



Administración de la salud

Relación de la cultura organizacional con los principios de seguridad del paciente para la prevención de eventos adversos en la I. P. S. indígena Juan Tama del municipio de Inzá Cauca.

Dolly Milena Palmito Lemeche

Sara Cecilia Benítez Iizalda

Jessica Alejandra Tinoco

Nancy Johana Collazos Girón



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEUCACIÓN

Obra de Iglesia
de la Congregación



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

Relación de la cultura organizacional con los principios de seguridad del paciente para la prevención de eventos adversos en la I. P. S. indígena Juan Tama del municipio de Inzá Cauca.

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en administración de la salud

Asesor

Richard Nelson Román

Autores:

Dolly Milena Palmito Lemeche

Sara Cecilia Benítez lizalda

Jessica Alejandra Tinoco

Nancy Johana Collazos Girón

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

MANIZALES

2023

Contenido

Planteamiento Del Problema.....	8
Pregunta De Investigación.....	10
JUSTIFICACIÓN	11
Objetivos	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos	14
Marco Teórico.....	14
Revisión literatura Antecedentes	14
Referente Teórico	25
Institucional.	25
Seguridad del paciente	26
Eventos adversos.....	27
Marco Legal	31
Diseño Metodológico	35
Tipo y Enfoque del estudio.....	36
Población	36
Escala Likert.....	36
Criterios de Inclusión.....	37
Criterios de Exclusión.....	37
Instrumento	37
Caracterización de Variables.....	40
Operacionalización de variables.....	40
Procedimiento de recolección de la información	41
Plan de análisis	41
Aspectos Éticos.	41
Cronograma.....	49
Presupuesto.	50
Resultados y Análisis	51
Análisis	116
Sección 1. Área De Trabajo	116
Sección 2. Supervisor, director, jefe Clínico.	118

Sección 3. Comunicación	118
Sección 4. Reporte De Eventos De Seguridad Del Paciente	119
Sección 5. Calificación De La Seguridad Del Paciente.....	120
Sección 6. Ips	121
Sección 7. Preguntas Generales	122
Conclusiones	124
Recomendaciones.....	125
Bibliografía	126

Lista de Tablas.

Tabla 1. Antecedentes internacionales: seguridad del paciente	15
Tabla 2. Antecedentes internacionales: cultura de seguridad	19
Tabla 3. Antecedentes internacionales: percepción de la cultura de seguridad en pacientes... 20	
Tabla 4. Antecedentes internacionales: características demográficas.....	21
Tabla 5. Antecedentes internacionales	23
Tabla 6. Antecedentes internacionales: cultura de seguridad en equipos quirúrgicos	24
Tabla 7. Elementos del estudio realizado.....	38
Tabla 8. Oportunidades de estudio en los participantes.....	39
Tabla 9. Aspectos sociodemográficos.....	42
Tabla 10. Seguridad del Paciente	42
Tabla 11. Eventos en la seguridad del paciente	43
Tabla 12. Aspectos del individuo.....	44
Tabla 13. Cultura organizacional	44
Tabla 14. Aspectos de comunicación.....	46
Tabla 15. Eventos adversos.....	47
Tabla 16. Cronograma del proyecto.....	49
Tabla 17. Presupuesto del Proyecto	50
Tabla 18. Secciones de la encuesta	116
Tabla 19. Resultados área de trabajo.....	117
Tabla 20. Resultados sección comunicación.....	119
Tabla 21. Resultados calificación de la seguridad del paciente	121
Tabla 22. Resultados sección ips	122

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Revisión de antecedentes	14
Gráfico 2. Metodología del estudio realizado	38
Gráfico 3. Trabajo eficiente en equipo.....	51
Gráfico 4. Suficiente personal.....	53
Gráfico 5. Horas de trabajo	55
Gráfico 6. Revisión periódica	56
Gráfico 7. Personal temporal.....	58
Gráfico 8. Errores en su contra	59
Gráfico 9. Reportes de incidentes	61
Gráfico 10. Ayuda mutua del personal	62
Gráfico 11. Comportamiento irrespetuoso.....	64
Gráfico 12. Retroalimentación de errores	65
Gráfico 13. Ritmo de trabajo y su impacto negativo	67
Gráfico 14. Cambios en la seguridad	69
Gráfico 15. Falta apoyo del personal	71
Gráfico 16. Problemas de seguridad	73
Gráfico 17. Sugerencia del personal para la mejora de la seguridad	75
Gráfico 18. Trabajar poniendo en riesgo la seguridad	77
Gráfico 19. Medidas para la solución de problemas	78
Gráfico 20. Informe de errores.....	80
Gráfico 21. Comunicación para evitar errores	82
Gráfico 22. Reporte de acuerdo a los cambios realizados.....	83

Gráfico 23. El personal informa posibles consecuencias al paciente.....	85
Gráfico 24. Reporte de fallas por parte del personal.....	86
Gráfico 25. Encargados escuchan las preocupaciones del personal.....	88
Gráfico 26. El miedo del personal al informar inconformidades.....	90
Gráfico 27. Frecuencia de reportes de errores.....	92
Gráfico 28. Frecuencia de reportes de los errores que afectan los pacientes.....	94
Gráfico 29. Numero de eventos de seguridad reportados.....	95
Gráfico 30. Calificación del paciente en su área.....	97
Gráfico 31. Acciones administrativas.....	98
Gráfico 32. Administración de recursos para la seguridad del paciente.....	100
Gráfico 33. Acciones de la administración en eventos adversos de seguridad.....	102
Gráfico 34. Transferencia de pacientes entre unidades.....	104
Gráfico 35. Periodo de receso y seguimiento del paciente.....	106
Gráfico 36. Tiempo suficiente para el seguimiento de pacientes.....	108
Gráfico 37. Tiempo trabajando en la IPS.....	110
Gráfico 38. Tiempo trabajando en su respectiva unidad.....	111
Gráfico 39. Tiempo trabajado en la unidad por semana.....	113
Gráfico 40. Interacción directa con el paciente.....	114
Gráfico 41. Escala de Likert: Resultados área de trabajo.....	117
Gráfico 42. Escala de Likert: Resultados comunicación.....	119
Gráfico 43. Escala de Likert: Resultados calificación de la seguridad del Paciente.....	121
Gráfico 44. Escala de Likert: Resultados IPS.....	122

Planteamiento Del Problema.

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, afecta tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención; por lo que la organización Mundial de la salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud.

La seguridad del paciente se relaciona como un conjunto de estrategias y procesos que tienen como fin evitar la generación de afectaciones, heridas y golpes en el paciente, originadas a través de la asistencia en salud.

Sin embargo y a pesar del aumento del interés en estudiar la seguridad del paciente por parte de los diferentes actores del sistema, es común encontrar situaciones determinantes como la falta de sensibilización, falta de unificación de métodos de identificación, notificación inadecuada, violación del carácter confidencial de los datos, exigencia de responsabilidad profesional, sistemas de información precarios, limitantes en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, diferencia en los propósitos específicos de los actores, insuficiencia de un sistema de salud para llenar las expectativas de las instituciones y diferencias en los abordajes metodológicos de salud de nuestro país, etc.

Sin embargo y a pesar de estas barreras de seguridad, se producen errores en los servicios asistenciales. Estos errores clínicos pueden tener consecuencias graves, incluyendo entre éstas, la muerte de los pacientes.

La entidad en estudio viene enfrentando una serie de reestructuraciones de diferente índole, que han generado cambios drásticos, formando repercusiones en varias áreas de la

organización; de la misma forma en el área de personal tanto nuevo como antiguo, ha generado incertidumbre sobre su situación laboral, inestabilidad, inseguridad y desmotivación en general; aspectos que influyen en la productividad de los empleados y el compromiso de los mismos para sacar adelante la empresa, algunas dificultades en el trabajo en equipo, problemática en la comunicación, se presentan casos de sobrecarga laboral por la poca disponibilidad de tiempo, existe la inducción limitada para el conocimiento de los protocolos que se deben ejecutar y la ejecución de algunos equipos necesarios. Estas manifestaciones no son convenientes dado que actualmente, y como parte de su proceso de recuperación se deben adelantar procesos que contribuyan al mejoramiento en todas las áreas de la organización.

Sin embargo, hacen falta estudios que relacionen el tema de la seguridad del paciente con la cultura organizacional, desde la cual se establecen los principios que orientan la relación con el paciente, la atención a sus necesidades y la prestación de un servicio de calidad que depende en gran medida de las capacidades del recurso humano. Para nuestro caso, ¿hasta dónde esas normas son aplicables a nuestra organización de estudio?

El desarrollo de una cultura que proporcione seguridad a los pacientes se puede evaluar desde diversos niveles generados en la atención nosocomial, pues hace posible la identificación tanto de las debilidades como de las fortalezas que dan forma a la idiosincrasia de los integrantes del equipo de salud, así como de su conducta y de la manera en que desarrollan sus actividades profesionales.

La cultura desde la cual se fomenta la seguridad a los pacientes fundamenta su importancia si se considera que una importante proporción de los fallecimientos no esperados son generados en medio de situaciones que tienen que ver con la seguridad del paciente. Lo anterior genera una importante problemática que obliga a centrar la atención en los servicios de

atención hospitalarios, con el fin de evitar fallas clínicas, eventos adversos y complicaciones inesperadas.

Lo anteriormente expuesto, sin duda puede producir eventos irreversibles, tales como la pérdida de la vida y/o el desarrollo de efectos adversos que repercutan en un elevado costo económico tanto para el paciente y su familia, como para los institutos de servicios de salud.

Debido a este sin número de situaciones que ocurren por diversas causas en los pacientes atendidos en la entidad, conllevan a una problemática que de no atenderse de manera oportuna atendiendo la cultura institucional en seguridad e implementar prácticas seguras para la prevención de errores que suceden a diario en las organizaciones de salud y en particular en la nuestra, observar la relación que debe existir entre la cultura organizacional y la seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos para una mejor calidad en la atención a los pacientes.

Pregunta De Investigación

Después de haber expuesto algunas de las normas y prácticas que se exponen en las normas para evitar un evento adverso en la atención de un paciente; pero, que no se ha cumplido; llegamos a la siguiente pregunta problemática: ¿Cómo debe ser relación entre cultura organizacional con los principios de seguridad del paciente en la prevención de eventos para mejorar la calidad en la atención de la I.P.S. Juan Tama, punto de atención Inzá?

JUSTIFICACIÓN

En todas las instituciones y organizaciones que prestan sus servicios de atención a la salud, es preciso proporcionar al paciente un sentido de seguridad y confianza por parte de los integrantes del equipo de salud. Este es el caso de la entidad prestadora de Servicios de Salud I. P. S. indígena Juan Tama del municipio de Inzá, ubicado al oriente del departamento del Cauca, Colombia, creada con el objetivo de prestar la atención en salud a todos los habitantes de Inzá y que cuentan con la afiliación a la empresa de salud AIC del Departamento del Cauca. Lugar denominado como la Región de Tierradentro; pues ha asumido la seguridad del paciente como un elemento prioritario en la calidad de la atención. Para ello, es necesario que todo el personal del equipo de salud tenga las capacidades, habilidades y conocimientos para aplicar satisfactoriamente las estrategias desde las cuales se garantiza la seguridad en salud a cada paciente.

Las instituciones y organizaciones que prestan servicios de salud, han reconocido que, durante la prestación de sus servicios de atención al paciente, de manera regular y recurrente se presentan oportunidades que pueden aprovechar para subsanar errores y mejorar. Una de estas oportunidades es la de fortalecer continuamente la cultura, pues permite orientar el desarrollo de un conjunto de procedimientos y lineamientos dentro de los mismos servicios de atención a la salud enfocados en las capacidades del recurso humano como eje central para evitar cualquier tipo de error o de evento adverso.

Desde una perspectiva teórica, es posible profundizar el concepto de seguridad del paciente incluyendo un enfoque centrado en la cultura organizacional, en los procesos de

comunicación y capacitación del recurso humano como elementos centrales que pueden ayudar a mejorar la forma en que se trata y atiende a los pacientes.

En una perspectiva metodológica, la investigación parte del diseño de un proceso diagnóstico que se enfoca en conocer las percepciones del personal médico, para de esta forma orientar el desarrollo de estrategias de mejora. Los resultados obtenidos servirán de insumo informacional a las directivas de la institución de salud, para que incorporen nuevos enfoques y estrategias de gestión sanitaria que puedan ser concordantes con los nuevos paradigmas existentes cuyo propósito principal es garantizar la cultura de seguridad del paciente ofreciendo un servicio de calidad.

Desde lo práctico, la investigación pretende contribuir aportando datos sobre dos problemas que son centrales en nuestro sistema de salud: la cultura organizacional y los principios de seguridad del paciente, a fin de diseñar las alternativas correspondientes que nos permitan optimizar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen. En el campo metodológico, se pondrá a disposición de la comunidad académica de dos instrumentos válidos y confiables para evaluar, tanto la cultura organizacional como los principios de seguridad en el paciente para nuestra entidad de salud; y en el orden social, se busca beneficiar en primer lugar a los pacientes, a la institución de salud y a todos los usuarios en general.

Lo señalado anteriormente pone de manifiesto la importancia del presente estudio por cuanto a través del mismo se pretende despertar la reflexión en quienes toman decisiones en la organización, sobre las condiciones laborales en las que se desenvuelve el personal nombrado y contratado, considerando que el clima organizacional es un factor determinante en la eficacia administrativa tomando en cuenta además que el comportamiento del grupo está condicionado por la percepción que tenga éste de la organización.

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Desde que fueron creadas las empresas prestadoras de salud, en Colombia y mucho antes en los centros de atención en salud, la problemática ha estado presente sobre qué hacer para que las personas que prestan el servicio, se tengan unas normas adecuadas para la atención del paciente, evitando de esta forma hechos fortuitos que afectan su salud. Actualmente, en Colombia se ha implementado una política enfocada en mejorar la seguridad a los pacientes, bajo las instrucciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuya finalidad es la de prever condiciones que de alguna manera puedan perturbar la seguridad de los pacientes, así como de minimizar o suprimir la presencia de eventos adversos, para que las instituciones de servicios de salud sean entidades competitivas y seguras a nivel nacional e internacional.

Nuestras pretensiones son las de evaluar las prácticas actuales en la cultura organizacional y la relación que hay con la seguridad del paciente, para proponer algunas posibles soluciones a la problemática y de esta forma mejorar la calidad en la atención de los pacientes que se benefician de nuestros servicios.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la relación entre la cultura organizacional y los principios de seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos para mejorar la calidad de la atención en salud en la I. P. S. Juan Tama, punto de atención Inzá.

Objetivos Específicos

1. Conocer la perspectiva que se tiene sobre la calidad de la seguridad del paciente en los integrantes del personal del equipo de salud que desarrolla sus actividades sanitarias en la I.P.S Juan Tama.
2. Identificar los eventos adversos y/o errores notificados y que pueden presentarse, relacionados con la seguridad del paciente

Marco Teórico

Revisión literatura Antecedentes

Gráfico 1. Revisión de antecedentes



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 1. Antecedentes internacionales: seguridad del paciente

TÍTULO	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. PATIENT SAFETY AND SAFETY CULTURE
AÑO DE PUBLICACIÓN	September–October 2017
OBJETIVO	Explora las definiciones, procesos y estrategias encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.
METODOLOGÍA	<p>El principio “<i>Primum Non Nocere</i>” subyace a cada acto asistencial, por lo que podríamos asumir como principio básico que cada profesional es un sujeto competente y responsable que tiene como base de su actuación no generar daño. A pesar de ello, y por la cada vez mayor complejidad de la atención, el componente humano individual interactúa con varios factores.</p> <p>Los componentes esenciales de la calidad asistencial son tres.</p> <p>a)El factor científico-técnico: La aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles.</p> <p>b)El factor percibido: La satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido.</p> <p>c)El factor institucional o corporativo: Ligado a la imagen de un centro sanitario.</p> <p>Las dimensiones de la calidad asistencial pueden clasificarse en 8 categorías.</p>

1. Competencia profesional o calidad científico-técnica.

2 efectividad.

3 eficiencia.

4 accesibilidad.

5 satisfacción.

6 adecuación.

7 atención centrada en el paciente.

8 Seguridad del paciente.

LA DECLARACIÓN DE HELSINKI

Promovido por el *EuropeanBoardofAnaesthesiology* (EBA) y la *EuropeanSocietyofAnaesthesiology* (ESA), data de junio de 2010, y ratificada en el año 2012 por la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA), a la cual pertenece la Sociedad de Anestesiología de Chile (SACH) es el resultado del consenso de los líderes de distintas Sociedades de Anestesiología, al que se van adhiriendo numerosos países progresivamente.

Declara una serie de principios y establece recomendaciones de carácter preceptivo para instituciones y departamentos de anestesiología.

Destaca como objeto de recomendación:

a) Los pacientes que tienen derecho a estar seguros y a jugar un papel activo en su seguridad.

b) Los que financian la atención, que tienen derecho a esperar acciones seguras y el

	<p>deber de proporcionar recursos adecuados.</p> <p>c)La educación: es clave para la formación en seguridad del paciente.</p> <p>d)El factor humano que juega un papel importante en la disminución del margen de seguridad del paciente, en su vertiente individual y de equipo multidisciplinar.</p> <p>e)La industria, que debe contribuir con fármacos y equipos seguros.</p> <p>f)La anestesiología, que por su desarrollo histórico y su posición estratégica es una especialidad clave y debe liderar el cambio en la cultura de seguridad, no debiendo ser complaciente.</p>
RESULTADOS	<p>Cambiar la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias es un reto complejo que requiere evitar el adoctrinamiento y las recetas conductuales. Las teorías del aprendizaje adulto sobre andragogía han demostrado que no se trata de decirle al profesional lo que debe hacer, sino de implicarlo en el cambio a través del aprendizaje experiencial. Por ese motivo la utilización de incidentes reales recopilados a partir de un sistema de notificación de incidentes críticos, tienen un valor significativo en ese aprendizaje, especialmente cuando esa experiencia se da en un entorno cercano, real e identificado por el profesional como propio. En este proceso el profesional es el protagonista. Los pasos necesarios para el cambio incluyen el diagnóstico inicial de la situación, la identificación de motivaciones y de los distintos actores que pueden permitir el cambio o impedirlo, los recursos disponibles y necesarios y por último las consecuencias del mismo.</p>
CONCLUSIONES	<p>A pesar de los avances en los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, debemos seguir avanzando en la seguridad del paciente. Esto implica, la implementación de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, con una cultura no punitiva, centrando el análisis en lo que pasó y</p>

	<p>no en quien lo hizo. Implementando medidas de mejora, que involucren a pacientes y al personal de salud, empoderar a los pacientes en su propia seguridad. Entrenar a los equipos de salud, utilizando metodologías innovadoras como la simulación clínica, la utilización de protocolos y vigilancia activa en la búsqueda de factores latentes que pueden provocar incidentes y eventos adversos.</p>
--	--

Fuente: Elaboración Propia

Tomado de: Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017 Sep 1;28(5):785–95. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Tabla 2. Antecedentes internacionales: cultura de seguridad

TÍTULO	Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel
AÑO DE PUBLICACIÓN	abril-junio 2017
OBJETIVO	Identificar la percepción sobre la cultura clínica y de seguridad, y determinar la prevalencia de eventos adversos en enfermeras de una clínica de primer nivel.
METODOLOGÍA	Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, desarrollado en una clínica de medicina familiar del sur de la Ciudad de México. Se aplicó el cuestionario de cultura de seguridad del paciente de la encuesta hospitalaria: se utilizó estadística descriptiva, los datos fueron capturados y analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 22.
RESULTADOS	27 enfermeras aceptaron participar en el estudio. La edad media fue de 44,7 años. Alrededor del 15% informó percibir un clima de seguridad del paciente entre excelente y muy bueno. El 66,7% de las enfermeras refieren no haber informado de ningún evento adverso. La dimensión 2 de errores de retroalimentación y comunicación con un 75,3% aparece globalmente como una fortaleza. En las debilidades percibidas se encuentran dos dimensiones: no respuesta punitiva a los errores con un 61,7% y personal con un 62%, ya sea por el área o categoría de cultura de seguridad a nivel de servicio.
CONCLUSIONES	Cerca de la tercera parte 2 los entrevistados no habían reportado ningún evento adverso en los últimos años, además, un poco más de la mitad reportó percibir un clima de seguridad del paciente entre aceptable y superior.

Fuente: Elaboración Propia

Tomado de: Ramírez-Martínez ME, González Pedraza-Avilés A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *EnfermUniv* [Internet]. 2017 [citado el 14 de septiembre de 2023];14(2):111–7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632017000200111&script=sci_abstract

Tabla 3. Antecedentes internacionales: percepción de la cultura de seguridad en pacientes

TÍTULO	Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina
AÑO DE PUBLICACIÓN	January–March 2017
OBJETIVO	Determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud del Hospital Privado de Córdoba en el año 2015.
METODOLOGÍA	Para obtener información acerca de la percepción de cultura de seguridad se aplicó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia. La muestra la constituyeron 203 profesionales de la salud que se desempeñan en los servicios de internación (en las áreas clínico-asistenciales) del Hospital Privado de Córdoba. El análisis estadístico fue descriptivo, con medidas de frecuencia para las variables categóricas.
RESULTADOS	Las áreas de fortaleza identificadas corresponden al aprendizaje organizacional/mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal.
CONCLUSIONES	En términos prácticos de la gestión clínica, este trabajo permitió identificar áreas que indican qué se debe fortalecer dentro de la organización del hospital en materia de cultura de seguridad. En ese sentido, la percepción de que no hay personal suficiente cuando la carga de trabajo es excesiva interfiere para que se brinde atención de una manera óptima a los pacientes del hospital.

Fuente: Elaboración Propia

Tomado de: 6. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2017 Jan [cited 2021 Nov 22];14(1):47–53. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300720>

Tabla 4. Antecedentes internacionales: características demográficas

TÍTULO	Características demográficas que influyen en las dimensiones de la cultura de seguridad, grado de seguridad del paciente y número de eventos informados
AÑO DE PUBLICACIÓN	2017
OBJETIVO	Evaluar las opiniones y percepciones de los profesionales de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en los hospitales públicos de Etiopía.
METODOLOGÍA	En 2016, en la región de Amhara, se llevó a cabo un estudio transversal que utilizó el cuestionario 'Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)'. Se distribuyó un cuestionario autoadministrado a los 480 miembros del personal de atención médica, incluidos médicos, enfermeras, farmacéuticos y otro personal clínico y no clínico. Los datos se resumieron como porcentajes, medias y desviaciones estándar. Se emplearon pruebas ANOVA y chi-cuadrado para examinar las diferencias estadísticas entre las características del trabajador de la salud y los predictores de seguridad del paciente. También calculamos coeficientes de consistencia interna, análisis de correlación y análisis factorial exploratorio
RESULTADOS	Se devolvieron un total de 410 cuestionarios (tasa de respuesta, 85,4%). El puntaje general de seguridad del paciente (46%) y la mayoría de los puntajes relacionados con las dimensiones fueron más bajos que los puntajes de referencia. La tasa de respuesta positiva de dos dimensiones ('Trabajo en equipo dentro de las unidades' y 'Aprendizaje organizacional-mejora continua') recibió la puntuación más alta (72% cada una), y la puntuación más baja se atribuyó a 'Dotación de personal' (26%). Aproximadamente, dos tercios del personal informaron al menos un evento en el último año. Las enfermeras informaron mejor en la puntuación general de seguridad del paciente en comparación con otros profesionales de la salud ($P = 0,03$). La consistencia interna de la encuesta total fue bastante satisfactoria (α de Cronbach = 0,77).

CONCLUSIONES

Existe un grave déficit de cultura de seguridad del paciente en los hospitales públicos etíopes. Es inevitable crear una cultura de seguridad de la paciente positiva mediante la implementación de acciones que respalden todas las dimensiones de la cultura de seguridad. Se necesita más investigación para confirmar la aplicabilidad de la versión traducida del HSOPSC en los entornos hospitalarios de Etiopía.

Fuente: Elaboración Propia

Tomado de: 5. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE, Mekonnen D, Abay Z. Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals: a cross-sectional study. *Safety in Health*. 2017 Sep 13;3(1).

Tabla 5. Antecedentes internacionales

TÍTULO	Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals
AÑO DE PUBLICACIÓN	Nov-Dec 2015
OBJETIVO	Evaluar la percepción de los profesionales de la salud acerca de la cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, de tamaño especial, de acuerdo con los dominios del Cuestionario de Actitudes de Seguridad (CAS).
METODOLOGÍA	Investigación descriptiva, transversal, cuantitativa, con aplicación del CAS a 226 profesionales. Análisis descriptivo de datos, consistencia del instrumento y análisis factorial exploratorio.
RESULTADOS	Los participantes se distribuyeron de forma homogénea en el sexo femenino (49,6%) y masculino (50,4%); promedio de edad de 39,6 (DE±9,9) años y tiempo de actuación de 9,9 (DE±9,2) años. Y de Cronbach de 0,84. Se determinaron los seis dominios propuestos por el cuestionario: percepción del estrés (74,5) y satisfacción en el trabajo (70,7) mostraron resultados satisfactorios; clima de trabajo en equipo (59,1) y seguridad (48,9) presentaron puntuaciones por debajo del mínimo recomendado (75); percepciones de gestión de la unidad (44,5), gestión hospitalaria (34,9) y condiciones de trabajo (41,9) presentaron las puntuaciones medias más bajas.
CONCLUSIONES	Los resultados mostraron que, desde la perspectiva de los profesionales, hay fragilidad en los valores, actitudes, habilidades y comportamientos que determinan la cultura de seguridad en una organización de salud.

Fuente: Elaboración Propia

Tomado de: 13. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE, Mekonnen D, Abay Z. Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals: a cross-sectional study. Safety in Health. 2017 Sep 13;3(1).

Tabla 6. Antecedentes internacionales: cultura de seguridad en equipos quirúrgicos

<p>TÍTULO</p>	<p>Safety Culture in Cardiac Surgical Teams: Data From Five Programs and National Surgical Comparison</p> <p>Cultura de Seguridad en Equipos de Cirugía Cardíaca: Datos De Cinco Programas y Cirugía Nacional Comparación</p>
<p>AÑO DE PUBLICACIÓN</p>	<p>2015</p>
<p>OBJETIVO</p>	<p>Medir y describir la cultura de seguridad en centros quirúrgicos cardiovasculares en los usuarios de un hospital a pacientes.</p>
<p>METODOLOGÍA</p>	<p>Medimos y describimos la cultura de seguridad en cinco centros quirúrgicos cardiovasculares usuarios del Hospital Encuesta sobre Cultura de Seguridad del Paciente, y comparó los datos con la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) 2010 base de datos comparativa en cirugía y anestesiología (todos los tipos). Informamos las puntuaciones medias, desviaciones estándar y porcentaje de respuestas positivas para las dos medidas de un solo ítem y 12 seguridad del paciente dimensiones climáticas en la Encuesta Hospitalaria de Pacientes Cultura de seguridad.</p>
<p>RESULTADOS</p>	<p>En los cinco programas de cirugía cardíaca, la dimensión del trabajo en equipo dentro de las unidades hospitalarias tuvo el puntaje positivo más alto (74% de respuestas positivas), y la dimensión de la respuesta no punitiva al error tuvo la puntuación más baja (38% de respuestas positivas). Los cirujanos y el personal de apoyo percibieron un mejor clima de seguridad que las enfermeras, perfusionistas y anestesistas. La cohorte de cirugía reportó un clima de seguridad más positivo que la cohorte de cirugía de todo tipo AHRQ en cuatro dimensiones, pero menor frecuencia de errores en los informes. El cardíaco de la cohorte de anestesiología obtuvo una puntuación más baja en dos dimensiones en comparación con la cohorte de</p>

	anestesiología de todo tipo de la AHRQ.
CONCLUSIONES	Este estudio identifica áreas de seguridad del paciente para la mejora en los equipos quirúrgicos cardíacos en comparación con todo tipo de equipos quirúrgicos. También encontramos que diferentes disciplinas profesionales en equipos quirúrgicos cardíacos perciben la seguridad del paciente de manera diferente.

Fuente: Elaboración Propia

Tomado: Marsteller JA, Wen M, Hsu Y-J, Bauer LC, Schwann NM, Young CJ, et al. Safety culture in cardiac surgical teams: Data from five programs and national surgical comparison. *Ann Thorac Surg* [Internet]. 2015 [citado el 14 de septiembre de 2023];100(6):2182–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26330011/>

Referente Teórico

Institucional.

La IPSI Juan Tama se da su origen en el programa de salud a nivel regional desde el CRIC, (Consejo Regional Indígena del Cauca, teniendo presente los objetivos y proyecciones de salud alrededor del territorio, la medicina tradicional, la alimentación, la organización comunitaria en salud, la investigación y la atención en salud. Posteriormente a raíz de la expedición e implementación de la ley 100 de 1.993 y con ánimo de resistir a este modelo asistencial en el manejo de la enfermedad se conforman la Entidad Promotora de Salud Indígena (EPSI) y las Instituciones Prestadoras de Servicios Indígenas IPSI, con la finalidad de continuar desarrollando la propuesta de salud propia.

Para el año 2010 se toma de manera directa el proceso por parte de la Asociación de Cabildos Juan Tama, con la creación de la IPS por decisión de las autoridades, siendo conedores que el actual sistema de salud no reúne las expectativas de las comunidades indígenas ni a la articulación del Sistema de Salud Propia e Intercultural. Mediante resoluciones y actas de juntas directivas donde deciden que los recursos de la ley 100 se apliquen al modelo de cuidado en salud en el marco del SISPI. Es así como de manera progresiva se ha ido avanzando en la estructuración e implementación del modelo de cuidado en salud propia e intercultural a partir de la orientación de los mayores y las autoridades territoriales y espirituales.

Esta entidad denominada como la IPSI, Institución Prestadora de Servicio de Salud Indígena de Inzá Tierradentro, se encuentra ubicada en el municipio de Inzá Cauca y ofrece los cuidados de la salud integral, que respondan a las necesidades del pueblo indígena y demás grupos sociales; teniendo en cuenta la cosmovisión ancestral y adecuando las políticas de salud pública de acuerdo a sus costumbres que contribuyan al fortalecimiento de la identidad cultural, en el entorno ofreciendo equilibriodentro del cosmos y un buen vivir de la comunidad yterritorio.(misión).

Se hace relevante también tener presente su visión frente al servicio que ofrece a sus beneficiarios del servicio pues se proyecta que en años siguientes sea un modelo de la salud propia intercultural, fundamentando nuestro quehacer en la Sabiduría Ancestral, autonomía alimentaria y fortalecimiento de la identidad cultural, complementado con la implementación de prácticas para el cuidado de la salud desde la medicina occidental y otras medicinas.

Seguridad del paciente

La seguridad del paciente hace referencia a un conjunto de procesos, métodos e instrumentos que se fundamentan en evidencias científicas desde las cuales es posible reducir la presencia de errores y fallas en las diversas actividades que integran la atención en salud a un paciente. En este sentido, la seguridad del paciente se ha establecido como un elemento central que se ha desarrollado teniendo en cuenta la cada vez más grande complejidad de los sistemas de salud, teniendo en cuenta factores como un desarrollo tecnológico que muchas veces no va a la par de la capacitación del recurso humano, además de un aumento considerable en la demanda de los servicios de salud, nuevas enfermedades y pandemias.

En conjunto, todas estas situaciones generan como resultado importantes presiones para los sistemas de salud, en cuyas actividades se pueden presentar de manera constante fallas, errores o eventos adversos que ponen en riesgo el bienestar del paciente y la prestación de un servicio de calidad (8). Ante esta problemática, la seguridad del paciente se establece a través de medidas, estrategias y protocolos que tienen como finalidad prevenir y reducir los riesgos (9).

En este sentido, las Instituciones que prestan servicios de salud deben promover el desarrollo efectivo de una política de seguridad del paciente, a través de una constante formación

del recurso humano, del liderazgo, la articulación y la participación como ejes que pueden ayudar a impulsar nuevas mejoras en el plano de la seguridad. Sin embargo, la realidad es que los eventos adversos se presentan de manera continua, razón por la cual es importante definirlos a continuación.

La declaración de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente resalta que, en una cultura orientada a la seguridad, se manifiesta una constante y activa conciencia del potencial de fallas en las organizaciones, prácticas, equipos y personas. Tanto los individuos como las entidades tienen la capacidad de identificar errores, aprender de ellos y tomar medidas para corregirlos. La transparencia y la equidad implican compartir información con los pacientes y sus familias de manera abierta y sin restricciones, equilibrada con un tratamiento justo para el personal en caso de incidentes. Esta cuestión es de suma importancia tanto para la seguridad de los pacientes como para el bienestar de quienes brindan atención médica. El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de incidentes de seguridad del paciente no pueden atribuirse únicamente a las acciones individuales de los profesionales de la salud involucrados.

Eventos adversos

Un incidente desfavorable se origina a raíz de la prestación de atención médica que, de manera involuntaria, causa perjuicio. Los incidentes desfavorables pueden ser clasificados como evitables y no evitables. Un incidente desfavorable evitable se caracteriza por tener un desenlace no deseado e involuntario que podría haberse prevenido mediante la adhesión a los estándares de atención disponibles en un momento específico. Por otro lado, un incidente desfavorable no evitable corresponde a un desenlace no deseado e involuntario que se manifiesta a pesar de seguir rigurosamente los estándares de atención médica establecidos.

A pesar de los grandes avances desarrollados a lo largo del último siglo en el campo de la medicina, muchos de los tratamientos fracasan debido a la presencia de alteraciones e irregularidades en su curso normal, lo que trae como consecuencia retrasos, cambios imprevistos de tratamiento, molestias y gastos económicos. Esta serie de fracasos o alteraciones son

conocidos como eventos adversos, entendidos como aquellas situaciones en las cuales se causa un daño en el paciente, que puede llegar, incluso, a ser permanente (10).

Es importante resaltar que los eventos adversos no son intencionados, y se definen como un daño involuntario, causado por la atención en salud y no por la patología de base (11). Es importante considerar el origen multifactorial de este tipo de eventos, ya que la falla puede generarse tanto por un error en la praxis (déficit de conocimientos, desmotivación, sobrecarga laboral y condiciones imprevistas del ambiente laboral), o por alguna alteración en el material utilizado.

En la literatura se reconocen principalmente dos tipos de eventos adversos: prevenible, cuando ocurren por no cumplimiento de los estándares de cuidado y seguridad del paciente; y no prevenible, cuando ocurre a pesar del cumplimiento de los estándares de cuidado y seguridad asistencial. Para el 2016, se reportó que los eventos adversos eran la sexta causa muerte en Estados Unidos, por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer; y que la longitud de la estadía hospitalaria y la mortalidad por eventos adversos asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año y a \$USD 9.3 billones (10).

Para el análisis de los eventos adversos es clave analizar las causas que lo originaron, con el fin de desarrollar un análisis causal, y así definir e identificar las barreras de seguridad (11). En general, los eventos adversos obedecen a la ausencia de procedimientos normalizados para todas las actividades que tienen que ver con la atención del paciente, con la falta de procesos de verificación y con limitaciones en la capacitación y formación del recurso humano. En este sentido, se puede evidenciar una importante relación entre la seguridad del paciente y la cultura organizacional, ya que ésta define y estandariza un conjunto de principios que orientan la comunicación, participación y eficiencia en el desarrollo de las prácticas.

Atención en salud: se refiere a los servicios proporcionados a individuos o poblaciones con el propósito de promover, mantener, supervisar o restaurar la salud

Indicio de atención insegura: son eventos o circunstancias que pueden indicar un aumento en el riesgo de que ocurran incidentes o eventos adversos..

Falla de la atención en salud: se produce cuando no se lleva a cabo una acción planificada según lo previsto o se utiliza un plan incorrecto, lo cual puede manifestarse a través de la ejecución incorrecta de procesos (falta de acción) o la omisión de procesos adecuados (falta de omisión) en las etapas de planificación o ejecución. Estas deficiencias son, por naturaleza, no intencionales.

Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tienen el potencial de causar daño o eventos adversos. Estas conductas se producen durante el proceso de atención en salud y son llevadas a cabo por miembros del equipo de atención médica, como enfermeras, médicos, regentes de farmacia, fisioterapeutas, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, odontólogos, entre otros.

Fallas latentes: son acciones u omisiones que ocurren durante el proceso de atención médica y son responsabilidad de los miembros de los procesos de apoyo, como el personal administrativo.

Factores contributivos: Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son: Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

Tarea y tecnología: Esto abarca la documentación que falta, es poco clara o no se ha compartido adecuadamente, lo que podría llevar a errores. Asimismo, la tecnología o los suministros ausentes, deteriorados, sin mantenimiento o utilizados por personal no capacitado también pueden contribuir a errores. Ejemplos incluyen la falta de procedimientos documentados para actividades específicas o tecnología defectuosa.

Individuo: Se refiere al equipo de salud, que incluye a enfermeras, médicos, regentes de farmacia, fisioterapeutas, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, odontólogos, etc. Estos individuos pueden contribuir a la generación de errores debido a factores como la falta o insuficiencia de habilidades y competencias, su estado de salud (estrés o enfermedad), la falta de adherencia a los procedimientos y protocolos, o el incumplimiento de sus responsabilidades, como el adecuado registro de historias clínicas.

Equipo de trabajo: Se refiere a las conductas del equipo de salud en su conjunto. Esto puede incluir la comunicación deficiente entre el equipo, la falta de supervisión o la disponibilidad insuficiente de soporte, como la interconsulta.

Ambiente: Esto se refiere al entorno físico que puede contribuir a errores. Ejemplos incluyen la iluminación deficiente, el hacinamiento y las condiciones laborales (físicas) desfavorables, así como deficiencias en la infraestructura.

Organización y gerencia: Hace referencia a las decisiones de la alta dirección que pueden contribuir a errores, como políticas, asignación de recursos y carga de trabajo.

Contexto institucional: Se refiere a situaciones externas a la institución que pueden contribuir a la generación de errores, como las decisiones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), retrasos o falta de autorizaciones, y las leyes o regulaciones aplicables.

Incidente: e define como un evento o circunstancia que ocurre durante la atención clínica de un paciente y que no resulta en daño, pero que revela fallas en los procesos de atención.

AMEF: se refiere al Análisis de Modo y Efecto de

Cultura organizacional. La cultura organizacional sintetiza el conjunto de normas y principios que orientan el desarrollo y el funcionamiento de una empresa, relacionado las capacidades de los trabajadores con los objetivos de la organización, y favoreciendo además el trabajo y el intercambio de ideas entre las personas (12). En este sentido, la cultura se establece como un factor clave para el desarrollo de un trabajo colaborativo a la empresa, a través de la aplicación de valores y principios que funcionan como estándares para orientar el desarrollo del conocimiento y la generación de valor (13).

La cultura organizacional se establece al interior de las empresas como un estilo de vida, a través del cual se relacionan las creencias de los trabajadores, quienes interactúan en organizaciones que se establecen a su vez como sistemas complejos. En particular, estos sistemas están compuestos por un talento humano que posee características y comportamientos propios adoptados bajo un sistema de valores y cultura adquiridos durante el desarrollo de su propia persona (12).

Es preciso, por tanto, entender a la cultura organizacional como herramienta de acción social, se deben tener en cuenta diversos aspectos tales como incentivos o beneficios, los cuales facilitan el aprendizaje y la adaptación externa e integración interna de los colaboradores. Así, la cultura organizacional no se restringe estrictamente a la exaltación de una ideología, sino que apunta a consolidar una identidad de la organización basada en los lineamientos de dirección, involucrando directa o indirectamente los miembros de la organización, como también personas externas a esta, pues todo deriva de un constructo social (13).

Marco Legal

Ley 100 de 1993: Donde se creó el sistema de seguridad social integral para los ciudadanos de Colombia.

La Seguridad Social Integral abarca un conjunto de entidades, regulaciones y procesos que están disponibles tanto para individuos como para la comunidad en general. Su propósito es garantizar una elevada calidad de vida, a medida que se avanza gradualmente en la implementación de los planes y programas diseñados por el Estado y la sociedad para ofrecer una protección integral frente a situaciones adversas, en particular aquellas que afectan la salud y la situación económica de los residentes del territorio nacional. Todo ello se realiza con el objetivo de promover el bienestar individual y la integración de la comunidad

Con la promulgación de esta ley, se dio inicio a un nuevo sistema de atención en salud que consistió en la creación de entidades prestadoras de servicio que el estado contrata para ofrecer desde el régimen contributivo o subsidiado los servicios al que tiene derecho todo ciudadano colombiano. Art. 177. Estas entidades prestadoras además de ser autónomas y tener una solvencia económica, deben ofrecer los servicios con calidad a todos sus afiliados como lo señala la ley. Art. 185.

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que la seguridad social se convirtiera en un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y supervisión del Estado. Este servicio debe cumplir con los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad, especialmente en lo que respecta a la atención médica en Colombia.

Esta regulación dio lugar a la reorganización del sistema de salud, que antes de 1991 estaba estructurado en tres subsistemas: salud pública, seguros sociales (a cargo del Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y el subsistema privado de servicios de salud. El nuevo modelo fue definido en la Ley 60 de 1993, que delineó las competencias y recursos asignados a diferentes entidades territoriales. La Ley 100 de 1993, por su parte, creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual se incorporó la Acreditación en Salud como un medio voluntario para mejorar la calidad de los servicios de salud, como se estableció en el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue respaldada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

En los primeros años de la década de los 90, el Ministerio de Salud, con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y diversas organizaciones del sector, elaboró un "Manual de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)". Este manual se basó en el "Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe" publicado por la OPS en 1991. El manual fue utilizado en una prueba piloto realizada por el Seguro Social, el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en varias instituciones del Seguro Social y otras entidades.

En agosto de 1994, el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, que establecía la creación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no se aplicó, y el tema de la acreditación se pospuso, con el manual sin difusión.

En 1996, el Ministerio emitió el Decreto 2174, posteriormente derogado por el Decreto 2309 de 2002, que reglamentó por primera vez el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Este decreto definió la acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud.

Cerca de cuatro años después, el Ministerio de Protección Social encargó un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS. Este estudio analizó los avances en la acreditación de instituciones de salud en 12 países con un nivel de desarrollo igual o superior al de Colombia, además de los principios desarrollados por la ISQua (International

Society for Quality in Health Care) y su programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía para los organismos de acreditación en salud a nivel mundial.

Basándose en este estudio y la experiencia de varias organizaciones y el Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia. Este sistema fue desarrollado después de amplias discusiones a nivel nacional, múltiples reuniones de consenso y pruebas piloto tanto en IPS como en EPS. La reglamentación del Sistema Único de Acreditación en Salud se estableció en la Resolución 1474 de 2002, como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC).

Es relevante mencionar que la primera regulación del SOGC se realizó en 1996 con el Decreto 2174, posteriormente derogado por el Decreto 2309 de 2002, que definió al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos, desarrollados por el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2002, a través de la resolución WHA55.18, expresa la importancia de prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, consolidando sistemas de base científica para mejorar la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología (10).

En Colombia, se ha reconocido que los eventos adversos se pueden evitar haciendo uso de esquemas basados en análisis de riesgos y en la divulgación de hechos cometidos. Por lo anterior, el Ministerio de Salud de Colombia, crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, que tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente. Para ello, resulta vital reducir o eliminar la ocurrencia de eventos adversos, con el fin de contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Para alcanzar las metas planteadas asociadas con la seguridad del paciente, se resalta la Resolución número 1441 de 2013, la cual define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, basados en la calidad y en el desarrollo de una serie de prácticas que ayuden a reducir el riesgo en la mayor medida posible. Finalmente, se destaca la Política de Atención Integral en Salud PAIS, cuya finalidad es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud.

Son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud:

1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria.
2. El cuidado
3. La gestión integral del riesgo en salud
4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

En particular, la gestión integral del riesgo en salud tiene como fin articular la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedades. Para ello, se establecen procesos y protocolos definidos de intervención, sistemas de clasificación de riesgos, sistemas de monitoreo y evaluación de resultados, los cuales deben articularse de manera efectiva con la cultura de cada una de las instituciones de salud.

Finalmente, se destaca el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el cual se dictan las políticas para que todos los actores del sistema de salud garanticen efectiva y equitativamente servicios con todos los componentes que definen la calidad de la atención, incorporando el enfoque del riesgo en todos sus procesos.

¿Qué avances en seguridad del paciente hemos tenido en Colombia?

Desde la publicación del informe titulado "Error es humano", se ha destinado una inversión significativa a nivel global para la investigación, educación relacionada con la seguridad de los pacientes y la implementación de diversas prácticas seguras. Este esfuerzo tiene como objetivo reducir progresivamente la probabilidad de que ocurran incidentes adversos prevenibles durante la atención médica.

En Colombia, se ha participado activamente en esta iniciativa. Un ejemplo de ello es la introducción, en el año 2005, del requisito de contar con un sistema de reporte de incidentes adversos como condición para la acreditación de instituciones de salud en el Sistema Único de Acreditación en Salud. Esto llevó a que estas instituciones de manera voluntaria desarrollaran y mejoraran continuamente programas de seguridad del paciente.

Posteriormente, el componente de Habilitación en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad estableció la implementación de programas de seguridad del paciente y la adhesión a diez buenas prácticas prioritarias como requisito mínimo para los proveedores de servicios de salud. Actualmente, Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas, basadas en evidencia y recomendaciones de expertos que aumentan la seguridad en la atención al paciente. Para facilitar la comprensión y aplicación de estas prácticas, se han desarrollado paquetes educativos que orientan a los profesionales de la salud en su implementación y evaluación.

En línea con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente en las instituciones de salud, se ha evolucionado de una recomendación estatal a la obligación de establecer una estructura dedicada exclusivamente a la seguridad del paciente. Esto incluye la formulación de una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y la definición de procesos asistenciales seguros, como se establece en la Resolución 2003 de 2014(14).

Diseño Metodológico

Tipo y Enfoque del estudio

Básico, para profundizar el conocimiento, sin enfrentarlos con la realidad. Es un estudio correlacional, puesto que su finalidad es evaluar el nivel de asociación existente en las dos variables. Es un estudio no experimental, ya que describirá el entorno del problema; de corte transversal, puesto que se obtendrán datos de un momento específico. Es de perspectiva cuantitativa, debido a que se cuantificará la información estadística que comprobará los objetivos.

Población

Integrada por el 100% del personal del equipo de salud de la I.P.S Juan Tama punto de atención Inzá Cauca Colombia, en el período 2023

Escala Likert

El uso de la Escala Likert en la metodología de investigación es de suma importancia debido a su capacidad para medir y cuantificar las actitudes, opiniones y percepciones de los participantes de manera estandarizada y confiable. A continuación, se detalla la importancia de esta metodología:

Medición precisa de constructos abstractos: Muchos aspectos de la experiencia humana, como las actitudes y opiniones, son abstractos y difíciles de medir directamente. La Escala Likert proporciona una estructura que permite a los investigadores asignar valores numéricos a estos constructos abstractos, lo que facilita su cuantificación y análisis.

Estandarización de respuestas: La escala Likert ofrece una serie de opciones de respuesta predefinidas, que van desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". Esto estandariza las respuestas de los participantes, lo que facilita la comparación y el análisis de datos entre diferentes grupos o momentos en el tiempo.

Análisis cuantitativo: Las respuestas de la Escala Likert son datos cuantitativos, lo que permite un análisis estadístico riguroso. Esto no solo facilita la identificación de patrones y tendencias, sino que también permite la aplicación de pruebas estadísticas para evaluar la significación de las diferencias y relaciones entre variables.

Versatilidad: La Escala Likert es altamente adaptable a una amplia gama de temas y cuestiones de investigación. Puede aplicarse en diversas disciplinas, como psicología, sociología, educación, marketing, salud y muchas otras, lo que la convierte en una herramienta versátil para recopilar datos en distintos campos de estudio.

Facilita la comparación y la replicación: Al utilizar una metodología común como la Escala Likert, los resultados de diferentes estudios pueden ser comparados de manera más efectiva. Esto fomenta la replicación de investigaciones y la construcción gradual del conocimiento científico.

Identificación de cambios a lo largo del tiempo: La Escala Likert también se puede utilizar para realizar estudios longitudinales, permitiendo a los investigadores evaluar cómo las actitudes y opiniones cambian con el tiempo. Esto es especialmente relevante en investigaciones que buscan comprender tendencias y evoluciones en la sociedad.

Información relevante para la toma de decisiones: Los resultados obtenidos a través de la Escala Likert a menudo tienen implicaciones prácticas y pueden ser utilizados para respaldar la toma de decisiones en contextos académicos, empresariales y políticos.

Criterios de Inclusión

Trabajar en la I.P.S JUAN TAMA, punto de atención Inzá. Contar con contrato laboral a término fijo, OPS o indefinido. Vinculación mayor a 5 meses. Voluntad de participar en el estudio

Criterios de Exclusión

Personal transitorio que se encuentre cubriendo licencias, incapacidades o vacaciones.

Instrumento

A los integrantes del equipo de salud se les aplicó el instrumento de medición Hospital Surveyon Patient Safety Culture. Este instrumento de medición está validado en una gran cantidad de países e idiomas. Presenta características psicométricas confiables y probadas en la evaluación de los matices referentes a la cultura que proporciona seguridad a los pacientes en los hospitales, puesto que proporciona información sobre la cultura de seguridad y permite identificar debilidades y fortalezas.

El cuestionario aplicado está conformado por 42 ítems, más 9 cuestionamientos complementarios respecto a variables sociodemográficas. La valoración de los ítems se hizo mediante una escala de tipo Likert de 5 niveles:

Gráfico 2. Metodología del estudio realizado



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 7. Elementos del estudio realizado

ELEMENTO	ITEMS
1. Repetitividad de acontecimientos comunicados	1
2. Perspectiva con respecto a seguridad	4
3. Perspectivas y quehaceres de la administración que benefician la seguridad	4
4. Enseñanza organizacional para mejorar continuamente	3
5. cooperación grupal en la atención	4
6. Honestidad en la transmisión de la información	3
7. Retroalimentación e informes con respecto a las equivocaciones	3
8. No responder punitivamente a las equivocaciones	3
9. Dotación de los trabajadores	4
10. Soporte por parte de la administración hospitalaria a la seguridad de los pacientes	3
11. Cooperación organizacional en los equipos de servicio	4

Fuente: Elaboración Propia

Los datos obtenidos se agruparon en 3 categorías, a saber, 1.) Respuesta positiva, 2.) Respuesta neutral y 3.) Respuesta negativa.

Posteriormente, se determinarán las fortalezas y las debilidades, así como las áreas de oportunidad, de acuerdo con los porcentajes resultantes de las respuestas, bajo los siguientes criterios:

Tabla 8. Oportunidades de estudio en los participantes

FORTALEZA	DEBILIDAD	ÁREA DE OPORTUNIDAD
Porcentaje mayor o igual al 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo.	Porcentaje mayor o igual al 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo.	Porcentaje mayor o igual al 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo. Porcentaje mayor o igual al 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

Fuente: Elaboración Propia

Caracterización de Variables

Operacionalización de variables

Las variables se evaluaron como cuantitativas nominales.

1) Seguridad del paciente

Área de trabajo: colaboración mutua; personal suficiente; trabajo en equipo; trato cordial y respetuoso; medidas precautorias; sobrecarga de trabajo.

Servicios primarios: entorno de seguridad; modificaciones de horario; seguridad esencial; interesarse en la seguridad.

2) Cultura organizacional

Comunicación: notificación de modificaciones; cuestionamiento de decisiones; discusión de los errores; recelo a preguntar.

Sucesos notificados: notificación de errores graves y mínimos.

Dirección: Comunicación positiva; sugerencias del personal; trabajo bajo presión; problemas de seguridad.

3) Eventos adversos

Administración clínica: no se efectúa en el momento indicado; inadecuado o incompleto; paciente equivocado; servicio equivocado.

Procedimientos asistenciales: No se efectúa según lo indicado; inadecuado incompleto; procedimiento equivocado; zona del cuerpo equivocada.

Errores en la documentación: sin documentación; retardo a su acceso; documento equivocado; datos incompletos.

Errores en la medicación: paciente equivocado; medicamento equivocado; dosis o administración incorrectas; vía de administración equivocada; medicamento caducado.

Procedimiento de recolección de la información

Se solicitó la participación del personal del equipo de salud de la I.P..S. Juan Tama, punto de atención Inzá, Cauca Colombia, en el período 2022. A cada trabajador se le entregó el cuestionario para que respondiera con sinceridad, calma y en anonimato. Se utilizaron dos sondeos conformados por una explicación introductoria, indicaciones e información específica y general.

Plan de análisis

El tratamiento estadístico de estos datos se realizó con medidas de frecuencia. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.

Se utilizarán los siguientes programas: paquete estadístico SPSS, Microsoft Excel. Tabulaciones y diagramas.

Aspectos Éticos.

Tabla 9. Aspectos sociodemográficos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Hace referencia a los aspectos de sexo, edad, estado civil, entre otros que permiten identificar a los individuos.	Si se revisa este aparte podemos observar que los encuestados son personas profesionales de la región; pero también son personas que vienen de otras regiones de nuestro país	Cuantitativa. - Cualitativa.	Nominal.	Según los estándares y la reglamentación del trabajo a los individuos que se desempeñan como profesionales en el sector salud, se sugiere que sean idóneos en la materia y sobre todo se maneje la ética profesional.

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 10. Seguridad del Paciente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
SEGURIDAD DEL PACIENTE.	La seguridad del paciente hace referencia a un conjunto de procesos, métodos e instrumentos que se fundamentan en evidencias científicas desde	Seguridad en el área de trabajo. Seguridad brindada por la Dirección. Seguridad desde la comunicación. Frecuencia de sucesos notificados.	Cuantitativa y cualitativa.	Nominal	Un entorno laboral seguro y saludable, que promueva la seguridad del paciente como prioridad, incluye: Comunicación sobre errores, modificaciones para prevenirlos y

	las cuales es posible reducir la presencia de errores y fallas en las diversas actividades que integran la atención en salud a un paciente	Seguridad desde la atención primaria			divulgar incidentes adversos, con estadísticas actualizadas. Fomento del apoyo mutuo y trabajo en equipo, caracterizado por el respeto y la colaboración.
--	--	--------------------------------------	--	--	---

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 11. Eventos en la seguridad del paciente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
EVENTOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>Un evento adverso es el daño no intencionado causado por la atención médica. Pueden ser prevenibles si se habrían evitado cumpliendo los estándares de cuidado disponibles.</p>	<p>En los eventos que se presentan que en su mayoría son adversos; es decir no intencionales, si bien se reportan, se presentan situaciones negligentes frente a estas situaciones.</p>	<p>Cuantitativa, cualitativa.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Para el análisis de los eventos adversos es clave analizar las causas que lo originaron, con el fin de desarrollar un análisis causal, y así definir e identificar las barreras de seguridad (11). En general, los eventos adversos obedecen a la ausencia de procedimientos normalizados para todas las actividades que tienen que ver con la atención del paciente, con la falta</p>

					de procesos de verificación y con limitaciones en la capacitación y formación del recurso humano.
--	--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 12. Aspectos del individuo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Individuo	Es todo aquel que se logra identificar dentro de una población y que se aplica como un ser diferenciado cuyas acciones están dadas en su ser.	El equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del	Cuantitativo, cualitativo	Nominal.	deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 13. Cultura organizacional

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
<p align="center">CULTURA ORGANIZACIONAL</p>	<p>Sintetiza el conjunto de normas y principios que orientan el desarrollo y el funcionamiento de una empresa, relacionando las capacidades de los trabajadores con los objetivos de la organización, y favoreciendo además el trabajo y el intercambio de ideas entre las personas. Así se establece como un factor clave para el desarrollo de un trabajo colaborativo a través de la</p>	<p>Identificación con la institución. Relaciones Interpersonales. Comunicaciones. Posición actual. Reconocimiento, ambiente y condiciones de trabajo, capacitación y desarrollo</p>	<p>Cuantitativa.</p>	<p>Nominal.</p>	<p>Lealtad, compromiso y respeto a la institución, vinculación afectiva. Cooperación, asertividad, habilidad para el manejo de situaciones difíciles. Coordinación, respeto a las opiniones, sugerencias e información clara. Satisfacción con el puesto, contribución institucional, participación laboral. Gratificación laboral, ascensos, manejo de la meritocracia. Ambiente físico,</p>

	<p>aplicación de valores y principios que funcionan como estándares para orientar el desarrollo del conocimiento y la generación de valor.</p>				<p>higiene, materiales y equipos, actividades culturales. Desarrollo laboral, cursos, capacitación, promoción.</p>
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 14. Aspectos de comunicación

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
LA COMUNICACIÓN	<p>La comunicación es un proceso que tiene por fin la transmisión de mensajes entre un emisor y un receptor. La comunicación entre el paciente y el personal sanitario y/o no sanitario es una cuestión que</p>	<p>Es importante que la comunicación se lleve a cabo con cada uno de los integrantes del personal, siguiendo los protocolos de seguridad</p>	<p>Cuantitativa y cualitativa.</p>	<p>Nominal-</p>	<p>En el desarrollo de la prevención de eventos adversos y la seguridad del paciente, se requiere una excelente comunicación, no solamente verbal, sino también escrita a través de los protocolos.</p>

	determina en gran medida la percepción de la calidad de la asistencia que recibe el paciente.				
--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 15. Eventos adversos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
EVENTOS ADVERSOS.	<p>Un evento adverso es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.</p> <p>Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles: evento adverso prevenible es aquel cuyo resultado es no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado</p>	<p>Se realiza en relación con la aplicación de las normas y las acciones de la cultura organizacional en relación con la atención del personal y sus pacientes</p>	<p>Cuantitativa y cualitativa.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Administración clínica: no se efectúa en el momento indicado; inadecuado o incompleto; paciente equivocado; servicio equivocado.</p> <p>Procedimientos asistenciales: No se efectúa según lo indicado; inadecuado incompleto; procedimiento equivocado; zona del cuerpo equivocada.</p> <p>Errores en la documentación; retardo a su acceso; documento equivocado; datos incompletos. Errores en la medicación: paciente equivocado; medicamento equivocado; dosis o administración</p>

					incorrectas; o equivocada; medicamento caducado
--	--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración Propia

Cronograma

Tabla 16. Cronograma del proyecto

5.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES														
Actividad	Resultado	Responsable	Mes											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión Bibliográfica	Marco teórico	Nancy Collazos Dolly Palmito Jessica Tinoco Sara Benítez	X	X	X									
Elaboración Anteproyecto	Presentación del anteproyecto	Nancy Collazos Dolly Palmito Jessica Tinoco				X	X	X	X	X				
Socialización CSP ESE TIERRADENTRO	Diagnóstico	Nancy Collazos Dolly Palmito Jessica Tinoco									X	X		
Análisis de resultados	Propuestas	Nancy Collazos Dolly Palmito Jessica Tinoco											X	
Elaboración proyecto final	Estrategias de mejora	Nancy Collazos Dolly Palmito Jessica Tinoco												X

Fuente: Elaboración Propia

Presupuesto.

Tabla 17. Presupuesto del Proyecto

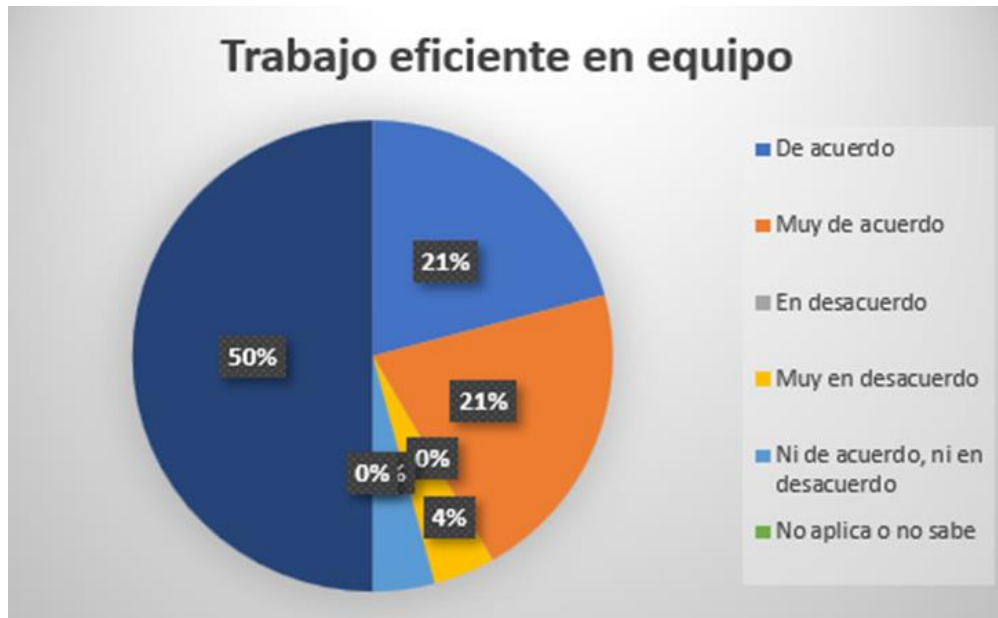
DETALLE	CANTIDAD	VOLOR UNITARIO	TOTAL
PERSONAL	3	1,000,000	3,000,000
EQUIPOS	2	1,500,000	3,000,000
SOFTWARE	1	100,000	100,000
MATERIALES		500,000	500,000
SALIDAS DE CAMPO	3	200,000	600,000
SERVICIO TECNICO	1	50,000	50,000
VIAJES	9	30,000	270,000
VARIOS		150,000	150,000
TOTAL			7,670,000

Fuente: Elaboración Propia

Resultados y Análisis

Gráfico3. Trabajo eficiente en equipo

En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente	Personal IPS
De acuerdo	5
Muy de acuerdo	5
En desacuerdo	0
Muy en desacuerdo	1
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes mencionados con relación al trabajo eficiente en equipo de los profesionales (enfermeros, administrativos, psicólogos, médicos y odontólogos) reflejan un alto nivel de aceptación y acuerdo:

El 50% de acuerdo: Este porcentaje indica que la mayoría de las personas concuerda con la eficacia del trabajo en equipo de estos profesionales. Este hallazgo sugiere la existencia de una colaboración efectiva entre ellos, lo cual podría conducir a una atención de mayor calidad y resultados positivos para los pacientes.

El 21%, muy de acuerdo: Este segmento representa una alta confianza y aprobación en el trabajo en equipo. Es plausible que aquellos que están "muy de acuerdo" hayan experimentado de primera mano los beneficios de una labor colaborativa y coordinada entre estos roles.

El 0% en desacuerdo: Resulta alentador observar que no se registra ninguna discrepancia en cuanto a la eficacia del trabajo en equipo de estos profesionales. Esto sugiere que el consenso general es favorable, lo cual podría insinuar una comunicación y coordinación efectivas entre los diferentes roles involucrados.

Un 4% muy en desacuerdo: Aunque este porcentaje es relativamente bajo, algunas personas manifiestan un nivel de desacuerdo con respecto a la eficacia del trabajo en equipo de estos profesionales. Esto podría derivarse de experiencias individuales adversas o percepciones personales.

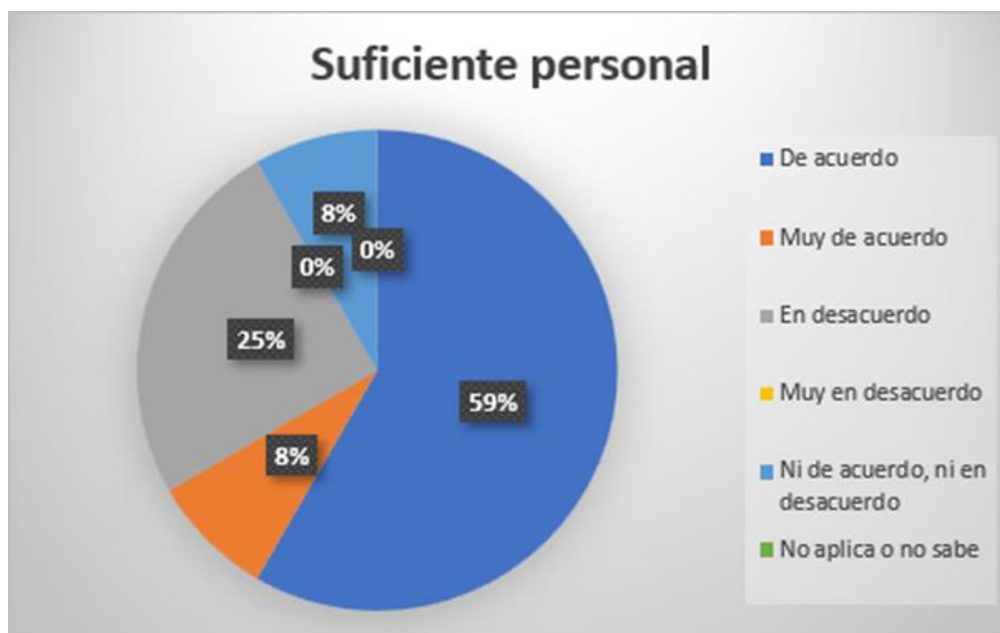
Un 4% ni de acuerdo ni en desacuerdo, lo que indica indecisión o neutralidad con respecto al trabajo en equipo de estos profesionales. Es plausible que existan diversas opiniones o una falta de experiencia personal para formar una opinión sólida al respecto.

Finalmente, el 0% no aplica/no sabe: Este porcentaje refleja que no existen personas que consideren que la pregunta no es aplicable o que carecen de información suficiente para emitir una opinión.

En resumen, los porcentajes mayoritarios de acuerdo y muy de acuerdo sugieren que estos profesionales operan con eficacia en equipo, lo cual es esencial para proporcionar una atención integral y de alta calidad a los pacientes. No obstante, es crucial tener en cuenta las opiniones minoritarias de desacuerdo o indecisión, ya que pueden señalar áreas de mejora o inquietudes que deben abordarse para fortalecer aún más la colaboración en equipo.

Gráfico 4. Suficiente personal

En esta unidad tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	Personal IPS
De acuerdo	7
Muy de acuerdo	1
En desacuerdo	3
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Con relación a los porcentajes sobre la disponibilidad de personal suficiente en diferentes roles de salud, como enfermeros, administrativos, psicólogos, médicos y odontólogos, los resultados obtenidos son los siguientes:

El 59% está de acuerdo: Este porcentaje denota que la mayoría de los encuestados concuerda con la existencia de un contingente de personal suficiente en estos roles. Este dato insinúa que existe una fuerza laboral adecuada para satisfacer las necesidades de atención médica y proporcionar servicios de alta calidad.

El 8% está muy de acuerdo: Un pequeño porcentaje manifiesta estar "muy de acuerdo" con la disponibilidad de personal en estos roles. Este hallazgo podría indicar una notable confianza en la cantidad y calidad de los profesionales de la salud que conforman el equipo.

El 25% en desacuerdo: Un cuarto de los participantes en la encuesta muestra desacuerdo en lo referente a la disponibilidad de personal suficiente en estos roles. Este hecho podría estar relacionado con preocupaciones acerca de la escasez de profesionales o la posible sobrecarga de trabajo para el personal existente.

El 0% muy en desacuerdo: No se registró ninguna persona que esté "muy en desacuerdo" con la disponibilidad de personal suficiente en estos roles. Este resultado podría sugerir que los encuestados no perciben una carestía significativa de personal en estas áreas.

El 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Un reducido porcentaje de los encuestados manifestó una postura neutra, sin inclinarse ni hacia el acuerdo ni hacia el desacuerdo, respecto a la disponibilidad de personal suficiente en estos roles. Esta actitud podría atribuirse a la falta de conocimiento o a la ausencia de experiencia personal en la materia.

Y un 0% no aplica o no sabe: No se identificó a ninguna persona que considere que la pregunta no es pertinente o que carezca de información suficiente para emitir una opinión.

En síntesis, estos resultados ponen de manifiesto que la mayoría de los participantes en la encuesta está de acuerdo con la disponibilidad de personal adecuado en los mencionados roles de atención médica. Sin embargo, también resulta esencial tomar en consideración las opiniones minoritarias en desacuerdo, ya que podrían indicar áreas que requieren atención y mejoras en cuanto a los recursos humanos en el campo de la salud.

Gráfico 5. Horas de trabajo

El personal en esta unidad trabaja más horas de lo estipulado para el cuidado del paciente	Personal IPS
De acuerdo	10
Muy de acuerdo	2
En desacuerdo	0
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12

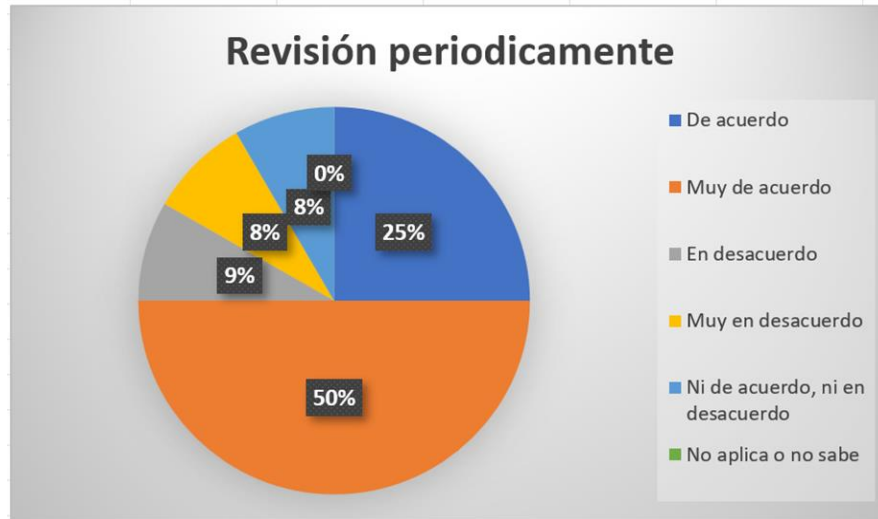


Fuente: Elaboración Propia

El análisis de los porcentajes relativos al personal de esta unidad que excede las horas de trabajo estipuladas arroja los siguientes resultados: un 83% está de acuerdo, mientras que un 17% manifiesta estar muy de acuerdo. No se registran porcentajes de desacuerdo, muy en desacuerdo, ni de aquellos que se encuentren en una posición neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo). Tampoco se identifican casos en los que la pregunta se considere no aplicable o en los que los encuestados indiquen desconocer la respuesta.

Gráfico 6. Revisión periódica

Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente.	Personal IPS
De acuerdo	3
Muy de acuerdo	6
En desacuerdo	1
Muy en desacuerdo	1
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

El análisis de los resultados de la encuesta en relación con la unidad encargada de realizar revisiones periódicas para garantizar la seguridad de los pacientes arroja las siguientes conclusiones:

El 25% de las personas encuestadas están de acuerdo: Un cuarto de los participantes en la encuesta manifiesta su conformidad con la labor de esta unidad. Este dato señala que existe un reconocimiento por parte de este grupo acerca de la importancia de llevar a cabo evaluaciones regulares con el fin de salvaguardar la seguridad de los pacientes.

El 50% está muy de acuerdo: La mitad de los encuestados expresan un alto grado de acuerdo con la unidad encargada de efectuar las revisiones periódicas. Este porcentaje refleja un elevado nivel de reconocimiento y respaldo a estas prácticas, lo que sugiere una valoración positiva de la relevancia de la seguridad del paciente.

El 9% está en desacuerdo: Un porcentaje reducido de los participantes en la encuesta manifiesta su desacuerdo con la unidad responsable de las revisiones periódicas. Esto podría

indicar dudas o preocupaciones acerca de la eficacia de estas revisiones o la necesidad de implementar cambios adicionales.

El 8% está muy en desacuerdo: El 8% de las personas encuestadas expresan un marcado desacuerdo con la unidad encargada de realizar las revisiones periódicas. Este grupo muestra una discrepancia significativa en sus opiniones y podría tener serias reservas sobre la efectividad de estas evaluaciones.

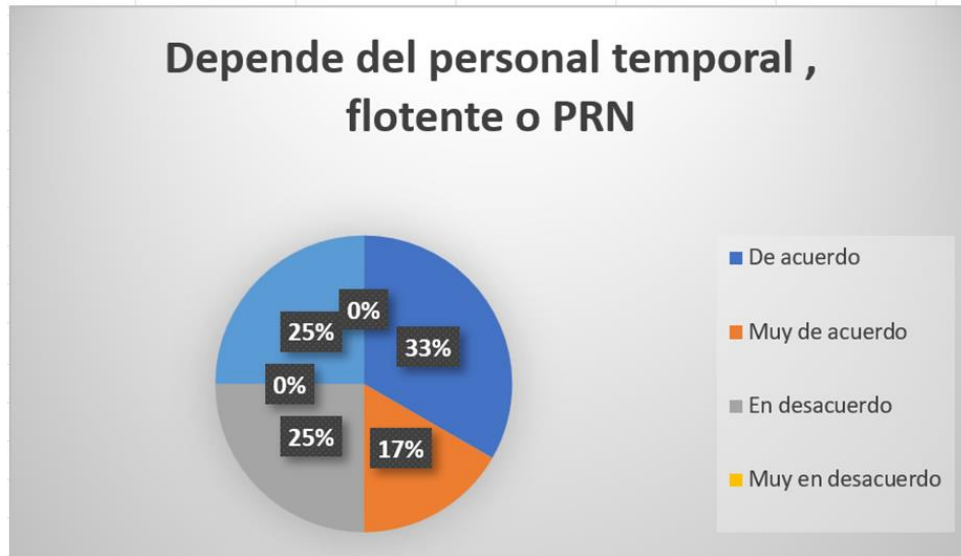
El 8% no muestra ni acuerdo ni desacuerdo: Un porcentaje adicional del 8% de los participantes en la encuesta no ha manifestado una posición definida, ni a favor ni en contra, con respecto a esta unidad.

El 0% no considera aplicable o carece de conocimiento: No se ha identificado ninguna persona encuestada que considere que la pregunta no se ajusta a su situación o que carezca de información suficiente para emitir una opinión.

En resumen, los resultados globales indican un amplio reconocimiento y apoyo a la unidad encargada de llevar a cabo revisiones periódicas con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente. No obstante, también se observa un porcentaje minoritario de personas en desacuerdo o con reservas respecto a estas prácticas. Es imperativo tener en cuenta estas perspectivas y colaborar para asegurar la seguridad y la mejora continua de los procesos de trabajo relacionados con la atención de los pacientes.

Gráfico7. Personal temporal

Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN	Personal IPS
De acuerdo	4
Muy de acuerdo	2
En desacuerdo	3
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes de la unidad que depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN, podemos examinar los siguientes datos:

El 33% está de acuerdo: Un tercio de las personas encuestadas manifiesta su acuerdo con la utilización de esta estructura de personal en la unidad. Esto sugiere que este grupo considera que dicha modalidad es eficaz y beneficia al funcionamiento general de la unidad.

El 17% está muy de acuerdo: Un 17% de las personas encuestadas están "muy de acuerdo" con la dependencia de personal temporal, flotante o PRN en esta unidad. Esto indica que, aunque en menor proporción, todavía existe un grupo considerable de personas que respaldan completamente esta estructura de personal.

El 25% en desacuerdo: Un cuarto de las personas encuestadas muestra desacuerdo en relación con la dependencia de personal temporal, flotante o PRN en esta unidad. Este dato podría sugerir inquietudes acerca de la estabilidad y la calidad del personal, así como posibles repercusiones negativas en la eficiencia y la continuidad de las operaciones.

El 0% está muy en desacuerdo: No se identifica a ninguna persona encuestada que haya expresado un fuerte desacuerdo con esta estructura de personal. Esto podría indicar que, aunque existen algunas preocupaciones, no se ha manifestado un rechazo total hacia la dependencia de personal temporal, flotante o PRN en esta unidad.

El 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Otro cuarto de las personas encuestadas no ha adoptado una postura definida, ni a favor ni en contra, en lo que respecta a la dependencia de personal temporal, flotante o PRN en esta unidad.

El 0% no aplica o no sabe: No se ha registrado ningún caso en el que las personas encuestadas consideren que la pregunta no es aplicable a su situación o que carezcan de información suficiente para emitir una opinión.

Gráfico 8. Errores en su contra

En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra.	Personal IPS
De acuerdo	2
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	9
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

La importancia de los errores en el campo de la salud:

El 17% de las personas que están de acuerdo pueden respaldar la necesidad de reconocer los errores y trabajar en su prevención. Pueden argumentar que al admitir los errores y aprender de ellos, se pueden implementar cambios para mejorar la calidad y seguridad del cuidado de la salud.

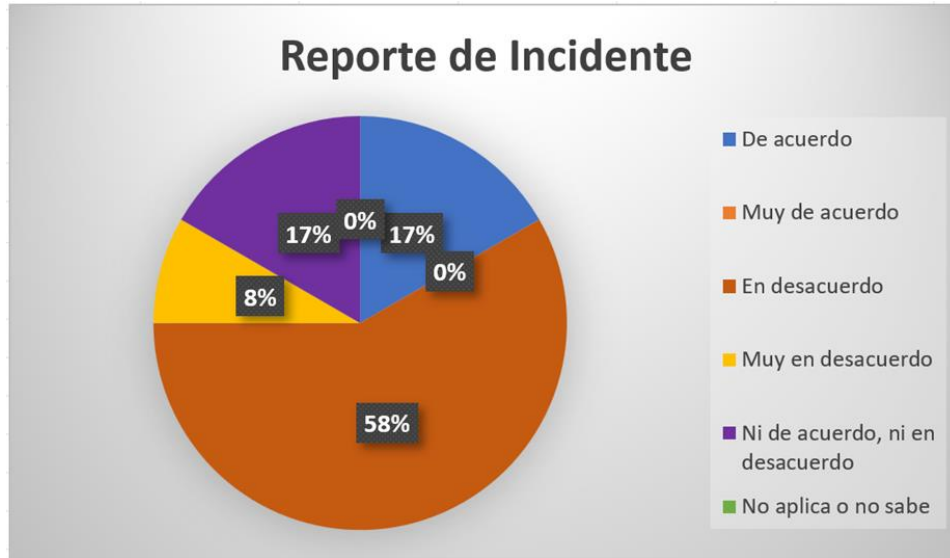
El elevado porcentaje del 75% que está en desacuerdo puede indicar una preocupación generalizada acerca de la ocurrencia de errores y la necesidad de abordarlos de manera más efectiva. Pueden argumentar que es esencial implementar medidas adicionales para prevenir errores y brindar una atención de calidad y segura.

El 8% que se encuentra ni de acuerdo ni en desacuerdo puede indicar una indecisión o una falta de información sobre el tema. Puede ser crucial educar y concientizar a estas personas sobre la importancia de reconocer y prevenir errores en la atención médica.

En términos generales, es fundamental trabajar en la reducción de errores en el ámbito de la salud, involucrando a todos los profesionales de la salud y promoviendo una cultura de seguridad y mejora continua. Esto garantizará la prestación de una atención de calidad y segura para los pacientes.

Gráfico 9. Reportes de incidentes

Quando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	Personal IPS
De acuerdo	2
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	7
Muy en desacuerdo	1
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

El porcentaje de respuestas proporcionado refleja las opiniones de las personas con respecto a cómo se sienten cuando se reporta un incidente en esta unidad y si creen que la persona está siendo reportada en lugar de abordar el problema en sí.

El 17% está de acuerdo, lo que sugiere que consideran que al reportar un incidente, se está culpando directamente a la persona en lugar de abordar el problema subyacente. Pueden argumentar que esta forma de gestionar los incidentes puede generar una sensación de aislamiento y contribuir a un ambiente de trabajo poco saludable.

Ninguna persona está muy de acuerdo, lo que indica que nadie respalda firmemente el enfoque actual de reportar incidentes como adecuado y justificado.

El 58% está en desacuerdo, lo que señala que la mayoría de las personas no están de acuerdo con la afirmación. Pueden argumentar que al reportar un incidente, se está focalizando en la

situación o el problema en sí, y no en la persona involucrada. Puede existir una inclinación hacia un enfoque más objetivo y centrado en la resolución de problemas.

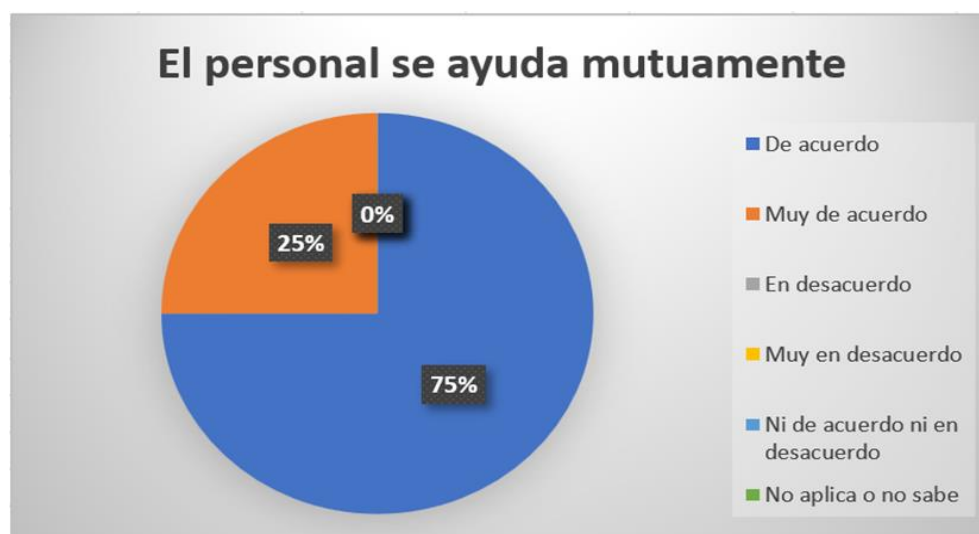
El 8% está muy en desacuerdo, lo que sugiere que estas personas sienten firmemente que el propósito del reporte de incidentes no es señalar ni responsabilizar a individuos específicos, sino abordar los problemas y encontrar soluciones efectivas.

El 17% ni está de acuerdo ni en desacuerdo, lo que indica que hay un grupo de personas que no tienen una opinión fuerte sobre el tema o que carecen de suficiente información para formarse una opinión.

En resumen, los porcentajes revelan una diversidad de opiniones sobre la forma en que se reportan los incidentes en esta unidad y la percepción de si se está culpando a la persona o al problema. Existen puntos de vista tanto a favor como en contra de la idea de que las personas se sientan reportadas en lugar de abordar el problema en sí. Estas opiniones pueden basarse en la importancia de un enfoque objetivo y centrado en la resolución de problemas en el entorno laboral.

Gráfico 10. Ayuda mutua del personal

Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente	Personal IPS
De acuerdo	9
Muy de acuerdo	3
En desacuerdo	0
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

El porcentaje proporcionado refleja las opiniones de las personas con respecto a la colaboración mutua entre el personal:

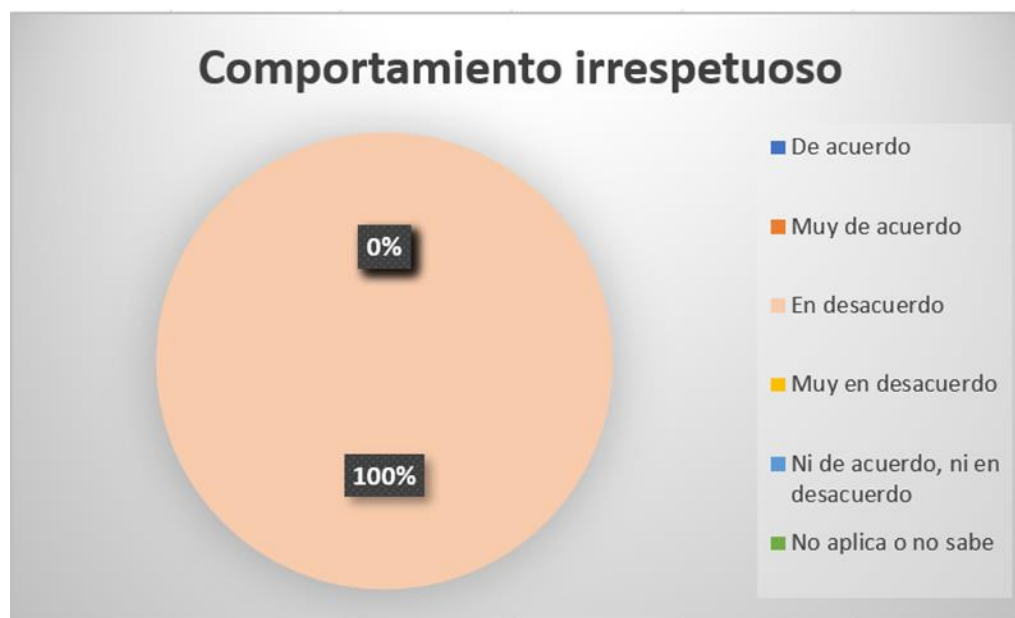
Un 75% está de acuerdo y un 25% está muy de acuerdo, lo que sugiere que la mayoría de las personas valoran la importancia de que el personal se brinde apoyo mutuo. Pueden argumentar que trabajar en equipo y respaldarse entre sí contribuye a la creación de un ambiente laboral positivo y fortalece la efectividad y la eficiencia en el trabajo. La colaboración puede generar sinergia, fomentar la creatividad, mejorar la comunicación y facilitar el logro de metas comunes.

No se registran porcentajes indicando desacuerdo, muy en desacuerdo, ni una posición neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo), ni la percepción de que la pregunta no es aplicable o la falta de conocimiento sobre el tema. Esto podría sugerir que las personas encuestadas no encuentran inconvenientes o desventajas en que el personal se brinde apoyo mutuo en su entorno laboral.

En conclusión, los porcentajes indican un sólido respaldo hacia la colaboración mutua entre el personal. Este enfoque fomenta la cooperación, la sinergia y el trabajo en equipo, lo que puede generar resultados positivos tanto para los individuos involucrados como para la organización en su conjunto.

Gráfico11. Comportamiento irrespetuoso

Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad.	Personal IPS
De acuerdo	0
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	12
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

El comportamiento irrespetuoso ha sido evaluado a través de una encuesta y los resultados revelan una posición unánime de rechazo hacia esta actitud. En términos específicos, se ha observado que el 0% de los encuestados se encuentra en acuerdo con el comportamiento irrespetuoso, mientras que otro 0% muestra una fuerte inclinación hacia la aprobación de dicho comportamiento. Estos resultados indican que ninguna persona encuestada respalda o muestra afinidad por actos irrespetuosos, lo que sugiere una postura clara y unívoca en contra de esta conducta.

El hecho de que el 100% de los encuestados haya expresado su desacuerdo con el comportamiento irrespetuoso refuerza la contundencia de esta conclusión. Todos los participantes en la encuesta han dejado claro que rechazan y desaprueban este tipo de comportamiento. Este alto grado de desacuerdo subraya la importancia de considerar el

comportamiento irrespetuoso como inaceptable dentro del contexto en el que se llevó a cabo la encuesta.

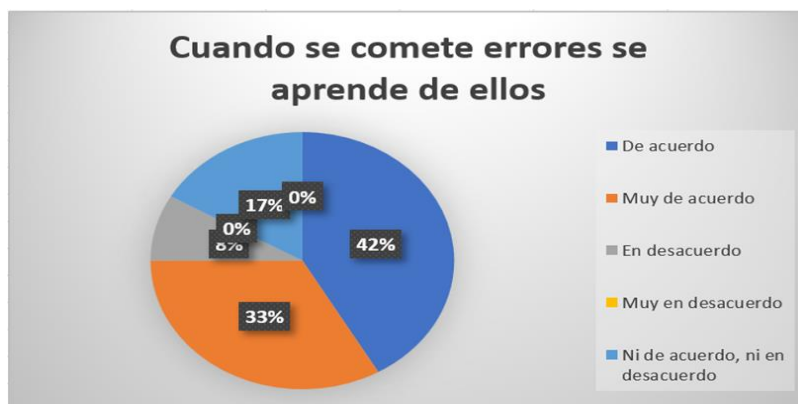
El 0% de las personas que muestran una posición "muy en desacuerdo" con el comportamiento irrespetuoso resalta que no existe una fuerte o firme oposición en la muestra encuestada. Esto posiblemente se deba a que el comportamiento irrespetuoso es ampliamente consensuado como inapropiado y carece de justificación o argumentación que respalde su práctica.

Por otro lado, el hecho de que ningún individuo se encuentre en la categoría "ni de acuerdo ni en desacuerdo" indica que las personas no han adoptado una posición neutral en relación con el comportamiento irrespetuoso. Más bien, parece que las opiniones oscilan entre el desacuerdo total y la firme oposición.

En síntesis, los resultados de la encuesta reflejan una clara aversión hacia el comportamiento irrespetuoso. Todos los participantes han manifestado su desacuerdo con este tipo de actitud y no se ha identificado ningún punto de vista neutral o favorable hacia él. Estos hallazgos enfatizan la imperante necesidad de promover y fomentar un ambiente respetuoso y cortés en todas las esferas de la vida.

Gráfico 12. Retroalimentación de errores

Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa.	Personal IPS
De acuerdo	5
Muy de acuerdo	4
En desacuerdo	1
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes proporcionados indican la opinión sobre la forma en que una unidad se enfoca en el aprendizaje en lugar de buscar culpables cuando el personal comete errores:

El 42% de acuerdo indica una notable proporción de individuos que respaldan la noción de que la unidad debe priorizar el aprendizaje en lugar de la atribución de culpas cuando surgen desaciertos. Este apoyo sugiere que dicho enfoque promueve un entorno propicio para la mejora continua y permite a los empleados aprender de sus errores sin temor a represalias o críticas.

El 33% muy de acuerdo señala que otro segmento considerable comparte firmemente esta perspectiva. Esto podría indicar que estas personas han experimentado de manera tangible los beneficios de un enfoque centrado en el aprendizaje y reconocen que la búsqueda de culpables no contribuye de manera constructiva al desarrollo individual o al equipo en su conjunto.

El 8% en desacuerdo representa una minoría que se opone a la premisa de priorizar el aprendizaje sobre la atribución de culpas. Esta perspectiva puede reflejar la creencia de que es esencial identificar responsabilidades y aplicar medidas disciplinarias para prevenir futuros errores.

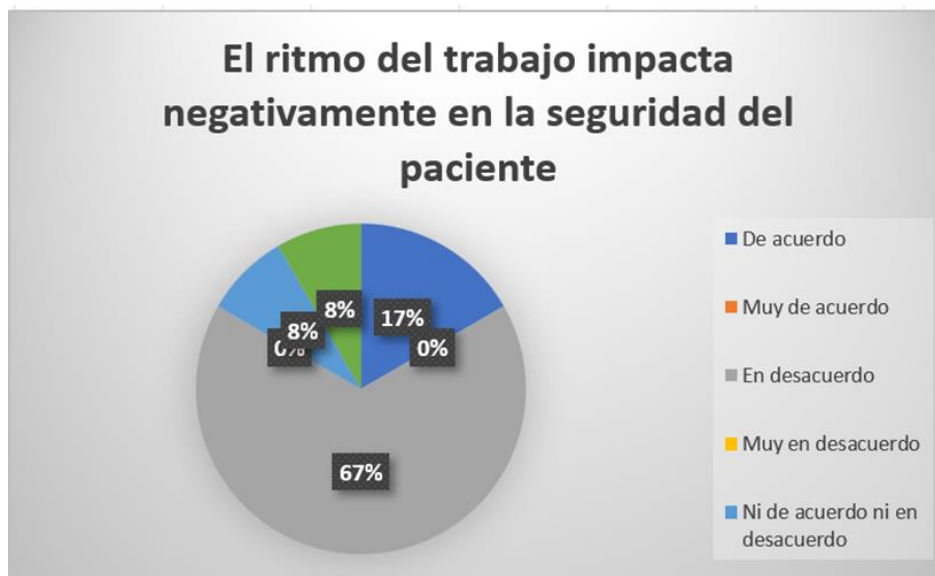
El 0% muy en desacuerdo evidencia que no se ha identificado a ninguna persona que rechace de manera categórica esta perspectiva. Esto sugiere que incluso aquellos que no están completamente de acuerdo reconocen ciertos beneficios en el enfoque de aprendizaje en lugar de la búsqueda de culpables.

El 17% ni de acuerdo ni en desacuerdo muestra que una parte de los encuestados no ha formulado una opinión definida sobre el tema. Esta postura podría deberse a la necesidad de más información o experiencia para formar una opinión más sólida.

En resumen, los porcentajes indican un amplio respaldo a la idea de que una unidad debe priorizar el aprendizaje en lugar de buscar culpables cuando se cometen errores. Aunque existe una minoría en desacuerdo, el consenso general respalda la importancia de cultivar una cultura de aprendizaje y mejora en lugar de fomentar un ambiente de culpabilidad y señalamientos.

Gráfico 13. Ritmo de trabajo y su impacto negativo

El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente.	Personal IPS
De acuerdo	2
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	8
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	1
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes proporcionados indican la opinión sobre el ritmo de trabajo en una unidad y su impacto en la seguridad del paciente:

El 17% de acuerdo sugiere que un grupo considerable de personas ha experimentado situaciones en las cuales el ritmo de trabajo acelerado ha resultado en errores o negligencias que afectan adversamente la seguridad del paciente. Este acuerdo podría derivar de experiencias personales o de un conocimiento previo de circunstancias análogas en la unidad.

A pesar de que el 0% se encuentra "muy de acuerdo," no se puede descartar la posibilidad de que algunas personas compartan esta perspectiva pero no hayan sido registradas en los resultados de la encuesta. Por lo tanto, no podemos afirmar de manera definitiva que no haya individuos que estén firmemente convencidos de que el ritmo de trabajo acelerado incide negativamente en la seguridad del paciente.

El 67% en desacuerdo nos permite inferir que una mayoría considera que el ritmo de trabajo acelerado no afecta negativamente la seguridad del paciente. Es plausible que estas personas creen que la unidad ha implementado medidas adecuadas para garantizar la seguridad, incluso manteniendo un ritmo de trabajo rápido.

Al igual que con el 0% muy en desacuerdo, es importante destacar que estos resultados pueden no reflejar completamente la opinión de todas las personas. Existe la posibilidad de que haya individuos que estén en fuerte desacuerdo con la afirmación pero que no se hayan reflejado en la encuesta.

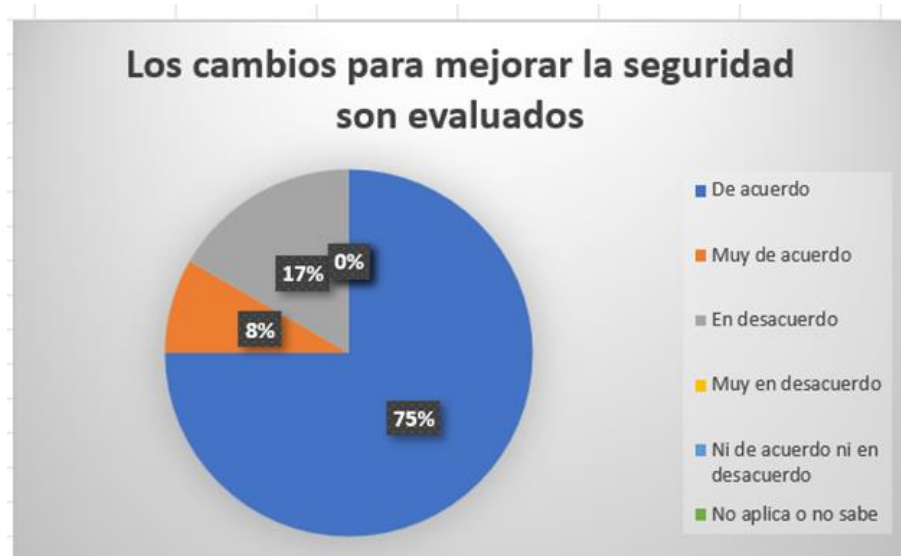
El 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo puede indicar que algunas personas no han formado una opinión definitiva sobre el tema. Es posible que estén indecisas o requieran más información para forjar una perspectiva sólidamente fundamentada sobre cómo el ritmo de trabajo influye en la seguridad del paciente.

El 8% que responde "no aplica" o "no sabe" sugiere que estas personas pueden no haber estado directamente involucradas en la unidad o que carecen de información suficiente para emitir un juicio. También podría denotar una falta de conocimiento acerca de las prácticas y políticas de seguridad del paciente en el entorno en cuestión.

Los porcentajes ofrecidos revelan la existencia de diversas opiniones respecto al impacto del ritmo de trabajo acelerado en la seguridad del paciente en una unidad específica. Estos datos subrayan la importancia de evaluar y abordar las percepciones y experiencias individuales en la búsqueda de un entorno de atención médica seguro y eficiente.

Gráfico14. Cambios en la seguridad

En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron.	Personal IPS
De acuerdo	9
Muy de acuerdo	1
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes de las respuestas sobre los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes son los siguientes:

El 75% de acuerdo: Este porcentaje indica que la mayoría de los participantes están alineados en la creencia de que las modificaciones introducidas han sido eficaces en la mejora de la seguridad del paciente. Este amplio acuerdo sugiere que las medidas adoptadas han tenido un impacto positivo sustancial en la seguridad y el bienestar de los pacientes atendidos en este contexto.

El 8% muy de acuerdo: Una minoría, pero significativa, de los encuestados manifiesta un alto grado de convicción en que los cambios implementados han tenido un impacto

extremadamente positivo en la seguridad de los pacientes. Estas personas pueden haber experimentado directamente los beneficios de estas medidas y haber sido testigos de mejoras notables en la seguridad durante su atención.

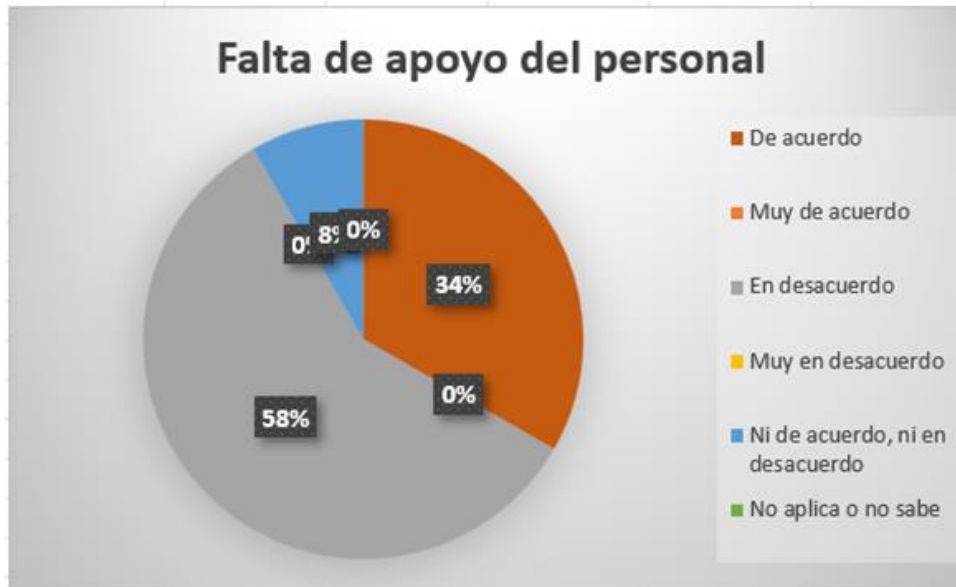
El 17% en desacuerdo: Un segmento de los encuestados expresa desacuerdo en cuanto a la efectividad de los cambios implementados para mejorar la seguridad del paciente. Esto implica que estas personas pueden tener perspectivas divergentes sobre la idoneidad y el impacto de las medidas adoptadas. Sus opiniones podrían basarse en experiencias personales o en una evaluación crítica de los resultados.

El 0% está muy en desacuerdo, 0% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 0% no aplica o no sabe: Los resultados indican que no se han registrado respuestas que reflejen un desacuerdo fuerte, neutralidad o falta de conocimiento con respecto a la efectividad de los cambios implementados. Esto sugiere que, según la muestra encuestada, no existen opiniones que se opongan significativamente a la idea de que los cambios han sido efectivos en la mejora de la seguridad del paciente.

En resumen, la mayoría de las personas están de acuerdo en que los cambios implementados para mejorar la seguridad de los pacientes han sido efectivos. Sin embargo, es importante tener en cuenta la opinión de aquellos que no están de acuerdo, ya que pueden proporcionar información valiosa para identificar áreas de mejora y seguir fortaleciendo la seguridad del paciente.

Gráfico 15. Falta apoyo del personal

En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente.	Personal IPS
De acuerdo	4
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	7
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes de las respuestas sobre la falta de apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente son los siguientes:

El 34% de acuerdo: Este porcentaje refleja que un grupo considerable de las personas encuestadas concuerda en que existe una carencia de apoyo para el personal que se encuentra involucrado en incidentes de seguridad del paciente. Esta percepción implica que estas personas identifican la falta de apoyo como un problema que debe abordarse para mejorar tanto la seguridad como el bienestar del personal y de los propios pacientes.

El 0% muy de acuerdo: De acuerdo con los resultados, no se han registrado respuestas que indiquen un fuerte acuerdo en la existencia de una falta de apoyo para el personal

involucrado en errores de seguridad del paciente. Esto sugiere que, según la muestra encuestada, no hay individuos que compartan una perspectiva extremadamente afirmativa en este tema.

El 58% en desacuerdo: Un porcentaje significativo de los encuestados muestra desacuerdo en que haya una falta de apoyo para el personal implicado en errores de seguridad del paciente. Estas personas pueden percibir que el personal recibe un nivel suficiente de apoyo o bien pueden sostener distintas opiniones sobre la relevancia de esta problemática.

El 0% muy en desacuerdo: De acuerdo con los resultados, no se han registrado respuestas que indiquen un fuerte desacuerdo en que haya una falta de apoyo para el personal involucrado en errores de seguridad del paciente. Esto sugiere que, según la muestra, no hay individuos que mantengan una postura enfáticamente negativa sobre este asunto.

El 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Un pequeño segmento de las personas encuestadas no manifiesta ni acuerdo ni desacuerdo con respecto a la falta de apoyo para el personal involucrado en errores de seguridad del paciente. Esto podría indicar que estas personas carecen de una opinión definitiva sobre el tema o que no han experimentado directamente las implicancias de la falta de apoyo.

El 0% no aplica o no sabe: Según los resultados, no se han registrado respuestas que indiquen que las personas consideran que no aplica o que no tienen conocimiento sobre la falta de apoyo para el personal involucrado en errores de seguridad del paciente.

En resumen, una parte significativa de las personas encuestadas está de acuerdo en que hay una falta de apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente. Sin embargo, también hay un porcentaje considerable de personas en desacuerdo.

Gráfico 16. Problemas de seguridad

Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo.	Personal IPS
De acuerdo	2
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	9
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	1
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes de las respuestas sobre la persistencia de problemas de seguridad son los siguientes:

El 17% está de acuerdo: Este porcentaje indica que un grupo minoritario de las personas encuestadas comparte la percepción de que los problemas de seguridad continúan siendo una cuestión relevante. Esto implica que estas personas consideran que aún persisten problemas de seguridad y que es necesario implementar medidas adicionales para abordarlos adecuadamente.

El 0% está muy de acuerdo: De acuerdo con los resultados, no se han registrado respuestas que indiquen un fuerte acuerdo en la idea de que los problemas de seguridad siguen ocurriendo. Esto sugiere que, según la muestra encuestada, no hay individuos que compartan una perspectiva extremadamente afirmativa sobre la persistencia de estos problemas.

El 75% en desacuerdo: La mayoría de las personas encuestadas se manifiesta en desacuerdo con la afirmación de que los problemas de seguridad continúan ocurriendo. Esto sugiere que estas personas perciben que se han implementado medidas efectivas para abordar estos problemas y que han experimentado mejoras significativas en estos aspectos

El 0% muy en desacuerdo: De acuerdo con los resultados, no se han registrado respuestas que indiquen un fuerte desacuerdo con la idea de que los problemas de seguridad siguen ocurriendo. Esto sugiere que, según la muestra, no hay individuos que mantengan una postura enfáticamente negativa sobre este asunto.

El 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Un pequeño segmento de las personas encuestadas no manifiesta ni acuerdo ni desacuerdo con respecto a la persistencia de problemas de seguridad. Esto podría indicar que estas personas carecen de una opinión definitiva sobre el tema o que no han experimentado directamente los efectos de los problemas de seguridad.

El 8% no aplica o no sabe: Según los resultados, un pequeño porcentaje de las personas encuestadas no respondieron o indicaron que no saben si los problemas de seguridad siguen ocurriendo. Esto podría deberse a la falta de información o experiencia directa en el tema. En resumen, hay opiniones diversas sobre si los problemas de seguridad siguen ocurriendo. Mientras que un pequeño porcentaje está de acuerdo, la mayoría está en desacuerdo y percibe una mejora en este aspecto. Sin embargo, es importante tener en cuenta las opiniones y las experiencias de aquellos que están de acuerdo, así como abordar las preocupaciones y tomar medidas adicionales para garantizar la seguridad de manera continua.

Gráfico 17. Sugerencia del personal para la mejora de la seguridad

Respuesta	Personal IPS
De acuerdo	10
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	1
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Basándonos en los porcentajes proporcionados, podemos analizar la percepción del personal en cuanto a la consideración de sus sugerencias por parte de su supervisor, director o jefe clínico:

El 83% de acuerdo: Este alto porcentaje indica que la mayoría del personal considera que sus sugerencias para mejorar la seguridad del paciente son tomadas en serio por sus supervisores. Esta cifra sugiere un ambiente de trabajo colaborativo en el cual se valora activamente la participación y las ideas del personal, lo que puede contribuir significativamente a la mejora continua de la seguridad del paciente.

El 0% muy de acuerdo: Aunque no se registraron empleados que estén "muy de acuerdo," es importante tener en cuenta que esto podría deberse a interpretaciones individuales de la frase o a la falta de una opción específica para seleccionar esta respuesta. En otras palabras, no se puede concluir definitivamente que no haya empleados que compartan una perspectiva extremadamente positiva sobre este tema.

El 9% está en desacuerdo: Un pequeño porcentaje de empleados no siente que sus sugerencias sean consideradas seriamente por sus supervisores. Esta percepción podría indicar un área de mejora en la comunicación y la valorización de las opiniones del personal por parte de la supervisión. Es importante abordar este desacuerdo para fortalecer la colaboración y la participación del personal.

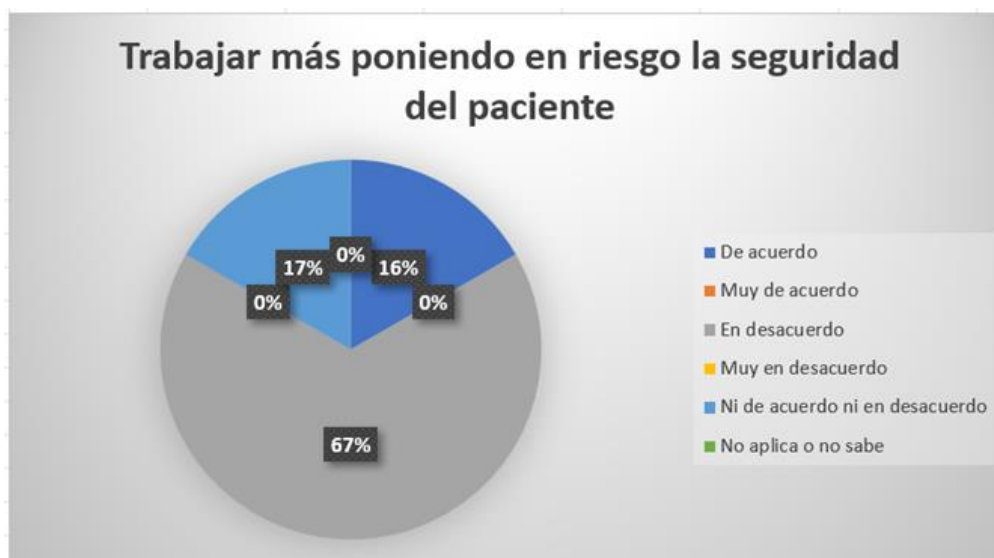
El 0% muy en desacuerdo: La falta de empleados que estén "muy en desacuerdo" podría indicar que, en términos generales, las sugerencias del personal no están siendo completamente ignoradas o rechazadas por sus supervisores. No obstante, es esencial seguir fomentando un ambiente donde se aliente activamente la participación y la aportación de ideas del personal.

El 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Este grupo de empleados no se posiciona claramente en cuanto a si sus sugerencias son consideradas seriamente o no por sus supervisores. Esto podría deberse a la falta de una opinión definida sobre el tema o a la falta de oportunidades para expresar sus sugerencias de manera efectiva. Este resultado puede señalar la necesidad de fomentar un ambiente donde se sientan más cómodos compartiendo sus ideas.

En conclusión, estos porcentajes indican que una mayoría de empleados opina que sus sugerencias son consideradas seriamente, lo cual es positivo en cuanto a la cultura de trabajo. Sin embargo, también es importante prestar atención a la minoría de empleados que no siente que sus sugerencias sean tomadas en cuenta, con el objetivo de mejorar la comunicación y la participación para lograr un ambiente de trabajo más colaborativo y seguro.

Gráfico 18. Trabajar poniendo en riesgo la seguridad

MI supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente.	Personal IPS
De acuerdo	2
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	8
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

El 16% de acuerdo: Este grupo representa a aquellos que están de acuerdo con la solicitud de trabajar más rápido, incluso si esto implica no seguir los procedimientos adecuados. Las razones detrás de su acuerdo pueden variar, como presiones laborales o incentivos económicos. Sin embargo, es importante destacar que esta postura plantea riesgos significativos para la seguridad del paciente, ya que se corre el riesgo de cometer errores graves debido a la falta de seguimiento de los procedimientos establecidos.

El 0% está muy de acuerdo: No se registraron personas encuestadas que estén "muy de acuerdo" con la solicitud. Esto sugiere que no existe un fuerte apoyo o convicción en favor de trabajar rápidamente sin seguir los procedimientos adecuados, lo que indica una relativa falta de consenso en esta perspectiva.

El 67% en desacuerdo: El grupo más numeroso de encuestados muestra su desacuerdo con la solicitud de trabajar más rápido sin seguir los procedimientos adecuados. Esto refleja que la mayoría de las personas reconocen la importancia de seguir los procedimientos para garantizar la seguridad del paciente. Sus preocupaciones pueden relacionarse con la calidad de la atención, la posibilidad de cometer errores o el impacto negativo en la salud de los pacientes.

El 0% está muy en desacuerdo: No se registraron personas encuestadas que estén "muy en desacuerdo" con la solicitud. Esto podría sugerir que, aunque hay un desacuerdo generalizado, no existe una oposición extrema a la solicitud, lo que indica un grado de neutralidad en las respuestas.

El 17% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Este grupo se posiciona en una posición neutral en relación con la solicitud de trabajar más rápido sin seguir los procedimientos adecuados. Esto podría indicar que estas personas no tienen una opinión definitiva sobre el tema o que requieren más información para formar una opinión fundamentada.

Gráfico 19. Medidas para la solución de problemas

Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente.	Personal IPS
De acuerdo	11
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	0
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

En este caso, los porcentajes se refieren a la opinión de los encuestados sobre si su supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente. A continuación, se desarrolla y argumenta cada grupo de porcentajes:

El 92% de acuerdo: Este grupo indica que están de acuerdo con que sus supervisores, directores o jefes clínicos tomen medidas para resolver los problemas de seguridad del paciente que les han sido comunicados. Este alto porcentaje refleja una sólida aprobación y confianza en la capacidad de los superiores para abordar estas preocupaciones. Esta cifra sugiere una gestión y liderazgo efectivos en lo que respecta a la seguridad del paciente.

El 0% muy de acuerdo: No se registraron personas encuestadas que estén "muy de acuerdo". Esto podría indicar que, aunque están de acuerdo en que se tomen medidas, no existe un grado extremadamente fuerte o explícito de convicción en esta cuestión entre los encuestados.

El 0% en desacuerdo: Ninguna persona encuestada está en desacuerdo con la afirmación. Esto respalda la idea de que los supervisores, directores o jefes clínicos están tomando medidas apropiadas para abordar los problemas comunicados relacionados con la seguridad del paciente.

El 0% muy en desacuerdo: Ninguna persona encuestada está "muy en desacuerdo". Esto indica que no hay un rechazo o desacuerdo extremo con las medidas tomadas por los superiores en relación con la seguridad del paciente.

El 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Un pequeño porcentaje se sitúa en una posición neutral, ni de acuerdo ni en desacuerdo. Esto podría indicar que estas personas no tienen una opinión clara o no están seguras de si las medidas tomadas son lo suficientemente efectivas para abordar los problemas de seguridad del paciente.

El 0% no aplica, no sabe: Ninguna persona encuestada seleccionó esta opción. Esto sugiere que los encuestados tienen conocimiento de las acciones tomadas por sus superiores en relación a los problemas de seguridad del paciente y no tienen dudas al respecto. En general, estos porcentajes indican que la gran mayoría de las personas encuestadas están de acuerdo con que su superior tome medidas para solucionar los problemas.

Gráfico 20. Informe de errores

Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	Personal IPS
De acuerdo	12
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	0
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

En este caso, los porcentajes se refieren a la opinión de los encuestados sobre si se les informa sobre los errores que se cometen en esta unidad:

El 100% de acuerdo: Todos los encuestados están de acuerdo con que se les informe sobre los errores. Este alto porcentaje refleja una aceptación generalizada y un reconocimiento unánime de la importancia de la transparencia y la comunicación abierta en la identificación y solución de errores. Este consenso sugiere un ambiente de trabajo donde la retroalimentación y el aprendizaje son altamente valorados y fomentados.

El 0% está muy de acuerdo: Ninguna persona encuestada expresó un fuerte acuerdo con la afirmación. Esto podría indicar que, aunque están de acuerdo con la práctica de informar sobre los errores, no existe un grado extremadamente fuerte o explícito de convicción en esta cuestión entre los encuestados.

El 0% en desacuerdo: Ninguna persona encuestada mostró desacuerdo con la afirmación. Esto respalda la idea de que se lleva a cabo una comunicación efectiva sobre los errores que se cometen en esta unidad, y que esta práctica es universalmente aceptada.

El 0% está muy en desacuerdo: Ninguna persona encuestada expresó un fuerte desacuerdo con la práctica de informar sobre los errores. Esto indica que no hay una oposición extrema o un rechazo a esta práctica.

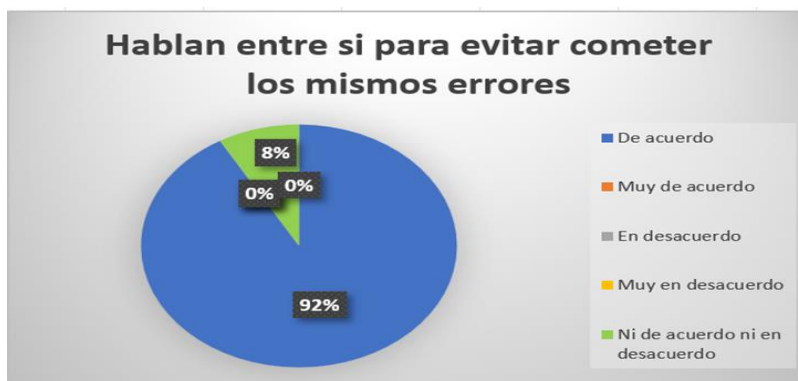
El 0% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Ninguna persona encuestada seleccionó esta opción. Esto sugiere que los encuestados tienen una opinión clara y unánime sobre la importancia de informar sobre los errores, sin estar en una posición neutral.

El 0% no aplica, no sabe: Ninguna persona encuestada seleccionó esta opción. Esto indica que los encuestados están plenamente familiarizados con la práctica de informar sobre los errores en esta unidad y tienen un conocimiento claro de estas situaciones.

En resumen, los resultados indican que todos los encuestados están de acuerdo con la práctica de informar sobre los errores que se cometen en esta unidad, lo que sugiere una cultura organizacional arraigada en la transparencia y el aprendizaje continuo.

Gráfico 21. Comunicación para evitar errores

Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir	Personal IPS
De acuerdo	11
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	0
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los siguientes puntos sobre cuando se cometen errores en esta unidad y se habla sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir:

El 92% de acuerdo: Un porcentaje significativo de las respuestas indica que la mayoría de las personas están de acuerdo en la importancia de abordar este tema y buscar soluciones para prevenir la recurrencia de errores en esta unidad. Esto demuestra un fuerte consenso en la necesidad de tomar medidas preventivas y mejorar los procesos para evitar errores futuros.

El 0% está muy de acuerdo: No se registraron respuestas que indiquen un fuerte acuerdo en la afirmación. Esto podría sugerir que, aunque las personas están de acuerdo en abordar los errores y buscar soluciones, no consideran que se requieran acciones intensivas para prevenir su recurrencia.

El 0% en desacuerdo: Ninguna respuesta indica desacuerdo con la importancia de hablar sobre las formas de evitar que los errores vuelvan a ocurrir. Esto respalda la idea de que no hay discrepancia en cuanto a la necesidad de abordar este tema y tomar acciones correctivas.

El 0% muy en desacuerdo: Ninguna respuesta indica un fuerte desacuerdo con la necesidad de hablar sobre las formas de prevención y evitar que los errores se repitan en esta

unidad. Esto implica que todas las personas están de acuerdo en que es crucial abordar este aspecto.

El 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Un pequeño porcentaje de respuestas indica una posición neutral, ni de acuerdo ni en desacuerdo con las formas de evitar la repetición de errores. Esto podría sugerir que estas personas no tienen una opinión clara o no consideran este asunto como particularmente relevante.

El 0% no aplica/no sabe: Ninguna respuesta indica que no aplica o que no se sabe acerca de la importancia de hablar sobre las formas de evitar que los errores ocurran nuevamente en esta unidad. Esto sugiere que todos los encuestados tienen conocimiento y opinión sobre la importancia de la prevención de errores. Se puede concluir que la mayoría de las personas están de acuerdo en la importancia de hablar sobre las maneras para evitar que los errores vuelvan a ocurrir en esta unidad.

Gráfico 22. Reporte de acuerdo a los cambios realizados

En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos	Personal IPS
De acuerdo	11
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	1
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes de "En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos:"

El 92% de acuerdo: Un alto porcentaje de respuestas indica que la mayoría de las personas están de acuerdo en que es importante recibir información sobre los cambios basados en reportes de eventos en la unidad. Esto sugiere un consenso general en la necesidad de comunicación y transparencia en relación con estos cambios para el buen funcionamiento de la unidad.

El 0% está muy de acuerdo: No se registraron respuestas que indiquen un fuerte acuerdo en la afirmación. Esto podría significar que, aunque las personas están de acuerdo en que la comunicación y la información sobre los cambios basados en reportes de eventos son importantes, no consideran que sean extremadamente cruciales.

8% en desacuerdo: Un pequeño porcentaje de respuestas indica desacuerdo con la idea de realizar cambios basados en reportes de eventos. Es importante investigar las razones detrás de este desacuerdo para comprender si existen preocupaciones válidas que deban ser consideradas.

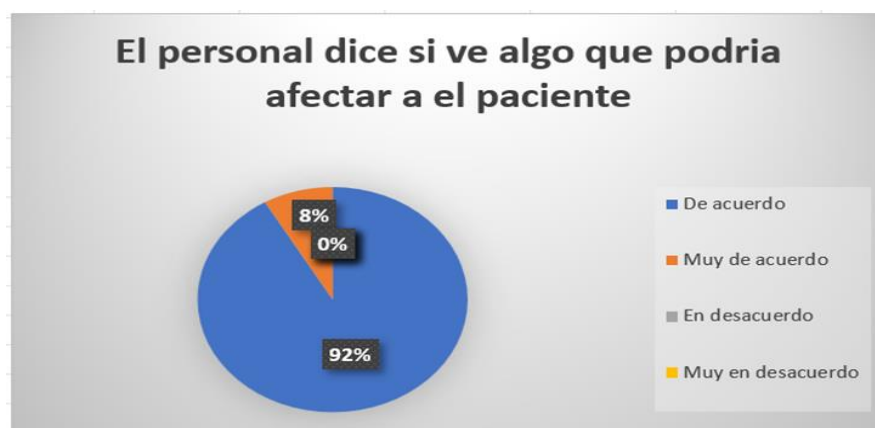
El 0% está muy en desacuerdo: Ninguna respuesta indica un fuerte desacuerdo con la importancia de recibir información sobre los cambios basados en reportes de eventos en la unidad. Esto sugiere que todas las personas están de acuerdo en que esta práctica es fundamental.

El 0% ni de acuerdo, ni en desacuerdo: Ninguna respuesta indica estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con la importancia de informar sobre los cambios basados en reportes de eventos. Esto podría sugerir que estas personas no tienen una opinión clara o no consideran este tema como particularmente relevante.

El 0% no aplica/no sabe: Ninguna respuesta indica que no aplica o que no se sabe acerca de la importancia de recibir información sobre los cambios basados en reportes de eventos en la unidad. Esto sugiere que todos los encuestados tienen conocimiento y opinión sobre este tema. En conclusión, la mayoría de las personas están de acuerdo en que es importante recibir información sobre los cambios que se hacen en la unidad basados en reportes de eventos.

Gráfico 23. El personal informa posibles consecuencias al paciente

En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	Personal IPS
De acuerdo	11
Muy de acuerdo	1
En desacuerdo	0
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente:

El 92% de acuerdo: Un alto porcentaje de respuestas indica que la mayoría del personal está de acuerdo en que es fundamental informar si se observa algo que podría tener un impacto negativo en el cuidado del paciente. Esto denota una conciencia generalizada sobre la relevancia de comunicar cualquier situación que pudiera comprometer la atención al paciente.

El 8% muy de acuerdo: Un pequeño porcentaje de respuestas indica estar "muy de acuerdo". Esto sugiere que algunas personas consideran que es extremadamente importante informar sobre cualquier situación que pueda afectar negativamente al paciente, y están dispuestas a tomar medidas adicionales para garantizar su cuidado y seguridad.

El 0% en desacuerdo: Ninguna respuesta indica desacuerdo con la importancia de informar cualquier situación que pueda afectar negativamente al cuidado del paciente. Esto implica que no hay discrepancia en cuanto a la necesidad de comunicar y abordar rápidamente cualquier riesgo potencial para la atención al paciente.

El 0% muy en desacuerdo: Ninguna respuesta indica estar "muy en desacuerdo". Esto sugiere que todas las personas están al menos de acuerdo en cierta medida en que es fundamental informar sobre cualquier situación que pueda afectar negativamente el cuidado del paciente.

El 0% ni de acuerdo, ni en desacuerdo: Ninguna respuesta indica estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con la importancia de informar sobre situaciones que puedan afectar negativamente al cuidado del paciente. Esto podría implicar que estas personas no tienen una opinión clara o no consideran este tema como particularmente relevante en la unidad.

El 0% no aplica/no sabe: Ninguna respuesta indica que no aplica o que no se sabe acerca de la importancia de informar sobre situaciones que puedan afectar negativamente al cuidado del paciente en la unidad. Esto sugiere que todos los encuestados tienen conocimiento y opinión sobre este tema.

En resumen, los resultados enfatizan la importancia atribuida a la comunicación y la pronta notificación de situaciones que puedan afectar negativamente la atención al paciente en la unidad, aunque existen algunas opiniones que valoran aún más esta práctica.

Gráfico 24. Reporte de fallas por parte del personal

Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice.	Personal IPS
De acuerdo	10
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	1
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Porcentajes del personal en esta unidad respecto a informar sobre acciones inseguras de alguien con mayor autoridad.

El 83% de acuerdo: Un alto porcentaje de respuestas, un 83%, indica que el personal está de acuerdo en la importancia de informar cuando observa a alguien con mayor autoridad realizando acciones que no son seguras para los pacientes. Esto refleja una fuerte preocupación por la seguridad de los pacientes y una disposición a reportar situaciones de riesgo.

El 0% muy de acuerdo: No se registra ningún porcentaje de respuestas que indique estar "muy de acuerdo". Esto podría sugerir que ninguna de las personas encuestadas considera que informar sobre acciones inseguras de alguien con mayor autoridad sea extremadamente importante, aunque aún están de acuerdo en hacerlo.

El 9% en desacuerdo: Un pequeño porcentaje de respuestas, un 9%, indica desacuerdo con la idea de informar sobre acciones inseguras de alguien con mayor autoridad. Es fundamental abordar estas opiniones para comprender las razones detrás de este desacuerdo y promover una cultura de seguridad en la unidad.

El 0% muy en desacuerdo: No se reporta ningún porcentaje de respuestas que indique estar "muy en desacuerdo" con la idea de informar sobre acciones inseguras de alguien con

mayor autoridad. Esto sugiere que ninguna de las personas encuestadas considera que no sea necesario reportar situaciones de riesgo en absoluto.

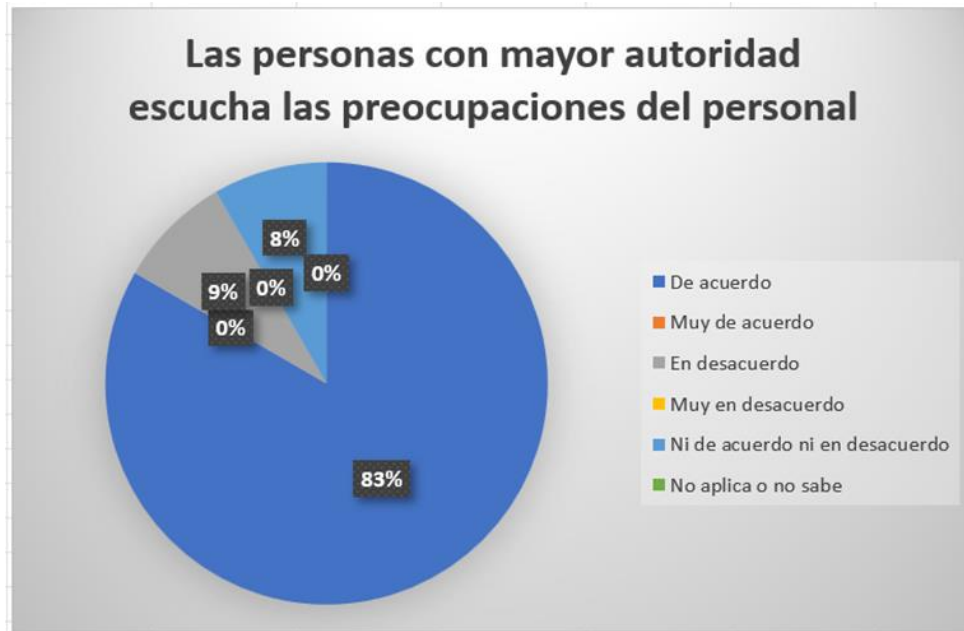
El 8% ni de acuerdo, ni en desacuerdo: Un pequeño porcentaje de respuestas, un 8%, indica que el personal no tiene una opinión clara sobre si debe informar o no sobre acciones inseguras de alguien con mayor autoridad. Esto podría reflejar una posición neutral o una falta de opinión formada sobre este tema.

El 0% no aplica/no sabe: No se registra ningún porcentaje de respuestas que indique que no aplica o que no se sabe si se debe informar sobre acciones inseguras de alguien con mayor autoridad. Esto implica que todos los encuestados tienen conocimiento y opinión sobre este tema.

En resumen, la mayoría del personal en esta unidad está de acuerdo en informar cuando ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes. Esto demuestra una prioridad en la seguridad y promueve una cultura de reporte de situaciones de riesgo.

Gráfico 25. Encargados escuchan las preocupaciones del personal

Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente	Personal IPS
De acuerdo	10
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	1
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

El análisis de los resultados de la encuesta sobre la disposición del personal de esta unidad para que las personas con mayor autoridad escuchen sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente es el siguiente.

El 83% está de acuerdo: La mayoría, un 83% del personal, está de acuerdo en que las personas con mayor autoridad deben escuchar sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente. Este alto porcentaje refleja una disposición por parte del personal para comunicar sus inquietudes y contribuir a garantizar la seguridad de los pacientes.

El 0% muy de acuerdo: No se registra ningún porcentaje de respuestas que indique un nivel de "muy de acuerdo". Esto podría sugerir que, aunque el personal está de acuerdo en que las personas con mayor autoridad escuchen sus preocupaciones, no consideran esta acción como extremadamente importante, al menos en el contexto de esta encuesta.

El 9% en desacuerdo: Un pequeño porcentaje, un 9% del personal, está en desacuerdo con que las personas con mayor autoridad escuchen sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente. Es esencial comprender las razones detrás de este desacuerdo y trabajar en la mejora de la comunicación en la unidad.

El 0% muy en desacuerdo: No se reporta ningún porcentaje de respuestas que indique un nivel de "muy en desacuerdo". Esto sugiere que ninguno de los encuestados considera que no es necesario que las personas con mayor autoridad escuchen sus preocupaciones en absoluto.

El 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Un pequeño porcentaje, un 8% del personal, no tiene una opinión clara ni a favor ni en contra de que las personas con mayor autoridad escuchen sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente. Esto podría indicar una falta de opinión formada o una neutralidad en este tema.

El 0% no aplica/no sabe: No se reporta ningún porcentaje de respuestas que indique que los porcentajes no aplican o que el personal no sabe si las personas con mayor autoridad deben escuchar sus preocupaciones. Esto implica que todos los encuestados tienen conocimiento y opinión sobre este tema.

En resumen, la mayoría del personal de esta unidad está de acuerdo en que las personas con mayor autoridad deben escuchar sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente, lo que sugiere una cultura de comunicación abierta y disposición para mejorar la seguridad en el cuidado de los pacientes.

Gráfico 26. El miedo del personal al informar inconformidades

En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	Personal IPS
De acuerdo	2
Muy de acuerdo	1
En desacuerdo	8
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

En esta unidad, se presentan los siguientes porcentajes de acuerdo, desacuerdo y neutralidad en cuanto al miedo del personal a hacer preguntas cuando algo no parece estar bien:

El 17% de acuerdo: Un 17% del personal está de acuerdo en que siente miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. Esto indica que una minoría del personal experimenta temor o inseguridad al plantear preguntas relacionadas con la situación actual.

El 8% muy de acuerdo: Un pequeño porcentaje, el 8% del personal, está muy de acuerdo en que siente miedo de hacer preguntas. Esta cifra sugiere que algunos miembros del personal tienen un alto nivel de temor o inseguridad al enfrentar situaciones en las que algo no parece estar bien.

El 67% en desacuerdo: La mayoría, un 67% del personal, está en desacuerdo con tener miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. Este porcentaje muestra que la gran mayoría del personal no siente miedo o inseguridad al plantear preguntas sobre posibles problemas o situaciones preocupantes.

El 8% muy en desacuerdo: Un pequeño porcentaje, el 8% del personal, está muy en desacuerdo con tener miedo de hacer preguntas. Esto indica que algunos miembros del personal tienen una postura muy firme en cuanto a tener confianza y seguridad para plantear preguntas cuando algo no parece estar bien.

El 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo: Un 8% del personal no tiene una postura clara, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en cuanto al miedo de hacer preguntas. Esto puede indicar una falta de opinión o conocimiento sobre el tema en esta unidad.

El 0% no aplica/no sabe: No hay respuestas que indiquen que los porcentajes no aplican o que el personal no sabe si tiene miedo de hacer preguntas. Esto implica que todos los encuestados tienen conocimiento y opinión sobre este tema específico en la unidad.

Gráfico 27. Frecuencia de reportes de errores

Quando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿con qué frecuencia se reporta?	Personal IPS
Nunca	1
Rara vez	6
Algunas veces	1
La mayoría del tiempo	1
Siempre	2
No aplica o no sabe	1
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Quando se trata de descubrir y corregir errores antes de que afecten al paciente, se presentan los siguientes porcentajes de frecuencia de reporte:

Nunca: Un 9% de los casos indican que nunca se reporta la corrección de errores antes de que afecten al paciente. Esto sugiere que en un porcentaje pequeño de situaciones, los errores son identificados pero no se toma la acción de reportarlos

Rara vez: La mayoría, un 50% de los casos, señala que rara vez se reporta la corrección de errores antes de que afecten al paciente. Este porcentaje indica que, en la mayoría de las ocasiones, los errores identificados no se reportan de manera consistente.

Algunas veces: Un 8% de los casos indica que algunas veces se reporta la corrección de errores antes de que afecten al paciente. Esto sugiere que, en una minoría de situaciones, los errores son identificados y se toma la acción de reportarlos.

La mayor parte del tiempo: Otro 8% de los casos indica que la corrección de errores se reporta la mayor parte del tiempo antes de que afecten al paciente. Esto implica que, en un porcentaje reducido de situaciones, los errores identificados son reportados de manera consistente.

Siempre: Un 17% de los casos indica que siempre se reporta la corrección de errores antes de que afecten al paciente. Esto sugiere que, en una proporción considerable de situaciones, los errores identificados son reportados de manera sistemática.

No aplica o no sabe: Un 8% de los casos afirma que la pregunta no aplica o no sabe si se reportan los errores corregidos antes de que afecten al paciente. Esto puede deberse a una falta de conocimiento o información sobre el proceso de reporte en estas situaciones.

En resumen, la mayoría de los casos reflejan que la corrección de errores antes de que afecten al paciente rara vez se reporta de manera consistente, aunque hay una proporción considerable de situaciones en las que esto se hace siempre o la mayor parte del tiempo. También existe un pequeño porcentaje en el que los errores identificados no se reportan.

Gráfico 28. Frecuencia de reportes de los errores que afectan los pacientes

Cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así, ¿con qué frecuencia se reporta?	Personal IPS
Nunca	3
Rara vez	1
Algunas veces	1
La mayoría del tiempo	2
Siempre	5
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Quando se trata de reportar errores que podrían haber causado daño al paciente pero no lo hicieron, se presentan los siguientes porcentajes de frecuencia de reporte:

Nunca: Un 25% de los casos indican que nunca se reporta esta clase de errores. Esto sugiere que en un cuarto de las situaciones en las que se identifica un error potencialmente dañino, no se toma acción para reportarlo

Rara vez: Un 8% de los casos señala que rara vez se reporta esta clase de errores. Esto implica que en una minoría de situaciones, se toma la decisión de reportar errores que no llegaron a causar daño al paciente.

Algunas veces: Un 8% de los casos indica que algunas veces se reportan errores que podrían haber causado daño al paciente, pero no lo hicieron. Esto sugiere que, en una minoría de situaciones, se toma la acción de reportar estos errores.

La mayoría del tiempo: Un 17% de los casos indica que la mayoría del tiempo se reportan estos errores. Esto sugiere que, en un porcentaje significativo de situaciones, se toma la decisión de reportar estos errores potenciales.

Siempre: Un 42% de los casos indica que siempre se reportan estos errores. Esto implica que, en una proporción considerable de situaciones, se toma la acción de reportar y documentar estos errores potenciales.

No aplica o no sabe: No se reportó ningún caso en el que se categorizó como "no aplica" o "no sabe". Esto indica que todos los encuestados tenían conocimiento y opinión sobre la frecuencia de reporte de errores que podrían haber causado daño, pero no lo hicieron.

En resumen, se observa que si bien hay un porcentaje considerable de casos en los que se reportan estos errores, también existen casos en los que no se toma acción para su reporte.

Gráfico 29. Numero de eventos de seguridad reportados

En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?	Personal IPS
Ninguno	9
1 a 2	2
3 a 5	1
6 a 10	0
11 o más	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

En los últimos 12 meses, el porcentaje de reportes de eventos relacionados con la seguridad del paciente es el siguiente:

Nunca: El 75% de los encuestados indica que nunca ha reportado eventos relacionados con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses. Esto sugiere que la mayoría de las personas no han tenido la necesidad o la oportunidad de reportar eventos de este tipo.

1 a 2: Un 17% de los encuestados indicó haber reportado entre 1 y 2 eventos relacionados con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses. Esto sugiere que un porcentaje relativamente pequeño de personas ha tenido la experiencia de reportar uno o dos eventos.

3 a 5: Un 8% de los encuestados señala haber reportado entre 3 y 5 eventos relacionados con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses. Esto implica que un porcentaje aún menor de personas ha tenido una experiencia más frecuente de reporte en este período.

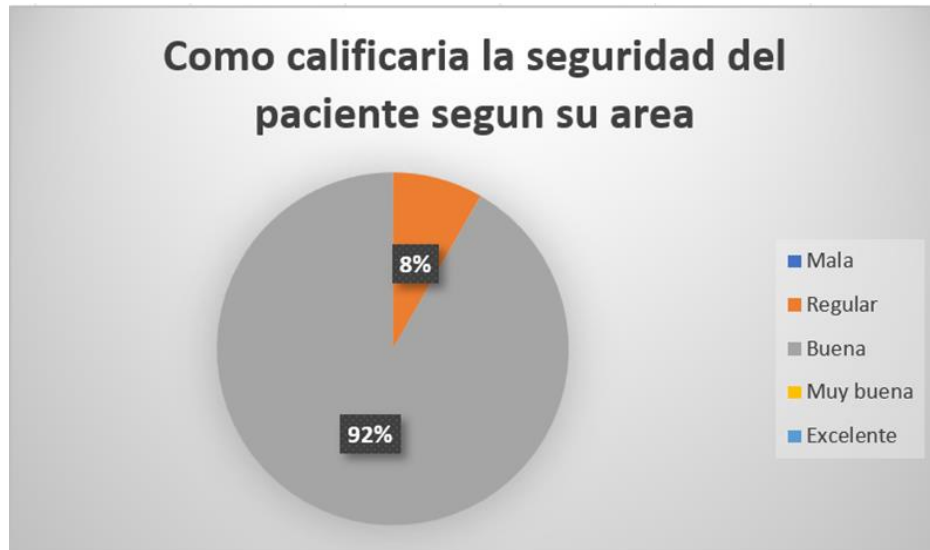
6 a 10: No se reportaron casos en los que los encuestados indicaron haber reportado entre 6 y 10 eventos relacionados con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses. Esto sugiere que ninguna persona encuestada ha tenido una experiencia de reporte en este rango.

11 o más: Tampoco se reportaron casos en los que los encuestados indicaron haber reportado 11 o más eventos relacionados con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses. Esto implica que ninguna persona encuestada tuvo una experiencia de reporte tan frecuente.

En resumen, la mayoría de las personas encuestadas indicaron que nunca han reportado eventos relacionados con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses. Solo un porcentaje pequeño ha reportado uno o dos eventos, y una proporción aún menor ha tenido una experiencia de reporte más frecuente. No se reportaron casos de reporte de eventos en los rangos más altos (6 a 10 y 11 o más).

Gráfico 30. Calificación del paciente en su área

¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?	Personal IPS
Mala	0
Regular	1
Buena	11
Muy buena	0
Excelente	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Basado en los porcentajes proporcionados para calificar la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo:

Mala (0%): El hecho de que el porcentaje para esta opción sea 0% indica que los encuestados no calificaron la seguridad del paciente como "Mala". Esto podría sugerir que no se identificaron problemas o fallos graves en términos de seguridad del paciente en la unidad/área de trabajo.

Regular (8%): Un 8% de los encuestados calificó la seguridad del paciente como "Regular". Aunque este porcentaje es relativamente bajo, sugiere que algunos encuestados percibieron ciertos aspectos de seguridad que podrían mejorar.

Buena (92%): El porcentaje más alto corresponde a la calificación de "Buena", con un 92% de los encuestados. Esto indica que la mayoría de los encuestados considera que la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo es satisfactoria y está en un nivel aceptable.

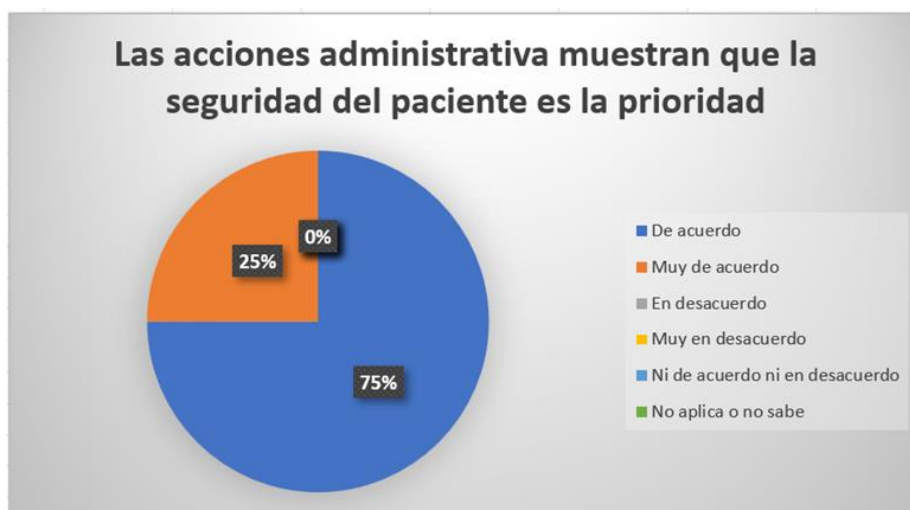
Muy buena (0%): No se menciona ningún porcentaje para la calificación de "Muy buena", lo que sugiere que los encuestados no consideraron que la seguridad del paciente alcance un nivel excepcionalmente alto. Sin embargo, esto no implica que la seguridad sea deficiente, sino que simplemente no se consideró "Muy buena".

Excelente (0%): Al igual que la calificación de "Muy buena", no se proporcionó ningún porcentaje para la calificación de "Excelente". Esto indica que los encuestados no percibieron la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo como sobresaliente.

En resumen, la mayoría de los encuestados considera que la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo es buena, aunque un pequeño porcentaje la calificó como regular, y ninguna calificación excepcional, como "Muy buena" o "Excelente", fue mencionada.

Gráfico 31. Acciones administrativas

Las acciones de la administración de esta IPS muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal	Personal IPS
De acuerdo	9
Muy de acuerdo	3
En desacuerdo	0
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo con los porcentajes dados sobre las acciones de la administración de esta IPS en relación con la seguridad del paciente:

De acuerdo (75%): El 75% de los encuestados está de acuerdo con la afirmación, lo que indica que la mayoría percibe un enfoque claro y un compromiso por parte de la administración hacia la seguridad del paciente. Esto puede reflejar políticas efectivas, capacitación del personal y una inversión en tecnología, entre otros factores.

Muy de acuerdo (25%): Un 25% de los encuestados está muy de acuerdo con la afirmación, lo que muestra un apoyo aún más fuerte a la idea de que la seguridad del paciente es la prioridad principal de la administración de esta IPS. Este porcentaje sugiere que estos encuestados ven un desempeño destacado y esfuerzos adicionales por parte de la administración para garantizar la seguridad de los pacientes.

En desacuerdo (0%): Ningún encuestado indicó estar en desacuerdo con la afirmación. Esto puede sugerir que la administración ha logrado comunicar y demostrar de manera efectiva su compromiso con la seguridad del paciente, lo que resulta en una falta de opiniones en contra.

Muy en desacuerdo (0%): Al igual que en el punto anterior, ningún encuestado se manifestó muy en desacuerdo con la afirmación, lo que refuerza la idea de que la administración ha logrado un alto nivel de confianza y percepción positiva en términos de seguridad del paciente.

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (0%): No se informó ningún porcentaje para esta opción, lo que sugiere que los encuestados no estaban indecisos sobre la afirmación. Es posible que la administración haya sido clara y consistente en su enfoque de seguridad del paciente, lo que resulta en una falta de opiniones neutrales.

No aplica o no sabe (0%): Tampoco se mencionó ningún porcentaje para esta opción, lo que indica que los encuestados tenían conocimiento suficiente o acceso a información para formar una opinión sobre la afirmación.

En resumen, los porcentajes indican un apoyo sólido y generalizado hacia la afirmación de que las acciones de la administración de esta IPS demuestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal. Esto sugiere que la administración ha implementado medidas efectivas y ha comunicado con éxito su compromiso con la seguridad del paciente.

Gráfico 32. Administración de recursos para la seguridad del paciente

La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente	Personal IPS
De acuerdo	11
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	0
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Al analizar los porcentajes proporcionados sobre la administración del hospital y sus recursos para mejorar la seguridad del paciente:

De acuerdo (92%): El 92% de los encuestados está de acuerdo con la afirmación, lo que indica un alto nivel de satisfacción y confianza en las acciones de la administración. Este acuerdo sugiere que los recursos proporcionados, como equipo médico actualizado, personal capacitado y protocolos efectivos, son percibidos como adecuados para mejorar la seguridad del paciente.

Muy de acuerdo (0%): En este caso, no se reporta ningún porcentaje para la opción "Muy de acuerdo". Esto podría significar que los encuestados no consideran necesario expresar un nivel aún más alto de acuerdo, ya que el acuerdo general es bastante alto.

En desacuerdo (0%): Ningún encuestado manifestó estar en desacuerdo con la afirmación. Esto sugiere que, según la percepción de los encuestados, la administración del hospital ha logrado implementar medidas efectivas y asignar los recursos necesarios para garantizar la seguridad de los pacientes.

Muy en desacuerdo (0%): Al igual que en el caso anterior, ningún encuestado se manifestó muy en desacuerdo con la afirmación. Esto respalda la idea de que los encuestados están generalmente satisfechos con los recursos proporcionados por la administración del hospital.

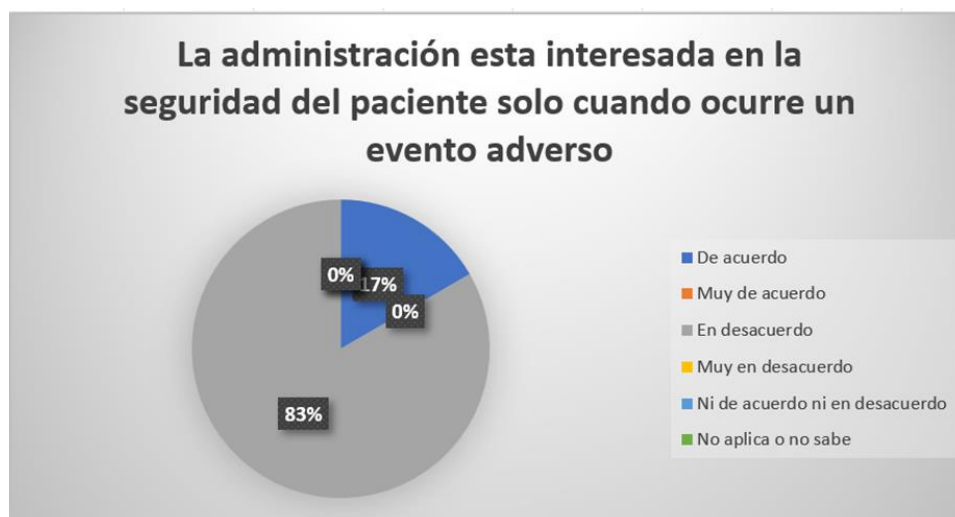
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (8%): Un 8% de los encuestados no se manifestó ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación. Esto puede deberse a diferentes motivos, como la falta de información específica sobre los recursos proporcionados, o simplemente que los encuestados no tenían una opinión clara al respecto.

No aplica o no sabe (0%): No se informa ningún porcentaje para esta opción, lo que sugiere que los encuestados tenían conocimiento suficiente o acceso a información para formar una opinión sobre la afirmación.

En resumen, los porcentajes indican un apoyo sólido por parte de los encuestados hacia la afirmación de que la administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente. Esto sugiere que los encuestados perciben que la administración ha tomado acciones y medidas concretas para garantizar la seguridad de los pacientes, lo cual es un aspecto clave en la prestación de servicios de salud de calidad.

Gráfico 33. Acciones de la administración en eventos adversos de seguridad

La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso	Personal IPS
De acuerdo	2
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	10
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Al analizar los porcentajes proporcionados sobre la percepción de que la administración del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un evento adverso:

De acuerdo (17%): El 17% de los encuestados está de acuerdo con la afirmación de que la administración del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de un evento adverso. Esto sugiere que algunos perciben una falta de proactividad por parte de la administración y que su percepción puede estar influenciada por experiencias previas o expectativas de que solo se tomen medidas cuando ocurre algo negativo.

Muy de acuerdo (0%): En este caso, no se reporta ningún porcentaje para la opción "Muy de acuerdo". Esto podría significar que los encuestados no consideran necesario expresar un nivel aún más alto de acuerdo, ya que el acuerdo general es relativamente bajo.

En desacuerdo (83%): El alto porcentaje (83%) de encuestados en desacuerdo con la afirmación indica que la mayoría no percibe que la administración solo se preocupe por la seguridad del paciente después de un evento adverso. Esto sugiere que los encuestados tienen confianza en las acciones y medidas preventivas tomadas por la administración para garantizar la seguridad de los pacientes.

Muy en desacuerdo (0%): Al igual que en el caso anterior, ningún encuestado se manifestó muy en desacuerdo con la afirmación. Esto respalda la idea de que la mayoría de los encuestados no ven a la administración del hospital como reactiva ante los eventos adversos, sino como proactiva en la implementación de medidas de seguridad.

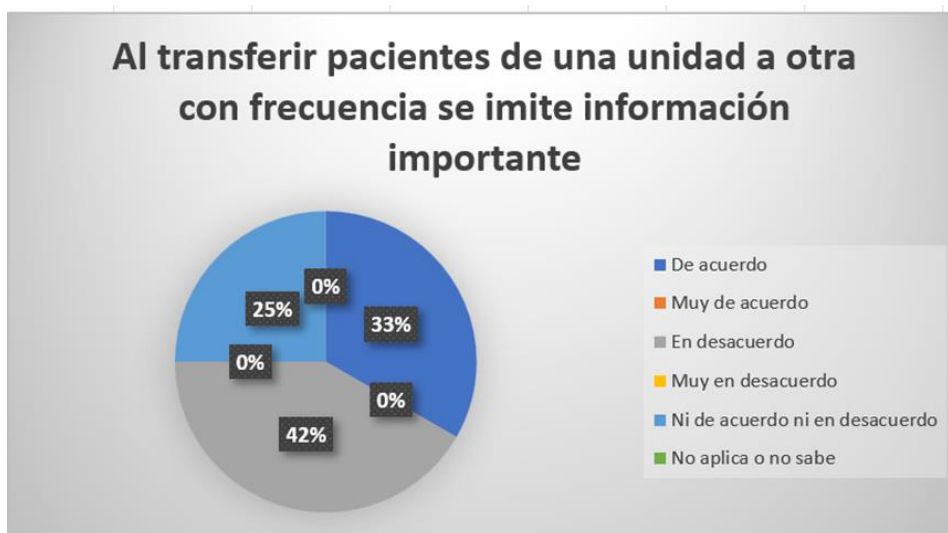
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (0%): No se informa ningún porcentaje para esta opción, lo que sugiere que los encuestados tenían una opinión clara sobre la afirmación y no estaban indecisos al respecto.

No aplica o no sabe (0%): No se informa ningún porcentaje para esta opción, lo que indica que los encuestados tenían conocimiento suficiente o acceso a información para formar una opinión sobre la afirmación.

En resumen, los porcentajes indican que la mayoría de los encuestados no perciben que la administración del hospital solo parezca interesada en la seguridad del paciente después de que ocurra un evento adverso. Esto sugiere que hay una confianza generalizada en las acciones y medidas tomadas por la administración para garantizar la seguridad de los pacientes, lo cual es un aspecto fundamental en la atención médica de calidad.

Gráfico 34. Transferencia de pacientes entre unidades

Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante	Personal IPS
De acuerdo	4
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	5
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Al analizar los porcentajes proporcionados en relación con la afirmación de que se omite información importante al transferir pacientes de una unidad a otra:

De acuerdo (33%): El 33% de los encuestados está de acuerdo con la afirmación de que se omite información importante al transferir pacientes entre unidades. Esto sugiere que una proporción significativa de personas ha experimentado situaciones en las que se ha omitido información crítica durante este proceso. Es posible que se hayan enfrentado a problemas de comunicación o falta de coordinación entre las unidades de atención.

Muy de acuerdo (0%): No se informa ningún porcentaje para la opción "Muy de acuerdo". Esto podría indicar que los encuestados no expresan un acuerdo más fuerte, lo que implica que el acuerdo general no es muy alto.

En desacuerdo (42%): El 42% de los encuestados está en desacuerdo con la afirmación de que se omite información importante al transferir pacientes entre unidades. Esto indica que una proporción considerable no ha experimentado problemas significativos en cuanto a la omisión de información durante la transferencia de pacientes. Es posible que hayan tenido experiencias positivas en las que se aseguró una correcta comunicación y transferencia de información.

Muy en desacuerdo (0%): No se informa ningún porcentaje para la opción "Muy en desacuerdo". Esto sugiere que los encuestados no expresan un desacuerdo más fuerte, lo que respalda la noción de que el desacuerdo general no es muy alto.

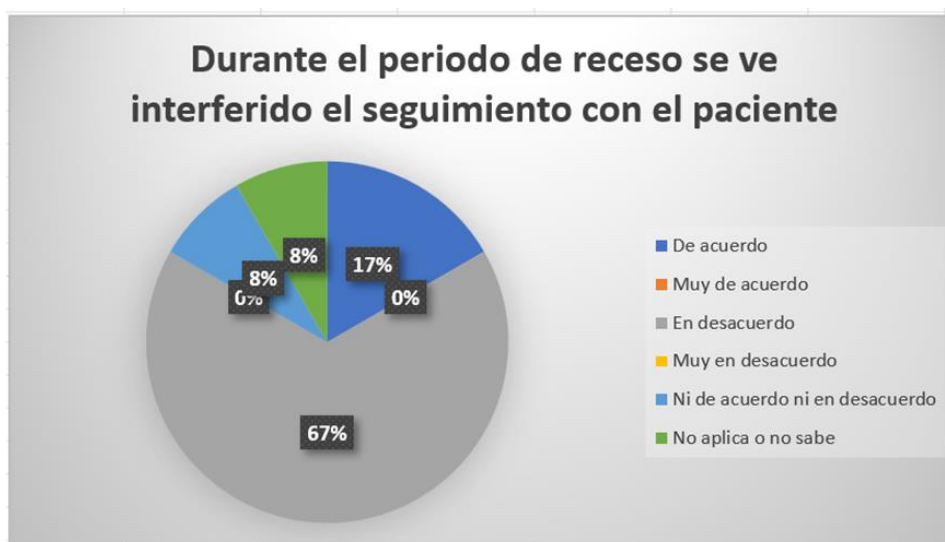
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (25%): Un 25% de los encuestados indica que no tiene una postura clara respecto a si se omite información importante al transferir pacientes entre unidades. Esto podría implicar que no han tenido experiencias claras o no han reflexionado lo suficiente sobre el tema para formar una opinión definitiva.

No aplica o no sabe (0%): No se informa ningún porcentaje para esta opción, lo que sugiere que los encuestados tenían información suficiente para formar una opinión sobre la afirmación, y ningún encuestado indicó desconocimiento o falta de conocimiento sobre este tema.

En resumen, los porcentajes indican que hay una división de opiniones en cuanto a si se omite información importante al transferir pacientes entre unidades. Mientras que un porcentaje significativo está de acuerdo con la afirmación, una proporción similar está en desacuerdo. Esto sugiere que existen diferencias en la calidad de la comunicación y la coordinación en los procesos de transferencia de pacientes dentro del contexto hospitalario.

Gráfico 35. Periodo de receso y seguimiento del paciente

Durante el periodo de receso se ve interferido el seguimiento que se lleva sobre el cuidado del paciente.	Personal IPS
De acuerdo	2
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	8
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1
No aplica o no sabe	1
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Analizando los porcentajes proporcionados en relación con la afirmación de que durante el periodo de receso se ve interferido el seguimiento del cuidado del paciente:

De acuerdo (17%): El 17% de los encuestados está de acuerdo con la afirmación de que durante el periodo de receso se ve interferido el seguimiento del cuidado del paciente. Esto sugiere que una minoría considera que durante este período existe una interrupción en el seguimiento de la atención y cuidado de los pacientes. Puede ser que exista una disminución en la disponibilidad de recursos o personal durante el receso.

Muy de acuerdo (0%): No se informa ningún porcentaje para la opción "Muy de acuerdo". Esto indica que los encuestados no expresan un acuerdo más fuerte, lo que respalda la idea de que el acuerdo general no es muy alto.

En desacuerdo (67%): El 67% de los encuestados está en desacuerdo con la afirmación de que durante el periodo de receso se ve interferido el seguimiento del cuidado del paciente. Esto

indica que la mayoría de las personas no considera que exista una interferencia significativa en el seguimiento del cuidado durante este periodo. Sugiere que se implementen medidas para asegurar la continuidad en la atención de los pacientes, a pesar del receso.

Muy en desacuerdo (0%): No se informa ningún porcentaje para la opción "Muy en desacuerdo". Esto sugiere que los encuestados no expresan un desacuerdo más fuerte, lo que respalda la noción de que el desacuerdo general no es muy alto.

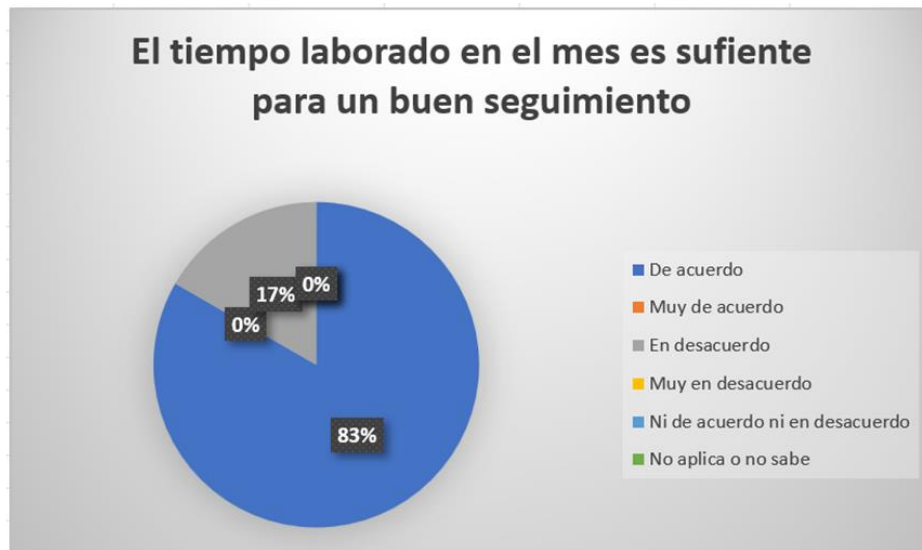
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (8%): Un 8% de los encuestados indica que no tienen una postura clara sobre si durante el periodo de receso se ve interferido el seguimiento del cuidado del paciente. Esto puede indicar que tienen dudas o no han experimentado suficientes situaciones durante el receso para formar una opinión definitiva.

No aplica o no sabe (0%): No se informa ningún porcentaje para esta opción, lo que sugiere que los encuestados tenían información suficiente para formar una opinión sobre la afirmación y ninguno indicó desconocimiento o falta de conocimiento sobre el tema.

En resumen, los porcentajes indican que existe una división de opiniones en cuanto a si durante el periodo de receso se ve interferido el seguimiento del cuidado del paciente. Mientras que una minoría está de acuerdo, la mayoría está en desacuerdo. Esto implica que se están tomando medidas para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes durante el receso.

Gráfico 36. Tiempo suficiente para el seguimiento de pacientes

El tiempo laborado en el mes es el suficiente para llevar un buen seguimiento de la información clave sobre el cuidado del paciente.	Personal IPS
De acuerdo	10
Muy de acuerdo	0
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0
No aplica o no sabe	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Analizando los porcentajes proporcionados en relación con la afirmación de que el tiempo laborado en el mes es suficiente para llevar un buen seguimiento de la información clave sobre el cuidado del paciente:

De acuerdo (83%): El 83% de los encuestados está de acuerdo con la afirmación de que el tiempo laborado en el mes es suficiente para llevar un buen seguimiento de la información clave sobre el cuidado del paciente. Esto indica que la mayoría de las personas considera que el tiempo disponible durante el mes de trabajo es adecuado para realizar un seguimiento efectivo y adecuado de la información clave necesaria para el cuidado del paciente.

Muy de acuerdo (0%): No se informa ningún porcentaje para la opción "Muy de acuerdo". Esto sugiere que los encuestados no expresan un acuerdo más fuerte, lo que respalda la noción de que el acuerdo general no es muy alto.

En desacuerdo (17%): El 17% de los encuestados está en desacuerdo con la afirmación de que el tiempo laborado en el mes es suficiente para llevar un buen seguimiento de la información clave sobre el cuidado del paciente. Esto indica que una minoría considera que el tiempo disponible no es adecuado para realizar un seguimiento efectivo de la información necesaria para el cuidado del paciente. Puede ser que sientan que el tiempo es insuficiente o que existan otras restricciones que dificulten el seguimiento adecuado.

Muy en desacuerdo (0%): No se informa ningún porcentaje para la opción "Muy en desacuerdo". Esto sugiere que los encuestados no expresan un desacuerdo más fuerte, lo que respalda la idea de que el desacuerdo general no es muy alto.

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (0%): No se informa ningún porcentaje para esta opción, lo que indica que los encuestados tenían una opinión clara y no se encontraban indecisos o sin una postura definida.

No aplica o no sabe (0%): No se informa ningún porcentaje para esta opción, lo que sugiere que los encuestados tenían información suficiente para formar una opinión sobre la afirmación y ninguno indicó desconocimiento o falta de conocimiento sobre el tema. En resumen, los porcentajes indican que la mayoría de los encuestados está de acuerdo en que el tiempo laborado en el mes es suficiente para llevar un buen seguimiento de la información clave sobre el cuidado del paciente. Esto implica que consideran que el tiempo disponible es adecuado para realizar el seguimiento necesario y cumplir con las responsabilidades relacionadas con el cuidado de los pacientes. Sin embargo, es importante tener en cuenta que una minoría está en desacuerdo, lo que sugiere que puede haber casos en los que el tiempo disponible no sea suficiente para llevar a cabo un seguimiento efectivo.

Gráfico 37. Tiempo trabajando en la IPS

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la IPS?	Personal IPS
Menos de 1 año	4
1 a 5 años	6
De 6 a 10 años	2
11 años o más	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los porcentajes proporcionados en relación con el tiempo de trabajo en la IPS se distribuyen de la siguiente manera:

Menos de 1 año (33%): El 33% de los encuestados indica que lleva menos de 1 año trabajando en la IPS. Esto sugiere que una proporción significativa de los encuestados es relativamente nueva en su empleo y puede estar en una etapa de aprendizaje y adaptación a las responsabilidades y dinámicas del lugar de trabajo.

1 a 5 años (50%): El 50% de los encuestados informa que ha estado trabajando en la IPS entre 1 y 5 años. Esto indica que la mitad de los encuestados tiene experiencia moderada en su trabajo y probablemente ha adquirido conocimientos y competencias relevantes en su campo durante este período.

De 6 a 10 años (17%): El 17% de los encuestados menciona que ha estado trabajando en la IPS de 6 a 10 años. Esto implica que una proporción menor de los encuestados tiene una

experiencia laboral más prolongada en el entorno de la IPS. Estos individuos pueden tener un conocimiento más profundo de los procedimientos y políticas de la IPS, así como una experiencia más amplia en el cuidado y seguimiento de los pacientes.

11 años o más (0%): No se informa ningún porcentaje para esta categoría, lo que indica que ninguno de los encuestados ha estado trabajando en la IPS durante 11 años o más. Esto sugiere que no hay participantes en esta encuesta que tengan una experiencia laboral tan larga en la IPS.

En resumen, los resultados muestran una distribución diversa en términos de experiencia laboral en la IPS. Si bien una porción significativa de los encuestados tiene menos de 1 año de experiencia, la mitad de ellos ha estado trabajando entre 1 y 5 años. Además, hay un grupo más pequeño pero notable con una experiencia laboral de 6 a 10 años. Cada uno de estos grupos puede contribuir a la organización de diferentes maneras, aportando una perspectiva fresca o un conocimiento más establecido y profundo en la atención al paciente.

Gráfico 38. Tiempo trabajando en su respectiva unidad

En la IPS, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?	Personal IPS
Menos de 1 año	4
1 a 5 años	6
De 6 a 10 años	2
11 años o más	0
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Basado en los porcentajes proporcionados, la distribución del tiempo de trabajo en la unidad/área de trabajo actual de la IPS se presenta de la siguiente manera:

Menos de 1 año (33%): El 33% de los encuestados indica que lleva menos de 1 año trabajando en su unidad/área de trabajo actual. Esto sugiere que una proporción significativa de los encuestados es relativamente nueva en su unidad/área y puede estar en una etapa de adaptación y aprendizaje de las responsabilidades específicas de su unidad/área de trabajo.

1 a 5 años (50%): El 50% de los encuestados informa que ha estado trabajando en su unidad/área de trabajo actual de 1 a 5 años. Esto indica que la mitad de los encuestados tiene una experiencia moderada en su unidad/área de trabajo actual, lo que les permite tener un conocimiento sólido de las tareas y procedimientos relacionados con su trabajo.

De 6 a 10 años (17%): El 17% de los encuestados menciona que ha estado trabajando en su unidad/área de trabajo actual de 6 a 10 años. Esto implica que una proporción menor de los encuestados tiene una experiencia laboral más prolongada en su unidad/área de trabajo actual. Estos individuos pueden tener un conocimiento más profundo de los procesos específicos y un mayor dominio de las habilidades requeridas en su unidad/área de trabajo en particular.

11 años o más (0%): No se informa ningún porcentaje para esta categoría, lo que indica que ninguno de los encuestados ha estado trabajando en su unidad/área de trabajo actual durante 11 años o más. Esto sugiere que no hay participantes en esta encuesta que tengan una experiencia laboral tan larga en su unidad/área de trabajo actual en la IPS.

En resumen, los resultados muestran una distribución diversa en términos de la experiencia laboral en la unidad/área de trabajo actual en la IPS. Mientras que una proporción significativa de los encuestados tiene menos de 1 año de experiencia en su unidad/área actual, la mitad de ellos tiene una experiencia moderada de 1 a 5 años. Además, hay un grupo más pequeño pero notable con una experiencia laboral de 6 a 10 años. Cada grupo puede contribuir de manera única a la organización, aportando una perspectiva y un conocimiento específico de su unidad/área de trabajo actual.

Gráfico 39. Tiempo trabajado en la unidad por semana

Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?	Personal IPS
Menos de 30 horas a la semana	0
De 30 a 40 horas a la semana	3
Más de 40 horas a la semana	9
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

Los resultados relativos a las horas de trabajo semanales en el hospital se desglosan de la siguiente manera:

Menos de 30 horas a la semana (0%): El 0% de los encuestados indica que trabaja menos de 30 horas a la semana en el hospital. Esto sugiere que ninguno de los participantes en la encuesta tiene un horario de trabajo tan reducido.

De 30 a 40 horas a la semana (25%): El 25% de los encuestados informa que trabaja entre 30 y 40 horas a la semana en el hospital. Esta categoría representa a aquellos que tienen un horario laboral regular de tiempo completo, lo que les permite contribuir de manera significativa en sus roles y responsabilidades en el hospital.

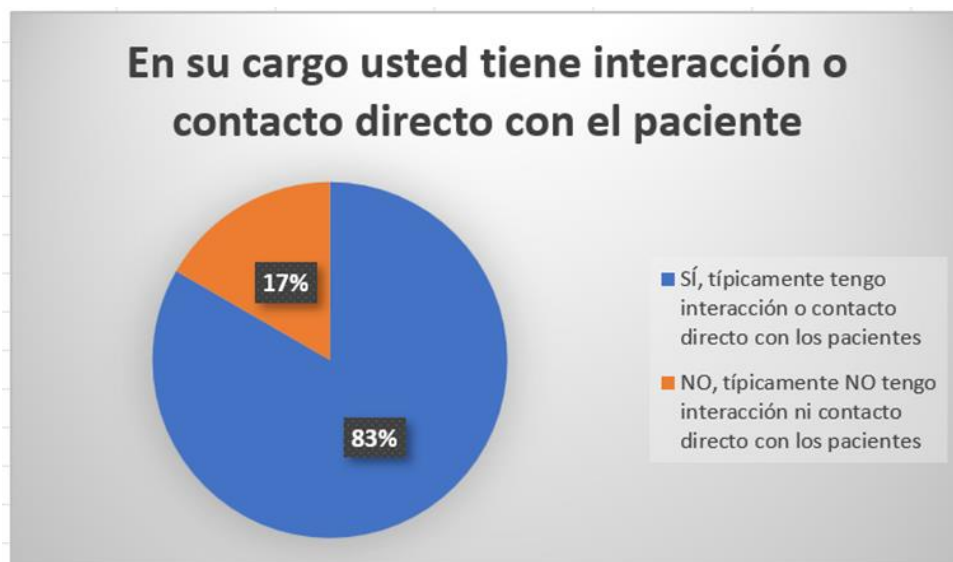
Más de 40 horas a la semana (50%): El 50% de los encuestados menciona que trabaja más de 40 horas a la semana en el hospital. Esto implica que la mitad de los encuestados tiene un horario laboral que excede las 40 horas estándar a la semana. Esta categoría representa a aquellos que

dedican una cantidad significativa de tiempo y esfuerzo a su trabajo en el hospital, posiblemente asumiendo tareas adicionales o trabajando en turnos prolongados.

En resumen, los resultados muestran una distribución diversa en términos de las horas de trabajo semanales en el hospital. Si bien una proporción significativa de los encuestados no trabaja menos de 30 horas a la semana, la mitad de ellos trabaja más de 40 horas a la semana. Esto sugiere que muchas personas en el hospital están dispuestas a dedicar tiempo adicional a su trabajo, posiblemente para satisfacer las demandas y necesidades de atención médica de la institución y los pacientes.

Gráfico 40. Interacción directa con el paciente

En su cargo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?	Personal IPS
SÍ, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes	10
NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes	2
Total	12



Fuente: Elaboración Propia

La interacción o contacto directo con los pacientes en el cargo se distribuyen de la siguiente manera:

SÍ, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes (83%): El 83% de los encuestados indica que típicamente tiene interacción o contacto directo con los pacientes a su

cargo. Esto sugiere que una gran mayoría de los encuestados está directamente involucrada en la atención y el cuidado directo de los pacientes. Esto puede incluir médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que interactúan regularmente con los pacientes para diagnosticar, tratar y brindar atención médica.

NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes (17%): El 17% de los encuestados menciona que típicamente no tiene interacción ni contacto directo con los pacientes a su cargo. Esto implica que una proporción menor de los encuestados no se encuentra directamente involucrada en la atención directa a los pacientes. Pueden tener roles o responsabilidades en áreas que no requieren una interacción directa con los pacientes, como la gestión de procesos internos o tareas administrativas.

En resumen, la mayoría de los encuestados desempeña roles que implican una interacción directa con los pacientes en su atención y cuidado, mientras que una minoría tiene roles que no requieren esta interacción directa y se centran en otras áreas de responsabilidad dentro de la institución médica.

Análisis

La encuesta se ha concebido con un total de siete (7) secciones claramente definidas, cada una de ellas conformada por un número específico de preguntas cerradas. Cada una de estas secciones se ha orientado hacia diversos aspectos vinculados al ámbito del personal, el trabajo y el rendimiento en relación con la seguridad del paciente. A continuación, se proporciona una detallada descripción de la estructura de la encuesta:

Tabla 18. Secciones de la encuesta

SECCIÓN	# DE PREGUNTAS
Área de trabajo	16
Supervisor, Director o Jefe clínico	3
Comunicación	7
Reporte de eventos de seguridad del paciente	3
Calificación de la seguridad del paciente	1
IPS	6
Preguntas generales	4
TOTAL	40

Fuente: Elaboración Propia

Sección 1. Área De Trabajo

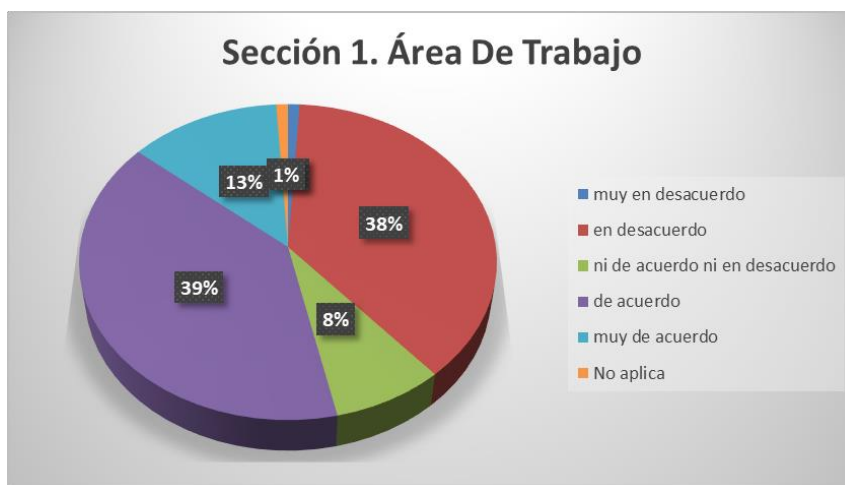
El trabajo en equipo es fundamental para brindar atención de alta calidad a los pacientes, con un 50% de acuerdo en un ambiente laboral bien coordinado. Sin embargo, se señalan áreas de mejora basadas en opiniones minoritarias de desacuerdo o indecisión. El fortalecimiento del trabajo en equipo se respalda con un 67% de acuerdo en la disponibilidad adecuada de personal clave en salud. Aunque hay una dedicación excesiva de horas por parte del personal, se debe abordar para evitar agotamiento. Se destaca la importancia de revisar periódicamente los procesos de trabajo para la seguridad del paciente, con un 75% de consenso, pero también se reconocen áreas de mejora.

La dependencia del personal temporal genera opiniones divididas, lo que requiere atención para mantener la estabilidad del equipo. La forma en que se reportan los incidentes muestra una necesidad de adoptar un enfoque objetivo y centrado en la resolución de problemas. La

colaboración del personal en situaciones de alta demanda laboral es positiva, con un 100% de apoyo mutuo y un ambiente que promueve el aprendizaje a partir de errores.

El ritmo de trabajo acelerado no se considera negativo para la seguridad del paciente, respaldado por un 67% de acuerdo debido a un fuerte trabajo en equipo y medidas de seguridad efectivas. La mayoría de los encuestados (83%) considera que los cambios implementados para mejorar la seguridad del paciente han sido efectivos, aunque se reconoce la importancia de escuchar a quienes no están de acuerdo para identificar áreas de mejora.

Gráfico 41. Escala de Likert: Resultados área de trabajo



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 19. Resultados área de trabajo

Pregunta	muy en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo	No aplica	Total
1	0	1	1	5	5	0	12
2	0	3	1	7	1	0	12
3	0	0	0	10	2	0	12
4	1	1	1	3	6	0	12
5	0	3	3	4	2	0	12
6	0	9	1	2	0	0	12
7	1	7	2	2	0	0	12
8	0	0	0	9	3	0	12
9	0	12	0	0	0	0	12
10	0	1	2	5	4	0	12
11	0	8	1	2	0	1	12
12	0	2	0	9	1	0	12
13	0	7	1	4	0	0	12
14	0	9	0	2	0	1	12
15	0	1	1	10	0	0	12
16	0	8	2	2	0	0	12
Total	1%	38%	8%	40%	13%	1%	192

Fuente: Elaboración Propia

Sección 2. Supervisor, director, jefe Clínico.

Los resultados de esta sección resaltan un entorno laboral donde la colaboración y la seguridad del paciente son esenciales. El 83% del personal siente que sus opiniones son valoradas para mejorar la seguridad del paciente, promoviendo una cultura de participación. Además, no se percibe presión para aumentar el desempeño en horas de trabajo, priorizando la calidad sobre la cantidad y la adherencia a protocolos para la seguridad del paciente.

La alta proporción (92%) que percibe que los superiores toman medidas para abordar problemas de seguridad del paciente refleja confianza en el liderazgo y una comunicación efectiva. En conjunto, estos resultados indican una cultura organizacional que valora la colaboración, la transparencia y la acción concreta para garantizar la seguridad y la calidad en la atención al paciente. Se promueve un entorno donde el bienestar del paciente es una prioridad constante y donde todos los miembros del equipo desempeñan un papel clave en este compromiso compartido.

Sección 3. Comunicación

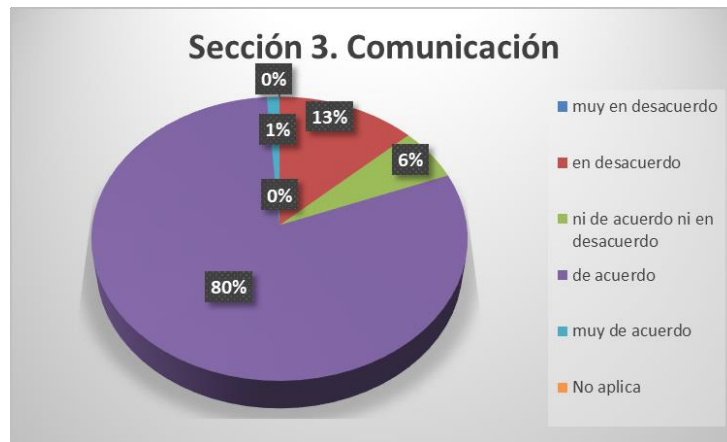
Todos los participantes de la encuesta están unánimemente de acuerdo en la importancia de recibir información detallada sobre los errores que se puedan haber cometido en esta unidad. Este consenso revela una sólida cultura de transparencia y aprendizaje continuo arraigada en el tejido de la organización. Se percibe claramente que existe un compromiso generalizado con la mejora constante y la evolución del proceso.

Además, más de la mitad de los encuestados refleja que:

1. Todos reconocen la importancia de recibir información detallada sobre errores, evidenciando transparencia y aprendizaje continuo.
2. Más del 50% considera crucial discutir estrategias preventivas, mostrando un enfoque proactivo compartido.
3. La mayoría valora estar al tanto de cambios basados en informes de incidentes, demostrando disposición para la adaptación y mejora.

4. El personal tiene una actitud proactiva al informar sobre situaciones que puedan afectar la atención al paciente.
5. Existe un amplio consenso en señalar acciones no seguras, sin importar la jerarquía, priorizando la seguridad del paciente.
6. Se confía en que las personas con autoridad escuchan las preocupaciones del personal, promoviendo un ambiente de colaboración.
7. La mayoría no tiene miedo de plantear preguntas sobre problemas, fomentando una discusión abierta y la resolución conjunta de desafíos en beneficio de la seguridad del paciente

Gráfico 42. Escala de Likert: Resultados comunicación



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 20. Resultados sección comunicación

Pregunta	muy en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo	No aplica	Total
1	0	0	0	12	0	0	12
2	0	0	1	11	1	0	13
3	0	1	0	11	0	0	12
4	0	0	1	11	0	0	12
5	0	1	1	10	0	0	12
6	0	1	1	10	0	0	12
7	0	8	1	2	0	0	11
Total	0%	13%	6%	80%	1%	0%	84

Fuente: Elaboración Propia

Sección 4. Reporte De Eventos De Seguridad Del Paciente

Aunque la mayoría (59%) de los encuestados no ha reportado regularmente correcciones de errores antes de que afecten al paciente, un segmento importante sí ha adoptado medidas para informar sobre estas correcciones de manera constante o en la mayoría de los casos. Es relevante destacar que el 42% muestra un patrón constante de reporte de errores que impactan al paciente, indicando una acción proactiva en la notificación y documentación de estos incidentes.

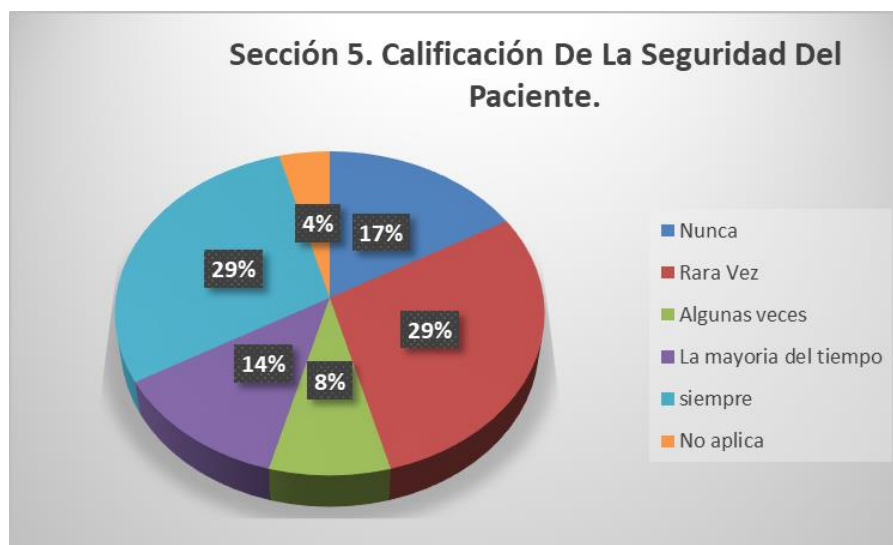
Sin embargo, la mayoría abrumadora (75%) de los encuestados no ha reportado eventos relacionados con la seguridad del paciente en el último año. Aunque algunos han comunicado uno o dos eventos, y una minoría ha tenido experiencias más frecuentes en el reporte, no se han registrado casos en los rangos más altos de reporte (de 6 a 10 y 11 o más eventos).

En resumen, a pesar de los desafíos en cuanto a la frecuencia de los reportes, es alentador observar un compromiso significativo con la notificación y corrección de errores que afectan al paciente. Estos resultados subrayan la importancia de promover una cultura de reporte abierta y regular, lo que en última instancia contribuirá a un entorno de atención médica más seguro y eficaz para todos los pacientes.

Sección 5. Calificación De La Seguridad Del Paciente.

La encuesta muestra una percepción positiva de la seguridad del paciente en la unidad/área de trabajo, con un 92% de calificaciones "Buena". Sin embargo, se identifican áreas que podrían beneficiarse de mejoras, reflejadas en un pequeño porcentaje de calificaciones "Regular". Esto indica que, aunque la seguridad general es alta, hay margen para la mejora.

Gráfico 43. Escala de Likert: Resultados calificación de la seguridad del Paciente



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 21. Resultados calificación de la seguridad del paciente

Pregunta	Nunca	Rara Vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	siempre	No aplica	Total
1	1	6	1	1	2	1	12
2	3	1	1	2	5	0	12
Total	17%	29%	8%	13%	29%	4%	24

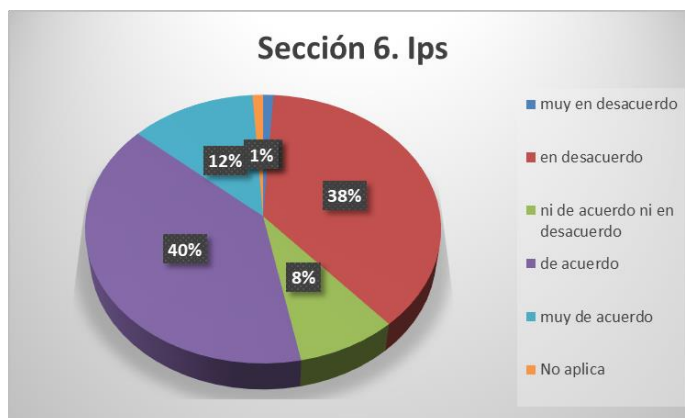
Sección 6. Ips

En resumen, los resultados reflejan un fuerte respaldo (100%) a la priorización de la seguridad del paciente por parte de la administración de la IPS, lo que sugiere la efectividad de las medidas implementadas y la comunicación de su compromiso. El apoyo sólido (92%) a la provisión de recursos adecuados por parte de la administración destaca el reconocimiento de las acciones tangibles tomadas para mejorar la seguridad del paciente. En cuanto a la reacción de la administración ante eventos adversos, la mayoría (83%) confía en las medidas preventivas y proactivas adoptadas.

Sin embargo, existe una división de opiniones sobre la omisión de información durante la transferencia de pacientes entre unidades, lo que indica la necesidad de mejorar la comunicación y la coordinación en estos procesos. La mayoría (67%) no percibe afectaciones en el seguimiento

del cuidado del paciente durante el periodo de receso, lo que indica medidas efectivas para mantener la continuidad en la atención. Finalmente, el alto acuerdo (83%) en cuanto al tiempo laborado en el mes como suficiente para el seguimiento de información clave sobre el cuidado del paciente muestra que la mayoría considera que el tiempo disponible es adecuado para esta tarea esencial.

Gráfico 44. Escala de Likert: Resultados IPS



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 22. Resultados sección ips

Pregunta	muy en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo	No aplica	Total
1	0	0	0	9	3	0	12
2	0	0	1	11	0	0	12
3	0	10	0	2	0	0	12
4	0	5	3	4	0	0	12
5	0	8	1	2	0	1	12
6	0	2	0	10	0	0	12
Total	1%	38%	8%	40%	13%	1%	72

Sección 7. Preguntas Generales

Los resultados de esta sección muestran una diversidad de experiencia y tiempo laboral en la IPS, lo que coincide con la variabilidad en el tiempo que el personal ha trabajado en la unidad. Esta diversidad, que abarca desde menos de 1 año hasta 6-10 años de experiencia, enriquece la organización al aportar perspectivas frescas y conocimientos arraigados en la atención al paciente. Cada segmento contribuye de manera única a la atención integral.

En cuanto a las horas de trabajo, se observa que una parte considerable (25%) trabaja menos de 30 horas por semana, mientras que la mayoría (75%) dedica más de 40 horas. Esto sugiere un compromiso significativo por parte del personal para satisfacer las demandas de atención médica, reflejando su dedicación a ofrecer un servicio excepcional.

Además, es destacable que el 83% de los encuestados tiene interacción o contacto directo con los pacientes en sus roles. Esto demuestra que la mayoría está involucrada directamente en la atención y el cuidado de los pacientes, lo que abarca a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. Esta interacción activa refleja el compromiso continuo con la atención integral y el bienestar de los pacientes.

Conclusiones

A pesar de los avances en los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, debemos seguir avanzando en la seguridad del paciente. Esto implica, la implementación de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, con una cultura no punitiva, centrando el análisis en lo que pasó y no en quien lo hizo. Implementando medidas de mejora, que involucren a pacientes y al personal de salud, empoderar a los pacientes en su propia seguridad. Entrenar a los equipos de salud, utilizando metodologías innovadoras como la simulación clínica, la utilización de protocolos y vigilancia activa en la búsqueda de factores latentes que pueden provocar incidentes y eventos adversos.

Los resultados de la encuesta destacan varios aspectos clave en nuestra institución de salud. El trabajo en equipo se considera una fortaleza con un 50% de acuerdo, aunque existen voces minoritarias de desacuerdo que señalan áreas de mejora. El 67% está de acuerdo en que tenemos suficiente personal en roles críticos, lo que respalda nuestro trabajo en equipo. Además, la mayoría de los empleados demuestran compromiso trabajando horas adicionales, aunque debemos vigilar el exceso de horas laborales. La disposición del 75% a someterse a revisiones periódicas de procesos indica un enfoque efectivo en la mejora continua para garantizar la seguridad del paciente. La dependencia de personal temporal es vista como beneficiosa, pero las preocupaciones sobre la estabilidad deben ser abordadas. El desacuerdo del 75% en cuanto a problemas de seguridad subraya la necesidad de una mejora en este aspecto.

Recomendaciones

Se requiere la implementación de diversas estrategias en el ámbito de los servicios de salud con el fin de promover entre los trabajadores, tanto técnicos como profesionales, la importancia de mantenerse actualizados en sus conocimientos para el cuidado de los pacientes. Esto contribuirá a fortalecer su confianza en sus habilidades y a elevar su conciencia acerca de las conductas que pueden comprometer la seguridad del paciente.

Implementar sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, fomentar una cultura no punitiva en la que el personal de salud se sienta cómodo reportando incidentes y eventos adversos es esencial. Centrar el análisis en lo que sucedió en lugar de buscar culpables promoverá la identificación de áreas de mejora.

Involucrar a pacientes y personal de salud, empoderar a los pacientes en su propia seguridad es fundamental. Esto puede lograrse mediante la educación de los pacientes sobre cómo pueden contribuir a su seguridad y alentando la comunicación abierta con el personal de salud. Además, involucrar al personal de salud en la identificación de problemas y soluciones es esencial para impulsar el cambio.

Utilizar metodologías innovadoras de entrenamiento, la simulación clínica y la práctica basada en protocolos son herramientas valiosas para capacitar a los equipos de salud. Estas metodologías permiten la práctica de situaciones reales en un entorno controlado, lo que ayuda a mejorar las habilidades y la toma de decisiones del personal.

Implementar vigilancia activa, realizar una vigilancia activa en busca de factores latentes que puedan provocar incidentes y eventos adversos es esencial para la prevención. Esto implica identificar y abordar las condiciones subyacentes que podrían llevar a errores.

Bibliografía

1. Ministerio de la Protección Social. LINEAMIENTOS IMPLEMENTACION POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE [Internet]. Ministerio de la Protección Social. 2008 Nov p. 4–52. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
2. GAVIRIA URIBE A, RUIZ GÓMEZ F, MUÑOZ MUÑOZ NJ. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA [Internet]. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA. 2015 p. 2–101. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
3. ORDÓÑEZ MOLINA JE. PAQUETES INSTRUCCIONALES BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD [Internet]. Ministerio de la protección social. 2008 p. 30–48. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
4. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017 Sep 1;28(5):785–95. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
5. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE, Mekonnen D, Abay Z. Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals: a cross-sectional study. Safety in Health. 2017 Sep 13;3(1).
6. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Enfermería Universitaria [Internet]. 2017 Jan [cited 2021 Nov 22];14(1):47–53. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300720>
7. Carvalho P. Correspondência. scielo [Internet]. 2015 Nov 30;1:1. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf
8. Lima da Silva P, Teles de Oliveira Gouveia M, Lima de Brito Magalhães R, Vieira de Sousa Borges B, Cardoso Rocha R, Melo Guimarães TM. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem em uma maternidade pública.

Enfermería Global [Internet]. 2020 Sep 20 [cited 2021 Oct 7];19(4):427–62.
Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400016

9. Universidad el bosque. Principios de la política de seguridad del paciente en Colombia | Universidad El Bosque [Internet]. www.unbosque.edu.co. 2022. Available from: <https://www.unbosque.edu.co/blog-universidad-el-bosque/principios-de-la-politica-de-seguridad-del-paciente-en-colombia>
10. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 1-55
11. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017 Sep 1;28(5):785–95. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
12. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*. 2017 Jan;14(1):47–53.
13. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE, Mekonnen D, Abay Z. Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals: a cross-sectional study. *Safety in Health*. 2017 Sep 13;3(1).
14. LINA MARCELA DÍAZ MUÑOZ, CAROLINA LÓPEZ GÓMEZ MPOP. Conocimiento De Los Usuarios Sobre Comportamientos De Cuidado Humanizado, Según Instrumento Pche Segunda Versión En La Clínica Comfamiliar Risaralda, Pereira, Risaralda 2018. *Psychol Appl to Work An Introd to Ind Organ Psychol Tenth Ed Paul*. 2012;53(9):57–67.



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