



ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA E.S.E.

ALBA LUCY FUELTAN BURGOS

GLORIA ELIZABETH MONTENEGRO ROJAS

JOHANA CAROLINA PAZMIÑO ORDOÑEZ

CAMILA RODRIGUEZ SOLARTE

YADDY ALEJANDRA SOLARTE BASTIDAS



**Universidad[®]
Católica
de Manizales**

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



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

REGISTRADO EN MINECUCACIÓN

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
CENTRO DE SALUD SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA E.S.E.

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

Asesor:

Richard Nelson Román Marín¹

Autores:

Alba Lucy Fultan Burgos

Gloria Elizabeth Montenegro Rojas

Johana Carolina Pazmiño Ordoñez

Camila Rodríguez Solarte

Yaddy Alejandra Solarte Bastidas

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

PASTO, NARIÑO

2024

¹ <https://orcid.org/0000-0002-4890-8566>

Índice

1.	Título.....	7
2.	Planteamiento del Problema.....	7
3.	Pregunta de Investigación.....	11
4.	Justificación.....	11
5.	Objetivos.....	13
5.1	Objetivo General.....	13
5.2	Objetivos Específicos.....	14
6.	Marco Teórico.....	14
6.1	Antecedentes.....	14
6.1.1.	Internacionales.....	14
6.1.2.	Nacionales.....	16
6.1.3.	Regionales.....	18
6.2	Marco Conceptual.....	21
6.3	Marco Contextual.....	31
6.4	Marco Normativo.....	33
7.	Metodología.....	36
7.1	Diseño y Enfoque del Estudio.....	36
7.2	Población y Muestra.....	36
7.2.1.	Criterios de Inclusión.....	37
7.2.2.	Criterios de Exclusión.....	37
7.3	Instrumento.....	37
7.4	Procedimiento de recolección de la información	38

7.5	Plan de Análisis.....	39
7.6	Operacionalización de Variables.....	39
8.	Aspectos Éticos.....	46
9.	Cronograma.....	48
10.	Resultados y Análisis.....	50
11.	Conclusiones.....	82
12.	Recomendaciones.....	85
13.	Bibliografía.....	89

ANEXOS

1.	Consentimiento Informado.....	100
2.	Instrumento de Evaluación.....	104

Lista de Tablas

1.	Distribución porcentual edad vs sexo en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.....	50
2.	Distribución porcentual del tiempo de trabajo en el área o unidad en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.....	52
3.	Tabla 3. Distribución porcentual de horas semanales que trabaja el personal en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.....	53
4.	Distribución porcentual, típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes, del personal en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.....	54
5.	Distribución porcentual de la Frecuencia de Eventos Notificados, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.....	55
6.	Distribución porcentual de la Percepción de Seguridad, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.....	57
7.	Distribución porcentual de las Expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.....	59
8.	Distribución porcentual del Aprendizaje organizacional/mejora continua, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E....	61
9.	Distribución porcentual del Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.....	63
10.	Distribución porcentual de la Franqueza en la comunicación, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.....	65

11.	Distribución porcentual del Feed-back y comunicación sobre errores, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.....	67
12.	Distribución porcentual de Respuesta no punitiva a los errores, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.....	69
13.	Distribución porcentual de Dotación de personal, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.....	71
14.	Distribución porcentual del Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.....	73
15.	Distribución porcentual del Grado de seguridad del paciente, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.....	75
16.	Distribución porcentual del Trabajo en equipo entre unidades, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.....	77
17.	Distribución porcentual de Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.....	79
18.	Distribución porcentual de Incidentes notificados en los últimos 12 meses, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.....	81

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA E.S.E.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como 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” (1), cuyo objetivo es “prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria” (1), es esencial en la gestión de los servicios en salud, pues su importancia no solamente radica en garantizar la calidad en la atención, sino que también tiene un impacto significativo en la confianza de los pacientes, sus familias y su satisfacción con los servicios recibidos; por lo tanto, es un tema de preocupación mundial y se ha convertido en un objetivo prioritario para los sistemas de salud, pues actualmente, las instituciones prestadoras de servicios de salud enfrentan desafíos significativos en la promoción de una cultura de seguridad del paciente que garantice una atención segura y de calidad.

De acuerdo al estudio IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos en Hospitales), realizado en varios países de Latinoamérica con el objetivo de determinar la prevalencia de eventos adversos en hospitales de la región, la prevalencia de eventos adversos en hospitales Latinoamericanos fue del 10,5% (2), y para Colombia específicamente de 11,6% (3), siendo los más comunes los relacionados con

medicamentos, infecciones asociadas a la atención en salud y procedimientos quirúrgicos, además de identificar factores de riesgo asociados con la ocurrencia de eventos adversos, como la complejidad de los procedimientos, falta de capacitación del personal médico y falta de recursos (2). Determinando así, que, a pesar de los esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente, los eventos adversos siguen siendo frecuentes.

Así lo demuestra el informe de la OMS de 2019, donde indica que 1 de cada 10 pacientes en todo el mundo sufre daños mientras recibe atención hospitalaria, de los cuales la mitad son prevenibles; se estima que alrededor de 134 millones de eventos adversos ocurren en todo el mundo cada año, lo que resulta en aproximadamente 2,6 millones de muertes anuales; adicional a ello, se considera a nivel mundial, que hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria, de los cuales un 80% son prevenibles, siendo durante la atención ambulatoria los errores más perjudiciales los relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos (1); lo que resalta la importancia de implementar medidas efectivas (capacitación continua, mejora de sistemas de registro y reporte de eventos adversos, promoción de la cultura de seguridad del paciente), con la finalidad de reducir la frecuencia de incidentes y eventos adversos que al materializarse puedan tener consecuencias graves para la salud y calidad de vida de los pacientes, así como para la reputación y finanzas de las instituciones, pues estos, “tienen también graves repercusiones económicas. Diversos estudios han demostrado que algunos países pierden entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares por año como consecuencia

de internaciones prolongadas, demandas legales, ingresos perdidos, discapacidad y gastos médicos” (4).

Sin embargo, es necesario recalcar que “errar es humano, y esperar un rendimiento impecable de personas que trabajan en entornos complejos y muy estresantes no es realista”(1); el personal de salud enfrenta diversos problemas que pueden predisponer a la ocurrencia de eventos adversos en su práctica diaria, como la falta de capacitación, sobrecarga laboral, déficit de recursos, síndrome de burnout; es aquí donde toma gran importancia la cultura de seguridad del paciente, término que abarca las creencias, actitudes, valores y comportamientos compartidos por los profesionales de la salud, instituciones y pacientes que promueven la seguridad del paciente y la exaltan como una prioridad (2). Así entonces, dicha cultura es esencial para fomentar un ambiente de trabajo seguro y una atención de calidad.

Es por ello indispensable que cada institución de salud, independientemente de su nivel de complejidad, implemente la política nacional de seguridad del paciente y cuente con un programa de cultura de seguridad con documentación actualizada, clara y protocolos a seguir por el personal que en ellas labore, que contribuya a la ejecución de sus funciones de forma segura, reduciendo la ocurrencia de eventos adversos e incidentes, fortaleciendo a su vez las buenas prácticas clínicas y la cultura del reporte que permita su análisis y con ello mejoramiento continuo institucional.

A pesar de la importancia de la cultura de seguridad del paciente para todos los niveles de complejidad, las investigaciones realizadas en este ámbito se han centrado en su mayoría en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de segundo, tercer y cuarto nivel, dejando de lado las IPS de primer nivel, siendo fundamental

también para estas últimas conocer y hacer un diagnóstico de su cultura de seguridad periódicamente, evaluando objetivamente sus fortalezas y debilidades, identificando puntos críticos sobre los que es necesario intervenir, con la finalidad de convertirse en una institución cada vez más segura.

La institución de primer nivel de complejidad: Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E., donde se realizó la presente investigación, brinda atención en salud a los habitantes del municipio de Córdoba - Nariño, cuenta con un programa de seguridad del paciente, y destaca dentro de su visión la seguridad del paciente como eje fundamental en la calidad de la prestación de servicios en salud; sin embargo, no se evidencian registros sobre mediciones previas de cultura de seguridad, lo que puede traducirse en un desconocimiento objetivo de sus fortalezas y debilidades, del compromiso de los profesionales y su participación dentro del programa de seguridad del paciente, lo que puede afectar el análisis de riesgos, promoción de buenas prácticas, y con ello, la consecución del objetivo final: calidad en la atención, satisfacción y bienestar de los usuarios . Durante el segundo semestre de 2022 a nivel institucional se identificó solamente un evento adverso en el servicio de urgencias correspondiente a extravasación de catéter, sin embargo, existen fallas activas latentes y una en particular persistente y repetitiva correspondiente a fallas en la prescripción médica (5). Por lo tanto, se hace necesario realizar una evaluación de la cultura de seguridad del paciente en este centro de salud para identificar los factores que influyen en la seguridad del paciente y que podrían ser mejorados.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

Considerando este planteamiento se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Cultura de Seguridad del paciente en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E., durante el segundo semestre de 2023?.

4. JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un componente crítico de la calidad de la atención en salud; a lo largo del tiempo la cultura de seguridad del paciente ha tomado protagonismo, encaminada a mejorar continuamente la calidad de la atención (6) desempeñando un papel fundamental para el adecuado funcionamiento de las instituciones. La evaluación de la cultura de seguridad se destaca como una herramienta de gestión cuya responsabilidad está a cargo de los administradores en salud y pretende “crear conciencia en el personal sobre la seguridad del paciente, evaluar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente en la organización, e identificar puntos fuertes y áreas de mejora, así como analizar sus tendencias a lo largo del tiempo y evaluar el impacto en ella de las iniciativas e intervenciones realizadas para mejorar la seguridad del paciente” (6). Así, “las organizaciones con una fuerte cultura de seguridad se caracterizan por una buena comunicación entre el personal, confianza mutua y percepciones comunes de la importancia de la seguridad y la eficacia de las medidas preventivas” (6), lo que se traduce en mejoramiento continuo institucional, calidad en la atención y satisfacción del usuario.

En Colombia, la gestión de la seguridad del paciente es un componente fundamental en la prestación de servicios de salud, y se encuentra inmerso en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (7), y sus componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH) (8), Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) (9), Sistema Único de Acreditación (SUA) (10) y el Sistema de información para la calidad en salud (11). Sin embargo, a pesar de los avances en la promoción de la cultura de seguridad, la literatura científica sugiere que aún existen importantes desafíos en la implementación de prácticas de seguridad del paciente en las instituciones de atención en salud independientemente de su nivel de complejidad; así, en una revisión sistemática desarrollada por Tartaglia C. et al. (6), en 2018, con el objetivo de conocer las características de la cultura de seguridad del paciente en hospitales de diferentes contextos culturales, sus autores identificaron 33 estudios (en los que utilizaron el instrumento HSOPSC), cuyo análisis arrojó como las dimensiones más fuertes: trabajo en equipo dentro de las unidades y aprendizaje organizacional-mejora continua, y las más débiles: respuesta no punitiva al error, dotación de personal, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades y trabajo en equipo entre unidades (6), dando a conocer que en las instituciones de salud existen falencias y es necesario el trabajo continuo y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

Por lo tanto, una evaluación rigurosa de la cultura de seguridad permite identificar fortalezas y debilidades en las prácticas de seguridad del paciente; en este caso, en la institución donde se realizó la presente investigación, no se evidenciaban registros de evaluaciones previas de cultura de seguridad, por lo que fue pertinente el

desarrollo de la misma, la cual permitió diagnosticar y con ello proponer estrategias específicas para mejorar la seguridad del paciente institucionalmente, fortaleciendo la gestión y buenas prácticas. Adicional a ello, las estrategias propuestas pueden ser utilizadas como modelo para mejorar la seguridad del paciente en otras instituciones de primer nivel de complejidad a nivel regional, y amplían el conocimiento del tema en instituciones de este nivel, puesto que la mayoría de las investigaciones se han centrado en IPS de mayor complejidad, identificando mejor los factores que influyen en la seguridad del paciente en estas instituciones de baja complejidad. Así entonces, esta investigación fue importante para la institución, al apoyar al comité de seguridad del paciente, cooperar con el cumplimiento de sus objetivos y al perfeccionamiento de su programa, que le permite no solo cumplir con la normatividad exigida, sino también con estándares de calidad que se traducen en calidad de la atención y satisfacción del paciente, contribuyendo a su vez a extender esta práctica a las demás instituciones de primer nivel, sirviendo de ejemplo para fortalecer y fomentar la cultura de seguridad a nivel regional y nacional.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General:

Evaluar la Cultura de Seguridad del paciente en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E., durante el segundo semestre de 2023.

5.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio - demográficamente la población participante en el estudio.
- Medir la percepción de las características de la seguridad del paciente asociadas a cada servicio / unidad del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.
- Medir la percepción de las características de seguridad del paciente asociadas a todo el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Antecedentes

6.1.1. Internacionales

Dentro de los antecedentes internacionales, se destaca el artículo denominado “Assessment of patient safety culture in primary health care in Muscat, Oman: a questionnaire -based survey”, publicado en 2019, por Al Lawati, M. et al. (12), con el objetivo de explorar la comprensión de los profesionales de atención primaria de salud con respecto a la cultura de seguridad del paciente en los centros de atención médica en Omán; el estudio se llevó a cabo mediante la aplicación de una encuesta transversal: la encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad del paciente (HSOPSC) desarrollada por el Agency of Healthcare Research (AHRQ), para evaluar la cultura de seguridad del paciente en la atención primaria de salud en Mascate (capital de Omán), entre enero y junio de 2016, en 22 centros de atención primaria a 198 profesionales seleccionados por muestreo aleatorio sistemático, con una tasa de respuesta del 94%. En general, el 74% del personal que participó en la encuesta

calificó la seguridad del paciente como excelente o muy buena. Las dimensiones catalogadas como fortaleza fueron trabajo en equipo en la unidad/servicio, aprendizaje organizacional y mejora continua, y trabajo en equipo entre unidades, y las catalogadas como debilidades: franqueza en la comunicación, respuesta no punitiva a los errores, frecuencia de eventos notificados, dotación de personal y problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (12).

Así mismo el artículo titulado “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español” (13), estudio descriptivo, realizado por Roqueta F, et al. entre 2009 y 2010, con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias mediante el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptado al castellano, el cual fue aplicado en 30 servicios de urgencias, obteniendo un total de 1.388 respuestas, y una nota media sobre nivel de seguridad de 6,1 puntos. Dentro de este estudio las dimensiones mejor puntuadas fueron las de trabajo en equipo en la unidad y expectativas/acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio en seguridad del paciente con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron dotación de recursos humanos y apoyo de la gerencia/dirección del hospital con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente (13).

6.1.2. Nacionales

Aunque “no hay un volumen representativo de resultados de investigación publicados a escala nacional que documenten las condiciones y las causas que facilitan o ponen en riesgo un ambiente de seguridad (Gómez O. G., 2011)” (14), en instituciones de salud de baja complejidad, lo cual “evidencia la necesidad de llevar a cabo investigación en instituciones de salud en Colombia”(14), se destacan las siguientes publicaciones:

La investigación titulada “Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia”, estudio descriptivo, transversal, desarrollado por Gomez O, et al. (15) en 2009, con el objetivo de caracterizar la cultura de seguridad del paciente entre el personal de enfermería, de hospitales de tercer nivel de atención de Bogotá- Colombia, utilizando como instrumento el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, el cual fue aplicado a una muestra de 201 profesionales que se desempeñaban en el área asistencial, obteniendo como resultados positivos las dimensiones correspondientes a interés por parte de la gerencia con respecto a seguridad del paciente, coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades; como aspecto por mejorar se resalta la percepción de personal insuficiente para garantizar una óptima prestación de servicios y alto flujo de personal, así como respuesta no punitiva a los errores, pues el reporte de eventos sólo se realizó cuando se afectó de alguna forma al paciente, y en general entre los encuestados el reporte de incidentes y eventos adversos fue bajo, solo una tercera parte afirmó en el último año reportar menos de diez incidentes (15).

De igual manera, el artículo titulado “Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander” (16), estudio observacional, de corte transversal, desarrollado por Fonseca D, et al. con el objetivo de caracterizar el clima de seguridad en los servicios quirúrgicos de cuatro instituciones de salud de Santander, mediante la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety, a una muestra de 164 trabajadores incluyendo tanto asistenciales como administrativos con una antigüedad mayor a 3 meses, obteniendo como resultados percepción positiva en las dimensiones: prácticas seguras (84%), dotación de personal (83,2%) y aprendizaje organizacional (78,4%), y negativa en respuesta no punitiva al error (40,2%), carga de trabajo (51,7%), comunicación (54,3%) y transiciones y transferencias entre servicios (58,1%). (16)

Con respecto a trabajos investigativos de grado, específicamente relacionado con cultura de seguridad del paciente en instituciones de primer nivel de complejidad, se destacan como antecedentes nacionales los siguientes:

En el trabajo de grado titulado “Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta”(14), de carácter descriptivo y corte transversal, desarrollado en 2016 por López V. et al. (14), con el objetivo de “describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel de Villeta, Cundinamarca, Colombia, del 18 al 29 de enero de 2016, aplicando la encuesta HSOPSC de la AHRQ traducida al español” (14), a 81 trabajadores, muestra calculada por muestreo aleatorio simple, con una tasa de respuesta de 96.2%, las dimensiones con mejor puntuación fueron aprendizaje organizacional-mejoras continuas y apoyo que dan los administradores a la seguridad del paciente. Las

dimensiones en las que se debe trabajar plan de mejora fueron: transferencias y transiciones, el personal, y respuesta no punitiva a errores' (14).

Se destaca también el trabajo de grado titulado “Medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia”, desarrollada en 2018 por Burbano A. et al. (17), mediante un estudio de carácter descriptivo y corte transversal, aplicando el cuestionario denominado “Hospital survey on patient safety culture”. a una muestra de 174 colaboradores asistenciales y administrativos, obteniendo como resultados una percepción mayormente positiva frente a las dimensiones de trabajo en equipo, colaboración, respeto, capacitación en protocolos o procedimientos y prácticas de seguridad del paciente, y negativa en cuanto al apoyo de la gerencia frente a la seguridad del paciente (17).

6.1.3. Regionales

A nivel del Departamento de Nariño, se destaca un artículo publicado en la ciudad de Ibagué y dos trabajos de grado relevantes a nivel de Nariño:

El artículo titulado “ Medición y análisis de la cultura de seguridad del paciente en una institución de 3 nivel de la ciudad de Ibagué”, estudio descriptivo de corte transversal, desarrollado en 2018 por González L, et al. (18), con el objetivo de describir la cultura de seguridad del paciente en dicha institución e identificar cuáles son las áreas con mayor y menor grado de adherencia a la cultura de seguridad del paciente, mediante la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, diseñado por la AHRQ, versión en español, a una muestra de 219 personas de las diferentes áreas administrativas y asistenciales, con más de 1 año de experiencia

en la institución, encontrando que las dimensiones con la puntuación más alta y que se consideran como fortalezas fueron: aprendizaje organizacional - mejora continua (84.2%), apoyo de gestión para la seguridad del paciente (82.8%), comentarios y comunicación sobre el error (72.8 %) y trabajo en equipo en la unidad (72.6%). Las ocho dimensiones restantes fueron consideradas como opciones de mejora al tener un puntaje inferior a 70%: trabajo en equipo entre las diferentes unidades (68.7%), frecuencia de eventos reportados (66.1%), expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven la seguridad del paciente (65.2%), percepciones generales de la seguridad del paciente (61.6%), traslados y entregas de turno (61.2 %), apertura de la comunicación (50.1%), cantidad de personal (45.1%), respuesta no punitiva al error (37.1 %), concluyendo que, a nivel institucional es necesario invertir en las áreas que afectan a la cultura seguridad del paciente, particularmente en presentación de informes de eventos y respuesta no punitiva al error (18).

A nivel del departamento de Nariño, se destacan dos trabajos de grado realizados en centros de salud de primer nivel de complejidad:

En el trabajo de grado titulado “Nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de Coemssanar IPS sede Tuquerres durante el primer trimestre del año 2016, Pabón S. et al. (19), a través de un estudio de carácter descriptivo y corte transversal, mediante la aplicación de la versión española del cuestionario Hospital Survey On Patient Safety, a la totalidad de los empleados de la institución, encontraron que la sección mejor calificada por el personal fue la correspondiente al grado de seguridad de paciente con un 86,7%, seguida de la frecuencia de eventos adversos / errores reportados con un 68,9%, y la comunicación con un 58,9%; la sección con

menor calificación fue la correspondiente al área de trabajo con un porcentaje del 44,4% (19).

Así mismo, en el trabajo de grado titulado “Percepción en cultura de seguridad del paciente en el Centro Hospital la Florida E.S.E. Departamento de Nariño”, de carácter descriptivo, y corte transversal, desarrollada en 2021 por Betancout L. et al (20), con el objetivo de identificar la percepción de cultura de seguridad del paciente en el personal que labora en dicha institución, mediante la aplicación de la versión española del Hospital Survey On Patient Safety Culture, adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia a 53 trabajadores (muestreo por conveniencia), encontraron que la percepción general de seguridad del paciente a nivel general obtuvo un promedio de 2.95 con un porcentaje del 59%, y que entre las dimensiones analizadas que requieren oportunidad de mejora y que obtuvieron un porcentaje menor de 75%, se encuentran: expectativas y acciones de la dirección, aprendizaje organizacional – mejora continua, trabajo en equipo en la unidad o servicio, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación, respuesta no punitiva a los errores, dotación del personal, apoyo a la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, trabajo en equipo, problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios-unidades (20).

Los antecedentes nombrados, aunque presentan diferencias en sus resultados, destacan como factor común una calificación predominantemente positiva para las dimensiones de trabajo en equipo, aprendizaje organizacional y mejoras continuas, en contraste con una calificación predominantemente negativa para la dotación de personal, y respuesta no punitiva a errores; con respecto a esta última dimensión, a

nivel regional se destaca una publicación de 2013, titulada: “Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia” (21), desarrollada por Burbano H, et al., con el objetivo de describir las causas del no reporte de eventos adversos en una institución de tercer/cuarto nivel de complejidad durante el segundo semestre de 2012, con una muestra aleatoria de 179 participantes que se desempeñaban en el área asistencial, mediante la aplicación de una encuesta para perfilar las causas del no reporte y posterior a ella una entrevista semiestructurada para explorar de manera más profunda los aspectos arrojados por la encuesta, destacando como resultado factores limitantes asociados al temor a represalias, castigos, y a perder credibilidad como profesional, y a la percepción de que las instituciones toman el reporte de eventos adversos como actividad mas no como cultura, factores que influyen en la baja tasa del reporte de los mismos (21).

6.2. Marco Conceptual

La prevención de errores durante la atención en salud, los cuales ocurren con frecuencia en diversas instituciones, se ha convertido en un objetivo primordial para las autoridades sanitarias a nivel mundial en los últimos años. La seguridad del paciente, es decir, la intención consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la atención, se ha convertido en “un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Sólo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria” (22).

En 1999, "To Err is Human" fue uno de los trabajos más relevantes en la temática de seguridad del paciente. En el cual se realizó una revisión de 30.000 historias clínicas, encontrando que el 3,7% de los eventos adversos fueron evitables y el 13,6% resultaron en muerte (22). "Los autores hicieron una extrapolación a las 33.6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del estudio, concluyendo que se podían producir entre 44000 y 98000 muertes al año, por eventos adversos ligados a la atención en salud, asociado a un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año" (22).

Estudios más recientes han arrojado tasas más altas de eventos adversos, que corresponden al 10%, de los cuales un 69% se consideraron evitables, lo que resultó en un 0,89% de muertes. En el año 2011, esto se tradujo en 210.000 muertes evitables en Estados Unidos (22).

En un artículo más actual, publicado en 2016, se tuvieron en cuenta los estudios reportados desde el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de 1999, y al extrapolar al número total de hospitalizaciones en los Estados Unidos en el año 2013, se descubrió que la verdadera incidencia de muerte por error médico es subestimada. De hecho, la nueva estimación sugiere que el error médico es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de las causas cardiovasculares y el cáncer (22).

Además, se destacan diversos estudios realizados a nivel mundial, como el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) realizado en España en el año 2006. En este estudio se revisaron 5.624 historias clínicas de hospitales españoles, encontrando un 8,4% de eventos

adversos, de los cuales el 42,8% se consideraron evitables. Asimismo, se encontró un 4,4% de muertes, lo que se traduce en 7.388 muertes evitables al año en España (22). Y el estudio IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos en Hospitales), realizado en 2007 en Latinoamérica y publicado en 2011, mediante un trabajo conjunto de la OMS y OPS, el cual incluyó 11.379 pacientes de 58 hospitales de cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, resaltando que la tasa de eventos adversos fue de 10,5%, considerando evitable el 60% de estos, así como 6% de muertes (2).

Por lo tanto, los gobiernos y las organizaciones internacionales han puesto en marcha iniciativas para respaldar estrategias que contribuyan a mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo. Entre estas iniciativas, destaca la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en 2002, donde la OMS aprobó la resolución WHA55.18. Esta resolución invita a los Estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a “establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica” (22) para mejorar la seguridad del paciente y calidad en la atención.

En 2004, durante la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que actualmente se conoce como Programa para la Seguridad del Paciente (22). El objetivo principal del programa es "primero, no hacer daño" (22) y establece tres desafíos principales para mejorar la seguridad del paciente: “una atención limpia es una atención más segura (política de higiene de manos), la cirugía segura salva vidas (listado de verificación quirúrgica), lucha contra la resistencia a antimicrobianos” (22).

Los datos objetivos mencionados previamente son alarmantes a nivel mundial, lo que evidencia la necesidad de reconocer que el error es una condición inherente al ser humano. Por lo tanto, es indispensable trabajar en los fundamentos de la seguridad asistencial. En este sentido, se destaca la "teoría del error de Reason", la cual muestra que es necesario rediseñar los procesos institucionales haciéndolos resistentes a fallos y con ello detectarlos a tiempo, reduciendo así las situaciones de riesgo; asimismo, se debe fomentar una cultura de seguridad no punitiva, en la que tanto los individuos como las organizaciones trabajen juntos para aprender de los errores y comprometerse a prevenir, vigilar y reducir los mismos y su daño consecuente (22). Es importante tener en cuenta que "la condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es buscar al culpable y castigarlo" (22), lo que dificulta la mejora del sistema de atención en salud.

A partir de dicha necesidad, surge entonces el concepto crucial de la "Cultura de Seguridad del Paciente", que se define como "el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente"(22), e incluye "factores humanos, técnicos, organizativos y culturales"(22); y se han desarrollado diversas herramientas de evaluación a nivel de salud, entre las que destacan la Encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), el Clima de Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria (PSCHO) y el Instrumento Modificado

de Stanford (MSI), que son muy útiles para diagnosticar la cultura de seguridad dentro de las instituciones (22).

La Cultura de Seguridad del Paciente “tiene sus cimientos en 2 teorías:

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 (microculturas) 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” (22).

Es esencial entonces, fomentar prácticas seguras dentro de las organizaciones de salud, mediante la estandarización y actualización de las guías de manejo, unificación de criterios y actuación de los profesionales, evitando la falta de cultura de seguridad y sus consecuencias.

De acuerdo con la National Patient Safety Agency for England and Wales (NPSA), la cultura de seguridad en las organizaciones de salud debe ser abierta, asumiendo el fallo del sistema como origen de los accidentes; justa, sin imponer medidas punitivas; y de aprendizaje, interpretando los incidentes como oportunidades de mejora (22).

A nivel de Colombia se ha venido trabajando ampliamente en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente comenzando a partir del año 2002 con el Sistema de Calidad de Garantía de Calidad Obligatorio, y en el año 2004, con la formulación de una política de prestación de servicios en salud que contiene 3 ejes fundamentales: Acceso, Calidad, Eficiencia (23), donde la calidad y con ello una prestación de servicios de salud más seguros para los pacientes toma un protagonismo especial. El tema de Seguridad del Paciente en Colombia inicia su auge en el año 2004, cuando el “Ministerio de la Protección Social de Colombia tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le llamó en ese momento; se hicieron reuniones de consenso en diferentes partes del país y se promovieron los procesos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones” (23), posteriormente en 2006, “la evaluación del proceso mostró avances tangibles que llevaron a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia; lo cual se hizo mediante la expedición de la Resolución 1446 de 2006” (23), “por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” (24). Para 2007, se publica el libro: “Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” (23), en el cual se dan a conocer temas conceptuales de seguridad del paciente, se recoge información sobre los avances más notables y ofrece herramientas prácticas para fortalecer la seguridad del paciente en el quehacer diario del profesional de la salud, resaltando dentro del mismo como estrategia para reducir la ocurrencia de eventos adversos la importancia de la cultura de seguridad la cual se debe transmitir

desde la dirección de las instituciones, fomentando actividades como rondas de seguridad, capacitación y promoción del reporte institucional voluntario y cultura justa (23). En 2008 el Ministerio de Salud Colombiano publica los “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente” (25), con el objetivo de “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”(25), estableciendo posteriormente la “Guía técnica buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud” (26) y el desarrollo de paquetes instruccionales, los cuales son actualizados periódicamente con el fin de apoyar y dar directrices a las instituciones de salud. Así entonces, la política expedida por el ministerio de Salud Colombiano, involucra a la implementación y seguimiento de la seguridad del paciente como un componente importante e indispensable en la gestión de servicios de salud, propendiendo por procesos de atención seguros, e impactar en la mejora de la calidad de la atención, siendo esta transversal al sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud (SOGCS) y sus componentes: “Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud” (7).

Para efecto de la presente investigación se tendrán en cuenta los siguientes conceptos:

“Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que

propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (25).

“Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud” (25).

“Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso” (25).

“Falla de la atención en salud: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales” (25).

“Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra” (25).

“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” (25):

“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” (25).

“Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial” (25).

“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” (25).

“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” (25).

“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” (25).

“Barrera de seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso” (25).

“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” (25).

“Acciones de reducción de riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal” (25).

“Cultura de seguridad: Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente” (26).

Para lograr una atención segura, es fundamental reconocer que establecer normas es solo el primer paso. Se requiere el compromiso y la cooperación de todos los actores involucrados para lograr avances efectivos en la seguridad del paciente. Los problemas relacionados con la seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud, por lo que se deben establecer principios transversales que guíen todas las acciones a implementar. En este contexto, la cultura de seguridad del paciente juega un papel fundamental como elemento central y principio transversal. Es indispensable que las acciones de seguridad del paciente se desarrollen en un entorno de confidencialidad y confianza mutua entre pacientes y profesionales de la salud, e involucrar a los pacientes y sus familias para que participen activamente en su propia

seguridad y sean conscientes de su papel en la construcción de un entorno de atención más seguro (25).

6.3. Marco Contextual:

Córdoba es un municipio situado en el departamento de Nariño. Fue fundado en el año 1537 y se encuentra a una distancia de 90 kilómetros de Pasto. Se ubica a una altitud de 2.881 metros sobre el nivel del mar y abarca una superficie de 282 kilómetros cuadrados. La temperatura promedio en esta zona es de aproximadamente 12 grados centígrados (27). Según el ASIS 2021 para el departamento de Nariño, la población de Córdoba es de 15.474 habitantes (28), población a la cual brinda atención en salud la IPS escogida para la realización de la presente investigación, la cual corresponde a una empresa social del estado de primer nivel de complejidad y se encuentra ubicada en la avenida San Bartolomé del municipio, “creada mediante Acuerdo N° 10 de septiembre 21 del 2003 es una entidad pública del nivel municipal con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, adscrita al instituto departamental de salud brinda cobertura en atención de salud de baja complejidad a los habitantes de la zona urbana y rural del municipio de Córdoba” (29), y que “ofrece los servicios de baja complejidad garantizando calidad, oportunidad y accesibilidad a la población de influencia satisfaciendo las necesidades de cada usuario o llegando a ellos para proteger la salud y evitar enfermedades, evitando así complicaciones, altos costos en tratamiento secuelas o muerte” (29). Su misión es “contribuir con la prestación de los servicios de salud de primer nivel de atención, enfocados en la promoción y mantenimiento de la salud, generando bienestar a la comunidad para el mejoramiento

de las condiciones de salud, bajo los principios de calidad, calidez y oportunidad a la población, contando con un talento humano idóneo y los recursos técnico – administrativos para garantizar una prestación efectiva de estos servicios” (29); y está en concordancia con su Visión “seremos una empresa modelo reconocida por la prestación de los servicios enfocados en la promoción y mantenimiento con humanismo y seguridad” (29); y sus valores institucionales entre los que se destacan la responsabilidad, respeto, solidaridad, equidad y sentido de pertenencia; ofrece servicios de consulta externa (medicina general, odontología, enfermería, psicología general, servicios para ruta de promoción y mantenimiento de la salud, servicios para ruta materno perinatal), urgencias, apoyo diagnóstico y terapéutico (laboratorio clínico, servicio farmacéutico), transporte asistencial básico y sistema de información y atención al usuario, así como desarrollo de programas y acciones que integran el plan decenal de salud pública, para los cuales cuenta con modalidades de atención intra y extramurales (29); para garantizar la calidad de sus servicios, cuenta con una política de calidad y un mapa de procesos que son liderados por la dirección y la gerencia; estos procesos están estrechamente relacionados con las áreas asistenciales, como la consulta externa, apoyo diagnóstico y terapéutico y la atención inmediata, así como con las áreas de apoyo, gestión financiera, de talento humano, ambiente físico e información y tecnología; además, la IPS se enfoca en un proceso transversal de humanización de los servicios y mejora continua, con el objetivo principal de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias, así como controlar los riesgos durante la atención en salud, todo con la finalidad de lograr su plena satisfacción (30).

6.4. Marco Normativo

Dentro del marco normativo que respalda la seguridad del paciente y cultura de seguridad se destacan a nivel Nacional:

Ley 100 de 1993, la cual establece el sistema de seguridad social en Colombia y garantiza el acceso a los servicios de salud. Si bien no se centra específicamente en la seguridad del paciente, sienta las bases para la protección y promoción de la salud en general; así, en su artículo 153 establece como reglas del servicio público de salud la equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de la instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación, y en su numeral 9 la calidad, manifestando que “el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional” (31).

“El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) fue reglamentado por primera vez mediante el Decreto 1918 de 1994, luego por el decreto 2174 del 1.996, que fue modificado mediante los Decretos 2309 del 2002 y el Decreto 1011 del 2006, actualmente vigente” (32); así entonces, mediante este decreto, se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, .que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel nacional (32).

Ley 1438 de 2011. Esta ley en su artículo 3 modifica el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, y enfatiza en la importancia de la calidad como principio del Sistema

General de Seguridad Social en salud. Según esta Ley, “los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada” (33).

Además, en su artículo 111, se establece la obligación de las instituciones de salud de implementar programas de gestión de riesgos (33).

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” (34). Esta resolución establece dentro de los estándares de habilitación la calidad en la atención, y establece que dentro de los procesos prioritarios la institución, debe contar “con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. planeación estratégica de la seguridad” (34), “b. fortalecimiento de la cultura institucional”, (34) “c. medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos”(34), “ d. Procesos Seguros” (34).

Resolución 5095 de 2018, “Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud, Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1” (35), la cual incluye dentro del grupo de estándares asistenciales, la importancia de brindar atención en condiciones seguras, con calidad y oportunidad, en consonancia con la condición de salud del paciente, y que establece como nuevo criterio la “articulación de la encuesta de clima de seguridad“ (35), esto implica que la política de seguridad del paciente debe reflejarse en la generación y medición de una cultura de seguridad, que incluye la evaluación del clima de seguridad. Además, se requiere la implementación de un programa de seguridad que defina las herramientas necesarias y la formación de

comités de seguridad del paciente (35), así mismo dentro de los estándares de direccionamiento, se destaca la importancia de las acciones de la alta dirección para promover la calidad de la atención, la seguridad del paciente, la gestión del riesgo y la humanización, y se enfatiza el respaldo y la supervisión de estos aspectos por parte de la alta gerencia. Esta atención transversal a la calidad está presente en todos los grupos de estándares, incluido el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad (35).

Ley 1751 de 2015: “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” (36). Esta ley regula el derecho fundamental a la salud en Colombia. Contiene disposiciones relacionadas con la calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente. Establece la obligación de las instituciones de salud de implementar sistemas de gestión de la calidad en sus servicios y la obligación de los profesionales de la salud de evitar “cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente” (36).

Resolución 0256 del 5 de febrero 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” (37). “La presente resolución tiene por objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema” (37).

Resolución 3100 del 05 de noviembre del 2019 establece los procedimientos y condiciones necesarias de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y la habilitación de servicios de salud. Uno de los aspectos destacados de esta resolución es el estándar de Procesos Prioritarios, el cual se centra en la seguridad del paciente. En relación a la seguridad del paciente, la resolución establece la necesidad de implementar un programa que garantice una atención segura y de calidad. Algunos de los puntos clave incluidos en el programa de seguridad del paciente son los siguientes: planeación estratégica de la seguridad, política institucional de seguridad del paciente y comité, fortalecimiento de la cultura institucional, medición, análisis, reporte y gestión de eventos adversos y adherencia a los procesos seguros (38).

7. METODOLOGÍA

7.1. Diseño y Enfoque del Estudio

El presente estudio empleó un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo, de corte transversal, pues se recolectaron y analizaron datos numéricos y estadísticos en un solo punto temporal, para describir características de una población con relación a un tema determinado (39).

7.2. Población y Muestra

La población del estudio corresponde a la totalidad de los colaboradores, tanto asistenciales como administrativos, que laboran en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E., del departamento de Nariño, cuyo valor corresponde a 68

personas. Considerando que se trabajó con la totalidad de la población no se hizo cálculo de muestra.

7.2.1. Criterios de inclusión.

- Personal que labore en Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.
- Personal que tenga voluntad de participar en el estudio.

7.2.2. Criterios de exclusión.

- Personal que se encuentre de vacaciones o en licencias.
- Personal que no acepte participar en el estudio de forma voluntaria.

7.3. Instrumento.

Este estudio utilizó como instrumento el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptado al castellano, mediante una colaboración entre “la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia” (40), el cual es útil para evaluar la cultura de seguridad en hospitales como un conjunto y en áreas específicas, siendo ampliamente utilizado para evaluar el impacto de medidas de seguridad del paciente y hacer seguimiento a cambios realizados. La encuesta es anónima y consta de ítems con opciones de respuesta tipo likert, agrupados en 12 dimensiones: frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad o Servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación sobre errores, respuesta no

punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades. (40,41). De acuerdo a la literatura, este cuestionario “presenta un proceso de desarrollo más exhaustivo, y ha sido ampliamente utilizado en diferentes países con adecuados reportes de consistencia interna (alfa de Cronbach mayores a 0,7)” (41).

Para la presente investigación como encabezado se agregaron preguntas de tipo sociodemográfico para ampliar la información requerida, y se adaptó utilizando las preguntas necesarias para el estudio (Ver anexo 2).

7.4. Procedimiento de Recolección de la Información.

Para la recolección de información, en primera instancia se solicitó a la entidad correspondiente el permiso para llevar a cabo el estudio, mediante una carta dirigida a la gerencia por parte de la directora de la especialización en Administración de la Salud de la Universidad Autónoma de Manizales. Una vez autorizada la investigación, se procedió a solicitar a talento humano la base de datos del personal que integra la entidad, realizando la búsqueda del mismo mediante una visita a la institución, se les explicó el propósito del estudio, de forma presencial, y se les preguntó si deseaban participar. Si su respuesta fue afirmativa, se les solicitó el diligenciamiento del consentimiento informado y posteriormente del cuestionario el cual se diseñó mediante la aplicación: Formularios de Google.

7.5. Plan de Análisis:

Una vez recolectada la información, se organizó en una base de datos en Excel, siguiendo las preguntas formuladas en el instrumento. En las columnas se ubicó la identificación de cada participante, y las preguntas y respuestas correspondientes se ubicaron en las filas. Luego de organizar la base de datos, se seleccionó la información por dimensiones y se realizó el análisis estadístico correspondiente, siguiendo el método propuesto en el instrumento para el análisis porcentual de cada dimensión y distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central (moda y mediana) en las preguntas que así o permitieron.

7.6. Operacionalización de Variables:

Objetivo Específico	Dimensión	Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Nivel de medición	Método de Recolección	Valor (equivalencia)
Caracterizar socio-demográficamente la población participante en el estudio.	Características Sociodemográficas	Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa	Razón	Encuesta	Rango de Edades 1. 18 a 27 años 2. 28 a 37 años 3. 38 a 47 años 4. 48 a 57 años 5. > de 57 años
		Sexo	Características biológicas diferenciadas de un individuo que lo asigna como hombre o mujer.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	1. Hombre 2. Mujer
		Profesión u oficio	Actividad laboral que permite a una persona utilizar sus habilidades, conocimientos y experiencia para desempeñar un papel en un área específica.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	1. Médico 2. Médico S.S.O. 3. Odontólogo 4. Enfermero profesional 5. Psicólogo 6. Bacteriólogo 7. Auxiliar de Enfermería 8. Auxiliar de Laboratorio 9. Auxiliar de Odontología 10. Conductor 11. Regente de Farmacia 12. Servicios Generales 13. Administrativo

							14. Higienista Oral 15. Portero
		Área o servicio	Unidad específica de trabajo en una organización.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	1. Urgencias 2. Consulta Externa 3. Apoyo Diagnóstico y Terapéutico 4. Transporte Asistencial Básico 5. Sistema de Información y Atención al Usuario 6. Desarrollo de Programas y Acciones que integran el Plan Decenal de Salud Pública
		Tiempo desempeñando la profesión u oficio	Tiempo transcurrido en años que una persona ha laborado en un campo específico.	Cuantitativa	Razón	Encuesta	Rangos 1. menos de 1 año 2. 1 año a 5 años 3. 6 a 10 años 4. 11 a 15 años 5. 16 a 20 años 6. > 20 años
		Tiempo de trabajo en la institución	Cantidad de tiempo en años que los empleados se han desempeñado dentro de la organización.	Cuantitativa	Razón	Encuesta	Rangos 1. menos de 1 año 2. 1 año a 5 años 3. 6 a 10 años 4. 11 a 15 años 5. 16 a 20 años 6. > 20 años
		Tiempo de trabajo en el	Cantidad de tiempo en años	Cuantitativa	Razón	Encuesta	Rangos 1. menos de 1 año

		área o servicio	que los empleados se han desempeñado dentro de un área específica de la organización.				2. 1 año a 5 años 3. 6 a 10 años 4. 11 a 15 años 5. 16 a 20 años 6. > 20 años
		Horas a la semana laboradas	Cantidad de horas a la semana que los empleados dedican a realizar sus tareas y laborales dentro de un horario establecido por la organización.	Cualitativa	Razón	Encuesta	1. menos de 20 horas 2. de 20 a 39 horas 3. De 40 a 59 horas 4. De 60 a 79 horas 5. De 80 horas o mas
Medir la percepción de las características de la seguridad del paciente asociadas a cada servicio	A. Resultados de la cultura de seguridad.	1. Frecuencia de eventos notificados.	Número de eventos adversos identificados, documentados y reportados en un determinado periodo de tiempo.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ítems 40-41-42 1. Negativo (Muy en desacuerdo, en desacuerdo, nunca, raramente) 2. Neutral (Ni de acuerdo ni en desacuerdo, a veces)

/ unidad del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.							3. Positivo (de acuerdo, muy de acuerdo, casi siempre, siempre)
							<p>Fortaleza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. <p>Oportunidad de Mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
		2. Percepción de seguridad	Evaluación subjetiva de los profesionales de la salud y personal de apoyo, sobre la	Cualitativa	Nominal	Encuesta	<p>Ítems 10-15-17-18</p> <p>1. Negativo 2. Neutral</p>

			seguridad de la atención que brindan en la institución donde laboran.				<p>3. Positivo</p> <p>Fortaleza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. <p>Oportunidad de Mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
--	--	--	---	--	--	--	--

B. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio	3. Expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad.	Prácticas implementadas por los profesionales de la salud y de apoyo en la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar la seguridad del paciente.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ítems 19-20-21-22 1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo Fortaleza: • $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. Oportunidad de Mejora: • $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
--	--	--	-------------	---------	----------	---

	4. Aprendizaje organizacional/mejora Continua.	Capacidad de una organización para aprender de sus experiencias y a partir de ellas generar acciones para mejorar su desempeño.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ítems 6-9-13 1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo Fortaleza: • $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. Oportunidad de Mejora: • $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
	5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.	Colaboración y coordinación interdisciplinaria en unidad/servicio para lograr	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ítems 1-3-4-11 1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo

		objetivos comunes.				<p>Fortaleza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • ≥ 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. <p>Oportunidad de Mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • ≥ 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
	6. Franqueza en la comunicación	Habilidad de escuchar, expresarse con claridad y honestidad, evitando ocultar información.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	<p>Ítems 35-37-39</p> <p>1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo</p> <p>Fortaleza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo.

						<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. <p>Oportunidad de Mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • ≥ 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
	7. Feedback y comunicación sobre errores	Proceso de compartir información y retroalimentación sobre los eventos adversos.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	<p>Ítems 34-36-38</p> <p>1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo</p> <p>Fortaleza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • ≥ 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. <p>Oportunidad de Mejora:</p>

						<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo. 	
		8. Respuesta no punitiva a los errores	Cultura de seguridad en la que los eventos adversos se ven como una oportunidad de aprendizaje para mejorar la calidad de la prestación de servicios en salud, en lugar de buscar culpables.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	<p>Ítems 8-12-16</p> <p>1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo</p> <p>Fortaleza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. <p>Oportunidad de Mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

		9. Dotación de personal	Cantidad de trabajadores necesarios y disponibles para realizar las funciones correspondientes en un servicio u organización.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	<p>Ítems 2-5-7-14</p> <p>1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo</p> <p>Fortaleza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. <p>Oportunidad de Mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
--	--	-------------------------	---	-------------	---------	----------	---

		10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Compromiso de los líderes de la organización para toma medidas para la prevención de eventos adversos y la mejora de la calidad de la atención en salud.	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ítems 23-30-31 1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo Fortaleza: • ≥ 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • ≥ 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. Oportunidad de Mejora: • ≥ 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • ≥ 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
Medir la percepción de	Información Complementaria	Grado de seguridad del paciente	Nivel de protección que se brinda a un paciente durante la atención en salud.	Cuantitativa	Razón	Encuesta	1 a 10
	C. Dimensiones de la cultura de	11. Trabajo en equipo	Colaboración efectiva entre	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ítems 24-26-28-32

las características de seguridad del paciente asociadas a todo el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.	seguridad a nivel de todo el hospital.	entre unidades	diferentes servicios de una organización para brindar atención segura a los pacientes.				1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo Fortaleza: • ≥ 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • ≥ 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. Oportunidad de Mejora: • ≥ 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • ≥ 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
		12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Riesgos asociados con la transferencia de información durante el cambio de turno o transferencia a otra unidad o	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ítems 25-27-29-33 1. Negativo 2. Neutral 3. Positivo Fortaleza:

			servicio dentro de la institución.				<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. <p>Oportunidad de Mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. • $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.
	Información complementaria	Incidentes notificados en los últimos 12 meses	Eventos adversos o incidentes que se han registrado en la institución durante los últimos 12 meses y que han sido reportados y documentados en los registros institucionales correspondientes.	Cuantitativa	Razón	Encuesta	Rangos 1. Ninguno 2. De 1 a 2 3. De 3 a 5 4. De 6 a 10 5. De 11 a 20 6. 21 o mas

8. Aspectos Éticos:

De acuerdo a la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Protección Social: “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” (42), según el artículo 11, el presente estudio fue clasificado como una investigación sin riesgo, ya que corresponde, como la norma lo indica, a un estudio retrospectivo, en el que se emplea método de investigación documental, no se realiza ninguna “intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio” (42), aplicando únicamente un cuestionario como instrumento para evaluar la cultura de seguridad del paciente.

Se realizó una solicitud formal por escrito, por parte de la Universidad Católica de Manizales, al Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.; posterior a su respuesta positiva se realizó la recolección de datos correspondiente.

Es importante destacar que la participación en esta investigación no implicó ningún riesgo físico, psicológico o legal para los trabajadores de la IPS. Se garantizó la confidencialidad de la información recopilada, asegurando que los resultados se informen sin incluir la identificación de los participantes de la investigación. Estos resultados fueron conocidos por el personal asistencial, administrativo y los directivos de la IPS.

Este estudio contempló la aplicación de un consentimiento informado, de acuerdo a lo establecido por la Resolución 8430 de 1993, la cual lo define como el “acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna” (42).

9. Cronograma:

Actividad	Mes 2023-2024					
	08- 2023	09- 2023	10-2023	11-2023	12-2023	01-2024
Envío de solicitud por parte de UCM a IPS en donde se realizará la investigación y espera de respuesta.						
Primer acercamiento con la gerencia de la institución para dar a conocer la metodología de la investigación y dinámica a desarrollar						

Aplicación de la encuesta a los trabajadores del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.						
Elaboración de una base de datos.						
Análisis estadístico y tabulación de la información.						
Elaboración de propuesta de mejora						
Socialización de resultados ante la IPS.						

Elaboración del Artículo						
--------------------------	--	--	--	--	--	--

10. Resultados y Análisis:

Caracterizar socio - demográficamente la población participante en el estudio.

Tabla 1. Distribución porcentual edad vs sexo en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

RANGO DE EDAD	SEXO MASCULINO		SEXO FEMENINO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
18-27 años	3	4%	17	25%
28-37 años	8	12%	18	26%
38-47 años	2	3%	11	16%
48-57 años	2	3%	5	7%
>57 años	0	0%	2	3%
TOTAL	15	22%	53	78%

Fuente: Encuesta.

La Tabla 1 resalta que la gran mayoría (67%) de los empleados en la institución objeto de estudio tienen edades comprendidas entre los 18 y 47 años, siendo predominantemente mujeres. Estos datos revelan hallazgos significativos que ofrecen una visión más clara de la dinámica interna de la organización y de su personal. Así

mismo, proporcionan información valiosa para la formulación de estrategias futuras en relación con la identificación de la percepción de la cultura de seguridad del paciente dentro de la institución.

Es relevante señalar que estos resultados guardan estrecha relación con las estadísticas nacionales proporcionadas por el gobierno en 2022. Según la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, el 80% del Talento Humano en Salud en Colombia corresponde a mujeres, con una proporción de cuatro mujeres por cada hombre (43). Se destaca que, especialmente en el ámbito de la salud, las mujeres tienen una participación significativa en todos los grupos de edad menores a 50 años, alcanzando un 58% en el caso de profesionales menores de 40 años (43). Estas cifras reflejan la tendencia de la población joven, menor a 50 años, a desempeñarse en roles de atención en salud, lo cual concuerda con la información demográfica general proporcionada por el DANE, que señala que las personas de 22 a 55 años constituyen aproximadamente el 51.7% de la población en edad de trabajar (44). Además, la preponderancia de mujeres en estas edades puede estar directamente relacionada con las responsabilidades asociadas a las labores de cuidado de pacientes.

Lo anterior indica el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E. brinda oportunidades laborales a personas jóvenes y también reconoce la importancia de la experiencia y experticia de los trabajadores de mayor edad, lo cual contribuye a la diversidad y solidez del equipo.

Tabla 2. Distribución porcentual del tiempo de trabajo en el área o unidad en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.

Área/Unidad	Menos de 1 año		De 1 a 5 años		De 6 a 10 años		De 11 a 15 años		De 16 a 20 años		21 años o más	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Administrativo	12	18%	15	22%	0	.	1	1%	0	.	0	.
Asistencial	16	24%	15	22%	1	1%	2	3%	3	4%	3	4%
Total	28	41%	30	44%	1	1%	3	4%	3	4%	3	4%

Fuente: Encuesta.

La Tabla 2 presenta un análisis bivariado que examina la relación entre el tiempo de desempeño en el servicio y/o unidad y el área en que se desempeña, del personal en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E. Es de suma importancia destacar que la mayoría de los empleados ha acumulado experiencia laboral en sus respectivas áreas durante un periodo de 1 a 5 años, seguido por aquellos con menos de 1 año de servicio en la institución. Este patrón revela una tendencia preocupante en cuanto a la estabilidad laboral y el tiempo de permanencia en la institución. La preferencia por contratos de corta duración u oferta de mejores oportunidades laborales, podrían tener repercusiones directas en diversos aspectos fundamentales para la seguridad del paciente al presentarse alta rotación de personal.

Tabla 3. Distribución porcentual de horas semanales que trabaja el personal en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

Horas semanales que trabaja el personal en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20 horas a la semana	0	0%
De 20 a 39 horas a la semana	13	19,1%
De 40 a 59 horas a la semana	47	69,1%
De 60 a 79 horas a la semana	8	11,8%
De 80 horas a la semana o más	0	0%
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta.

La Tabla 3 presenta un análisis de las horas laborales semanales del personal en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E. Se destaca que aproximadamente el 69% de los empleados cumplen con una jornada laboral de 40 a 59 horas semanales, mientras que el 19% tiene una carga horaria semanal de hasta 39 horas. Este análisis revela el cumplimiento con el marco legal establecido. Según el artículo 2 de la ley 269 de 1996, se establece una excepción a la jornada máxima para los trabajadores del sector público que desempeñan funciones asistenciales en entidades prestadoras de servicios de salud. De acuerdo con esta norma, la jornada máxima permitida para estos trabajadores es de 12 horas diarias y 66 horas semanales (45).

Tabla 4. Distribución porcentual, típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes, del personal en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?, del personal en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.	Frecuencia	Porcentaje
Sí, típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes	50	74%
No, típicamente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.	18	26%
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta.

La tabla 4 indica que el mayor porcentaje de los trabajadores del Centro de Salud, tienen interacción directa con los pacientes, relacionados con los cargos que desempeñan en la institución tales como: asistenciales, facturación, atención al usuario, entre otros, por lo cual es indispensable, contar con personal capacitado, entrenado, y con sentido de pertenencia en el ejercicio de sus funciones que garanticen la calidad y calidez en la prestación de los servicios en salud.

Medir la percepción de las características de la seguridad del paciente asociadas a cada servicio / unidad del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

A. Resultados de la cultura de seguridad.

Tabla 5. Distribución porcentual de la Frecuencia de Eventos Notificados, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.

Frecuencia de Eventos Notificados, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	7	19	42
Ítem 41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	8	17	43
Ítem 42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	11	23	34
TOTAL	26	59	119

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 119/204 = 0,583 \times 100 = \mathbf{58,3\%}$$

Esta dimensión presenta una oportunidad clara de mejora, dado que se encuentra por debajo del umbral del 75%. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas realizadas por distintos autores, como Al Lawati, M. et al. en 2019 (12) con un 40%, González L, et al. en 2018 (18) con un 66% y Betancourth L. et al (20) en 2021 con un 65,3%. Estos estudios, llevados a cabo en centros de atención primaria en salud en Omán, un hospital de tercer nivel de complejidad de Ibagué y un Centro Hospital de primer nivel de complejidad en la Florida Nariño respectivamente,

señalan oportunidades de mejora, evidenciando la importancia de abordar este aspecto.

En la presente investigación, se encuentran similitudes con lo expresado en el artículo de 2013 titulado "Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia", donde se evidencia que las razones detrás del bajo índice de reporte se relacionan con el temor a represalias, castigos y la preocupación de perder credibilidad profesional (21). Además, la percepción de que las instituciones consideran el reporte de eventos adversos como una actividad más que como parte de su cultura contribuye a la baja tasa del reporte.

La falta de una cultura de reporte en la institución evaluada en la presente investigación se puede atribuir a diversas razones, incluyendo el temor a represalias, el desconocimiento de la política de seguridad del paciente, una percepción de un enfoque punitivo, la falta de familiaridad con el instrumento de notificación a nivel institucional, dificultades en el proceso de notificación, limitaciones de tiempo para realizar reportes, la no existencia de una persona designada específicamente y de tiempo completo al análisis de eventos adversos y la seguridad del paciente, la falta de espacios destinados a la capacitación, entrenamiento, auditorías internas, supervisión y evaluación del personal en campo.

Tabla 6. Distribución porcentual de la Percepción de Seguridad, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.

Percepción de Seguridad, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 10. No se producen más fallos por casualidad.	25	16	27
Ítem 15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	27	12	29
Ítem 17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	33	14	21
Ítem 18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	6	9	53
TOTAL	91	51	130

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 130/272 = 0,477 \times 100 = \mathbf{47,7\%}$$

Esta dimensión presenta una clara oportunidad de mejora, ya que su puntaje es inferior al 75%. Este hallazgo se alinea con investigaciones previas, como el estudio realizado por Roqueta F, et al. en España entre 2009 y 2010 (13), que reportó un 35% de respuestas positivas y un 43% de respuestas negativas en la percepción de seguridad. Asimismo, investigaciones como la de González L, et al. en un hospital de tercer nivel en Ibagué durante 2018 (18) con un 61.6% positivo, la llevada a cabo por López V. et al. en 2016 (14) en una institución de primer nivel de Villeta, Cundinamarca, con un resultado del 58% positivo, y la realizada por Betancourth L. et al. (20) en un hospital de primer nivel de atención de La Florida Nariño en 2021, con un 59%,

sugieren que, incluso en la actualidad y en todos los niveles de complejidad, el personal de salud mantiene una percepción relativamente baja en cuanto a la seguridad del paciente dentro de las instituciones de salud.

La percepción general en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E. advierte que el desconocimiento de la política de seguridad del paciente, se traduce en la prestación de atención insegura a los usuarios. Además, el incremento de la carga laboral y la afluencia masiva de usuarios en la institución han generado una disminución de los tiempos dedicados a la prestación de servicios, afectando la calidad de los mismos, sin contar con planes de contingencia totalmente establecidos. El personal es consciente de la necesidad de recibir capacitación y sensibilización en lo que respecta a la seguridad del paciente, así como de la importancia de contar con las herramientas adecuadas para garantizar un entorno seguro.

B. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio

Tabla 7. Distribución porcentual de las Expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

Expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	7	17	44
Ítem 20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	6	7	55
Ítem 21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	49	13	6
Ítem 22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	53	9	6
TOTAL	115	46	111

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 111/272 = 0,408 \times 100 = \mathbf{40,8\%}$$

En esta dimensión, se observa una percepción positiva por parte del personal en cuanto a la respuesta de sus superiores ante las acciones destinadas a favorecer la seguridad del paciente. Sin embargo, se identifican áreas que presentan oportunidades de mejora.

Estos hallazgos reflejan similitudes con estudios previos, destacándose el trabajo realizado por Roqueta F, et al. entre 2009 y 2010 en servicios de urgencias en España (13), con un 56% de respuestas positivas. Asimismo, estudios como el llevado a cabo en 2018 por González L, et al. (18) en un hospital de tercer nivel en Ibagué, con un 65,2% de respuestas positivas, y el realizado en 2021 por Betancourth L. et al. (20) en una institución de primer nivel de complejidad en La Florida, con un resultado del 61,5%, muestran una oportunidad de mejora similar. Esto sugiere que, en la actualidad y en todos los niveles de complejidad en las instituciones de salud, aunque la percepción de las acciones de los superiores para contribuir a la seguridad del paciente no es baja, aún se requiere un liderazgo más comprometido y efectivo, así como una gestión ordenada para prevenir la repetición de eventos adversos.

Particularmente en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E., es necesario que los líderes, especialmente aquellos encargados de la seguridad del paciente, tengan un conocimiento profundo de la política y realicen referenciación con otras instituciones, además de realizar capacitaciones continuas. Se destaca la importancia de fomentar la participación de todos en la seguridad del paciente, estableciendo canales de comunicación óptimos que consideren sugerencias, inquietudes y factores predisponentes a la ocurrencia de eventos adversos. Esto, con el propósito de prevenir y disminuir dichos eventos e incidentes.

Tabla 8. Distribución porcentual del Aprendizaje organizacional/mejora continua, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

Aprendizaje organizacional/mejora continua, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	3	6	59
Ítem 9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	4	2	62
Ítem 13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	4	7	57
TOTAL	11	15	178

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 178/204 = 0,872 \times 100 = \mathbf{87,2\%}$$

El análisis de esta dimensión revela una notable fortaleza, con un puntaje que supera el 75%. Este resultado encuentra respaldo en estudios previos, como el llevado a cabo por Al Lawati, M. et al. en Omán en 2019, que arrojó un 84% de respuestas positivas (12). Otros estudios que refuerzan este hallazgo son el de Fonseca D, et al. (16) desarrollado en cuatro servicios quirúrgicos de Santander, con un 78.4%, el

realizado en 2018 por González L, et al. (18) en un hospital de tercer nivel en Ibagué, con un 84.2%, y el estudio en 2016 por López V. et al. (14) en Villeta, donde la fortaleza alcanzó un 81%. A diferencia de estos, el estudio de 2021 por Betancourth L. et al. (20) en una institución de primer nivel en La Florida mostró una oportunidad de mejora con un 73.3%; sin embargo, este porcentaje se sitúa muy cercano para ser clasificado como una fortaleza. Estos resultados sugieren que, comúnmente, el personal de salud, sin importar el nivel de complejidad de la institución, tiene una percepción positiva en esta dimensión. Reconocen este aspecto como fundamental para la seguridad del paciente, valorando los esfuerzos tanto institucionales como individuales para mejorar la seguridad y detectar fallos durante la atención.

En el caso específico del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, a pesar del desconocimiento inicial de la política de seguridad del paciente, se evidencia un compromiso activo por parte del personal en la implementación de acciones dirigidas a brindar una atención segura. Este compromiso se refleja en el cumplimiento de los protocolos institucionales y las guías de manejo, así como en la aplicación de los conocimientos adquiridos durante su formación. Es notable que las respuestas favorables indican que los errores han servido como impulsores de cambios positivos.

Tabla 9. Distribución porcentual del Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 1. El personal se apoya mutuamente.	9	14	45
Ítem 3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	13	8	47
Ítem 4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	5	3	60
Ítem 11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	20	7	41
TOTAL	47	32	193

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 193/272 = 0,709 \times 100 = \mathbf{70,9\%}$$

El análisis realizado en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E. revela un desempeño destacado en cuanto al trabajo en equipo en cada uno de los servicios, aunque no alcance el umbral del 75% para ser considerado una fortaleza institucional. Es crucial destacar el respaldo mutuo y la colaboración interdisciplinaria como elementos clave que contribuyen positivamente a la creación de un clima laboral saludable. Esta colaboración se traduce en una serie de elementos comunes, tales como la interacción fluida entre los equipos, la responsabilidad compartida y el

establecimiento de metas comunes. Estos factores son fundamentales para el desarrollo del proceso organizacional y para garantizar el cumplimiento de objetivos en común (46).

Resulta interesante observar que este hallazgo en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E. coincide con investigaciones previas realizadas en diferentes contextos. Por ejemplo, estudios llevados a cabo en España (Roqueta F, et al., 2009-2010) (13), Ibagué (González L, et al., 2018) (18), y La Florida (Betancourth L. et al., 2021) (20) reportaron porcentajes positivos de 68%, 72,6%, y 69% respectivamente en la dimensión de trabajo en equipo. Además, es relevante mencionar que el estudio de Al Lawati, M. et al. en 2019 identificó esta dimensión como una fortaleza con un 85% de respuestas a favor (12). Estos resultados sugieren una tendencia consistente en la valoración positiva del trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios en instituciones de salud, tanto a nivel nacional como internacional. La importancia de esta dimensión va más allá de la mera eficiencia operativa, ya que está estrechamente relacionada con la cultura de seguridad del paciente. La colaboración efectiva entre los profesionales de la salud no solo mejora la calidad de la atención, sino que también contribuye a la prevención de errores y a la identificación temprana de posibles riesgos para la seguridad del paciente.

Tabla 10. Distribución porcentual de la Franqueza en la comunicación, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.

Distribución porcentual de la Franqueza en la comunicación, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	12	26	30
Ítem 37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	22	28	18
Ítem 39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	18	34	16
TOTAL	52	88	64

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 64/204 = 0,313 \times 100 = \mathbf{31,3\%}$$

El análisis de esta dimensión revela una oportunidad de mejora con un porcentaje significativamente inferior al 75%, una situación que se asemeja a diversos estudios previos llevados a cabo en distintos lugares. En 2019, Al Lawati, M. et al. (12) realizaron un estudio en Omán que arrojó un 68% de respuestas positivas, mientras que en España, Roqueta F, et al. 2009 y 2010, (13) encontraron un resultado del 42%. En Ibagué, Colombia, González L, et al. (18) obtuvieron una puntuación del 50% en 2018, y en Santander, Fonseca D, et al. (16) registraron un 54.3% en 2021. También se

ha observado este fenómeno en la Florida Nariño, donde Betancourth L. et al. (20) obtuvieron un resultado del 20% en 2021, y en Villeta, donde López V. et al. (14) reportaron una puntuación de 48% en 2016. Estos resultados indican que los desafíos en la comunicación abierta son una problemática generalizada que afecta a diversos niveles de atención y se manifiesta en distintas ciudades, tanto a nivel nacional como internacional. Un elemento común en estos estudios es el temor a expresar libremente opiniones y sugerencias sobre prácticas incorrectas, reflejando la necesidad de abordar este obstáculo de manera integral y global.

En el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E., se observa una percepción desfavorable con respecto a la franqueza en la comunicación, indicando la existencia de barreras que obstaculizan la expresión abierta y segura de eventos o situaciones en la institución. En este contexto, vinculado a errores o eventos adversos, se evidencia una percepción de una conexión directa entre la situación del usuario y la estabilidad laboral y emocional del trabajador. A pesar de que la política de seguridad del paciente se presenta como no punitiva, persiste un temor generalizado entre el personal a posibles represalias, generando repercusiones tanto en la calidad del servicio al usuario como en el bienestar del trabajador. Abordar estas barreras se convierte en una necesidad imperante para facilitar una comunicación más abierta y efectiva en el centro de la salud. Este enfoque permitirá la identificación y resolución de problemas de manera colaborativa y constructiva, mejorando tanto la experiencia del usuario como el entorno laboral del personal involucrado.

Tabla 11. Distribución porcentual del Feed-back y comunicación sobre errores, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

Feed-back y comunicación sobre Errores, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	10	16	42
Ítem 36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	10	19	39
Ítem 38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	10	16	42
TOTAL	30	51	123

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 123/204 = 0,602 \times 100 = \mathbf{60,2\%}$$

El análisis de esta dimensión pone de manifiesto una oportunidad de mejora al revelar un porcentaje inferior al 75%. Estos resultados coinciden con estudios previos, como el llevado a cabo en 2019 por Al Lawati, M. et al. (12), que arrojó un resultado de 65%, y el realizado por Roqueta F, et al. en España entre 2009 y 2010, con un 34% de respuestas positivas. Otros estudios relevantes incluyen el de López V. et al. (14) en Villeta en 2016, con un 63%, y el de González L, et al. (18) en Ibagué en 2018, con un 72.8%. En 2021, Betancourth L. et al. (20) encontraron una oportunidad de mejora del 20% en La Florida. Estos datos indican la necesidad continua de trabajar en todos los

niveles de atención en lo que respecta a la retroalimentación sobre eventos ocurridos, el manejo dado a dichos eventos y la participación de implicados y personal en general en el desarrollo de planes de mejora.

En el caso específico del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba - Nariño E.S.E., se observa que la institución no cuenta con una persona con un rol exclusivo destinado al manejo de la seguridad del paciente. Esta situación impide establecer una comunicación, sensibilización y retroalimentación efectivas con todo el personal, especialmente con aquellos directamente involucrados en los eventos ocurridos. Asimismo, limita la participación en el análisis y desarrollo de planes de mejora derivados de dichos eventos, lo cual genera percepciones y opiniones divididas respecto a esta dimensión.

Tabla 12. Distribución porcentual de Respuesta no punitiva a los errores, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

Respuesta no punitiva a los errores, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	43	18	7
Ítem 12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	45	10	13
Ítem 16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	15	14	39
TOTAL	103	42	59

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 59/204 = 0,289 \times 100 = \mathbf{28,9\%}$$

Los resultados obtenidos en esta dimensión señalan una significativa oportunidad de mejora, dado que el porcentaje obtenido se encuentra notablemente por debajo del umbral del 75%. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas, como la realizada por Al Lawati, M. et al. (12) en Omán en 2019, donde se obtuvo un resultado del 27%, así como el estudio llevado a cabo por Roqueta F, et al. (13) en España entre 2009 y 2010, que arrojó un 36%. De manera similar, la investigación de Fonseca D, et al. (16) en Santander en 2021 reveló un 40.2%. Además, los resultados obtenidos por González L, et al. (18) en un tercer nivel de Ibagué en 2018 fueron del

68.7%, mientras que Betancourth L. et al. (20) en 2021 encontraron un 61.5% en una institución de primer nivel de atención en La Florida. Estos estudios evidencian una percepción predominantemente negativa del personal de salud en todos los niveles de complejidad respecto a la respuesta no punitiva a errores, reflejando un temor generalizado. La dimensión en cuestión busca evitar que los errores cometidos por el personal sean utilizados en su contra, que las personas involucradas en eventos adversos sean etiquetadas como "culpables" y que los errores se conviertan en elementos perjudiciales para sus hojas de vida. Este temor generalizado entre los colaboradores asistenciales persiste a pesar de la claridad de la política de seguridad del paciente en no ser punitiva. La falta de conocimiento sobre los conceptos básicos del programa de seguridad del paciente contribuye a que muchos profesionales teman ser señalados o juzgados al momento de realizar un reporte adecuado.

Desde la perspectiva del personal del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E, se reconoce que los líderes, especialmente las coordinaciones de servicios y la persona encargada de la política de seguridad del paciente, han manejado adecuadamente los eventos presentados, adoptando un enfoque no punitivo, como lo establece la normatividad. Sin embargo, a pesar de este enfoque, persiste la incertidumbre entre el personal, de que esto pueda afectar su rol profesional, hoja de vida e incluso generar repercusiones emocionales. Es crucial destacar que, en situaciones de eventos adversos, se identifican dos víctimas, la primera el paciente siendo este el de mayor afección y la segunda víctima el trabajador quien involuntariamente ocasiona el evento (47,48). En este contexto, es imperativo que la

institución promueva activamente una cultura que permita hablar libremente de las fallas sin temor a represalias, donde se sancione el ocultamiento pero no el error.

Tabla 13. Distribución porcentual de Dotación de personal, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.

Dotación de personal, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	26	9	33
Ítem 5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	29	13	26
Ítem 7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	37	10	21
Ítem 14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	38	11	19
TOTAL	130	43	99

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 99/227 = 0,363 \times 100 = \mathbf{36,3\%}$$

Los resultados de esta dimensión señalan de manera innegable una significativa oportunidad de mejora, al mostrar una respuesta positiva notablemente inferior al 75%.

Estos hallazgos coinciden con estudios previos, como el llevado a cabo en 2019 por Al Lawati, M. et al (12), que registró un 23%. Asimismo, el estudio de Roqueta F, et al. entre 2009 y 2010 (13) revela que esta dimensión figura entre las peor evaluadas, con un 28% de respuestas positivas y un preocupante 57% de respuestas negativas. Otros estudios, como el de López V, et al. en 2016 (14) en Villeta, Cundinamarca, con un 36%, el de González L, et al. en 2018 (18) en un tercer nivel de Ibagué con un 45,1%, y el de Betancourt L. et al. en 2021 (20) en un primer nivel La Florida con un 62,7%, refuerzan la necesidad de mejora. Estos resultados sugieren una percepción generalizada de jornadas agotadoras, donde la falta de personal para llevar a cabo las actividades de manera eficaz y con calidad conduce a una sobrecarga física y emocional de los trabajadores, así como a la insatisfacción de los usuarios.

Al analizar los resultados, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E., se evidencia una falta de distribución equitativa de los roles del personal. Se observa que algunos trabajadores asumen funciones adicionales según las necesidades de la institución, lo cual aumenta el riesgo de eventos adversos y tiene un impacto negativo en la calidad de la atención. Además, en situaciones de alta afluencia de pacientes, no se cuenta con un plan de contingencia estructurado de manera adecuada, lo que contribuye a la percepción negativa del personal al no brindar la mejor atención al paciente debido a la agotadora jornada laboral. Es indispensable abordar estas deficiencias mediante la implementación de estrategias para una distribución eficiente de tareas y la elaboración de planes de contingencia sólidos, con el fin de mejorar la calidad de la atención y la satisfacción tanto del personal como de los usuarios.

Tabla 14. Distribución porcentual del Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	26	9	33
Ítem 30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	29	13	26
Ítem 31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	37	10	21
TOTAL	92	32	80

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 80/204 = 0,392 \times 100 = \mathbf{39,2\%}$$

El respaldo de la gerencia hospitalaria en materia de seguridad del paciente evidencia una marcada oportunidad de mejora, cuyos resultados guardan similitud con los obtenidos por Roqueta F, et al. entre 2009 y 2010 (13), con un 24% de respuestas positivas, y el estudio realizado en 2021 por Betancourt L. et al (20) en un primer nivel La Florida, que señala una oportunidad de mejora con un 68,7%. En contraste, investigaciones a nivel internacional, como la de Al Lawati, M. et al (12), y a nivel

nacional en 2016 por López V. et al. (14), revelaron un 75% y 78% de respuestas positivas respectivamente identificándose en estos casos como una fortaleza institucional. Este contraste sugiere que la percepción sobre esta dimensión es considerablemente independiente en cada institución y depende de la organización interna y la planificación dentro de la misma, así como de la solidez en la implementación de la política de seguridad del paciente. Por consiguiente, se observa una variabilidad de resultados en comparación con investigaciones anteriores al desarrollarse estas en diferentes instituciones.

El personal del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E. se encuentra dividido en sus apreciaciones evidenciando una percepción de falta de apoyo por parte de la gerencia, identificando que no se le ha dado la importancia pertinente a la seguridad del paciente desde la capacitación e instrucción, siendo en la actualidad un requisito indispensable en la prestación de servicios de salud dando cumplimiento a los estándares de calidad exigidos por el Ministerio de Protección Social, lo cual pone de manifiesto la necesidad de abordar este aspecto asignando recursos adecuados, para que la institución se apropie plenamente de la seguridad del paciente.

Medir la percepción de las características de seguridad del paciente asociadas a toda la institución, del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

Información Complementaria

Tabla 15. Distribución porcentual del Grado de seguridad del paciente, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.

Grado de seguridad del paciente, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	Frecuencia	Porcentaje
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	2	2,94%
5	23	33,8%
6	14	20,5%
7	13	19,11%
8	6	8,82%
9	5	7,35%
10	5	7,35%
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta.

Con respecto al grado de seguridad del paciente, de un total de 68 respuestas, se obtuvo una calificación media de 6,48, con un rango que abarcó desde 1 hasta 10. La moda, con un 33,8% de respuestas, se ubicó en 5, mientras que la mediana fue de 6. Estos datos guardan similitud con el estudio de F. Roqueta Egea et al (13), donde la

calificación media fue de 6,1, la moda se registró en 6 con un 21,2% de respuestas y la mediana fue de 6.

En este caso específico, la moda refleja que las percepciones del personal son coherentes y coinciden con las calificaciones globales del instrumento en la presente investigación. No obstante, existen opiniones divergentes que sugieren la presencia de interrogantes y dudas por parte de los trabajadores, lo cual se manifiesta en su quehacer diario y en su percepción global. La variabilidad en las calificaciones señala la importancia de abordar las inquietudes y aclarar cualquier ambigüedad para fortalecer la percepción y el compromiso del personal en materia de seguridad del paciente.

C. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital.

Tabla 16. Distribución porcentual del Trabajo en equipo entre unidades, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.

Trabajo en equipo entre unidades, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	45	12	11
Ítem 26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	6	7	55
Ítem 28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	45	17	6
Ítem 32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	6	7	55
TOTAL	102	43	127

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 127/272 = 0,466 \times 100 = \mathbf{46,6\%}$$

Los resultados de la evaluación indican que el trabajo en equipo entre unidades representa una oportunidad de mejora para el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E., resultados que se asemejan a estudios previos, como el realizado en

2019 por F. Roqueta Egea et al (13) con un resultado positivo de 68%, el de López V, et al. en 2016 (14), con un 55%, el de González L, et al. en 2018 (18) con 68,7%, y el de Betancourt L. et al. en 2021 (20) con un 61,5%. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Al Lawati, M. et al., donde se registró una fortaleza del 82%, indicando una mejor coordinación entre unidades en los niveles más altos de complejidad, donde la política de seguridad del paciente está plenamente implementada y el personal la conoce a cabalidad.

A pesar de que el personal de la institución cuenta con capacitación y entrenamiento en diversos servicios del centro de salud, lo que les permite rotar por diferentes áreas tanto asistenciales como administrativas, se observa que, según la percepción de los trabajadores, estas situaciones generan incomodidad. Este sentimiento incómodo dificulta el trabajo en equipo, la cooperación y coordinación entre los servicios, a pesar de que se esperaría que la versatilidad y preparación del personal favorecieran un entorno propicio para una colaboración efectiva.

Tabla 17. Distribución porcentual de Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.	1. Negativo	2. Neutral	3. Positivo
Ítem 25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	42	13	13
Ítem 27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	44	14	10
Ítem 29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	48	13	7
Ítem 33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	36	19	13
TOTAL	170	59	43

Fuente: Encuesta.

$$\Sigma = 43/272 = 0,158 \times 100 = \mathbf{15,8\%}$$

Los resultados de la evaluación ponen de manifiesto la existencia de dificultades en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, lo que representa una clara oportunidad de mejora para el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E., evidenciado por un porcentaje notablemente inferior al 75%. Estos resultados

se asemejan a estudios previos que también señalaron oportunidades de mejora, como el realizado en 2019 por Al Lawati, M. et al. (12) con un 46%, el de 2016 por López V. et al. (14) con un 45%, y el de 2018 por González L, et al. (18) con un 61,2%. Estos hallazgos sugieren que, a pesar de que las dificultades en los cambios y transiciones, que son comunes en todos los niveles de complejidad, la percepción es más positiva en instituciones de mayor complejidad, donde posiblemente existe una implementación más antigua y sólida de la política de seguridad del paciente y un conocimiento más profundo sobre los procedimientos y protocolos durante la transferencia y entrega de información de los pacientes.

Aunque el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E., es una institución de menor tamaño que facilita una entrega de información adecuada entre las unidades, persiste un margen de error, especialmente en días críticos con intensificación de jornadas y mayor número de pacientes. Situación que puede verse más afectada al no poner en práctica los paquetes instruccionales y barreras de seguridad propuestas por el Ministerio de Protección Social a través de la política de seguridad del paciente.

Información Complementaria

Tabla 18. Distribución porcentual de Incidentes notificados en los últimos 12 meses, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.

Incidentes notificados en los últimos 12 meses, en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E.	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	42	62%
De 1 a 2 reportes	8	12%
De 3 a 5 reportes	9	13%
De 6 a 10 reportes	5	7%
De 11 a 20 reportes	3	4%
De 21 o mas	1	1%
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta.

Con base en los resultados obtenidos, donde el 62% de la población no ha presentado ningún reporte de incidentes en los últimos 12 meses, se evidencia la ausencia de una cultura de reporte en la institución. Este escenario puede deberse a la falta de capacitación adecuada, persiste la idea de que el acto de reportar es punitivo y a la limitada disponibilidad de tiempo, causada por las múltiples responsabilidades de cada rol durante los turnos. Además, el desconocimiento del instrumento utilizado complica aún más el proceso de reporte. Estas circunstancias coinciden con los resultados obtenidos en las dimensiones de frecuencia de eventos notificados y

respuesta no punitiva al error dentro de la presente investigación. Además, las razones detrás de la baja tasa de reporte se asemejan a las expuestas en el artículo "Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia", donde se destaca el temor a represalias, castigos y la preocupación por perder credibilidad profesional (21).

Estos resultados también encuentran similitud con estudios previos, como el realizado en 2018 por Burbano A. et al. (17), donde el 62,6% de la población no reportó incidentes durante el año anterior. En el estudio de López V. et al. (14) en Villeta en 2016, más de la mitad (53%) de los encuestados indicó que no había reportado incidentes en el último año, mientras que el 34% afirmó haber reportado entre uno y dos incidentes en el mismo período. Además, el estudio de Gómez O, et al. (15) en 2009 destacó la oportunidad de mejora, ya que solo una tercera parte de la población afirmó haber reportado menos de diez incidentes en el último año. Similarmente, el estudio de González L, et al. (18) en Ibagué en 2018 reveló que la cantidad de eventos informados no superó los 5 reportes en el último año. Estos hallazgos indican consistentemente una baja cultura de reporte en todos los niveles de complejidad.

11. CONCLUSIONES

11.1. La composición demográfica de la institución, está alineada con las tendencias nacionales en el sector de la salud, destacando la predominancia de mujeres en roles clave, identificándose liderazgo, mayor capacidad de adaptación a diversas actividades, mayor sentido de pertenencia y humanización en la prestación de

los servicios de salud, factores clave en la gestión de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito institucional.

11.2. Existe una tendencia preocupante de corta estabilidad laboral, lo cual tiene un impacto negativo en el conocimiento y la adherencia a las políticas establecidas, comprometiendo así la seguridad del paciente. Al analizar el caso específico del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E, se concluye que existe un elevado índice de rotación de personal, que se ve influenciado por diversos aspectos socio-culturales. Este escenario dificulta la consolidación de políticas efectivas de seguridad del paciente y obstaculiza la continuidad de los procesos adaptados en la institución.

11.3. En la institución evaluada en la presente investigación las dos dimensiones mejor calificadas fueron aprendizaje organizacional y mejora continua con un 87,2% de respuestas positivas seguida por la dimensión trabajo en equipo en la unidad/servicio con 70,9%, identificando la primera como la fortaleza institucional y reconociéndose este aspecto como fundamental para la seguridad del paciente; lo cual refleja un reconocimiento por parte del personal a los esfuerzos tanto institucionales como individuales para mejorar la seguridad y detectar fallos durante la atención, evidenciándose un compromiso activo por parte del personal, aplicando sus conocimientos adquiridos durante los procesos de formación profesional en la implementación de acciones dirigidas a brindar una atención segura y mirando los errores como impulsores de cambios positivos; entendiendo que para esta nueva era la seguridad del paciente se convierte en un pilar fundamental en las instituciones de salud y específicamente en la prestación de servicios fundamental para preservar, la integridad, el bienestar del paciente y su familia.

11.4 Se evidencia un desconocimiento sobre la última actualización existente emitida por el Ministerio de Protección Social. A pesar de contar con una política de seguridad del paciente en la institución, esta no ha sido completamente socializada, lo que impide su implementación, evaluación y seguimiento adecuados. Esta situación se correlaciona con la percepción negativa por parte de los trabajadores, y se identifican como oportunidades de mejora las once dimensiones restantes evaluadas durante la presente investigación. Entre las áreas críticas, las peor calificadas incluyen problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, con un 15,8%, y la respuesta no punitiva a los errores, con un 28,9%. Se destaca entonces, una notable deficiencia en la comunicación entre los trabajadores, así como un desconocimiento generalizado de la cultura de reporte de eventos, factores que generan sensaciones de malestar, temor, incertidumbre y zozobra, impactando negativamente en el estado emocional de los colaboradores y afectando su desempeño en las labores, lo cual repercute directamente en la seguridad del paciente.

11.5. Esta investigación ha permitido evaluar la cultura de seguridad del paciente en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, E.S.E., generando simultáneamente un pensamiento crítico entre los trabajadores. Al analizar los resultados, se ha evidenciado la ausencia de una cultura de reporte, con un impacto negativo en la seguridad del paciente, coincidiendo con la calificación predominante dada por el personal de la institución, que refleja un grado de seguridad del paciente de 5/10. La carencia de una cultura de reporte no solo impide la identificación de debilidades durante la prestación de servicios de salud, sino que también obstaculiza la oportunidad de llevar a cabo intervenciones correctivas. Este déficit tiene

consecuencias negativas en las diversas dimensiones que han sido calificadas críticamente, presentando así oportunidades de mejora. Además, afecta la percepción y la imagen de la institución ante la comunidad.

11.6. La aplicación del instrumento ha tenido el impacto de sensibilizar y captar la atención del personal que forma parte de la institución sobre la importancia crucial de la cultura de seguridad del paciente. Los resultados obtenidos revelan de manera clara y urgente la necesidad de llevar a cabo capacitaciones y actualizaciones y referenciaciones teniendo en cuenta los modelos y prácticas adoptadas en otras instituciones, tanto de primer nivel como de niveles de complejidad superiores. Estos hallazgos subrayan la importancia de mantenerse informados y alineados con las mejores prácticas en el ámbito de la seguridad del paciente, impulsando así una mejora continua en la atención de salud proporcionada por el Centro de Salud San Bartolomé de Cordoba, E.S.E.

12. RECOMENDACIONES

12.1. Se recomienda la implementación de un Plan Operativo Anual (POA) que priorice el desarrollo de estrategias orientadas a la seguridad del paciente. Este plan debe incluir la designación de un profesional altamente capacitado, entrenado, actualizado y específicamente responsable de liderar el desarrollo e implementación de la política de seguridad del paciente, cumpliendo con el perfil requerido según la normatividad vigente. Así mismo, se sugiere la creación de un comité que involucre la participación activa de la gerencia, subgerencia y líderes de procesos en las rondas de seguridad. Es fundamental establecer un cronograma de actividades que abarque

capacitación, entrenamiento, evaluación y seguimiento para todo el personal de la institución; este enfoque permitirá desarrollar un trabajo gradual, constante, disciplinado, veraz, transversal y en equipo, contribuyendo significativamente a fortalecer la cultura de seguridad del paciente en la institución.

12.2. Se sugiere que el profesional encargado del programa de seguridad del paciente haga una referenciación con una institución de segundo, tercero o cuarto nivel, preferiblemente acreditada, lo cual facilita el cumplimiento de estándares superiores de calidad y permitiría que la institución se posicione como un referente en la prestación segura de servicios de salud a nivel nacional. La interacción con una institución reconocida contribuirá a la adopción de mejores prácticas, la actualización constante y el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente a nivel institucional.

12.3. Se sugiere la creación de un instrumento de reporte de eventos adversos que sea fácil de usar, amigable y eficaz. Este instrumento debe ser diseñado de manera que facilite la identificación e interpretación de todos los eventos e incidentes que ocurran durante la prestación de servicios de salud. La simplicidad en su manejo promoverá la participación activa del personal, fomentando así una cultura de reporte efectiva y contribuyendo al mejoramiento continuo de la seguridad del paciente en la institución.

12.4. Se sugiere la creación de un boletín informativo que divulgue los eventos e incidentes más frecuentes, proporcionando información detallada sobre los planes de mejora y las intervenciones planificadas. Este boletín serviría como un medio efectivo para retroalimentar al personal, manteniéndolo informado acerca de las estrategias

implementadas para abordar los desafíos identificados. La transparencia y la comunicación proactiva a través de este boletín contribuirán a fortalecer la conciencia del equipo, fomentando un compromiso continuo con la mejora de la seguridad del paciente en la institución.

12.5. Se recomienda la formulación de un plan de crisis integral, que incluya un plan de contingencia y la constitución de un equipo especializado con conocimientos en seguridad del paciente y aspectos jurídicos. Este grupo deberá estar capacitado para abordar eventos adversos y sus consecuencias, tanto dentro como fuera de la institución, otorgando especial atención a aquellos de alta relevancia (eventos centinela) que pueden tener un impacto directo en la imagen de la institución. La implementación de este plan fortalecerá la capacidad de respuesta frente a situaciones críticas, salvaguardando la seguridad del paciente y preservando la reputación institucional.

12.6. Se recomienda reforzar el área de psicología con un profesional especializado que brinde apoyo emocional tanto a la víctima principal de los eventos ocurridos: paciente, como a la segunda víctima, que son los trabajadores involuntariamente involucrados en la situación. Dada la importancia del aspecto de salud mental y la vulnerabilidad emocional que puede surgir, es esencial abordar de manera proactiva la gestión de estos impactos, ya que pueden influir significativamente en la toma de decisiones, incluso llegando a tener consecuencias fatales.

12.7. Se sugiere fortalecer los planes de contingencia en cuanto a la organización del personal de salud cuando hay un incremento significativo de pacientes en los diferentes servicios. Este incremento impacta directamente en la seguridad del

paciente al aumentar la carga laboral, lo que puede generar situaciones de estrés. Esta sobrecarga laboral, a su vez, dificulta que los trabajadores cumplan efectivamente con sus funciones asignadas y se desarrollen conforme a los protocolos establecidos en la institución para proporcionar una atención segura. Reforzar estos planes de contingencia permitirá una gestión más efectiva de situaciones críticas, garantizando la seguridad del paciente y el cumplimiento de los estándares establecidos en la prestación de servicios de salud.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. WHO. 2019 [citado el 11 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resultados del Estudio IBEAS: percepción de los usuarios sobre la atención en salud. [Internet]. Bogotá D.C.; 2017. [citado el 11 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe nacional de calidad de la atención en salud 2015. [Internet]. Bogotá D.C.; 2016. [citado el 11 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Seguridad del paciente. Boletín OPS. [Internet]. 2007. [citado el 11 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21_last.htm
5. Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E. Informe Fallas Activas 2022. Documento institucional. [citado 22 de marzo de 2023].
6. Tartaglia C, Guerra S, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. Int J Qual

Health Care. [Internet]. 2018. [citado el 11 de marzo de 2023]. Nov 1;30(9):660-677.

Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/9/660/4998840?login=false>

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS). [Internet]. 2020. [citado el 11 de marzo de 2023].

Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad->

[SOGC.aspx#:~:text=El%20Sistema%20Obligatorio%20de%20Garant%C3%ADa,servicios%20de%20salud%20del%20pa%C3%ADs.](https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx#:~:text=El%20Sistema%20Obligatorio%20de%20Garant%C3%ADa,servicios%20de%20salud%20del%20pa%C3%ADs.)

8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de

Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Bogotá D.C. [Internet]. 2019. [citado el 11 de marzo de 2023]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

9. Circular Externa No. 12. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información para la calidad. [Internet]. 2017. [citado el 11 de marzo de 2023]. Disponible en:

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXT%20000012.pdf>

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 0903 de 2014. Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. [Internet].

2014. [citado el 11 de marzo de 2023]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0256 de 2016. [Internet]. 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. [citado el 11 de marzo de 2023]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf

12. Al Lawati MH, Short SD, Abdulhadi NN, Panchatcharam SM, Dennis S. Assessment of patient safety culture in primary health care in Muscat, Oman: a questionnaire-based survey. BMC Fam Pract. [Internet]. 2019. [citado el 11 de marzo de 2023]. Mar

18;20(1):50. Disponible en:

<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-0937-4>

13. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Emergencias. [Internet]. 2017. [citado el 11 de marzo de 2023]. 29(5):301-307. Disponible en:

<http://emergencias.portalsemes.org/descargar/cultura-de-seguridad-del-paciente-en-los-servicios-de-urgencias-resultados-de-su-evaluacion-en-30-hospitales-del-sistema-nacional-de-salud-espanol/>

14. Lopez Pinzon V, Puentes Vega MA, Ramirez A. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. [Tesis de Maestría en Internet]. Bogotá. Universidad del Rosario; 2016 [citado 22 Mar 2023].

Disponible en:

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19566/EXPLORATORY%20STUDY%20OF%20THE%20VARIABLES%20ASSOCIATED%20WITH%20SOCIAL%20NETWORKS%20AND%20THEIR%20IMPACT%20ON%20THE%20ACADEMIC%20PERFORMANCE%20OF%20STUDENTS%20OF%20MEDICINE%20AT%20UNIVERSIDAD%20DEL%20ROSARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Cienc Enferm. [Internet]. 2011. [citado el 30 de marzo de 2023]. 17(3):97-111. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009

16. Fonseca-Mesa DA, Serpa-Pérez PC, Arias-Botero JH. Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. Salud UIS. [Internet]. 2021. [citado el 30 de marzo de 2023]. 53:e21006. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v53/0121-0807-suis-53-e21006.pdf>

17. Burbano Sandoval AJ, Romero Rangel AC, Romero Cupajita LC, Ramos Convers MG. Medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia. [tesis de especialización en Internet]. Bogotá.

Pontificia Universidad Javeriana; 2018 [citado 22 de marzo de 2023]. Disponible en:

<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/34736>

18. González Acosta, L. F., Garrido Barrera, D. C., & Morales Barreto, M. Y. Medición y análisis de la cultura de seguridad del paciente en una institución de 3 nivel de la ciudad de Ibagué. *Vía Innova*. [Internet]. 2022. [citado 22 de marzo de 2023]. 5(1), 52–67. Disponible en: <https://revistas.sena.edu.co/index.php/RVI/article/view/2146>
19. Pabón Mayorga SL, Chocué Bomba FE, Arroyo Pantoja LR, Erazo Ordoñez M. Nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de COOEMSSANAR IPS sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016. [tesis de especialización en Internet]. Popayán. Universidad Católica de Manizales; 2016 [citado 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucm.edu.co/handle/10839/1306>
20. Betancourth Salas LM, Chamorro Chacua AF, Ibarra Revelo LL. Percepción en cultura de seguridad del paciente en el Centro Hospital la Florida E.S.E. Departamento de Nariño. [tesis de especialización en Internet]. Cali. Universidad Católica de Manizales; 2021. [citado 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucm.edu.co/handle/10839/3399>
21. Burbano Valdés HM, Caicedo Eraso ME, Cerón Burgos A, Jacho Caicedo C, Yépez Chamorro MC. Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia. *Univ Salud*. [Internet]. 2013. [citado el 31 de marzo de 2023]. 15(2):187-195. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2362>
22. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad [Patient safety and safety culture]. *Rev Chil Cir*. [Internet]. 2017; [citado el 05 de mayo de 2023]. 2017;69(3):197-203. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/320705987_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_Y_CULTURA_DE_SEGURIDAD

23. Ministerio de Salud y Protección Social. Herramientas para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2007. [citado el 05 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

24. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1446 de 2006 - Anexo Técnico. “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”. [Internet]. 2006. [citado el 05 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf

25. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. 2008. [citado el 05 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

26. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2010. [citado el 05 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

27. Municipio de Córdoba, Nariño. [Internet]. [citado el 7 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.municipio.com.co/municipio-cordoba-nar.html>

28. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Subdirección de Salud Pública. Oficina de Epidemiología. Grupo ASIS. Análisis de la Situación de Salud del Departamento de Nariño con el Modelo de los Determinantes Sociales [Internet]. 2021 citado el 7 de mayo de 2023]. Disponible en:

http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/epidemiologia/asis/Departamento_Nari%C3%B1o_ASIS_2021.pdf

29. Portafolio de servicios. [Documento institucional]. Centro de salud san Bartolomé de Córdoba ESE. Versión 2. Córdoba- Nariño. 2020. [citado el 7 de mayo de 2023].

30. Plan de desarrollo institucional. "Por una atención segura y humanizada" . [Documento institucional]. Centro de salud san Bartolomé de Córdoba ese. Versión 2. Córdoba- Nariño. 2020. [citado el 7 de mayo de 2023].

31. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". [Internet]. 1993. [citado el 08 de mayo de 2023]. Disponible en:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

32. Ministerio de Salud y Protección Social. DECRETO NUMERO 1011 DE 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Internet]. 2006. [citado el 08 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%20006.pdf

33. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras

disposiciones'. [Internet]. 2011. [citado el 08 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

34. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 00002003 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. [Internet]. 2014. [citado el 08 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

35. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5095 de 2018. Por la cual adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”. [Internet]. 2018. [citado el 08 de mayo de 2023]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>

36. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley estatutaria No. 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2015. [citado el 08 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

37. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 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. [Internet].

2016. [citado el 08 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf

38. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud. [Internet]. 2019. [citado el 08 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

39. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int J Morphol. [Internet]. 2014. [citado el 19 de abril de 2023]. 32(2):634-645. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042

40. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario de seguridad del paciente [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [citado el 11 de marzo de 2023]. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>.

41. Arias-Botero JH, Gómez-Arias RD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. Rev. salud pública. [Internet]. 2017; [citado el 05 de mayo de 2023]. 19(2):180-191. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87052017000200180&script=sci_arttext&tlng=es

42. Ministerio de Protección Social. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en

salud [Internet]. 1993. [citado el 21 de mayo de 2023]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

43. Ministerio de Salud y Protección Social. En Colombia, más del 80 % del talento humano en salud son mujeres. [Internet]. 2022. [citado el 12 de enero de 2024].

Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-Colombia-mas-del-80-del-talento-humano-en-salud-son-mujeres-.aspx>

44. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Dirección de Metodología y Producción Estadística. Documentos técnicos sobre mercado laboral Características y tendencias del mercado laboral de Ibagué, 2001 I – 2003 I. i [Internet]. Bogotá, D.C., 2003. [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en:

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/publicaciones/merc_lab_iba.pdf

45. Prospectiva en Justicia y Desarrollo. Colombia reconoce la jornada máxima a los trabajadores de la salud y vigilantes. [Internet]. 30 de octubre de 2017. [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://projusticiaydesarrollo.com/2017/10/30/la-ley-colombiana-reconoce-la-jornada-maxima-a-los-trabajadores-de-la-salud-choferes-y-vigilantes/>

46. Rangel Alvarez BP. El trabajo en equipo como fundamento en la seguridad del paciente. Trabajo de especialización en Alta Gerencia. Universidad Militar Nueva Granada, Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá, Colombia. [Internet]. 2019. [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en:

<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/21513/RangelAlvarezBenildaPatricia2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

47. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Seguridad del paciente y la atención segura: Paquetes instruccionales. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. [Internet]. [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

48. Comunidad S.C.A.R.E - FEPASDE. Qué es el evento adverso y cómo lo debe afrontar un profesional en salud. [Internet]. 2020. [citado el 12 de enero de 2024].

Disponible en: <https://contenido.fepasde.com/que-es-evento-adverso-y-como-lo-debe-afrontar-un-profesional-en-salud>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Universidad Católica de Manizales

Especialización en Administración de la Salud

Trabajo de Investigación: Evaluación de la Cultura de Seguridad del paciente en el

Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del participante

Documento de identidad

Firma del participante

Fecha:

Teléfono:

Información del estudio

Lo estamos invitando a participar en el proyecto de investigación titulado:
Evaluación de la Cultura de Seguridad del paciente en una IPS de primer nivel de complejidad del departamento de Nariño, liderada por estudiantes de la especialización en Administración de la Salud de la Universidad Católica de Manizales, durante el período comprendido entre Marzo y Diciembre de 2023.

Este estudio busca evaluar la Cultura de Seguridad del paciente en una IPS de primer nivel de complejidad del departamento de Nariño, durante el segundo semestre de 2023, y se considera como una investigación sin riesgo según la norma 008430 del Ministerio de la Protección Social. Los resultados de esta investigación podrían apoyar al comité de seguridad del paciente a nivel institucional, cooperar con el cumplimiento de sus objetivos y al perfeccionamiento de su programa, que le permita no solo cumplir con la normatividad exigida, sino también con estándares de calidad que se traduzcan en calidad de la atención y satisfacción del paciente, contribuyendo a su vez a extender esta práctica cultura de seguridad del paciente, a las demás instituciones de primer nivel, sirviendo de ejemplo para fortalecer y fomentar la cultura de seguridad a nivel regional y nacional.

¿Que implica para usted participar en el estudio? Usted como trabajador de la IPS puede elegir participar o decidir no hacerlo, si acepta deberá firmar el presente consentimiento informado, teniendo en cuenta que esta investigación no implicará para usted ningún riesgo físico, psicológico o legal y que se garantizará la confidencialidad de la información recopilada; adicional a ello se le darán las indicaciones correspondientes para diligenciar el cuestionario: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptado al castellano, preferiblemente en un lugar tranquilo y sin intervención de otras personas.

¿Qué beneficios obtiene si participa en el estudio?: Si decide participar en el estudio, no recibirá ninguna compensación económica, pero si contribuirá a brindar la información necesaria para identificar el grado de cultura de seguridad del paciente, así

como las fortalezas y aspectos por mejorar en cuanto a cultura de seguridad del paciente en la IPS en la que usted labora, lo cual será beneficioso para el mejoramiento continuo de la misma.

¿Cuáles son los riesgos del estudio?: Al estar la presente investigación clasificada de acuerdo a la normatividad vigente como una investigación sin riesgo, no implicará para usted ningún riesgo físico, psicológico o legal.

¿Qué costos tiene la participación en el estudio?: La participación en este estudio no implica ningún costo, tampoco se recibirá ninguna bonificación; la participación es absolutamente voluntaria y usted será libre de retirarse de la investigación en cualquier momento, previo informe al investigador. Toda la información producto de este estudio será únicamente usada por los investigadores con fines académicos y de investigación y por los directivos de la IPS en pro del mejoramiento continuo de la misma.

Responsabilidad con el estudio: La responsabilidad del participante, al aceptar participar en la investigación es diligenciar completa y claramente el cuestionario correspondiente.

Confidencialidad: La información generada por este estudio es estrictamente confidencial.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Declaro que, como profesional y mayor de edad, encontrándome en pleno uso de mis capacidades mentales, se me ha explicado y he comprendido el propósito de la

investigación, lo indicado en el documento anteriormente y mi participación es voluntaria.

En caso de alguna inconformidad, dudas o preguntas adicionales sobre el estudio, puede realizarlas o contactar a la investigadora: Johana Carolina Pazmiño, cel: 3155970614, correo electrónico: jcpo94@hotmail.com.

DECLARACION DE LOS INVESTIGADORES

Hemos informado al participante de manera clara y completa el propósito de la investigación descrita anteriormente, de sus posibles riesgos y de la utilización de los resultados de la misma.

Firma del participante

Anexo 2: Instrumento de Evaluación

Universidad Católica de Manizales

Especialización en Administración de la Salud

**Trabajo de Investigación: Evaluación de la Cultura de Seguridad del paciente
en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E. S.E.**

Objetivo: Evaluar la Cultura de Seguridad del paciente en una IPS de primer nivel de complejidad del departamento de Nariño, durante el segundo semestre de 2023.

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Versión española del Hospital Survey on Patient Safety

Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

Su opinión es muy importante para todos

Esta es una adaptación fruto del convenio entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.

Para la presente investigación como encabezado se agregan preguntas de tipo sociodemográfico para ampliar la información requerida, y se adapta utilizando las preguntas necesarias para el estudio.

Instrucciones:

"Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.

La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico* (40).

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente.

Sección 0: Datos Sociodemográficos

Número de Identificación:	Cc:
Edad	_____ años
Sexo	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	
<input type="checkbox"/> 1. Urgencias	<input type="checkbox"/> 4. Transporte Asistencial Básico
<input type="checkbox"/> 2. Consulta Externa	<input type="checkbox"/> 5. Sistema de Información y Atención al Usuario
<input type="checkbox"/> 3. Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	<input type="checkbox"/> 6. Desarrollo de Programas y Acciones que integran el Plan Decenal de Salud Pública
¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad? . Marque una sola respuesta.	
<input type="checkbox"/> 1. Médico	<input type="checkbox"/> 8. Auxiliar de Laboratorio
<input type="checkbox"/> 2. Medico S.S.O.	<input type="checkbox"/> 9. Auxiliar de Odontología
<input type="checkbox"/> 3. Odontólogo	<input type="checkbox"/> 10. Conductor
<input type="checkbox"/> 4. Enfermero profesional	<input type="checkbox"/> 11. Regente de Farmacia
<input type="checkbox"/> 5. Psicólogo	<input type="checkbox"/> 12. Servicios Generales
<input type="checkbox"/> 6. Bacteriólogo	<input type="checkbox"/> 13. Administrativo

<input type="checkbox"/> 7. Auxiliar de Enfermería	<input type="checkbox"/> 14. Higienista Oral
	<input type="checkbox"/> 15. Portero

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo.

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo

8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1 Muy en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	1 Muy en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	1 Muy en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	1 Muy en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	1 Muy en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	1 Muy en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	1 Muy en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	1 Muy en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	<input type="checkbox"/> 1 May en Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 May de acuerdo

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Mayor Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Mayor de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> 1 Mayor Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Mayor de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input type="checkbox"/> 1 Mayor Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Mayor de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input type="checkbox"/> 1 Mayor Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Mayor de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Mayor Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Mayor de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> 1 Mayor Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Mayor de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="checkbox"/> 1 Mayor Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Mayor de acuerdo

30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 May en De acuerdo	2 En De acuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 May de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 May en De acuerdo	2 En De acuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 May de acuerdo
32. Los servicios/idades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 May en De acuerdo	2 En De acuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 May de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 May en De acuerdo	2 En De acuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 May de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo.

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 A veces	4 Casi Siempre	5 Siempre
---	------------	--------------------	--------------	----------------------	--------------

35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.	
Mínima Seguridad	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>
	Máxima Seguridad
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año ...
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año ...
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año ...
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?	... <u> </u> incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	<input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/>

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	<input type="text" value="1"/> Nunca	<input type="text" value="2"/> Casi Nunca	<input type="text" value="3"/> A veces	<input type="text" value="4"/> Casi Siempre	<input type="text" value="5"/> Siempre
	<input type="text" value="1"/> Nunca	<input type="text" value="2"/> Casi Nunca	<input type="text" value="3"/> A veces	<input type="text" value="4"/> Casi Siempre	<input type="text" value="5"/> Siempre
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	<input type="text" value="1"/> Nunca	<input type="text" value="2"/> Casi Nunca	<input type="text" value="3"/> A veces	<input type="text" value="4"/> Casi Siempre	<input type="text" value="5"/> Siempre

<p>55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 A veces</p>	<p><input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 Siempre</p>
<p>56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 A veces</p>	<p><input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 Siempre</p>
<p>57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 A veces</p>	<p><input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 Siempre</p>
<p>58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 A veces</p>	<p><input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 Siempre</p>
<p>59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 A veces</p>	<p><input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre</p>	<p><input type="checkbox"/> 5 Siempre</p>

de la intervención, exploración o tratamiento implicado.					
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi Nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi Siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre

¡Muchas gracias por su colaboración!



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