



**ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL PERSONAL
ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL
DE UNA IPS DE LA CIUDAD PASTO**

ARLEY YAMILE ESPINOZA DIAZ

NICOLÁS STIVEN VIVEROS PAZ



**Universidad[®]
Católica[®]
de Manizales**

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



*Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen*

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL
ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DE UNA IPS DE LA CIUDAD PASTO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Administración de la Salud

Asesor

Vanesa Mercedes Rivera Rosero

Autores:

Arley Yamile Espinoza

Nicolás Stiven Viveros Paz

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD

MANIZALES

2023

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	8
2. RESUMEN	9
2. RESUMEN	9
2.1 ABSTRACT	10
2.2. INTRODUCCIÓN.....	11
2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS	20
3.1. OBJETIVO GENERAL	20
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. MARCO TEORICO	21
4.2 MARCO CONCEPTUAL	25
4.4 MARCO NORMATIVO	36
5. METODOLOGÍA.....	39
5.1 ENFOQUE Y DISEÑO	39
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	39
5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	41
5.4 INSTRUMENTO	41
5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	43
5.6 COMPONENTE ÉTICO	48
5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	49
6. RESULTADOS Y DISCUSION	50
6.2 DISCUSIÓN	90
7. CONCLUSIONES.....	93
8. RECOMENDACIONES	94

9. BIBLIOGRAFÍA	95
ANEXOS	102

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. de forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:	43
Tabla 2. Dimensiones de la encuesta hospitalaria para evaluar la cultura de seguridad del paciente.....	45
Tabla 3. Distribución porcentual del tiempo de trabajo que labora en la institución.....	50
Tabla 4. distribución porcentual del área o unidad de trabajo del personal que labora en la institución	51
Tabla 5. Distribución porcentual del tiempo de trabajo en el área o unidad del personal que labora en la institución.	52
Tabla 6. Distribución porcentual de horas semanales que trabaja en la institución.....	53
Tabla 7. Distribución porcentual, típicamente tiene usted directa o contacto con pacientes del personal de la institución.....	53
Tabla 8. distribución porcentual de cuánto tiempo lleva usted trabando en su actual especialidad o profesión el personal de la institución.....	54
Tabla 9. Distribución porcentual del número de incidentes reportados por el personal de la institución.....	55
Tabla 10. Distribución porcentual si en la institución, existe un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos.	56
Tabla 11. Porcentual de frecuencia de eventos notificados en la institución.	56
Tabla 12. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿con que frecuencia es notificado?	57
Tabla 13. Porcentual cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿con que frecuencia es notificado? en la institución.	58
Tabla 14. porcentaje de seguridad del paciente correspondiente a: nunca se compromete por hacer más trabajo.....	59
Tabla 15. porcentaje de seguridad del paciente correspondiente a: solo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	60
Tabla 16. Porcentaje de seguridad del paciente correspondiente a: en esta unidad tienen problemas con la seguridad de los pacientes.....	61

Tabla 17. Porcentaje de expectativas y acciones de la dirección de la unidad/ servicio que favorecen la seguridad en la institución.	62
Tabla 18. Porcentaje correspondiente: mi superior/jefe NO hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez, en la institución.	63
Tabla 19. Porcentaje de actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en la institución.	64
Tabla 20. Después de introducir caminos para mejorar la seguridad de los pacientes, en la institución se evalúa su efectividad.	65
Tabla 21. Cuando se detecta algún fallo de los pacientes, la institución evita que vuelva a ocurrir.	65
Tabla 22. El personal sanitario apoya la institución.	66
Tabla 23. Se fomenta el trabajo en equipo en la institución.	67
Tabla 24. Se fomenta el respeto en la institución.	67
Tabla 25. En una sobrecarga laboral suele encontrar ayuda de los compañeros dentro de la institución.	68
Tabla 26. El personal de la institución comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	69
Tabla 27. ¿El personal de la institución se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad?	70
Tabla 28. El personal se siente en confianza de realizar preguntas. en la institución.	71
Tabla 29. Se informa al personal los cambios que se realizan después de una notificación, en la institución.	72
Tabla 30. Se informan los errores que pueden cometer en la institución.	72
<i>Tabla 31. Hay comunicación para prevenir errores en la institución.</i>	<i>73</i>
Tabla 32. Sus errores son utilizados en contra de los empleados en la institución.	74
Tabla 33. Se siente juzgado por el personal cuando se informa algún evento en la institución.	74
Tabla 34. El personal teme que sus errores afecten sus expedientes en la institución.	75
Tabla 35. Se puede afrontar la carga laboral en la institución.	76
Tabla 36. El personal de institución trabaja más horas de las que son convenientes para el cuidado de los pacientes.	77
Tabla 37. La institución cuenta con el personal sustituto o eventual conviene para el cuidado de los pacientes.	78

Tabla 38. Frecuentemente trabajan bajo presión para hacer las cosas mucho mejor y de forma rápida.....	79
Tabla 39. Los directivos fomentan en buen ambiente laboral dentro de la institución.....	80
Tabla 40. Las acciones de la dirección de la institución muestran que la seguridad de los pacientes es altamente prioritaria.	81
Tabla 41. La dirección de la institución, solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurriese un suceso.	82
Tabla 42. Hay buena cooperación entre el personal de la institución cuando necesitan trabajar entre los servicios y/o unidades juntos.....	83
Tabla 44. Las unidades de la institución NO trabajan coordinadamente entre ellos.	85
Tabla 45. Resulta trabajar incomoda con otros servicios o unidades de la institución.....	85
Tabla 46. En la institución existe pérdida de información cuando se traslada a un paciente de un servicio a otro.....	86
Tabla 47. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de la institución.	87
Tabla 48. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en la institución.....	88
Tabla 49. Distribución porcentual del grado de seguridad del paciente en el área de la institución.....	89



Universidad
Católica
de Manizales

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DE UNA IPS DE LA CIUDAD PASTO

Investigadores: Arley Yamile Espinosa Díaz
Nicolás Stiven Viveros Paz.

Línea de Investigación: Administración de la salud

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en Administración de la salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Pasto

Departamento: Nariño

Duración del Proyecto (periodos académicos): Dos periodos

2. RESUMEN

2. RESUMEN

El objetivo general de esta investigación fue identificar la Cultura de Seguridad del Paciente a nivel del personal administrativo y asistencial de una institución de la ciudad de pasto, se utilizó una metodología de tipo observacional, cuantitativo, descriptivo y transversal. Para la recolección de información se empleó el instrumento validado para evaluación de la cultura de seguridad de paciente: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS), de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptado al castellano, y se tomó como objeto de estudio la población de la IPS, correspondiente a 135 personas con una muestra de 69 personas, aplicando el instrumento a 65 participantes, dando aplicabilidad a los criterios de inclusión y exclusión. Como resultados se encontró que la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente tiene un puntaje menor al 75% y mayor al 50%, resultando en un nivel medio, en conclusión: la institución, presenta un nivel medio de cultura de seguridad de paciente, lo que se convierte en oportunidad de mejora, en todas las dimensiones establecidas en el instrumento, también reconoce sus debilidades y fortalezas, como un compromiso y adopción de estrategias que permitan mejorar la calidad en la atención y cumplir con sus objetivos.

PALABRAS CLAVES: cultura de seguridad de paciente, personal administrativo, personal asistencial.

2.1 ABSTRACT

The general objective of this research was to identify the Patient Safety Culture at the level of the administrative and care staff of an institution in the city of Pasto, an observational, quantitative, descriptive and cross-sectional methodology was used. For the collection of information, the validated instrument for the evaluation of patient safety culture was used: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS), from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adapted to Spanish, and it was taken as the object The study population of the IPS, corresponding to 135 people with a sample of 69 people, applying the instrument to 65 participants, giving applicability to the inclusion and exclusion criteria. As results, it was found that the perception of the patient safety culture has a score of less than 75% and greater than 50%, resulting in a medium level, in conclusion: the institution presents a medium level of patient safety culture, What becomes an opportunity for improvement, in all the dimensions established in the instrument, also recognizes its weaknesses and strengths, such as a commitment and adoption of strategies that allow improving the quality of care and meeting its objectives.

KEY WORDS: patient safety culture, administrative staff, care staff

2.2. INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica, considerada una cuestión primordial en las prácticas de salud y encaminada a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas, como también aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias (1).

Es considerado uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud el cual implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud de tal manera que se puedan diseñar e implementar barreras de seguridad (2).

Según la Organización Mundial de la Salud: la falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública que afecta a todos los países de todo nivel de desarrollo. Estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Además, se calcula que: 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 y en algunos casos, estos errores provocan la muerte (3).

En Colombia, se han desarrollado documentos de gran importancia en este tema como lo es la guía técnica: “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, en la que se evidencian estudios como el IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos) que revela cifras importante en diversos aspectos de la seguridad del paciente, indicando por ejemplo que la prevalencia de eventos adversos (4) y en el Departamento de Nariño cuenta con dos referentes en el tema de salud en estudios, el Hospital Infantil los Ángeles y el Hospital San Pedro, los cuales han logrado obtener en varias ocasiones el galardón nacional Hospital Seguro; reconocimiento público que se entrega a los hospitales y clínicas que alcancen los mayores logros en el mejoramiento

de la seguridad del paciente, prevención, detección oportuna y corrección de eventos o accidentes con el objetivo de promover procesos de mejoramiento y de fomentar la búsqueda de niveles de excelencia (5)

Considerando la importancia que tiene la práctica y aplicabilidad de una cultura de seguridad del paciente que haga parte del aprendizaje organizacional en las entidades de salud, se utiliza la encuesta de cultura de seguridad de paciente (AHRQ), con el propósito de identificar la cultura de seguridad de paciente en el personal administrativo y asistencial, buscando obtener información de las personas directamente implicadas en la atención del paciente, esta información contribuye en la toma de decisiones preventivas o correctivas basándose en los hallazgos obtenidos; para dar cumplimiento a las políticas y lineamientos de seguridad del paciente y contribuir con ello a mejorar la calidad en atención.

De igual manera será útil para los usuarios que asisten a la institución, porque las medidas pertinentes que se tomen contribuirán positivamente en el mejoramiento de la calidad en la atención, más aún si se tiene en cuenta la importancia que esto tiene en pro de recuperar la salud y bienestar de los usuarios.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Seguridad del Paciente es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Se considera una cuestión primordial en la práctica sanitaria, que pretende poner en práctica los procesos y estrategias encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias. Comprende todas las dimensiones de la persona que van desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de los profesionales de la salud y, el desarrollo de planes de cuidados, entre otros. (1)

Teniendo en cuenta los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de la Protección Social, se considera este aspecto uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud el cual implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud de tal manera que se puedan diseñar e implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias, lo cual requiere coordinar diferentes actores con el objetivo de incrementar las condiciones que caracterizan a una institución como segura. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud: la falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública que afecta a todos los países de todo nivel de desarrollo. Estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Además, se calcula que: 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 y en algunos casos, estos errores provocan la muerte (3) Al respecto, estudios revelan que, en Estados Unidos, aproximadamente 75.000 hospitalizaciones al año se deben a eventos

adversos evitables producidos en pacientes ambulatorios y terminan en 4.839 lesiones graves permanentes y 2.587 muertes. (4)

La seguridad del Paciente, con el tiempo se ha traducido a nivel mundial, en importantes estrategias encaminadas a mejorar la seguridad en la atención de la salud. En países como España, la seguridad del paciente es impartida como base del conocimiento, constituyéndose en una estrategia docente que ha permitido observar una respuesta positiva al personal de salud frente a la cultura de seguridad de paciente institucional haciéndose visible una mayor preocupación por la seguridad de paciente (5) Por su parte en Colombia, se han desarrollado documentos de gran importancia en este tema como lo es la guía técnica: “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, en la que se evidencian estudios como el IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos) que revela cifras importante en diversos aspectos de la seguridad del paciente, indicando por ejemplo que la prevalencia de eventos adversos, ha llegado a representar el 13,1% de los mismos, estableciendo que estos se presentaron durante la realización de procedimientos relacionados con la medicación, la prescripción, fallos en la comunicación y otros motivos; y que de ellos, más de una tercera parte se pudieron haber evitado (6); a partir de esta información se ha visibilizado la necesidad de las entidades de salud de implementar una cultura de seguridad del paciente que promueva la prevención, el reporte y análisis, en este caso, de los eventos adversos.

Como parte del alcance adquirido al adoptar una Política de Seguridad del Paciente en nuestro país, la secretaria de salud de Bogotá, menciona que actualmente este es un tema que ha logrado gran trascendencia a nivel de la protección de la salud, convirtiéndose en uno de los parámetros más importantes del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en Colombia, adquiriendo además el carácter de obligatorio en los procesos prioritarios de la habilitación en salud establecidos por la Resolución 3100 de 2019 fortaleciéndola como un eje de Gestión excelente y segura (7)

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia, ha considerado que deben establecerse unas herramientas prácticas comunes a los principales programas de seguridad del paciente de las instituciones de salud, con el fin de prevenir la ocurrencia

de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducirlos y de ser posible eliminarlos, y de esta forma contar con instituciones de salud más seguras; estas son: (8)

- Política Institucional de Seguridad del Paciente
- Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos
- Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos
- Metodologías para el análisis de los eventos adversos
- Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente y,
- Protocolos para el Manejo del Paciente

Como se mencionó anteriormente, estudios como el IBEAS realizados en Colombia con respecto al tema planteado, han permitido fortalecer el Sistema de Información para la Calidad en Salud y establecer los indicadores para su monitoreo mediante la resolución 256 de 2016, entre los que cabe mencionar que se encuentran los indicadores de seguridad cuya finalidad es identificar las áreas de servicios de salud que presentaron mayores eventos adversos y de esta manera establecer recomendaciones de mejora (9).

A nivel regional, durante los últimos años en el departamento de Nariño, el Instituto Departamental de Salud, ha convertido en prioridad para esta entidad los datos reportados en las visitas de inspección, vigilancia y control a los municipios y a las diferentes entidades de salud, referentes al tema de los hallazgos encontrados con respecto a la Seguridad del Paciente, esto con el fin que a partir de la identificación de los mismos se procuren espacios en que se realice el debido acompañamiento técnico y permanente con el fin de mejorar y minimizar los riesgos a los pacientes y a la comunidad en general, lo anterior en razón que los hallazgos encontrados y que podrían conllevar en algunos casos a los cierres de los Centros de Salud en cualquier municipio, permiten a la administración gubernamental crear estrategias e implementar medidas que garanticen la Seguridad del Paciente minimizando cualquier tipo de complicación que pueda afectarlos y dando solución así a posibles falencias en la prestación del servicio. (10)

Es importante mencionar que el Departamento de Nariño cuenta con dos referentes en el tema de salud en estudios, el Hospital Infantil los Ángeles y el Hospital San Pedro, los cuales han logrado obtener en varias ocasiones el galardón nacional Hospital Seguro;

reconocimiento público que se entrega a los hospitales y clínicas que alcancen los mayores logros en el mejoramiento de la seguridad del paciente, prevención, detección oportuna y corrección de eventos o accidentes con el objetivo de promover procesos de mejoramiento y de fomentar la búsqueda de niveles de excelencia, estas entidades por ejemplo, han alcanzado metas como lograr tener cero caídas, manejo correcto de sus medicamentos, y no reportar eventos adversos por ciertos periodos de tiempo, además de manejar correctamente todas las metas internacionales de Hospital Seguro(10). Por su parte el Hospital Departamental de Nariño ha implementado una Política de Seguridad del Paciente donde el Gerente y los trabajadores están comprometidos con la seguridad del usuario y su familia dando cumplimiento a las directrices establecidas en la Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente en la atención en salud, minimizando la ocurrencia de incidentes y eventos adversos y estandarizando las barreras de seguridad, comprometiéndose así con el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud (11).

Con base en lo anteriormente referido, es importante reconocer como ha sido el proceso que han llevado otras instituciones de salud como el que se analiza. Al analizar cómo ha sido la creación y adopción de la cultura de Seguridad del Paciente en la institución en su componente tanto asistencial como administrativo, y con base en la información recaudada será posible generar una propuesta de mejora que evalúen y den solución a las falencias que puedan identificarse en este aspecto de manera valida y confiable, generando así una mayor calidad en la prestación de sus servicios de salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo es la cultura de seguridad de paciente en el personal administrativo y asistencial de una IPS en la ciudad de Pasto?

2.4 JUSTIFICACIÓN

Actualmente se ha ido avanzando con respecto a la estructuración de políticas, programas y estrategias que se adelantan a nivel mundial, nacional y regional, en el tema de la seguridad del paciente y en particular la seguridad orientada a concientizar y reforzar los conocimientos al personal asistencial con respecto a la atención segura en servicios de salud, sin embargo, las publicaciones académicas sobre el tema de la seguridad de paciente no son tan amplias como se espera, de aquí la necesidad de invertir en investigación y publicaciones que conlleven a que las estrategias identificadas en los distintos estudios no queden en acciones aisladas y desarticuladas de las políticas de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de la enfermedad”. Si la salud no es solo la ausencia de enfermedad, podemos afirmar que la Seguridad del Paciente no es solo la ausencia de riesgos. Existe un “continuo riesgo-seguridad” que exige poner el foco a varios niveles diseñando estrategias para favorecer que la balanza se incline hacia la seguridad. Estas estrategias deben desarrollarse en los ámbitos institucional, profesional, político y social, de manera que se diseñen y organicen escenarios de atención con bajo riesgo, que se enfoque en la competencia y prácticas profesionales de modo seguro y donde la Seguridad del Paciente se incluya como prioridad en la agenda de las organizaciones que influyen de manera directa o indirecta en la atención sanitaria (12).

En Colombia, la seguridad del paciente tiene un alcance en la protección de la salud que se ha convertido en uno de los parámetros más importantes del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y continúa siendo obligatorio como parte de los procesos prioritarios de la habilitación en salud, igualmente se ha fortalecido en la Acreditación en salud como eje de Gestión Clínica Excelente y Segura, con estándares superiores en busca de la excelencia (13).

En el año 2012 se publicó la Política Nacional de Seguridad del Paciente en el Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social y para el año 2015

se promulgaron los paquetes instruccionales, definidos como un conjunto de conocimientos que permite a una persona o entidad desarrollar un juicio crítico frente a determinadas situaciones, los cuales buscan propiciar un espacio de reflexión, actualización y diálogo de saberes en Seguridad del Paciente, siguiendo el modelo de aprendizaje basado en problemas con el fin de lograr que el desempeño laboral cotidiano los profesionales de la salud cumplan con las disposiciones establecidas en la política nacional de seguridad del paciente y la Guía Técnica #1 de buenas prácticas de seguridad del paciente, convirtiéndose en agentes educadores y promotores de la salud integral, motivando la prevención de los riesgos basados en la experiencia (14).

Colombia ha logrado avances notables en el tema de la salud, por ejemplo, en la cobertura universal, según el Ministerio de Salud y Protección Social, en 2018 el 95% de la población contaba con algún tipo de aseguramiento en salud. Para el caso del departamento de Nariño el aseguramiento en salud se establece en un 100% de la población para el año 2019 y dada de la siguiente forma: en el régimen subsidiado un total de 1'126.997 equivalente al 79%, en el régimen contributivo hay 265.778 que representa el 19% y en los regímenes de excepción 30.867 que corresponden al 2% del total asegurado. Teniendo en cuenta lo anterior, aun se considera que el desafío en el campo de la salud es la calidad que involucra aspectos como la accesibilidad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad en la atención, elementos que garantizan la humanización de la atención en los servicios a los pacientes, permitiendo a su vez restablecer su calidad de vida acorde con la dignidad humana. La seguridad de paciente hace parte del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud que pone a las personas como centro y finalidad del sistema y que busca la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso con la calidad por parte de todos los agentes del sistema. Según el Ministerio de Salud, “cuando en la atención de los pacientes se tiene en cuenta el contexto de la ética y los valores, es posible suplir sus necesidades de forma integral tanto para el paciente como para la familia y sociedad” (15)

De igual manera para nuestro departamento de Nariño, la seguridad en salud se ubica como un objetivo en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS, al buscar garantizar la prestación de los servicios de salud con calidad,

seguridad y humanización con enfoque de orientación hacia el cumplimiento del SOGCS y apuntando a los logros de los Objetivos del Milenio relacionados con Salud aportando al mejoramiento de las condiciones de vida de los y las Nariñenses (16).

Tanto las políticas como los programas que se han desarrollado en el campo de la salud, se encaminan a promover mecanismos donde el eje y enfoque es la seguridad del paciente, la que a su vez está dentro de una política para la planeación de la atención que debe contemplar diferentes estrategias a desarrollar, apoyándose desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, y también en la existencia de instancias como los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional, atención al usuario, entre otros.

En este sentido, un estudio como el que se plantea es importante por cuanto permite reconocer como se desarrolla la cultura de seguridad de paciente tanto en el personal asistencial como en el administrativo de una entidad de salud, teniendo en cuenta que su finalidad e impacto está orientado a garantizar la atención y brindar tranquilidad a los usuarios, basados en el eje de mejora continua de la calidad enfocado en la seguridad de paciente. Al analizar la información que se pretende recaudar, y a partir de las conclusiones obtenidas de los resultados, podremos observar cómo es la interacción de los procesos asistenciales y administrativos, cuyo objetivo principal es la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias comprometiéndose con una atención integral.

El impacto que podría tener este estudio en todos sus actores es importante, en el sentido que nos permite observar, dentro del proceso de planeación de la atención en una institución de salud, los criterios que incluye la política de atención segura para el paciente, y como ésta mejora la relación médico paciente, dando lugar a la adopción de una cultura de seguridad del paciente, garantizando las buenas prácticas clínicas en todo acto de cuidado de la salud, al igual que en la educación, las competencias, habilidades y actitudes que deben destacar y regir la conducta de los miembros del equipo de salud.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la Cultura de Seguridad del Paciente a nivel del personal administrativo y asistencial de una institución en la ciudad de pasto

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar como se adopta la Cultura de Seguridad del Paciente en el área administrativa y en el área asistencial de la institución en la ciudad de pasto
- Analizar cuál es la frecuencia de eventos adversos en la institución en la ciudad de pasto, teniendo en cuenta la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Caracterizar la cultura de seguridad de paciente en el personal administrativo y asistencial de la institución de la ciudad de pasto

4. MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES

4.1.1 Antecedentes internacionales

En Perú, Br. Natali Roxana Mori Yachas, (2017) investigo sobre: cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, con enfoque cuantitativo, con diseño observacional. Con el objetivo principal de determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos. Aplicando el cuestionario de Likert, las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad. Reportó resultados coincidentes ya que el estudio indica que los profesionales de salud presentan una cultura de seguridad del paciente medianamente eficaz y por ende, la prevención de eventos adversos está en riesgo de presentar errores durante su ejercicio profesional. (17)

En España, Jesús María arenas Andrés, Alberto pardo, Patricia López Pereyra, José Lorenzo Valencia Martín, Cristina Díaz agero Pérez, Nieves López Fresneña, Ángela rincón Carlavilla, María Teresa Velázquez de Castro, Cristina Navarro royo, Carmen albéniz Lizárraga, Abelardo Claudio Fernández Chávez (2018) en su investigación titulada: Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Tuvieron como objetivo evaluar como estrategia docente los conocimientos y percepciones sobre la cultura de seguridad en salud. Se utilizó como herramienta principal un cuestionario de conocimientos sobre seguridad del paciente de elaboración propia y otro cuestionario válido sobre conocimientos en apoyo directivo, percepción de seguridad y expectativas o acciones. Con un enfoque cualitativo por conveniencia Los resultados arrojaron qué un 60% respondió correctamente a las preguntas sobre conocimiento de seguridad del paciente identificando las diferentes áreas de práctica segura y los diferentes métodos que se utilizan, también el 80% consideró positiva la cultura de seguridad del paciente como oportunidad de mejora,

asimismo se logró concretar que el 88% reconoció preocuparse por la seguridad de los pacientes dónde se logró la satisfacción con la metodología docente puede 9.3 puntos sobre 10. Se concluyó que La valoración global de la CSP fue mayoritariamente positiva, identificándose áreas de mejora específicas utilizadas como estrategia docente para ilustrar conceptos, motivar a los participantes y sugerir estrategias de intervención para mejorar la cultura de seguridad del paciente en nuestras organizaciones. (5)

En España, Pinheiro, Maria da Penha - Junior, Osnir Claudiano da Silva (2017), investigaron sobre Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario, cuyo objetivo es conocer la evaluación de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización hospitalaria de un hospital universitario, el método a utilizar fue descriptivo con enfoque cuantitativo tipo probalístico, la recolección de datos fue desde septiembre de 2014 a noviembre de 2014, la cual indico una muestra del estudio que incluyó 203 enfermeros que respondieron un cuestionario traducido al portugués de la Encuesta de Literatura Política de Seguridad del Paciente Hospitalario (HSOPSC) disponible en Proqualis, que incluye 12 dimensiones para la evaluación cultura de seguridad, cuyo grado de cumplimiento se miden por medio de Likert la cual es una escala, el rango de respuesta va desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo". En este manuscrito, exploramos tres dimensiones de la cultura de seguridad a nivel organizacional de un hospital. Se concluyó que los datos sugieren que los gerentes y los líderes organizacionales deben involucrarse y tomar medidas concretas para promover y priorizar los problemas de seguridad del paciente en el entorno hospitalario que se está estudiando. (18)

En España, Teresa Giménez Júlvez, Ignacio Hernández García, Carlos Aibar Remón, Isabel Gutiérrez Cía y Mercedes Febrel Bordeje (2017), investigaron sobre la cultura de salud del paciente en directivos y gestores de servicio de salud del Servicio Aragonés, tuvieron como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en personas directivas y gestoras, el cual utilizo el método de estudio descriptivo trasversal con un enfoque cualitativo, con una herramienta de entrevistas semiestructuradas. Los resultados mostraron que se realizaron doce entrevistas, de las cuales todos reconocieron que había preocupaciones sobre la seguridad del paciente y acordaron priorizarlas en la teoría sobre la práctica, también hace referencia a la rotación excesiva de gerentes se considera un obstáculo importante para

desarrollar estrategias a largo plazo y garantizar la continuidad a mediano plazo. Se concluyó que el trabajo recoge la visión de los gestores sobre la cultura de seguridad del paciente, que es una práctica importante para mejorar la cultura de seguridad del paciente en este grupo y en las organizaciones que opera. (19)

4.1.2 Antecedentes nacionales

En Bogotá, Rodríguez Reyes Andrea Jinet Ortega, Luis Gregorio (2018) realizaron su estudio frente al monitoreo de incidentes y eventos adversos que sirven como insumo para investigar las causas y condiciones que los generan, basándose en la resolución 256 de 2016 dónde se encuentran los indicadores de seguridad. Su objetivo es identificar los departamentos donde se presentaron las mayores cantidades de eventos adversos durante el período del 2016 con respecto al indicador del país con el fin de establecer recomendaciones, para esto se realizó un estudio observacional descriptivo analizando los diferentes indicadores de la resolución 056 de 2016 que estén registrados en el SISPRO bajo un dominio de seguridad en cada uno de los departamentos durante el año. Sus resultados arrojaron que los departamentos de caldas, Guaviare, Vaupés Casanare, putumayo, Antioquia, Tolima, Atlántico, Santander, Quindío y Risaralda fueron los departamentos que presentaron los mayores indicadores de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente por esta razón se recomienda que los diferentes departamentos e instituciones implementan un sistema de vigilancia de eventos adversos en la atención en salud con el fin de analizar frecuencias magnitud y realizar un análisis de los factores relacionados. (13)

En Santa Marta, Dorian Esperanza Camacho Rodríguez (2018) en su investigación titulada: medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. Tuvieron como objetivo determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. Para su medición se realizó un estudio correlacional de corte transversal, en el que participaron 51 profesionales de la salud de 14 centros de salud de Bucaramanga en 2017. Se utilizó la encuesta Cultura de seguridad del paciente en atención primaria. La información se analizó mediante el paquete estadístico PAST versión 3.08 y se aplicaron las pruebas estadísticas χ^2 de homogeneidad y U de Mann Whitney. Los resultados mostraron que ninguna de las dimensiones fue categorizada como

fortaleza o debilidad y se obtuvo una puntuación global positiva de 45%. La cultura de seguridad fue mejor valorada por la población femenina y entre los profesionales de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia. Las dimensiones con mejor calificación fueron puntuación global e intercambio de información con otros servicios asistenciales. Se encontraron diferencias significativas con las variables edad, profesión, antigüedad en el trabajo, número de horas trabajadas en la semana y tipo de contrato. Finalmente se concluyó que la cultura de seguridad del paciente en las instituciones evaluadas no se percibe como una fortaleza, evidenciando la necesidad de planes de mejoramiento orientados a esta área (20)

En Bogotá, Cielo Rebeca Martínez Reyes, Jennifer Agudelo Durango, Sandra Milena Areiza Correa, Diana Marcela Giraldo Palacio en su investigación titulada: Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud de enfermería de cuatro instituciones de primer y segundo nivel de atención, en convenio con la Corporación Universitaria Adventista, durante el segundo semestre de 2015, donde participaron profesionales y auxiliares de enfermería que cumplían con criterios de inclusión. Tuvieron como objetivo determinar la cultura de seguridad del paciente. Los datos se recolectaron mediante la Hospital Survey on Patient. El estudio fue de tipo descriptivo, evaluativo, transversal con un diseño observacional. Los resultados demostraron que la cultura de seguridad en enfermería se construye con acciones pequeñas y cotidianas que pueden llegar a salvar la vida del paciente. Finalmente se concluyó que cuentan con personal que labora en ellas hace más de 10 años y en sus servicios por más de siete, por lo cual, según la investigadora en enfermería, Patricia Benner, estos colaboradores se catalogan como expertos. (21)

4.1.3 Antecedentes regionales

En san juan de pasto, Heidy Mabel Burbano Valdés, Mónica Elizabeth Caicedo Eraso, Andrea Cerón Burgos, Cristina Jacho Caicedo, María Clara Yépez Chamorro. Dentro de los procesos de calidad en salud, con la finalidad de disminuir los riesgos en la atención de la población usuaria, las políticas de seguridad del paciente han capturado la atención del mundo. Dichas políticas hacen énfasis en la importancia de prevenir, controlar e intervenir lesiones o complicaciones involuntarias llamadas eventos adversos que pueden ocurrir

durante la atención y que se deben reportar e intervenir; sin embargo su identificación por búsqueda activa, en instituciones como aquella donde se realizó el presente estudio, supera en una medida considerable los definidos por reporte voluntario; es decir que, se ha evidenciado una situación de no reporte de que en términos de calidad debe mejorar, no sin antes descubrir las causas que lo generan. En este sentido, el presente estudio se realizó con el fin de describir las causas del no reporte de eventos adversos, a través de la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas que permitió identificar que existen causas "invisibles" como el temor, el cual, al estar en el entretejido subjetivo del personal de la salud, tiene la capacidad de influir y determinar el reporte de estos. La investigación fuente de este artículo se consolida con la perspectiva que, para intervenir una situación e incluso para prevenirla es requisito fundamental determinar las causas siendo éstas un insumo importante para posteriores investigaciones tendientes a la implementación de estrategias que fomenten la cultura del reporte para proteger la seguridad del paciente (38).

4.2 MARCO CONCEPTUAL

La seguridad del paciente tiene sus raíces en los inicios de las civilizaciones, lo que demuestra el interés y la preocupación que este tema siempre despertó en el ser humano. Ya en la época contemporánea, fue el cirujano Ernest Codman (1869-1940), quien se considera al padre de la calidad asistencial, al publicar en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales, donde indicaba que se deben hacer públicos los resultados, tanto los positivos como los negativos, para impulsar estudios que lleven a mejoras en sus diagnósticos y tratamientos. Y, además, que era importante comparar los resultados con los de otros nosocomios. (15)

Posteriormente, como consecuencia del auge de estudios significativos sobre los eventos adversos y su impacto en muchos hospitales, en 1999, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. (Institute of Medicine, National Academy of Sciences – IoM, NAS) publicó el informe “Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro” (To err is human: building a safer health system); cuyas conclusiones sacudieron la opinión pública y obligaron a los líderes políticos y administrativos de ese país

a considerar “la seguridad de los pacientes” como un principio fundamental en el proceso de la atención sanitaria, concepto que tiempo después se adoptaría en los países del tercer mundo. (15)

A partir de los hechos mencionados surge en los últimos años una iniciativa global sobre de la importancia de discutir con todos los actores implicados en la atención en salud, acerca de la Seguridad del Paciente, con el fin de llegar a acuerdos y generar soluciones a dicha problemática, encontrando grandes aportes en el campo de la investigación y la literatura al respecto, resaltando artículos como “Seguridad del Paciente y su Percepción en los Profesionales de Salud” (3), donde se afirma que la falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública que afecta a todos los países de todo nivel de desarrollo y se estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura, derivado de atención en los servicios de salud y no de su enfermedad de base. En este sentido, todos los que trabajan de manera directa e indirecta en el proceso de atención de los pacientes tienen riesgo de cometer errores que pueden a su vez producir eventos adversos.

En México, Zarate en su artículo “Factores Relacionados con Eventos Adversos Reportados por Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos”, nos entrega importantes aportes en cuanto a la seguridad del paciente cuando concluye en su estudio que los eventos adversos más frecuentes son aquellos relacionados con el cuidado (29,9%) y que estos, en su mayoría, son evitables. Así mismo, Pereira, Bauer, Queiroz, Gomes y Alves, encontraron que de los 556 eventos adversos que ocurrieron durante la asistencia clínica en pediatría, el de mayor frecuencia es aquel relacionado con el acceso vascular (40,8%), seguido de sondas, catéteres, drenajes y tuberías (27,2%) y las drogas (15,5%). (3)

Según el periódico para el sector de la salud, el contexto de la Seguridad del Paciente se cuenta con componentes fundamentales involucrados tanto con los programas institucionales de las entidades de salud, como con las actividades clínicas relacionadas con este proceso; estos componentes implementados de manera sistémica, rigurosa y constante son los que deben llevar a la disminución de eventos adversos. Para establecer estos componentes, los referentes literarios han debido tener en cuenta los avances científicos publicados en la literatura internacional y la referenciación nacional e internacional que al respecto han

realizado hospitales de alto reconocimiento por su calidad y seguridad, así como la experiencia alcanzada por los líderes del sector en instituciones de salud acreditadas.

4.1.3 Calidad en la atención

Actualmente se define la "calidad" como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores." Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión". (16)

4.1.4 Calidad en salud

A nivel general la calidad en salud incrementa la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que esta puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de los servicios en salud, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios, los pacientes, las familias y las comunidades.

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser: eficaces, seguros, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes (16)

Según Carlos Alfonso Kerguelén, la calidad en salud es "la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios". Para este propósito se crea un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuyo objetivo general es "mejorar la condición de los servicios, recursos y tecnología del sector a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos" (Minsalud) este sistema de gestión se fundamenta en: enfoque al usuarios, liderazgo, participación del personal, enfoque basado en procesos, relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor, mejora continua de la calidad (17)

Por otra parte, Avedis Donabedian define la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. “La atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos: el primero, como la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo, como la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente”. (18)

4.1.5 Seguridad

La seguridad se refiere a la ausencia de riesgos o peligro. También se la puede describir como la sensación de confianza total que sentimos con algo o alguien. De cualquier manera, vale decir que la seguridad tiene que ver con sentirnos protegidos, fuera de peligros, que nos brinda alguna cosa, lugar o persona.

Este concepto de seguridad puede ser abordado desde dos dimensiones principales, por un lado, la seguridad individual y la social por el otro. La seguridad individual abarca todo aquello que tiene que ver con el cuidado de una persona. De esta manera se incluyen aspectos relacionados con la salud y la vida de cada persona (19)

4.1.6 Seguridad del paciente

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “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 ello, con el fin de promover prácticas seguras para todas las entidades de salud, se unifica el 17 de septiembre como el día para conmemorar dicha Disciplina. (3)

La seguridad del paciente es entonces una prioridad en todas las instituciones de salud y por ello organizaciones internacionales como la OMS y la Joint Commission International, han implementado campañas y estrategias que buscan impactar el mejoramiento de los resultados que se tienen durante el cuidado del paciente, minimizando los riesgos de eventos adversos que pueden presentarse. En Colombia, en el 2008, el Ministerio de Salud impulsó la Política de seguridad del paciente y una guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente, de donde se desprenden los conocidos lineamientos de seguridad del paciente que se implementan hoy en las IPS del país y con las cuales se puede llevar una medición que facilita la gestión y la toma de decisiones frente a la mejor manera de cuidar a los pacientes; un ejemplo de la aplicación de esta Política de Seguridad del Paciente y la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente (12). La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, identificar sus causas y las acciones para intervenirlos, de manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención, es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores como sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. (8)

Las instituciones deben demostrar y ser explícitas en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable, para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad: instituir una cultura de seguridad del paciente: justa, educativa y no punitiva; reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos; fomentar un entorno seguro de la atención; educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente. Además de lo anterior, los lineamientos deben ser claros y abordar algunos de los siguientes temas: la creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos; garantizar la confidencialidad de los análisis; estrategias organizacionales para su operación como capacitación y entrenamiento; integración con otras políticas y procesos institucionales: calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.; alianza con el paciente y su familia e integración con los procesos asistenciales. (22)

4.1.7 Cultura

Es el conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad regula el comportamiento de las personas que la conforman. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista se puede decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano. El concepto de cultura es fundamental para las disciplinas que se encargan del estudio de la sociedad.

En un aspecto más individual, la cultura no sólo tiene un aspecto social, también tiene un aspecto individual. Sobre la base de esos aprendizajes de la socialización, las personas vamos diferenciando nuestros gustos, nuestros valores relativos, nuestra forma de ver la vida y nuestra propia escala de valores, aunque este último cambia con el tiempo y la sociedad.

Es el proceso mediante el cual una persona llega a ser individuo, que nos permite acumular y transformar todo aquello que tomamos en el aspecto social, es decir tamizamos lo que aprendemos. De esta manera nos vamos transformando en seres diferentes de los demás. (22)

4.1.8 Transformación cultural

Una de las características más sobresalientes de las organizaciones es su cultura, especialmente si es efectiva y equilibrada: efectiva en la medida en que está alineada a una estrategia y equilibrada porque no solo se orienta a resultados, sino también a las personas dentro de la empresa.

Transformar la cultura implica intervenir todos los aspectos invisibles, consta de 4 fases para la transformación cultural: Determinar la cultura organizacional que se desea desarrollar para así cumplir con la misión y el logro de la visión a través de una estrategia; Realizar un diagnóstico de la cultura para determinar cuál es la situación actual con relación a la práctica de los valores y comportamientos deseados; Nombrar directivos que sean referentes de los nuevos valores organizacionales. Para que las personas asuman los nuevos valores organizacionales necesitan modelos que seguir o los valores se convertirán solo en palabras vacías; Incorporar los valores organizacionales expresados entre los factores a evaluar;

Implementar iniciativas institucionales para sensibilizar a los trabajadores con los nuevos valores organizacionales; Gestionar la resistencia al cambio cultural. Realizar un cambio cultural no es fácil, ya que está relacionado con supuestos o creencias que están arraigadas en las personas. Una estrategia muy efectiva es aplicar el principio: "ver, sentir, cambiar". Es decir, si las personas "ven" la necesidad del cambio, incrementa la posibilidad de que "sientan" la necesidad de cambiar creencias y valores y, con ello, estén más dispuestos a apoyar el cambio y la transformación de la cultura. (23)

4.1.9 Cultura de seguridad de paciente

Es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, sumado a la definición de seguridad del paciente, supone las acciones orientadas a la creación de valores, competencias, percepciones y comportamientos orientados a la promoción de la seguridad del paciente y a la restricción de eventos adversos en las entidades de salud mediante estrategias que incentiven a la minimización de estos, mediante el uso de recursos tecnológicos el talento humano capacitado. (24)

En el entorno de la salud distintas herramientas cualitativas y cuantitativas (encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Patient Safety Climate in Healthcare (PSCHO), Modified Stanford Instrument (MSI), entre otras han intentado medir la cultura de seguridad de las organizaciones, reconociéndose actualmente que los métodos cualitativos la reflejan mejor, en relación con la evidencia del rigor psicométrico; Los cimientos de esta cultura se asientan en dos teorías (1):

1. La teoría de la identidad social: El individuo se esfuerza por mejorar su autoestima mediante la identificación con un grupo. La organización debe generar intervenciones en materia de seguridad y potenciar la creación de redes seguras para que se incluyan en ella los individuos. También debe promover el entrenamiento de profesionales y equipos.
2. La teoría de la autocategorización: El individuo se identifica con distintos grupos (micro culturas) y renegocia de manera constante su identidad. La organización debe promover

el refuerzo positivo, la recompensa del trabajo en seguridad, la publicidad de los programas en pro de la seguridad y debe reforzar la autoestima de aquellos que trabajan para desarrollarla, evitando las posibles consecuencias negativas que pudieran derivarse de las barreras para la implantación de la cultura de seguridad.

La ausencia de cultura de seguridad del paciente puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como “normales” y plantear la estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica. Esta estandarización de las prácticas nos permite unificar los criterios y actuaciones en las organizaciones sanitarias. Los profesionales experimentados suelen tener comportamientos asentados en fuertes convicciones, que a veces entran en conflicto con dicha estandarización: un buen ejemplo es la implementación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) de la OMS. (1)

El desarrollo de la cultura de seguridad del paciente y el aprendizaje a partir de éxitos y fracasos de implementación de determinadas prácticas seguras es fundamental para conseguir un equilibrio entre la estandarización y el respeto a la autonomía profesional.

Según la National Patient Safety Agency for England and Wales (NPSA) son tres las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias (1):

1. Abierta: Se asume el fallo del sistema como origen de los accidentes.
2. Justa: No se imponen medidas punitivas.
3. De aprendizaje: Interpreta los incidentes como posibilidades de mejora. Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre un reto difícil y existen distintas formas de potenciarla, incluyendo: valoraciones de la situación inicial, formación equipos, fomento del liderazgo, establecimiento de auditorías de seguridad o uso de sistemas de registro de incidentes críticos

En este esfuerzo organizacional centrado en salvaguardar el bienestar de los pacientes, contando siempre con el compromiso del personal sanitario, y donde a su vez asumen la responsabilidad de la seguridad del paciente como la de su familia, la comunicación cumple

un papel muy importante ya que permite identificar situaciones adversas que se pueden presentar en cuanto al cuidado del paciente.

En el alcance de esta cultura de seguridad de paciente se ha establecido que implica los siguientes aspectos (25):

- a. Trabajo en equipo y colaboración:** combinación exitosa de los talentos y habilidades de cada miembro del equipo, y sirven como método de control y contrapeso.
- b. Prácticas basadas en evidencia:** procura que la administración de atención médica se realice mediante la aplicación de estrategias basadas en la evidencia. Con este objetivo, permite traducirse en prácticas y estandarizarlas a fin de conseguir los mejores resultados.
- c. Comunicación efectiva:** aspecto vital de la seguridad del paciente. Un sistema de comunicación abierta favorece el intercambio de información tecnológica, ambiental y acerca de los pacientes.
- d. Aprendizaje organizacional:** fomenta que los miembros de una organización incorporen nuevos conocimientos, mejoren su capacidad de lograr los resultados deseados, incorporen nuevas formas de pensar y transformen su entorno en pos de una mejor atención en salud.
- e. Mediciones:** contribuye en los procedimientos de vigilancia clínica y monitoreo del riesgo, las estrategias de prevención y las tasas de infección.
- f. Cultura de trato justo:** en una cultura “justa” (componente esencial de un ambiente seguro para el paciente), los errores se enfrentan con retroalimentación, conversaciones productivas y énfasis en un análisis crítico y desapasionado que contribuya a prevenir futuras equivocaciones.
- g. Pensamiento sistémico:** en las organizaciones de atención de salud, prácticamente todos los procesos son sistemas de componentes interconectados que involucran personas, procedimientos, equipos, el medioambiente e información.
- h. Factores humanos:** busca mejorar el desempeño a través del análisis de la interrelación entre el comportamiento humano y los elementos de un proceso laboral, logran que el trabajo sea más simple y exitoso.

- i. Política de tolerancia cero:** resulta crucial para el cuidado seguro del paciente. A fin de minimizar la ocurrencia de infecciones y/o errores.
- j. Liderazgo:** un liderazgo como parte de los términos utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, es importante resaltar los siguientes conceptos

4.2.7.1 Riesgo (8)

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

4.2.7.2 Evento adverso

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

4.2.7.3 Evento adverso prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

4.2.7.4 Evento adverso no prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

4.2.7.5 Incidente

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

4.2.7.6 Complicación

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

4.2.7.7 Violación de la seguridad de la atención en salud

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

4.2.7.8 Barrera de seguridad

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

4.2.7.9 Sistema de gestión del evento adverso

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

4.2.7.10 Acciones de reducción de riesgo

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en los procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso, estas acciones pueden ser:

Acciones proactivas: como el análisis de modo, falla y el análisis probabilístico del riesgo.

Acciones reactivas: aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

4.3 MARCO CONTEXTUAL

La investigación se realizó en una IPS de la ciudad de Pasto, Empresa Unipersonal, brinda servicios de salud con mediana complejidad a pacientes adultos y pediátricos, atención hospitalaria e internación, servicio de urgencias y consulta externa brinda continuidad en la atención, se encuentra ubicada en San Juan de Pasto, capital del Departamento de Nariño, al suroccidente de Colombia, con una extensión territorial aproximada de 1.181 km² y una población de más de 392.000 habitantes, cerca de la frontera con Ecuador.

4.4 MARCO NORMATIVO

4.4.1 Política de seguridad de paciente

Colombia abordó el tema sobre Seguridad del Paciente a partir del año 2006 cuando implementó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud -SOGC con el decreto 1011, teniendo como objetivo: “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”, y hacia el año 2008 expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”. Finalmente, con la resolución 256 de 2016 se reglamentó el Sistema de Información para la Calidad (SIC). Este cuerpo normativo es que ha constituido las bases para conocer cómo se desarrolla el trabajo realizado por el equipo de salud en las diferentes entidades que prestan este servicio y al mismo tiempo identificar como se hace el proceso para prevenir y sobre todo reportar la ocurrencia de cualquier evento adverso. (21)

Para cumplir con este propósito es necesario tener compromiso y cooperación de los diferentes actores, esta política de seguridad establece unos principios transversales con un enfoque centrado en el usuario siendo este el punto principal y sobre el cual giran todas las acciones de seguridad, los cuales se mencionan de la siguiente manera:

- a. Generar una cultura de seguridad donde se despliegan las acciones de seguridad dando confianza y garantías al paciente en su atención en salud;

- b. La integración de la política de seguridad del paciente en el sistema de obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud siendo este transversal con sus componentes;
- c. Su multicausalidad, teniendo en cuenta que la seguridad del paciente involucra a los diferentes actores del sistema siendo este un problema sistémico y multicausal;

La validez de la implementación de metodologías y herramientas prácticas basadas en evidencia científica, y en alianza con el paciente y su familia; La importancia de una alianza con el profesional de la salud permite mejorar la comunicación entre el paciente y el personal de salud.

4.4.2 Normatividad

- **Ley 100 de 1993**

La Ley 100 de 1993, en su artículo 153 sobre el tema de la calidad, prevé que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional (42).

- **Decreto 1011 de 2006**

“Reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad, incluye como uno de sus componentes obligatorios por parte de la aseguradora y prestadores de servicios de salud, la evaluación de satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, consolidando en la práctica de la atención en salud, los conceptos expuestos” (43).

- **Resolución 1446 de 2006**

Define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Artículo 1. Objeto:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención
2. en salud en el SOGC.

3. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones.
4. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema (44).

- **Resolución 2003 de 2014**

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución (45).

- **Resolución 256 de 2016**

Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Cuenta con tres (3) anexos técnicos:

- Anexo técnico número 1: contiene los indicadores para el monitoreo de la calidad que aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Las fichas técnicas de estos indicadores pueden ser consultadas a través del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud.
- Anexo técnico número 2: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Prestadores de Servicios de Salud).
- Anexo técnico número 3: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios) (46).

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE Y DISEÑO

El trabajo se desarrolló tomando como referente a Hernández Sampieri, en su libro metodología de investigación, con un enfoque cuantitativo con alcance descriptivo, analizando estadísticamente, basándose en porcentajes, con datos que pueden ser medibles y valorables, utilizando técnicas estructurales para la recolección de la información de manera consecuente, para luego describir valorativamente los rasgos que caracterizan a cada una de las variables, posteriormente sacar el análisis de la información (37)

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Este estudio comprendió como población la totalidad de funcionarios de la entidad estudiada, que correspondió a 135 personas con contrato laboral formal fijo e indefinido, 25 pertenecen al área administrativa y 110 al área asistencial.

5.2.1 Diseño muestral

La selección de la muestra se realizó sobre el total del personal asistencial y administrativo respectivamente de la institución con contrato formal fijo e indefinido, se aplicó un muestreo estratificado, probabilístico, consistente en dividir toda la población, sobre la cual se realiza la investigación en dos estratos o subgrupos, estos se conforman por individuos que comparten características similares. Se Aplicó en este caso considerando que se pretendía asegurar la participación tanto del área administrativa como asistencial. Una vez determinada la muestra para cada estrato esta fue seleccionada de forma aleatoria y proporcional

Una vez calculada la muestra respecto a la población con un valor de 69, se procede de manera proporcional a determinar la muestra para cada estrato, siendo para el área administrativa: 13 encuestas y para el asistencial: 56 encuestas.

El instrumento se aplicó a 65 participantes considerando que 4 de ellos no aceptaron ser parte del estudio de forma voluntaria, dando aplicabilidad a los criterios de inclusión y exclusión.

5.2.2 Tamaño muestral

Con el fin de garantizar un tamaño de muestra estadísticamente se estimó la muestra con un nivel de confianza (Z) del 95% y un margen de error (e) del 5%, obteniendo una muestra (n) de la siguiente forma:

$$n = (N * Z^2 * p * q) / ((N - 1) * e^2 + Z^2 * p * q) = 68.57 \approx 69$$

Donde:

N = Total Población en este caso 135 trabajadores (110 asistenciales y 25 administrativos)

Z = 0.95 (Nivel de confianza del 95%)

p = Proporción esperada (0.10)

q = 1-p (0.90)

e = error (para este caso es del 5%)

El tamaño de la muestra del estudio consta de 69 participantes, los cuales se asignaron de forma aleatoria para la aplicación del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptado al castellano

5.2.3 Criterios de inclusión

- Personal administrativo y asistencial que labore en la institución de la ciudad de pasto y que tenga más de seis meses vinculado a la entidad.
- Quienes acepten de manera voluntaria participar en esta investigación.

5.2.4 Criterios de exclusión

- Personal sanitario no vinculado directamente con la institución, en vacaciones, licencias o practicantes.
- Las personas que no desearan participar en la investigación

5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Con el aval de la Universidad Católica de Manizales, y presentada la carta de permiso a la institución, se presentó el anteproyecto a la coordinadora de gestión de talento humano, con el fin de que se nos facilite la base de datos para dar continuidad al desarrollo del instrumento. Por correo, vía telefónica y personalmente hubo conexión con cada uno de los posibles participantes, a quienes se les explicó el proyecto en desarrollo, los objetivos, los beneficios y la importancia de su participación, para luego preguntarles si era de su interés participar. Quienes aceptaron participar recibieron el formato de consentimiento informado para su lectura y firma, a la vez, el instrumento de la AHRQ.

Se solicitó a los participantes diligenciar el formulario con la mayor sinceridad posible y la importancia que tiene este proyecto para la institución.

La información recolectada fue tabulada haciendo uso de herramientas estadísticas.

Una vez tabulado el instrumento se realizó un análisis de los resultados que a partir de los mismos se concluyó sus implicaciones, sus alcances y posibles oportunidades de mejora.

5.4 INSTRUMENTO

Se utilizó la encuesta denominada “encuesta cultura de seguridad del paciente”, es la versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture (34). Diseñada por los investigadores de la Agencia para la investigación de la calidad de la atención en salud de los Estados Unidos

(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), esta es hoy utilizada en el mundo, y tiene el objetivo de “identificar la percepción individual sobre los diferentes aspectos referentes de la seguridad” (34). Es un documento de dominio público y puede ser utilizado y reimpresso sin permiso, consta de 52 preguntas en total, divididas en 12 dimensiones que contienen 44 preguntas de seguridad del paciente y las restantes de información complementaria (35). En el que se determinan los siguientes puntajes:

5.4.1 Puntajes

- **Positivo:** es el porcentaje de respuestas calificadas 4 o 5 (De acuerdo / Muy de acuerdo o, Casi Siempre / Siempre) para las preguntas redactadas en forma positiva y, 1 o 2 (En Desacuerdo / Muy En Desacuerdo o, Rara Vez / Nunca) para preguntas redactadas negativamente.
- **Neutro:** es el porcentaje de respuestas que se han clasificado como un 3 (Ni De Acuerdo, Ni En Desacuerdo o, A Veces) para cualquier pregunta.
- **Negativo:** es el porcentaje de respuestas calificadas 1 o 2 (En Desacuerdo / Muy En Desacuerdo o, Rara vez / Nunca) para las preguntas redactadas en forma positiva, o un 4 o 5 (De Acuerdo / Muy De Acuerdo o Casi Siempre / Siempre) para preguntas redactadas negativamente (34).

Para clasificar un ítem o una dimensión como «FORTALEZA» se emplea los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o nunca/raramente) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como «OPORTUNIDADES DE MEJORA» se emplea los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o raramente/nunca) a preguntas formuladas en positivo.

- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en negativo.

El análisis

Tabla 1. de forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema.

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

Fuente: Hammond M. Escala de Likert: 2022 (34).

5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez recolectada la información posterior a la aplicación del instrumento se procedió a organizar ésta, generando una base de datos, que se ordenó de acuerdo a las preguntas formuladas para calcular las frecuencias relativas de cada categoría e ítems, como del indicador compuesto en cada dimensión. Desarrollando el siguiente proceso:

1. Se tomó el dato con mayor frecuencia.
2. Se desglosó la información de acuerdo con las necesidades de la organización y separando la información por áreas (administrativa - asistencial).
3. Se creó una tabla de puntuación para cada categoría.
4. Se calificó los resultados según la puntuación más alta; la que mayor importancia tiene o la que determina el rumbo de las decisiones empresariales estratégicas.

Este análisis se presenta de forma global y según el tipo de estamento, tipo de profesión y el tipo de servicio, se determina si hay diferencias según las variables.

Posteriormente se obtuvo los resultados y tablas se realizó un análisis de todas las respuestas con el fin de establecer, la percepción de la cultura de seguridad del paciente, en cada uno de los participantes teniendo en cuenta las 12 dimensiones destacadas en el instrumento.

1. Franqueza en la comunicación
2. Feed-back y comunicación sobre errores
3. Frecuencia de eventos notificados
4. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades
5. Apoyo de la gerencia y dirección clínica.
6. Respuesta no punitiva a los errores
7. Aprendizaje organizacional y mejora continua.
8. Percepción de seguridad.
9. Dotación de personal.
10. Expectativas/ acciones de la dirección o supervisión.
11. Trabajo en equipo administración/servicios.
12. Trabajo en equipo en la unidad/servicio (26).

Tabla 2. Dimensiones de la encuesta hospitalaria para evaluar la cultura de seguridad del paciente.

1	Franqueza en la comunicación	Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ellos.	1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre
2	Feed-back y comunicación sobre errores	Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.	1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre
3	Frecuencia de eventos notificados	Se notifican los errores siguientes: 1) Errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, 2) Errores sin daño potencial para el paciente y, 3) Errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron.	1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre
4	Problemas en cambios de turno y	Para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades se	1 nunca; 2 casi nunca;

	transiciones entre servicios/ unidades	generan problemas en la transferencia de información	3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre
5	Apoyo de la gerencia del hospital en la SP	La gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la SP y resalta que la SP es una prioridad.	1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre
6	Respuesta no punitiva a los errores	Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizaran en contra suya y que los errores no constaran en su expediente personal.	1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre
7	Aprendizaje organizacional y mejora continua	Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.	1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente 4 de acuerdo 5 muy de acuerdo
8	Percepción de seguridad	Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de SP	1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente 4 de acuerdo

			5 muy de acuerdo
9	Dotación de personal	Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.	1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre
10	Expectativas/ acciones de la dirección o supervisión	Los responsables toman en consideración las sugerencias de la unidad/servicio que favorecen la seguridad profesional encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de SP.	1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre
11	Trabajo en equipo administración/servicios	Las unidades del hospital cooperan y se coordinan	1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre
12	Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo.	1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre;

Fuente: HSPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture ((26)).

5.6 COMPONENTE ÉTICO

Esta investigación se considera sin riesgo teniendo en cuenta lo preceptuado en La Resolución 8430 de 1993, en su Artículo 11 donde se indica que una investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (40).

Establece los deberes y responsabilidades de los investigadores e investigados, por ello que se apoya del consentimiento voluntario del sujeto, esto significa que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar consentimiento, en el caso en particular se solicita el consentimiento de la IPS, para que se permita la recolección de la información y posteriormente su divulgación.

Igualmente se tiene en cuenta la relación de los principios éticos básicos, tales como: respeto por las personas encaminados a reconocer la autonomía y protegerla; beneficencia, puesto que en él no se hace daño, aumenta los beneficios y disminuye los posibles riesgos; justicia, donde cada persona actúa en forma individual, de acuerdo con sus opiniones.

En los principios éticos se respeta la autonomía e integridad del personal que participa en el estudio, el cual tienen enormes beneficios para la institución de salud en pro de la seguridad del paciente.

- Se presentó la documentación exigida por la institución de la ciudad de pasto para la ejecución de la investigación.
- La participación en la investigación no representa riesgos físicos, psicológicos, sociales, ni legales para los funcionarios de la institución

- Se garantizó la confidencialidad de la información, por lo tanto, solo se realizó el reporte de los resultados para fines académicos y científicos.
- La información solo fue conocida por las directivas de la Institución como producto de la investigación.
- Ni a los investigadores, ni a la Universidad Católica de Manizales les corresponde generar acciones de carácter disciplinario como principio enmarcado dentro de la ética que como formadores en educación de carácter superior les corresponde.
- Los resultados del estudio fueron presentados por los estudiantes en términos de los objetivos planteados en el estudio, por lo tanto, no incluye ningún tipo de información adicional.

5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación hace uso y aplicó previamente un consentimiento informado para cada participante de acuerdo a lo establecido en la resolución 8430 de 1993, como se considera en su artículo 15: “El Consentimiento Informado deberá presentar información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación: la justificación y los objetivos, propósitos, molestias o los riesgos esperados, beneficios que puedan obtenerse, garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, mantener la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, el compromiso de proporcionar información actualizada durante el estudio, disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación, caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma” (40). De igual manera se considera lo estipulado en su artículo 16: “El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, cumplir con los siguientes requisitos: debe ser elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de esta resolución, revisado por el Comité de ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación, indicar los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación, ser

firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto, se debe elaborar un duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal” (40).

Atendiendo al principio de justicia, en esta investigación no se hizo diferencia alguna en la selección de los participantes que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión definidos en la muestra, los participantes no recibieron beneficio o retribución económica alguna.

6. RESULTADOS Y DISCUSION

6.1 RESULTADOS

6.1.1 Características sociodemográficas y laborales.

Tabla 3. Distribución porcentual del tiempo de trabajo que labora en la institución.

Tiempo de trabajo en la clinica	frecuencia	porcentaje
menos de 1 año	9	14%
de 1 a 5 años	42	66%
de 6 a 10 años	7	11%
de 11 a 15 años	3	5%
de 16 a 20 años	3	5%
más de 21 años	0	0%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

La tabla anterior refleja que la mayoría de empleados de la IPS de la ciudad de pasto. llevan trabajando un período de 1 a 5 años con un porcentaje del 66%, seguido de un 14% los cuales llevan períodos de tiempo menor a 1 año y en menor porcentaje los períodos superiores a 6 años.

Tabla 4. distribución porcentual del área o unidad de trabajo del personal que labora en la institución

Ámbito hospitalario	Frecuencia	Porcentaje
Radiología	2	3%
Farmacia	3	5%
Diversas unidades del centro/ ninguna especialidad específica	4	7%
Otro	12	20%
Área de urgencias	6	10%
Pediatría	5	8%
Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)	18	31%
Medicina (no quirúrgica)	0	0%
Salud mental/psiquiatría	0	0%
Anestesiología	0	0%
Obstetricia	0	0%
Rehabilitación	0	0%
Laboratorio	5	8%
total	59	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

La anterior tabla hace referencia al análisis en relación con el área o unidad donde se desempeña el personal de la IPS se encontró que el porcentaje mayoritario es la unidad de cuidados intensivos con un 31%, posteriormente con un 20% la opción clasificada como otros en la encuesta, siendo este el personal del área administrativa, el 10% área de urgencias, el 8%, 7%, 5% y 3% corresponden a diversas unidades y áreas del centro médico.

Tabla 5. Distribución porcentual del tiempo de trabajo en el área o unidad del personal que labora en la institución.

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/unidad/ área?	frecuencia	porcentaje
menos de 1 año	10	15%
de 1 a 5 años	42	65%
de 6 a 10 años	7	11%
de 11 a 15 años	3	5%
de 16 a 20 años	3	5%
más de 21 años	0	0%
total	65	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

La tabla anterior refleja que la mayoría de empleados de la institución de la ciudad de Pasto, llevan trabajando en las diferentes áreas de 1 a 5 años con un porcentaje del 65%, seguido de un 15% los cuales llevan períodos de tiempo por área menor a 1 año y en menor porcentaje los períodos superiores a 6 años por área y unidades respectivamente.

Tabla 6. Distribución porcentual de horas semanales que trabaja en la institución

Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?	frecuencia	porcentaje
menos de 20 horas a la semana	0	0%
de 20 a 39 horas a la semana	0	0%
de 40 a 59 horas a la semana	46	100%
60 horas a la semana o mas	0	0%
total	46	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En cuanto a las horas semanales que trabaja el personal de la institución de la ciudad de pasto, se encontró que el 100% labora mas de 40 horas a la semana.

Tabla 7. Distribución porcentual, típicamente tiene usted directa o contacto con pacientes del personal de la institución.

En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o contacto con los pacientes?	Frecuencia	Porcentaje
no	14	22%
si	50	78%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

La tabla anterior hace referencia a la interacción directa o contacto con los pacientes, se encontró que el 78% de los trabajadores tienen interacción directa con pacientes, mientras el 22% no tienen interacción directa con los pacientes, esto se relaciona directamente con los cargos que desempeñan en el centro medico.

Tabla 8. Distribución porcentual de cuánto tiempo lleva usted trabando en su actual especialidad o profesión el personal de la institución.

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?	Frecuencia	Porcentaje
menos de 1 año	9	14%
de 1 a 5 años	40	62%
de 6 a 10 años	11	17%
de 11 a 15 años	2	3%
de 16 a 20 años	3	5%
más de 21 años	0	0%
total	65	100%

Fuente: Informacion recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En el cuadro anterior, hace referencia al tiempo que llevan trabajando en su actual especialidad o profesión, encontrándose que un porcentaje representativo lleva de 1 a 5 años con un 62%, posteriormente con un periodo de 6 a 10 años con un 17%, 14% personal menor a un año y en menor proporción de 11 a más años.

6.1.2 FRECUENCIA Y NÚMERO DE INCIDENTES REPORTADOS

Tabla 9. Distribución porcentual del número de incidentes reportados por el personal de la institución.

En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias?	Frecuencia	Porcentaje
ninguna notificación	31	48%
de 1 a 2 notificaciones	18	28%
de 3 a 5 notificaciones	8	12%
de 6 a 10 notificaciones	5	8%
de 11 a 20 notificaciones	1	2%
21 o más notificaciones	2	3%
total	65	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Haciendo relación al número de incidentes reportados por el personal que labora en la institución, se encontró que el 48% del personal **NO** realiza reportes, sin embargo, un 28% manifestó que realiza entre 1-2 reportes, mientras el su minoría de entre el 8 a 3% realizó de 3 a más de 21 notificaciones.

6.1.3 PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 10. Distribución porcentual si en la institución, existe un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos.

¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?	Frecuencia	Porcentaje
no	3	5%
si	61	95%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En la percepción de la seguridad del paciente se tuvo en cuenta la existencia de un procedimiento para la notificación de incidentes y eventos adversos, del cual el 95% del personal refiere que existe un procedimiento y una política de seguridad de paciente, mientras el 5% del personal no sabe si existe un procedimiento de notificación de reporte de incidentes y eventos adversos.

Tabla 11. Porcentual de frecuencia de eventos notificados en la institución.

Quando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	4	6%
en desacuerdo	1	2%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	19	31%
de acuerdo	23	37%
muy de acuerdo	15	24%
total	62	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En el cuadro anterior con relación a cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente se puede observar que el 24% de la población que desarrollo la encuesta confirma que reporta el evento, mientras el 31% refiere no estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo.

Tabla 12. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿con que frecuencia es notificado?

Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	3	5%
en desacuerdo	0	0%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	15	24%
de acuerdo	35	56%
muy de acuerdo	9	15%
total	62	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En el cuadro anterior con relación a cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, se puede observar que el 56% de la población que desarrollo la encuesta está de acuerdo en hacer el correspondiente reporte, mientras el 24% refiere no estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo, mientras en 5% de los trabajadores no están de acuerdo en hacer el reporte.

Tabla 13. Porcentual cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿con qué frecuencia es notificado? en la institución.

Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	3	5%
en desacuerdo	2	3%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	16	26%
de acuerdo	32	52%
muy de acuerdo	9	15%
total	62	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En el cuadro anterior con relación a cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, el personal de la IPS refiere que un 52% de la población está de acuerdo en hacer el correspondiente reporte, mientras el 26% refiere no estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo, mientras del 3 y 5% de la población no está de acuerdo en hacer el correspondiente reporte.

6.1.4 PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN UNA INSTITUCION DE LA CIUDAD DE PASTO.

Tabla 14. Porcentaje de seguridad del paciente correspondiente a: nunca se compromete por hacer más trabajo.

La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	8	13%
en desacuerdo	9	14%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	26	41%
de acuerdo	9	14%
muy de acuerdo	11	17%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En el cuadro anterior con relación la seguridad del paciente, el personal de la institución, nunca se compromete por hacer más trabajo refiere que un 17% está de acuerdo en hacer actividades encaminadas a las buenas prácticas de seguridad de paciente, mientras él su gran mayoría con un 41% no está ni en desacuerdo, ni de acuerdo en comprometerse a la seguridad de paciente, el 31% no está de acuerdo en comprometerse.

Tabla 15. Porcentaje de seguridad del paciente correspondiente a: solo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.

Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	7	11%
en desacuerdo	11	17%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	28	44%
de acuerdo	14	22%
muy de acuerdo	4	6%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Con respecto a la seguridad del paciente, el personal de la institución, afirman que no por casualidad ocurren más errores con un 11%, mientras él su gran mayoría con un 44% no está ni en desacuerdo, ni de acuerdo con la pregunta, el 22% está de acuerdo en que los errores ocurren por casualidad.

Tabla 16. Porcentaje de seguridad del paciente correspondiente a: en esta unidad tienen problemas con la seguridad de los pacientes

En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	15	24%
en desacuerdo	15	24%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	17	27%
de acuerdo	14	22%
muy de acuerdo	2	3%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En su mayoría 27% esta ni en desacuerdo, ni de acuerdo con que en la unidad tengan problemas con seguridad de paciente, mientras el 24% del personal refiere no tener problemas con seguridad de paciente en su unidad, el 22% esta de acuerdo en que tiene alto riesgo de tener problemas.

6.1.5 EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/ SUPERVISIÓN DE LA UNIDAD

Tabla 17. Porcentaje de expectativas y acciones de la dirección de la unidad/ servicio que favorecen la seguridad en la institución.

Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	4	6%
en desacuerdo	9	14%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	13	21%
de acuerdo	22	35%
muy de acuerdo	15	24%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En su mayoría 35% esta de acuerdo con los comentarios favorables cuando ven un trabajo hecho a conformidad, el 24% del personal refiere estar muy de acuerdo con dicha afirmación, el 6% esta muy de acuerdo con los comentarios favorables.

Tabla 18. Porcentaje correspondiente: mi superior/jefe NO hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez, en la institución.

Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	16	25%
en desacuerdo	19	30%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	9	14%
de acuerdo	14	22%
muy de acuerdo	5	8%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Se hace un reconocimiento al mencionar que el supervisor – director esta pendiente de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez con un 30% siendo este en su mayoría de personas encuestadas, el 25% esta muy pendiente de los problemas de seguridad, mientras un 22% que el jefe encargado no hace caso de los problemas de seguridad de paciente, aunque se repitan.

6.1.6 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL / MEJORA CONTINUA EN UNA INSTITUCION DE LA CIUDAD DE PASTO

Tabla 19. Porcentaje de actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en la institución.

Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	2	3%
en desacuerdo	2	3%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	8	13%
de acuerdo	35	56%
muy de acuerdo	15	24%
total	62	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En la IPS el 56% refiere que hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente y el 24% muy de acuerdo dando un porcentaje de valor positivo a la institución, mientras el 13% refiere estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo, el 3% desconocen las actividades de mejora.

Tabla 20. Después de introducir caminos para mejorar la seguridad de los pacientes, en la institución se evalúa su efectividad.

Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	4	6%
en desacuerdo	7	11%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	6	10%
de acuerdo	29	46%
muy de acuerdo	17	27%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

En el centro médico Valle de Atriz el 46% refiere que si evalúa las mejoras de la seguridad del paciente notificadas y el 27% muy de acuerdo dando un porcentaje de valor positivo a la institución, mientras el 11% y 6% al parecer desconoce el seguimiento y evaluación de las mismas.

Tabla 21. Cuando se detecta algún fallo de los pacientes, la institución evita que vuelva a ocurrir.

Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	2	3%
en desacuerdo	3	5%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	4	6%
de acuerdo	37	59%
muy de acuerdo	17	27%
total	63	100%

Fuente: Informacion recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 59 % del personal corresponde que si se ponen en marcha las diferentes medidas, asi mismo el 27% del personal tambien afirman esta medida , por otro lado en un, 3%,5%, 6%, no afirman de manera positiva esta situacion

Tabla 22. El personal sanitario apoya la institución.

El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	3	5%
en desacuerdo	2	3%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	9	15%
de acuerdo	27	44%
muy de acuerdo	21	34%
total	62	100%

Fuente: Informacion recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Para un porcentaje del 44% y 34% afirman a apoyo mutuo que se presenta dentro de la unidad, por otro lado en 15%, conoce en cierta parte el proceso, mi ertras que un 3% y 5%, desconoc el proceso.

Tabla 23. Se fomenta el trabajo en equipo en la institución.

Cuando tienen mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	3	5%
en desacuerdo	2	3%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	6	10%
de acuerdo	35	56%
muy de acuerdo	17	27%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 56% del personal que realizó la encuesta está de acuerdo que si hay un trabajo en equipo, el 27% del personal afirma esta situación, la mínima población como lo son el 5%, 3%, 10%. No comparten la opción de la mayoría de los compañeros

Tabla 24. Se fomenta el respeto en la institución.

En esta unidad, el personal se trata con respeto	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	4	6%
en desacuerdo	0	0%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	6	10%
de acuerdo	37	59%
muy de acuerdo	16	25%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Para la mayoría del personal, conformando un 59% que están de acuerdo y el 25% en muy de acuerdo, comparten la opinión de conformidad por este punto, el 6% corresponde a la mínima población, quien dice que están en desacuerdo total con esa afirmación y en 10% que no está ni en desacuerdo, ni de acuerdo.

Tabla 25 *En una sobrecarga laboral suele encontrar ayuda de los compañeros dentro de la institución*

Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	4	6%
en desacuerdo	3	5%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	10	16%
de acuerdo	31	49%
muy de acuerdo	15	24%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El correspondiente 49% y 24%, dicen estar en de acuerdo y muy de acuerdo, en esta cuestión, un porcentaje del 16% dice no estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo, y el 5% y 6%, se encuentran en desacuerdo y muy en desacuerdo con esto.

Tabla 26. El personal de la institución comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	2	3%
en desacuerdo	7	11%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	12	19%
de acuerdo	29	46%
muy de acuerdo	13	21%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 46% del personal afirma estar de acuerdo en comentar libremente si ve algo que pueda afectar la seguridad del paciente, mientras al 3% esta en desacuerdo en comentar libremente si ve algo que puede afectar la seguridad el paciente, el 19% dice no estar ni en desacuerdo y de acuerdo.

Tabla 27. ¿El personal de la institución se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad?

El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	5	8%
en desacuerdo	19	31%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	20	32%
de acuerdo	14	23%
muy de acuerdo	4	6%
total	62	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El porcentaje mayor en este caso siendo el 32% no esta ni en desacuerdo ni de acuerdo con esta accion, el porcentaje siguiente del 31% esta en desacuerdo, por otro lado, el 23% cuenta con una afirmacion en de acuerdo a esta situacion, el 6% siendo el minmo personal en muy de acuerdo con la pregunta .

Tabla 28. El personal se siente en confianza de realizar preguntas. en la institución.

El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	10	16%
en desacuerdo	15	23%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	16	25%
de acuerdo	14	22%
muy de acuerdo	9	14%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 25% siendo la mayoría del personal que dio respuesta a la encuesta esta ni en desacuerdo, ni de acuerdo tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no esta bien, mientras un 16% esta en completo desacuerdo tener miedo en hacer preguntas siendo positivo para la clinica, y el 14% dice estar de acuerdo en tener miedo en hacer preguntas cuando algo aprantemente no esta bien.

Tabla 29. Se informa al personal los cambios que se realizan después de una notificación, en la institución.

Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	3	5%
en desacuerdo	8	13%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	9	14%
de acuerdo	30	48%
muy de acuerdo	13	21%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El personal se encuentra de acuerdo formando un porcentaje del 48%, el 21% esta muy de acuerdo, el 14% dice estar ni en desacuerdo ni de acuerdo, frente a esta acción, el 13% y 5%, se encuentran en muy desacuerdo y en desacuerdo.

Tabla 30. Se informan los errores que pueden cometer en la institución.

Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	2	3%
en desacuerdo	4	6%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	10	16%
de acuerdo	31	50%
muy de acuerdo	15	24%
total	62	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 50% del personal refiere que están en de acuerdo con esta acción, el segundo porcentaje más alto del 24% dice estar muy de acuerdo, el 16% no se encuentra ni en desacuerdo ni de acuerdo, y el 6% con el 3%, se encuentran en desacuerdo y en muy desacuerdo

Tabla 31. Hay comunicación para prevenir errores en la institución.

En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	5	8%
en desacuerdo	5	8%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	5	8%
de acuerdo	36	57%
muy de acuerdo	12	19%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 57% del personal están de acuerdo en tener un medio de discusión para prevenir los errores y evitar que vuelvan a suceder, el 19% dice estar muy de acuerdo que es algo positivo en el centro médico valle de atriz, mientras el 8% prefieren ni estar en desacuerdo, ni de acuerdo, están en desacuerdo y muy en desacuerdo.

Tabla 32. Sus errores son utilizados en contra de los empleados en la institución.

El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	10	16%
en desacuerdo	13	20%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	19	30%
de acuerdo	15	23%
muy de acuerdo	7	11%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 30% del personal siendo su mayoría dice estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo al sentir que los errores pueden ser utilizados en su contra, el 23% dice estar de acuerdo en que los errores que se presentan son utilizados en su contra, mientras el 20% y el 16% están en desacuerdo y muy en desacuerdo, finalmente el 11% está muy de acuerdo, sentir que los errores estén en su contra.

Tabla 33. Se siente juzgado por el personal cuando se informa algún evento en la institución.

Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	9	14%
en desacuerdo	10	16%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	21	33%
de acuerdo	17	27%
muy de acuerdo	6	10%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Para el 33% del personal siendo el porcentaje mas alto , dicen no estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo en ser juzgado a la persona y no el problema, el 27% contempla estar de acuerdo en que se juzga a la persona mas no a el problema, el 10% dice estar muy de acuerdo en ser juzgado a la persona, mientras para el 16% esta en desacuerdo y 14% esta firmacion esta en muy desacuerdo en ser juzgado a la persona y no al problema.

Tabla 34. El personal teme que sus errores afecten sus expedientes en la institución.

Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	10	16%
en desacuerdo	11	17%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	11	17%
de acuerdo	23	36%
muy de acuerdo	9	14%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 36% expresa estar de acuerdo en que los errores consten en sus expedientes, el 14% esta muy de acuerdo en que los errores consten en sus expedientes, mientras al 17% y 16% del personal refieren ni estar en desacuerdo, ni de acuerdo , otros dicen estar en desacuerdo y muy de acuerdo en que sus errores consten en sus expedientes.

Tabla 35. Se puede afrontar la carga laboral en la institución.

Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	4	6%
en desacuerdo	7	11%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	15	24%
de acuerdo	28	44%
muy de acuerdo	9	14%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 44% expresa estar de acuerdo en que cuenta con el personal suficiente para afrontar con la carga de trabajo, el 24% ni en desacuerdo ni de acuerdo, el 14% está muy de acuerdo en que cuentan con el personal suficiente para afrontar sus labores diarias siendo un punto positivo para la seguridad del paciente, finalmente el 11% y 6% están en desacuerdo y muy en desacuerdo siendo una minoría expresa que no cuenta con el personal adecuado para la carga laboral que ellos realizan poniendo en riesgo la seguridad de los pacientes.

Tabla 36. El personal de institución trabaja más horas de las que son convenientes para el cuidado de los pacientes.

El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	9	14%
en desacuerdo	16	25%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	14	22%
de acuerdo	11	17%
muy de acuerdo	13	21%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 25% del personal manifiesta estar en desacuerdo sine la mayoría con un valor a favor de la clinica diciendo que el personal no trabaja mas horas de las convenientes para el cuidado de los pacientes, el 22% no estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo en que el personal trabaja mas horas de las convenientes para el cuidado del paciente poniendo en duda la anterior afirmacion, mientras seguidamente con un 21% del personal refiere estar muy de acuerdo en que trabaja mas horas de las convenientes para la atencion de los pacientes siendo un valor negativo y poniendo en riesgo la seguridad de los pacientes.

Tabla 37. La institución cuenta con el personal sustituto o eventual conviene para el cuidado de los pacientes

Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	8	13%
en desacuerdo	5	8%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	21	33%
de acuerdo	22	35%
muy de acuerdo	7	11%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Según la anterior tabla el centro medico valle de atriz esta de acuerdo en un 35% tener personal sustituto en situaciones donde se sea conveniente para el cuidado de los paciente, mientras un 33% dice no estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo con un porcentaje significativo, el 13% refiere no tener un personal sustituto para cuando se requiera mejorar la atención de los pacientes.

Tabla 38. Frecuentemente trabajan bajo presión para hacer las cosas mucho mejor y de forma rápida.

Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	7	11%
en desacuerdo	9	14%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	11	17%
de acuerdo	28	44%
muy de acuerdo	8	13%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

La mayoría de la población estudio con un 44% y 13% refieren trabajar bajo presión para hacer sus funciones más rápidamente, siendo esta afirmación un riesgo para la seguridad de los pacientes, mientras el 17% de la población estudio refiere ni estar en desacuerdo, ni de acuerdo en que trabajan bajo presión e intentan hacer sus funciones más rápido, mientras el 14% y 11% están en desacuerdo y muy en desacuerdo con trabajar bajo presión y hacer sus correspondientes funciones rápidamente.

Tabla 39. Los directivos fomentan en buen ambiente laboral dentro de la institución

La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	Frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	2	3%
en desacuerdo	3	5%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	16	25%
de acuerdo	33	52%
muy de acuerdo	9	14%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 52% y 14% siendo la mayoría de la población estudio esta de acuerdo y muy de acuerdo en que los directivos propician un ambiente laboral que promuevan a la seguridad de los pacientes este sería un valor favorable para el centro médico, mientras un 3% y 5% dice que se encuentra en desacuerdo y muy en desacuerdo a que los directivos propicien un ambiente laboral que promuevan la seguridad de los pacientes, las demás opiniones cuentan con un 25% ni en desacuerdo ni de acuerdo en que los directivos promuevan un ambiente laboral dirigido a la seguridad de los pacientes.

Tabla 40. Las acciones de la dirección de la institución muestran que la seguridad de los pacientes es altamente prioritaria.

Las acciones de la dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	1	2%
en desacuerdo	3	5%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	14	22%
de acuerdo	27	42%
muy de acuerdo	19	30%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Un 42% y 30% de la población estudio esta de acuerdo y muy de acuerdo en que los directivos miran la seguridad de los pacientes como un tema altamente prioritario, el 22% de la población refiere estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo con que los directivos miren el tema de seguridad de paciente como prioridad en el centro medico, el 5% y 2% de la población refiere estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con que los directivos miren la seguridad de los pacientes como un tema altamente prioritario.

Tabla 41. La dirección de la institución, solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurriese un suceso.

La dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	10	16%
en desacuerdo	22	35%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	13	21%
de acuerdo	12	19%
muy de acuerdo	6	10%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Se puede observar que la mayoría del porcentaje con un 35% refiere no esperar a que se presente algún suceso para que la dirección de la clínica se preocupe por la seguridad de paciente, mientras el 21% no está ni en desacuerdo, ni en de acuerdo.

Tabla 42. Hay buena cooperación entre el personal de la institución cuando necesitan trabajar entre los servicios y/o unidades juntos.

Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	4	6%
en desacuerdo	5	8%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	19	30%
de acuerdo	25	40%
muy de acuerdo	10	16%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Un 40% y el 16% están de acuerdo y muy de acuerdo tener buena cooperación cuando necesitan trabajar con otros servicios y/o unidades siendo este un valor favorable a la seguridad de los pacientes, el 30% del personal refiere estar ni en desacuerdo, ni de acuerdo, mientras el 8% y 6% están en desacuerdo y muy desacuerdo en que el personal coopere cuando es necesario trabajar en conjunta con otros servicios y/o unidades al parecer es personal que cumple con funciones específicas en el cual solo tiene que ver con condición laboral única.

Tabla 43. Las unidades de la institucion trabajan coordinadamente para prestar un mejor servicio.

Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	1	2%
en desacuerdo	1	2%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	14	22%
de acuerdo	34	54%
muy de acuerdo	13	21%
total	63	100%

Fuente: Informacion recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Un 54% y 21% de la poblacion estudio esta de acuerdo y muy de acuerdo con que trabajan coordinadamente para proveer el mejor cuidado de los pacientes siendo un valor favorable para la seguridad de los pacientes, el 22% ni en desacuerdo, ni de acuerdo con que trabajen coordinadamente promoviendo la seguridad de los pacientes, el 2% esta en desacuerdo y muy en desacuerdo en que trabajen coordinadamente para promover el mejor cuidado a los pacientes.

Tabla 43. Las unidades de la institución NO trabajan coordinadamente entre ellos.

Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	12	19%
en desacuerdo	20	31%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	20	31%
de acuerdo	9	14%
muy de acuerdo	3	5%
Total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Un con un 31% y el 19% refieren estar en desacuerdo y en muy desacuerdo a dicha afirmación dando un valor favorable para la clínica donde el personal de otras unidades coordinan bien entre ellos aportando a la seguridad del paciente, 31% del personal refiere estar ni en desacuerdo, ni en de acuerdo, mientras el 14% y 5% están de acuerdo y en muy de acuerdo en que los servicios y/o unidades coordinan bien entre ellos, esta es una pregunta negativa con respuesta negativa para un valor positivo.

Tabla 44. Resulta trabajar incómoda con otros servicios o unidades de la institución

En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	12	19%
en desacuerdo	16	25%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	25	39%
de acuerdo	9	14%
muy de acuerdo	2	3%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El valor mas alto empieza desde el 39% siendo la poblacion que dic no estar ni en desacuerdo ni de acuerdo, seguidos por quienes dicen estar de acuerdo para un porcentaje de 25%, el 19% esta muy en desacuerdo, el 14% de acuerdo y el 3% muy de acuerdo.

Tabla 45. En la institución existe perdida de información cuando se traslada a un paciente de un servicio a otro.

La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.	frecuencia	porcentaje
muy en descuerdo	15	24%
en desacuerdo	17	27%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	11	17%
de acuerdo	16	25%
muy de acuerdo	4	6%
total	63	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 27% y 24% de la poblacion estudio refiere estar en desacuerdo y en muy en desacuerdo que la informacion de los pacientes se pierde en el traslado de un servicio a otro, siendo este un valor mayoriraiio a favor del centro medico pero con oportunida de mejora, mientras el 25% y el 6% de la poblacion refiere estar de acuerdo y muy de acuerdo con que se pierde informacion de los pacientes en el traslado de un servicio a otro, el 17% esta ni en desacuerdo, ni en de acuerdo con que la informacion de los pacientes se pierda en el traslado de un servicio a otro.

Tabla 46. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de la institución.

Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.	Frecuencia	Porcentaje
muy en desacuerdo	14	22%
en desacuerdo	21	33%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	22	34%
de acuerdo	4	6%
muy de acuerdo	3	5%
total	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Para un 34% que realizaron la encuesta de cultura de seguridad del paciente esta ni en desacuerdo, ni de acuerdo en que con frecuencia sea problemático el intercambio de información entre los servicios del centro médico, el 33% y 22% esta en desacuerdo y en muy desacuerdo en que con frecuencia sea problemático el intercambio de información de los pacientes entre los servicios siendo valores favorables para la seguridad de los pacientes, el 6% y 5% de la población refieren estar de acuerdo y muy de acuerdo con que con frecuencia sea problemático el intercambio de información entre los servicios..

Tabla 47. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en la institución.

Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	frecuencia	porcentaje
muy en desacuerdo	18	28%
en desacuerdo	26	41%
ni en desacuerdo, ni de acuerdo	12	19%
de acuerdo	3	5%
muy de acuerdo	5	8%
TOTAL	64	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

El 41% y el 28% se encuentra en desacuerdo y muy en desacuerdo en que los cambios de turno sean problemáticos para los pacientes en el centro médico, siendo este un valor favorable para la institución, el 19% está ni en desacuerdo, ni en de acuerdo, mientras el 8% y el 5% dice estar de acuerdo y muy de acuerdo que los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en la institución.

Tabla 48. Distribución porcentual del grado de seguridad del paciente en el área de la institución

Valoración general en seguridad del paciente.	Frecuencia	Porcentaje
malo	1	2%
pobre	0	0%
pasable	17	27%
muy bueno	37	60%
excelente	7	11%
total	62	100%

Fuente: Información recolectada a partir de la encuesta aplicada al personal de la entidad.

Otro de los aspectos que se aborda fue la valoración del grado general en seguridad del paciente, el mayor porcentaje fue valorado como muy bueno con un 60%, seguido por el pasable con un 27% , excelente con un 11% y malo con el 2%, lo que indica que en la mayoría de los casos el personal que labora en la institución., tiene una percepción buena y aceptable en la atención brindada a los usuarios.

6.2 DISCUSIÓN

En este estudio se identificó la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal que labora en la institución de la ciudad de Pasto - Nariño, para ello se tuvo en cuenta la caracterización sociodemográfica y laboral, donde la mayoría del personal lleva un período de tiempo de labores mayor de un año, lo anterior debido a los cambios administrativos, el tiempo de horas semanales laboradas siendo prevalente en el personal asistencial, quienes tienen interacción directa o contacto con pacientes y en menor proporción administrativos.

Investigaciones realizadas en Brasil muestran un clima de seguridad del paciente que no es satisfactorio y con fragilidad en la percepción del estrés, en la percepción del manejo y en las condiciones de trabajo. Con respecto a los puntos positivos observados en la cultura de seguridad del paciente, los investigadores consideran que la satisfacción laboral es una dimensión positiva (46) (47), de tal manera lleva a considerar que el ambiente laboral como el tiempo de trabajo en la institución es importante ya que la experiencia garantiza el conocimiento y funcionamiento de los servicios así como los procedimientos que impacta positivamente en la seguridad del paciente, por tal motivo el hecho de tener personal con experiencia contribuirá a la minimización de los eventos adversos, considerándose adecuado para brindar atención en salud en los usuarios que hacen uso de los servicios en dicha institución.

En cuanto a la percepción de la seguridad del paciente, se encontró que el personal tiene regular participación en la notificación de eventos, lo que evidencia que éstos pueden quedarse en el olvido o sencillamente no se manifestaron, sin embargo, se hace relación con las causas del no reporte de los eventos adversos y factores no claramente evidenciados como el temor del personal, siendo esta una causa principal, es importante resaltar que la seguridad del paciente está relacionada directamente con la práctica segura en la atención a los usuarios, por ello, es evidente que los errores o eventos adversos que se manifiestan en el cuidado médico reducen la morbilidad, más aún en el caso particular donde la atención que se brinda en la institución es continua (5).

Se tuvo en cuenta la percepción de la seguridad del paciente a nivel de unidad o servicio, las expectativas y acciones de la dirección en la mayoría de los casos presentaron favorabilidad

al trabajo que realizan, manifestándose que los errores han llevado a cambios positivos, donde la gente se apoya una a otra, sin embargo, existen deficiencias en cuanto a la comunicación y feed back, puesto que obtuvieron un bajo promedio, aunque existe preocupación del personal por los errores que son guardados en los expedientes.

Es importante tomar los planteamiento de Avedis Donabedian quien definió la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. “La atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos: el primero, como la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo, como la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente (18)” dando una relación con el anterior párrafo y tomando como oportunidad de mejora el fortalecimiento de la comunicación entre el personal de salud que labora en la institución y los pacientes.

Desde otro punto de vista se tuvo en cuenta la percepción del personal respecto a la seguridad del paciente en el centro medico, encontrándose que existe apoyo de la gerencia para contribuir a la seguridad del paciente, unido a ello se realiza un trabajo entre unidades, siendo favorable para la calidad de atención que se brinda a los usuarios. Además, se manifiestan situaciones negativas frente a los cambios de turno y transiciones entre servicios y unidades teniendo en cuenta que el personal refiere en el uso del instrumento con ni en desacuerdo, ni en acuerdo.

Existe un estudio en el cual menciona el compromiso de la alta gerencia y los trabajadores con respecto a la seguridad del usuario y su familia dando cumplimiento a las directrices establecidas en la Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente en la atención en salud, minimizando la ocurrencia de incidentes y eventos adversos, estandariza las barreras de seguridad, mejoramiento continuo, mitiga y controla los riesgos en la prestación de servicios de salud, con un talento humano competente y comprometido, constantemente se capacitan para contribuir a la cultura de seguridad del paciente en toda la organización y garantizando de esta manera una atención segura en la gestión clínica, tecnológica y del ambiente físico (11) poseen una buena percepción de cultura de seguridad de paciente.

Es fundamental la importancia que tiene el priorizar la cultura de seguridad de paciente desde su direccionamiento y administración por que incrementa acciones de mejora de calidad en la atención segura de servicios de salud y toma de decisiones.

Tomando como referencia el Hospital infantil los Ángeles quien implementó prácticas de atención segura con el fin de disminuir la presentación de eventos adversos y garantizar la seguridad custodia, protección y cuidado del trabajador, el usuario y su familia, fortaleciendo la cultura de la seguridad desde el año 2011 en todos los procesos de la institución, tiene en cuenta el enfoque pedagógico del error como base. ha capacitado al 97 % del recurso humano, estableciendo como prioridad la cultura proactiva del reporte como un insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en el hospital y promovido la detección, prevención y reducción de riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, la seguridad del ambiente físico (Security) y la gestión de la tecnología, a través del seguimiento de pre-condicionantes de actos inseguros, condiciones de localización segura, infraestructura segura, evaluación, análisis y adquisición de equipamiento seguro, igualmente, el fortalecimiento de los programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y la implementación de rondas de atención farmacéutica con el acompañamiento de químicos farmacéuticos asistenciales, ha permitido establecer barreras de seguridad para la prevención de errores asociados a la medicación y al uso de dispositivos médicos (48). Podríamos decir que la institución evaluada tiene una valoración del grado general en cultura de seguridad del paciente en la institución evaluada, entre buena y aceptable en la atención brindada a los usuarios, apuntando a la mejora de la calidad, prestar y garantizar una atención segura con el compromiso de la dirección y el personal en general.

7. CONCLUSIONES

- Es evidente que la institución, presenta un nivel medio de cultura de seguridad de paciente, lo que se convierte en oportunidad de mejora, en todas las dimensiones establecidas en el instrumento.
- Se evidenció, que el personal asistencial tiene mayor acercamiento, mientras el personal administrativo cree no tener relación directa con el tema de seguridad de paciente.
- En cuanto a las frecuencias de eventos adversos es bajo evidenciando la necesidad, en retroalimentar al personal que estas acciones no presentan efectos punitivos.
- En cuanto a la valoración del grado de seguridad del paciente se encontró, que el personal que labora en la institución tiene una percepción buena y aceptable en la atención brindada a los usuarios, siendo un punto importante como oportunidad institucional para apuntar a una cultura de seguridad de los paciente e incrementar de calidad en la prestación de los servicios.

8. RECOMENDACIONES

- Tomando como referencia los hallazgos encontrados en el proyecto de investigación, es importante contribuir a mejorar la calidad de atención y por ende la seguridad del paciente, enfocándose específicamente en fortalecer las capacitaciones del personal que labora en la institución, unido a ello que las horas laborales estén reglamentadas de acuerdo a los lineamientos legales.
- Se sugiere fortalecer el trabajo en equipo basándose en una adecuada comunicación, lo cual contribuye de alguna manera en mejorar la calidad de la atención, es decir, brindándole una información adecuada y acorde a los requerimientos de los mismos.
- Es necesario que se fortalezca la interacción con las directivas de la institución, porque a través de ello se lograría brindar una atención adecuada y acorde a los requerimientos de los usuarios, tomando en cuenta aquellas necesidades que éstos requieren.
- Se considera de mucha importancia, tener en cuenta una cultura de notificación de reportes, ya que serían considerados de gran utilidad para tomar las medidas preventivas o correctivas en la atención, por ello, es necesario que se brinde la información al personal para que se fortalezcan los reportes de estos eventos y con ello contribuir a la calidad de la atención.
- Es básico que haya un compromiso entre el personal asistencial y el administrativo para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, donde cada uno tienen sus expectativas y acciones en pro de brindar una atención adecuada y acorde a los servicios y programas que se brindan en la institución.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2020 Nov 25];28(5):785–95. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
2. Seguridad del Paciente - Acreditación en Salud [Internet]. Acreditación en Salud. 2020. Available from: <https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/>
3. Martínez Reyes CR, Agudelo Durango J, Areiza Correa SM, Giraldo Palacio DM, Martínez Reyes CR, Agudelo Durango J, et al. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Civilizar Ciencias Sociales y Humanas [Internet]. 2017 Dic 1 [cited 2021 Jul 26];17(33):277–91. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532017000200277&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Woods DM TEHJWKBT. National Librari Of Medicine. [Online]; 2007. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2653165&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Aranaz Andrés JM, Pardo Hernández A, López Pereira P, Valencia-Martín JL, Diaz-Agero Pérez C, López Fresneña N, et al. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 12];92. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419&lng=es&nrm=is
6. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

7. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Inicio [Internet]. www.saludcapital.gov.co. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co>
8. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
9. Ministerio de Salud - MINSA [Internet]. www.gob.pe. Available from: <http://www.minsa.gob.pe>
10. Comunicaciones. Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN: El instituto departamental de salud de Nariño trabaja con el municipio de linaires por la seguridad del paciente [Internet]. idsn.gov.co. 2023 [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://idsn.gov.co/index.php/noticias/3527-el-instituto-departamental-de-salud-de-narino-trabaja-con-el-municipio-de-linares-por-la-seguridad-del-paciente>
11. Política de Calidad [Internet]. [cited 2023 Apr 12]. Available from: https://www.hosdenar.gov.co/wp-content/uploads/2017/05/politicas_hudn.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. www.who.int. 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
13. Universidad Santo Tomás [Internet]. repository.usta.edu.co. Available from: <https://repository.usta.edu.co>
14. instituto departamental de salud de Nariño plan de salud territorial-salud para el buen vivir diagnóstico de la situación de salud [Internet]. 2012. Available

from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Narino.pdf>

15. Rodriguez HR. Historia De La Medicina. [Online]; 2018. Available from: <https://www.ama-med.org.ar/descargacontenido/297>
16. Bautista Rodriguez LM. La calidad en salud un concepto histórico vigente. Revista Ciencia y Cuidado. 2016 Jun 30;13(1):5.
17. Business EGS of. ¿En qué consiste la calidad en salud? [Internet]. www.esan.edu.pe. Available from: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2017/12/en-que-consiste-la-calidad-en-salud/>
18. Ana L, Chávez L, Licda C, Lissette M, Regalado, Roberto M, et al. Available from: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/11055/1/Tesis%20Final.pdf>
19. Tilio A. Significado de Seguridad - Qué es, Definición y Concepto [Internet]. De Significados. 2021 [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://designificados.com/seguridad/?amp=1/>
20. El Pulso septiembre 2020 [Internet]. www.periodicoelpulso.com. [cited 2023 Apr 12]. Available from: http://www.periodicoelpulso.com/2020_septiembre/hospital-1.php
21. 1.Marcela c, mary m, solarte l, universidad e, tomas s, Aquino d, et al. impacto de la política de seguridad de la paciente dada por la OMS y el ministerio de salud y protección social en Colombia sobre el análisis del indicador de tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización tomando como referencia las ips de la ciudad de Bogotá durante el año 2016 y 2017 (primer semestre) [Internet]. 2018. Available from: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/12437/2018claudiamacias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Cultura - EcuRed [Internet]. www.ecured.cu. [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://www.ecured.cu/index.php?title=Cultura&oldid=3487779>

23. Cómo realizar una transformación cultural en las organizaciones. Conexión ESAN [Internet]. www.esan.edu.pe. [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2017/05/17/como-realizar-una-transformacion-cultural-en-las-organizaciones/>
24. Where Great Minds Meet [Internet]. www.theific.org. Available from: <https://www.theific.org>
25. De Investigación: calidad, seguridad y, la e, hospitalaria a, de maestría en administración p, salud e, et al. hospital de Antioquia Colombia, 2013 investigadoras paulan Andrea Giraldo Arango maría Isabel Montoya romero asesor José barreño silva grupo de investigación: clínica hgm -ces [internet]. 2013. available from: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/563/Evaluacion_Cultural_Seguridad.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Camacho-Rodríguez DE, Camacho-Rodríguez DE. medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2020 Jan 1;25(1):141–53. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000100141&lang=es
27. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
28. Enfermería PD. Universidad Cestas Vallejo. [cited 2023 Apr 12]. Available from:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12905/Mori_YNR.pdf?sequence=1

29. Pinheiro M da P, Junior OC da S, Pinheiro M da P, Junior OC da S. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 16];16(45):309–52. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100309
30. Giménez-Júlvez T, Hernández-García I, Aibar-Remón C, Gutiérrez-Cía I, Febrel-Bordejé M. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2017 Sep;31(5):423–6.
31. Doriam E, Camacho-rodríguez. medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *hacia promoc Salud* [Internet]. 2020;25(1):141–53. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n1/0121-7577-hpsal-25-01-00141.pdf>
32. Matas A, Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa* [Internet]. 2018 Mar 1;20(1):38–47. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1607-40412018000100038&script=sci_arttext
33. *Revistas UdeA* [Internet]. revistas.udea.edu.co. [cited 2023 Apr 12]. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/>
34. Hammond M. Escala de Likert: qué es y cómo utilizarla (incluye ejemplos) [Internet]. blog.hubspot.es. Available from: <https://blog.hubspot.es/service/escala-likert>

35. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañía Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Gaceta Sanitaria. 2020 Sep;34(5):500–13.
36. Hernández Sampieri, Fernández Callado, Baptista L. Metodología de la investigación. Cuarta ed. México: Mc Graw Hill ; 2014.
37. Heidy Burbano Colombia- Scientific Electronic Library Online [Internet]. www.scielo.org.co. Available from: <http://www.scielo.org.co>
38. Martínez Sabater, Antonio; Ballestar Tarín, María Luisa; Casal Angulo, M del Carmen Domínguez-Romero, Adrián (2016) La seguridad del paciente a través del análisis de Anatomía de Grey, temporada 6, capítulo 6 Vi lo que vi Revista de medicina y cine 12 2 82 90 [Internet]. 2016 [cited 2023 Apr 12]; Available from: <https://roderic.uv.es/handle/10550/54447?show=full>
39. Zampear. Sexta Edicion Mexico; 2014
40. Ley 100 de 1993 - EVA - Función Pública [Internet]. www.funcionpublica.gov.co. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
41. Cruz ED de A, Da rocha djm, mauricio ab, ulbrich fds, batista j, maziero ec. cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. cogitare enfermagem [internet]. 2018 jan 15 [cited 2021 Aug 27];23(1). Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879967/50717-222541-1-pb.pdf>
42. Cruz ED de A, Da Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FDS, Batista J, Maziero EC. cultura de seguridad en profesionales de la salud en un hospital docente. Cogitare Enfermería [Internet]. 15 de enero de 2018 [citado el 27 de agosto de 2021];23(1). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879967/50717-222541-1-pb.pdf>

43. Cruz ED de A, Da Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FDS, Batista J, Maziero ec. cultura de seguridad en profesionales de la salud en un hospital docente. cogitare enfermería [internet]. 15 de enero de 2018 [citado el 27 de agosto de 2021];23(1). disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879967/50717-222541-1-pb.pdf>
44. Ley 100 de 1993 - EVA - Función Pública [Internet]. www.funcionpublica.gov.co. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
45. 2006. Ministerio De Salud y Protección. [Online]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

ANEXOS

Anexo 1. Formato de consentimiento informado.

(ANEXO 1) CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN

Yo _____, declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación titulada: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DEL CENTRO MEDICO VALLE DE ATRIZ, que se desarrolla en la especialización en administración de la salud, con el abal de la universidad católica de Manizales.

Doy mi consentimiento luego de que se me ha explicado que el estudio consiste en:

- Aplicar una encuesta de cultura de seguridad de paciente para identificar la cultura de seguridad del paciente a nivel administrativo y asistencial, como hacer una comparación en la adopción en la misma, de igual manera analizar los eventos adversos teniendo en cuenta la cultura de seguridad de paciente y hacer una caracterización para proporcionar unas sugerencias en los diferentes planes y acciones de mejora aportando en la disminución de errores, eventos adversos, complicaciones y muerte, como también en aportar en la calidad en la atención en salud.

Así mismo, se me ha informado que no tiene riesgos al participar en la investigación y que mi aporte en dicha investigación tendrá los siguientes beneficios:

- Contar con un análisis sobre la cultura de seguridad de paciente y permitir mejorar los estándares de calidad y fortalecer sus políticas de seguridad y trato digno.
- La cultura de seguridad de paciente permite garantizar la atención en salud, tranquilidad a los usuarios, familiares y personal tanto administrativo como asistencial, también aumenta el nivel de atención.

También estoy en conocimiento de que puedo abandonar el proyecto cuando así lo considere. Esto no influirán en mi relación con los investigadores.

Además, estoy en libertad de solicitar información adicional respecto a los riesgos, beneficios y los resultados de la investigación.

Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Lugar y Fecha: _____

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento

investigador 1:

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Investigador 2:

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Anexo 2. Encuesta cultura de seguridad de paciente

TÍTULO DEL PROYECTO: CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTE DIRIGIDA AL PERSONAL DE UNA IPS EN LA CIUDAD DE PASTO

Objetivo: identificar la cultura de seguridad del paciente a nivel del personal administrativo y asistencial de una institución de la ciudad de pasto.

Investigadores:

- Arley Yamile Espinosa Díaz
- Nicolás Stiven Viveros Paz.

Encuesta sobre la Seguridad del Paciente

Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 10 minutos completarla.

Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

Definiciones:

- Un “**suceso**” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, efecto adverso o actuación fuera de protocolo, sin importar si el resultado daña al paciente o no.
- “**Seguridad del paciente**” se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o efectos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados.

Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

En esta evaluación, piense en su “unidad” como el área de trabajo, servicio, departamento o área clínica del centro donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este centro? Seleccione UNA respuesta,

Ámbito hospitalario

- a. Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Área de Urgencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otros, por favor, especifique: _____

Ámbito Atención Primaria

- ñ. Medicina de Familia
- o. Pediatría de Familia
- p. Enfermería Comunitaria
- q. Otros, por favor especifique: _____

Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo de su centro...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Piense en su servicio/unidad/área de trabajo de su centro...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección B: Su jefe/Supervisor

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

de conformidad con los procedimientos establecidos.					
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior /jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección C: Comunicación

¿Con qué frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio/unidad/área de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección D: Frecuencia de Sucesos Notificados

En su servicio/unidad/área de trabajo, ¿con qué frecuencia son notificados, cuando ocurren los siguientes errores?, Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en el servicio/unidad/área de trabajo de su centro...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección E: Grado de Seguridad del Paciente

Por favor, dele a su servicio/unidad/área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E

Sección F: Su Centro (Hospital/ Área, Comarca, etc. en el caso de Atención Primaria)

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su centro. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su centro...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección G: Número de Sucesos Notificados

1. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?

- a. Sí b. No

2. En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias? Marque UNA respuesta.

- a. Ninguna notificación d. De 6 a 10 notificaciones
 b. De 1 a 2 notificaciones e. De 11 a 20 notificaciones
 c. De 3 a 5 notificaciones f. 21 notificaciones o más

Sección H: Características de los encuestados

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la evaluación. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?

- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
 b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
 c. De 6 a 10 años f. 21 años o más

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/unidad/ área?
- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
 b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
 c. De 6 a 10 años f. 21 años o más
3. Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?
- a. Menos de 20 horas a la semana c. De 40 a 59 horas a la semana
 b. De 20 a 39 horas a la semana d. 60 horas a la semana o más
4. ¿A qué estamento pertenece?
- a. Enfermera b. Médico
5. En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o contacto con los pacientes?
- SÍ NO
6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?
- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
 b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
 c. De 6 a 10 años f. 21 años o más

Sección I: Sus Comentarios

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos en su centro (puede añadir más páginas si lo necesita)

**Gracias por completar este cuestionario,
Su ayuda será muy útil para saber más sobre la
seguridad de los pacientes.**

Persona de contacto para cualquier aclaración: Carmen Silvestre
(Investigadora Principal) msilvesb@yahoo.es

Anexo 3. Plan de mejoramiento

PROBLEMA PARA RESOLVER	DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA	RESULTADO ESPERADO
Promoción de cultura de seguridad del paciente en todas las áreas de la institución.	Buscar capacitar al personal con profesionales preparados y con experiencia dentro de este sector	Se espera que el personal adopte conocimientos sobre el manejo de cultura de seguridad del paciente, para ampliar sus cualidades frente a este tema
Tomar de referencias diferente entidades o investigaciones a nivel internacional, nacional, regional	Se puede mejorar tomando como referencia diferentes centros de salud donde se realice un adecuado manejo y sirva como ejemplo para la implementación dentro del Centro Médico Valle De Atriz	Tener nuevos conocimientos dentro del centro médico y todos los factores de vital importancia para una mejora continua
Promover una cultura de seguridad de paciente mediante la filosofía del mejoramiento continuo	Dándoles a conocer la gran importancia que tiene la seguridad del paciente y la manera de la cual influye dentro de todas las instituciones de salud	Lograr que el personal tome la cultura de seguridad del paciente como un indicador fundamental para cumplimiento de sus labores y mejoramiento continuo
Brinda informes continuos, hasta convertir un la seguridad de paciente como una labor mas dentro del trabajo	Enfocar a los diferentes administrativos encargados del personal asistencial en esta cultura, para que estos logren estar prevenidos a diferentes riesgos que se presenten o puedan presentarse	El personal asistencial y administrativo debe tomar la cultura de seguridad del paciente como uno de los principios más importantes dentro de sus labores de trabajo
Desarrollar una cultura de reporte de notificaciones en las diferentes areas, dando al personal tanto asistencial como administrativo motivacion en la misma.	Tomar como ejemplo el trabajo realizado para tener conocimiento sobre el tema de seguridad del paciente y la importancia de una notificación de evento adverso	Se espera que el personal tenga el convencimiento de poder informar cuando se encuentre un posible evento adverso que pueda perjudicar

		al paciente y la institución
--	--	---------------------------------



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

Universidad Católica de Manizales
Carrera 23 # 60-63 Av. Santander / Manizales - Colombia
PBX (6) 8 93 30 50 - www.ucm.edu.co