

**EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA
IBEROAMERICANA BARRANQUILLA, OISAMED SAS LA MISERICORDIA
CLÍNICA INTERNACIONAL, Y E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAICAO
GUAJIRA.**

DIRECTORES

LILIBETH SÁNCHEZ GÜETTE

NARLEDIS NUÑEZ BRAVO

DAVID PACHECO GARCÍA

JESSICA MORENO ARTETA

BARRANQUILLA

2020

AGRADECIMIENTOS

Agradecer inmensamente al Dios de los cielos, por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante con mi proyecto de vida, de igual manera, agradecer a mi familia que con su apoyo generaron en mí el deseo de superación.

A la Universidad Simón Bolívar, por permitirme continuar mis estudios brindándome todo el apoyo necesario para empezar y culminar la presente maestría, así mismo, a todos los profesores y tutores que con su dedicación y esfuerzo dieron lo mejor de cada uno de ellos para alimentar mis conocimientos.

A las instituciones prestadoras de servicio de salud y el personal de enfermería que participaron en el presente estudio.

A mis compañeros, que permitieron retroalimentar información necesaria para avanzar en la consecución del presente objetivo.

¡A todos! ¡Muchas gracias!

David J. Pacheco García.

Agradecer primeramente a Dios, por sostenerme y nunca dejarme desfallecer. A mi familia por apoyarme, por ser pacientes y motivarme a alcanzar esta meta.

A la Universidad Simón Bolívar, por abrirme las puertas de su seno científico y poder cursar la maestría, así como también a los diferentes docentes que aportaron sus conocimientos y que de una u otra forma han dejado huella en cada uno de nosotros.

Agradecer también a nuestras tutoras, por orientar, guiar e inculcar ese instinto investigativo, además por habernos brindado la oportunidad de recurrir a sus capacidades y conocimiento científico, por su dedicación, disposición, entrega, paciencia y amor por todo lo que hacen.

A las instituciones Prestadoras de Servicios y al personal de enfermería que participaron en este estudio.

Y por supuesto a nuestros compañeros de clases y hacer posible el desarrollo de cada módulo.

¡A todos! ¡Muchas gracias!

Jessica Moreno Arteta.

TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS.....	15
3.1. OBJETIVO GENERAL.	15
4. MARCO DE REFERENCIA	16
4.1 MARCO CONCEPTUAL.	17
4.1.1. ADMINISTRACIÓN EN SALUD.....	17
4.1.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	17
4.1.3. CULTURA DE SEGURIDAD.....	17
4.1.4. BARRERA DE SEGURIDAD.	17
4.1.5. EVENTO ADVERSO.....	18
4.1.6. EVENTO ADVERSO PREVENIBLE.	18
4.1.7. EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE.....	18
4.1.8. INCIDENTE.	18
4.1.9. COMPLICACIÓN EN SALUD.	18
4.1.10. LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	18
4.1.11. FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD.	19
4.1.12. PERCEPCIÓN.	19
4.1.13. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	19
4.1.14. RIESGO EN SALUD.....	19
4.1.15. GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD.	19
4.1.16. ATENCION CENTRADO EN EL PACIENTE.	20
4.1.17. PERSONAL DE ENFERMERIA.....	20
4.1.18. INSTITUCIONES PRESTADORES DE SALUD.	20
4.2. MARCO DE ANTECEDENTES.....	21
4.3. MARCO LEGAL.	26

4.3.1. Ley 100 del 1993.	26
4.3.2. Resolución 1474 del 2002.	27
4.3.3. Decreto 2309 del 2002.....	27
4.3.4. Decreto 1011 de 2006.	28
4.3.5. Resolución número 1446 de 2006.	28
4.3.6. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – 2008.....	28
4.3.7. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. 2010.....	29
4.3.8. Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario – Resolución 123 de 2012.	29
4.3.9. Resolución 2003 de 2014.	30
4.3.10. Ley 1751 de 2015.	30
4.3.11. Decreto 2343 de 2015.	30
4.3.12. Resolución 0256 de 2016.	31
4.3.13. Resolución 5095 de 2018.	31
4.3.14. Resolución No. 3100 de 2019.....	32
4.4. MARCO ÉTICO.....	32
4.4.1. Asociación Colaborativa.	32
4.4.2. Valor Social.....	33
4.4.3. Evaluación Independiente.....	33
4.4.4. Validez Científica.	34
4.4.5. Selección justa de los participantes.	34
4.4.6. Balance Riesgo - Beneficio Favorable.	35
4.4.7. Respeto por los participantes.	35
4.4.8. Consentimiento Informado.....	36
4.5. MARCO TEÓRICO.	36
4.5.1. Teoría del Riesgo de Jean Reason.....	36
4.5.2. Modelo del Iceberg para la cultura organizacional.....	38
4.5.2.1. Elementos visibles del iceberg.....	39
4.5.2.2. Elementos invisibles del iceberg.....	39

4.5.3. Modelo de Thomas J. Peters & Robert H. Waterman.	40
5. HIPÓTESIS.....	42
6. DISEÑO METODOLÓGICO	43
6.1. PARADIGMA.....	43
6.2. TIPO DE ESTUDIO.....	43
6.3. ÁREA DE ESTUDIO.	43
6.4. DELIMITACION ESPACIAL Y TEMPORAL.	43
6.5. POBLACIÓN.	43
6.5.1. Criterios de Inclusión:	44
6.5.2. Criterio de exclusión:	44
6.5.3. La muestra.	45
6.5.4. Muestreo.....	45
6.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.	46
6.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48
6.7.1. Fuentes de información.....	48
6.7.2. Fuente primaria.....	48
6.8. INSTRUMENTO - PLAN DE ANALISIS.	48
6.9. ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO.	50
6.10. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	51
6.11. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	52
6.12. PLAN DE TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	52
6.13 CONSIDERACIONES ETICAS.....	53
7. RESULTADOS	54
8. DISCUSIÓN.....	59
9. CONCLUSIÓN.....	65
10. RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70
11. ANEXOS	79
11.1 ANEXO 1	79
11.2. ANEXO 2.	90

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Población universo de las instituciones.	44
Tabla 2. cuadro de operacionalización de variables.	46
Tabla 3. Escala de valoración del instrumento.	50
Tabla 4. Categorías de respuesta del cuestionario.	50
Tabla 5. Características Sociodemográfica.	54
Tabla 6. Frecuencias de incidentes.	55
Tabla 7. Identificar el nivel de satisfacción.	56
Tabla 8. Analizar el margen de Confianza.	57
Tabla 9. Percepción sobre la cultura de seguridad en su institución.	58

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de las clínicas Iberoamericana Barranquilla, OISAMED SAS, La Misericordia Clínica Internacional, y E.S.E Hospital San José de Maicao Guajira.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en instituciones hospitalarias privadas y públicas del Departamento del Atlántico y la Guajira con el personal de enfermería. Se aplicó el Cuestionario sobre Seguridad De Los Pacientes Versión Española Del Hospital Survey On Patient Safety, Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ).

Resultados: En general se observa que con respecto a la frecuencia de reportes de eventos adversos que han sido identificados y luego corregidos por quienes los cometieron, el 45% siempre lo hace; lo relacionado con el recibimiento de comentarios favorables al momento de realizar procedimientos de acuerdo a los protocolos de seguridad del paciente, se encontró que el 35% si los ha recibido de sus superiores; al interrogar a los participantes sobre la información continua por parte de la dirección, acerca de los cambios en el reporte de incidentes; describieron en un 35% son informados algunas veces y se interrogó al personal sobre la percepción acerca de la seguridad del paciente en la unidad donde labora; identificándose que el 50% la percibe como buena.

Conclusiones: El poco tiempo de servicio en dicha unidad con que cuentan el personal de enfermería, es sin lugar a duda está muy relacionado con los eventos adversos y por ende con la cultura de seguridad del paciente.

Palabras clave: Enfermería, percepción, calidad de la atención, seguridad del paciente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of the patient safety culture of the nurses of the Iberoamericana Barranquilla, OISAMED SAS,, La Misericordia Clinica Internacional, and E.S.E Hospital San José de Maicao Guajira clinics.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was carried out in private and public hospital institutions of the Department of Atlántico and La Guajira with the nursing staff. The Patient Safety Questionnaire Spanish Version of the Hospital Survey On Patient Safety, Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ) was applied.

Results: In general, it is observed that regarding the frequency of reports of adverse events that have been identified and later corrected by those who committed them, 45% always do so; Regarding the receipt of favorable comments when performing procedures according to patient safety protocols, it was found that 35% had received them from their superiors; by questioning participants about ongoing information from management about changes in incident reporting; described in 35% are informed some times and the staff were questioned about the perception of patient safety in the unit where they work; identifying that 50% perceive it as good.

Conclusions: The short time of service in this unit available to the nursing staff is undoubtedly closely related to adverse events and therefore to the culture of patient safety.

Keywords: Nursing, perception, quality of care, patient safety.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La seguridad del paciente son todas esas actividades que se realizan para brindar una atención segura y con calidad a los usuarios, los objetivos se basan principalmente en orientar y promover en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS) u organizaciones sanitarias una cultura segura para el paciente, para ello, es necesario implementar practicas seguras dentro de esas estrategias centradas en la implementación de la política que promueva la evaluación de la cultura de seguridad del paciente como fuente primaria para identificar el conocimiento y la percepción de las distintas dimensiones de la cultura de seguridad, lo cual involucra de alguna manera al personal de enfermería, como eje central del cuidado del paciente, lo que de no ser así podrían generar o generarían eventos no deseados como daño al paciente¹.

De igual manera, atendiendo a la normatividad y a las regulaciones nacionales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS), frente a la implementación obligatoria de políticas de seguridad del paciente promovidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Instituciones de salud del país, tienen como una de sus prioridades el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente (SP); Teniendo en cuenta los 4 componentes del SOGCS como lo son; Habilitación en salud, acreditación, Pamec y sistemas de información, con el fin de mejorar y mantener la accesibilidad a los servicios garantizando una atención segura².

Por otra parte, la seguridad del paciente se ha convertido en un tema central y de gran preocupación en la prestación de servicios de salud a nivel mundial, ya que los diferentes estudios realizados han mostrado el gran aumento en el daño o el fallecimiento de los pacientes por una atención no segura, recordemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de la enfermedad”³

Por todo esto, los países de Latinoamérica como Colombia, Perú, México, Costa Rica y Argentina se unieron al proyecto IBEAS , el cual es dirigido por el ministerio de sanidad y política de España y la organización mundial de la salud (OMS), este proyecto o Estudio IBEAS tiene como estudio base “Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica”⁴ , como Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica para hacer seguimiento a estos temas, implementar planes de mejora que ayuden a prevenir los efectos negativos de la atención no segura y fortalecer la atención de aquellas entidades que ya vienen desarrollando esta atención en sus IPS.

Por tal motivo, en Colombia existe desde 2007 una Política Nacional de Seguridad del paciente que tiene como fin garantizar la prevención y ocurrencia de eventos adversos, mediante la implementación de sus paquetes de instrucción, lo que tiene como objetivo mitigar la dimensión y el daño que puede ocasionar en el paciente, lo que se alcanza a través del diagnóstico y análisis de estos, el establecimiento de las causas y el plan de acción para prevenir estas acciones inseguras. Esta política contempla las rutas institucionales y barreras de seguridad al implementar para garantizar la atención segura, a fin con el sistema obligatorio de atención en salud⁵.

Así mismo, muchos son los datos que nos aportan sobre la seguridad del paciente y actualmente es una problemática que se abarca globalmente, la OMS indica que uno de cada diez pacientes en procesos de atención en salud, sufre daños y el 50% de estos casos son prevenibles, como los errores de medicación, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, los procedimientos quirúrgicos poco seguros, las prácticas de inyección poco seguras, los errores diagnósticos, las prácticas de transfusión poco seguras, los errores de irradiación, la septicemia, tromboembolias venosas que impactan directamente en la seguridad del paciente y además en el aumento de costos relacionados con los daños a los pacientes, es por eso que la prestación de los servicios seguros contribuye para tranquilizar a las comunidades y restauración de la confianza en los sistema de salud⁶.

Las instituciones para prevenir posibles eventos adversos en la atención requieren actuar a tiempo, corregir errores y aprender de ellos, es importante para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud.

Por todo lo anterior, es necesario tener presente que en el mundo existen muchas situaciones que tienen que ver con la atención insegura de pacientes pero que no son reportadas lo que agudizan aún más la problemática.

Por otra parte, a través del tiempo el problema ha ido en aumento antes de ir disminuyendo, aunque no se puede generalizar y desmeritar los trabajos y estudios que desde los años 90 se han venido realizando, lo que ha logrado dar una mirada diferente de dicha situación, brindando conocimiento sobre la magnitud y el impacto que este genera en las distintas poblaciones, ya que estos estudios o investigaciones se han llevado a cabo desde diferentes metodologías, donde se ha logrado construir la frecuencia de eventos acontecidos en los distintos contextos para poder llegar a conclusiones mucho más ambiciosas a futuro para disminuir los índices de inseguridad en el manejo de los pacientes, dicho de otra manera, disminuir los eventos adversos desde la aplicación de estrategias y de esta manera evitar el aumento de la misma; España es uno de los países que ha tenido gran determinación y compromiso en esta situación y ha creado estrategias de la mano con la OMS desde su inicio, de igual manera lo ha realizado con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como la organización para la cooperación y el desarrollo económico, en Europa y la unión Europea, donde una de las recomendaciones sugeridas ha sido el de mantener y reforzar la colaboración con el programa de seguridad del paciente de la OMS, de igual manera, colaborar con otras instituciones internacionales que desarrollan programas de gran importancia en seguridad del paciente, entre otras⁷.

Así mismo, la Seguridad del Paciente que promulga la OMS trabaja para que las recomendaciones estén ampliamente disponibles y proporciona herramientas para

aplicar dichas recomendaciones en una variedad de entornos de atención sanitaria en todo el mundo⁸.

En países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, utilizan sistemas de búsqueda intencionada de Eventos Adversos (EA), a través de la revisión retrospectiva de fichas clínicas para obtener una aproximación más real al problema. Como existe una evidente subnotificación, la búsqueda intencionada de EA permite optimizar los tiempos de exploración y rendimiento del personal en la identificación de situaciones riesgosas para los pacientes. Esta metodología consiste en la identificación de situaciones de riesgo, llamados Triggers o detonantes que orientan a la exploración de un evento adverso en torno a ese detonador, ofreciendo un procedimiento dirigido para identificar EA a través de los registros clínicos, lo que ha sido de utilidad para la aproximación al problema de seguridad clínica. El objetivo principal de este estudio fue detectar eventos adversos mediante la utilización de la metodología Global TriggerTool, a través de la revisión retrospectiva de fichas clínicas en pacientes adultos⁹.

En un estudio realizado en la ciudad de México en 5 instituciones de salud y un hospital de alta especialidad en el 2017, indica que fueron analizados los eventos adversos reportado por enfermería durante un año, con el instrumento denominado seguridad y riesgo en el enfermo crítico, SYREC 2007, el cual arrojó resultados más frecuentes por caída accidental 54 (28.7%), úlcera por presión 36 (19.2%) y la no aplicación de cuidados pautados 25 (13.3%); el resto, 73 (38.8%), dependieron de otro tipo de situaciones. En su gravedad alrededor del 50% no causaron daño al paciente, aunque requirieron monitorización, el 22% se ocasionó daño temporal y el 2.2% el daño causado fue muy grave o incluso letal. Un estudio multicéntrico, correlaciono el hecho en Argentina, México y Colombia y observó eventos adversos, reportados por enfermería durante un periodo de seis meses en 17 UCIS, Se reportaron 1.163 eventos, de los cuales el 34 %, se relacionó con el cuidado, el 19% con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección intrahospitalaria y el 11% con la administración de medicamentos. El 7% restante relacionado con pruebas diagnósticas y equipos¹⁰.

Por otra parte, las enfermeras y auxiliares de enfermería en el ámbito asistencial para que puedan lograr mejorar la calidad de la atención necesitan contar con todos los insumos e implementos necesarios para la atención en salud, un buen ambiente laboral, deontología, una formación de calidad y el apoyo desde el área administrativa.

De no intervenir este problema; se puede afectar, la seguridad del paciente; con las consecuencias ya previstas anteriormente, por lo cual esta intervención debe venir de la alta dirección. Se debe crear la cultura de hablar de esto, las rondas de seguridad del paciente, las reuniones donde se traten temas de seguridad del paciente, la voluntad de cooperar con los reportes extrainstitucionales e intrainstitucional de forma voluntaria y también el tema de la confidencialidad. Confidencialidad tanto en términos de la protección de la intimidad del paciente como también de la protección de la confidencialidad de esos análisis que se hacen al interior de la Institución.

Por todo lo anterior se hace importante evaluar la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal asistencial, enfocado directamente al personal de enfermería ya que son el pilar fundamental de la institución por la atención directa y continua que tienen con el paciente.

De esta manera, se busca con este estudio responder a la siguiente pregunta problema: ¿Como la percepción del personal de enfermería influye en la cultura de seguridad del paciente en las clínicas Iberoamericana Barranquilla, OISAMED SAS, La Misericordia Clínica Internacional, y E.S.E Hospital San José de Maicao Guajira?

2. JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente tiene como finalidad principal dentro del

sistema de salud colombiano, ser un eje de dimensión transversal para el desarrollo de los programas en las instituciones de salud, basándose en las prácticas de atención seguras que disminuyan los riesgos en la atención y aumenten la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la atención en salud, por lo que se convierte la seguridad del paciente en un compromiso de todos los actores del sistema, especialmente para los profesionales que realizan la atención sanitaria¹¹.

Existen factores esenciales que muestran la seguridad del paciente como un modelo a seguir y que, por su relevancia en las instituciones, las organizaciones internacionales como la OMS, Joint Comision y las leyes colombianas: Decreto 1011 de 2006 y Resolución 2003 de 2014, muestran los errores que suceden a diario en las organizaciones, convirtiéndolo en una prioridad para el sistema de salud nacional e internacional¹².

Por eso es de vital importancia el programa de seguridad del paciente en cada una de las instituciones de salud, siendo un pilar fundamental, por generar la cultura de buenas prácticas hospitalarias que nos ayudan a identificar, analizar, y desarrollar planes de mejora con el fin de cada día fortalecer la atención en salud¹³.

Según la agencia para la investigación y calidad en salud, (Agency For Helthcare Research And Quality (AHRQ)), la cultura de seguridad es el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar, el estilo y la eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad, y se compone de las percepciones de seguridad, la frecuencia de los eventos reportados y el grado de seguridad general del paciente¹⁴.

Por eso es tan importante evaluar las percepciones de los trabajadores y equipo directivo de las IPS que intervendrán en este estudio, puesto que esto ayudara a las organizaciones a que conozcan los factores que influyen en las actitudes y aptitudes de los colaboradores, las relaciones, el grado de satisfacción en su puesto de trabajo, que tan empoderados están con el manejo del conocimiento sobre seguridad del paciente, y así poder aportar en la realización de planes de mejora que ayuden a generar una cultura sensible y humana en la atención del paciente

y optimizar el buen funcionamiento de la IPS¹⁵.

El presente estudio, demuestra si el profesional del área de enfermería cuenta con la capacidad autónoma de liderar y notificar los eventos adversos presentados en la institución. Siendo pertinente la implementación de acciones básicas en las IPS, para mejorar la seguridad del paciente como son la identificación del paciente, el manejo de medicamentos, comunicación clara, el uso de protocolos y guías de atención.

Este proyecto permitirá a las organizaciones a identificar los factores que influyen en las actitudes y aptitudes de los colaboradores, las relaciones y el empoderamiento en el manejo sobre seguridad del paciente, con el fin de aportar en la realización de planes de mejora que ayuden a generar una cultura humanizada en la atención del paciente y optimizar el buen funcionamiento de la IPS.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de las clínicas Iberoamericana Barranquilla, OISAMED SAS, La Misericordia Clínica Internacional, y E.S.E Hospital San José de Maicao Guajira.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✓ Caracterizar las variables sociodemográficas del personal asistencial de enfermería de las clínicas objeto de estudio.
- ✓ Determinar la frecuencia de incidentes reportados por parte del personal de enfermería.
- ✓ Identificar el nivel de satisfacción del personal de enfermería sobre el apoyo recibido por la dirección o supervisor para fortalecer la seguridad del paciente.
- ✓ Analizar el margen de confianza en la comunicación entre el personal de enfermería y sus supervisores como eje fundamental para fortalecer la seguridad del paciente.
- ✓ Definir el grado de percepción general que tiene el personal de enfermería sobre la seguridad del paciente.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO CONCEPTUAL.

4.1.1. ADMINISTRACIÓN EN SALUD.

Es el conjunto de conocimientos, habilidades técnicas, con base en un equilibrio armónico, que proporciona la preparación al directivo y le permita llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios referentes a la salud¹⁶.

4.1.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

La Atención en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹⁷.

4.1.3. CULTURA DE SEGURIDAD.

Se puede definir como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias, objetivos y patrones de comportamiento individual y colectivo, que determinan la conducta del personal de salud para disminuir riesgos y daños al Paciente, relacionados con la atención médica y/o sanitaria¹⁸.

4.1.4. BARRERA DE SEGURIDAD.

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso¹⁹.

4.1.5. EVENTO ADVERSO.

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles²⁰.

4.1.6. EVENTO ADVERSO PREVENIBLE.

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado²¹.

4.1.7. EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE.

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial²².

4.1.8. INCIDENTE.

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención²³.

4.1.9. COMPLICACIÓN EN SALUD.

Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado²⁴.

4.1.10. LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Aquella cualidad que hace que el paciente reciba el correcto diagnóstico y los servicios terapéuticos, que van a conducirlo al estado de óptima salud conseguible para este paciente, según los conocimientos del momento de la ciencia médica y los factores biológicos del paciente: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, cumplimiento terapéutico, con el coste mínimo de recursos, con la

exposición al mínimo riesgo posible de un daño adicional y con la máxima satisfacción del paciente²⁵.

4.1.11. FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Se puede definir como un error de seguridad que es causado por defecto en el cuidado de la salud de un paciente²⁶.

4.1.12. PERCEPCIÓN.

Según Carterette y Friedman ²⁷, La percepción puede definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto, es decir lo que se percibe depende de cómo se da la introyección y es de carácter individual²⁷.

4.1.13. SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Es la reducción a un mínimo aceptable del riesgo de daño innecesario asociado al cuidado de la salud, éste se origina de actos no intencionales o intencionales²⁷.

4.1.14. RIESGO EN SALUD.

La probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse ²⁸.

4.1.15. GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD.

Es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta

la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias²⁸.

4.1.16. ATENCION CENTRADO EN EL PACIENTE.

Se define como la capacidad que tiene el profesional de la salud para empoderar al paciente y compartir el poder en la relación, lo que significa renunciar al control que tradicionalmente se tenía sobre la situación y el paciente de parte del profesional de la salud, de igual manera comprender al paciente y entender la enfermedad²⁹.

4.1.17. PERSONAL DE ENFERMERIA.

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal desde una mirada humanizada necesaria para todos los casos, por ende, el personal se refiere a todas aquellas personas que ejercen dicha función con estudios profesionales o técnicos previos necesarios para realizarla³⁰.

4.1.18. INSTITUCIONES PRESTADORES DE SALUD.

Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. Son entidades organizadas para la prestación de los servicios de salud³¹.

En el apartado anterior, encontramos los conceptos más relevantes de nuestra investigación, en donde se hace referencia explícitamente a las partes de un todo,

necesario para comprender de mejor manera todo el contexto investigativo relacionado en el presente trabajo de investigación.

4.2. MARCO DE ANTECEDENTES.

Dentro del presente apartado, se encuentran una serie de documentos citados que toman como referencia la seguridad del paciente o su contexto, ubicándose en diferentes visiones acerca de un mismo problema, cabe resaltar que no en todos los estudios intervinieron las mismas variables, además, se puede observar que los documentos citados tienen validez científica ya que trabajan bajo la directrices del método científico y se construyeron bajo la primicia de no superar los cinco años de realización y/o publicación, brindando información pertinente y actualizada a considerar del problema de estudio y el camino a seguir con dicha investigación.

Por consiguiente, en el estudio realizado en un hospital privado, especializado en cirugías oftalmológicas, ubicado en el municipio de Niterói - Río de Janeiro, en 2016 titulado: "Cuidado Quirúrgico Seguro en Oftalmología Adaptación y Operacionalización del checklist de seguridad quirúrgica" se puede observar que la actitud con media más elevada fue representada en el dominio "Satisfacción en el Trabajo" (74) seguida del "Clima de trabajo en Equipo" (68,9) y "Clima de Seguridad" (67,8); obedeciendo una orden decreciente de valor. No hay diferencia significativa de valor entre estos dos últimos, de igual manera, menores escores atribuidos a la "Percepción de la Gerencia" relacionada con la unidad y con el hospital (41,1) seguido del dominio relativo a la "Percepción del estrés" (53,3) y "Condiciones de trabajo" (57,6) entre otros, a continuación, se expone una tabla de lo alcanzado³².

Del mismo modo, en el 2018, en Perú, Aguilar Albán³³. Presentó un estudio cuyo objetivo estuvo dirigido a determinar la cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD. Para lo cual se basó en una metodología cuantitativa, descriptiva, transversal y prospectiva, para este estudio, se evaluaron seis dimensiones: Frecuencia de Eventos adversos notificados; percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección, trabajo en equipo

en el servicio, dotación de personal y problemas en cambio de turno. Respecto a las seis dimensiones; tres de ellas se perciben como negativas: Frecuencia de eventos adversos notificados (46,5%); dotación de personal (48,3%) y problemas en cambio de turno (47,7%); dos de ellas se presentan como neutras: Percepción de seguridad (57,4%) y expectativas y acciones de la dirección (61,6%), y solo una se muestra como positiva: Trabajo en equipo en el servicio (75%). Se concluye de manera general que la cultura de seguridad del paciente, percibida por las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia es negativa; sin embargo, el estudio permitió proponer acciones de mejora en pro de la seguridad del paciente.

Por otra parte, en España se llevó a cabo una investigación sobre Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, con una muestra de conveniencia, con 122 profesionales sanitarios y no sanitarios, que asistieron en 2015 a cursos sobre seguridad del paciente organizados por la Consejería de Sanidad de Madrid, los resultados obtenidos fueron de la siguiente manera, El 60% respondió correctamente a las preguntas sobre conocimientos en seguridad del paciente, identificando áreas de mejora en prácticas seguras (higiene de manos y microorganismos resistentes a antibióticos, con 66% y 61% de respuestas incorrectas, respectivamente), y en gestión de riesgos sanitarios (investigación e identificación de eventos adversos, con el 62% y 56% de respuestas incorrectas, respectivamente). El 80% consideró positiva la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) institucional, y la percepción de seguridad como oportunidad de mejora (63,9% de valoraciones negativas). Así, el 88% reconocía preocuparse por la seguridad del paciente sólo tras incidentes adversos, y el 65% sentía miedo a hablar sobre estos. La satisfacción con la metodología docente fue de 9,3 sobre 10, de igual manera, La valoración global de la CSP fue mayoritariamente positiva, identificándose áreas de mejora específicas utilizadas como estrategia docente para ilustrar conceptos, motivar a los participantes y sugerir estrategias de intervención para mejorar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones³⁴.

Además, en Brasil, para el año 2016, Schwonke et al³⁵. Se propusieron por objetivo caracterizar la cultura de seguridad de las instituciones hospitalarias, en la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. Se basó en la metodología cuantitativa, exploratoria, con diseño descriptivo. En los resultados respecto a la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional, seguridad en el cuidado al paciente, prevención de errores como prioridad organizacional y percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización. De igual modo, la percepción de los profesionales investigados, los constructos que abordaban cuestiones gerenciales y organizacionales obtuvieron menores resultados de medias que aquellos que enumeraban actitudes individuales y de sus compañeros, sugiriendo tal vez, una dificultad de admitir la posibilidad del error, al temer también, castigos y sanciones, lo que puede comprometer las estrategias e identificar que incluyen la implantación y consolidación de una cultura de seguridad. Se destaca también la necesidad de una mayor articulación de la organización con las cuestiones que incluyen el reconocimiento de los riesgos y errores que ocurren en la institución, así como la implementación de programas de educación permanente que promuevan la actualización y capacitación de los profesionales.

De igual manera, la temática sobre la cultura de seguridad también ha sido estudiada desde otras perspectivas internacionales, como es la investigación realizada en 2015 *The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes A Systematic Review*, en esta investigación se logró identificar que existe evidencia de la relación entre la cultura de seguridad del paciente y los resultados del paciente a nivel de análisis del hospital y la unidad de enfermería³⁶.

Igualmente en Colombia en el año 2018 se llevó a cabo un estudio con enfoque cualitativo y descriptivo tipo documental, para el desarrollo del conocimiento relacionado con las acciones que favorecen el fortalecimiento de la implementación de Prácticas Seguras en el Programa de Seguridad del Paciente para el mejoramiento de la atención en salud, este estudio logra dar una mirada integradora, permitiendo comparar e identificar programa de seguridad del paciente entre Colombia, Chile y México, en el periodo 2008 a 2018 y tomar acciones que

pueden fortalecer las buenas prácticas en la atención, de este estudio se logró concluir 5 aspectos relevantes que son los siguientes:

1. El Programa de Colombia, tiene una estructura que favorece la seguridad del paciente durante la atención en salud, pero es necesario presentar de manera explícita su integración con el Programa de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Hemovigilancia y Reactivovigilancia.
2. Los programas de Seguridad del Paciente de Colombia, Chile y México, tienen muchas semejanzas en cuanto se enfocan a las metas de seguridad del paciente internacional.
3. Del Programa de Seguridad del paciente de México se pueden tomar acciones esenciales que fortalecen las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente: Asegurar la identificación de los pacientes en todos los procesos asistenciales, Desarrollar y Gestionar la comunicación entre los que atienden y los cuidadores, Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.
4. La incorporación de la metodología de elementos medibles específicos en cada una de las buenas prácticas, así como la evaluación de la efectividad del programa aporta al desarrollo y mejoramiento del mismo.
5. Prácticas que no fueron consideradas esenciales en el Programa de Seguridad del Paciente, que incentivan el mejoramiento de la actuación de los profesionales deben ser incorporadas para su aplicación obligatoria, como se evidencian en el contenido de México³⁷.

Por otra parte, en Bucaramanga, Santander en 2017, Estévez et al³⁸. se propusieron evaluar la percepción del equipo de salud sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en el servicio de urgencias de pediatría en una institución prestadora de servicios de salud de IV nivel de complejidad; la metodología empleada fue observacional descriptiva cuantitativa, de corte transversal y se mostraron fortalezas como la percepción en la seguridad del paciente, acciones de la dirección que favorecen la seguridad del paciente, el trabajo en equipo, apoyo de la gerencia de la clínica, sin embargo, dentro de las oportunidades por mejorar, se encuentran,

franqueza en la comunicación, trabajo entre unidades/servicio, manejo de los medicamentos, problemas en los cambios de turno o transición, respuesta no punitiva a errores, aprendizaje organizacional o mejora continua y reporte apropiado de eventos adversos y las debilidades: la retroalimentación o comunicación sobre errores y la franqueza en la comunicación.

Además, se concluyó que el personal refiere que está encaminando un trabajo adecuado para lograr un alto grado de cultura en la seguridad del paciente acompañado por parte de la gerencia siendo ésta fundamental para brindar el apoyo necesario e implementar estrategias que motiven a llevar al personal a una acertada comunicación sobre los errores y franqueza de los mismos, tomando como base la orientación a una educación constante acerca de la seguridad del paciente³⁸.

De la misma manera, en Bogotá, en el año 2016 se realizó una investigación científica que llevó por título Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud, fue de tipo descriptivo evaluativo transversal con un diseño observacional, Hizo parte de un macroproyecto en el que se indagó sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de instituciones de I, II, III y IV nivel de atención de Antioquia en convenio con la Corporación Universitaria Adventista. Para el caso específico de esta investigación, la población y muestra incluyeron a todos los enfermeros y auxiliares de cuatro instituciones de salud de nivel de atención I y II que aceptaron participar en el estudio, en los resultados obtenidos en dicha investigación se logra identificar que, al analizar el número de horas trabajadas por semana se pudo inferir con preocupación que un porcentaje considerable del personal de enfermería de las cuatro instituciones aseguraron hacerlo más de 48 horas a la semana (la I con el 26,7%, la II con el 37,5%, la III con el 44,4% y la IV con el 66,7%), lo cual se constituye en un factor de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos si se tiene en cuenta, además, que todos los encuestados tenían contacto directo con paciente, entre otros hallazgos¹².

De igual modo, en el 2015 se realizó un estudio descriptivo con un total de 372 trabajadores, seleccionando una muestra aleatoria estratificada, que llevo como título Percepción de trabajadores sobre la cultura de seguridad del paciente en una empresa de salud estatal acerca de la aplicación en la institución de los diferentes componentes de la cultura de la seguridad del paciente y que obtuvo como resultado lo siguiente, percepción global de seguridad: 76% Fortalezas: grado de seguridad percibido en la empresa 83,7%, retroalimentación y comunicación sobre el error 83%, aprendizaje organizacional/ mejoramiento continuo 82,7%, expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad 81%, trabajo en equipo dentro las áreas 81%, actitud de comunicación abierta 80%. Aspectos que requieren intervención: personal 69,7% y respuesta no punitiva al error 62%. La conclusión a la que se llegó con la anterior información fue que la Institución se ha involucrado con la difusión de la cultura de la seguridad del paciente: los trabajadores logran percibir la importancia de varios elementos de esta cultura y la actitud proactiva de coordinadores es un factor relevante en el proceso³⁹.

4.3. MARCO LEGAL.

Algunos de los soportes de reglamento legal aquí expuestos, garantizan que desarrollar este tipo de investigaciones es necesario para verificar la adhesión de las instituciones de salud a las normas reguladoras establecidas por los entes de control. Además, destacan que, para llegar al programa de seguridad del paciente, se ha tenido un recorrido histórico en las instituciones de salud, que requiere participación de los diferentes actores. A continuación, se describen algunas normas relacionadas con la seguridad del paciente en Colombia.

4.3.1. Ley 100 del 1993.

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En ella se define la seguridad social como “ el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la personas y la comunidad

para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad ⁴⁰.

Esta ley está basada en un modelo de cobertura universal teniendo como principio la solidaridad, integridad, unidad y participación. La cual nos orienta promover calidad y economía en la prestación del servicio de salud, para que los individuos tengan la capacidad de opinar e influir sobre el sistema de salud, y poder escoger la calidad y el costo de los servicios a recibir ⁴⁰.

4.3.2. Resolución 1474 del 2002.

En la cual se define acreditación en salud como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos que realiza la entidad prestadora de salud para garantizar una atención de calidad bajo los más altos estándares de la prestación del servicio. Así mismo, estableció unos estándares óptimos y factibles de alcázar los cuales son previamente realizado y valorados y de todo conocimiento de las entidades a evaluar. A través de esta evaluación se reconoce públicamente a una institución prestado de servicios de salud (IPS), entidad promotora de servicios de salud (EPS, ARS), y cual quiere otra que desempeñe una prestación de servicio, bajo los estándares superiores de calidad⁴¹.

El objetivo del sistema único de acreditación es incentivar el manejo de las buenas prácticas, afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que estos puedan tomar decisiones basada en los resultados de la acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otra entidad según la prestación del servicio brindada⁴².

4.3.3. Decreto 2309 del 2002.

Según se establece en la ley 100 del 1993, el Ministerio de Salud de Colombia debería reglamentar el sistema obligatorio de garantía de calidad y sus componentes el sistema único de habilitación, el programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y aseguradoras el sistema de información al usuario⁴³.

Por este decreto se reglamente la calidad de atención en salud en Colombia y considero al acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención segura del paciente como la característica fundamental de la calidad de la atención.

4.3.4. Decreto 1011 de 2006.

Reconocido como el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-. Se planteó como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país⁴⁴.

4.3.5. Resolución número 1446 de 2006.

La presente resolución describió una serie de indicadores para la monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, como un sistema de información que ayudase a mantener un control sobre los eventos que favorecen la calidad en las instituciones de salud⁴⁵.

4.3.6. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – 2008.

En Colombia, se inició a través del nacimiento del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, la política de seguridad del paciente, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del

paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente⁴⁶.

4.3.7. Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". 2010.

El desarrollo de esta guía tuvo por objetivo brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos⁴⁶.

4.3.8. Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario – Resolución 123 de 2012.

El manual de estándares para la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud presenta los lineamientos que guiarán el proceso de acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias y los estándares de acreditación correspondientes. Los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia⁴⁷.

Este manual aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Están excluidas las instituciones que ofrecen servicios de habilitación y rehabilitación, a las cuales se les aplicará el manual específico para este tipo de instituciones.

4.3.9. Resolución 2003 de 2014.

El objetivo de esta resolución es el definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud que hace parte integral de la presente resolución. La presente resolución comprende una serie de pautas evaluativas que de una u otra manera buscan garantizar la seguridad del paciente al momento de consultar a institución prestadora de servicios de salud⁴⁸.

4.3.10. Ley 1751 de 2015.

Dentro de la presente ley se contempla que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende 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. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado⁴⁹.

Para lograr su objetivo deberá formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema⁴⁹.

4.3.11. Decreto 2343 de 2015.

El presente decreto, señaló que el artículo 48 de la Constitución Política estableció que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará

por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y que se garantiza a todos los habitantes como un derecho irrenunciable. Por consiguiente, en el presente decreto se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud⁵⁰.

4.3.12. Resolución 0256 de 2016.

A través de la presente resolución, se dictan las disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema. Su alcance, está dirigido a todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo⁵¹.

4.3.13. Resolución 5095 de 2018.

La presente resolución modificó los estándares de acreditación establecidos en el manual para acreditación y se busca adoptar el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1. Por tanto, el ente acreditador que se encuentre inscrito en el registro especial de acreditadores en salud evaluará el nivel de calidad en la atención alcanzada por las instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatoria y hospitalaria que deseen acreditarse en el marco del sistema único de acreditación del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud⁵².

4.3.14. Resolución No. 3100 de 2019.

Mediante esta resolución, se modificó la norma para habilitación de prestadores de servicios de salud, en aras de avanzar y estar acorde a las últimas recomendaciones, debido a que en estos cinco años, se han dado modificaciones en avances tecnológicos y normas para la atención en salud, que impactan el proceso de inscripción de los prestadores, y las condiciones estándares y criterios de habilitación de servicios de salud, por lo que se consideró necesario realizar una revisión integral de la antigua normatividad. Por lo tanto, en esta norma se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud⁵³.

4.4. MARCO ÉTICO.

Para el desarrollo de esta investigación científica con seres humanos, se debe tener en cuenta los ocho principios que se describen a continuación:

4.4.1. Asociación Colaborativa.

Teniendo en cuenta que la investigación científica tiene como propósito fundamental servir a la sociedad; la colaboración entre investigadores y comunidad construyen el principio de la investigación colaborativa, el cual supone que la comunidad en donde se lleva a cabo la investigación debe favorecer y participar en el esfuerzo investigativo, lo que incluye, además, definir si la comunidad recibirá beneficios como resultado de la investigación y garantizar que la comunidad no será explotada durante el proceso, es decir que la investigación colaborativa deja de lado a una comunidad pasiva, para invitarla a ser protagonista y dar paso a las personas para que contribuyan en el proceso de desarrollo científico, a fin de que sean intérpretes del mismo y permanezcan activas en la implementación de la investigación. Además, la investigación colaborativa indica a la comunidad, si el esfuerzo científico ayudará a resolver sus problemas y a definir si es aceptable desarrollar la investigación en su propio entorno. Es claro que para que la investigación

colaborativa se dé adecuadamente debe mantenerse el respeto mutuo entre las partes, impulsar la acción de líderes que entablen un diálogo permanente entre el equipo científico y la comunidad, y desarrollar un plan a largo plazo que, además de desplegar la propia investigación incluya, según sea el caso, la socialización de resultados, el seguimiento y el cumplimiento de compromisos entre las partes⁵⁴.

4.4.2. Valor Social.

La investigación debe partir de la especificación de los beneficiarios de la misma, apreciando la importancia de los problemas de salud que están siendo investigados, y definiendo el valor potencial de la investigación para cada uno de los involucrados. Para potenciar el valor social de la investigación, los investigadores también deben hacer esfuerzos a fin de fortalecer sus redes de conocimiento y la difusión de los resultados, con el propósito de fundamentar una estrategia colaborativa a largo plazo en la que converjan los conocimientos de diversas áreas. El valor social de la investigación también se desarrolla cuando esta es un medio para fortalecer la estructura y capacidad investigativa local, a través de entrenamiento, equipos y la implementación de programas académicos y científicos sostenibles que contribuyan a mantener el impulso generado por la investigación científica⁵⁵.

4.4.3. Evaluación Independiente.

La investigación y sus procesos de implementación deben garantizar el acceso a la veeduría pública que dé cuentas del proceso de desarrollo de la propuesta investigativa, la puesta en marcha de la misma y la difusión de los resultados, teniendo en cuenta no solo las evaluaciones correspondientes a la ley y los reglamentos vigentes, sino la evaluación y el seguimiento de los comités de ética. La evaluación independiente no solo valora la validez científica de las propuestas, sino que vela por identificar y reducir al mínimo los conflictos de interés y asegurarse de que un estudio es éticamente aceptable antes de dar inicio al mismo; un comité independiente, que no tenga interés en el estudio debe estudiar y evaluar la propuesta y formular los cuestionamientos pertinentes, a los diferentes actores⁵⁵.

4.4.4. Validez Científica.

La investigación debe reflejar validez desde el diseño, el cual debe tener en cuenta el valor social para los beneficiarios. El diseño científico debe dar cuenta tanto de los objetivos científicos como de las garantías que los participantes tienen para acceder a las intervenciones de atención en salud a las que tienen derecho. La validez científica es un requerimiento ético fundamental de la investigación; de hecho, cualquier investigación sin validez científica no es ética. De otra parte, la validez científica es la que garantiza su valor para la sociedad, y es el único garante para que se confíe en el desarrollo científico. Si no hay validez científica, no hay valor social y no existe, por tanto, ninguna justificación para que un sujeto se exponga a los riesgos que supone la investigación. La validez científica se cimienta, a su vez, en una adecuada pregunta de investigación y un diseño coherente que se destaque por la coherencia entre los objetivos y la metodología, y el correcto uso de las herramientas estadísticas empleadas, tanto para el cálculo adecuado del tamaño de muestra, como para el análisis de resultados. Estos estándares mínimos deben conjugarse con la pertinencia de la idea investigativa y la plausibilidad del proyecto, para lo cual se debe tener en cuenta el contexto social, político y cultural en donde se llevará a cabo la investigación⁵⁶.

4.4.5. Selección justa de los participantes.

La investigación debe seleccionar la población de estudio de tal forma que garantice su validez científica; la selección de la población debe propender por identificar y proteger a las poblaciones vulnerables y debe basarse en los objetivos de la investigación, es decir que el fundamento de la validez científica es aquel que define la elegibilidad de los sujetos que deben ser reclutados. La selección justa de los participantes fortalece la validez científica y, por tanto, vigoriza el valor social de la investigación. Cualquier otro criterio de selección de los sujetos debilita la conducción del estudio, incrementa el riesgo de sesgos de selección y aumenta las posibilidades de reclutar sujetos en poblaciones vulnerables y potencialmente explotables que no pueden defender sus intereses frente a las estrategias de

reclutamiento. Si son los objetivos científicos los que definen la selección de los participantes, entonces, con base en esos criterios de selección, se minimizarán los riesgos y la vulnerabilidad para los sujetos⁵⁷.

4.4.6. Balance Riesgo - Beneficio Favorable.

Dentro de la propuesta de investigación se debe evaluar y sopesar los riesgos y beneficios potenciales a los que la población de estudio se expone durante la ejecución del proyecto, especialmente aquellos relacionados con el contexto de la salud. Así mismo, debe valorar la relación riesgo - beneficio mediante la comparación de los riesgos netos del proyecto de investigación con el conjunto de beneficios potenciales derivados de los principios de asociación colaborativa, valor social y respeto por los participantes, de lo contrario no habría mucho sentido para hacer la investigación. Si los riesgos exceden la combinación de beneficios potenciales a los individuos con el beneficio de conocimiento útil a la sociedad, la investigación no es justificable⁵⁸.

4.4.7. Respeto por los participantes.

Hace referencia a que las personas deben ser tratadas con respeto desde el momento en que se define su posible participación, hasta el momento en que se termine el seguimiento, luego de concluido el estudio. Dicho respeto incluye acatar las decisiones de la persona si esta se niega a participar o desea retirarse. El respeto por el sujeto se construye, guardando coherencia entre lo que se le expone en el consentimiento y las acciones que se llevan a cabo en el estudio, y se fortalece al informar a tiempo a los participantes si hay cambios en el balance riesgo-beneficio; así mismo, el respeto se robustece manteniendo la privacidad y confidencialidad de los datos recolectados. El respeto es perdurable si los participantes viven el hecho de recibir los beneficios de la investigación, es decir el respeto se consolida cuando el valor social de la investigación se hace tangible⁵⁸.

4.4.8. Consentimiento Informado.

El consentimiento informado se fundamenta en la autonomía y en la libertad de toma de decisión de cualquier individuo mentalmente competente para aceptar o rechazar cualquier forma de participación, intervención o procedimiento de investigación. Este se constituye en un acuerdo de voluntad entre el investigador y el participante, este se debe de dar bajo las dimensiones de la confianza, claridad, respeto, sin ser coaccionar de ninguna manera el participante para aceptar la intervención que se le realizara.⁵⁹

En el consentimiento informado se deja estipulado los derechos y los deberes de ambas partes (participante-Investigador) con esto se busca proteger la integridad física y psicológica de los participantes, así como quedo establecido en el código Nüremberg desde 1946, en donde se promulgó por primera vez el consentimiento voluntario de los sujetos participantes, desde entonces se constituye un requisito indispensable en toda investigación realizada⁵⁹.

4.5. MARCO TEÓRICO.

4.5.1. Teoría del Riesgo de Jean Reason.

Dentro del modelo de Reason, se reconocen los errores propios del comportamiento humano, los errores activos, de los errores estructurales del diseño de los procesos, los errores latentes, con el fin de poder visualizarlos y tratarlos separadamente. Los errores activos son los actos inseguros realizados por personas que se encuentran en los diferentes procesos o en contacto directo con el cliente. Este tipo de errores se presentan en diferentes formas: como son deslices, lapsus, torpezas, falta en los procedimientos, entre otros⁶⁰.

También el modelo de Reason explica que cualquier componente de una organización puede considerarse un segmento (de queso). La administración es un segmento, la asignación de recursos es otro segmento, infraestructura, programa

de seguridad, controles de calidad, programas de calificación y competencia, soporte operativo, cultura, liderazgo, y todos los elementos de un sistema⁶⁰.

De tal manera, que cada individuo, cada dependencia es un elemento importante y significativo dentro del proceso, es decir aunque sean parte separadas de alguna manera inciden en la ejecución de todo el conglomerado empresarial, de esta manera, los individuos influyen sea de manera negativa o positiva dentro de la empresa y por ende en sus usuarios, es decir que de su apropiación y desempeño y de las directrices dependerá el éxito, lo cual está muy ligado a la cultura organizacional e individual, una vez articulada debidamente la organización con sus integrantes logrará el éxito de lo contrario generará huecos como en el queso que conllevarían al desastre de la empresa.

De esta manera, las situaciones no favorables dentro de la empresa son generadas generalmente por situaciones de coincidencia o convergencia de muchos factores, los cuales dependerán de las acciones personales y porque no también de la misma organización.

Por otra parte, éste modelo hace énfasis que las fallas que se llegaran a presentar en alguna dependencia dentro de la organización puede no generar efecto catastrófico si solo se produce de forme aislada, así mismo las personas tienden a cometer errores y por ello se requiere que las organizaciones implementen sistemas acordes para subsanar dichos riegos o minimizarlos, de igual manera, estos errores humanos están latentes esperando el desencadenante es decir se mantienen sin actividad, es decir si no se genera el desencadenante probablemente no habrá daño dentro de la organización. Para este modelo el evento no deseado se dan por a la combinación de dos factores, es decir deficiencias o fallas activas y las latentes, teniendo en cuenta que dicha falla activa se produce cuando alguna persona dentro de la organización decide de manera voluntaria o no omitir directrices previamente planteadas dentro de las empresas, ejemplo no utilizar elementos de protección, mientras que las fallas latentes se encuentran inmersas en la misma organización, ejemplo equipos, maquinas insumos entre otras.

Por otra parte, este modelo propone que las organizaciones implementan de una forma natural los mecanismos necesarios para que las situaciones externas no dañen al sistema, en donde los procesos implementados por dichas empresas u organizaciones, conocidos también como barreras se construyen a través de los mismos procesos y son parecidos a los agujeros de un queso suizo, donde estos agujeros son los errores y que cambian de posición y forma y al alinearse se produce el daño real a las empresas, por ello el modelo propende colocar nuevas barreras, como el colocar nuevas tiras de queso dentro del sistema que esta por entrar en fallas.

Partiendo de la teoría de riesgos, se puede analizar el comportamiento y la posición de enfermería, frente a la seguridad del paciente, su percepción sobre la misma puede convertirse en una falla latente o una barrera de seguridad para la aparición de los eventos adversos; además, la aplicación del modelo permite revisar el panorama de las instituciones de salud, frente a la posibilidad de aparición de riesgos y su posicionamiento estratégico bajo un marco de competencias.

4.5.2. Modelo del Iceberg para la cultura organizacional.

Este modelo evidencia que dentro de la cultura organizacional que estas son lo más parecido al iceberg donde solo se percibe una parte de ella, la que se encuentra en la superficie, es decir la que más comúnmente se ve, y que aquellos aspectos que no se logran percibir a simple vista son los que por lo general influyen en las dificultades que se presentan dentro de las mismas, constituyéndose en un problema para la organización, en gran parte debido a que muchas veces dificultan el logro de los objetivos institucionales, debiéndose esto a diferentes aspectos, este modelo nos permite visualizar las empresas u organizaciones de otra manera ya que facilita la identificación de aspectos visibles y los que no, donde la autorreflexión de los distintos miembros de la empresa es vital para alcanzar los objetivos trazados.

El efecto iceberg empresarial es una relación causa-efecto, en la que los elementos ocultos no visibles de las empresas son la causa y los elementos visibles son los

efectos y resultados que se producen, por ello es necesario que profesionales y empresarios se sumerjan sin temor en las profundidades de sus empresas y se ocupen de atender las verdaderas causas que impactan en sus resultados⁶¹.

4.5.2.1. Elementos visibles del iceberg.

La empresa es como un iceberg, su parte visible está compuesta por elementos tangibles y observables públicamente, pero también otros aspectos operacionales y tareas. Dentro de los elementos visibles, se encuentran: Misión, visión, objetivos y metas, estrategias, valores corporativos, planes operativos, procedimientos, resultados, instalaciones, tecnología, estructura organizativa, desempeño, identidad corporativa, recursos financieros, ambiente laboral, tamaño y trato con los clientes⁶¹.

4.5.2.2. Elementos invisibles del iceberg.

La empresa, también, como un iceberg tiene su parte oculta o invisible que está compuesta por componentes intangibles ocultados públicamente y también otros aspectos sociales y psicológicos. Dentro de los elementos invisibles del Iceberg, se encuentran, los siguientes: Competencias, confianza, emociones, valores personales, creencias limitantes, percepciones, necesidades, tradiciones, relaciones interpersonales, motivaciones, poder e impacto de liderazgos, normas, historia, sentimientos y actitudes⁶¹.

El empleo del modelo del Iceberg dentro del presente estudio busca describir el comportamiento o posición adoptada por el personal de enfermería frente a la seguridad del paciente, considerándose este tipo de conductas como los elementos no visibles y que requieren ser estudiados para ejercer controles, sobre la organización y favorecer una cultura de seguridad organizacional.

4.5.3. Modelo de Thomas J. Peters & Robert H. Waterman.

Por otra, parte estos dos teóricos también proporcionan información pertinente para la actual investigación, ya que determinan una vital importancia entre las culturas corporativas fuertes y el desempeño organizacional, y de la capacidad de la cultura organizacional de ser fortalecida por sus gerentes, en el libro “En Busca de la excelencia” considerado como un best-seller en los últimos 20 años, en dicho libro se logra identificar el hecho de que los valores compartidos sean el centro que de algún modo gobierna la organización y alrededor de los cuales se edifican los demás elementos, de algún modo deja implícita que la cultura organizacional es la que articula la organización⁶².

Por lo anterior, podemos inferir que esta teoría reconoce que los trabajadores o elementos de una empresa u organización tiene un desarrollo importante en la medida que el compromiso y cultura organizacional propuesta desde la gerencia compartido por todos sus integrantes, por ello tiene relevancia en el presente estudio ya que percibe al trabajador (grupo de enfermería) como un elemento importante en la cultura organizacional y por ende en el éxito o fracaso de las mismas.

Por otra parte, Thomas J. Peters y Robert H. Waterman⁶³ en su libro “En busca de la Excelencia” exponen 8 criterios y atributos que distinguen a las organizaciones excelentes y que pueden ser aplicables en otras. Por lo tanto, dan las pistas necesarias para que los directivos que las apliquen conviertan a sus empresas en organizaciones excelentes tanto en funcionamiento como en resultados. Una labor en la que el Director de Comunicación tiene mucha importancia ya que muchos de ellos se basan en elementos como la transmisión de valores, la Comunicación con los empleados o la creación de mecanismos y canales que propicien la iniciativa de éstos, donde exponen 7 criterios que son:

1. Strategy / Estrategia
2. Structure / Estructura
3. Staff / Empleados

4. Skills / Habilidades
5. Systems / Sistemas (Procesos Internos)
6. Shared Values / Valores Compartidos
7. Style / Estilo (Modo de Comportamiento de los líderes)

Todos los anteriores válidos para la organización en la búsqueda de la excelencia que contribuyen a la cultura dentro de la misma organización, donde básicamente

Las empresas Excelentes:

- Son buenas aplicando el Modelo Racional, pero no se limitan a seguirlo fielmente.
- Conceden un gran valor a las cualidades humanas.
- Buscan la Calidad en todos los apartados.
- Se preocupan por los empleados, los clientes y los productos.
- Implantan una filosofía de refuerzo positivo (premios) frente al refuerzo negativo (castigos).
- Tienen objetivos claros.
- Sus procedimientos internos son sencillos.
- Evitan el exceso de crítica y negatividad.
- Fomentan la experimentación.
- Minimizan la burocracia mediante estructuras flexibles
- favorecen la iniciativa personal. ⁶³

5. HIPÓTESIS

La cultura de seguridad del paciente depende de la percepción del personal de enfermería que labora en las instituciones prestadoras de servicios de salud participantes en el estudio.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. PARADIGMA.

El estudio se abordará desde el paradigma empírico – analítico mediante el método deductivo, el cual permite abordar la realidad de la cultura de seguridad del recurso humano de enfermería durante un periodo determinado para explicar los resultados con la realidad de la vivencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud mediante un estudio descriptivo transversal que permitirá la recolección de datos, análisis y presentación de resultados de la población estudiada para la inferencia de los mismos en el sector salud.

6.2. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio descriptivo de corte transversal en instituciones hospitalarias privadas y públicas del Departamento del Atlántico y la guajira. Con el fin de determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente.

6.3. ÁREA DE ESTUDIO.

Situación Geográfica: Departamento del Atlántico y la guajira, clínicas ubicadas en el departamento del Atlántico y la guajira - Colombia

6.4. DELIMITACION ESPACIAL Y TEMPORAL.

Esta investigación se realizará en varias instituciones públicas y privadas de salud del departamento del Atlántico y la Guajira.

6.5. POBLACIÓN.

Colaboradores de las clínicas objeto de estudio del departamento del Atlántico y la guajira, (enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería), quienes calificarán la percepción de seguridad brindada a los pacientes por medio de una encuesta

estandarizada aplicada en las instituciones de salud mediante un link de acceso por Google drive aplicado de forma virtual.

6.5.1. Criterios de Inclusión:

- Personal de enfermería (enfermeras profesiones y auxiliares de enfermería), de cualquier servicio de las instituciones.
- Empleado con contrato directo con la institución y/o bolsa de empleo.
- Participación voluntaria.

6.5.2. Criterio de exclusión:

- ✓ Personal de otras profesiones diferentes a la estipulada.
- ✓ Personal de vacaciones, licencia, personal rotante y/o practicantes, personal de los servicios tercerizados de la institución.
- ✓ Personal el cual ha sido coaccionado para diligenciar la encuesta.

Tabla 1. Población universo de las instituciones.

INSTITUCIONES	POBLACIÓN UNIVERSO
Clínica Merced I.P.S	46
Clínica Reina Catalina sede Barranquilla	23
Oinsamed, La Misericordia Clínica Internacional S.A.S	9
Clínica Reina Catalina Sede Baranoa	3
Clínica Bonnadona	2
Clinica General Del Norte	45
Clínica Iberoamérica	15

Ese Hospital De Juan De Acosta	7
Hospital Armando Pabon Lopez Manaure G	11
Hospital San José De Maicao	16

Fuente: elaboración propia.

6.5.3. La muestra.

Constituida por profesionales del área de la salud de clínicas privadas y públicas del departamento del Atlántico, en la cual la fórmula que se utilizó para calcular el tamaño de la muestra de la población fue la siguiente:

$$n = \frac{Z_a^2 \times P \times q}{d^2}$$

En donde

Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

A continuación, se detalla la forma del cálculo de la muestra:

6.5.4. Muestreo.

El tipo de muestreo utilizado fue forma aleatoria simple, partiendo de los profesionales escogidos para dicha investigación, verificando un listado entregado por la institución a investigar previamente, que garantice un porcentaje significativo para dicho estudio del 94%.

6.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Tabla 2. cuadro de operacionalización de variables.

MACRO VARIABLE	VARIABLE	DEFINICION	SUBVARIABLES	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
Datos sociodemograficos	Características personales	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contanto desde su nacimiento	Edad	Cuantitativa	Nominal	18 a 25 años
						De 25 a 30 años
						De 31 a 35 años
						De 36 a 40 años
						De 41 a 45 años
						De 46 a 50 años
						De 51 y mas años
Datos de información	Características laborales y	Descripción de los componentes	Nivel de formación	Cualitativa	Ordinal	Hombre ,mujer , Otro
						Técnico
						Profesional Especialidad

	nivel de formacion	de un contrato de trabajo bajo unos criterios que le otorgan para desarrollar funciones específicas como parte del contrato laboral - Nivel de profesión alcanzado				Magister
						Doctor
			Tiempo laborando en la institución en la institución	Cuantitativa	Ordinal	Menos de 1 año
						De 1 a 5 años
						De 6 a 10 años
						Mayor de 10 años
			AREA DE TRABAJO	CUALITATIVA	NOMINAL	Urgencia
						UCI.A
						UCI.P
						UCI.N
						UCI Quemados
						Hospitalizaci ón. A
						Hospitalizaci ón. P
						Cirugía:
						Obstetricia y Sala de parto:
						Otros

Fuente: elaboración propia.

6.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La recolección se realizará mediante los siguientes ítems a describir:

6.7.1. Fuentes de información.

6.7.2. Fuente primaria.

se obtuvo de la aplicación del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) a los profesionales de la salud de la institución objeto de estudio.

6.7.3. Fuente secundaria.

la constituyeron la revisión de artículos científicos indexados, guías clínicas, normas y documentos de literatura científica relacionada y la base de datos de los resultados obtenidos.

La técnica de recolección que permitió la aproximación al objeto de análisis fue a través de encuesta realizada de manera virtual por Google drive enviada a las enfermeras a través de correos electrónicos y la aplicación WhatsApp. La aplicación de la encuesta y/o cuestionario nos permitirán que los profesionales expresen de forma escrita y espontáneo el conocimiento sobre el programa de seguridad del paciente.

6.8. INSTRUMENTO - PLAN DE ANALISIS.

Para este estudio se utilizó el Cuestionario sobre Seguridad De Los Pacientes Versión Española Del Hospital Survey On Patient Safety, Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ); el cual evalúa las dimensiones de la cultura de

seguridad, agrupa un total de 12 dimensiones, cuyo significado, se respeta la terminología de la versión original.

El cuestionario se divide en 12 dimensiones:

1. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad
2. Aprendizaje organizacional/mejora continua
3. Trabajo en equipo en el área/servicio,
4. Comunicación abierta y sincera
4. Retroalimentación y comunicación sobre errores
6. Respuesta no punitiva a los errores
7. Recurso humano
8. Apoyo de la Dirección de la institución en la seguridad del paciente
9. Trabajo en equipo entre áreas
10. Cambios de turno y transferencias entre áreas/servicios
11. Cultura de seguridad
12. Frecuencia de reporte de eventos adversos y grado de seguridad del paciente.

Este instrumento es una adaptación de la encuesta de la AHRQ, se redujo a 5 preguntas directa de la encuesta AHRQ teniendo en cuenta los lineamientos para el programa de seguridad del paciente en Colombia, las secciones evaluadas: Sección B: Su supervisor/director, sección C: Comunicación, Sección D: Frecuencia de incidentes reportados, Sección E: Grado de seguridad del paciente, Sección G: Número de incidentes reportados y las variables sociodemográficas como institución, edad, sexo, nivel de formación, tiempo laborando y área de trabajo. Las

preguntas descritas fueron cerradas formuladas en positivo o negativo. Para valorar cada ítem se usa una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta.

6.9. ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Tabla 3. Escala de valoración del instrumento.

Grado de acuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Frecuencia	Nunca	Raramente	A Veces	Casi siempre	Siempre

Fuente: elaboración propia.

Además, este cuestionario, consta de 43 ítems, con opciones de respuesta en escala tipo Likert definido de la siguiente manera; donde 1 es muy de acuerdo, 2 En desacuerdo, 3 Indiferente, 4 De acuerdo y 5 Muy de acuerdo. Así mismo el cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. De forma general las respuestas del cuestionario se codifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Tabla 4. Categorías de respuesta del cuestionario.

Negativo		Neutral	positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A Veces	Casi siempre	Siempre

Fuente: elaboración propia.

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Los

indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{Numero de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Numero de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:

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

Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- ✓ $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- ✓ $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- ✓ $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- ✓ $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

6.10. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La presente investigación se desarrolló mediante la consecución de procesos divididos por fases a ejecutar durante el periodo comprendido entre abril de 2019 como fecha de inicio y fecha de culminación octubre de 2020, de la siguiente manera:

- ✓ Primera Fase: Conceptualización y definición del tema de investigación: se inicia esta etapa en el mes de Julio de 2019 con la identificación de la situación problema
- ✓ Segunda Fase: Construcción de la estructura de la investigación: siguiente a la identificación del problema; en el mes de agosto hasta noviembre del año 2019 se procede a la elaboración y estructura del anteproyecto con la revisión bibliográfica, del mismo para su posterior desarrollo se elabora el diseño metodológico y el instrumento.
- ✓ Tercera Fase: ajuste del instrumento y plan de recolección de la información: se realizará de abril a julio de 2020
- ✓ Cuarta fase: plan de tabulación de la información: agosto de 2020
- ✓ Quinta fase: análisis e interpretación y redacción preliminar: se realizará de agosto y septiembre de 2020
- ✓ Sexta Fase: redacción preliminar, presentación y sustentación del proyecto de grado: octubre y noviembre de 2020

6.11. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Una vez obtenido el permiso y autorización de las clínicas para la aplicación de la encuesta, el grupo investigador procede a la recolección de la información. La técnica de recolección que permitió la aproximación al objeto de análisis se realizó a través de una encuesta realizada de manera virtual por Google drive enviada a la coordinación de gestión humana de las IPS y otras enviadas directamente a las enfermeras a través de correos electrónicos y la aplicación WhatsApp. La aplicación nos permitió recolectar la información a través del drive y mediante este extraer la información para la tabulación y análisis de la información.

6.12. PLAN DE TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El grupo investigador realizó este proceso de tabulación durante los meses de agosto a septiembre. Se obtiene la información a través de Google drive se exporta a un archivo en formato Excel, o de las encuestas escritas analizando

estadísticamente la información en un software SPSS Posteriormente se grafica por tablas de frecuencia y porcentajes y presentado en gráficos de barra.

6.13 CONSIDERACIONES ETICAS.

Los mecanismos utilizados en este estudio fueron como primera instancia solicitud de permiso a los gerentes de las clínicas privadas y públicas del departamento del atlántico y la guajira, en el cual se presentó y se socializo la investigación, y consentimiento informado, en donde se obtuvo una respuesta positiva para efectuar el estudio.

Para la ejecución y recolección de la información se tuvo en cuenta los principios establecidos en la norma pautas de CIOMS (consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas, por su sigla en inglés CIOMS) y la Resolución 8430 de 1993, (Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud) declaramos en el artículo 11 que la investigación está enmarcada en el literal a. "Investigación sin riesgo. El estudio fue aprobado para su realización por el Director docencia-servicio de las clínicas privada de Barranquilla, así mismo la investigación respetó la voluntariedad de la entidad de salud para pertenecer o no al estudio, considerándose como una investigación sin riesgo puesto que las técnicas y métodos empleados para efectos, es de revisión documental y no hay intervención alguna sobre las variables estudiadas, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos de la aplicación de la encuesta y se respetó los principios de beneficencia, no maleficencia. Por lo anterior se elaboró un consentimiento informado el cual fue firmado por cada participante que se estudió.

La población objeto de estudio fueron las enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería de las clínicas área asistencial y administrativa, población sensible para el estudio por el contacto directo con los pacientes, el estudio se realizó en clínicas privadas y públicas del departamento del Atlántico y la Guajira.

7. RESULTADOS

De acuerdo a la indagación realizada en tres instituciones de salud, se encontró en la Tabla 5, el personal de enfermería está ubicado en grupos etarios, donde la mayor participación estuvo ubicada en edades menor a 29 años, de igual manera, en relación al sexo prevalente de personal de enfermería, que participó en el estudio fueron mujeres con un 80%, lo concerniente a la experiencia laboral o desempeñando actividades propias de la profesión, se encontró que un 37,5% tiene entre uno y cinco años trabajando; así mismo, en la indagación sobre el área de trabajo de los participantes del estudio, arrojó que un 40% de los encuestados está ubicado en la Unidad de Cuidados Neonatal y el servicio de Urgencias; seguidamente el 17,5% desarrolla labores en el servicio de Hospitalización y el 15% en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por otra parte, la proporción minoritaria del personal de enfermería está distribuido en servicios como Cirugía, Farmacia, Gastroenterología, Hemodinámica y Hospitalización Pediátrica.

Tabla 5. Características Sociodemográfica.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	8	20%
Femenino	32	80%
Rango de edad		
20 – 29 años	20	50%
30 – 39 años	13	32,5%
40 – 46 años	7	17,5%
Tiempo laborando		
De 1 a 5 años	15	37,5%
De 6 a 10 años	8	20%
Más de 10 años	7	17,5%
Menos de 1 año	10	25%
Área de trabajo		
Administrativo	1	2,5%
Cirugía	4	10%
Farmacia	3	7,5%
Gastroenterología	1	2,5%
Hemodinámica	1	2,5%
Hospitalización A.	7	17,5%

Hospitalización P.	1	2,5%
UCI. Adultos	6	15%
UCI. Neonatal	8	20%
Urgencia	8	20%

En la Tabla 6, podemos identificar con respecto a la frecuencia de reportes de eventos adversos que han sido identificados y luego corregidos por quienes los cometieron, el 45% siempre lo hace, mientras el 5% nunca lo hace, por otro lado, cuando se comete un error y es potencialmente dañino para el paciente, la frecuencia de reporte es de un 35%, mientras un 5% nunca lo reporta, también se logra identificar que cuando los participantes cometen un error que puede afectar eventualmente al paciente, el 42,5% siempre lo reporta y un 2,5% nunca lo hace, así mismo, se logra evidenciar que con respecto al número de reportes de incidentes en los últimos doce meses, realizado por los participantes del estudio, el 42,5% solo ha realizado el reporte entre uno y dos incidentes y un 7,5% ha realizado entre 6 y 10 reportes de incidentes.

Tabla 6. Frecuencias de incidentes.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?		
Nunca	2	5%
Rara vez	8	20%
Algunas Veces	7	17,5%
La mayoría del tiempo	5	12,5%
Siempre	18	45%
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?		
Nunca	2	5%
Rara vez	7	17,5%
Algunas Veces	6	15%
La mayoría del tiempo	11	27,5%
Siempre	14	35%
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?		
Nunca	1	2,5%
Rara vez	5	12,5%
Algunas Veces	7	17,5%
La mayoría del tiempo	10	25%
Siempre	17	42,5%
Cuántos reportes de incidentes usted ha llenado y enviado		
De 1 a 2 reportes de incidentes	17	42,5%

De 3 a 5 reportes de incidentes	10	25%
De 6 a 10 reportes de incidentes	3	7,5%
Ningún reporte de incidentes	10	25%

En la Tabla 7, podemos evidenciar lo relacionado con el recibimiento de comentarios favorables al momento de realizar procedimientos de acuerdo a los protocolos de seguridad del paciente, se encontró que el 35% si los ha recibido de sus superiores, mientras el 7,5% está muy en desacuerdo, por otra parte, en lo concerniente sobre la aceptación de sugerencias por parte del supervisor acerca de la seguridad del paciente, los participantes del estudio señalaron que el 42,5% está de acuerdo en afirmar positivamente sobre la aceptación de respuestas y el 7,5% se encuentra en desacuerdo, así mismo, con respecto a la simplificación de actividades con el aumento de la presión en la institución ejercida por parte de los supervisores, se encontró que el 40% está muy en desacuerdo y un 10% ni de acuerdo ni en desacuerdo, también se identificó que al interrogar a los participantes sobre el interés otorgado por los supervisores frente a los problemas de seguridad del paciente que son repetitivos; el 40% afirmó estar muy en desacuerdo con este interrogante y el 10% muy de acuerdo.

Tabla 7. Identificar el nivel de satisfacción.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes		
Muy en Desacuerdo	3	7,5%
En desacuerdo	6	15%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	10%
De acuerdo	13	32,5%
Muy de acuerdo	14	35%
Sugerencias Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.		
Muy en Desacuerdo	5	12,5%
En desacuerdo	3	7,5%
De acuerdo	17	42,5%
Muy de acuerdo	15	37,5%
Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo		
Muy en Desacuerdo	16	40%
En desacuerdo	13	32,5%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	10%
De acuerdo	6	15%
Muy de acuerdo	1	2,5%

Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez		
Muy en Desacuerdo	16	40%
En desacuerdo	13	32,5%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2,5%
De acuerdo	6	15%
Muy de acuerdo	4	10%

En la Tabla 8, al interrogar a los participantes sobre la información continua por parte de la dirección, acerca de los cambios en el reporte de incidentes; describieron en un 35% son informados algunas veces y el 7,5% rara vez ha sido informado, del mismo modo, los participantes al ser interrogados sobre la existencia de libertad para hablar al observar cosas que puedan afectar negativamente el cuidado del paciente, se encontró que un 35% lo hace libremente la mayoría del tiempo, mientras que un 10% rara vez lo puede hacer, Igualmente, el personal de enfermería afirmó en un 45% que siempre es informado sobre los errores que se cometen en la unidad donde labora frente a un 5% raras veces es informado, por otra parte, al preguntar al personal sobre la libertad de cuestionamientos a las personas de mayor autoridad en la unidad o su servicio, los resultados arrojaron que el 32,5% rara vez ha tenido esta libertad y el 10% la mayoría del tiempo e igual proporcionalidad siempre ha tenido esta oportunidad, de igual forma, al interrogar a los enfermeros sobre la posibilidad de comentar las formas de prevención de errores dentro de la unidad para que no se vuelvan a cometer, a lo que los participantes manifestaron en un 47,5% que siempre tienen esa posibilidad y el 2,5% rara vez, y por último en la anterior tabla compilada, encontramos que al preguntar al personal de enfermería sobre la probabilidad de tener miedo en el momento que ve que algo no está bien; encontrándose que 37,5% nunca ha tenido miedo y un 10% lo ha sentido la mayoría del tiempo.

Tabla 8. Analizar el margen de Confianza.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes		
Nunca	1	2,5%
Rara Vez	3	7,5%
Algunas Veces	14	35%

La mayoría del tiempo	10	25%
Siempre	12	30%
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.		
Rara Vez	4	10%
Algunas Veces	11	27,5%
La mayoría del tiempo	14	35%
Siempre	11	27,5%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.		
Nunca	1	2,5%
Rara Vez	2	5%
Algunas Veces	9	22,5%
La mayoría del tiempo	10	25%
Siempre	18	45%
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.		
Nunca	8	20%
Rara Vez	13	32,5%
Algunas Veces	11	27,5%
La mayoría del tiempo	4	10%
Siempre	4	10%
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.		
Nunca	1	2,5%
Rara Vez	10	25%
Algunas Veces	10	25%
La mayoría del tiempo	19	47,5%
Siempre	0	0%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.		
Nunca	15	37,5%
Rara Vez	11	27,5%
Algunas Veces	10	25%
La mayoría del tiempo	4	10%
Siempre	0	0%

En la Tabla 9, se interrogó al personal sobre la percepción acerca de la seguridad del paciente en la unidad donde labora; identificándose que el 50% la percibe como buena, mientras el 20% considera excelente la seguridad del paciente en su unidad.

Tabla 9. Percepción sobre la cultura de seguridad en su institución.

Grado general en seguridad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	8	20%
Bueno	20	50%
Aceptable	12	30%

8. DISCUSIÓN

En lo concerniente a las características sociodemográficas del personal participante del estudio, se encontró que la mayoría del personal de enfermería está ubicado en una edad entre 20 y 30 años; de sexo femenino y con experiencia laboral menor a cinco años; dentro de estas características, se observa la hegemonía de la mujer en el estudio y práctica de la enfermería, como dueña del cuidado y la atención de los usuarios, aspecto que resulta crucial en la adopción de estrategias para garantizar su seguridad y todas las acciones inherentes a la misma; a su vez, la experiencia laboral influye sobre mayor compromiso acerca del reporte de incidentes y eventos adversos; mientras que la edad no tiene una influencia sobre la seguridad del paciente.

Por otra parte, podemos manifestar, que de acuerdo a la dirección de talento humano en salud del Ministerio de salud y protección social, en Colombia para el año 2018 el país tenía 717.456 personas de éste sector (enfermería) de los cuales 337.962 correspondían a profesionales y a especialistas 47% y 379.494 a auxiliares, técnicos y tecnólogos de enfermería siendo el 53%, así mismo el del sector salud 66.095 correspondían a profesionales de enfermería y 273.359 a auxiliares (64), lo que demuestra que no todo los profesionales de enfermería se dedican a la labor asistencial o de salud, siendo un número más reducido con respecto a los auxiliares existente en las instituciones de salud, muy probable porque algunos profesionales de la enfermería por no decir en su gran mayoría se dedican a la docencia, investigación entre otras, aunque en dicho estudio no se relaciona la remuneración económica, es muy probable que esto pueda influir en el grupo de enfermería para optar por otro rol diferente a la asistencial.

Sin embargo es de resaltar que el estudio realizado en el 2018 “Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria”, nos lleva a pensar que la promoción de la cultura de seguridad del paciente es una de las principales

recomendaciones para la disminución de los eventos adversos, particularmente en el área de atención primaria donde su ocurrencia no se reporta, generando riesgos para los usuarios que ingresan al Sistema de salud; El Objetivo de dicha investigación es identificar las fortalezas y debilidades de la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria y su relación con las variables sociodemográficas, en el cual se encontraron diferencias significativas entre la valoración positiva de la cultura de la calidad y variables como edad, nivel académico, antigüedad en el trabajo y horas de trabajo semanal. En este estudio se llegó a la conclusión de que la cultura de seguridad del paciente no se categorizó como fortaleza ni como debilidad ⁶⁵.

De acuerdo al reporte de incidentes o eventos adversos, se evidenció que la conducta adoptada por el personal de enfermería está dirigida a reportar aquellos sucesos que se identifican antes de que ocurran; o que generen un daño en el paciente; sin embargo, existen proporciones significativas que adoptan una conducta de ocultar el incidente si lo identifican antes de que tengan contacto con el paciente; pese a que se identifica una buena cultura de reporte, esta no coincide con el número de reportes realizados en un año. Evidenciándose disparidades entre las apreciaciones otorgadas por el personal encuestado, lo que podría tener distintas interpretaciones una de ellas podría ser el conocimiento inexacto o poco conocimiento sobre las medidas a implementar o confusión acerca de la toma de decisión. En estudio realizado en el año 2019 por Ocampo D, et al, ⁶⁶ se evidencia que un número considerable de enfermeras no poseen conocimiento suficiente para identificar eventos adversos e incidente, de igual manera, también expone un deficiente proceso de comunicación al interior de la institución lo cual es probable suceda no solo en esta institución sino en cualquier otra ⁶⁶.

Por otra parte, en el presente estudio, se evidencia que, aunque existe un número considerable de enfermeras que detectan y corrigen un evento adverso siempre en su unidad con un 45%, termina siendo preocupante que un 55% no lo haga siempre, ya que esto podría desencadenar a situaciones más complejas dentro de la unidad

como daños irreversibles a los mismos pacientes, lo cual a su vez podría estar generado por diferentes causas como es la escasa o una inadecuada supervisión o por una cultura preconcebida de no reporte dentro de los mismos enfermeros, para evitar inconvenientes en su puesto de trabajo con respecto a su superior ⁶⁷.

Así mismo, es notorio y termina siendo preocupante que cuando existe un evento adverso que pudo dañar al paciente pero no lo hizo, solo un 42,5% lo hace siempre mientras que el 57, 5% no lo hace siempre, lo que denota una profunda preocupación mayor al el ítems anterior ya que estuvo a punto de dañar al paciente pero no lo hizo por alguna razón que podría ser fortuita y aun así no se reporta siempre o de manera inmediata, lo que demuestra un posible desconocimiento de los desenlace que se podrían generar de dicha actitud, en estudios anteriores se logra demostrar la imperiosa necesidad de reportar los eventos adversos más aun cuando estos no generaron daño directo ya que se podrían implementar estrategias para corregirlos ⁶⁷.

Lo relacionado al nivel de satisfacción del personal, este se encuentra satisfecho con la apreciación que le otorgan sus superiores acerca del cumplimiento de estándares para la seguridad del paciente y su reciprocidad hacia el otorgamiento de sugerencias; no obstante, se observan aspectos negativos en cuanto al liderazgo ejercido por los supervisores frente al control de situaciones que pueden afectar constantemente la seguridad de los usuarios. Por consiguiente, podemos presupuestar que de acuerdo a estudio realizado sobre la satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia⁶⁸, donde se logra identificar que una de las desmotivaciones o insatisfacción laboral que expresa el cuerpo de enfermería se debe en gran medida a la falta de estímulo por parte de su jefe inmediato, lo cual hace parte de ese mismo liderazgo que debe poseer su supervisor, por otro lado, sumado a un salario poco satisfactorio y sobre carga de trabajo en algunos casos generan inconformidad en el personal y por ende afectar la seguridad del paciente.

De igual manera, en un artículo publicado en la Revista de Investigación en Psicología, titulado “Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de un hospital nacional de Lima”, escrito por el docente Manuel Torres V. de la Facultad de Psicología, el cual analiza las posibles relaciones entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que existe en dicha institución, con la finalidad de generar alternativas viables que permitan mejorar significativamente la calidad de la atención a los pacientes que concurren allí. el resultado que arrojó su investigación indica que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se encuentran relacionados significativamente. Igualmente, se ha encontrado que las enfermeras valoran mejor el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que los médicos ⁶⁸. En lo concerniente al proceso comunicativo desde la dirección hasta las áreas operativas, la conducta es percibida como buena porque siempre son informados acerca de los cambios en relación con el reporte de incidentes; a su vez, conviven en un espacio donde se permite expresar libremente aquellas situaciones que afectan al paciente o que pueden ayudar a mejorar su atención; sin embargo, la comunicación no es bidireccional al momento de cuestionar a los superiores o aquellos aspectos que están relacionados con la seguridad del paciente porque no es bien percibida en cargos superiores.

Por lo anterior, es necesaria una comunicación adecuada entre el grupo de trabajadores, no solo en las instituciones salud sino en cualquier institución o empresa, donde se garantice en gran medida el cumplimiento de criterios para una adecuada atención en enfermería, lo cual se corrobora en un trabajo de investigación bibliográfica realizado sobre la comunicación Medico-enfermera y las implicaciones que éstas derivan en la atención para el paciente en España en el año 2017 por Belén A⁶⁹, identifica claramente lo indispensable que resulta la comunicación entre los grupos de trabajo en las instituciones de salud, en dicho estudio se concluye lo realmente importante que resulta una comunicación efectiva entre médico y enfermera de una manera recíproca, y éstas se hacen más necesarias en el ámbito de las unidades de cuidado intensivo, muy probablemente

debido a la complejidad, ya que entre un paciente más comprometida tenga su salud, mayormente deberá ser la comunicación efectiva entre el grupo de enfermería y médico, en donde a su vez explica que ésta comunicación efectiva está o se encuentra relacionada estrechamente con la seguridad del paciente.

Por otra parte, en la revista científica Runa de buenos aires en el año 2017 se publicó un artículo sobre el flujo y tipos de comunicación, donde logran identificar dos tipos de comunicación una formal y otra informal, lo cual ya varios teóricos del pasado habían propuesto, aquí evidencian que mientras la comunicación formal debe ser directa a través de canales existentes en las empresas lo cual es derivada desde la alta dirección la comunicación informal se da por canales no autorizados por la empresa ni siguen lineamiento preestablecidos y es generada por todo tipo de relación social, y muchas veces los funcionarios reciben la información a través de los conocidos rumores ⁷⁰.

De igual manera, Independientemente de los resultados en el estudio o la conducta adoptada por el personal de enfermería frente a la gestión de incidentes, estos poseen una percepción ideal acerca de la seguridad del paciente en las unidades o servicios donde laboran, lo que permite probablemente evidenciar mayor compromiso de las instituciones con el logro de altos estándares de calidad durante la atención en salud y el mejoramiento continuo. Sin embargo, como medida para constatar esta realidad sería necesaria la revisión de otros elementos que hacen parte del seguridad del paciente, en estudio científico realizado en Julio de 2017 por Martínez C, et al ⁷¹, identifican que la seguridad del paciente genera una percepción en los profesionales de la salud, que en su gran mayoría perciben una adecuada por no decir buena seguridad del paciente, no obstante continúan existiendo situaciones que generan desconfianza en dicha apreciación ya que por lo general los casos de eventos adversos e incidente en algunas instituciones se siguen presentando de manera permanente, lo cual podría estar muy estrechamente relacionado con el tiempo de servicio, unidades de servicios, actitud y compromiso del personal entre otras. La percepción de los participantes sobre seguridad en

instituciones del sector privada, esta mayormente dirigida a la cultura de reporte de incidentes; contradiciendo la conducta adoptada en las instituciones del sector público; a su vez la distribución por servicios es variable frente a la cultura de reportes porque las unidades cuidado crítico, se identifica más errores, pero se reportan menos, que en servicios de hospitalización.

Por otra parte, en el estudio titulado: “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario” realizado por Velázquez T, et al ⁷² con el propósito de determinar la percepción de seguridad que tienen los/las profesionales sanitarios y no sanitarios en un hospital universitario; para de esta manera describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades; y evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras, en el cual se pudo observar que el servicio más implicado, el de urgencias, manifestando que el clima de seguridad entre en los profesionales de enfermería es muy alto, ya que la percepción sobre seguridad del paciente es muy buena. En este estudio no se identificaron fortalezas. Las debilidades identificadas son dotación de personal, apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, cambios de turno y transición entre servicios, y percepción de seguridad, lo que conlleva a pensar que muy probablemente dependerá del área de trabajo la cual influirá positiva o negativamente sobre la percepción que tenga el personal asistencial ⁷².

9. CONCLUSIÓN

En la investigación realizada anteriormente, existen distintas variables que podrían estar influyendo de manera directa e indirecta en la cultura de seguridad del paciente en cada una de las instituciones analizadas, por ello, es necesario resaltar las que se consideran más relevante y que ponderan un mayor reflejo de lo que podría estar sucediendo, por ejemplo, es notorio el hecho de que en un alto porcentaje de las enfermeras cuentan con poco tiempo de servicio en dicha unidad lo que sin lugar a duda estaría muy relacionado con los eventos adversos y por ende con la cultura de seguridad del paciente, lo cual ya se ha evidenciado en estudios previos de otras investigaciones como la realizada por Orkaizagirre A ⁷³, en 2016 donde se evidencia que la falta de experiencia en la unidad de trabajo por parte de la enfermera, conlleva a errores que desencadenan un número considerado de situaciones que podrían concluir con la muerte del paciente.

Esto sumado a una comunicación deficiente por parte de sus superiores o por las mismas jornadas de trabajo que en algunos casos resulta extenuante, esto podría estar generado a su vez por la escasa población dedicada a la enfermería asistencial en nuestro contexto, lo que a su vez estaría influenciado por lo poco atractivo que resulta la parte asistencial para algunos profesionales de la enfermería, por otra parte, como es de resaltar que la profesión en enfermería asistencial, demanda un gran esfuerzo no solo físico sino también cognitivo y cognoscitivo para poder ejercer a cabalidad todas las funciones que demanda el rol de la enfermería⁷³, esto termina siendo resaltado en el presente trabajo de investigación.

Por otra parte, encontramos en el presente estudio, los reportes de eventos adversos no son un índice de buenas prácticas en su totalidad con respecto a la cultura de seguridad, debido a que, si hacemos una profunda reflexión de lo encontrado, podemos identificar que existe una necesidad urgente de realizar una

mirada al interior de las instituciones analizadas, con el fin de esclarecer la conducta de no reporte de manera inmediata o siempre, ya que un alto porcentaje no lo hace con esa rigurosidad, debemos recordar que un evento adverso reportado siempre conlleva a minimizar de manera considerable los efectos nocivos para el paciente y por ende para la institución⁷⁴. Por consiguiente, es necesario también tener presente la satisfacción del personal estudiado, éstos, aunque en su gran mayoría informan un nivel de aceptación satisfactorio con respecto a la apreciación de sus superiores sobre el desempeño de ellos en relación a la cultura de seguridad demostrado, se hace necesario una mejor comunicación donde se permita a demás promover autonomía debidamente supervisada, evitando el temor en algunos casos a ejercer dicha actitud, quizás esto debido a que la población estudiada temen ser censurados de alguna manera.

Así mismo, la comunicación entre la población asistencial debería mejorar, sobre todo en el aspecto bidireccional, en aquellos casos cuando perciben errores en sus superiores, lo que al parecer por los resultados arrojados en la presente investigación no es permitido por alguna razón no evaluada y que podría generar daños o perjuicios mayores y contribuir que no se cumpla a cabalidad con la seguridad del paciente, por todo lo anterior, es necesario tener presente que toda institución no solo de índole asistencial, pero ésta con mayor razón, es de vital importancia mantener una comunicación adecuada y bidireccional, donde el clima organizacional es primordial sin perder la posición de autoridad y lógicamente el respeto a cada una de las partes involucradas, lo que podría conllevar a motivación mayor del personal, así como, contribuir a implantar cambios y mejorar objetivos y contribuir a inculcar una cultura organizacional y a que éste personal se sienta identificado con dicha cultura entre otros valores agregados.

Con relación a lo anterior, es necesario identificar las razones que motivan a unas instituciones a ser más cuidadosa con respecto a otras, en lo relacionado a la cultura de seguridad de paciente, lo que muy probablemente arroje o dé como resultado situaciones no solo de índole personal sino también organizacional, es decir, que

no solo sería resultado de un manejo inadecuado de todo el personal de enfermería inmerso en dicha situación, sino también políticas organizacionales que de alguna manera estaría afectando el cumplimiento a cabalidad de la misma cultura organizacional, dicho de otra manera, directrices diseñadas no previendo dicha complicación, como por ejemplo el permitir que personal trabaje más de las horas preestablecidas, aumentando el agotamiento del enfermero y por ende una posible falla en los protocolos de atención, otra situación generada por la las políticas organizacionales podría ser la poca capacitación a la que se enfrentan los profesionales de la salud, como la recomendación realizada en la investigación “protocolo de seguridad del paciente para la administración de medicamentos en el centro de simulación de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Bucaramanga” por Barrera E ⁷⁵ .

10. RECOMENDACIONES

El presente estudio, invita a reflexionar sobre distintos aspectos que se consideran indispensable en la labor de enfermería dentro de las instituciones de salud involucradas, así como la necesidad de implementar estrategias con el fin de mantener o generar conductas y comportamientos que conlleven a un desarrollo más eficiente de la cultura de seguridad del paciente, por ello y para ello, es necesario en primera instancia realizar un estudio más profundo sobre algunas situaciones como el porqué de no reporte de manera inmediata y siempre de algunos eventos adversos suscitado en dichas instituciones, para lo cual se sugiere en dicho estudio involucrar a otras partes interesadas y directamente relacionadas con la cultura de seguridad, como por ejemplo parte directiva y otros profesionales de la salud entre otros.

La necesidad de diseñar programas de contratación que permita mantener al personal más tiempo dentro de la institución, para lo cual, las instituciones deberán replantear el programa de vinculación laboral dentro de cada una de ellas, sobre todas aquellas que puntuaron menos personal con tiempo de experiencia debido a que este indicador está relacionado de manera muy directa con algunas fallas que pudiesen presentarse en la atención, para lo cual se sugiere identificar prioridades y preferencias de sus trabajadores con respecto a lo que la empresa o institución de salud le puede entregar.

Revisar las políticas diseñadas en las instituciones con respecto a la organización del personal y rol de cada uno de ellos, donde se logre priorizar sobre la comunicación entre los grupos de trabajo, pero sobre todo la bidireccionalidad de la comunicación, haciendo énfasis en la necesidad de realizarla cuando se evidencie error de parte de algún funcionario independientemente del rango que éste ocupe dentro de la organización, para evitar se mantenga el error a través del tiempo que pudiese ocasionar eventos no deseables o adversos.

Para humanizar cada vez más la atención en salud, es necesario humanizar al personal encargado de la atención, como es el caso del personal de enfermería, para ello es de vital importancia que desde la dirección se adopten políticas que permitan al profesional en enfermería evocar de manera fehaciente sus inconformidades con respecto a su puesto de trabajo, así como su necesidad, no solo para suplirlas en la medida de lo posible, sino también para tenerlas identificadas.

Es muy conveniente para la institución y para los pacientes, realizar programas encaminadas a promover el reporte de incidentes o efectos adversos dentro de las instituciones no con el fin punitivo sino para resaltar la labor del personal de enfermería y de esta manera motivar a todos los involucrados en la cultura de seguridad del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gobierno de España. Ministerio de sanidad de España. Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020. [consultado 10 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>.
2. República de Colombia. Ministerio de Salud y protección Social. Decreto único reglamentario 780 de 2016. [consultado 15 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/decreto-unico-minsalud-780-de-2016.aspx>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documentos básicos 48ª edición. Ginebra, Suiza; 2014.
4. Foro latinoamericano colaborativo en calidad y seguridad en salud. Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [consultado 15 Mayo 2020]. Disponible en: <http://cicsp.org/estudio-ibeas-prevalencia-de-efectos-adversos-en-hospitales-de-latinoamerica/>.
5. República de Colombia. Ministerio de Salud y protección Social. Lineamiento para la implementación de la política de seguridad del paciente. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf).
6. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 1993. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf.
7. Ministerio de sanidad de España. servicios sociales e igualdad: Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>.

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente, campañas. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en <https://www.who.int/patientsafety/campaigns/es/>
9. Astargo C. Detección eventos adversos en pacientes adultos egresados de una unidad de paciente crítico utilizando una herramienta de búsqueda intencionada. Universidad de Chile facultad de medicina; 2016.
10. Zárate RA, Salcedo RA, Olvera SS, Hernández S, Barrientos J, Pérez MT, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enferm. univ.* 2017; 14 (4): 277-285.
11. Rosales C. Adherencia al protocolo de seguridad del paciente, en la identificación del paciente, en una institución de salud de montería [Tesis]. Universidad de Córdoba facultad ciencias de la salud; 2018.
12. Martínez C, Agudelo J, Areiza S, Giraldo D. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar ciencias sociales y humanas.* 2017; 17 (33): 277-292.
13. Albuquerque J, Llapa E, Franga I, Santana L, De Godoy S, Gomes G. Seguridad del paciente en la atención de enfermería durante la administración de medicamentos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2018;26: e3017.
14. Mir R, Falco A, de la Puente ML. Actitudes hacia la cultura de seguridad del paciente en un entorno hospitalario y variables relacionadas. *Gac Sanit.* 2017;31(2):145–149.
15. Arias JH, Segura ÁM, Rodríguez F, Saldarriaga CA, Gómez RD. Clima de seguridad del paciente en unidades quirúrgicas de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contratación. *Rev. colomb. anestesiología.* 2020; 48 (2): 71-77.
16. Bazán A. Importancia de la administración en la salud. *Rev Hosp Jua Mex.* 2015;82(3-4):148-149.
17. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Atención primaria en salud. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>.

18. Camacho Rodríguez DE, Jaimes Carvajal NE. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Rev Cubana Enferm.* 2018; 34(1):
19. Buitrago S, Arango J. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el hospital San Vicente de Paul E.S.E. de Fresno Tolima. Universidad Católica De Manizales facultad de ciencias de la salud programa de administración en salud; 2016.
20. Torres VM, Torres L. M, Solís N. R, Grajeda M. A, Danielli R. J, Coronel A. E. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de un hospital nacional de Lima. *Rinvp.* 2016; 19(1):135-46.
21. Gómez D, Murillo L. Revisión bibliográfica sobre la importancia de reportar eventos adversos en el área de la salud en Colombia. [Tesis]. Universidad ces facultad de medicina, salud pública especialización gerencia de IPS Medellín. 2019; p. 9-10.
22. Rodríguez CJ, Huerta F, Laverde Y. Eventos adversos reportados en adultos de la ESE hospital universitario San Jorge de Pereira, durante los años 2017 – 2018 y propuesta de un plan de mejoramiento. fundación universitaria del área andina facultad de ciencias de la salud centro de posgrados especialización en auditoría en salud Pereira, Risaralda. 2019; p. 19-20.
23. Rodríguez PA, Beltrán SP, Peña YK, Mendoza MJ, Julio GD, Giraldo LF. Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular.* 2016; 14(1): 79-87.
24. Clínica Universidad de Navarra. Complicación, diccionario médico. [consultado 30 abril 2020]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>.
25. Cabadas R. Calidad asistencial, ¿de qué estamos hablando? *Revista Mayor Ambulatoria.* 2015; 20:79-82.
26. Villatoro V. Errores de seguridad en atención primaria. *AMF.* 2016;12(11):644-653.

27. Barbosa MH, Melo J, Faria K, Gonçalves K, Felix MM, Barichello E. Seguridad del paciente: percepción de enfermeros brasileños. *Rev Cubana Enferm.* 2019;34(4).
28. Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. [consultado 30 abril 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>
29. Cynthia E. La atención centrada en el paciente. [consultado 10 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.medicosfamiliares.com/persona/la-atencion-centrada-en-el-paciente.html>.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de Salud. Enfermería. [consultado 25 mayo 2020]. Disponible en <https://www.who.int/topics/nursing/es/>.
31. Secretaria del Senado de Colombia. Instituciones prestadoras de servicio de salud. [consultado 27 mayo 2020]. Disponibles en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-064_2008.html
32. Amorim IC, Da Silva KC. Evaluación del clima de seguridad del paciente en un hospital quirúrgico oftálmico. *Enferm. glob.* 2018; 17 (52): 316-364.
33. Aguilar A. Cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia del hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD Piura. Universidad Nacional de Piura facultad de ciencias de la salud escuela académico profesional de enfermería; 2018.
34. Aranaz JM, Pardo A, López P, Valencia JL, Díaz C, López N, et al. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2018; 92: e204808044.
35. Schwonke RG, Filho WD, Lunardi GL, da Silveira R, Rodrigues MC, Guerreiro M. Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. *Enferm. glob.* 2016; 15 (41): 208-219.

36. DiCuccio MH. The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Patient Saf.* 2015;11(3):135-142.
37. Balaguera A, Nieto M, Peña J, Roso A. Estudio comparativo de los programas de seguridad del paciente de Colombia, Chile y México y acciones desarrolladas en el periodo 2008 a 2018 que pueden fortalecer las buenas prácticas en la atención de salud en Colombia. Universidad Autónoma de Bucaramanga facultad de medicina; 2018.
38. Estevez J, Jiménez L, Silva M. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de una institución prestadora de servicios de salud de cuarto nivel de complejidad, Bucaramanga. Universidad de Santander; 2017.
39. Muñoz M, Torres L, Lenis L, Morales J, Cano Y, Londoño D. Percepción de trabajadores sobre la cultura de seguridad del paciente en una empresa de salud. *Revista Cultura del Cuidado.* 2015; 12 (2):43-54.
40. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social Ley 100 de 1993 disponible en chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf
41. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1474 de 2002. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201474%20DE%202002.pdf.
42. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sistema único de acreditación. [consultado 27 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>
43. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2309 2002. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2309-de-2002.pdf>.

44. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
45. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1446 de 8 de mayo 2006. [consultado 13 mayo 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf).
46. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente. [consultado 25 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>.
47. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0123 de 2012. [consultado 25 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Res123%20ene26de2012%20modificRes1445.pdf>.
48. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 2003 de 2014. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf).
49. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
50. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto de afiliación. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/decreto-de-afiliacion.aspx>.
51. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0256 de 2016. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>.

52. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5095 de 2018. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>.
53. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. [consultado 22 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad+Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf>.
54. Rocco C. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev.Med.Clin.Condes. 2017; 28(5): 785-795. Disponible en <file:///C:/Users/EQUIPO/Downloads/S0716864017301268.pdf>. [consultado mayo 20 2020].
55. Suárez OF. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel; Unisabana. Bogotá, D.C; p, (185); Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/5134/html>
56. Trillos PC. La pregunta, eje de la investigación. Un reto para el investigador; Revista Ciencias de la Salud, 2017; Bogotá, D.C; Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56253119001/index.html>
57. Principios de la ética de la investigación y su aplicación; Ética, Revista Médica de Honduras; Programa de Educación en Ética de la Investigación; 2012; p, (75); Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-2-2012-9.pdf>
58. Aarons DE Explorando el balance riesgos/beneficios en la investigación biomédica: algunas consideraciones; Revista Bioética; Trinidad y Tobago; 2017; P, 321 – 323; Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n2/es_1983-8042-bioet-25-02-0320.pdf
59. Carreño-Dueñas JA. Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. pers.bioét. 2016; 20(2):232-243.

60. Bueno M. Modelo de queso suizo para análisis de riesgos y fallas. [consultado 01 junio 2020]. Disponible en: <https://blogdelacalidad.com/modelo-de-queso-suizo-para-el-analisis-de-riesgos-y-fallas/>
61. SP asesores. Iceberg empresarial. [consultado 01 junio 2020]. Disponible en: <https://spasesores.com/iceberg-empresarial/>
62. Gómez CF, Rodríguez JK. Teorías De La Cultura Organizacional. [consultado 04 junio 2020]. Disponible en: <http://teoriaycomorg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/98/2019/03/TeoriasdelaCulturaOrganizacionalCarlosGo-mezyJennyRodriguezrevision2013.pdf>
63. Waterman RH. Los 8 principios de las empresas Excelentes: Por Tom Peters. [consultado 04 junio 2020]. Disponible en: <https://excelencemanagement.wordpress.com/2016/04/26/los-8-principios>.
64. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Talento Humano en Enfermería y Plan Estratégico 2020-2030. Resignificando la profesión de Enfermería en Colombia.
65. Camacho RD, Jaimes CN. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. Rev Cubana Enferm. 2018; 34 (1).
66. Ocampo D, Trejos J. Percepción del personal de salud sobre causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnósticas, de la Sede Circunvalar de Idime S.A. Fundación del Área Andina. Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
67. Orkaizagirre A. La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias. Universidad de Zaragoza; 2016.
68. Cifuentes JE, Manrique FG. Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia. av.enferm. 2014; 32 (2): 217-227.
69. García A. La Comunicación Médico-Enfermera. Implicaciones para el paciente, barreras y estrategias de mejora. Universitat de les Illes Balears. Facultad de Enfermería y Fisioterapia; 2016.

70. Runa. Flujos y tipos de comunicación organizacional. 2017. Consultado 10 septiembre 2020. Disponible en: <https://runahr.com/recursos/hr-management/como-son-los-flujos-y-cuales-son-los-tipos-de-la-comunicacion-organizacional/>
71. Martínez CR, Agudelo J, Areiza SM, Giraldo DM. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Civilizar Ciencias Sociales y Humanas. 2017; 17 (33): 277-291.
72. Torres M, Torres M, Solís R, Grajeda A, Danielli J, Coronel E. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de un hospital nacional de Lima. Revista De Investigación En Psicología. 2016; 19 (1):135-46.
73. De Arco-Canoles O, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018; 20 (2):171-182.
74. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Órgano de difusión del centro colaborador en materia de calidad y seguridad del paciente. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. 2015.
75. Barrera E, Domínguez L, Novoa LM, Rincón DC, Roa L. Protocolo de seguridad del paciente para la administración de medicamentos en el centro de simulación de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Bucaramanga. Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Enfermería; 2015.

11. ANEXOS

11.1 ANEXO 1

ENCUESTA ONLINE.

Datos sociodemográficos

Institución donde labora *

- ☐ Clínica La Merced
- ☐ Clínica Reina Catalina Sede Barranquilla
- ☐ Clínica Reina Catalina Sede Baranoa
- ☐ Clínica La Misericordia Internacional
- ☐ Otro: _____

Sexo *

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Otro

Edad *

Tu respuesta

Nivel de formación *

- ☐ Técnico
- ☐ Profesional
- ☐ Especialista
- ☐ Magíster
- ☐ Doctor

Tiempo laborando *

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ De 1 a 5 años
- ☐ De 6 a 10 años
- ☐ Más de 10 años

Área de trabajo *

- ☐ UCI. Adultos
- ☐ UCI. Pediátrica
- ☐ UCI. Neonatal
- ☐ UCI. Quemados
- ☐ Hospitalización A.
- ☐ Hospitalización P.
- ☐ Cirugía
- ☐ Obstetricia y sala de parto
- ☐ Otro: _____

Cuestionario

Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo. Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

Incidente: es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.

Seguridad del paciente: se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Seguridad del paciente

Sección A: Frecuencia de incidentes reportados

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? *Coloque el celular horizontalmente para visualizar todas las opciones de respuesta*

Nunca

Rara vez

Algunas
veces

La mayoría
del tiempo

Siempre

1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?

☐
☐
☐
☐
☐

2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?

☐
☐
☐
☐
☐

3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?

☐
☐
☐
☐
☐

Sección B: Número de incidentes reportados

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de incidentes ha usted llenado y enviado? Marque UNA respuesta. ***Coloque el celular horizontalmente para visualizar todas las opciones de respuesta***

- ☐ Ningún reporte de incidentes
- ☐ De 1 a 2 reportes de incidentes
- ☐ De 3 a 5 reportes de incidentes
- ☐ De 6 a 10 reportes de incidentes
- ☐ De 11 a 20 reportes de incidentes
- ☐ 21 reportes de incidentes o más

Sección C: Su supervisor/director

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/director inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique una opción por cada situación. ***Coloque el celular horizontalmente para visualizar todas las opciones de respuesta***

Muy en En Ni de acuerdo De acuerdo Muy de
desacuerdo desacuerdo ni en acuerdo acuerdo
desacuerdo desacuerdo desacuerdo

Mi
superior/director
hace comentarios
favorables cuando
él/ella ve un
trabajo hecho de
conformidad con
los procedimientos
establecidos de
seguridad de los
pacientes.

☐
☐
☐
☐
☐

Mi superior/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

☐☐☐☐☐

Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.

☐☐☐☐☐

Mi superior/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.

☐☐☐☐☐

Sección D: Comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo?
Indique una opción en cada situación. **Coloque el celular horizontalmente
para visualizar todas las opciones de respuesta**

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	☐	☐	☐	☐	☐
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	☐	☐	☐	☐	☐

Se nos informa
sobre los
errores que se
cometen en esta
unidad.

☐☐☐☐☐

El personal se
siente libre de
cuestionar las
decisiones o
acciones de
aquellos con
mayor
autoridad.

☐☐☐☐☐

En esta unidad,
hablamos sobre
formas de
prevenir los
errores para que
no se vuelvan a
cometer.

☐☐☐☐☐

El personal tiene
miedo de hacer
preguntas
cuando algo no
parece estar
bien.

☐☐☐☐☐

Sección E: Grado de seguridad del paciente

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy bueno
- ☐ Aceptable
- ☐ Pobre
- ☐ Malo

11.2. ANEXO 2.**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: Evaluación de percepción de la cultura de seguridad del paciente de enfermería en cuatro clínicas privadas del departamento del Atlántico, Colombia.

Señor usuario: Estamos invitándolo a participar en un Proyecto de Investigación del área de la Salud. Usted tiene toda la libertad para preguntar sobre cualquier punto que no le sea claro de tal forma que pueda decidir si participa o no, por lo tanto, es conveniente que conozca y comprenda los siguientes puntos, proceso conocido como Consentimiento Informado.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en 4 clínicas privadas del departamento del Atlántico.

JUSTIFICACIÓN: Este proyecto aportará a las organizaciones a identificar los factores que influyen en las actitudes y aptitudes de los colaboradores, las relaciones y el empoderamiento en el manejo sobre seguridad del paciente, con el fin de aportar en la realización de planes de mejora que ayuden a generar una cultura humanizada en la atención del paciente y optimizar el buen funcionamiento de la IPS.

PROCEDIMIENTOS: En caso de aceptar participar en el estudio se diligenciará un formato donde usted acepta la aplicación de la encuesta y responderá a un cuestionario sobre sus datos sociodemográficos y seguridad del paciente.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Este estudio permitirá comprender la situación actual de las instituciones de salud que se van a intervenir, con respecto a la percepción de la cultura de seguridad del paciente, como primer paso para la obtención del diagnóstico situacional de cada una de ellas, y así ayudar en el planteamiento de estrategias e intervenciones con el fin de tener organizaciones seguras.

RIESGOS PARA SALUD: la presente investigación según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación sin riesgo, porque no se realiza una intervención directa sobre los sujetos, sólo se responderán las encuestas de evaluación de las variables de estudio.

ACLARACIONES: Su decisión de aceptar participar en el estudio es voluntaria, no existe ninguna consecuencia negativa hacia usted en el caso de no aceptar participar; en caso de aceptar, usted podrá retirarse cuando así lo desee, informando las razones de su decisión, la cual serán absolutamente respetadas. Al participar en el estudio usted no tendrá que realizar ningún tipo de gasto, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación, además, no recibirá ningún tipo de pago por su participación. Durante el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo a los investigadores responsables. Los resultados obtenidos en el estudio son confidenciales, respetando la identidad de la persona y serán divulgados y publicados a la comunidad respetando su identidad.

En caso de aceptar participar del presente estudio, deberá señalar la casilla de verificación que se encuentran a continuación:

***Obligatorio**

Casillas de verificación *



He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que la información obtenida en el estudio puede ser publicada o difundida con fines científicos. Acepto participar en este estudio.