, ya sea de forma directa o indirecta, siendo su indicador general el porcentaje de personal que cree que su rol dentro de la clínica se relaciona con la calidad de la atención que se brinda. Se obtuvieron 263 respuestas afirmativas representando el 95.64% del total, 8 respuestas negativas representando el 2.91% y 4 "No se" que representan el 1.45% como se muestra a continuación:

¿Consideras que el rol que cumplís dentro de la clínica influye ya sea directa o indirectamente en la calidad de la atención que se brinda?

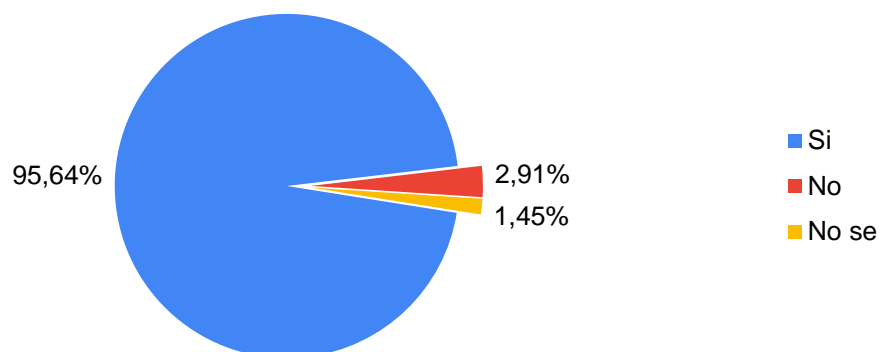


Grafico 6. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

De las 12 personas que respondieron "No" o "No se": 7 son médicos, 3 son administrativas, 1 se desempeña como enfermera y 1 es personal de limpieza:

Roles que respondieron "No" y "No se" a la pregunta ¿Consideras que el rol que cumplís dentro de la clínica influye en la calidad de la atención que se brinda?

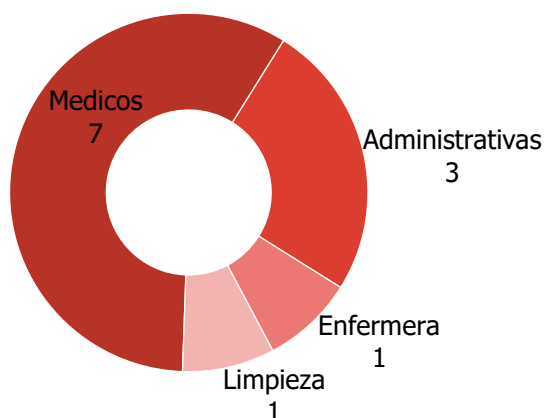


Grafico 7. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

La pregunta Nº 6 exploraba la percepción del encuestado al respecto de conocer alguna definición de calidad en la atención sanitaria. El indicador principal es el porcentaje de personal que refiere conocer alguna definición de calidad. Respondieron afirmativamente el

91,64% de los encuestados: 252 personas refirieron conocer alguna definición de calidad, mientras 23 personas encuestadas refirieron no conocer una definición de calidad representando el 8.36% del total como se aprecia en el siguiente gráfico:

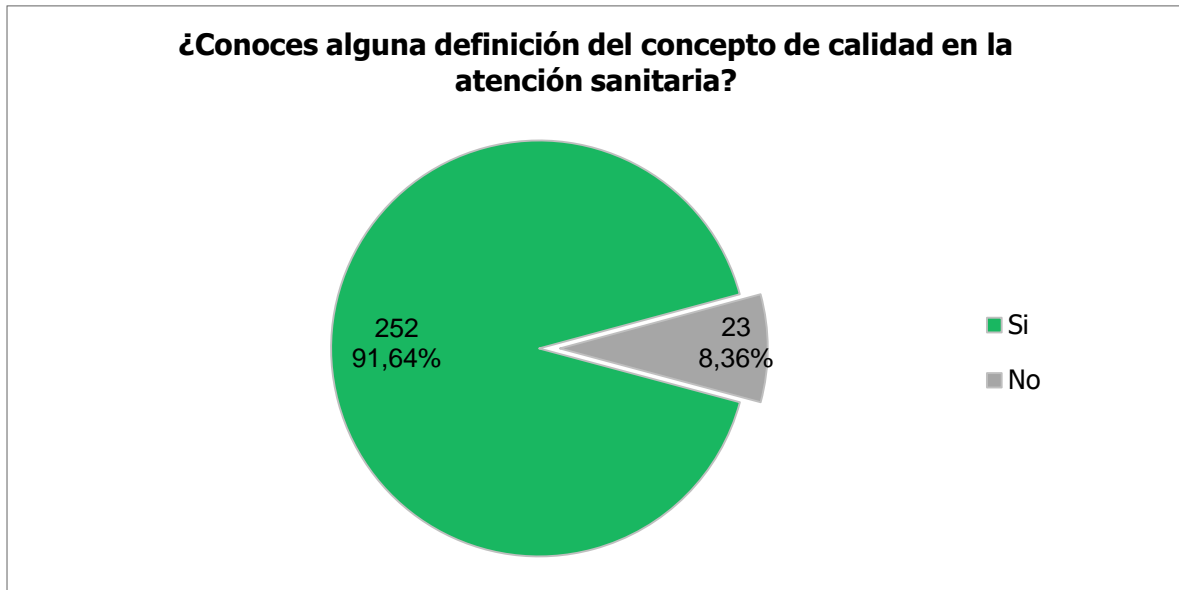


Grafico 8. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

Vale mencionar que los 7 miembros del personal médico que respondieron "No" o "No sé" a la pregunta "¿Consideras que el rol que cumplís dentro de la clínica influye ya sea directa o indirectamente en la calidad de la atención que se brinda?" refirieron conocer alguna definición de calidad.

De los que respondieron "No" conocer alguna definición del concepto de calidad en la atención sanitaria, el 69,57% pertenece al Equipo asistencial (16 encuestados) y el 30.43% (7 encuestados) pertenece al Equipo de apoyo:

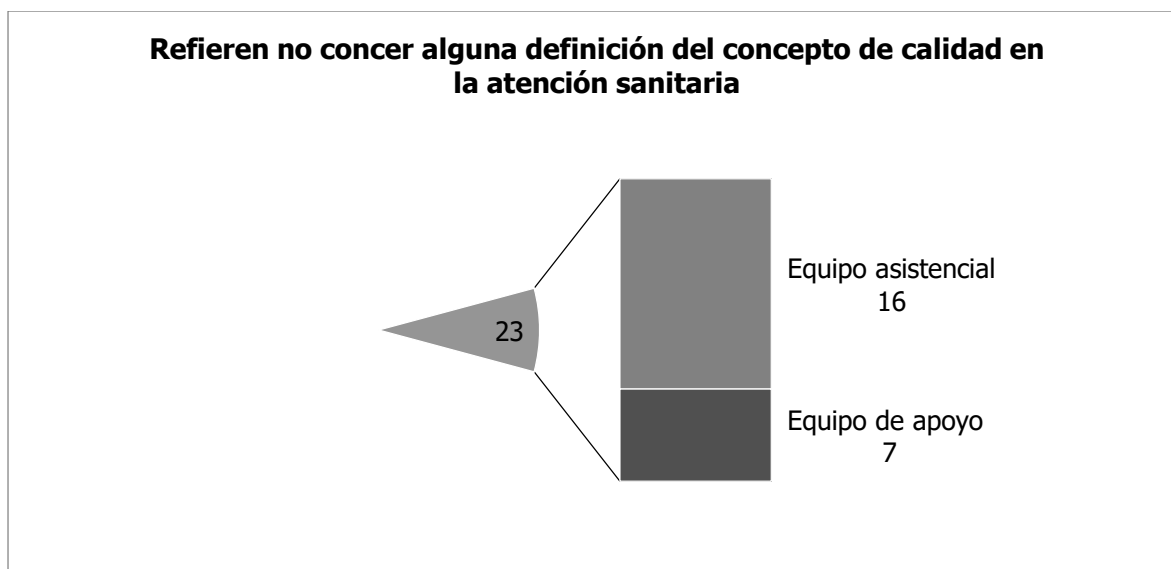


Grafico 9. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

En la pregunta Nº 7 se ponía en juego la capacidad del encuestado de seleccionar la frase que describe correctamente y de forma más completa la definición de calidad en la atención sanitaria entre varias opciones que son falsas o están incompletas. Para esto se seleccionó una definición de calidad que es correcta y abarcativa teniendo en cuenta los conceptos vertidos en el marco teórico que correspondía a la opción "b" y que afirmaba que la calidad asistencial "Implica ofrecer servicios que sean seguros, efectivos, centrados en el paciente, oportunos, eficientes y equitativos, con el objeto de obtener resultados de salud deseados y una experiencia positiva para el paciente". A esta se agregaron las opciones "a" y "d" que hacen alusión a la satisfacción del paciente únicamente y la opción "c" que hace referencia únicamente a la capacidad del equipo asistencial para diagnosticar y tratar enfermedades.

El indicador principal es el porcentaje de encuestados que seleccionó la frase que mejor representa la definición de calidad de la atención sanitaria: se recibieron 194 respuestas "b", lo que equivale al 70.55% del total.

Por otra parte, el 8.73% seleccionó la opción "a" que afirmaba que "Es el grado de satisfacción del paciente y sus familiares con la atención recibida", el 2.18% de los encuestados selecciono la opción "c" que declaraba que "Es la habilidad de los profesionales de la salud para diagnosticar y tratar enfermedades" y el 18.55% selecciono la opción "d" que afirmaba que "Se refiere a cómo los pacientes perciben la atención que reciben, incluyendo la claridad en la comunicación con los profesionales de la salud, el tiempo de espera y la comodidad de las instalaciones".

En el Gráfico 10 se muestran las cuatro opciones presentadas en el instrumento y los porcentajes de selección que obtuvo cada una:



Gráfico 10. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

De las 194 personas que seleccionaron la respuesta "b" (que como ya se mencionó es la frase que mejor define a la calidad de la atención sanitaria) el 67% pertenecían al Equipo Asistencial (130 encuestados) y el 33% al Equipo de Apoyo (64 encuestados).

Por otro lado, se analizó la sumatoria de respuestas incorrectas (a, c y d): el 54% fueron del Equipo Asistencial (44 encuestado) y el 46% del Equipo de Apoyo (37 encuestados). Se representan dichas proporciones en el siguiente gráfico:

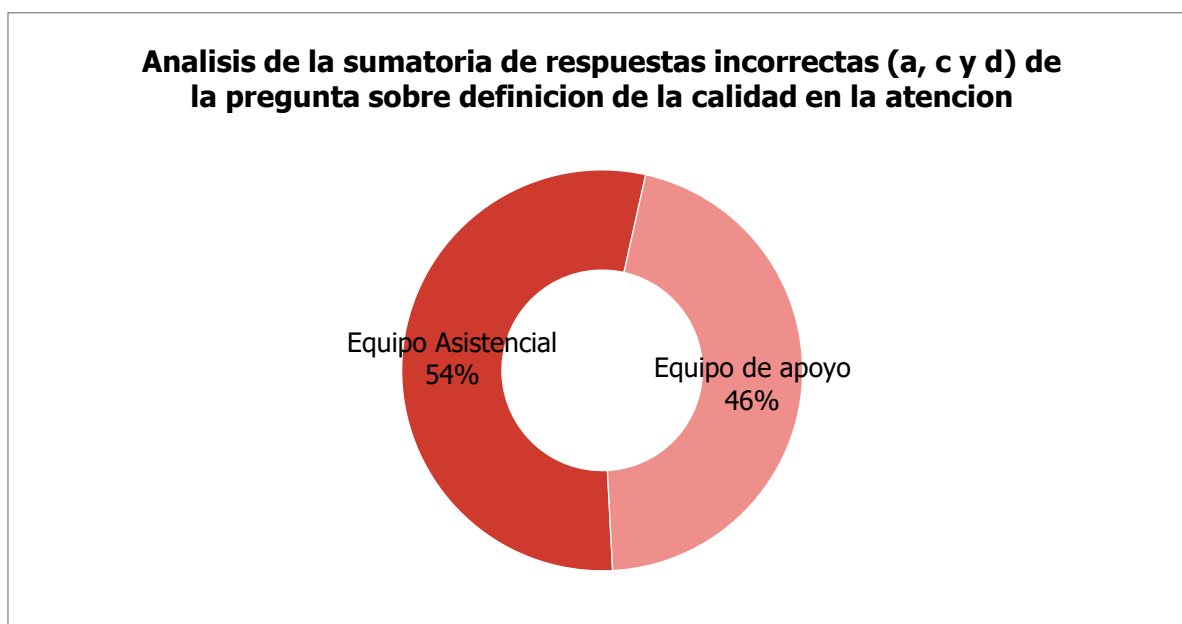


Grafico 51. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

Preguntas relacionadas a la formación en calidad y seguridad del paciente

Las preguntas Nº 8 a 10 de la encuesta se orientaron a caracterizar la formación en temas de calidad y seguridad del paciente de los trabajadores de la clínica encuestados, así como las intenciones de recibir charlas y/o capacitación en el presente y en el futuro:

La pregunta Nº 8 hacía referencia a la formación pasada (charlas, clases, cursos o postgrados) en calidad y seguridad del paciente que refiere haber tenido el personal de la clínica, ya sea en esta u otras instituciones en donde se haya desempeñado, así como en instituciones educativas. El indicador principal es el porcentaje de personal que refiere haber tenido formación en temas de calidad y seguridad del paciente dando como resultado que el 76% refirió haber tenido alguna instancia de formación (ya sea seleccionando la respuestas a) "Recibí charlas/clases", la respuesta b) "Realicé curso/diplomatura" o la respuesta c) "Realicé especialización/maestría"). Por otro lado, el 24% de los encuestados selecciono la respuesta d) refiriendo no haber tenido instancias de formación en la temática según se detalla en el Grafico 12:

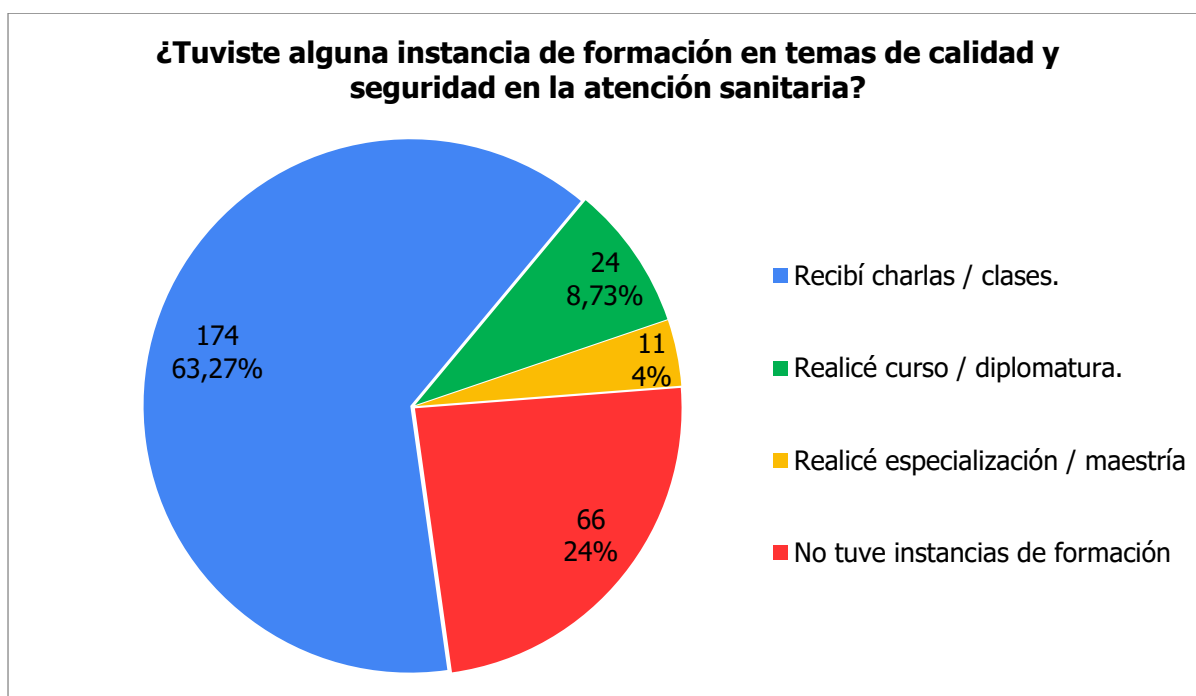


Gráfico 6. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

De los 11 encuestados que refieren haber realizado una especialización / maestría en la temática, 9 de ellos pertenecen al Equipo Asistencial: 6 médicos/as, 2 enfermeros y una instrumentadora quirúrgica.

Se procedió a analizar las respuestas de los miembros del Equipo Asistencial que hace 5 años o menos que trabaja en instituciones de salud (29 encuestados): dentro de este subgrupo 18 encuestados (el 62%) respondió "Recibí charlas/clases", 9 encuestados (el 31%) respondió "No tuve instancias de formación", 1 encuestado respondió "Realicé curso/diplomatura" y 1 encuestada respondió "Realicé especialización/maestría".

Se exponen las proporciones en el siguiente gráfico:

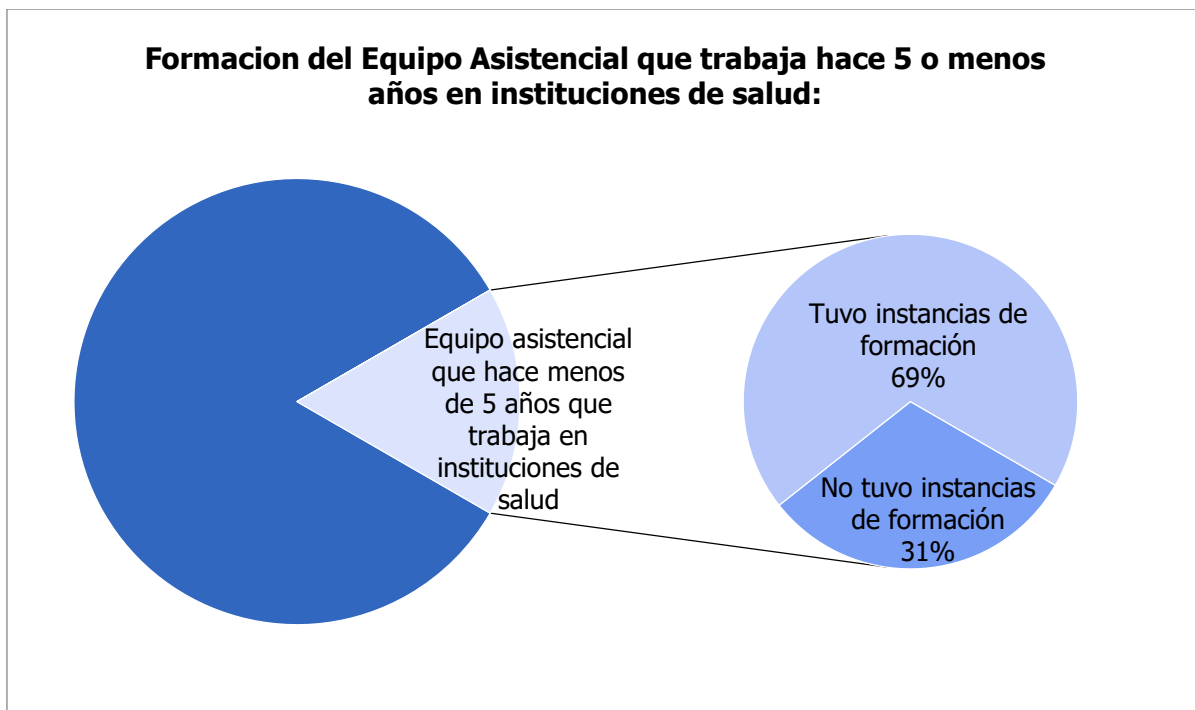


Grafico 7. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

Por otro lado, se analizaron las respuestas de los miembros del Equipo Asistencial encuestados que trabajan hace más de 5 años en salud (en total 145 personas). Estos respondieron de la siguiente manera: "No tuve instancias de formación" 34 encuestados (23%), "Recibí charlas/clases" 88 encuestados (61%), "Realicé curso/diplomatura" 15 encuestados (10%) y "Realicé especialización/maestría" 8 encuestados (6%). Se representan estos resultados en el gráfico N°14.

En base a estos resultados, se evidencia que la mayoría de los miembros de este subgrupo en algún momento recibió algún tipo de formación sobre calidad de la atención sanitaria, que el 16% (23 encuestados) realizó algún curso, diplomatura, especialización o maestría sobre la calidad y seguridad del paciente y que los encuestados que refirieron no haber tenido ninguna instancia de formación en la materia representan la segunda proporción de este subgrupo.

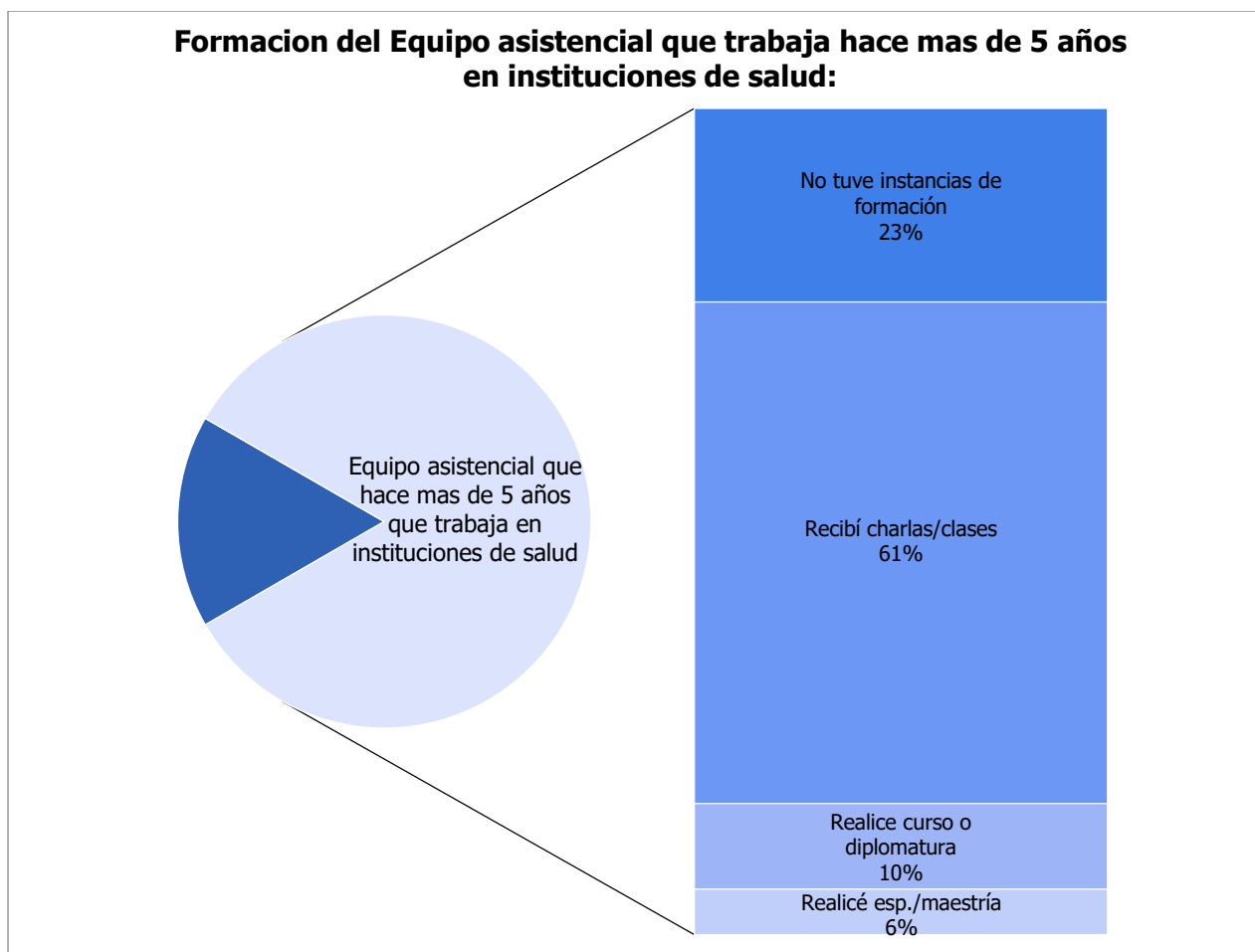


Grafico 8. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

Frente a la pregunta N° 9 sobre predisposición actual que expresó el personal para asistir a capacitaciones sobre temas de calidad y seguridad del paciente que se realicen dentro de la clínica, el indicador principal que corresponde al porcentaje de personal que está dispuesto a recibir capacitaciones sobre calidad y seguridad dentro de la clínica, resultó ser el 82.18% de los encuestados. Se detallan los resultados en el siguiente gráfico:

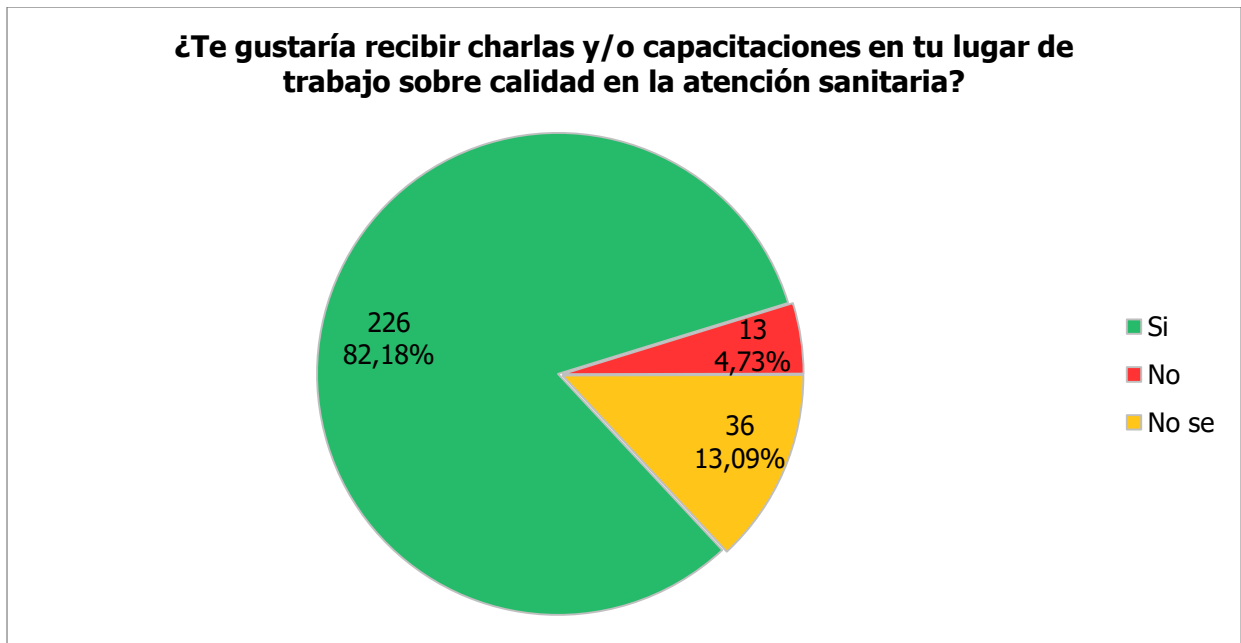


Gráfico 9. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

De los 226 encuestados que respondieron afirmativamente, el 62,39% pertenecía al Equipo Asistencial y el 37,61% al Equipo de Apoyo. Por otro lado, 36 encuestados respondieron "No se" representando el 13,09% de la muestra y 13 encuestados respondieron "No" representando el 4,73% de la muestra. Al respecto de este último dato, en la siguiente tabla se muestran los resultados del Equipo Asistencial (10 encuestados) y Equipo de Apoyo (3 encuestados) que respondió que "no le gustaría recibir charlas y/o capacitaciones en su lugar de trabajo" siendo estos porcentajes 77% y 33% respectivamente:



Tabla 4. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

De las 10 personas del Equipo Asistencial que respondieron "No": 9 son médicos, 8 de ellos de género masculino (6 de los cuales hace más de 10 años que trabajan en salud) y 1 enfermera.

La pregunta N°10 aludía a la probabilidad futura de inscribirse en un curso, capacitación o postgrado en calidad y seguridad en la atención sanitaria en una institución educativa, que expresa el personal en caso de que desde la clínica se le faciliten los recursos para realizarlo. El indicador principal expresa el porcentaje de personal que en esas circunstancias se inscribiría en un curso, capacitación o postgrado en calidad y seguridad en una institución educativa. 192 encuestados respondieron afirmativamente, representando el 69,82% del total. De estos encuestados que respondieron afirmativamente 120 son del Equipo Asistencial (62,5%) y 72 del Equipo de Apoyo (37,5%). Por otro lado, 51 encuestados respondieron "No sé" y 32 personas respondieron que "no se inscribiría en un curso, capacitación o postgrado sobre calidad y seguridad del paciente". En el Gráfico N°16 se presentan los resultados:

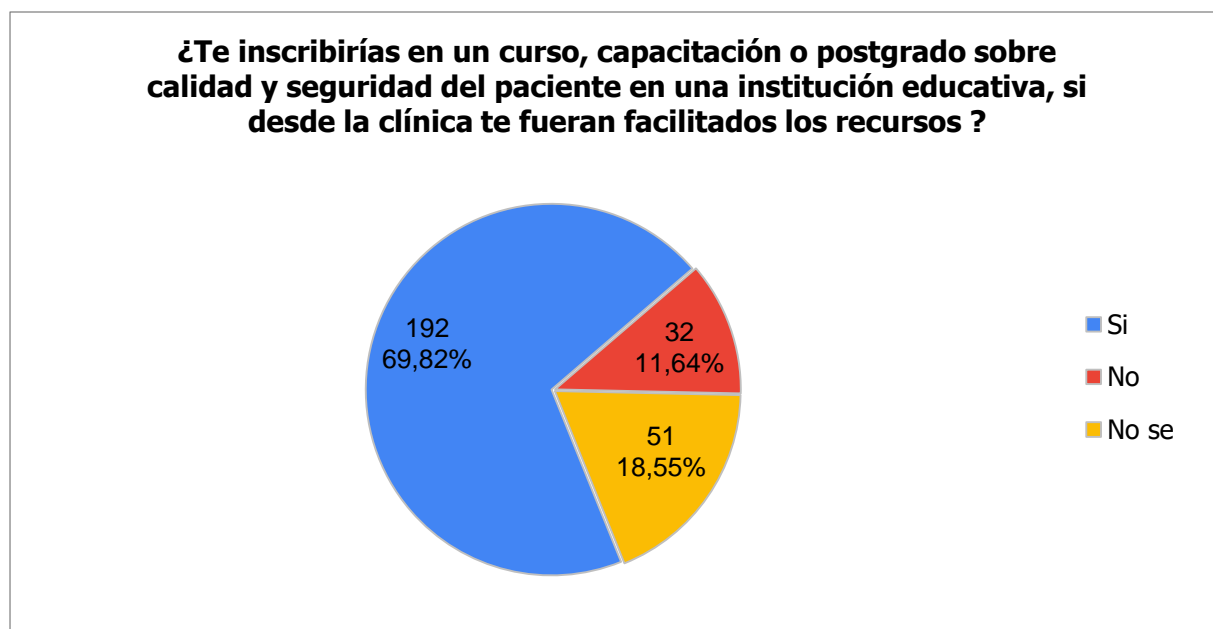


Gráfico 10. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

Se destaca que de los 120 encuestados pertenecientes al Equipo Asistencial que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior: 37 son médicos (de un total de 69 médicos que respondieron la encuesta), y 55 son enfermeros (de un total de 65 enfermeros que respondieron la encuesta). Esto significa que el 54% de los médicos encuestados "se inscribiría en un curso, capacitación o postgrado sobre calidad y seguridad en una institución

educativa, si desde la clínica le fueran facilitados los recursos”, mientras que el 85% de los enfermeros/as que respondieron la encuesta “se inscribiría en un curso, capacitación o postgrado sobre calidad y seguridad en una institución educativa, si desde la clínica le fueran facilitados los recursos”.

Preguntas sobre los aspectos de la calidad que se deberían abordar en forma prioritaria

Uno de los objetivos específicos es establecer cuáles son actualmente los aspectos de la calidad y seguridad del paciente que el personal de la clínica considera prioritario abordar en un plan de mejora. Para esto se incorporaron las preguntas N° 11 y 12 a la encuesta, en donde se le sugería al encuestado que seleccione por lo menos 2 opciones.

La pregunta N°11 alude a los aspectos de la calidad y seguridad del paciente que el personal de la clínica cree que deberían considerarse en forma prioritaria para ser abordados en un plan de mejora de la calidad.

El indicador se basa en la opción que haya obtenido el mayor porcentaje de selección entre las opciones disponibles. De esta manera, se determinó cuál fue el aspecto de la calidad y seguridad del paciente con mayor porcentaje de elección por parte de los encuestados para ser abordado en un plan de mejora.

El 82,2% de los encuestados coincidió en que es prioritario mejorar la “Comunicación efectiva entre el personal de los diferentes sectores”, la opción que obtuvo el segundo porcentaje mayoritario de selección fue “Reducir el riesgo de daño al paciente (cirugía segura, medicación segura, prevención de infecciones, lesiones por presión, caídas, etc.)” con un 42.9%, en tercer lugar quedó “Mejorar el clima laboral” con un 34.2%, y por ultimo las opciones “Promover la participación del paciente y su familia en los procesos del cuidado de la salud” con un 27.3% y “Fomentar la cultura de seguridad” con un 21.5%. A continuación se presentan los resultados globales que se obtuvieron en esta pregunta:

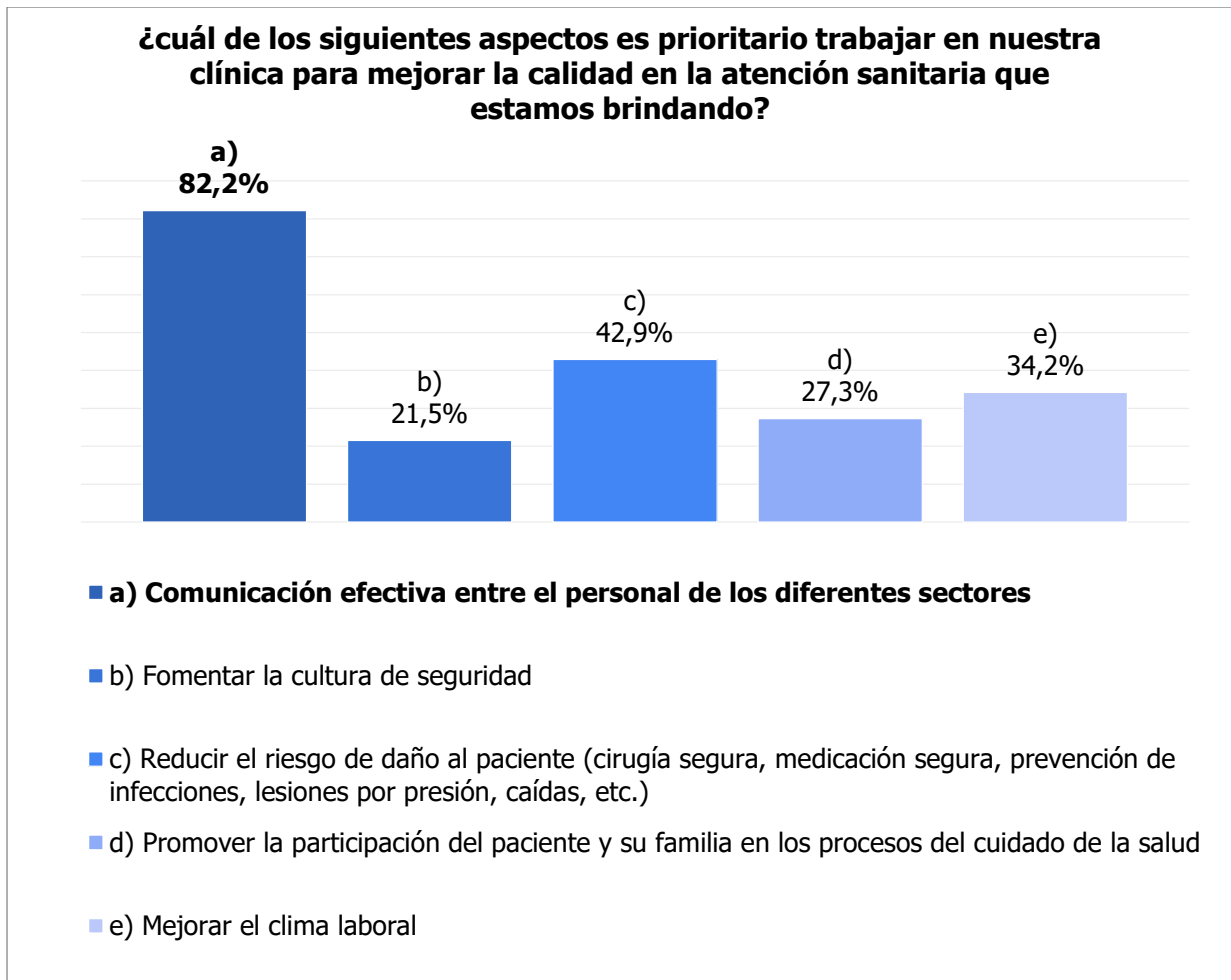


Grafico 17. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

En el gráfico N°18 se presentan los porcentajes de selección de cada opción de la pregunta N°11 de la encuesta según sean respuestas del Equipo Asistencial o del Equipo de Apoyo:

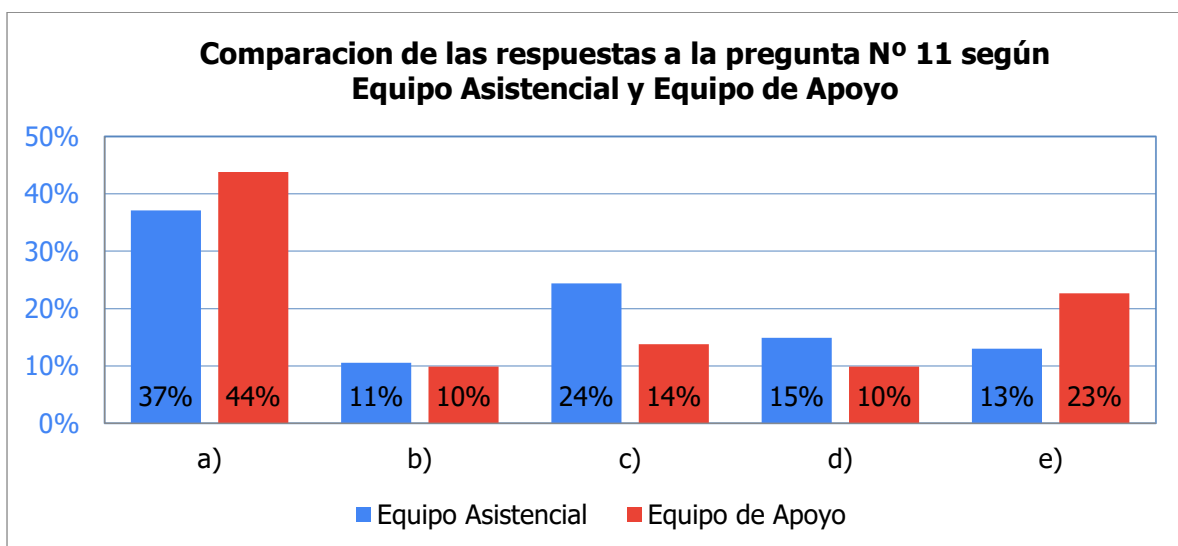


Grafico 18. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

El Equipo de Apoyo tiene mayor porcentaje de respuesta en las opciones a) "Comunicación efectiva entre el personal de los diferentes sectores" y e) "Mejorar el clima laboral", mientras que la opción c) "Reducir el riesgo de daño al paciente (cirugía segura, medicación segura, prevención de infecciones, lesiones por presión, caídas, etc.)", obtuvo mayor proporción de elección por parte del Equipo Asistencial.

La pregunta N°12 de la encuesta se refería a los aspectos de la calidad que deberían abordarse para mejorar la calidad percibida por el paciente y sus acompañantes, desde la perspectiva del personal que trabaja en la clínica. Nuevamente, el indicador se basó en la opción obtuvo el mayor porcentaje de selección entre todas las opciones disponibles. Se presentan los resultados generales en el siguiente gráfico:

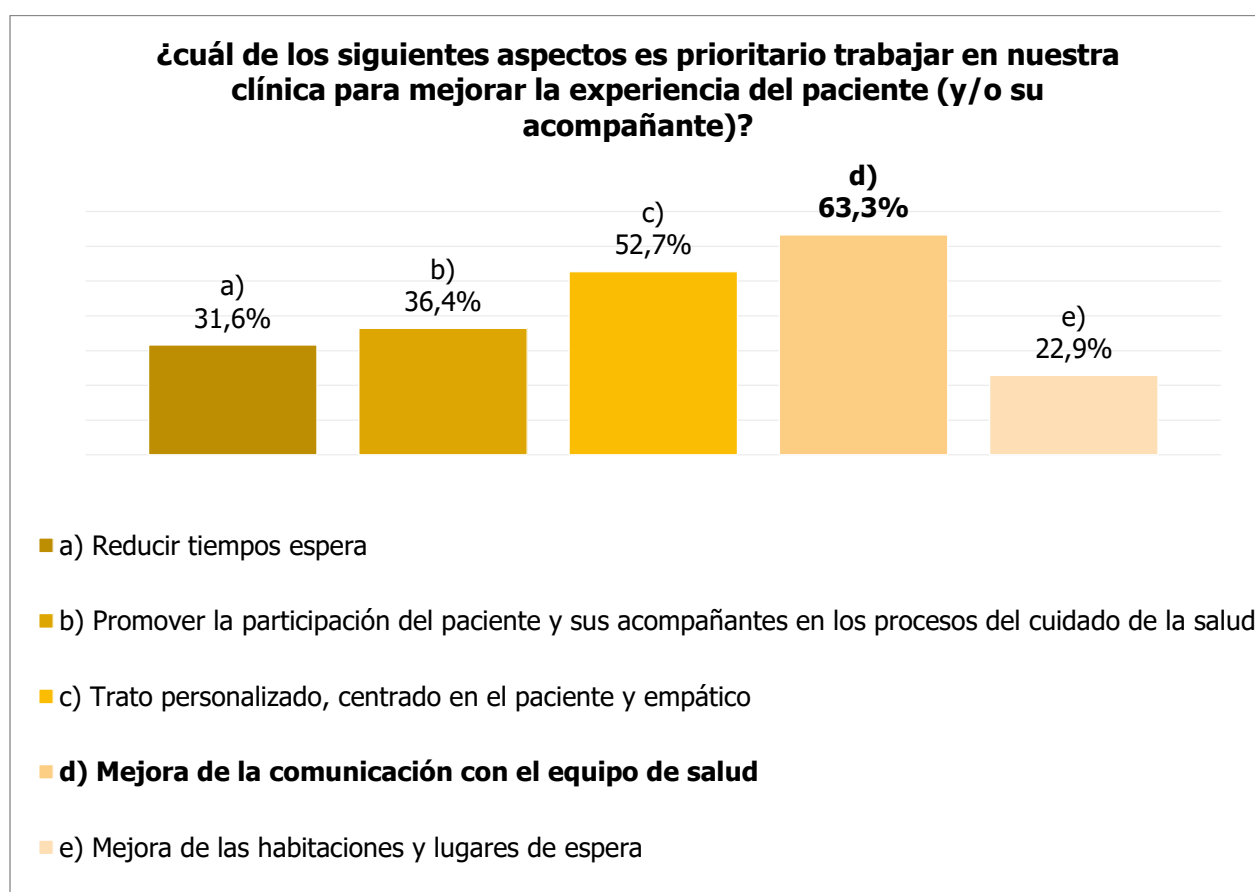


Gráfico 19. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

Según se observa en el Gráfico 19, el 63,3% de los encuestados percibe que es prioritario trabajar en la "Mejora de la comunicación con el equipo de salud" para optimizar la experiencia del paciente y/o sus acompañantes, seguido de fomentar el "Trato personalizado, centrado en el paciente y empático" con el 57.2%. En tercer y cuarto lugar quedaron las

opciones "Promover la participación del paciente y sus acompañantes en los procesos del cuidado de la salud" y "Reducir tiempos espera", y en último lugar se posicionó la opción "Mejora de las habitaciones y lugares de espera".

Analizando los porcentajes de repuesta de cada una de estas opciones según sean del Equipo Asistencial o del Equipo de Apoyo, los mismos quedan de la siguiente manera:

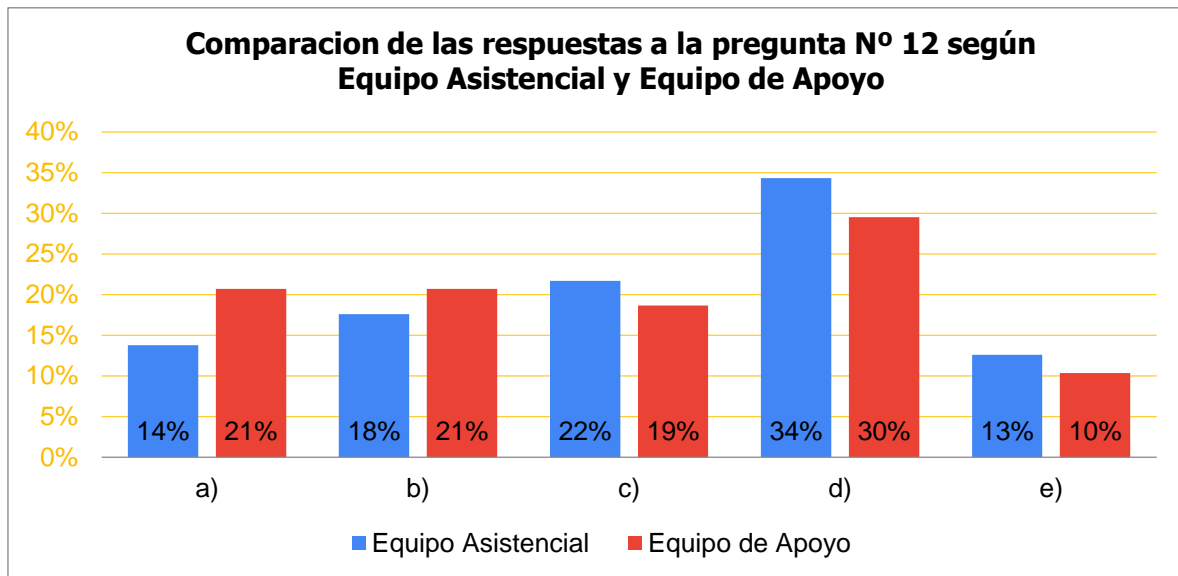


Grafico 20. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

En el Gráfico 20 se observa que los porcentajes de respuesta tienden a ser similares para los dos Equipos con la salvedad de la respuesta a) "Reducir tiempos espera" con 21% de selección por parte del Equipo de Apoyo y 14% de selección por parte del Equipo Asistencial.

Obstáculos percibidos para la implementación de un plan de mejora

La pregunta N° 13 hacía alusión a los obstáculos que el personal de la clínica cree que podrían afectar en mayor medida la implementación de un plan de mejora de la calidad, dado que uno de los objetivos específicos de la investigación es justamente describir los obstáculos percibidos por el personal de la clínica para la implementación de un plan de mejora de la calidad en la atención sanitaria. Se le solicitó a los encuestados que elijan dos de las opciones que se les presentaron para obtener el siguiente indicador: obstáculos para

la implementación de un plan de mejora de la calidad que fueron seleccionados en mayor porcentaje. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

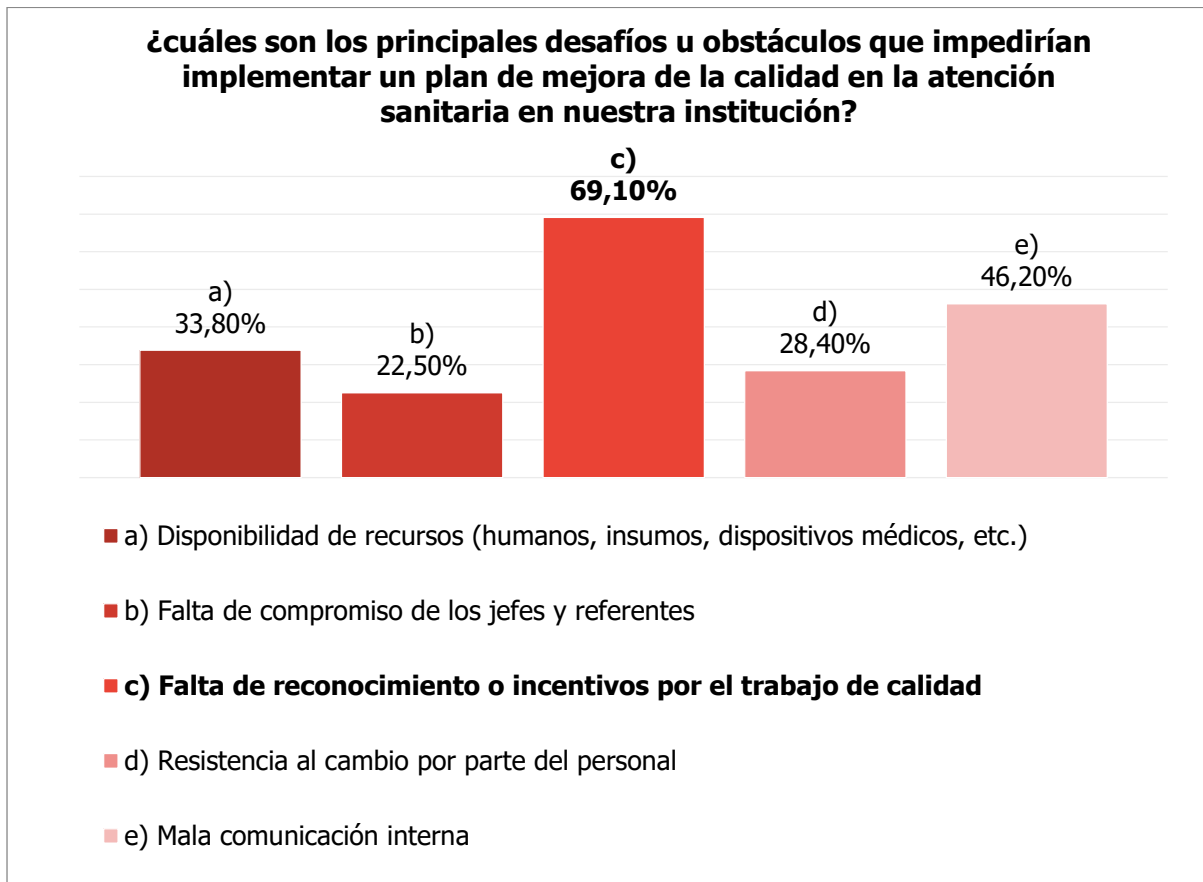


Grafico 11. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

El 69,10% de los encuestados expreso que el principal obstáculo al momento de implementar un plan de mejora de la calidad es la "Falta de reconocimiento o incentivos por el trabajo de calidad", en segundo lugar el desafío para la implementación de un plan de mejora que obtuvo mayor porcentaje fue "Mala comunicación interna" que fue seleccionado por el 46,20% de los encuestados. Finalmente fueron seleccionadas el resto de las opciones en el siguiente orden: "Disponibilidad de recursos (humanos, insumos, dispositivos médicos, etc.)", "Resistencia al cambio por parte del personal" y "Falta de compromiso de los jefes y referentes".

En el Gráfico 22 se analizan las respuestas de la pregunta N°13 comparando según sean del Equipo Asistencial o del Equipo de Apoyo:

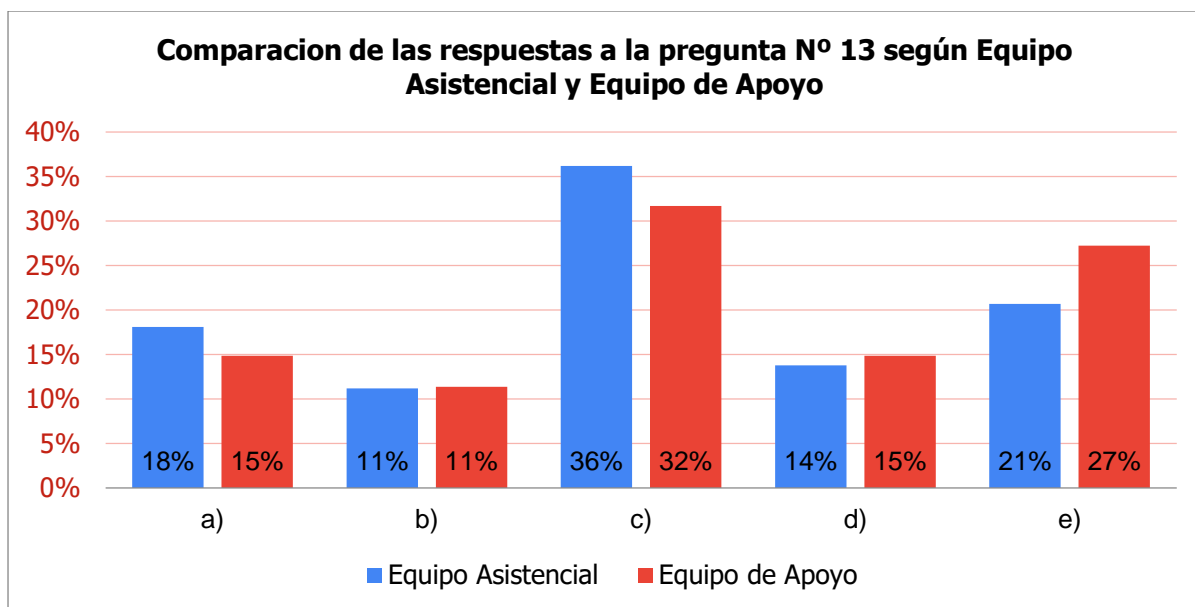


Grafico 12. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

La respuesta c) "Falta de reconocimiento o incentivos por el trabajo de calidad" obtuvo más porcentaje de respuesta por parte del Equipo Asistencial (36%) que del Equipo de Apoyo (32%). Y a excepción de la respuesta e) "Mala comunicación interna" que obtuvo mayor porcentaje de selección por parte del Equipo de Apoyo (27%) en comparación con el Equipo Asistencial (21%) los porcentajes de respuesta por cada opción resultaron similares para ambos equipos.

Acerca de posibles facilitadores para la aceptabilidad de planes de mejora de la calidad

El último objetivo específico de la investigación es identificar posibles facilitadores para la aceptabilidad de planes de mejora de la calidad de la atención sanitaria. Atento a este objetivo, se le solicitó a los encuestados que elijan cuando menos dos opciones de las que les fueron presentadas. En este caso el indicador sería: elementos facilitadores que fueron seleccionados en mayor porcentaje entre las opciones disponibles. Es decir, se identificaron los incentivos que los encuestados eligieron con mayor frecuencia. Esta fue la pregunta que arrojó los resultados más parejos según se observa en el siguiente gráfico:

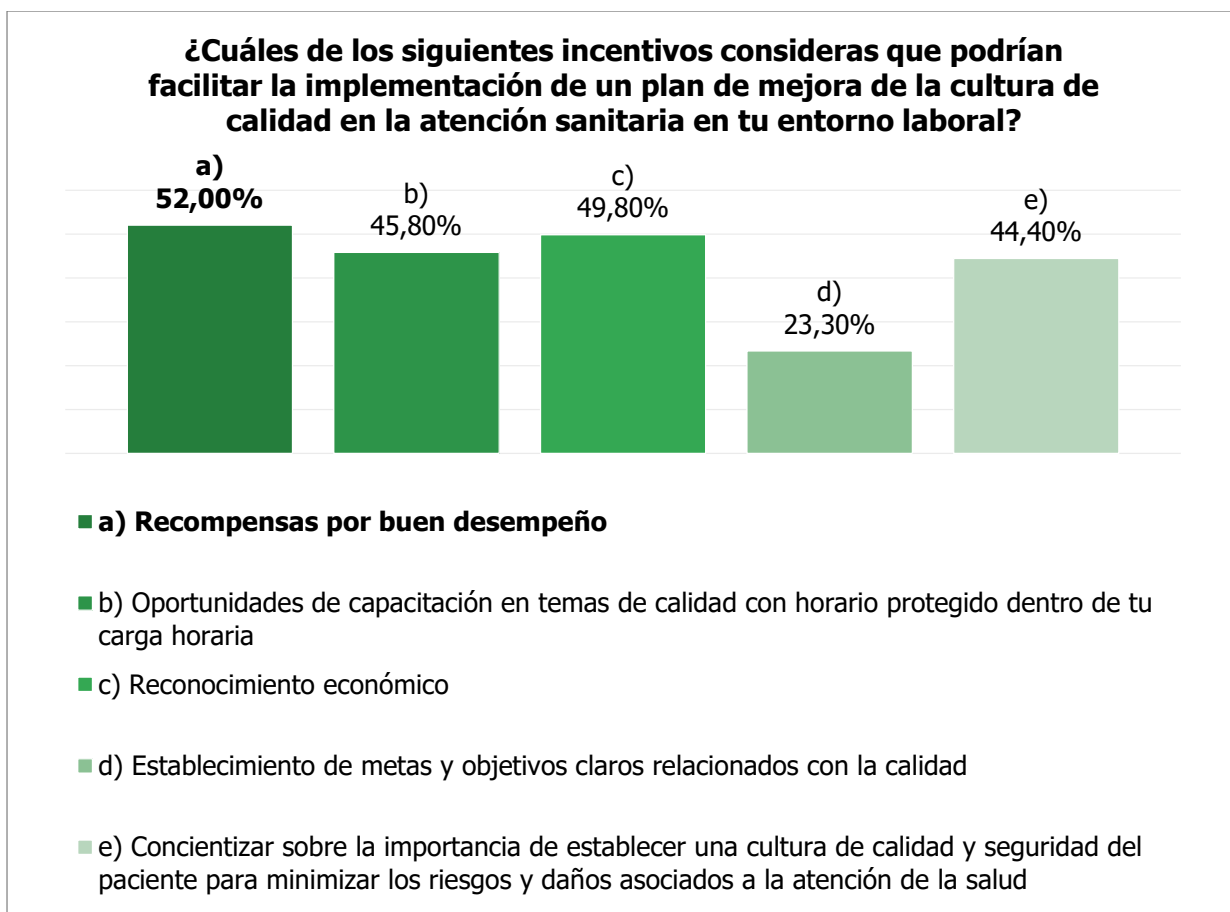


Grafico 13. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

La opción más seleccionada entre los encuestados fue "Recompensas por buen desempeño" en el 52% de los encuestados, seguido de cerca por "Reconocimiento económico" en el 49,8% de los encuestados, "Oportunidades de capacitación en temas de calidad con horario protegido dentro de tu carga horaria" en el 45,8% de los encuestados, y "Concientizar sobre la importancia de establecer una cultura de calidad y seguridad del paciente para minimizar los riesgos y daños asociados a la atención de la salud" en el 44,4% de los encuestados. Por último, el "Establecimiento de metas y objetivos claros relacionados con la calidad" fue el incentivo que menos porcentaje obtuvo, ya que fue seleccionado por el 23,3% de los encuestados.

En el Gráfico 24 se presentan los resultados según sean respuestas del Equipo Asistencial o del Equipo de Apoyo:

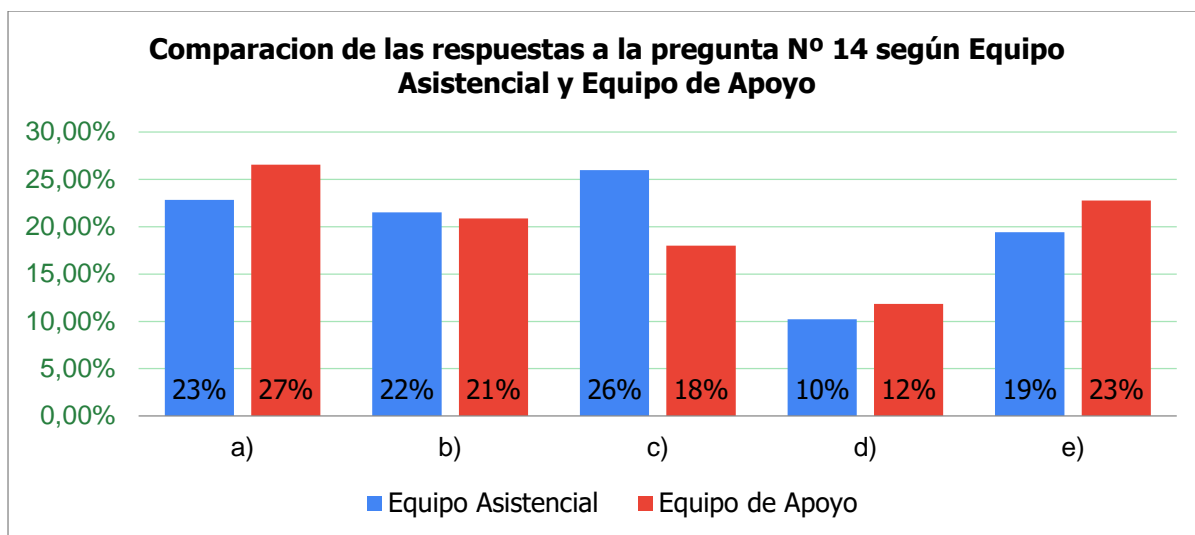


Grafico 14. Elaboración propia en base a las encuestas realizadas en una clínica privada de CABA

En este caso, mientras que el Equipo de Apoyo dio mayor porcentaje de selección a las opciones a) "Recompensas por buen desempeño" y e) "Concientizar sobre la importancia de establecer una cultura de calidad y seguridad del paciente para minimizar los riesgos y daños asociados a la atención de la salud", en la respuesta c) "Reconocimiento económico" destacó el Equipo Asistencial con el 26% de la selección por sobre el porcentaje de selección del Equipo de Apoyo que fue del 18%.

Discusión

En las primeras cuatro preguntas, realizadas para caracterizar a las personas encuestadas, se observó que la clínica seleccionada para la investigación tiene una población de trabajadores preponderantemente femenina representando el 65.45% del total, mientras que el 34.18% son varones y el 0.36% refiere identificarse de otra forma.

Se puede apreciar que el 63% de los trabajadores forman parte del Equipo Asistencial y que los miembros del Equipo de Apoyo representan el 37% restante.

De las 113 mujeres encuestadas que forman parte del Equipo Asistencial 26 son médicas, 54 enfermeras y 33 cumplen otros roles. Por otro lado, de los 61 varones encuestados del Equipo Asistencial 43 son médicos, 11 enfermeros y 7 cumplen otros roles. Se concluye que los varones del Equipo Asistencial son mayoritariamente médicos y en menor medida enfermeros, y que por el contrario las mujeres de este mismo Equipo son mayoritariamente enfermeras y en menor medida médicas. Además, el personal del Equipo Asistencial que

cumple otros roles (licenciadas, técnicas, instrumentadoras, etc.) es mayoritariamente femenino.

La clínica seleccionada para la investigación cuenta con personal que en su amplia mayoría tiene más de 10 años de experiencia trabajando en instituciones de salud. Dicho grupo representa el 63% del total. Asimismo, el 43% de los encuestados refirió que hace más de 10 años que trabaja en la clínica en cuestión y un 18% que refirió que trabaja hace más de 6 años en la clínica. Se trata entonces de una clínica en la que la mayor parte del personal cuenta con considerable experiencia tanto en la institución como en el ámbito de la salud en general.

Ideas que tiene el personal en relación al concepto de calidad y el rol que tiene su puesto en el marco de los procesos de calidad

En este capítulo se aborda la variable *Percepción actual*. La primera pregunta alude a la dimensión de *relación con el rol* en la cual se identificó que el 96% de los encuestados entiende que su rol dentro de la institución influye en la calidad de la atención que se brinda.

Es alentador en este sentido que el personal de los sectores con roles completamente disímiles como enfermería, cocina, vigilancia, camilleros, técnicos, etc. entiendan que su rol incide en la calidad de la atención de los servicios sanitarios que la clínica provee.

Teniendo en cuenta, como se mencionó en el marco teórico, que las percepciones de los trabajadores representan una oportunidad de mejora en la gestión de los servicios sanitarios, se decidió analizar las respuestas de las 12 personas que respondieron que no saben o que no creen que su rol se relacione con la calidad de la atención: llama la atención que la mayoría de los que respondieron de esta manera son médicos (7 médicos, 3 administrativas, 1 enfermera y 1 personal de limpieza). Al extrapolar estos datos al total de la población considerando que el 53% de los médicos que se estima que trabajan en la clínica contestaron la encuesta, se puede presumir que hay aproximadamente 14 médicos trabajando en la clínica que no tienen claro que el rol que cumplen en la institución se relaciona con la calidad de la atención que se brinda.

En la siguiente que corresponde a la dimensión *conocimiento de definición*, el 92% de los encuestados refirió conocer alguna definición de calidad y aquí se da algo llamativo con los 7 médicos que respondieron "No" o "No sé" a la pregunta "¿Consideras que el rol que cumplís

dentro de la clínica influye ya sea directa o indirectamente en la calidad de la atención que se brinda?" dado que en esta pregunta todos ellos refirieron conocer alguna definición de calidad. Esto podría interpretarse de distintas formas: puede que haya un error de interpretación de la definición de calidad, o que este grupo de médicos crea que conoce la definición de la calidad en la atención sanitaria (y por qué no sus objetivos) cuando en realidad no los conocen, etc. Lo cierto es que pareciera haber desconocimiento con respecto a la relevancia y el modo de proporcionar una atención sanitaria de calidad y el rol que debería cumplir el personal médico para lograrlo.

En la última pregunta de este capítulo (pregunta N°7 del instrumento) que tiene que ver con la dimensión *nociones sobre calidad*, se le propuso al encuestado que seleccione la frase que mejor representa la definición de calidad en la atención sanitaria. El 71% de los encuestados seleccionó la opción considerada correcta que afirmaba que "Implica ofrecer servicios que sean seguros, efectivos, centrados en el paciente, oportunos, eficientes y equitativos, con el objeto de obtener resultados de salud deseados y una experiencia positiva para el paciente". Aun teniendo en cuenta que la interpretación individual de cada encuestado puede variar, resulta alentador que la mayoría de los trabajadores de la clínica pueda identificar correctamente la definición de calidad en la atención sanitaria.

Dos de las opciones que aparecen como posibles respuestas a la pregunta N°7 del instrumento hacen alusión a la calidad percibida (por el paciente y su familia o acompañantes): "a) Es el grado de satisfacción del paciente y sus familiares con la atención recibida" y "d) Se refiere a cómo los pacientes perciben la atención que reciben, incluyendo la claridad en la comunicación con los profesionales de la salud, el tiempo de espera y la comodidad de las instalaciones". Si bien la calidad percibida (o la experiencia del paciente) se evalúan con los indicadores de resultados que describe Donabedian, no son los únicos parámetros de la calidad asistencial, y por lo tanto ambas opciones están muy incompletas en tanto definiciones de calidad. En total hubo un 27% de encuestados que seleccionaron estas dos opciones incorrectas: un 19% selecciono la opción d) y un 9% selecciono la opción a). Esto da cuenta de que hay un 27% del personal de la clínica seleccionada que considera que cuando se habla de calidad en la atención sanitaria únicamente se está hablando de la satisfacción del paciente, sin reconocer que los resultados en salud, la capacitación del personal, el cumplimiento de procesos, etc. también hacen a la calidad en la atención de la salud.

Con los datos recopilados, se puede estimar que aproximadamente 116 trabajadores que trabajan en la clínica consideran que la calidad en la atención sanitaria solamente se refiere a la calidad percibida por el paciente, o dicho de otra manera que los únicos objetivos de calidad a tener en cuenta son medibles mediante los indicadores de resultados que hacen referencia a la satisfacción del paciente, desconociendo no solo que también existen otros indicadores para medir la dimensión de resultados en calidad, sino que además desconocen que existen las dimensiones de la calidad que tienen que ver con estructura y procesos, cuyos objetivos hacen a la atención que se brinda y que esta última a su vez impacta en los niveles de salud de la población.

Por último, solamente el 2% de los encuestados selecciono la opción c) que dice que la calidad en la atención sanitaria "Es la habilidad de los profesionales de la salud para diagnosticar y tratar enfermedades" que tiene en cuenta solamente la pericia del Equipo Médico.

Finalmente, al analizar la sumatoria de respuestas incorrectas (a, c y d) que corresponde a la forma en que respondió el 29% de los encuestados, encontramos que de estos el 54% son miembros del Equipo Asistencial y el 46% son miembros del Equipo de Apoyo. Este dato debe tenerse en cuenta al momento de capacitar al personal, ya que las personas que trabajan en la clínica y no lograron reconocer una definición del concepto de calidad pueden encontrarse tanto entre los miembros del Equipo Asistencial tanto como entre los miembros del Equipo de Apoyo.

Formación en calidad y seguridad del paciente del personal de la clínica

Las preguntas N°8 a 10 del instrumento se enfocaron en la variable *Formación* de esta investigación, correlacionándose con la dimensión de estructura del concepto de calidad descrito anteriormente, específicamente en cuanto la cualificación del recurso humano (en tanto formación o capacitación sobre calidad de la atención sanitaria).

Con respecto a la dimensión *oportunidades pasadas*, el 76% de los encuestados refirió haber tenido alguna instancia de formación. En contraste con este dato, el 24% respondió que no tuvo instancias de formación en el pasado. Si se considera el total de personas estimado que trabajan en la clínica que se calculó previo a realizar el estudio, esto quiere

decir que aproximadamente 103 trabajadores de la clínica nunca tuvieron una instancia de formación sobre calidad y seguridad del paciente.

Se procedió a analizar en detalle las respuestas de los miembros del Equipo Asistencial que hace 5 años o menos que trabaja en instituciones de salud dado que es personal que cursó diferentes carreras relacionadas con la atención sanitaria, y presumiblemente han egresado de instituciones educativas recientemente. Este subgrupo está formado por 29 encuestados de los cuales el 31% (9 encuestados) respondió "No tuve instancias de formación". A pesar de que excede el propósito de este estudio analizar los planes educativos de las carreras relacionadas con la salud que existen en nuestro país, interesa mencionar que resulta por lo menos llamativo que a 25 años de la publicación del informe "To Err is Human" del Instituto de Medicina de los Estados Unidos aún no se incluya esta temática en todas las currículas de carreras afines al cuidado de la salud. Esto deberá tenerse en cuenta al momento de planificar capacitaciones para el personal del Equipo Asistencial que se incorpora al ámbito laboral de la salud, como por ejemplo los médicos residentes, con el fin de adecuar los contenidos de dichas capacitaciones.

Por otro lado, se analizaron en detalle las respuestas de los miembros del Equipo Asistencial que trabaja hace más de 5 años en el ámbito de la salud (145 personas). Tal como se expuso anteriormente, dentro de este subgrupo 34 encuestados que representan el 23% respondió "No tuve instancias de formación", el 61% (88 encuestados) respondió "Recibí charlas/clases", el 10% (15 encuestados) respondió "Realice curso/diplomatura" y el 6% (8 encuestados) respondió "Realicé especialización/maestría". Resultaba esperable que en este subgrupo exista más personal que haya realizado algún curso, diplomatura o postgrado en calidad y seguridad del paciente en comparación con el personal que hace 5 años o menos que trabaja en salud. El total del personal que recibió algún tipo de formación en calidad y seguridad del paciente de este subgrupo asciende al 77%. Al momento de realizar capacitaciones orientadas a ellos, será relevante corroborar que los conceptos que les fueron transmitidos hayan sido interpretados adecuadamente y que los mismos estén actualizados.

Con respecto a la dimensión *predisposición actual*, según se desprende de la pregunta N°9 del instrumento, el 82% de los encuestados aceptaría asistir a charlas y/o capacitaciones sobre calidad y seguridad del paciente en su lugar de trabajo. Extrapolando los datos, esto quiere decir que en caso de ofrecer capacitaciones voluntarias (no obligatorias) sobre

calidad y seguridad del paciente para el todo el personal que trabaja actualmente en la clínica seleccionada para la investigación, deberían planificarse las mismas considerando que el total de inscriptos podría rondar las 353 personas.

Por otra parte, casi un 5% de los encuestados respondió que “no le gustaría recibir charlas y/o capacitaciones en su lugar de trabajo”. El 77% de estas respuestas negativas fueron del Equipo Asistencial: 1 enfermera y 9 médicos, 8 de ellos de género masculino (6 de los cuales hace más de 10 años que trabajan en salud). Este dato resulta valioso al momento de diseñar la estrategia y los dispositivos por los cuales se invitara al personal a participar de las charlas y/o capacitaciones que se lleven a cabo dentro de la clínica.

En lo que respecta a la dimensión *intención futura* o probabilidad de inscribirse en un curso, capacitación o postgrado en calidad y seguridad en la atención sanitaria en una institución educativa en caso que desde la clínica se faciliten los recursos para realizarlo, el 70% de los encuestados respondió afirmativamente. Extrapolando los datos al total de personal que se desempeña en la clínica, se puede calcular que aproximadamente 300 personas estarían interesados en ampliar sus conocimientos en calidad y seguridad del paciente en una institución educativa. Este dato da cuenta de que corresponde evaluar la posibilidad de ofrecer facilidades para candidatos seleccionados, convenios con establecimientos educativos especializados en el cuidado de la salud, o algún tipo de incentivo económico para facilitar desde la clínica la formación continua del recurso humano que se desempeña en ella. Continuando el análisis de las personas encuestadas que respondieron afirmativamente la pregunta N° 10 de la encuesta, que aborda la cuestión de formación futura, el 62.5% forma parte del Equipo Asistencial y 37.5% del Equipo de Apoyo. Resultó interesante ahondar en el análisis de estos 120 encuestados pertenecientes al Equipo Asistencial que respondieron de esta manera: se identificó que el 54% de los médicos encuestados “se inscribiría en un curso, capacitación o postgrado sobre calidad y seguridad en una institución educativa, si desde la clínica le fueran facilitados los recursos”, mientras que el 85% de los enfermeros/as que respondieron la encuesta respondió afirmativamente a esta misma pregunta. Esto significa que actualmente trabajan en la clínica aproximadamente 66 enfermeros y enfermeras que podrían adquirir y/o profundizar sus conocimientos sobre calidad en la atención sanitaria si desde la clínica se definieran acciones facilitadoras.

Acciones de este tipo estarían orientadas a robustecer la dimensión de estructura de la calidad asistencial, específicamente del recurso humano según se describió en el marco

teórico, al asegurar que tanto el Equipo Asistencial como el Equipo de Apoyo estén debidamente capacitados. Y volviendo a lo mencionado en el capítulo titulado Calidad de la atención sanitaria: una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado.

Aspectos de la calidad y seguridad del paciente que el personal de la clínica considera prioritario abordar

A partir de este punto y hasta el final del instrumento, se pone el foco en la variable *Diseño y Abordaje* de esta investigación. En el presente capítulo se toman en consideración las preguntas N° 11 y 12 de la encuesta, las cuales están en estrecha relación con las dimensiones de proceso y resultados de la evaluación de la calidad que describe Donabedian, que fue descrita en capítulos anteriores, dado que las opciones de respuesta en dichas preguntas hacen referencia a objetivos que podrían medirse con estos indicadores. En ambos casos la información obtenida permitirá adecuar las propuestas y objetivos de mejora que se hagan al personal, con el objeto de maximizar la adherencia a los mismos.

La pregunta N°11 indaga sobre la opinión del encuestado acerca de cuáles de los aspectos que figuran en las opciones dadas es prioritario trabajar en la clínica para mejorar la calidad de la atención sanitaria que se brinda. Al encuestado se le ofrecían 5 posibles respuestas, las cuales en su mayoría se refieren a la dimensión de proceso de la evaluación de la calidad (ya que tiene que ver con lo que los equipos de salud son capaces de hacer por los pacientes, en estrecha relación con la comunicación, la aplicación de procedimientos, etc.): *mejora de la comunicación efectiva entre el personal de los diferentes sectores, fomentar la cultura de seguridad o promover la participación del paciente y su familia en los procesos del cuidado de la salud* (en concordancia con una de las líneas estratégicas de la mencionada 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana que busca promover la participación de los ciudadanos en temas de calidad y considerando que cuando se incluye a los pacientes en los cuidados que reciben, se logran mejores resultados en términos de seguridad, satisfacción del paciente y efectos en la salud). Otra de las opciones disponibles era *reducir el riesgo de daño al paciente (cirugía segura, medicación segura, prevención de infecciones, lesiones por presión, caídas, etc.)* la cual puede evaluarse tanto con indicadores de proceso como de resultado según el enfoque que se elija. Por último, se agregó una opción que

como se describió en el marco teórico, tiene gran influencia en la calidad de atención que se brinda en un establecimiento de salud que tienen que ver con *mejorar el clima laboral*.
brinda, que tienen que ver con *mejorar el clima laboral*.

El aspecto de la calidad y seguridad del paciente con mayor porcentaje de elección por parte de los encuestados para ser abordado en un plan de mejora de la calidad fue mejorar la "Comunicación efectiva entre el personal de los diferentes sectores" con un 82% de selección (preponderantemente del Equipo Asistencial), seguido de "Reducir el riesgo de daño al paciente (cirugía segura, medicación segura, prevención de infecciones, lesiones por presión, caídas, etc.)" con un 43% de respuesta preponderantemente del Equipo Médico.

Es evidente la preocupación por parte de los trabajadores de la clínica con respecto a la necesidad de abordar la comunicación entre los diferentes sectores para mejorar la atención que se brinda a los pacientes (y evitar posibles errores en la atención). Asimismo es posible deducir algún grado de correlación entre el interés del Equipo Asistencial por trabajar en la reducción del daño al paciente no solo por ser los que principalmente tienen bajo su cuidado a los mismos, siendo responsables de atender y resolver las complicaciones e intercurrencias que puedan surgir durante la atención, sino que también suelen ser los principales responsables en caso de enfrentar litigios judiciales por presunta mala praxis médica.

En este contexto, al momento de diseñar un plan de mejora de la calidad en la atención sanitaria dentro de la institución, podrían pensarse diferentes propuestas que resulten relevantes a los trabajadores de la clínica (que son los que deberán ponerlas en práctica en la labor diaria) con el objeto de lograr la adhesión del personal teniendo en cuenta las respuestas vertidas por los encuestados, abordando temas relacionados a la comunicación y la reducción del riesgo de daño al paciente, como por ejemplo:

- Realización de charlas y capacitaciones exponiendo que las fallas en la comunicación están entre las causas de errores más comunes durante la atención sanitaria y que existen estrategias para evitarlas.

- Aplicación de estrategias de comunicación estandarizada (algunas de las cuales fueron descritas en el capítulo de calidad y seguridad del paciente del marco teórico, como por ejemplo SBAR, IPASS, etc.).

-Propuestas orientadas a identificar correctamente a los pacientes para evitar daño por errores referentes al paciente equivocado, sobre todo antes de administrar medicamentos, extraer sangre u otras muestras o realizar cualquier otro tratamiento o procedimiento.

En resumen, es oportuno en este contexto, proponer capacitaciones al personal de la clínica para llevar a cabo procesos de comunicación estandarizados que propicien la calidad y seguridad para que puedan brindar información completa, oportuna, precisa y comprendida por quien la recibe propiciando continuidad de la atención entre todos los niveles y entre todos los que participan directa o indirectamente de la provisión de servicios de salud, con el objeto de reducir riesgos innecesarios durante la atención de los pacientes. Posteriormente deberán establecerse indicadores de proceso y resultado para poder evaluar la eficacia de las intervenciones implementadas, identificar áreas de mejora, y asegurar que los objetivos de calidad y seguridad en la atención sanitaria en los que se eligió trabajar se estén cumpliendo de la manera esperada.

La pregunta N°12 aborda la dimensión de resultados de la evaluación de calidad, expuesta en el marco teórico, específicamente en lo que respecta a satisfacción del paciente. En este punto es preciso recordar que lograr la máxima satisfacción del paciente durante el proceso de atención no solo representa un componente clave para la competitividad en el ámbito de los servicios de salud, sino que aumenta la probabilidad de resultados de salud deseados, como se demuestra en publicaciones como la de DerGurahian antes mencionada.

Con esta pregunta se exploraron entonces los aspectos de la calidad que desde la perspectiva del personal que trabaja en la clínica deberían abordarse para mejorar la calidad percibida por el paciente y sus acompañantes. El 63,3% de los encuestados selecciono la opción "Mejora de la comunicación con el equipo de salud" para optimizar la experiencia del paciente y/o su acompañantes. Y "Trato personalizado, centrado en el paciente y empático" obtuvo el segundo porcentaje de selección con el 57.2%.

Así como los encuestados consideraron prioritario trabajar la comunicación entre las personas que trabajan en la clínica, vuelve a tomar relevancia la comunicación pero ahora orientada al trato con el paciente. En sintonía con esto, las personas encuestadas ponderaron el trato empático y la atención centrada en el paciente (lo que significa brindar atención acorde a las preferencias, necesidades y valores de cada persona). Con estos datos se puede concluir que sería apropiado proponer capacitaciones e intervenciones que tengan

que ver con mostrar y aplicar diversas herramientas y estrategias para mejorar la comunicación con el paciente, como algunas de las que se mencionaron en capítulo titulado calidad en la atención sanitaria:

- Escucha Activa: implica prestar atención plena al paciente, haciendo uso de señales verbales y no verbales para demostrar que se está escuchando y comprendiendo sus preocupaciones.
- Teach-Back (Repetición del Paciente): método en el que el paciente repite la información que ha recibido para asegurar que ha entendido correctamente las instrucciones y la información proporcionada.
- Ofrecer materiales de apoyo escrito y visual: folletos, diagramas, videos y otros recursos visuales para ayudar a explicar indicaciones, conceptos y tratamientos de manera accesible para el paciente y su acompañante tanto para el Equipo Médico como para el Equipo de Apoyo que da indicaciones directas a los pacientes y sus acompañantes (como por ejemplo en Admisión, Vigilancia, etc.).
- Resumen de información (Summarizing): que implica resumir la información clave al final de la interacción con el paciente o acompañante para reforzar la comprensión y recordar los puntos más importantes.

Es necesario transmitirle al personal de la clínica que implementar estas herramientas puede contribuir significativamente a una mejor comprensión y satisfacción por parte de los pacientes, lo que a su vez propicia la adherencia al tratamiento por parte de los mismos tal como se explicó en capítulos anteriores. Posteriormente, se deberán incorporar indicadores y herramientas para evaluar la satisfacción de los pacientes y los familiares en relación al trato y comunicación con el personal de la clínica e ir monitoreando la eficacia de las acciones implementadas.

Obstáculos percibidos para la implementación de un plan de mejora de la calidad

Continuando con la variable *diseño y abordaje*, este capítulo toma la dimensión *obstáculos percibidos*. En la pregunta N°13 de la encuesta, el 69% de los encuestados respondió que de las opciones planteadas el principal obstáculo al momento de implementar un plan de

mejora de la calidad es la "Falta de reconocimiento o incentivos por el trabajo de calidad". Esta opción fue seleccionada en porcentajes similares tanto entre los miembros del Equipos Asistencial como del Equipo de Apoyo.

Deberá tenerse en cuenta que es imperativo que los directores y gerentes junto a los jefes de servicio (responsables tanto del Ápice estratégico como del Nivel medio según la descripción de Henry Mintzberg de las partes que integran una organización que se mencionó anteriormente), establezcan un programa de reconocimiento para los individuos (y las áreas) que están comprometidos con la calidad y la seguridad del paciente. En otras clínicas y sanatorios privados de la misma ciudad que la seleccionada para realizar esta investigación existen diversas estrategias para dar reconocimiento al personal que está comprometido con brindar servicios de calidad, como por ejemplo ofrecer entradas a espectáculos a los miembros de la institución que reciben un agradecimiento por parte de pacientes que egresaron. Este es solo un ejemplo de cómo se podría dar reconocimiento al personal que se compromete con la calidad y seguridad en la atención. Deberán analizarse opciones tales como organizar instancias de reconocimientos, entrega de premios, menciones especiales, etc.

Posibles facilitadores para la aceptabilidad de planes de mejora de la calidad

Este último capítulo hace referencia a la dimensión *elementos facilitadores*. Ya fue mencionado que la influencia de la cultura de la organización es un aspecto a considerar al abordar estrategias mejora de la calidad. Se trata de propiciar una cultura institucional que privilegie la provisión de servicios sanitarios de calidad, para lo cual en la pregunta N° 14 se proponen diversas estrategias que facilitarían la aceptabilidad de un plan de mejora de la calidad en la institución: "Recompensas por buen desempeño" fue la opción con más porcentaje de selección por parte de los encuestados (52%), seguido de cerca por "Reconocimiento económico", "Oportunidades de capacitación en temas de calidad con horario protegido dentro de tu carga horaria" y "Concientizar sobre la importancia de establecer una cultura de calidad y seguridad del paciente para minimizar los riesgos y daños asociados a la atención de la salud".

En este caso, el Equipo de Apoyo dio mayor porcentaje de selección a las opciones "Recompensas por buen desempeño" y "Concientizar sobre la importancia de establecer una cultura de calidad y seguridad del paciente para minimizar los riesgos y daños asociados a la

atención de la salud” y la opción “Reconocimiento económico” fue seleccionada especialmente por el Equipo Asistencial.

Teniendo en cuenta las respuestas de los encuestados, sería interesante pensar la posibilidad de incorporar algún incentivo que tenga que ver con la posibilidad de capacitación en la temática en instituciones educativas (de manera de combinar el alto porcentaje de respuesta a la pregunta sobre intención de formación en el futuro, ya sea un curso, capacitación o postgrado en calidad y seguridad en la atención sanitaria, en una institución educativa), etc. Sería oportuno considerar establecer un convenio con instituciones educativas para poder ofrecer facilidades para realizar capacitaciones a los trabajadores de la clínica que muestren interés y compromiso con proporcionar una atención de calidad.

Del mismo modo, sería interesante evaluar la posibilidad de establecer un programa de reconocimiento colectivo para los diferentes servicios o sectores de la clínica, y el establecimiento de metas que tengan que ver específicamente con indicadores de evaluación de resultados en calidad acorde a sus actividades.

Otra de las acciones a incluir en el diseño de un plan de mejora deberían ser charlas de concientización sobre riesgos y daños asociados a la atención de la salud, tanto para el Equipo Asistencial como para el Equipo de Apoyo en donde se presenten los *costos de la no-calidad* que fueron mencionados en el capítulo homónimo.

En el caso de los miembros del Equipo Asistencial, y en consonancia con las respuestas vertidas en esta última pregunta, es necesario evaluar la factibilidad de incorporar reconocimiento económico por buenos resultados y/o apego a los procedimientos que propicien la calidad y seguridad del paciente, ya que como fue mencionado en el marco teórico, la construcción de una cultura institucional para promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de atención, requiere la identificación de motivaciones que puedan facilitar el cambio. Deberán considerarse diferentes estrategias para los miembros del equipo que sean staff propio de la clínica (los cuales reciben su remuneración en forma directa) y para los médicos externos que atienden en nuestros consultorios o realizan procedimientos quirúrgicos en nuestros quirófanos (tal como mejoras en los valores por el uso de las instalaciones para los profesionales y equipos quirúrgicos que sigan procedimientos que se ajustan a las normas de calidad y seguridad del paciente, etc.)

Conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo general realizar un diagnóstico de situación del personal de una clínica privada, abordando el tema de la calidad de la atención sanitaria previo al diseño de un plan de mejora. Los datos primarios, obtenidos mediante una encuesta que tuvo una tasa de respuesta del 64%, permitieron evidenciar que el 24% de las personas que se desempeñan en la clínica nunca han tenido instancias de capacitación sobre calidad de la atención sanitaria (o que habiendo tenido instancias de formación no tienen claros sus objetivos), por lo tanto es fundamental capitalizar el hecho de que casi el 96% de las personas encuestadas entienden que su rol influye en la calidad de la atención que se brinda y que un 82% está dispuesto a asistir a charlas y capacitaciones sobre calidad y seguridad del paciente en su lugar de trabajo. El desafío será lograr la adhesión de una gran cantidad de personal que en su mayoría tiene varios años de experiencia trabajando en la institución (y en el ámbito de la salud en general), para que se genere un verdadero cambio cultural en el cual se privilegie la provisión de servicios asistenciales de calidad.

Resulta ineludible tener en cuenta que la mayoría de las personas que trabajan en la clínica creen que el principal obstáculo para el éxito de un plan de mejora es *la falta de reconocimiento e incentivos por el trabajo de calidad* y que el incentivo para facilitar la implementación de un plan de mejora que fue seleccionado en mayor proporción fue *recompensas por buen desempeño*. Estos datos nos instan a considerar opciones para establecer un plan de recompensas por buen desempeño que sirva como incentivo para las personas que se desempeñan en la clínica. Si además se tiene en cuenta que casi el 70% los encuestados manifestaron su intención de inscribirse en una institución educativa para ampliar su formación sobre calidad si desde la clínica le fueran facilitados los recursos, resulta interesante la posibilidad de combinar esta información y que una de las opciones de recompensas por buen desempeño sea justamente la posibilidad de realizar un curso, diplomatura, especialización o maestría (según sea el caso) en una institución educativa.

En cuanto a las propuestas a incluir en un plan de mejora, el aspecto de la calidad que se debería abordar en forma prioritaria desde la perspectiva de los trabajadores de la clínica es la *comunicación*, tanto para optimizar la calidad de la atención sanitaria que estamos brindando (mediante la mejora de la comunicación efectiva entre el personal de los diferentes sectores), como para potenciar la experiencia del paciente y/o su acompañante (mediante la mejora de la comunicación de estos con el equipo de salud).

Es relevante destacar que al abordar una estrategia para mejorar la calidad de la atención sanitaria en un establecimiento de salud, los beneficios generados no se limitan únicamente a optimizar la eficiencia de dicho establecimiento, sino que pueden potencialmente favorecer a todos los actores involucrados: los pacientes serán los primeros beneficiados por los motivos ya expuestos en los capítulos precedentes, pero también los trabajadores de la salud al fomentar un ambiente laboral más seguro para ellos y sus pacientes, la clínica como establecimiento privado prestador de servicios de salud también aumenta su competitividad, así como los financiadores y el sistema de salud en general obtendrán mejores resultados en la salud de la población de manera más eficiente. En sintonía con esto último, reproduzco las palabras de Donabedian haciendo referencia a la inserción de la mejora de la calidad en la agenda política: "Creo apasionadamente que, básicamente, los mejores intereses de los profesionales y los consumidores están en consonancia y que el sistema político asumirá la mayor responsabilidad en la ampliación de la calidad cuando los profesionales sanitarios y los consumidores presenten un frente común" (Donabedian, 2001).

Finalizo estas conclusiones resaltando una vez más la importancia de que se trabaje desde todos los ámbitos en la mejora de la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población, con la siguiente reflexión que un docente de la Universidad Isalud compartió en una de sus clases: "Calidad para unos pocos es privilegio, calidad para todos es equidad".

Bibliografía

Aguirre-Gas, H. (1990). *Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas*. Salud Pública De México, 32(2), 170-180. Recuperado de: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5285>

Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., et al. (2011). *Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: Results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS)*. BMJ Quality & Safety, 20(12), 1043-1051.

Aranaz, J.M., Leutscher, E, Gea, M.T., Vitaller, J. (2003). *El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles*. Revista de Calidad Asistencial, Vol.18, Num.2, Pag.107-114.

Ayuso-Murillo, D., de Andrés-Gimeno, B., Noriega-Matanza, C., López-Suárez, R. J., & Herrera-Peco, I. (2017). *Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente*. Enfermería Clínica, 27(4), 251-255. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2445147917300541>

Cabello, Emilio, & Chirinos, Jesús L. (2012). *Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud*. Revista Médica Herediana, 23(2), 88-95.

DerGurahian J. (2009) *The bottom line on happiness*. Modern Healthcare. Recuperado de: <http://www.modernhealthcare.com/article/20090601/NEWS/905299991>

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. (2021). *Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria*. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/acciones-seg-paciente-feb-2021.pdf>

Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. The Milbank Memorial Fund Quarterly.

Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación*. Editorial La Prensa Médica Mexicana.

Donabedian, A. (2001) *The Lichfield lecture, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor*. Revista Calidad Asistencial, 16, 102-106.

García de Yébenes Prous, M. A., Rodríguez Salvanés, F., & Carmona Ortells, L. (2009). *Validación de cuestionarios*. *Reumatología clínica*, 5(4), 171–177. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1699258X09000497?via%3Dihub>

Jiménez Paneque, Rosa E. (2004). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&tlng=pt.

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To err is human: Building a safer health system (1st ed.)*. USA: National Academy Press.

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de IACS*.

Ministerio de Salud. (2021) *Resolución 2546/2021*. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/249893/20210922>

Ministerio de Salud. (2022) *Resolución 978/2022*. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/262578/20220516>

Ministerio de Salud. Secretaria de Calidad en Salud. (2023) *Resolución 9/2023*. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/280057/20230123>

Mintzberg, H. (1984). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona, España: Editorial Ariel.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Servicios sanitarios de calidad*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Organización Mundial de la Salud (2023). *Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2023: Involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023--engaging-patients-for-patient-safety>

Organización Mundial de la Salud & Joint Commission (2007). *Soluciones Para La Seguridad Del Paciente*. Recuperado de: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington, D.C. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2021) *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55860>

Organización Panamericana de la Salud. (2007) *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*. 27a Conferencia sanitaria panamericana. Recuperado de: <https://www3.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-16-s.pdf>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). *Técnicas de muestreo sobre una población a estudio*. International Journal of Morphology, 35(1), 227-232. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Reason, J. (2009). *El Error Humano*. 1ra Ed. Editorial Modus Laborandi.

Sobrequés, J. C. (2003). *La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria*. Atención Primaria, 227-233.

Tambo-Lizalde, E., Carrasco-Gimeno, J.M., Mayoral-Blasco, S., Rabanaque-Hernández, M.J., Abad-Díez, J.M. (2013) *Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a personas diabéticas*. Revista de Calidad Asistencial. Vol. 28. Núm. 2. Páginas 124-131.

Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. *Defining Patient Experience*. Patient Experience Journal. Recuperado de: <https://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3/>

World Bank. (2018). *Low Quality Healthcare Is Increasing the Burden of Illness and Health Costs Globally*. Recuperado de: <https://www.who.int/news/item/05-07-2018-low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally>

Ynoub, R. (2015) *Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica*. México: Editorial Cengage Learning

Anexo

Encuesta

Te propongo contestar la siguiente encuesta **anónima y voluntaria** acerca de las percepciones que existen entre el personal de nuestra clínica, con respecto a la calidad en la atención sanitaria. Las respuestas serán analizadas en el marco del trabajo de tesis final de la maestría en sistemas de salud y seguridad social de la Universidad Isalud. El tiempo de respuesta aproximado es de 5 minutos.

Consentimiento informado: Al contestar esta encuesta acepto participar de manera voluntaria en este estudio. Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del mismo. Entiendo que la información obtenida tendrá carácter confidencial, que la encuesta es anónima y que en cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de este estudio.

1. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en instituciones de salud?

- a) Menos de 1 año
- b) 1-5 años
- c) 6-10 años
- d) Más de 10 años

2. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en esta clínica?

- a) Menos de 1 año
- b) 1-5 años
- c) 6-10 años
- d) Más de 10 años

3. ¿Cuál es tu rol dentro de la clínica?

- a) Médico(a)
- b) Enfermero(a)
- c) Administrativo(a)/atención al paciente/secretaria
- d) Personal de limpieza/Hotelería/Ropería
- e) Circulante/Instrumentación quirúrgica
- f) Técnico(a) imágenes/laboratorio/esterilización

- g) Lic. en Nutrición/Kinesiología/Bioquímica/Farmacía
- h) Personal de cocina
- i) Vigilancia
- j) Mantenimiento
- k) Camillero

4. ¿Con qué género te identificas?

- a) Femenino
- b) Masculino
- c) Otro

5. ¿Consideras que el rol que cumplís dentro de la clínica influye ya sea directa o indirectamente en la calidad de la atención que se brinda?

- a) Si
- b) No
- c) No se

6. ¿Conoces alguna definición del concepto de calidad en la atención sanitaria?

- a) Si
- b) No

7. Selecciona de las siguientes frases la que a tu criterio representa mejor la definición de calidad en la atención sanitaria:

- a) Es el grado de satisfacción del paciente y sus familiares con la atención recibida.
- b) Implica ofrecer servicios que sean seguros, efectivos, centrados en el paciente, oportunos, eficientes y equitativos, con el objeto de obtener resultados de salud deseados y una experiencia positiva para el paciente.
- c) Es la habilidad de los profesionales de la salud para diagnosticar y tratar enfermedades.
- d) Se refiere a cómo los pacientes perciben la atención que reciben, incluyendo la claridad en la comunicación con los profesionales de la salud, el tiempo de espera y la comodidad de las instalaciones.

8. ¿Tuviste alguna instancia de formación en temas de calidad y seguridad en la atención sanitaria (ya sea en tu lugar de trabajo o en instituciones educativas)?

- a) Recibí charlas / clases.

- b) Realicé curso / diplomatura.
- c) Realicé especialización / maestría.
- d) No tuve instancias de formación

9. ¿Te gustaría recibir charlas y/o capacitaciones en tu lugar de trabajo para adquirir conceptos y herramientas sobre calidad en la atención sanitaria?

- a) Si
- b) No
- c) No se

10. ¿Te inscribirías en un curso, capacitación o postgrado sobre calidad y seguridad en una institución educativa, si desde la clínica te fueran facilitados los recursos?

- a) Si
- b) No
- c) No se

11. En tu opinión, ¿cuáles de los siguientes aspectos es prioritario trabajar en nuestra clínica para mejorar la calidad de la atención sanitaria que estamos brindando?

- a) Comunicación efectiva entre el personal de los diferentes sectores.
- b) Fomentar la cultura de seguridad.
- c) Reducir el riesgo de daño al paciente (cirugía segura, medicación segura, prevención de infecciones, lesiones por presión, caídas, etc.).
- d) Promover la participación del paciente y su familia en los procesos del cuidado de la salud.
- e) Mejorar el clima laboral

12. En tu opinión, ¿cuáles de los siguientes aspectos es prioritario trabajar en nuestra clínica para mejorar la experiencia del paciente (y/o su acompañante)?

- a) Reducir tiempos espera
- b) Promover la participación del paciente y sus acompañantes en los procesos del cuidado de la salud.
- c) Trato personalizado, centrado en el paciente y empático.
- d) Mejora de la comunicación con el equipo de salud.
- e) Mejora de las habitaciones y lugares de espera.

13. En tu experiencia, ¿cuáles son los principales desafíos u obstáculos que impedirían implementar un plan de mejora de la calidad en la atención sanitaria en nuestra institución?

- a) Disponibilidad de recursos (humanos, insumos, dispositivos médicos, etc.)
- b) Falta de compromiso de los jefes y referentes
- c) Falta de reconocimiento o incentivos por el trabajo de calidad
- d) Resistencia al cambio por parte del personal
- e) Mala comunicación interna

14. ¿Cuáles de los siguientes incentivos consideras que podrían facilitar la implementación de un plan de mejora de la cultura de calidad en la atención sanitaria en tu entorno laboral?

- a) Recompensas por buen desempeño
- b) Oportunidades de capacitación en temas de calidad con horario protegido dentro de tu carga horaria.
- c) Reconocimiento económico
- d) Establecimiento de metas y objetivos claros relacionados con la calidad
- e) Concientizar sobre la importancia de establecer una cultura de calidad y seguridad del paciente para minimizar los riesgos y daños asociados a la atención de la salud.

¡Muchas gracias por participar!