

**ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS
UNIPA (UNIDAD INDÍGENA DEL PUEBLO AWA), PERIODO 2020 II- 2021 I**

**YEIMI ANDREA SILVA BOLAÑOS
JORGE ANDRES CHICAIZA FLOREZ**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN EN LA SALUD
MANIZALES,2021**

Contenido

LISTA DE TABLAS	3
LISTA DE GRÁFICOS.....	4
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	7
2. RESUMEN	8
1. ABSTRACT	9
2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.3.PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	13
2.4 JUSTIFICACIÓN	13
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	14
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4.1.Antecedentes	15
4.2.Bases teóricas.....	18
5.1. ENFOQUE Y DISEÑO.....	24
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
5.3.INSTRUMENTO	25
5.4 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	26
6.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
7. CONCLUSIONES.....	64
8. RECOMENDACIONES	66
9. BIBLIOGRAFÍA	68

LISTA DE TABLAS

	PAG.
Tabla 1. Unidades e integrantes de la entidad prestadora de salud estudiada.....	23
Tabla 2. Porcentaje de respuestas positivas área administrativa.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

	PAG.
Gráfica 1. Se cuenta con personal suficiente para las labores del área administrativa.....	24
Gráfica 1.1. Se cuenta con personal suficiente para las labores del área asistencial	25
Gráfica 2. Hay trabajo en equipo frente a la finalización de grandes cantidades de trabajo en el área administrativa.....	25
Gráfica 2.1. Hay trabajo en equipo frente a la finalización de grandes cantidades de trabajo en el área asistencial.....	26
Gráfica 3. El trato que se da dentro del área administrativa está basado en el respeto	26
Gráfica 3.1. El trato que se da dentro del área asistencial está basado en el respeto	27
Gráfica 4. Se desarrollan acciones para mejorar la seguridad del paciente desde el área administrativa.....	27
Gráfica 4.1. Se desarrollan acciones para mejorar la seguridad del paciente desde el área asistencial.....	28
Gráfica 5. Se tienen o se generan problemas con respecto a la seguridad de los pacientes en el área administrativa.....	28
Gráfica 5.1. Se tienen o se generan problemas con respecto a la seguridad de los pacientes en el área asistencial.....	29
Gráfica 6. El jefe hace comentarios favorables cuando el trabajo hecho está de acuerdo con los procedimientos para la seguridad de los pacientes en el área administrativa.....	32
Gráfica 6.1. El jefe hace comentarios favorables cuando el trabajo hecho está de acuerdo con los procedimientos para la seguridad de los pacientes en el área asistencial.....	33
Gráfica 7. El jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes en el área administrativa.....	33
Gráfica 7.1. El jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes en el área asistencial.....	34
Gráfica 8. La gerencia informa a la Junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la seguridad del paciente (Área administrativa).....	35
Gráfica 8.1. La gerencia informa a la Junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la seguridad del paciente (Área asistencial).....	36

Gráfica 9. La gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área administrativa.....	36
Gráfica 9.1 La gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el área asistencial.....	38
Gráfica 10. La gerencia informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos. (Área administrativa).....	38
Gráfica 11. En cada área se discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. (Área administrativa).....	39
Gráfica 11.1. En cada área se discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. (Área asistencial).....	39
Gráfica 12. El plan de capacitación incorpora temas sobre seguridad del paciente (Área administrativa).....	40
Gráfica 13. La Junta Directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente (Área administrativa).....	42
Gráfica 13.1. La Junta Directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente. (Área asistencial).....	42
Gráfica 14. La gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente (Área administrativa).....	43
Gráfica 15. Las medidas que toma la gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (Área administrativa).....	43
Gráfica 15.2. Las medidas que toma la Gerencia de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (Área asistencial).....	44
Gráfica 16. La gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o un evento adverso (Área administrativa).....	44
Gráfica 16.1. La gerencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso. (Área asistencial).....	45
Gráfica 17. Se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección (Área administrativa).....	45
Gráfica 18. Se conoce el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos (Área administrativa).....	46
Gráfica 19. Tiempo que llevan los colaboradores del área administrativa al interior de la institución prestadora de salud.....	48
Gráfica 19.1. Tiempo que llevan los colaboradores del área asistencial al interior de la institución prestadora de salud.....	49
Gráfica 20. Cuántas horas a la semana trabaja en la institución cada colaborador del área administrativa.....	49

Gráfica 20.1. Cuántas horas a la semana trabaja en la institución cada colaborador del área asistencial.....	50
Gráfica 21. Cuál es el cargo que desempeña en la institución cada colaborador del área administrativa.....	50
Gráfica 21.1. Cuál es el cargo que desempeña en la institución cada colaborador del área asistencial.....	51
Gráfica 22. El colaborador tiene interacción directa o contacto con pacientes. (Área administrativa).....	51
Gráfica 22.1. El colaborador tiene interacción directa o contacto con pacientes (Área asistencial).....	52
Gráfica 23. Los pacientes son atendidos de forma segura (Área administrativa).....	54
Gráfica 23.1. Los pacientes son atendidos de forma segura (Área asistencial).....	54
Gráfica 24. Asignación de cada unidad de trabajo del área administrativa frente a su grado general de participación en la seguridad del paciente.....	55
Gráfica 24.1. Asignación de cada unidad de trabajo del área asistencial frente a su grado general de participación en la seguridad del paciente.....	56
Gráfica 25. Ponderado final clima de seguridad del paciente.....	62



Universidad
Católica
de Manizales

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: Análisis de la cultura de seguridad del paciente en la IPS UNIPA (Unidad Indígena del pueblo AWA), periodo 2020 II- 2021 I

Investigadores: Yeimi Andrea Silva Bolaños
Jorge Andrés Chicaiza Flórez

Línea de Investigación: Administración de la salud

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

Lugar de Ejecución del Proyecto: Predio el verde Barbacoas

Ciudad: Pasto

Departamento: Nariño

Duración del Proyecto (periodos académicos): II periodos

2. RESUMEN

El presente estudio se centra en el análisis de la percepción de la cultura de seguridad del paciente en la IPS UNIPA (Unidad Indígena del pueblo AWA), Específicamente durante un periodo de tiempo comprendido entre los años 2020 II- 2021 I. En este sentido, se busco establecer la forma en que se visualizan los factores relacionados con la prevención de errores que puedan afectar negativamente la salud del paciente y que no están relacionados con la enfermedad o diagnóstico de base, sino con procedimientos o acciones mal desarrolladas, además de descuidos o incumplimiento de protocolos, en donde no solo está involucrado el personal médico sino también el de apoyo o asistencial.

Teniendo como base lo anterior, se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, a partir de la aplicación de un cuestionario sobre seguridad del paciente, el cual ayuda a comprender los aspectos que influyen positiva o negativamente en la atención y cuidado del paciente y la forma en que son abordados o tratados con el fin de evitar una incidencia negativa. Esto da lugar a la proyección de ajustes o cambios en la forma en que se presta la atención y frente al personal encargado de la misma, logrando mejorar los niveles de seguridad y disminuir los riesgos y falla en los protocolos, seguimiento y evaluación. Por lo tanto es un estudio transversal, el cual se diseñó con el objetivo de medir la prevalencia de un determinado resultado frente a un colectivo social definido dentro de un periodo de tiempo concreto. Este tipo de estudio además permite evaluar necesidades latentes en cuanto al cuidado de la salud y la planeación relacionada con la provisión de un servicio. De igual modo, sirve para evaluar el impacto de las medidas preventivas implementadas frente a la reducción de una enfermedad dentro de un determinado colectivo social.

Por tal motivo frente al cumplimiento de los objetivos propuestos dentro del análisis desarrollado, es importante plantear que para determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente al interior de la institución prestadora de salud estudiada, es preciso considerar cuatro puntos específicos: la caracterización del talento humano; la determinación del avance en cuanto a factores como la actitud, la comunicación, el clima organizacional; la oportunidad en los reportes y el desarrollo de prácticas

interdisciplinarias por parte del colectivo organizacional, el cual está integrado por 70 individuos, quienes hacen parte de dos áreas específicas: administrativa (32 integrantes) y asistencial (38 integrantes).

en una de las preguntas el 100% de los casos, tanto del **área administrativa como asistencial**, se considera que si hay un alto grado de seguridad en la atención que se presta a los pacientes en la institución. Aunque al contrastar con las respuestas dadas en aspectos anteriores, donde no se logra un 100%, podría plantearse que en algunos casos las actividades o procesos que se llevan o no a cabo dentro de la institución, por parte de este colectivo de colaboradores, pueden estar afectando la seguridad del paciente y deben ser revisados de manera inmediata y constante.

Por ende si puede mejorarse el clima de seguridad del paciente revisando aquellos aspectos que no superan una respuesta positiva del 70%, como sucede con la dotación de personal, lo cual implica un análisis detallado y la gestión de acciones que aporten a que los trabajadores tengan una percepción diferente, todo ello mediante el cambio o ajuste de dinámicas o procedimientos que pueden generar una percepción negativa en funcionarios de las diferentes unidades de trabajo que integran la organización.

1. ABSTRACT

This study focuses on the analysis of the perception of the culture of patient safety in the IPS UNIPA (Indigenous Unit of the AWA people),

Specifically during a period of time between the years 2020 II- 2021 I. In this sense, we seek to establish the way in which the factors related to the prevention of errors that may negatively affect the health of the patient and that are not related are viewed. with the underlying disease or diagnosis, but with poorly developed procedures or actions, in addition to carelessness or non-compliance with protocols, where not only medical personnel are involved but also support or assistance personnel.

Based on the above, a descriptive observational study was carried out, based on the application of a questionnaire on patient safety, which helps to understand the aspects that positively or negatively influence the care and care of the patient and the way in which they are approached or treated in order to avoid a negative incidence. This gives rise to the projection of adjustments or changes in the way in which care is provided and in front of the personnel in charge of it, managing to improve security levels and reduce risks and failure in protocols, monitoring and evaluation. Therefore, it is a cross-sectional study,

which was designed with the objective of measuring the prevalence of a certain result against a defined social group within a specific period of time. This type of study also allows evaluating latent needs in terms of health care and planning related to the provision of a service. In the same way, it serves to evaluate the impact of the preventive measures implemented against the reduction of a disease within a certain social group.

For this reason, in view of the fulfillment of the objectives proposed within the analysis developed, it is important to state that in order to determine the perception of the culture of patient safety within the health care institution studied, it is necessary to consider four specific points: the characterization of the human talent; the determination of progress in terms of factors such as attitude, communication, organizational climate; the opportunity in the reports and the development of interdisciplinary practices by the organizational group, which is made up of 70 individuals, who are part of two specific areas: administrative (32 members) and care (38 members).

In one of the questions, 100% of the cases, both in the administrative and healthcare areas, it is considered that there is a high degree of security in the care provided to patients in the institution. Although when contrasting with the answers given in previous aspects, where 100% is not achieved, it could be argued that in some cases the activities or processes that are carried out or not carried out within the institution, by this group of collaborators, may be affecting patient safety and should be reviewed immediately and constantly.

Therefore, if the patient safety climate can be improved by reviewing those aspects that do not exceed a positive response of 70%, as is the case with staffing, which implies a detailed analysis and the management of actions that contribute to the workers having a different perception, all through the change or adjustment of dynamics or procedures that can generate a negative perception in officials of the different work units that make up the organization.

2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cultura de seguridad del paciente es un componente de gran importancia que permite conocer la calidad de la atención en salud que se establece por parte del personal encargado de este campo alrededor del mundo. Como lo reitera la Organización Mundial de la Salud OMS¹ “la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios”. Por lo tanto, se ha considerado como un asunto de interés general en el sector salud, pues esto no solo permite mejorar la dinámica de atención sino además los resultados que pueden obtenerse dentro de la comunidad de pacientes, mejorando el

nivel de recuperación en muchos casos.

En este contexto, como lo plantea el Ministerio de Protección Social² colombiano, en los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente “Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”. Teniendo como base lo anterior, debe llevarse a cabo la corrección o radicación de dichas situaciones o dinámicas que coloquen en riesgo a los pacientes, con el objetivo de ofrecerles una atención de mejor calidad y brindarles seguridad frente a los diferentes servicios que les presta una institución de salud.

De esta manera, como lo afirma Ordoñez³ “entre un 4 y un 17 % de los pacientes que ingresan en un hospital, sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención en los servicios de salud y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores pueden provocarle la muerte”. Por este motivo, es necesario que las instituciones tengan claros los lineamientos y dinámicas necesarias para implementar procesos y procedimientos que aporten a la minimización de este tipo de situaciones, teniendo como base que los pacientes son su responsabilidad y que su deber institucional está en aportar al mejoramiento de sus condiciones de salud y evitar los riesgos que pueden darse durante el proceso de atención.

Así, es relevante mencionar que el interés no debe estar centrado solo en el riesgo que causa el efecto negativo frente al paciente, sino además en la secuencia de procesos o acciones que llevaron al mismo, la cual debe ser identificada, analizada y controlada, buscando reducir o eliminar su incidencia frente al paciente. “Ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalarse al profesional y a pedirse una sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido”⁴.

Es por ello que cada vez es más importante que las instituciones centren su atención en diferentes factores y escenarios de riesgo, dando lugar al continuo

seguimiento, revisión y estudio de los mismos, logrando gestionarlos adecuadamente y eliminar su desarrollo o repitencia, dando lugar a estudios de prevalencia. Debe haber un claro reporte de los hechos y además un registro continuo de múltiples elementos y procesos desde el mismo instante en el que un paciente ingresa a la institución. Esto lleva a pensar no solo en un procedimiento sino en la necesidad de contar con una política de seguridad del paciente, pero que no solo se establezca a partir de documentación organizada, sino que tenga un alto nivel de aplicabilidad, por ello su revisión en las entidades prestadoras de salud es tan significativo.

Al respecto, a pesar de que los entes reguladores como el Ministerio de Protección Social han estructurado y publicado diferentes guías frente a la seguridad del paciente y la atención segura, se precisa que los actores institucionales hagan uso de las mismas y apliquen todas aquellas prácticas y dinámicas que estas contienen, frente a lo cual se requiere un proceso de evaluación continuo para asegurar su ejecución y una verdadera consolidación de la cultura de seguridad del paciente. De acuerdo con Ruiz y Montes⁵ “en respuesta a este problema mundial de seguridad en salud, la Organización Mundial de la Salud OMS creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones”.

Pero a pesar de los ingentes esfuerzos por mejorar la seguridad del paciente aún se establece una percepción negativa por parte de los usuarios, considerando que de acuerdo al estudio hecho por el Ministerio de Salud del Perú⁶, en el que se incluyeron 5 países, México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, se “evidencia que, en promedio, 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención”. Es por esto que la necesidad de evaluar la forma en que se desarrolla y percibe la cultura de seguridad del paciente es tan significativa en este estudio, pues da lugar a una interpretación de las situaciones que se desarrollan al interior de las entidades de salud, permitiendo establecer una impresión consciente de la realidad del entorno y visualizar cómo esta puede llegar a afectar al paciente de acuerdo con la forma en que es asumida por los diferentes actores involucrados, quienes tienen una visión específica del escenario donde se

desempeñan y considerando los individuos que atienden y sus particularidades tanto de nivel personal como de condición de salud.

2.3.PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente existente en la IPS UNIPA (Unidad Indígena del pueblo AWA), 2020 II – 2021 I?

2.4 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se justifico a partir de diferentes aspectos, algunos de los cuales se describen a continuación. El primero de ellos está relacionado con conveniencia del mismo, la cual claramente es trascendental pues permitio a la entidad prestadoras de salud identificar cuáles son aquellos factores más relevantes al momento de gestionar una cultura de seguridad del paciente, además de aquellas situaciones que son más recurrentes y que pueden afectar en alto grado la integridad y vida del mismo. En este sentido, también se conocieron los aspectos relacionados con la regulación del tema abordado, con el fin de tener claridad frente a las normas que lo rigen y su dinámica al momento de ser aplicadas, elementos de gran relevancia al momento de comprender y analizar la seguridad del paciente y la forma en que los entes reguladores gestionan su cumplimiento y gestión.

En segundo lugar, es relevante plantear que el trabajo propuesto tiene una relevancia social identificada en la posibilidad que se dá a los actores institucionales y usuarios de reconcer factores de riesgo, pero también las formas de asumirlos y prevenirlos, pues debe plantearse que en la seguridad del paciente interviene éste y quien lo atiende, por lo cual la misma depende de un trabajo colaborativo. Así, “es significativo el conocimiento frente a los lineamientos técnicos alrededor de la evaluación del clima de seguridad y del sistema de reporte y análisis de los eventos adversos como parte de un proceso de aprendizaje colectivo”⁷.

En tercer lugar, el estudio presenta un relevancia práctica, pues permite analizar un escenario real relacionado con una institución prestadora de salud IPS, generando un panorama claro acerca de sus características y las percepciones que ahí se gestan en cuanto a la cultura de seguridad del paciente, un tema que es ampliamente discutido a nivel conceptual pero que en determinados casos no tiene el mismo nivel de aplicabilidad que se esperaría por parte de las entidades y sus colaboradores. Así, se logran identificar las formas en que los individuos reaccionan y cómo esto aporta o no a la atención de los individuos, algo que no solo está relacionado con el cumplimiento sino con la forma en que este se asume. En este sentido, “la

cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud”⁸.

En cuarto lugar, se presentó un aporte teórico a partir de la revisión de diversos trabajos y análisis relacionados con el tema de estudio y con un alto grado de actualidad, lo que permite tener en perspectiva los últimos avances en cuanto a la seguridad del paciente y lo que esta implica dentro del desarrollo institucional, la capacitación del personal y la estructuración de la normatividad. De igual modo, la gestión investigativa del tema permitió llevar a cabo la aplicabilidad de instrumentos metodológicos relacionados con la cultura de seguridad del paciente, logrando verificar su efectividad y posibilidad de control en la dinámica investigativa, además de poder adaptar determinados aspectos de acuerdo al contexto analizado.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente de la IPS UNIPA (Unidad Indígena del pueblo AWA), periodo 2020 II- 2021 I

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente.
- Determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (clima, actitud, comunicación, oportunidad en reporte, prácticas interdisciplinarias) en la institución.
- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente en la institución

- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente en la institución.

4. MARCO TEORICO

4.1. Antecedentes

Dentro del estudio de la cultura de seguridad del paciente se pueden encontrar diferentes trabajos que sirven como base y referencia para el estudio propuesto, identificando elementos teóricos y metodológicos de relevancia de acuerdo con la población analizada y los escenarios en los que ésta se desarrolla.

En este contexto, de acuerdo con el trabajo de Estepa et al.⁹ denominado “Eficacia de los programas de seguridad del paciente”, la seguridad del paciente se presenta como un aspecto fundamental de la calidad asistencial, por lo cual es relevante evaluar de manera continua los programas de seguridad para el paciente. En este sentido, se plantea dentro del trabajo que un apropiado seguimiento y control puede llevar claramente a una disminución de complicaciones, especialmente relacionadas con temas de higiene al momento de tratar al paciente, además de la revisión de acciones y procesos que pueden establecer una contaminación de los instrumentos o procedimientos. El estudio concluye que existen múltiples programas de seguridad, diseñados y adaptados para cada institución, pero pocos los estudios que se llevan a cabo para evaluar la eficacia de los mismos.

Por su parte, Camacho¹⁰, en su estudio “Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria”, determina el nivel de cultura de seguridad a través de un estudio correlacional de corte transversal, en el que participaron 51 actores del contexto de salud que hacían parte de catorce centros de salud de la ciudad de Bucaramanga. Al finalizar el estudio se estableció que los actores de género femenino son mejor valorados que los de género masculino, especialmente en las áreas de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología. Se resalta además que algunas de las variables que más afectan el proceso de seguridad del paciente están

relacionadas con la edad, antigüedad en el trabajo y número de horas trabajadas en la semana. Se concluye así que la cultura de seguridad en las entidades estudiadas no se percibe con un alto nivel de fortaleza y que requiere de la gestión de planes de mejoramiento contundentes.

Ramos et al.¹¹ afirman en su investigación “Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina” que la cultura de seguridad en salud es una temática que cobra cada vez más importancia y auge en el campo investigativo e institucional en diferentes lugares del mundo, aunque para el caso de Latinoamérica los estudios aún son incipientes, por lo cual es significativo determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente en instituciones como el Hospital Privado de Córdoba. Frente a este caso específico, se encuentra que las áreas más fuertes están relacionadas con lo organizacional y la mejora continua, mientras que la dotación de personal obtuvo una baja calificación. En este sentido, se determinan claramente aquellos campos que es preciso mejorar, especialmente en cuanto a personal, el cual por el excesivo trabajo no tiene un óptimo nivel de atención frente a las actividades médicas.

Por su parte, Arias et al.¹² en su investigación “Clima de seguridad del paciente en quirófanos de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contrato”, realizan un análisis de la seguridad del paciente teniendo como base el uso de quirófanos por parte de los trabajadores de la salud, considerando aspectos como la profesión y el tipo de contrato. De esta manera, se encuentra que el clima de seguridad del paciente juega un importante rol frente a factores como el trabajo en equipo, la carga laboral y el tipo de labor desarrollada por parte de los especialistas, personal de enfermería y anestesiólogos.

El trabajo denominado “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario” desarrollado por Mella et al.¹³ determina la percepción de seguridad que tiene el personal sanitario y no sanitario en la escena hospitalaria, describiendo el clima de seguridad a partir de factores positivos y negativos, dando lugar a un análisis detallado de las causas de acciones negativas y la posibilidad de gestar acciones de mejora frente al tema. Se encuentra así que el personal que cuenta con un mayor nivel de cultura de seguridad para el paciente es el integrado por los farmacéutas, mientras que los que presentaron menores niveles de cultura de seguridad fueron los

integrantes del cuerpo de seguridad. En este contexto, a pesar de que la percepción frente a la seguridad del paciente es buena, pueden plantearse importantes mejoras atendiendo las debilidades relacionadas con la dotación de personal, el apoyo a la seguridad de los pacientes y rotación de turnos, entre otros.

Martínez et al.¹⁴ en el análisis titulado “Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud”, encuentran que la cultura de seguridad en enfermería se estructura a partir de acciones no complejas y cotidianas, las cuales pueden llegar a salvar la vida de los pacientes, pero además se requiere de un adecuado equilibrio de otros factores como personal y planeación de turnos y actividades, los cuales sumados a horarios adecuados, educación y empoderamiento, pueden optimizar el clima de seguridad en un alto nivel, al igual que la dinámica de trabajo organizacional. De esta manera, se resalta que frente a la seguridad no solo impacta el personal médico sino también el personal asistencial que tiene otro tipo de actividades institucionales, pero que son transversales a todo el proceso de salud.

De acuerdo con Rocco¹⁵ en su investigación “Seguridad del paciente y cultura de seguridad”, es labor de las instituciones de salud velar por mantener un adecuado nivel de seguridad del paciente, evitando peligros o lesiones para este causadas por un inadecuado proceso o procedimiento o por la falta de un protocolo adecuado o del cumplimiento del mismo. Así, se convierte en una herramienta para evitar empeorar alguna condición específica y mejorar los avances en cuanto a diagnósticos y tratamientos, por lo que se analizan dos líneas de trabajo relacionadas con la teoría del error de Reason y la cultura de seguridad (CS). En este sentido, el autor explora diversas definiciones, estrategias y dinámicas orientadas a disminuir el impacto negativo de fallas en los procedimientos o protocolos, además de los errores del personal, con el fin de disminuir ampliamente sus consecuencias.

Pérez et al.¹⁶ desarrollan el trabajo denominado “Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social”, en el cual se afirma que la implementación de una cultura de seguridad evita que se presenten o aumenten los incidentes o errores al interior del proceso de atención en salud, por lo que se precisa hacer revisión constante y control de los procedimientos y dinámicas de diagnóstico y atención, lo que puede implicar cambio o modificación de procedimientos y personal. De este modo,

se debe considerar el análisis de diferentes elementos frente a la seguridad del paciente, entre ellos comportamentales, documentales y procedimentales, con el objetivo de poder implementar programas que realmente respondan a las necesidades de seguridad que tiene la institución y considerando sus particularidades administrativas y de personal.

4.2.Bases teóricas

Es importante plantear que fomentar dinámicas dirigidas a la seguridad del paciente no solo se convierte en una opción para las entidades de salud, sino en una necesidad latente y de gran relevancia, convirtiéndose así en una obligación con la ética y el compromiso adquirido por el personal de salud en cuanto al respeto y seguimiento del deber hipocrático, que como lo plantea Patiño¹⁷ implica no dañar al paciente y actuar de acuerdo con la capacidad y conocimientos obtenidos evitando todo daño o injusticia que pueda afectar al paciente. De esta manera, el desarrollo de una cultura de la seguridad es fundamental en cualquier institución, con el fin de brindar al paciente una adecuada atención y mejorar sus posibilidades de recuperación en gran medida. “Desarrollar una "cultura de seguridad", constituye el punto de inicio de cualquier procedimiento enfocado a la mejora de la seguridad de los pacientes en cualquier ámbito sanitario”¹⁸.

Al respecto, la Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria AHRQ¹⁹ de Estados Unidos establece cuatro aspectos base frente a la seguridad del paciente, buscando con ello minimizar los riesgos que este puede sufrir durante la dinámica de atención.

“Aspecto 1: Identificación de las amenazas a la seguridad del paciente. La recopilación de datos con respecto a seguridad de pacientes de riesgo para crear una cultura de seguridad.

Aspecto 2: Identificación y evaluación eficaz de las prácticas de seguridad de los pacientes, mediante estudios analíticos (análisis causa-raíz y análisis modal de fallos y efectos).

Aspecto 3: Educar, difundir, implementar y crear conciencia.

Aspecto 4: Continuo seguimiento y evaluación de las amenazas a la seguridad del paciente. Una "cultura de seguridad" positiva".

Como puede observarse, dichos aspectos permiten establecer un derrotero acerca de las dinámicas necesarias para ejercer una adecuada atención al paciente, asegurando así una verdadera calidad asistencial, que de acuerdo a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud OMS²⁰ "es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y efectiva".

Así, la calidad asistencial busca que las instituciones y el personal que hace parte de estas pueda proporcionar y asegurar a los pacientes un alto grado de bienestar, teniendo como base todos aquellos factores que pueden afectar su atención y recuperación, considerando elementos humanos y organizacionales y estableciendo procedimientos que sean cumplidos por todos los miembros de la organización, con el objetivo de alcanzar los resultados deseados en cuanto a calidad se refiere, asegurando el cuidado del paciente e incrementando sus posibilidades de recuperación.

Frente a lo anterior, Rodríguez²¹ afirma que la calidad asistencial debe considerar diversas dimensiones, entre las cuales se encuentran:

- "La calidad científico-técnica con respecto a la formación y a la competencia de los profesionales, no sólo a nivel asistencial sino también con respecto a la satisfacción de los usuarios.
- La accesibilidad, facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa para toda la población.
- La satisfacción, grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario. con respecto al funcionamiento de la organización como el trato personal recibido.
- Efectividad, con respecto a los logros conseguidos en la salud de la población.
- Eficiencia, consecución del más alto nivel posible de calidad con los recursos disponibles.
- Adecuación o idoneidad de la atención recibida en relación con las

necesidades del paciente”.

La calidad asistencial contribuye a la seguridad que requiere todo procedimiento y paciente al momento de la atención en salud. “La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema”²². En este sentido, el trabajo frente al mejoramiento de la seguridad del paciente implica esfuerzos de todo el sistema de salud tanto a nivel administrativo, como operativo y humano.

En lo relacionado con el factor humano, se deberán considerar elementos como: bajos niveles de formación, bajos niveles de experiencia, manejo del tiempo, inconvenientes de salud o adicciones, bajos niveles de motivación, problemas de personalidad, diversidad de pacientes y múltiples escenarios de atención y errores cometidos por parte de los pacientes. Para el caso del factor organizacional se deberán considerar elementos como la falta de calidad del servicio institucional, bajos niveles de entrenamiento del personal, presión laboral, inadecuadas herramientas tecnológicas, sistemas de información y documentación deficientes, bajos niveles de comunicación, factores ambientales y estructurales y tipos de procedimientos.

Lo anterior permite verificar la necesidad de ajustes en determinado nivel, pues se puede contar con un excelente equipo de trabajo, pero con una dinámica administrativa u organizacional inadecuada o suceder lo contrario, lo que llevaría a un efecto negativo frente a la seguridad del paciente. Así, “la forma más apropiada de prevenir esos problemas es limitar la incidencia de errores peligrosos y crear sistemas, más capaces de tolerarlos deteniendo sus efectos dañinos. Pero para que se produzca esto es necesario pasar del individualismo al grupo, del miedo y la defensa a la confianza, de la autoridad a la participación, del secretismo a la transparencia y de la vergüenza al apoyo mutuo pero todo ello pasa por un cambio de cultura tanto personal como a nivel de organización”²³.

De este modo, un adecuado proceso de calidad asistencial y seguridad del paciente puede llevar a estructurar una cultura de seguridad, pero este es un trabajo colectivo y en el que no solo el personal médico tiene un papel

importante, depende de todos los actores institucionales y de las condiciones en que éste se mueve diariamente, buscando siempre un equilibrio entre lo humano y lo administrativo. Solo de este modo se podrá diseñar, estructurar e implementar una verdadera cultura de seguridad, la cual es descrita por Khatri et al.²⁴ como “la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia”.

Por su parte, Da Silva²⁹ et al. afirman que la cultura de seguridad del paciente implica “valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad”. Al respecto, también implica considerar una serie de dimensiones para abordar adecuadamente su estudio y desarrollo. Éstas se convierten en un referente para establecer un adecuado análisis como se observa a continuación:

- Frecuencia de Eventos Notificados: En esta se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, además de aquellos que previsiblemente no van a dañar al paciente y los que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.
- Percepción de seguridad: Se analiza el ritmo de trabajo y si eso implica sacrificar la seguridad del paciente, además de los procedimientos y medios de trabajo buenos para evitar errores en la asistencia, considerando que no se producen más fallos por casualidad.
- Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad: Se relaciona con la forma en que un superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos para el paciente. En este sentido, se considera cuando aumenta la presión del trabajo y los superiores pretenden que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la Seguridad, al igual que pasar por alto los problemas de seguridad del paciente.
- Aprendizaje organizacional/mejora continua: se analiza si se tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, teniendo como base que cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo

las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo o se generen cambios que para mejorar la seguridad y comprobar su efectividad.

- Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio: Se trata acerca de si el personal se apoya mutuamente, todos colaboran en equipo y se tratan con respeto, además de encontrar ayuda en todos los miembros del equipo.
- Franqueza en la comunicación: Se busca estudiar si cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente habla de ello abiertamente y además tiene la posibilidad de cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores o, por el contrario, teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.
- Feed-back y comunicación sobre errores: se establece si hay notificaciones acerca de las actuaciones que se han llevado a cabo frente a algún incidente, informando de los errores que ocurren en el servicio o unidad, además de discutir de qué manera se puede evitar.
- Respuesta no punitiva a los errores: Se establece si los compañeros o los superiores se enteran de que se ha cometido un error y lo utilizan en contra del responsable, buscando así culpables y generando situaciones que pueden ser registradas en el expediente del colaborador.
- Dotación de personal: Se define si hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo y prestar una adecuada atención o se debe trabajar bajo presión, realizando demasiadas cosas a prisa.
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente: Aquí se consulta acerca de si la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que incide sobre la seguridad del paciente, se hace un seguimiento continuo o solo se genera interés cuando suceden los hechos.
- Trabajo en equipo entre unidades: Se establece si hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente y si se trabaja de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible o si no se coordinan bien entre ellas, considerando si se tiene que trabajar con personal de otros servicios.

- Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades: Se considera si la información de los pacientes se pierde de una unidad a otra o frente al cambio de turno, además de establecer si el cambio de información entre áreas o colaboradores es problemático considerando los cambios de turno.

Estas doce dimensiones permiten visualizar todas las dinámicas y acciones que implica gestionar una cultura de seguridad del paciente, con el fin de fortalecer las actividades al interior de las entidades de salud, evitando así los eventos adversos, que de acuerdo con la Fundación Avedis Donabedian se presentan como “una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento, así como los sistemas y equipamientos utilizados”. Se resalta que pueden presentarse eventos adversos graves que pueden ocasionar la muerte o la pérdida de una función en el paciente o eventos adversos leves que pueden ocasionar fiebre o que la salida de la clínica o centro médico se tarde más tiempo.²⁹

Lo anterior lleva a establecer lineamientos claros a partir de la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia, entre los cuales se encuentran el enfoque de atención centrado en el usuario, la cultura de seguridad, la integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, la multicasualidad, la validez, la alianza con el paciente y su familia y la alianza con el profesional de la salud. Dichos lineamientos se enfocan a cumplir con los objetivos de la política de seguridad del paciente, los cuales de acuerdo con el Ministerio de la Protección Social⁴ son:

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

- Homologar la terminología a utilizar en el país.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

Así, se establece la necesidad de generar un adecuado control frente a los procesos y procedimientos que se desarrollan al interior de las entidades de salud, las cuales para el caso colombiano cada vez presentan un mayor nivel de complejidad.

5. METODOLOGÍA

5.1. ENFOQUE Y DISEÑO

Enfoque y Diseño De La Investigación

Frente al desarrollo de la investigación propuesta se llevo a cabo un estudio de tipo cuantitativo observacional, descriptivo transversal, a partir de la aplicación de un cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente.

De acuerdo con Sampieri²⁶ “los estudios cuantitativos usan la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Materola²⁷ establece que “los estudios observacionales (EO) corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es "la observación y registro" de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. Por otra parte, los EO pueden ser descriptivos, cuando lo que se pretende es "describir y registrar" lo observado, como el comportamiento de una o más variables en un grupo de sujetos en un periodo de tiempo”.

Para el caso propuesto se realizó un estudio transversal, el cual se diseñó con el objetivo de medir la prevalencia de un determinado resultado frente a un colectivo social definido dentro de un periodo de tiempo concreto. Este tipo de estudio además permite evaluar necesidades latentes en cuanto al cuidado de la salud y la planeación relacionada con la provisión de un servicio. De igual modo, sirve para evaluar el impacto de las medidas preventivas implementadas frente a la reducción de una enfermedad dentro de un determinado colectivo social.²⁷

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población utilizada es el personal de salud de la IPS UNIPA (**Unidad** Indígena del pueblo AWA), la cual cuenta con 70 personas del área administrativa y asistencial.

La muestra, es un subconjunto o parte de la población en que se llevará a cabo la investigación, es decir, es una parte representativa de la población²⁷. Para esta investigación se utilizó el censo debido a que es conveniente la utilización del total de la población.

Censo: “El **censo** es el recuento de datos estadísticos sobre toda una población específica. Es decir, el **censo** es la recopilación de información respecto a un grupo de personas.²⁸”

5.3. INSTRUMENTO

Considerando el tipo de estudio se utilizó el cuestionario de seguridad de los pacientes diseñado por el centro de gestión hospitalaria, que busca mejorar los procesos asistenciales -Clínicos- en las instituciones que prestan servicios de salud, con el fin de transformarlas en organizaciones altamente confiables y seguras.

La encuesta recoge las opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en su institución. La cual cuenta con dos encuestas de clima de seguridad la paciente área asistencial y área administrativa.

Que están divididas por secciones:

Sección A: area de trabajo
Sección B: jefe inmediato
Sección C: comunicación
Sección D: frecuencia de eventos adversos/errores reportados
Sección E: grado de seguridad del paciente
Sección F: su institución
Sección G: número de eventos adversos/errores reportados
Sección H: antecedentes
Sección I: comentarios
Sección J: atención segura

De forma general las respuestas se clasifican en tres categorías así:

- Negativo: Muy en desacuerdo, en desacuerdo.
- Neutral: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- Positivo: De acuerdo, muy de acuerdo.

5.4 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información pertinente a la investigación se dio inicio mediante una revisión teórica del tema seguridad del paciente que determino la viabilidad de la investigación.

Luego se solicitó el permiso a la IPS UNIPA a través de una carta de autorización enviada directamente desde la universidad quienes de manera muy asertiva aceptaron que se realizara dentro de su institución.

Una vez se entregó firmada la autorización por parte del gerente se procedió a la aplicación de la encuesta de seguridad del paciente la cual se realizó por medio de un cuestionario de google a la totalidad de los empleados de la IPS UNIPA sede el Diviso en Barbacoas, Nariño, los empleados fueron divididos en dos áreas, área administrativa y área asistencial y se hizo entrega a través de su correo electrónico, se les dio un mes de plazo para que la desarrollaran, para el personal que era difícil el manejo de herramientas tecnológicas se realizaron llamadas explicándoles el procedimiento y cada una de las preguntas para evitar errores en el diligenciamiento de la misma.

Al terminar el mes se recolectaron los datos de las 70 encuestas de seguridad del paciente diligenciadas por el personal de la IPS y la información fue depositada y tabulada por los dos investigadores en dos tablas de Excel que

correspondían a las áreas administrativas y asistencial para el procesamiento de la información, se realizaron tablas, graficas que permitieron realizar un análisis detallado de cada una de las respuestas obtenidas, se realizaron comparaciones entre secciones y entre áreas, para las cuales si puntuaban menos del 70% servían como punto para el plan de mejora que se entregó a la institución como insumo para el área de calidad quien es la encargada de implementar y velar por su cumplimiento.

El resultado final fue condensado en la presentación de resultados que dio paso a las conclusiones y recomendaciones de la investigación las cuales dieron respuesta a los objetivos planteados al inicio, de esta manera se dio por terminada la investigación de manera satisfactoria para el tutor, los investigadores y la institución.

6. RESULTADOS Y DISCUSION

6.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Frente al cumplimiento de los objetivos propuestos dentro del análisis desarrollado, es importante plantear que para determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente al interior de la institución prestadora de salud estudiada, es preciso considerar cuatro puntos específicos: la caracterización del talento humano; la determinación del avance en cuanto a factores como la actitud, la comunicación, el clima organizacional; la oportunidad en los reportes y el desarrollo de prácticas interdisciplinarias por parte del colectivo organizacional, el cual está integrado por 70 individuos, quienes hacen parte de dos áreas específicas: administrativa (32 integrantes) y asistencial (38 integrantes).

En este contexto, se establece una contextualización frente a la percepción de cada una de estas secciones, teniendo como base que su relación con el paciente es diferente, pero se orienta hacia el mismo objetivo, mejorar sus condiciones de salud, lo cual establece particularidades que pueden dar lugar o no a situaciones que pongan en peligro su seguridad e integridad.

De esta manera, a continuación se presenta una revisión de los resultados de la encuesta hecha a los integrantes de la institución prestadora de salud, en cuanto a diferentes aspectos como: área de trabajo, jefe inmediato, comunicación, frecuencia de errores adversos/errores reportados, grado de seguridad del paciente, la institución, número de eventos adversos/errores reportados, antecedentes y atención

segura, los cuales permiten tener un panorama general acerca del tema estudiado.

Sección A. Área de Trabajo

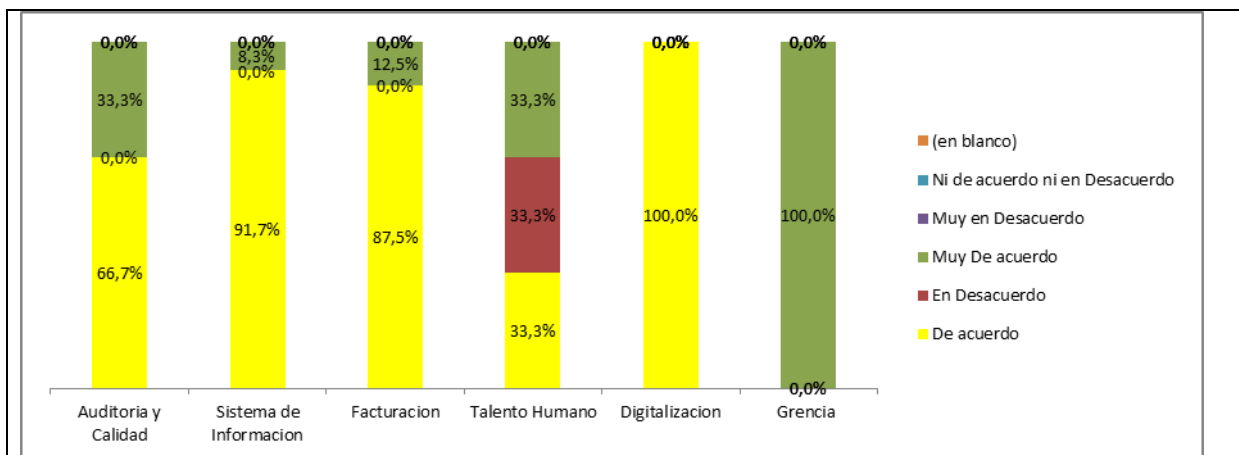
Para iniciar es importante plantear que las áreas administrativa y asistencial están integradas por seis y ocho unidades de trabajo respectivamente, las cuales se identifican a continuación, al igual que el número de sus integrantes:

Tabla 1. Unidades e integrantes de la entidad prestadora de salud estudiada

Unidades del área Administrativa	No. de integrantes	Unidades del área Sección Asistencial	No. de integrantes
Auditoria y Calidad	3	Consulta Externa	8
Sistemas de Información	12	Prioritaria	3
Facturación	8	Atención Primaria en Salud	5
Talento Humano	3	Laboratorio	7
Digitalización	4	Farmacia	2
Gerencia	2	Odontología	5
		Salud Pública	4
		Extra Mural	4
Total	32	Total	38

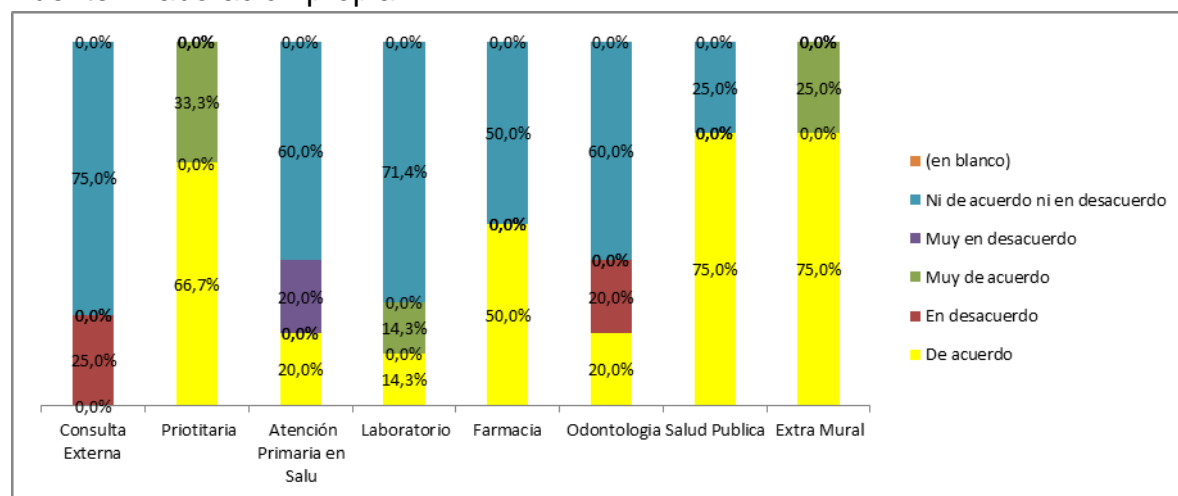
Fuente: Elaboración propia

Considerando la población de cada unidad se consulto acerca de los siguientes aspectos en cuanto a la sección de área de trabajo: cantidad de personal, trabajo en equipo, trato respetuoso y desarrollo de acciones que mejoren la seguridad del paciente, estableciéndose los siguientes resultados en las áreas administrativa y asistencial.



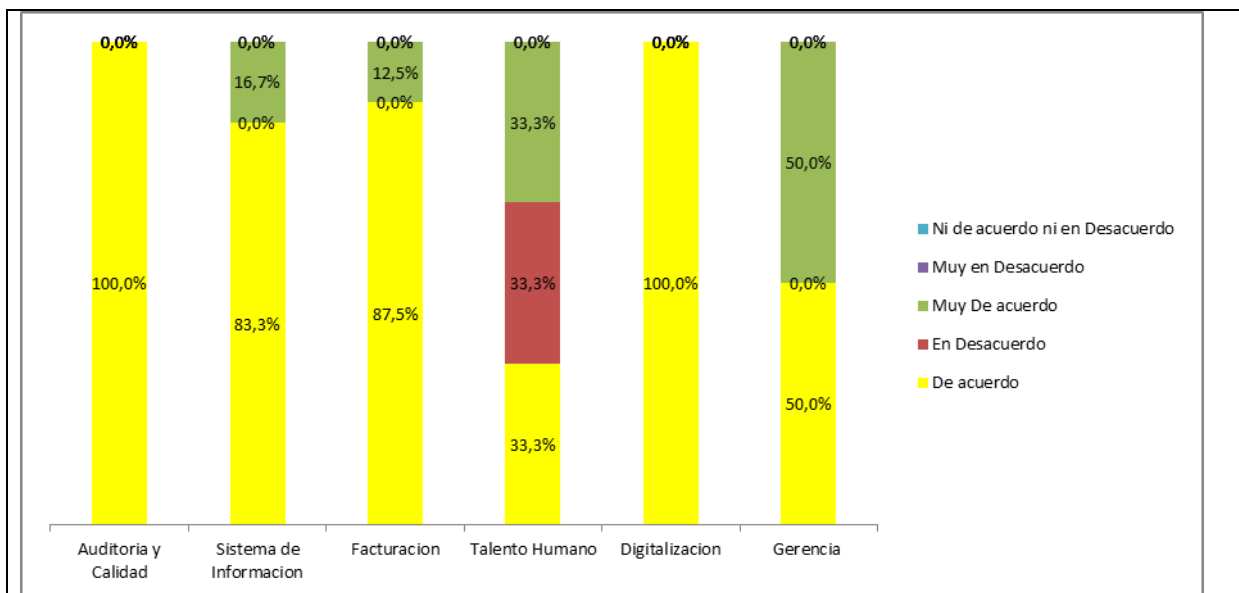
Gráfica 1. Se cuenta con personal suficiente para las labores del **área administrativa**

Fuente: Elaboración propia

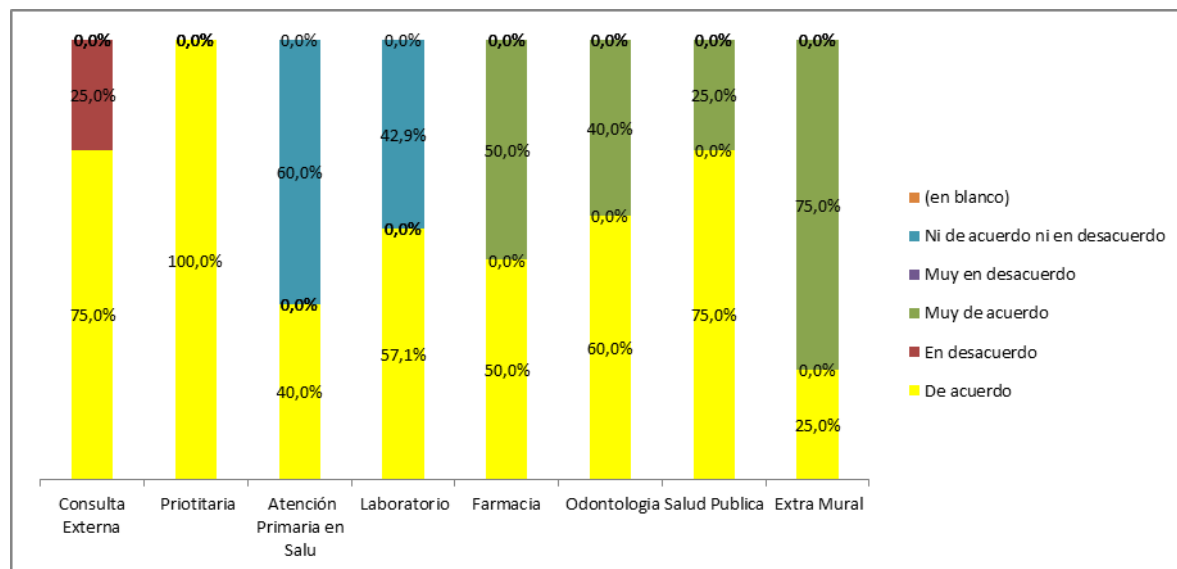


Gráfica 1.1. Se cuenta con personal suficiente para las labores del **área asistencial**

Fuente: Elaboración propia

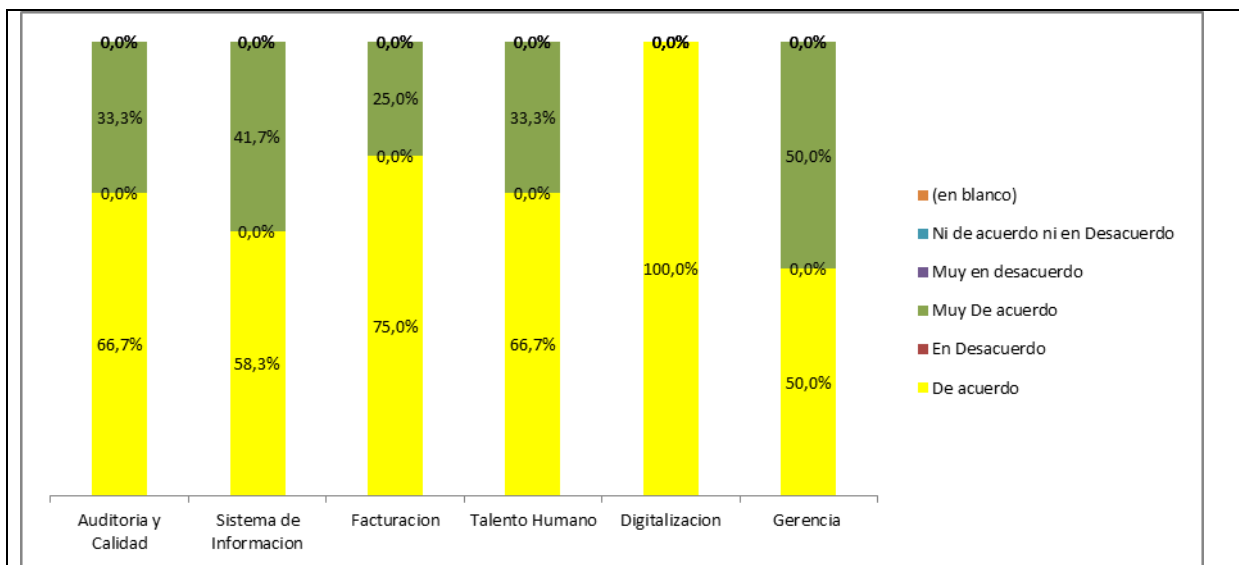


Gráfica 2. Hay trabajo en equipo frente a la finalización de grandes cantidades de trabajo en el **área administrativa**.

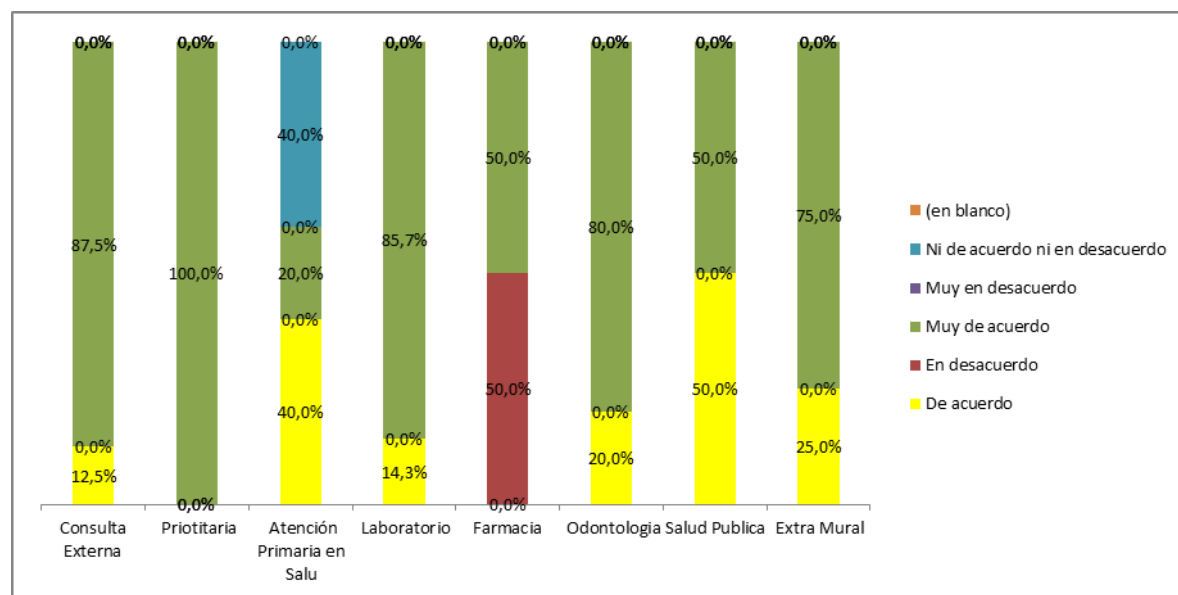


Gráfica 2.1. Hay trabajo en equipo frente a la finalización de grandes cantidades de trabajo en el **área asistencial**.

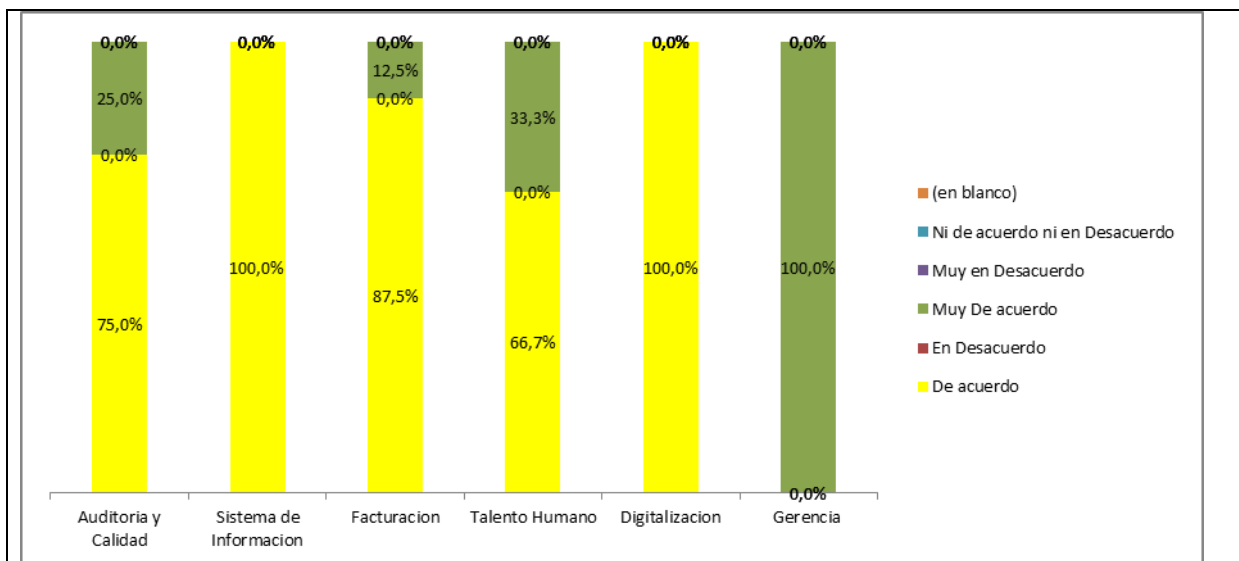
Fuente: Elaboración propia



Gráfica 3. El trato que se da dentro del **área administrativa** está basado en el respeto
 Fuente: Elaboración propia

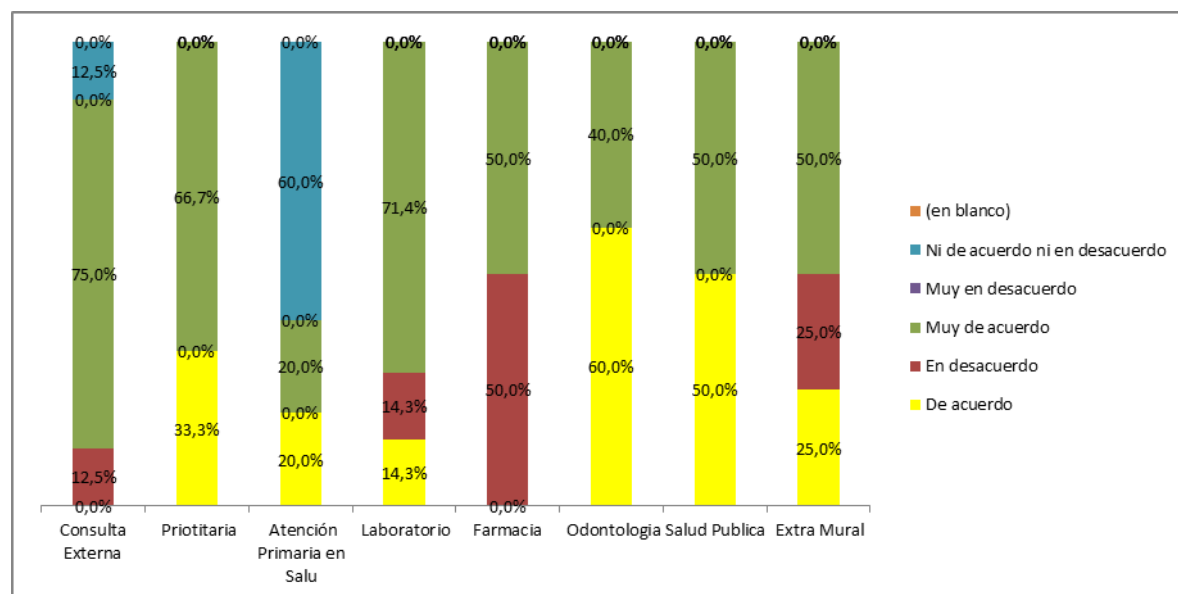


Gráfica 3.1. El trato que se da dentro del **área asistencial** está basado en el respeto
 Fuente: Elaboración propia



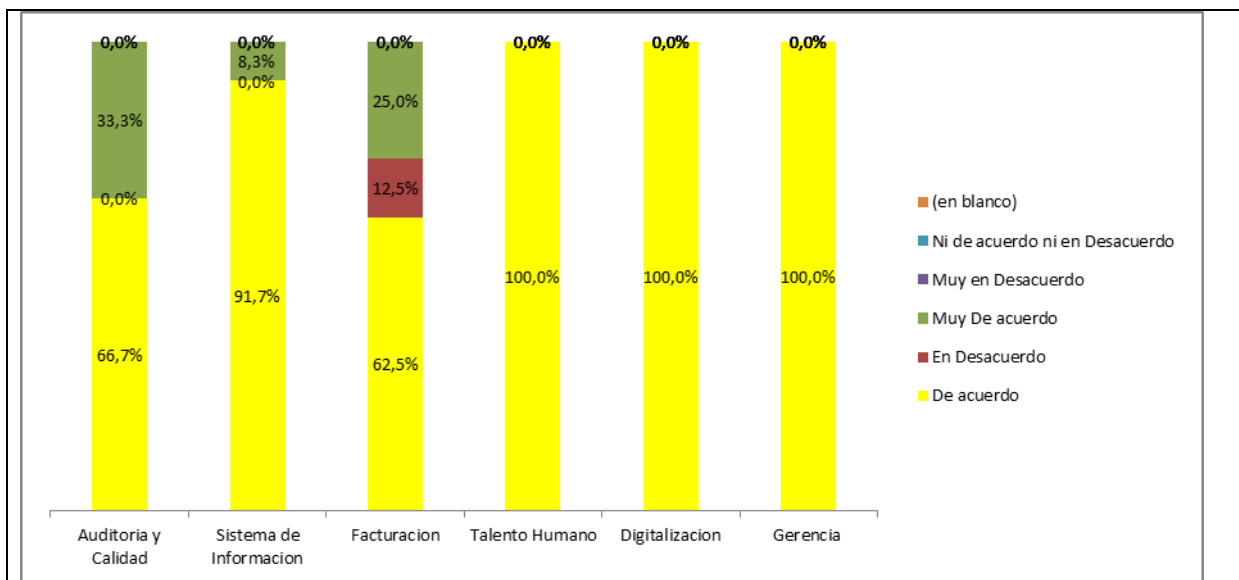
Gráfica 4. Se desarrollan acciones para mejorar la seguridad del paciente desde el **área administrativa**.

Fuente: Elaboración propia



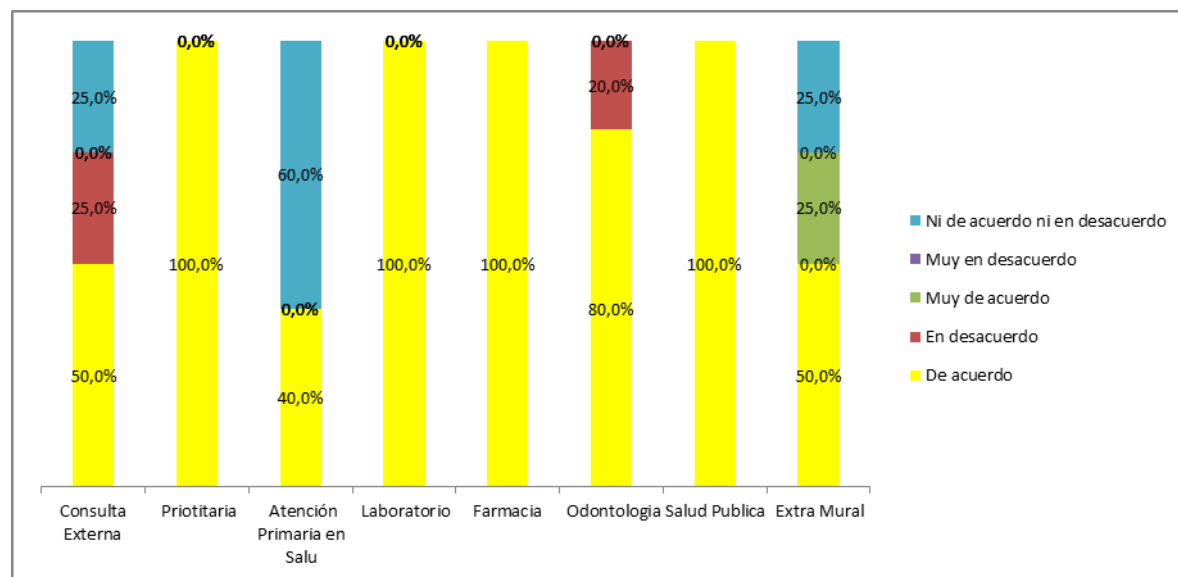
Gráfica 4.1. Se desarrollan acciones para mejorar la seguridad del paciente desde el **área asistencial**.

Fuente: Elaboración propia



Gráfica 5. Se tienen o se generan problemas con respecto a la seguridad de los pacientes en el **área administrativa**.

Fuente: Elaboración propia



Gráfica 5.1. Se tienen o se generan problemas con respecto a la seguridad de los pacientes en el **área asistencial**.

Fuente: Elaboración propia

Frente a los aspectos estudiados, relacionados con la cantidad de personal, el trabajo en equipo, el trato respetuoso y el desarrollo de acciones que mejoren la

seguridad del paciente, es importante plantear que se halla una debilidad en cuanto a los colaboradores disponibles en el área asistencial, donde solo un 39% plantea que se cuenta con personal suficiente para llevar a cabo las actividades propuestas, mientras que el restante no está de acuerdo o no plantea una posición específica. Por su parte, en el área administrativa, el 97% de los encuestados plantea que el personal actual es suficiente para llevar a cabo todas las labores programadas. Esta situación implica la revisión del proceso, considerando que el área asistencial está directamente relacionada con la seguridad del paciente y la posibilidad de que el mismo se recupere de manera pronta y efectiva. Al respecto, Cillero et al³⁰ plantea que dentro de los problemas institucionales que pueden afectar la seguridad del paciente están la “carencia de profesionales en diferentes áreas, los cuales pueden estar encargados de las compras, incluidos médicos, personal de enfermería y farmacéuticos”.

De otro lado, es importante plantear la necesidad de apoyarse entre los colaboradores y gestar acciones conjuntas para el logro de metas y el cuidado de los pacientes, esto lleva a plantear la necesidad de trabajar en equipo, especialmente en el área asistencial donde no se afirma no contar con personal suficiente. Así, se observa que tanto en el áreas administrativa y asistencial esta dinámica se presenta de manera adecuada, ya que ante el desarrollo de grandes cantidades de trabajo se establece el apoyo entre los colaboradores en el 97% y 79% de los casos respectivamente. De esta manera, puede afirmarse que el trabajo en equipo permite cumplir con las labores programadas y aportar a su adecuado desarrollo, lo que claramente beneficia al paciente y su seguridad. Según Vasco²³ “es necesario que gestores, profesionales y pacientes trabajen juntos para impulsar el cambio de cultura que permita desarrollar actitudes y estilos de trabajo orientados a la reducción del daño innecesario asociado a la atención médica”.

En este contexto, el trabajo en equipo es basado, al interior de la institución prestadora de salud, en el respeto por el otro y las actividades que lleva a cabo, lo cual se verifica cuando los colaboradores de las áreas asistencial y administrativa plantean que este es un factor siempre presente en su labor en el 99% y 92% de los casos respectivamente. Esto claramente fortalece el trabajo colaborativo y la posibilidad de apoyarse de manera continua y oportuna dentro de los diversos procesos y procedimientos que puede requerir un paciente, recordando que sin los debidos trámites administrativos no es posible generar las acciones médicas para tratar a los pacientes. Así, “resulta imprescindible que la relación laboral se base en el respeto, la confianza, la colaboración y la asunción de responsabilidades por parte de cada uno”³¹.

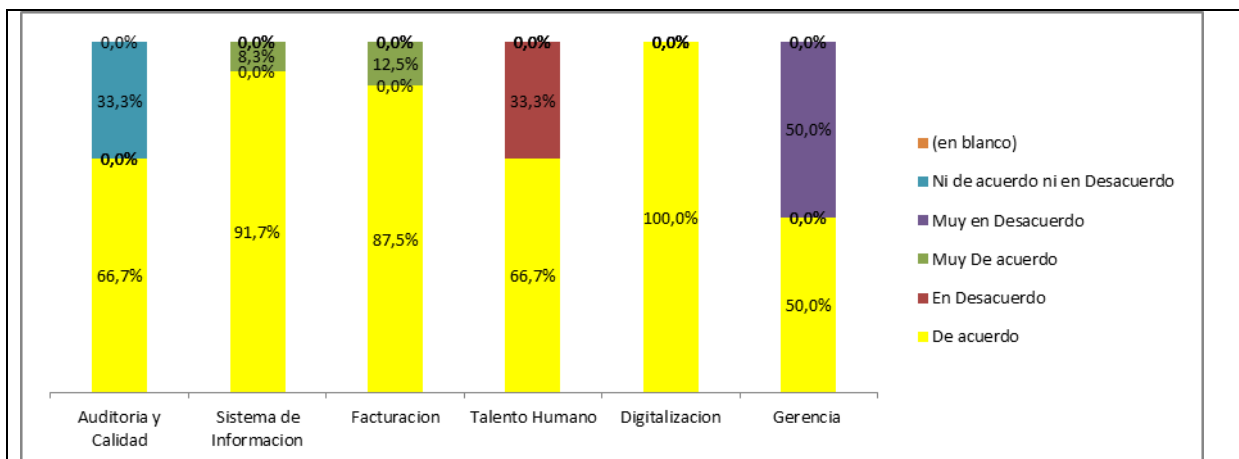
Además, es importante plantear que desde ambas áreas, administrativa y asistencial,

se afirma que en la institución se desarrollan acciones para mejorar la seguridad del paciente en un 99% y 79% respectivamente. Cabría mencionar aquí que quizá la contratación de más personal en el área asistencial debería convertirse en un punto neurálgico de las acciones de mejora institucionales, considerando que su actual número no es percibido como suficiente para llevar a cabo las labores. Esto puede evitar que los colaboradores tengan o generen problemas que comprometan la seguridad de sus usuarios, aspecto ante el cual las áreas administrativa y asistencial plantea que esto no sucede en el 97% y 76% de los casos respectivamente, cifras positivas que dejan ver que cada uno de estos actores enfoca sus funciones en una mejora continua, teniendo como base la relevancia de su desempeño en cuanto a la integridad y recuperación de los usuarios de cualquiera de los servicios de salud ofrecidos. Aunque es preciso visualizar, para el caso asistencial, las cifras que aluden a que no se desarrollan acciones en pro de la seguridad. De acuerdo con Ordoñez³ “es preciso una creciente conciencia entre los prestadores de servicios de salud, en asuntos como la seguridad que afectan la prestación del servicio, incluyendo los problemas derivados de los errores en tratamientos y prácticas de atención”.

De manera general, puede plantearse que en cuanto a esta primera sección hay resultados positivos en ambas áreas estudiadas, teniendo como base que los porcentajes superan el 70% en ambos casos. Así, es posible afirmar que se cuenta con una adecuada área de trabajo, en la cual se visualiza claramente el trabajo en equipo, el respeto y la gestión de acciones que favorezcan la seguridad del paciente, evitando así que se generen problemas con respecto a la misma. Aunque es posible establecer acciones de mejora que permitan elevar los porcentajes actuales y general mayores beneficios en cuanto a la atención y seguridad de los pacientes que asisten a la institución prestadora de salud.

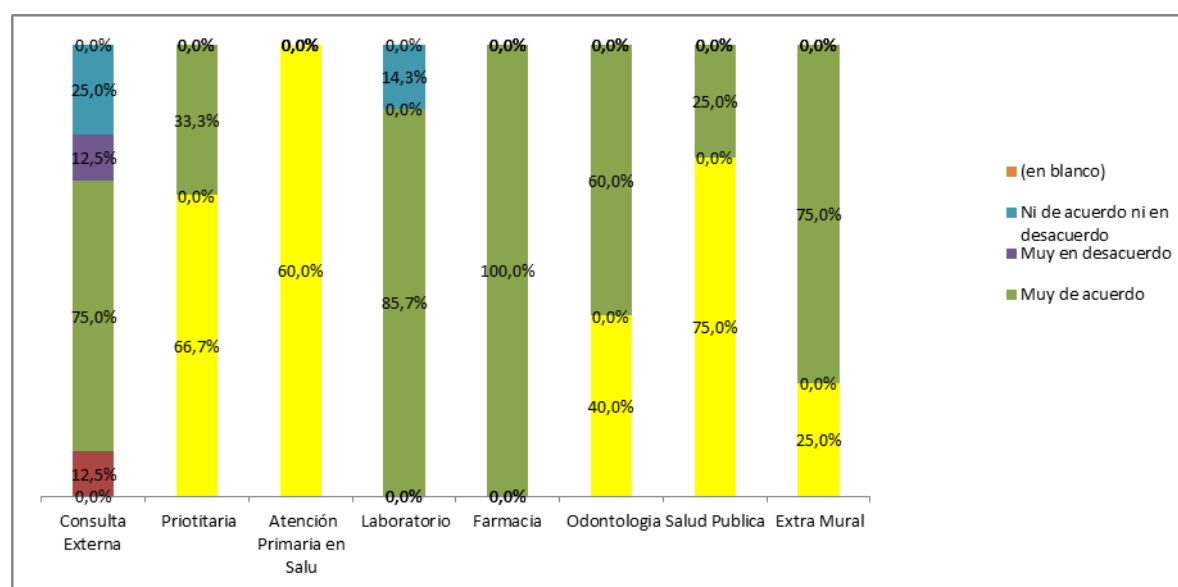
Sección B. Jefe Inmediato

En esta sección se presentan aspectos relacionados con el reconocimiento de los colaboradores a través de comentarios favorables por parte de los jefes y la capacidad de los últimos para aceptar sugerencias.



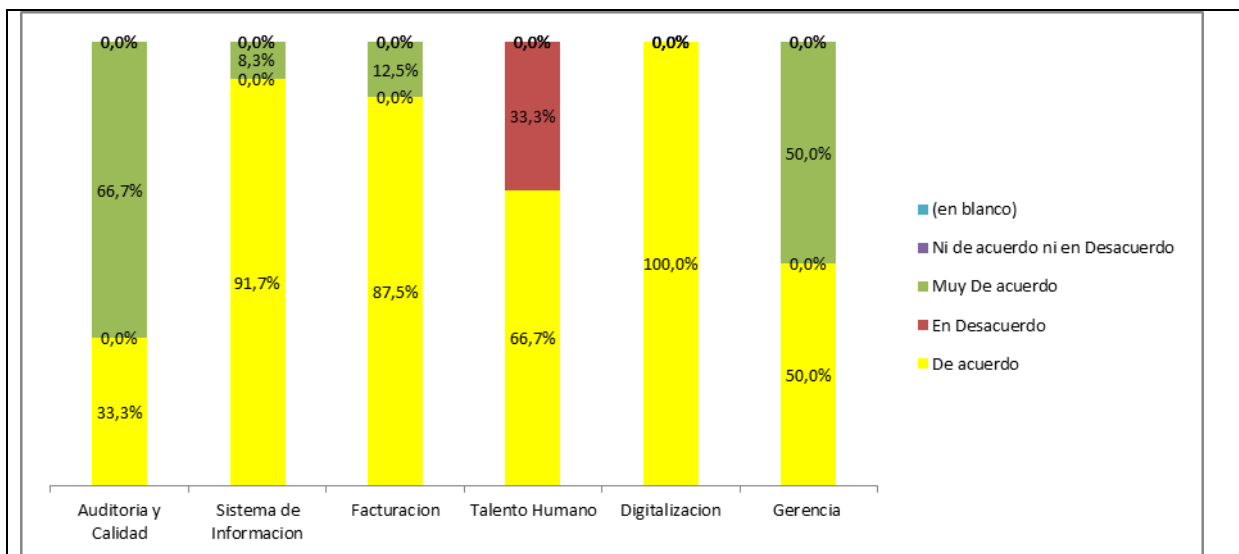
Gráfica 6. El jefe hace comentarios favorables cuando el trabajo hecho está de acuerdo con los procedimientos para la seguridad de los pacientes en el **área administrativa**

Fuente: Elaboración propia



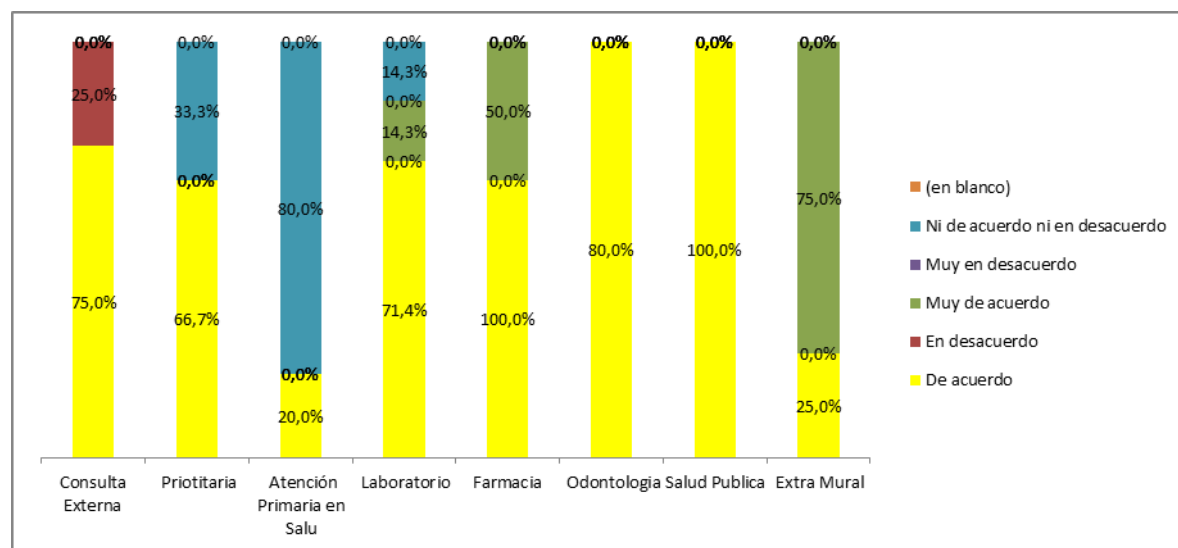
Gráfica 6.1. El jefe hace comentarios favorables cuando el trabajo hecho está de acuerdo con los procedimientos para la seguridad de los pacientes en el **área asistencial**.

Fuente: Elaboración propia



Gráfica 7. El jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes en el **área administrativa**.

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 7.1. El jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes en el **área asistencial**.

Fuente: Elaboración propia.

La motivación es un factor de gran relevancia frente a la dinámica de talento humano, la cual implica, entre otras cosas, la interrelación entre líderes y colaboradores. En este sentido, es de gran importancia que estos últimos vean

reconocido su esfuerzo y desempeño, especialmente cuando el mismo compromete la seguridad y recuperación de otros. “Para comprender el comportamiento de los trabajadores, las empresas bien gestionadas deben utilizar mecanismos y estrategias para mejorar la motivación, para que todos los trabajadores colaboren y cooperen en el crecimiento de la organización”³².

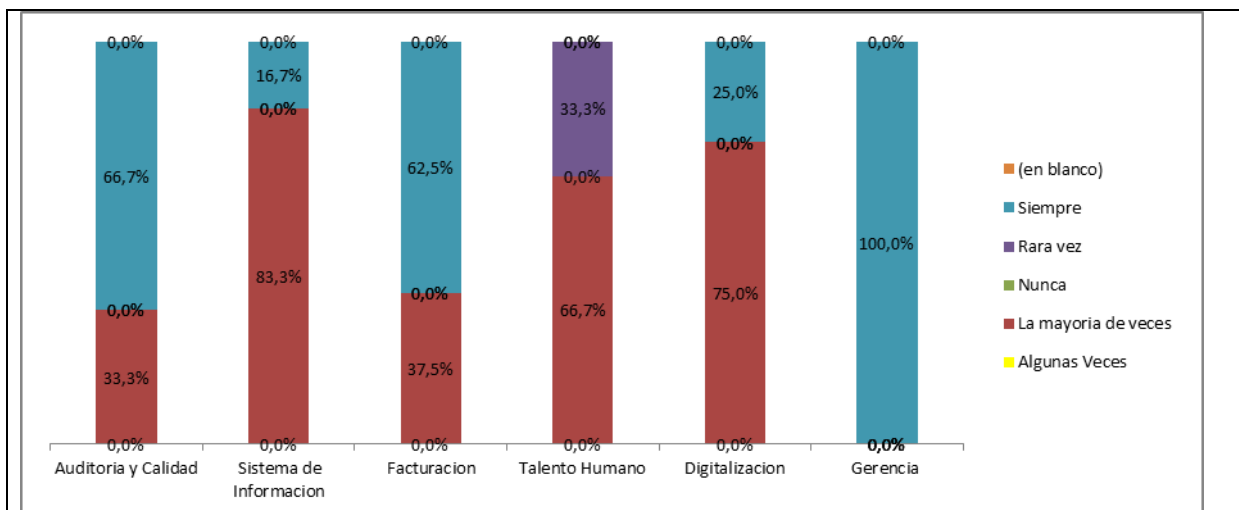
En este sentido, se observa que para el caso de las áreas administrativa y asistencial, se presentan comentarios favorables a los colaboradores cuando su labor se hace de acuerdo con los procedimientos establecidos en un 99% y 87% respectivamente. Esto claramente incentiva a los colaboradores y establece un reconocimiento de su importante labor al interior de la institución y frente a su interacción con los pacientes.

De igual modo, en ambas áreas, se presenta un resultado positivo en cuanto a la aceptación que los jefes establecen frente a las sugerencias hechas por los colaboradores, observándose que en el área administrativa esto se presenta en el 97% de los casos, mientras que en la asistencial en el 79%. Este es claramente un factor que aporta a la gestión de acciones o procesos que permitan el desarrollo adecuado y mejoramiento continuo de los servicios, incidiendo directamente en temas como la seguridad del paciente. Al respecto, Roa³³ plantea que “en la organización la adecuada interacción es un factor importante, ya que permite alinear las ideas de la gerencia con la de los empleados en busca de objetivos comunes, lo que conlleva a la eficiencia en las actividades realizadas”.

Al igual que en la sección anterior, esta sección arroja porcentajes positivos en cuanto a la interacción entre líderes y trabajadores, dando lugar a la posibilidad de establecer una comunicación adecuada y a partir de la cual se gesta reconocimiento por la labor realizada, además de que se permite establecer sugerencias que pueden ser clave en el mejoramiento del servicio y no se convierten en un tema de discordia dentro del equipo de trabajo, sino que por el contrario, se establece como una importante práctica para generar mejoras y fortalecer la dinámica de seguridad del paciente.

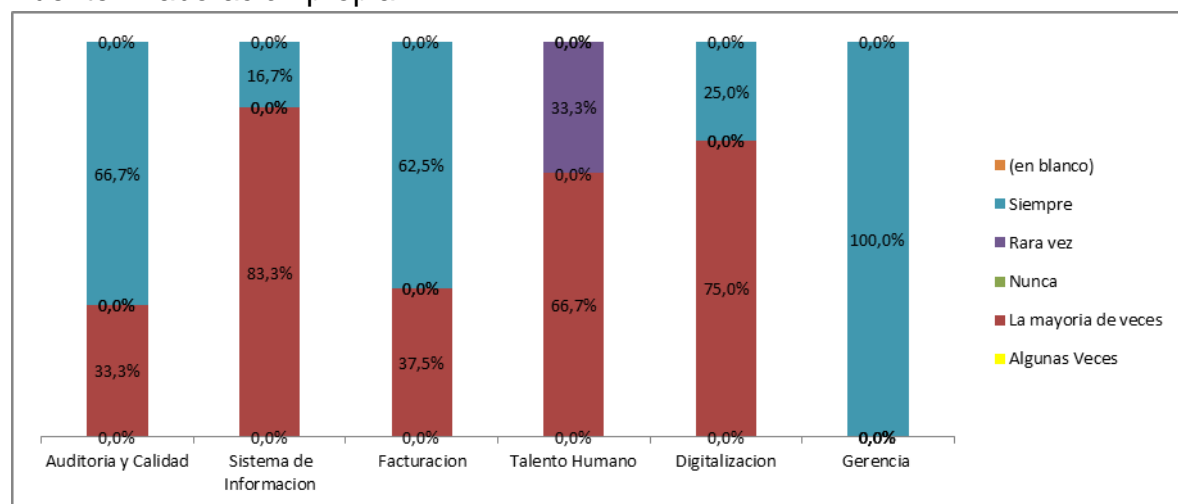
Sección C. Comunicación

Entre los aspectos que se incluyen en esta sección se encuentran aquellos relacionados con reporte a la junta directiva de sucesos relacionados con la seguridad del paciente, comunicación entre la gerencia y los colaboradores, cambios basados con el desarrollo de sucesos, prevención de errores de acuerdo a lo aprendido y plan de capacitación.



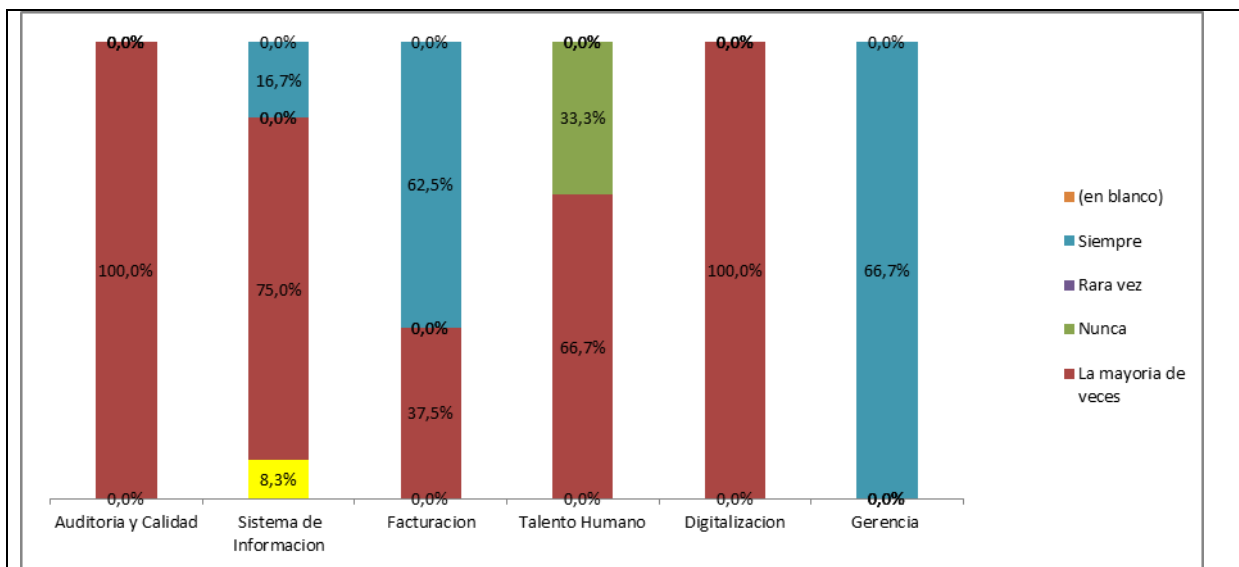
Gráfica 8. La gerencia informa a la Junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la seguridad del paciente (**Área administrativa**)

Fuente: Elaboración propia.



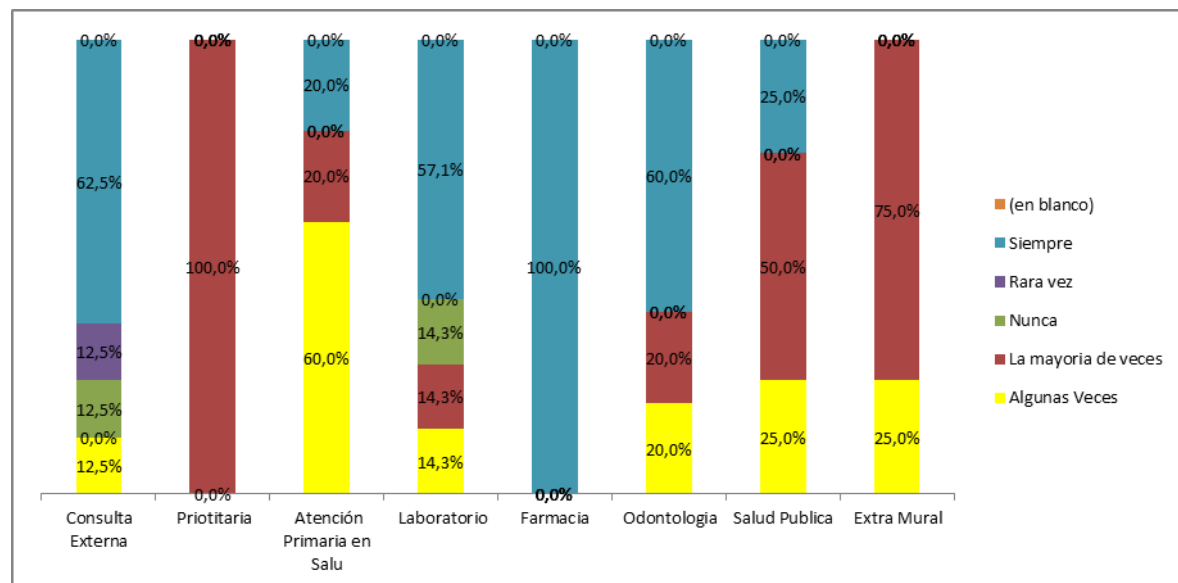
Gráfica 8.1. La gerencia informa a la Junta Directiva sobre los sucesos relacionados con la seguridad del paciente (**Área asistencial**)

Fuente: Elaboración propia.



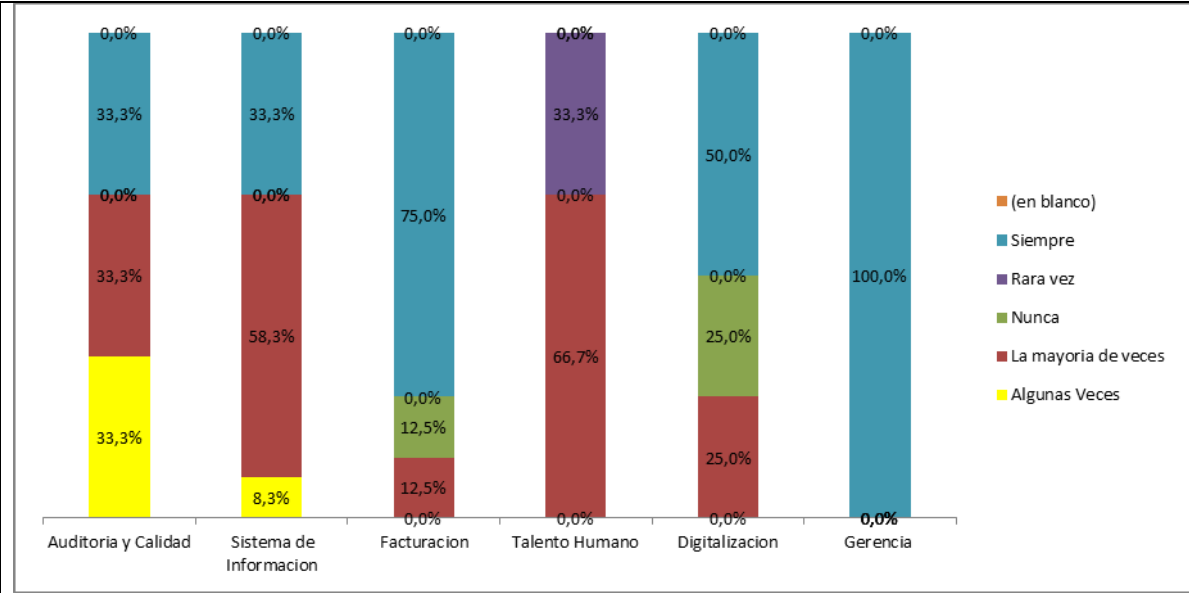
Gráfica 9. La gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el **área administrativa**.

Fuente: Elaboración propia.



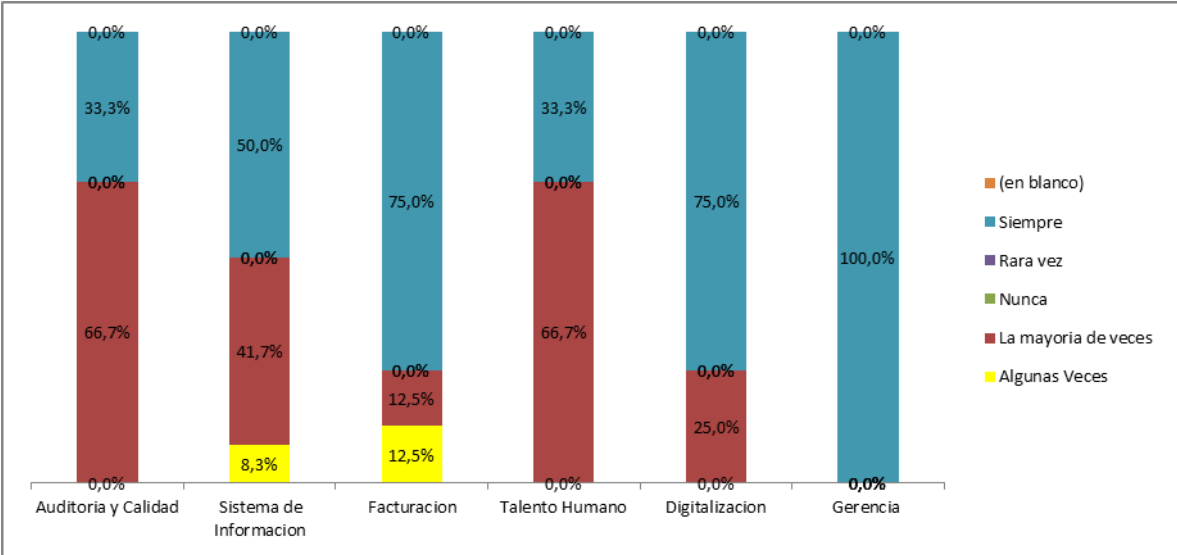
Gráfica 9.1 La gerencia informa a todos los colaboradores sobre los errores cometidos en el **área asistencial**.

Fuente: Elaboración propia.



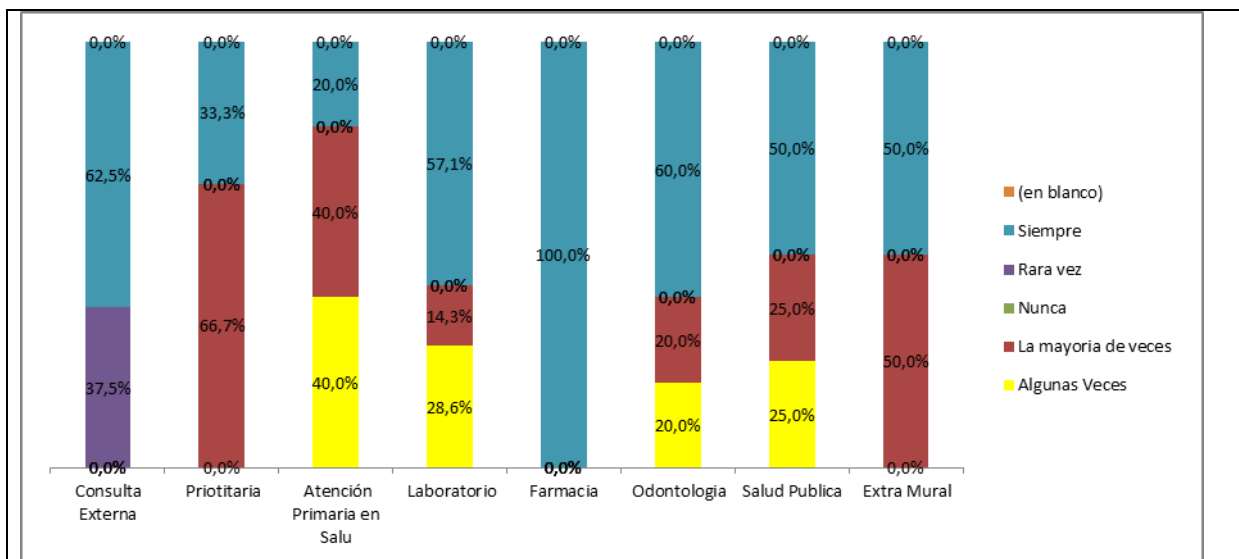
Gráfica 10. La gerencia informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos. (Área administrativa)

Fuente: Elaboración propia.



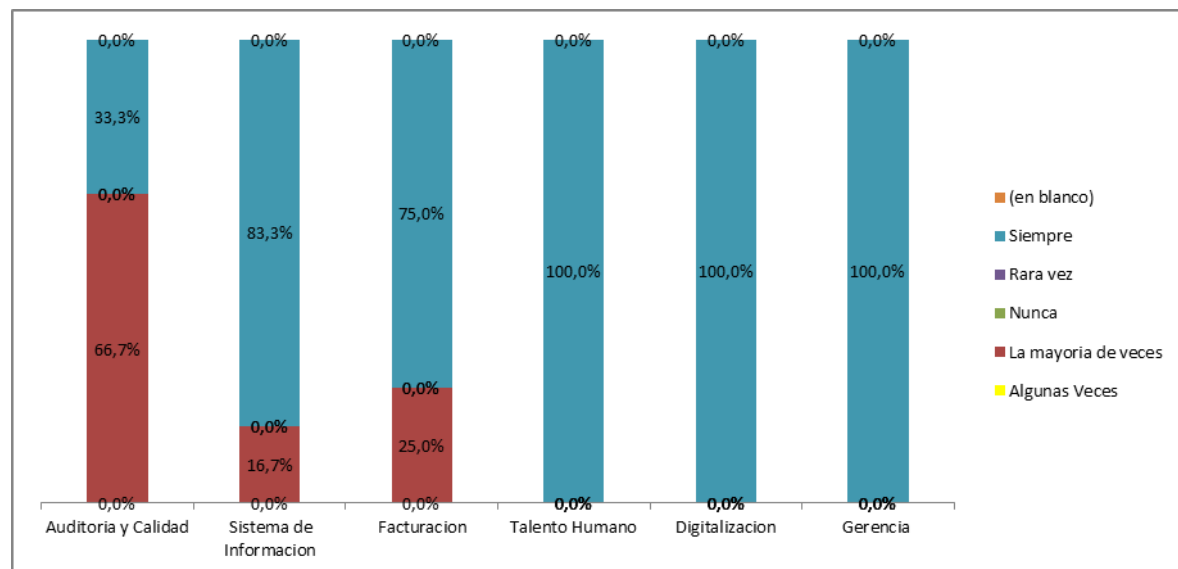
Gráfica 11. En cada área se discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. (Área administrativa)

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 11.1. En cada área se discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. (**Área asistencial**)

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 12. El plan de capacitación incorpora temas sobre seguridad del paciente (**Área administrativa**)

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al proceso de comunicación, se puede observar de manera positiva el que la junta directiva de la institución se mantiene informada, por parte de la gerencia, acerca de los sucesos relacionados con la seguridad del paciente, estableciéndose

dicha dinámica en ambas áreas, administrativa y asistencial, en el 97% y 74% respectivamente. Esto permite que se visualicen situaciones y se proyecten posibles estrategias o procedimientos para aplicar medidas correctivas o preventivas en el mejor de los casos. Ramírez et al³⁴ afirma que “la comunicación efectiva y clara facilita la atención en salud de alta calidad, a la vez sirve de garante para la seguridad del paciente. En este estudio ven la historia clínica como el fundamento para esta comunicación”.

De igual manera, se resalta que en el 94% de los casos en el área administrativa y en el 71% de los casos en el área asistencial, la gerencia informa a los colaboradores acerca de los errores cometidos en el desarrollo de sus funciones, lo que les permite establecer acciones que den lugar al análisis de la situación y a la respectiva gestión de medidas preventivas o correctivas de acuerdo con el caso, disminuyendo los efectos adversos que pueden presentarse frente a la seguridad de los pacientes y la efectividad de su recuperación. Así, se plantean cambios basados en lo aprendido de los errores en más del 90% de los casos observados en ambas áreas.

Lo anterior lleva a la necesidad de generar espacios de discusión en ambas áreas, administrativa y asistencial, con el fin de establecer análisis y acciones en pro de prevenir errores o evitar que se vuelvan a cometer. Al respecto, esta dinámica se presenta en el 94% y 76% respectivamente de acuerdo a las afirmaciones de los colaboradores encuestados. Esto claramente implica un continuo proceso de perfeccionamiento y actualización de conocimientos, dando lugar a dinámicas de capacitación por parte de la entidad, las cuales según los colaboradores en el 99% de los casos incorporan dentro de su desarrollo temas relacionados con la seguridad del paciente. De acuerdo con el Ministerio de Salud³⁵ colombiano:

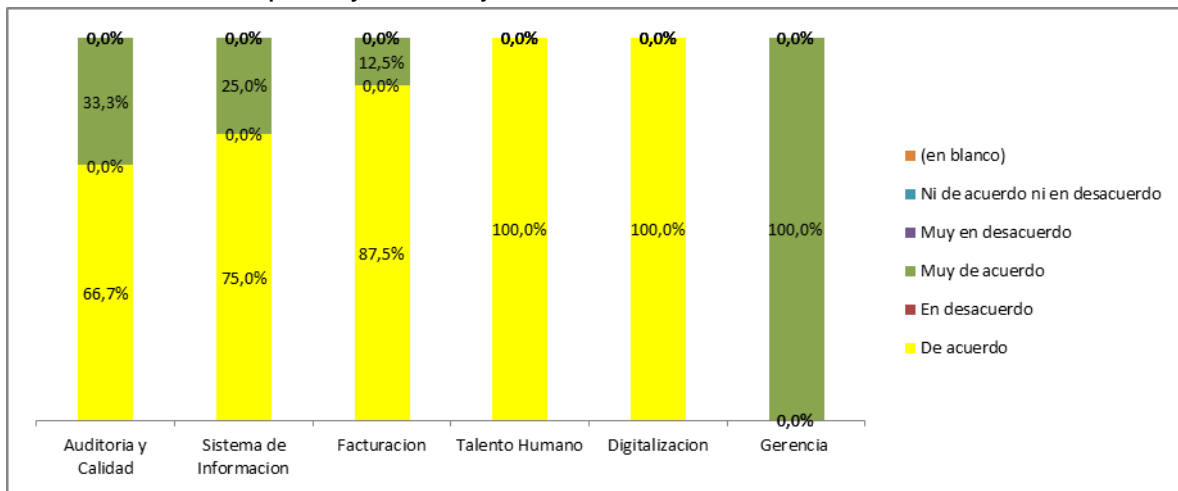
Es de resaltar que cualquier práctica segura debe garantizar una sinergia entre el personal que interactúa en la atención al paciente, para ello la institución debe desarrollar y sostener programas de capacitación continua que evidencie y alerte sobre el impacto de los errores entre el equipo de trabajo; generar diferentes medios e incentivar el uso de las tecnologías tanto a nivel intramural como extramural para que el personal que participa de la atención se mantenga en contacto frecuentemente, asegurando una comunicación abierta entre los miembros del equipo y desde los miembros del equipo, el paciente y los cuidadores; entre los demás.

Al establecer un panorama general, es posible plantear que, al igual que las secciones anteriores, esta presenta porcentajes positivos frente al intercambio de información entre la junta directiva, la gerencia y los colaboradores, además de generarse dinámicas de capacitación relacionadas con la seguridad del paciente, lo

cual aporta al desempeño de los colaboradores y al desarrollo de procesos sustentados en el cuidado del paciente y en su recuperación efectiva.

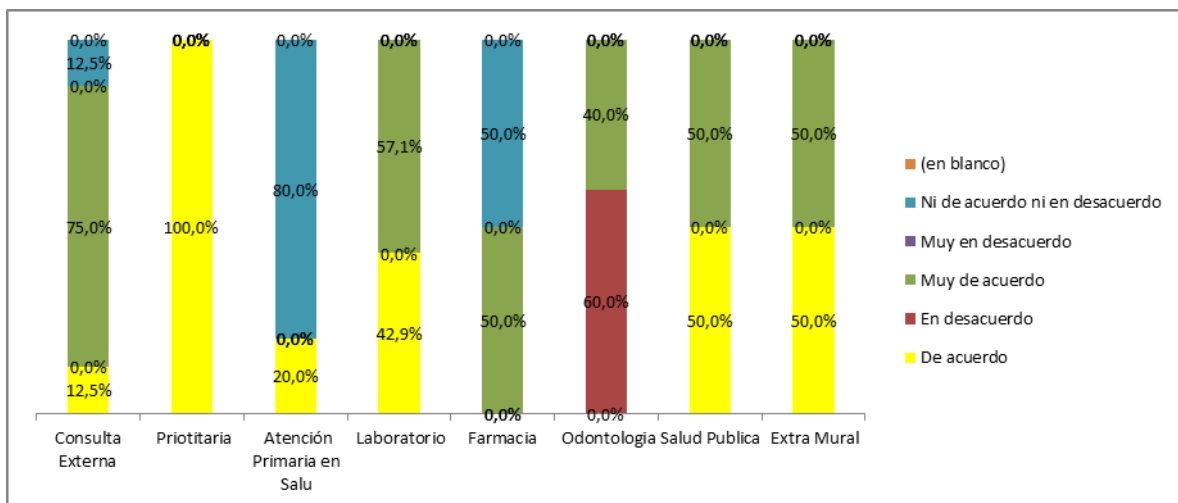
Sección D. La Institución

En esta sección se trabajan aspectos relacionados con la promoción de acciones preventivas, la prioridad dada a la seguridad del paciente, el interés frente a la seguridad del paciente, la competencia del talento humano, el conocimiento sobre mecanismos de reporte y el trabajo colaborativo.



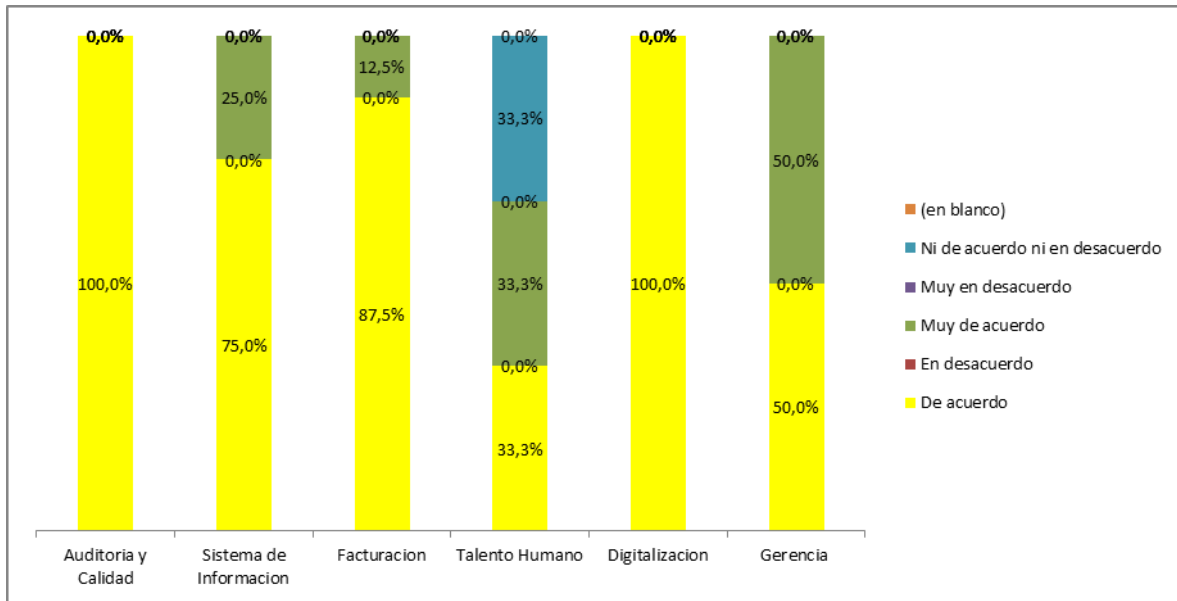
Gráfica 13. La Junta Directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente (Área administrativa).

Fuente: Elaboración propia.



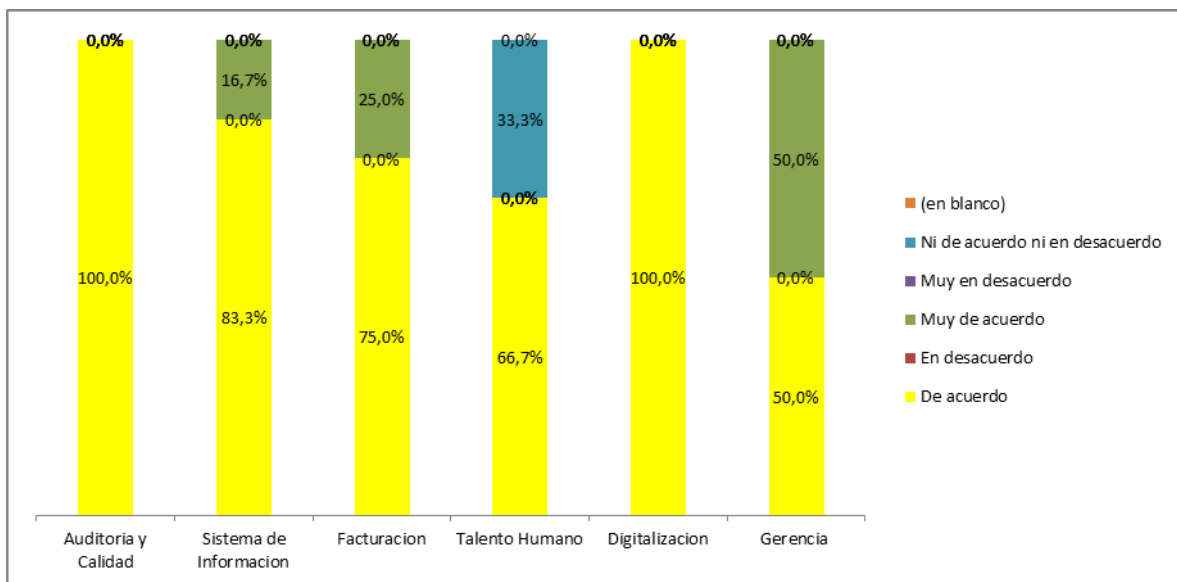
Gráfica 13.1. La Junta Directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente. (Área asistencial).

Fuente: Elaboración propia.



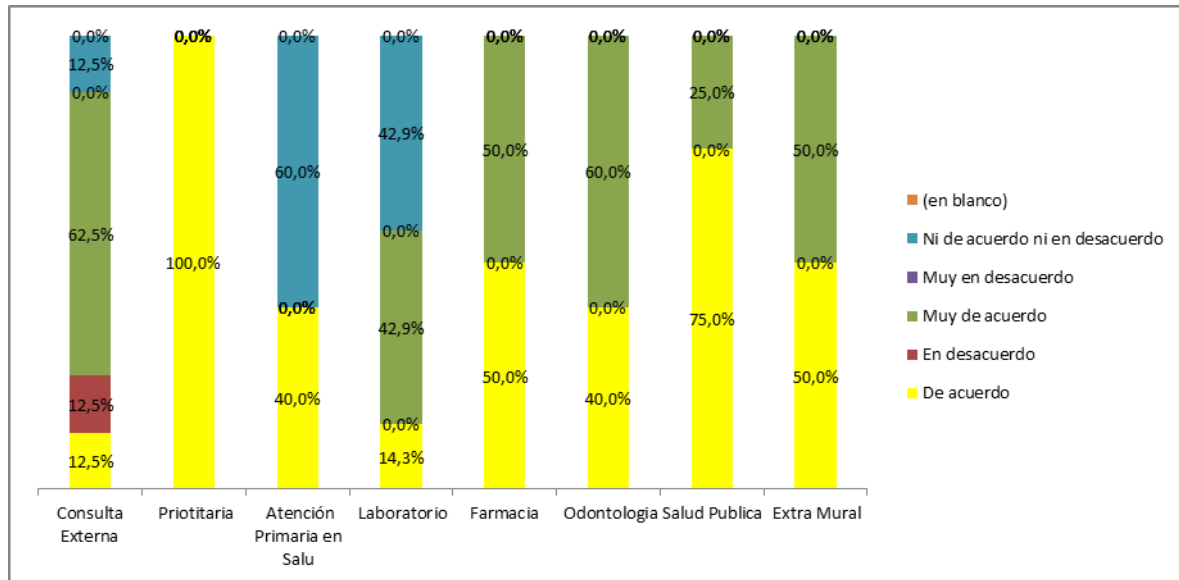
Gráfica 14. La gerencia ejecuta estrategias preventivas para la seguridad del paciente (Área administrativa).

Fuente: Elaboración propia.



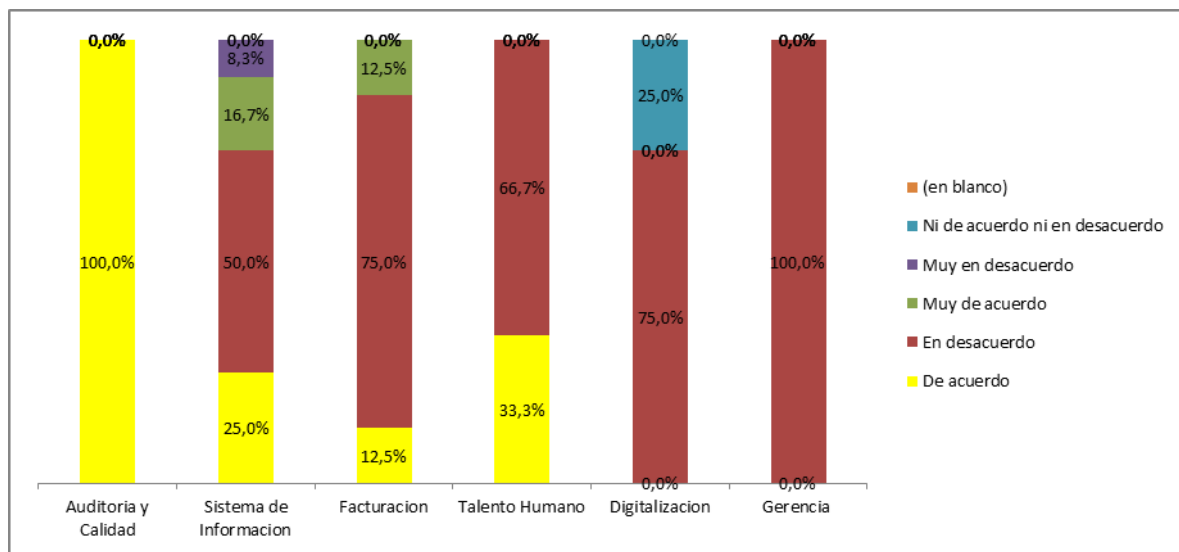
Gráfica 15. Las medidas que toma la gerencia muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (Área administrativa).

Fuente: Elaboración propia.



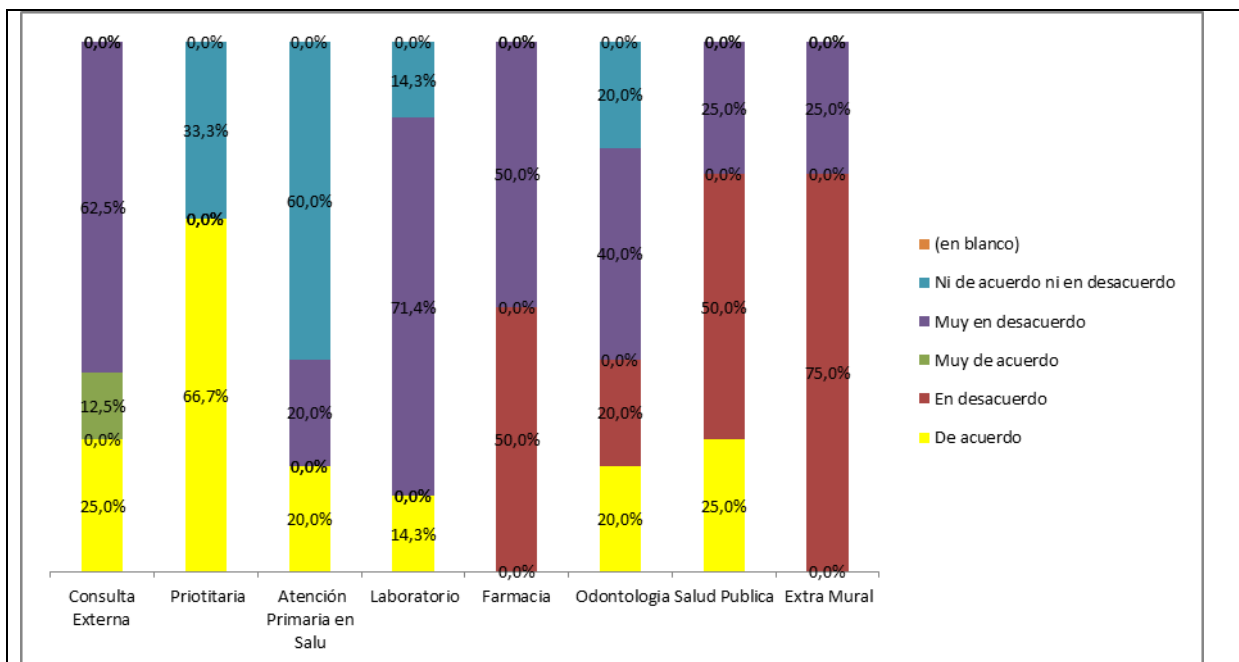
Gráfica 15.2. Las medidas que toma la Gerencia de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (**Área asistencial**).

Fuente: Elaboración propia.



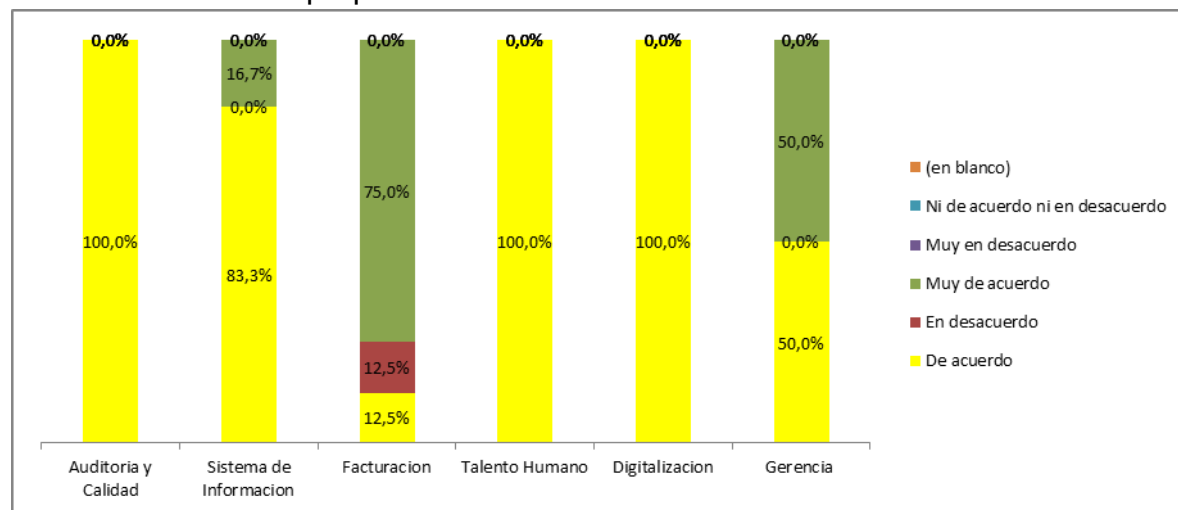
Gráfica 16. La gerencia se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o un evento adverso (**Área administrativa**).

Fuente: Elaboración propia.



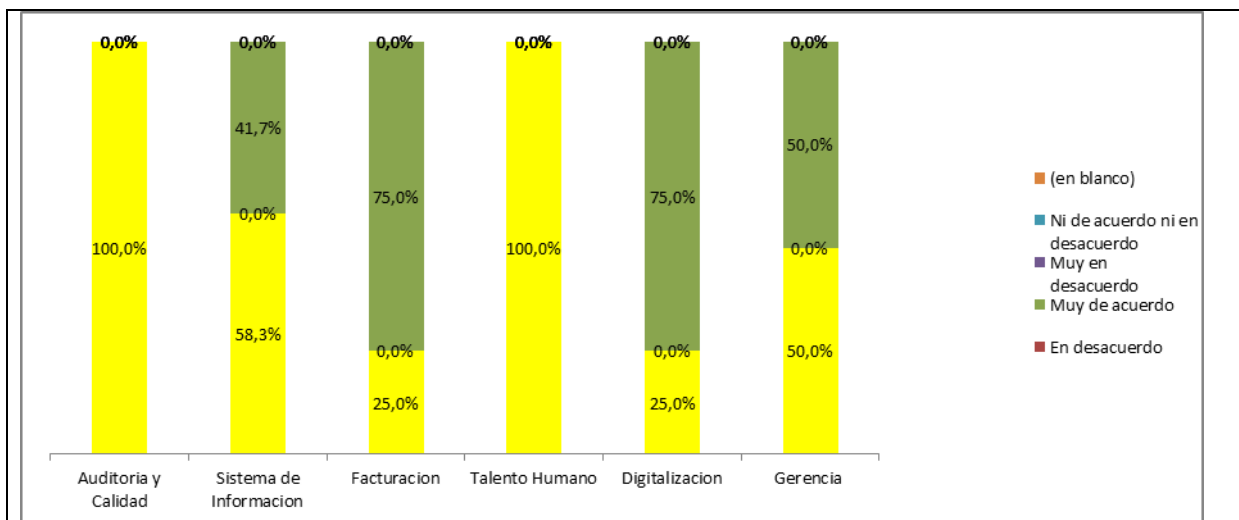
Gráfica 16.1. La gerencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso. (Área asistencial).

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 17. Se evalúa la competencia del talento humano sobre seguridad del paciente en el procedimiento de selección (Área administrativa).

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 18. Se conoce el mecanismo para realizar el reporte de eventos adversos (Área administrativa).

Fuente: Elaboración propia.

Frente a la sección relacionada con la institución, pudo verificarse de acuerdo con las afirmaciones de los colaboradores de las áreas administrativa y asistencial, que la junta directiva promueve acciones preventivas para la seguridad del paciente en el 98% y 76% respectivamente. Esto permite observar que para los directivos es relevante el tema y que se dedica atención al mismo a través de su revisión y control. Esto da lugar a la ejecución de estrategias que aporten a la prevención de errores y mantengan un adecuado nivel de seguridad del paciente, teniendo como base que su cuidado es uno de los pilares fundamentales de la institución. En este sentido, los colaboradores afirman que en el 97% de los casos se da lugar a la gestión de estrategias que aporten a dicho fin. En relación a lo anterior, las medidas tomadas muestran que las áreas administrativa y asistencial, en el 94% y 80% respectivamente, plantea como prioritaria la seguridad del paciente. Esto conlleva a la generación de un alto nivel de calidad asistencial, frente a la que la Organización Mundial de la Salud³⁶ afirma que requiere “dedicar atención a las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total, precisa y oportuna”.

Esto puede confirmarse a partir de lo planteado por los colaboradores de ambas áreas en cuanto a si el interés de la gerencia solo se presenta después de ocurrido un incidente o evento adverso, ante lo cual los colaboradores administrativos afirman estar en desacuerdo con esta afirmación en un 62%, mientras que los asistenciales están en desacuerdo en un 61%.

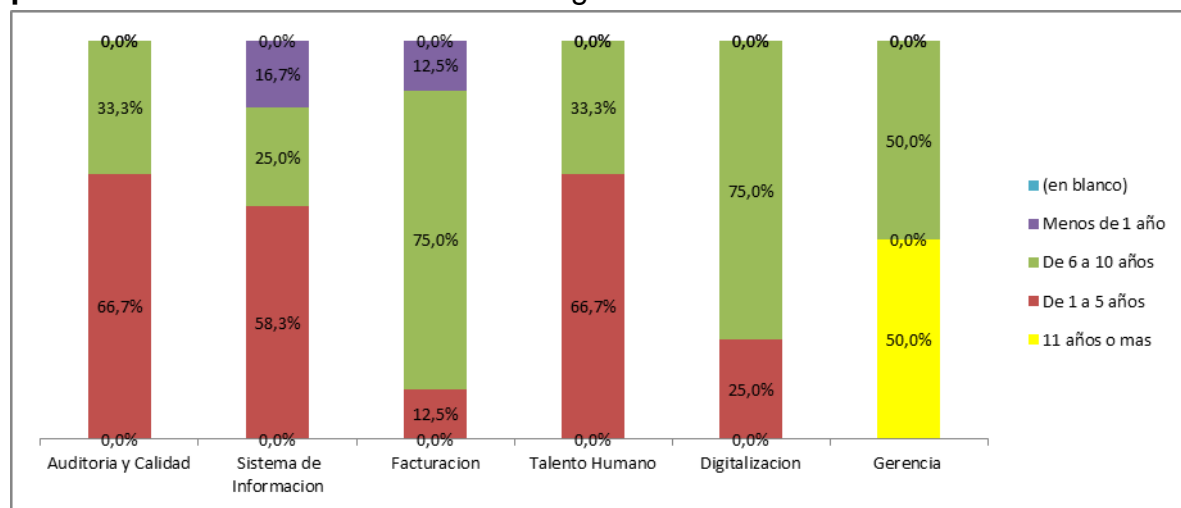
Por otra parte, es importante resaltar que la contratación de personal con las

competencias necesarias acerca de la seguridad del paciente, permite fortalecer su debida aplicación y control. En este sentido, el 97% de los encuestados plantean que la institución siempre evalúa las competencias de los colaboradores, con el fin de ofrecer un servicio adecuado y que conozcan los mecanismos para realizar los respectivos reportes ante un evento adverso que pueda afectar la integridad de los pacientes y su adecuada recuperación, lo cual sucede en el 100% de los casos. Al respecto, Vasco²³ plantea que “la falta de conocimientos suele producir problemas porque, a veces, los profesionales no saben realizar correctamente aspectos concretos de su trabajo.

Sección E. Antecedentes

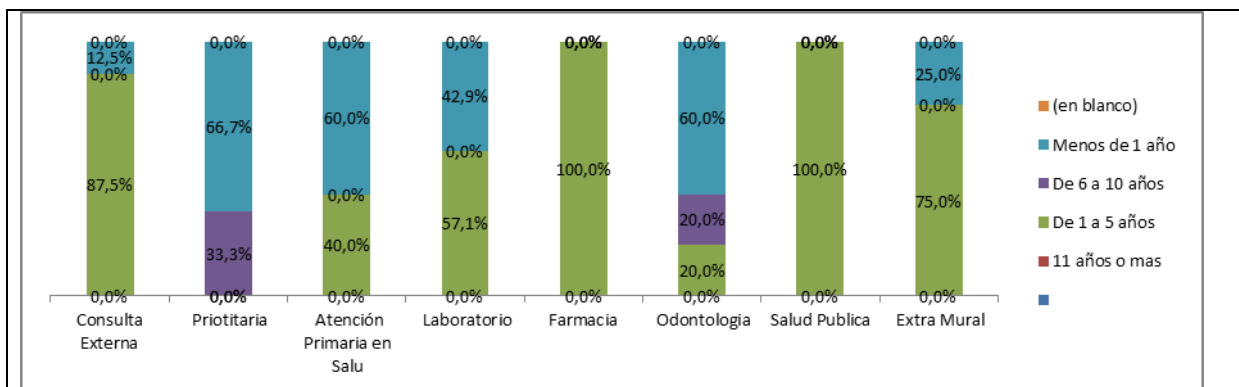
En esta sección se analizan aspectos relacionados con el tiempo de permanencia de los trabajadores en la institución, el número de horas que laboran por semana, el cargo que desempeñan y si el mismo implica relación directa con pacientes.

En cuanto al **tiempo que llevan los colaboradores al interior de la institución prestadora de salud** se obtienen los siguientes resultados.

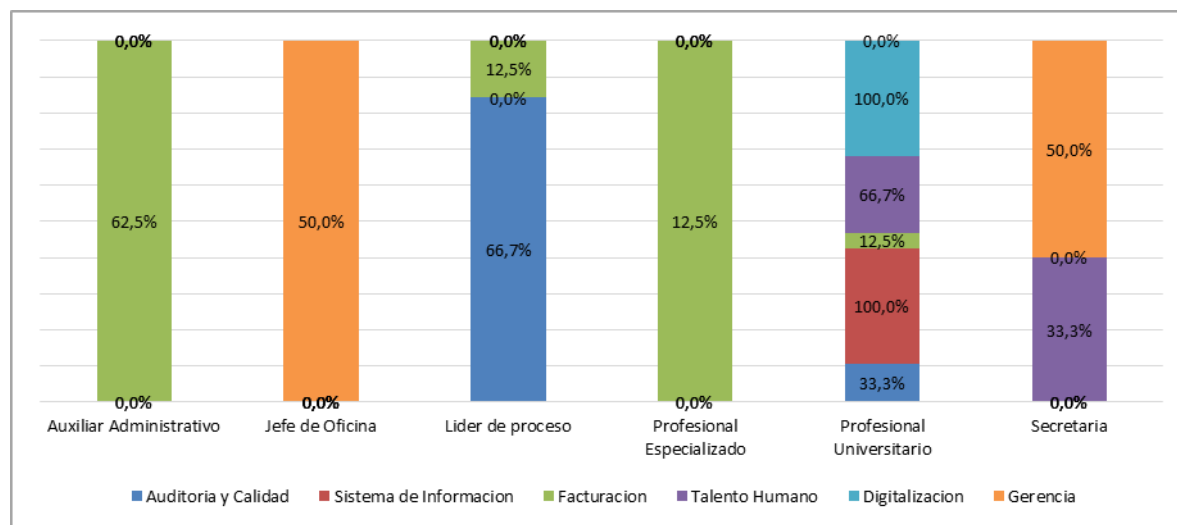


Gráfica 19. Tiempo que llevan los colaboradores del **área administrativa** al interior de la institución prestadora de salud.

Fuente: Elaboración propia.

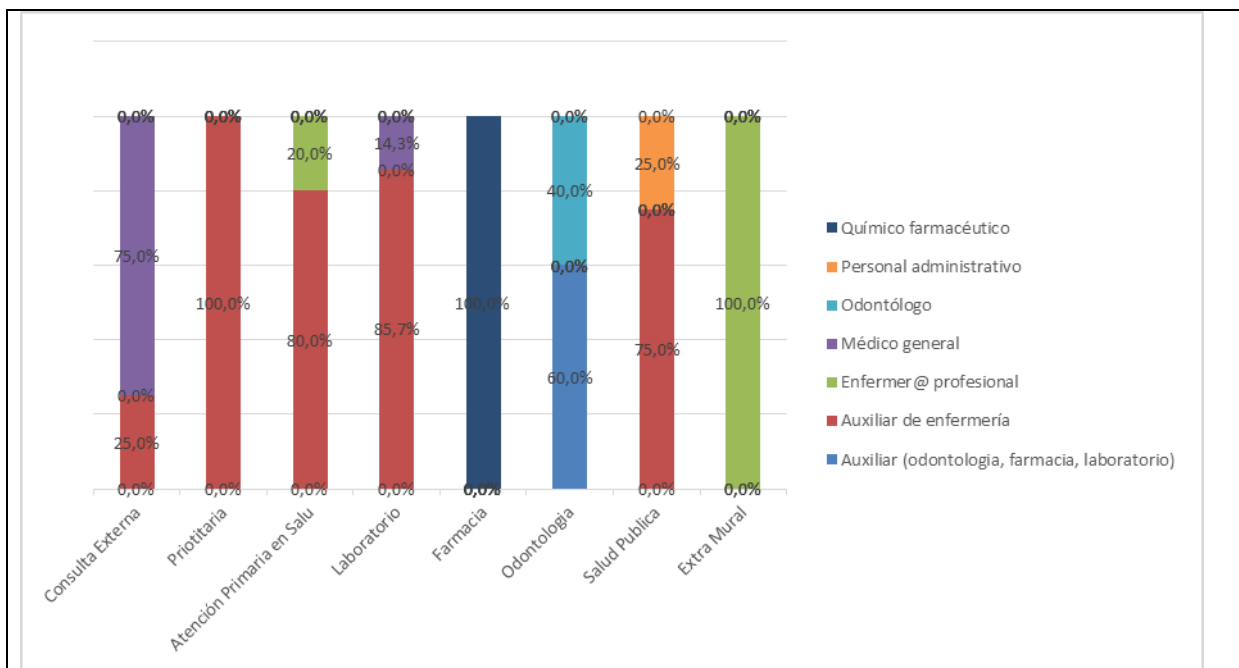


Gráfica 19.1. Tiempo que llevan los colaboradores del **área asistencial** al interior de la institución prestadora de salud.



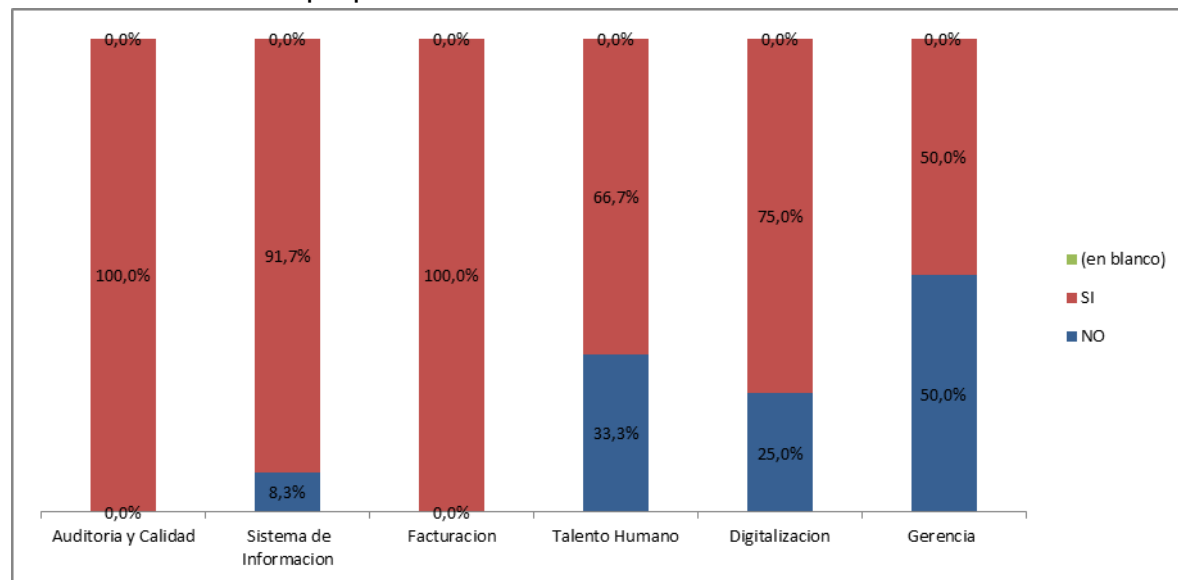
Gráfica 21. Cuál es el cargo que desempeña en la institución cada colaborador del **área administrativa**.

Fuente: Elaboración propia.



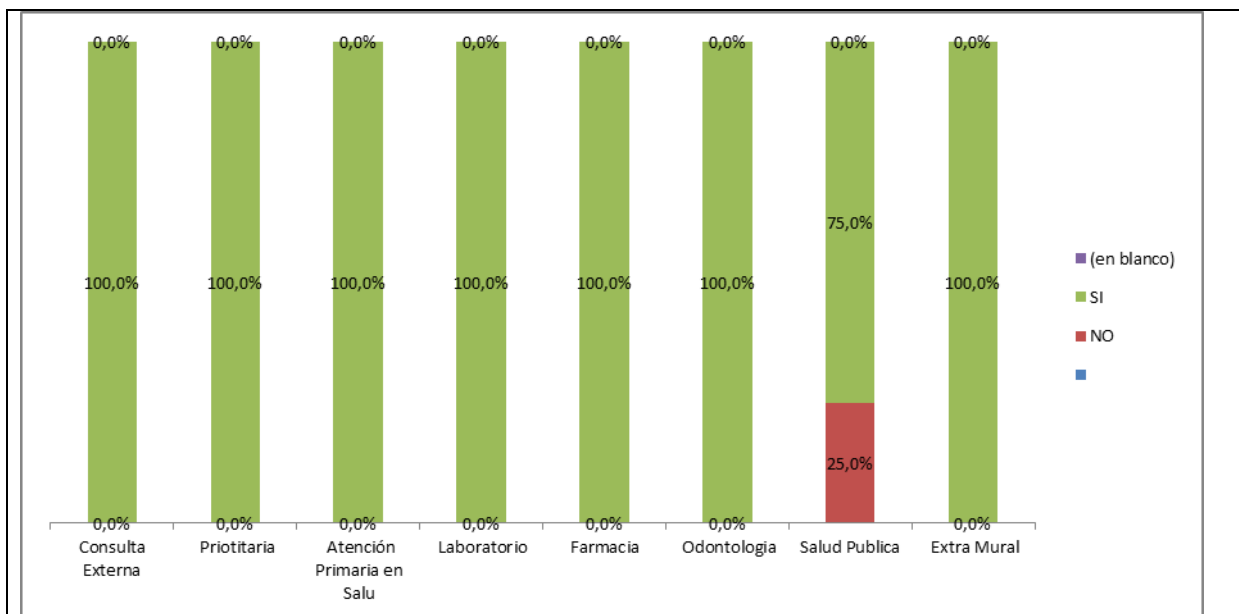
Gráfica 21.1. Cuál es el cargo que desempeña en la institución cada colaborador del **área asistencial**.

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 22. El colaborador tiene interacción directa o contacto con pacientes. (**Área administrativa**)

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 22.1. El colaborador tiene interacción directa o contacto con pacientes (**Área asistencial**)

Fuente: Elaboración propia.

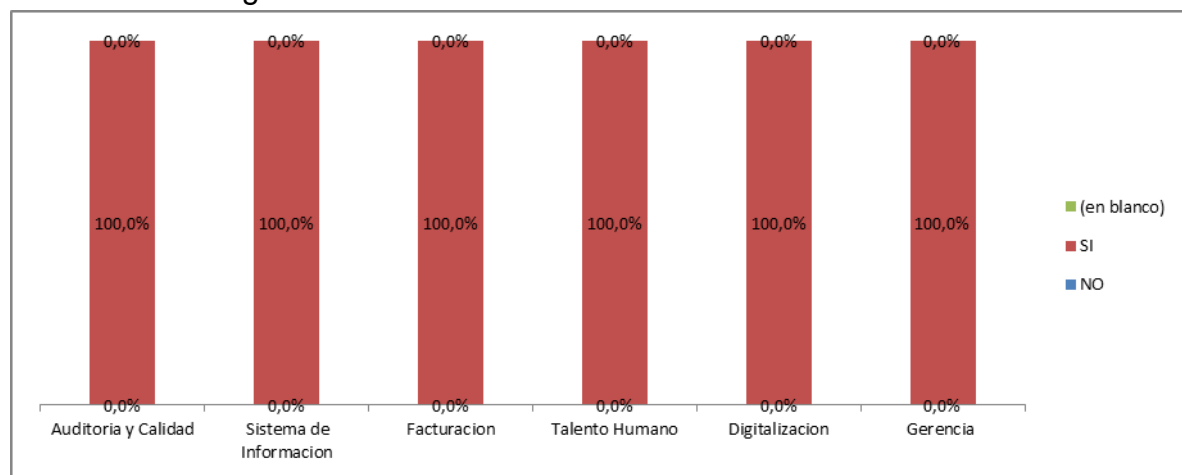
En cuanto a la permanencia de los colaboradores en la institución, es posible afirmar que, de acuerdo con los resultados de la encuesta, tanto en el área administrativa como asistencial el mayor porcentaje, 87% y 94% respectivamente, han permanecido dentro de la organización entre 1 y 10 años. De manera más precisa, en el área administrativa la mayoría de integrantes de las áreas de auditoría y calidad, sistemas de información y talento humano llevan entre 1 y 5 años, mientras que los integrantes de las áreas de facturación, digitalización y gerencia llevan entre 6 y 10 años. Por su parte, en el área asistencial, 23 de los integrantes de las áreas de consulta externa, atención primaria en salud, laboratorio, farmacia, odontología, salud pública y extramural llevan entre 1 y 5 años, mientras que 2 de los integrantes de las áreas prioritaria y odontología llevan entre 6 y 10 años. En este sentido, puede establecerse que hay un importante nivel de permanencia dentro de la organización, lo cual permite tener una visión contextualizada de su desarrollo y evolución en cuanto a temas como la seguridad del paciente. De igual modo, permite visualizar que no hay una continua rotación de personal, lo cual puede afectar los procesos y dinámicas de la institución. “Si los índices de rotación de personal se incrementan, esto puede provocar un clima organizacional insano, que a falta de estrategias son un riesgo para la estabilidad organizacional y su rentabilidad hoy en día”³⁷.

En cuanto a los cargos de los colaboradores al interior de la institución, se encuentra que en el área administrativa hay 5 auxiliares administrativos, 1 jefe de oficina, 3 líderes de proceso, 1 profesional especializado, 20 profesionales universitarios y 2 secretarías. Frente al área asistencial, se encuentra que 18 colaboradores se desempeñan como auxiliares de enfermería en las áreas de consulta externa, prioritaria, atención primaria en salud, laboratorio y salud pública. Hay dos médicos generales que hacen parte de consulta externa y laboratorio, 5 enfermeros profesionales que integran las áreas de atención primaria en salud y extra mural, y tres auxiliares que hacen parte de odontología.

Finalmente, frente a esta sección, es relevante plantear que durante el tiempo que los colaboradores de las áreas administrativa y asistencial permanecen en la institución realizando sus labores, tienen interacción directa o contacto con los pacientes en el 87,5% y 97,5% de los casos respectivamente. En este sentido, se presenta un importante porcentaje de contacto, cuestión que puede incidir positiva o negativamente frente a su seguridad del paciente y la necesidad de que los colaboradores tengan una adecuada formación frente a este aspecto, la cual aporte a su desempeño y a los resultados que esperan lograrse.

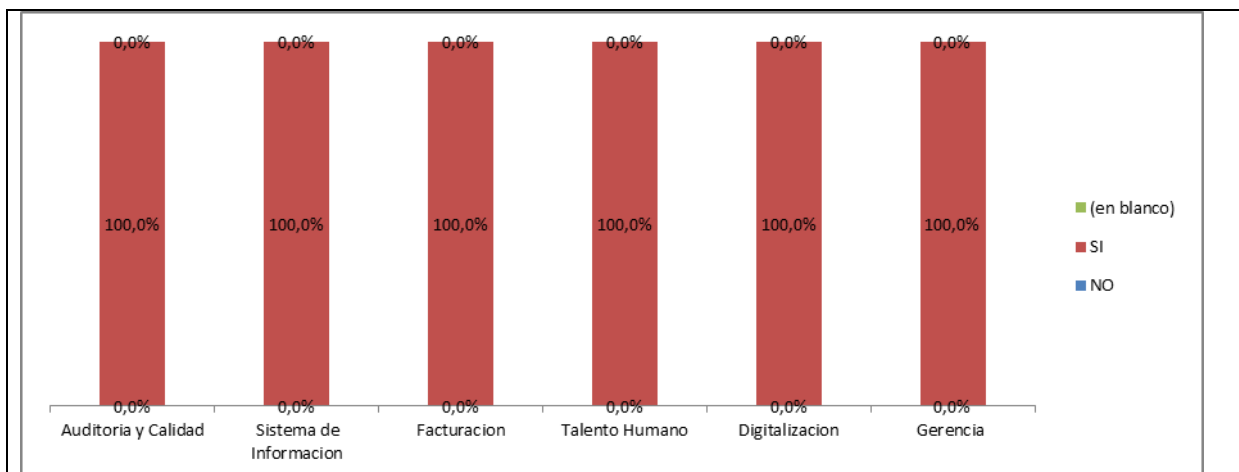
Sección F. Atención

En relación a si considera que **los pacientes son atendidos de forma segura**, se obtuvieron los siguientes resultados.



Gráfica 23. Los pacientes son atendidos de forma segura (**Área administrativa**)

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 23.1. Los pacientes son atendidos de forma segura (**Área asistencial**)

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a si los pacientes son atendidos de forma segura, el 100% de colaboradores de ambas áreas, administrativa y asistencial, afirman que sí es así. En este sentido, hay una percepción positiva frente al desarrollo de las actividades y funciones que se llevan a cabo y que pueden comprometer la seguridad del paciente. Al respecto, no se está planteando que no se cometen errores, pero si se establece un manejo adecuado de los procesos y la prevención de sucesos adversos. En este sentido, se ha gestado una perspectiva clara acerca de la necesidad e importancia de brindar un buen servicio y cuidado, lo que se convierte en un dato esencial para crear una cultura de seguridad del paciente, ante lo cual la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali⁷ establece que:

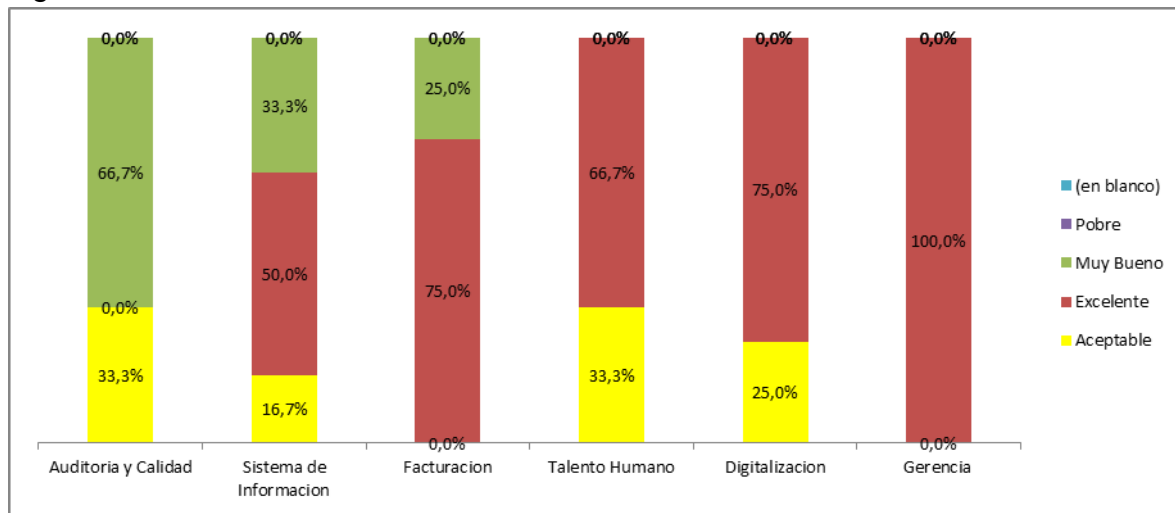
La cultura de seguridad debe impartirse desde la alta dirección. Se debe crear la cultura de hablar de “esto”, hacer las rondas de seguridad del paciente, las reuniones que hablan de los temas de seguridad del paciente, los reportes intrainstitucionales voluntarios, la voluntad de cooperar con los reportes extrainstitucionales voluntarios y también el tema de la confidencialidad. En resumen, una cultura de seguridad es el compartir una serie de valores y principios para promover un entorno seguro en la atención del paciente. (p.36).

Los resultados obtenidos permiten establecer una perspectiva positiva frente al establecimiento de una cultura de seguridad al interior de la institución analizada, gracias a la obtención de resultados positivos en las diferentes secciones estudiadas.

Sección E. Grado de seguridad del paciente

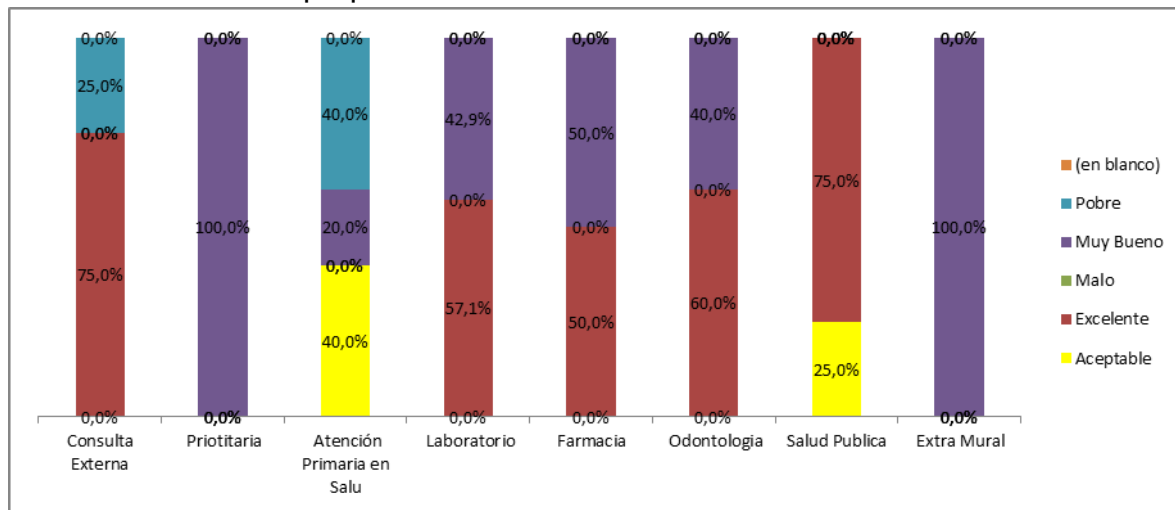
Considerando la sección anterior, en cuanto al contacto que tienen los colaboradores con los pacientes, es relevante plantear cómo cada área de trabajo percibe su grado general de participación en cuanto a la seguridad del paciente, obteniendo los

siguientes resultados.



Gráfica 24. Asignación de cada unidad de trabajo del **área administrativa** frente a su grado general de participación en la seguridad del paciente.

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 24.1. Asignación de cada unidad de trabajo del **área asistencial** frente a su grado general de participación en la seguridad del paciente.

Fuente: Elaboración propia.

Al respecto, puede observarse que, para el caso de los colaboradores del área administrativa, estos consideran que su grado de participación frente a la seguridad del paciente es **Excelente** en un 59,4% y **Buena** con un 25%, mientras que el 15% dice que es **Aceptable**. Mientras que aquellos que pertenecen al área asistencial, consideran que es **Excelente** en un 44,7%, **Muy buena** en un 36,8%, **Pobre** en un 10,5% y **Aceptable** en un 7,9%. Al analizar los resultados es relevante plantear que

los mayores porcentajes se orientan a una percepción positiva del grado de participación frente a la seguridad del paciente, lo cual claramente aporta a su cuidado y atención al interior de la institución.

Estableciendo un panorama general, se puede observar que en ambas áreas, administrativa y asistencial, se establece, en mayor grado, respuestas positivas frente a los diferentes aspectos consultados a los colaboradores, obteniendo los siguientes porcentajes por área como se muestra en las Tablas 2 y 3.

Tabla 2. Porcentaje de respuestas positivas área administrativa

ADMINISTRATIVA	% respuestas positivas RP	% respuestas negativas RN	Nº RP	Nº RN	Promedio
Sección A	75,5%	63,5%	6	3	71,5%
Sección B	93,8%	78,1%	2	2	85,9%
Sección C	97,6%	75,0%	9	1	95,3%
Sección D	59,4%		1		59,4%
Sección E	95,4%	47,7%	19	4	87,1%
Sección J	100,0%	0%	1		
TOTAL					399,2%
PROMEDIO					79,8%

Fuente: Elaboración propia

Para el caso del sector administrativo, puede observarse que en la sección denominada **área de trabajo**, la cual está integrada por aspectos relacionados con el lugar de desempeño, la cantidad de personal, el trabajo en equipo, el respeto, las acciones para mejorar la seguridad, el análisis de los errores cometidos y la prevención de los mismos, el 75,5% de los encuestados establece respuestas positivas, lo cual implica que los colaboradores afirman que hay apoyo entre los integrantes del área cuando se presentan grandes cantidades de trabajo; el trato entre los diferentes colaboradores es respetuoso; se llevan a cabo acciones para mejorar la seguridad del paciente; no se juzga al personal cuando se comete algún error; no se generan acciones que afecten la seguridad del paciente y los procedimientos implementados son efectivos frente a la prevención de errores que puedan afectar la integridad de los usuarios.

En cuanto a la sección llamada **jefe inmediato**, la cual rescata aspectos acerca de la generación de comentarios positivos frente al trabajo realizado, la aceptación de sugerencias por parte de los líderes, el manejo de la presión laboral y la consideración de problemas de seguridad del paciente, se observa un porcentaje de respuestas positivas que llega al 93,8%, lo cual permite afirmar que los líderes realizan comentarios favorables cuando los colaboradores hacen su labor siguiendo los protocolos establecidos; de igual forma aceptan las sugerencias de sus

colaboradores frente al mejoramiento de la seguridad del paciente.

Con respecto a la sección de **comunicación**, en el área administrativa se tratan aspectos relacionados con la información de sucesos que afectan la seguridad del paciente a la junta directiva, la información acerca de los errores cometidos por los colaboradores, los costos que implica la disminución de la calidad del servicio, la suficiencia de dispositivos médicos y medicamentos, las acciones de capacitación sobre seguridad del paciente, la información sobre ajustes a partir de lo aprendido de los errores cometidos y la libertad de comunicar situaciones que pueden afectar la seguridad, ante los cuales se genera un 97,6% de respuestas positivas, logrando afirmar que se informa oportunamente a los directivos acerca de sucesos negativos para que se tomen decisiones al respecto; además de generarse comunicación de los errores cometidos a los colaboradores y la necesidad de abordarlos oportunamente, la adecuada disposición de dispositivos y medicamentos para la atención segura, la divulgación de acciones para prevenir los errores que se han repetido y la posibilidad de expresarse abiertamente acerca de situaciones y procesos que pueden afectar la seguridad del paciente.

En relación a la sección **su institución** donde se retoman aspectos relacionadas con el direccionamiento estratégico, la promoción de acciones preventivas y su seguimiento, el ambiente laboral, eliminación de barreras administrativas, priorización de la seguridad del paciente, generación de estímulos frente a la seguridad del paciente, asignación de recursos para minimizar riesgos, competencias del personal, rotación del personal, manejo de reportes, coordinación de las áreas de trabajo y clima laboral, obteniendo respuestas positivas en el 59,4% de los casos. A pesar de obtener un porcentaje mayor al 50%, se visualiza la necesidad de generar acciones que fortalezcan algunos de los aspectos considerados, especialmente en cuanto a la rotación de personal que puede afectar los procesos de seguridad del paciente, la atención continua a la seguridad y no solo considerando el desarrollo de errores o situaciones adversas y el que los problemas tengan base o fundamento en el desempeño de los colaboradores. En este sentido, se requiere de acciones en cuanto a la importancia de mantener un equipo de trabajo consolidado, el control y seguimiento de los errores y frente al desempeño del personal.

En cuanto a la sección **antecedentes**, donde se tratan aspectos relacionados con las horas laboradas, el tipo de contrato y el contacto con los pacientes, se puede establecer que hay un 95,4 de respuestas positivas, aunque su enfoque no está directamente relacionado con un efecto directo frente a la seguridad del paciente sino en cuanto a la dinámica administrativa en la cual se encuentran los colaboradores.

Finalmente, en cuanto a la sección **atención segura**, el 100 de respuestas son positivas, estableciéndose que lo colaboradores del área administrativa llevan a cabo

una atención segura para los pacientes en el desarrollo de sus actividades y en cuanto al cuidado y control de estado e integridad de estos.

Tabla 2. Porcentaje de respuestas positivas área administrativa

ASISTENCIAL	% respuestas positivas RP	% respuestas negativas RN	Nº RP	Nº RN	Promedio
Sección A	69,1%	41,7%	8	5	58,5%
Sección B	82,9%	76,3%	2	2	79,6%
Sección C	87,4%	42,1%	5	1	79,8%
Sección D	84,2%		3		84,2%
Sección E	81,6%		1		81,6%
Sección F	74,8%	57,0%	7	3	69,5%
Sección J	100,0%				
TOTAL					453,2%
PROMEDIO					75,5%

El panorama en el caso del área asistencial presenta también porcentajes altos frente a las respuestas positivas. De esta manera en la sección denominada **área de trabajo**, la cual está integrada por aspectos relacionados con el lugar de desempeño, la cantidad de personal, el trabajo en equipo, el respeto, las acciones para mejorar la seguridad, el análisis de los errores cometidos y la prevención de los mismos, el 69,1% de los encuestados establece respuestas positivas.

En cuanto a la sección llamada **jefe inmediato**, la cual rescata aspectos acerca de la generación de comentarios positivos frente al trabajo realizado, la aceptación de sugerencias por parte de los líderes, el manejo de la presión laboral y la consideración de problemas de seguridad del paciente, se observa un porcentaje de respuestas positivas que llega al 82,9%, lo cual permite afirmar que los líderes realizan comentarios favorables cuando los colaboradores hacen su labor siguiendo los protocolos establecidos; de igual forma aceptan las sugerencias de sus colaboradores frente al mejoramiento de la seguridad del paciente, no fomentan la presión laboral cuando se presentan escenarios de incremento de trabajo y se considera el análisis de aquellos problemas que se vuelven recurrentes dentro de la institución.

Con respecto a la sección de **comunicación**, en el área asistencial se tratan aspectos relacionados con la información de sucesos que afectan la seguridad del paciente a la junta directiva, la información acerca de los errores cometidos por los colaboradores, los costos que implica la disminución de la calidad del servicio, la

suficiencia de dispositivos médicos y medicamentos, las acciones de capacitación sobre seguridad del paciente, la información sobre ajustes a partir de lo aprendido de los errores cometidos y la libertad de comunicar situaciones que pueden afectar la seguridad, ante los cuales se genera un 87,4% de respuestas positivas, logrando afirmar que se informa oportunamente a los directivos acerca de sucesos negativos para que se tomen decisiones al respecto; además de generarse comunicación de los errores cometidos a los colaboradores y la necesidad de abordarlos oportunamente, la adecuada disposición de dispositivos y medicamentos para la atención segura, la divulgación de acciones para prevenir los errores que se han repetido y la posibilidad de expresarse abiertamente acerca de situaciones y procesos que pueden afectar la seguridad del paciente.

En relación a la sección frecuencia de **eventos adversos**, relacionada con aspectos como reporte de eventos y frecuencia de los reportes, se obtienen respuestas positivas en el 84,2% de los casos, lo que deja observar que ante un evento adverso que puede causar daño pero se evita o que tiene un alto potencial de causarlo se establecen los reportes correspondientes y esto da lugar a la gestión de acciones o estrategias que eviten el daño inmediato pero también a futuro, a través del respectivo seguimiento y control.

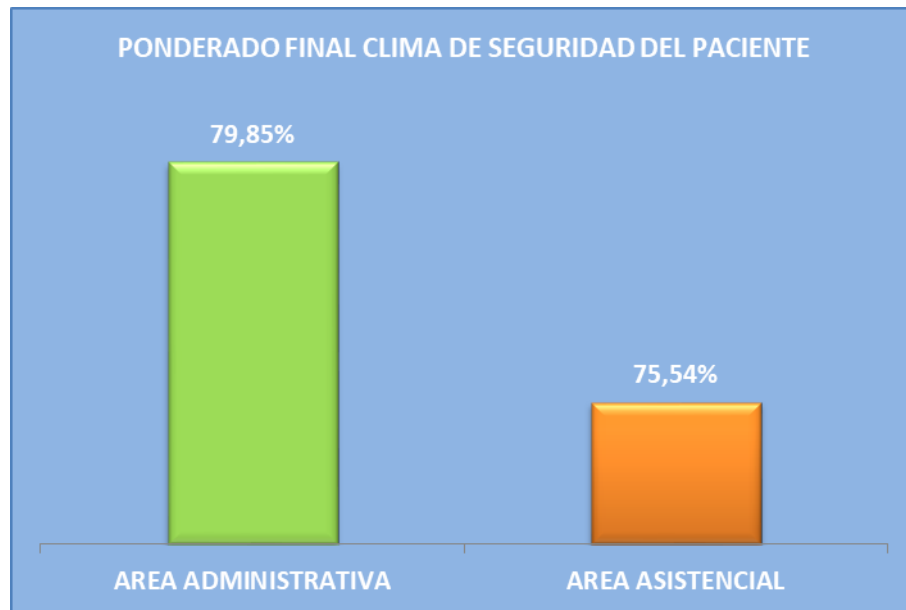
Frente a la sección **grado de seguridad del paciente**, se obtienen un 81,6% de respuestas positivas, lo que deja observar que se mantiene un alto nivel de atención en cuanto a este aspecto, gracias al desarrollo de acciones y procedimientos en los cuales se cumplen con los protocolos institucionales y se genera una dinámica colaborativa de trabajo, teniendo como base lo planteado en las secciones antes descritas.

En relación a la sección **número de eventos adversos** se encuentran respuestas positivas en un 74,8%. Las mismas fueron planteadas por colaboradores que hacen parte de seis de las ocho áreas estudiadas, quienes plantean no haber hecho ningún reporte en los últimos doce meses, lo que deja ver que hay un buen desarrollo de las actividades que ha evitado este tipo de situaciones.

Finalmente, en cuanto a la sección **atención segura**, el 100 de respuestas son positivas, estableciéndose que los colaboradores del área asistencial llevan a cabo una atención segura para los pacientes en el desarrollo de sus actividades y en cuanto al cuidado y control de estado e integridad de estos.

En este contexto, se confirma la posibilidad de fortalecer la cultura de seguridad del paciente al interior de la institución, lo cual se puede observar en el ponderado final del clima de seguridad del paciente, frente al cual el área administrativa presenta un 79,85% de respuestas positivas, mientras que el área asistencial un 75,54%, porcentajes alentadores pero que también permiten generar acciones de mejora en

algunos de los aspectos que cuentan con menor ponderación como se analizó párrafos atrás.



Gráfica 25. Ponderado final clima de seguridad del paciente
Fuente: Elaboración propia.

Estableciendo una percepción general del análisis realizado, se puede plantear que para el caso de los colaboradores de las seis áreas de la **sección administrativa**, su personal ha permanecido laborando en la organización, dentro de los mismos cargos, entre 1 y 10 años en gran parte de los casos. Lo mismo puede observarse dentro de las ocho áreas que componen la **sección asistencial**.

Frente a los cargos que desempeñan los colaboradores, en la **sección administrativa** el mayor número es profesional universitario (20 de 32), seguido por auxiliares administrativos, líderes de proceso, secretarías y jefe de oficina. En la **sección asistencial** el mayor número labora como auxiliares de enfermería (21 de 38), seguido por médicos generales, enfermeros profesionales y odontólogo.

Con respecto al contacto que los colaboradores de las dos secciones tienen con los pacientes, se observa que en la **sección administrativa** se establece en un 87,5%, mientras que en la **sección asistencial** en un 97,3%. Esto indica que hay un amplio nivel de interacción, por lo cual los actores institucionales juegan un papel importante

al momento de establecer dinámicas o acciones relacionadas con la seguridad del paciente, debido a que se vinculan con éstos a través de diferentes escenarios y procedimientos de acuerdo con la condición de los mismos.

- **Grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente.**

En cuanto al desarrollo de las funciones de los colaboradores, al consultar acerca de si se cuenta con personal suficiente para realizar su trabajo, el 97% de los colaboradores de la **sección administrativa** plantean que sí, mientras que solo el 31,6% de la **sección asistencial** plantea estar de acuerdo con ello, el mayor porcentaje no establece una posición específica frente al tema, planteando no estar de acuerdo ni en desacuerdo. Esto implica generar una revisión de personal con el que se cuenta y las actividades que tienen a cargo, pues el no contar con personal suficiente puede afectar directamente la seguridad del paciente en épocas de alta demanda de los servicios prestados, además de la posibilidad de estar incrementando la carga laboral de determinados colaboradores.

Considerando lo anterior, es relevante conocer el trabajo en equipo, que para el caso de la **sección administrativa** los colaboradores plantean que se lleva a cabo en el 97% de los casos cuando hay gran cantidad de trabajo, mientras que en la **sección asistencial** asciende al 79%. En este sentido, es posible expresar que hay un adecuado trabajo en equipo, lo cual aporta al desarrollo y control de procesos y procedimientos, incidiendo positivamente en la seguridad del paciente.

Frente al trabajo desarrollado individual y colectivamente, es relevante establecer la forma en que sea hecha, teniendo en cuenta si se basa en el respeto, ante lo cual la **sección administrativa** plantea que es así en el 100% de los casos, mientras que en la **sección asistencial** se da en un 97%. De manera general, el respeto es base fundamental en el desempeño de los colaboradores, cuestión de gran importancia al momento de atender o relacionarse con pacientes que sufren de diferentes padecimientos o condiciones de salud física y mental, pero también en cuanto a la interacción entre colaboradores.

Considerando los aspectos anteriores, es importante conocer si se viene trabajando en acciones para mejorar la seguridad del paciente, ante lo cual la **sección administrativa** plantea que sí en el 100% de los casos, mientras que la **sección asistencial** lo hace en la 79%. Se observa que ambas partes proyectan un importante promedio, lo cual aporta al desarrollo de los procesos y procedimientos relacionados con la atención y cuidado de los pacientes en las diferentes áreas que han sido estudiadas, pues el tema de seguridad es considerado dentro del desarrollo de las actividades en las que están involucrados y la gestión de sus funciones.

El establecer acciones para mejorar la seguridad implica que se han visualizado posibles errores en el desarrollo de algunas actividades, por lo cual es significativo definir si estos son usados, en algún momento, en contra de los implicados, ante lo cual la **sección administrativa** plantea que no es así en el 75% de los casos, mientras que la **sección asistencial** afirma que no es así en el 79%. Esto es positivo frente a las dinámicas de clima laboral y motivación del personal, aunque sería importante revisar con más detalle considerando aquellos porcentajes que reportan que si se presenta esta situación al interior de sus áreas.

En relación con los errores se consulta acerca de si estos no ocurren en mayor medida solo por casualidad, factor ante el que la **sección administrativa** afirma que no es así en el 84% de los casos, mientras que la **sección asistencial** plantea que no es así en el 74%, situación que permite observar un adecuado control de las acciones y procedimientos dentro de las diferentes áreas en la mayor parte de los casos. En este contexto, es relevante conocer en qué medida se generan problemas con la seguridad de los pacientes en las áreas de cada sección, lo que arroja que en la **sección administrativa** esto no sucede en el 97% de los casos, mientras que en la **sección asistencial** no sucede en el 89%.

Frente a lo anterior, es trascendental determinar si los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores, aspecto frente al cual la **sección administrativa** dice que si son efectivos en el 97% de los casos, mientras que la **sección asistencial** plantea que es así en el 76%. De manera general, hay un buen nivel de efectividad, lo cual es positivo frente a la seguridad del paciente, especialmente porque se genera desde las diferentes áreas consultadas.

El que los procedimientos y sistemas sean efectivos implica un adecuado relacionamiento entre los diferentes actores y niveles, por lo que es significativo saber si los jefes hacen comentarios favorables cuando ven un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad pacientes, ante lo que la **sección administrativa** expresa que esto si sucede en el 97% de los casos, mientras que en la **sección asistencial** sucede en el 87% de estos. De igual modo, las **secciones administrativa y asistencial** afirman que los jefes aceptan sugerencias para mejorar la seguridad del paciente en un 97% y 79% respectivamente, cuestión que es fundamental considerando la experiencia de cada uno de los colaboradores en cada área, quienes enfrentan directamente situaciones en la que se coloca en juego la integridad y cuidado de los pacientes, siendo la primera línea de atención y contacto con estos.

De igual modo, es importante plantear que en cuanto al trabajo bajo presión, los colaboradores de las **secciones administrativa y asistencial** afirman que no son obligados a trabajar más rápido obviando pasos importantes que puedan afectar la

seguridad del paciente, registrando un 72% y 76,3% respectivamente. Frente a este panorama, puede afirmarse que hay un apropiado relacionamiento entre los líderes y colaboradores, lo que claramente aporta a un adecuado clima laboral y gestión de actividades y procedimientos al interior de cada área y sección. Aunque es importante revisar el porcentaje que afirma que esto si sucede, con el fin de ajustar algunas dinámicas y evitar su recurrencia, además de los posibles efectos adversos.

- **Frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente en la institución.**

Frente a este aspecto, es importante plantear que el **área asistencial** en la mayor parte de los casos (con un 42,1%) no ha hecho ningún tipo de reporte. Mientras que un 31,6% ha hecho 21 o más reportes, un 23,7% uno a dos reportes, y 2,6% de 3 a 5 reportes durante los últimos 12 meses. Cabría mencionar aquí que el no haber hecho reportes puede implicar no tener un registro de los mismos o que no se han llevado a cabo eventos o errores que implicaran hacerlos. En este sentido, realizar reportes permite hacer una sistematización de datos e información que permita analizar el porqué de su desarrollo, las causas y consecuencias, lo que puede dar lugar a su análisis y control frente a situaciones futuras.

Dichos reportes dan lugar a cambios basados en lo aprendido y liderados por la gerencia, desde la cual son notificados a los colaboradores de las diferentes áreas pertenecientes a las **secciones administrativa y asistencial** en el 90% y 97% de los casos respectivamente. El conocimiento y divulgación de este tipo de información establece una adecuada visualización y manejo, con el fin de reducir la incidencia frente a la seguridad del paciente y su recurrencia en el futuro.

- **Grado general de percepción en seguridad del paciente en la institución**

En el 100% de los casos, tanto del **área administrativa como asistencial**, se considera que si hay un alto grado de seguridad en la atención que se presta a los pacientes en la institución. Aunque al contrastar con las respuestas dadas en aspectos anteriores, donde no se logra un 100%, podría plantearse que en algunos casos las actividades o procesos que se llevan o no a cabo dentro de la institución, por parte de este colectivo de colaboradores, pueden estar afectando la seguridad del paciente y deben ser revisados de manera inmediata y constante.

7. CONCLUSIONES

De acuerdo con el estudio realizado, es posible concluir que de manera general, hay una adecuada percepción frente a la seguridad del paciente por parte de los colaboradores de las secciones administrativa y asistencial, estableciéndose en este sentido respuestas positivas que superan el 75% en ambos casos, cuestión que revela un trabajo adecuado en las diferentes unidades analizadas y la posibilidad de generar acciones de mejora en algunos casos específicos.

De otro lado, considerando los antecedentes que caracterizan a los colaboradores, se observa que los mismos cuentan con la experiencia necesaria para ser parte de las áreas administrativa y asistencial, reconociendo de manera clara sus actividades y funciones, lo que da lugar a la gestión adecuada de las mismas y a la contribución de la seguridad del paciente en diferentes situaciones, ya estén estas directamente relacionadas con el tratamiento del paciente o con temas de documentación.

El clima de seguridad del paciente en la institución analizada es bueno, el cual está sustentado en buen trabajo en equipo, una adecuada dinámica de comunicación y reporte de incidentes, valoración del trabajo realizado, respuesta positiva a las sugerencias, disponibilidad de materiales y medicamentos, capacitación, entre otros aspectos.

El grado general de percepción en seguridad del paciente en la institución refleja un 100% de respuestas positivas, pero al analizar las secciones de manera individual y cada una de sus seis y ocho unidades, se encuentran indicadores que pueden mejorarse, relacionados con el personal, la dinámica de contratación y control y manejo de los reportes. En la mayor parte de los casos esto no supera el 30% de los casos, pero esto no significa que no deba colocarse atención a los mismos.

En el área asistencial se reporta un importante número de respuestas con la opción Ni de acuerdo ni en desacuerdo, lo cual hace que en un importante número de casos no se establezca una posición específica frente al tema consultado. Esto sucede específicamente en temas como la preocupación de los empleados en que los errores cometidos queden registrados en su hoja de vida, el apoyo entre los miembros de las unidades, la cantidad de personal disponible y el interés de la gerencia frente a la seguridad del paciente.

Se encuentra una importante fortaleza en la organización relacionada con el

trabajo en equipo, teniendo como base que los colaboradores se apoyan mutuamente en situaciones que implican amplias cargas laborales y se establece un importante nivel de comunicación entre la gerencia, los líderes de equipo y funcionarios. Esto genera una adecuada interacción entre los diferentes actores y sus responsabilidades, dando lugar a procesos organizados y con opción de trazabilidad en el tiempo.

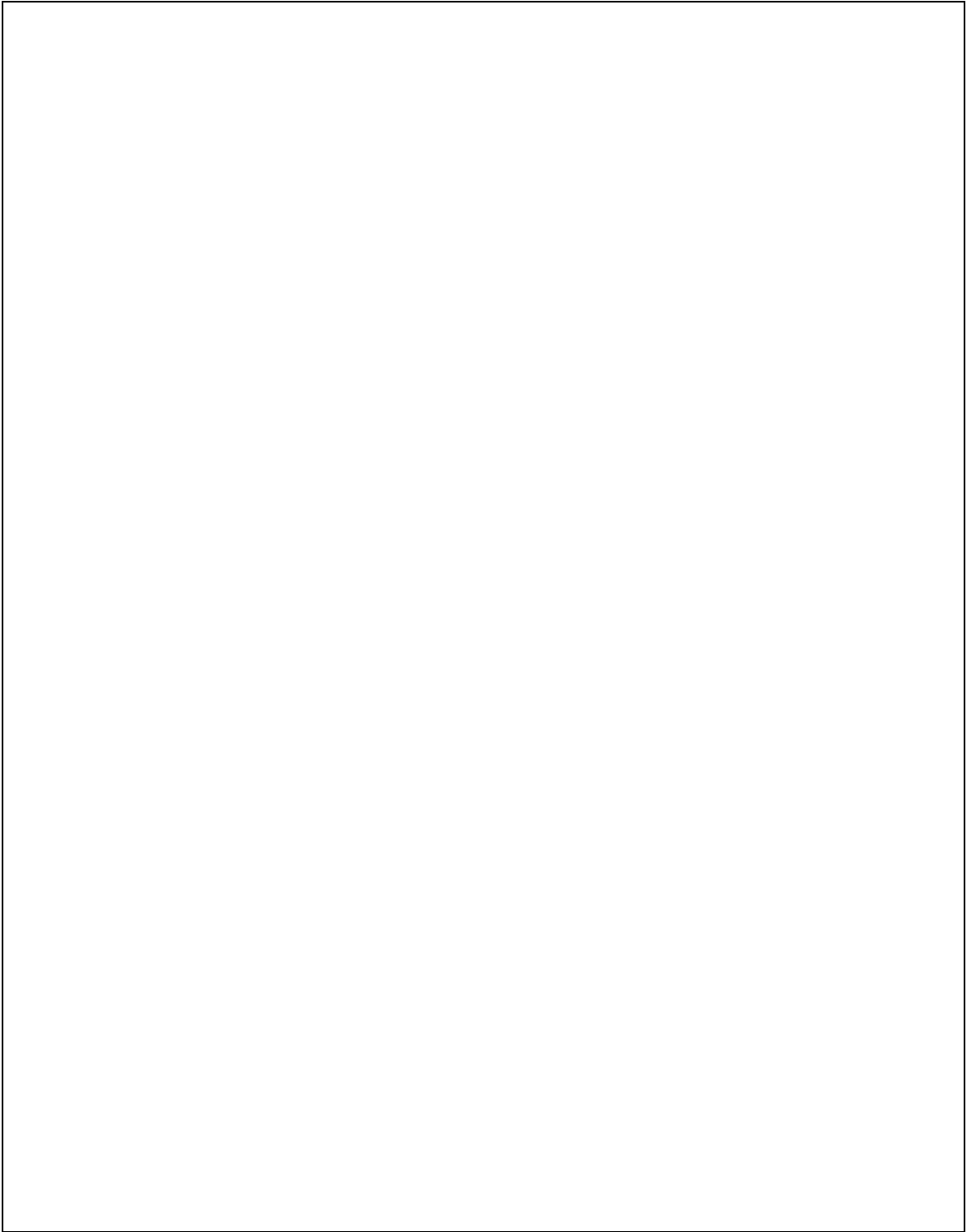
8. RECOMENDACIONES

Es significativo considerar el reporte de los casos que pudieron o afectaron la seguridad del paciente son diligenciados en la mayor parte de las unidades que componen el área asistencial (consulta externa, prioritaria, atención primaria en salud, farmacia y extra mural pero también se encuentran unidades que afirman no llevar a cabo este tipo de procesos o solo algunas veces (laboratorio, odontología y salud pública), por lo cual es relevante analizar los casos por cada áreas y generar una dinámica continua de revisión y control de reportes, no solo con el fin de identificar lo que sucede sino que los datos obtenidos sirvan de base para tomar acciones preventivas y correctivas que aporten a mejorar o mantener el nivel de seguridad del paciente.

Se precisa revisar algunos porcentajes relacionados esencialmente con el reporte de situaciones que pueden afectar la seguridad del paciente, la comunicación entre colaboradores y áreas, y el papel de la gerencia como líder institucional, buscando con ello disminuir o eliminar algunas de las percepciones negativas de los actores institucionales, que a pesar de tener bajos porcentajes pueden afectar a mediano o largo plazo el desempeño de los individuos y equipos de trabajo.

Puede mejorarse el clima de seguridad del paciente revisando aquellos aspectos que no superan una respuesta positiva del 70%, como sucede con la dotación de personal, lo cual implica un análisis detallado y la gestión de acciones que aporten a que los trabajadores tengan una percepción diferente, todo ello mediante el cambio o ajuste de dinámicas o procedimientos que pueden generar una percepción negativa en funcionarios de las diferentes unidades de trabajo que integran la organización.

A pesar de visualizarse un adecuado nivel de seguridad del paciente, se requiere hacer revisiones periódicas que generen un mayor control de los procesos y procedimientos que presentan mayores efectos negativos administrativa y asistencialmente y que, claramente, inciden en la seguridad y condición del paciente.



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de La Salud. Organización mundial de la salud. [Online].; 2019 [cited 2020 Octubre 6. Available from: [HYPERLINK "who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety" who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety) .
2. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. [Online].; 2008 [cited 2020 Septiembre 19. Available from: [HYPERLINK "https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf" https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf) .
3. Ordoñez-Molina, J. Promoción de la cultura de seguridad del paciente. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.
4. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá: Dirección General de Calidad y Servicios; 2008.
5. Ministerio de Salud. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Bogotá: Praxis; 2010.
6. ConsultorSalud. Seguridad del paciente – guía de buenas prácticas [Internet]. Colombia: ConsultorSalud; 2018. [consultado 2020 Nov 1]. Disponible en: <https://acortar.link/79kb4>
7. Alcaldía de Santiago de Cali. La seguridad del paciente, un reto de ciudad. Seguimiento de la política de seguridad del paciente en las ESE Municipales. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal; 2012.
8. Gómez-Ramírez, O, Arenas-Gutiérrez W, González-Vega, L, Garzón-Salamanca, J, Mateus-Galeano, E, Soto-Gómez, A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Cienc. Enferm. 2011; Diciembre; 17(3): p. 97-111.
9. Estepa del Árbol, M, Moyano-Espadero, C, Pérez-Blancas, C, Crespo-Montero R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enferm. Nefrol. 2016; 1(19): p. 63-75.
10. Camacho Rodríguez, E. Medición de la cultura de seguridad del paciente en

profesionales de salud de atención primaria. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25(1): p. 141-153.

11. Ramos F, Coca, S.M, Abeldaño, R.A. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes. *Enferm. Univer.* 2017; 14(1): p. 47-53.
12. Arias-Botero, J, Segura-Cardona, A, Rodríguez, F Acosta, Saldarriaga, C, Gómez-Arias, R. Clima de seguridad del paciente en quirófanos de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contrato. *Rev. Colomb. Anestesiología.* 2020; 48 (2): p. 71-77.
13. Mella-Laborde, M, Gea-Velásquez, Aranáz-Andrés, J, Ramos-Forner, G, Compañ Rosique, A. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria.* 2020; 34 (5): p. 500-513.
14. Martínez-Reyes, C, Agudelo Durango, J; Areiza Correa, S, Giraldo Palacio, D. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar.* 2017; 17 (33), p. 277-291.
15. Rocco, C, Garrido, A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2017; 28(5): p. 785-795.
16. Pérez-Castro J, Jaramillo-Esparza, C, Olvera-Martínez, L, Burgos-Martínez, L, Pastrana-Gómez, A, González-Olvera, A, Delgado-Bernal, M, Márquez-Villarreal, H, Real-Tovar, F. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Rev CONAMED.* 2014;19(2): p. 52-58.
17. Patiño-Restrepo, J. El juramento hipocrático. *Rev Colomb Cir.* 2005; 20 (2). P. 62-64.
18. Labajo-Gonzales, E. Estudio de la cultura de seguridad en el paciente en la docencia del grado en odontología de la Universidad Complutense de Madrid. [Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Universidad Complutense de Madrid; 2018.
19. Agency for Health Research and Quality (AHRQ). Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ. 2016; 15(16): p. 51.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico

- Definitivo. 2009. Disponible en: www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
21. Rodríguez-Pérez, P, Grande-Arnesto, M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 2 Nov 2020]. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf
 22. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. [Internet]. España: OMS. [Consultado 2020 Nov 1] Disponible en: https://www.who.int/topics/patient_safety/es/
 23. Vasco-Gonzales, I. Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del hospital de Mérida. [Tesis doctoral]. Mérida. Departamento De Enfermería, Universidad de Extremadura; 2017.
 24. Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Manage Rev.* 2009; 34: p. 312-22.
 25. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. España: OMS. [Consultado 2020 Nov 1] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
 26. Manterola, C. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.* 2014; 32(2): p. 634-645.
 27. López, Pedro Luis. (2004). POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO. *Punto Cero*, 09(08), 69-74. Recuperado en 11 de julio de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tlng=es.
 28. Westreicher, C. *Censo*. Economipedia., 12 de febrero, 2020 *Censo*. Economipedia.com <https://economipedia.com/definiciones/censo.html>
 29. Gobierno de España. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
 30. Cillero-Jiménez, L, Alonso-Argul, M, Muñoz Rubio, C. La seguridad del paciente, responsabilidad de todos. [Internet]. Madrid: Fundación de arquitectura, ingeniería y gestión hospitalaria; 2020 [consultado 2 Ago 2021]. Disponible en:

<https://hospitecna.com/arquitectura/disenyo-y-reflexion/seguridad-paciente-responsabilidad-todos/>

31. Orkaizagirre A. La Cultura de Seguridad del Paciente de las Enfermeras Hospitalarias [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Fisiatría y Enfermería; 2015.
32. Sotelo, A, Almaguer, K, Quintero, J. La motivación, la formación y el desarrollo humano como factores de incidencia en el compromiso organizacional. RECAI Est. Cont. Admin. Inform. 2020; 4(11): p. 35-56.
33. Roa-Villamil, M. La comunicación y los efectos en el clima organizacional. [Tesis de pregrado]. Bogotá: Programa de Administración de Empresas. Universidad Militar Nueva Granada; 1999.
34. Ramírez-Arias, J, Ocampo-Lujano, R, Pérez-Paez, I, Velasquez-Trinidad, D, Yarza-Solorzano, M. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. Acta Med. Grup. Ang. 2011. 9(3): p. 167-174.
35. Ministerio de Salud de Colombia. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. Bogotá: Praxis Consultores, 2009.
36. Organización Mundial de la Salud. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. [Internet]. Estados Unidos: World Alliance for Safer Health Care; 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
37. Macario-De Paz, F. Rotación de personal y clima organizacional. [Tesis de pregrado]. Quetzaltenango: Licenciatura en Psicología Industrial/Organizacional. Universidad Rafael Landívar; 2018.
38. García, L, Pérez, A. Los horarios laborales y su influencia en la percepción del equilibrio trabajo-familia. Una revisión de literatura. [Tesis de pregrado]. Bogotá: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario; 2013.