

**EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO
DEL ATLANTICO Y LA GUAJIRA – COLOMBIA**

**LORENA DE LA HOZ DEL VILLAR
YEIMYS CASTILLA MARTÍNEZ
WILONKA DAZA MENGUAL
KEYLIN FREYLE ROSADO
LAURA HIDALGO PINO
JAZMIN MERCADO GUZMAN
JESSICA MORENO ARTETA
DAVID PACHECO GARCIA
DAYANA ROJAS BOLIVAR**

DIRECTORES

**LILIBETH SÁNCHEZ GÜETTE
NARLEDIS NUÑEZ BRAVO**

BARRANQUILLA

2020

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento de este proyecto de grado va dirigido primeramente a Dios ya que sin su bendición y guía no habiéramos podido materializar este anhelo y alcanzar esta meta.

También quiero agradecer a mi amado esposo que fue un pilar muy importante en todo este proceso, su ayuda y comprensión fue de suma importancia e hizo más llevadero este camino y a mi hermoso hijo por ser mi fuente de inspiración.

Yeimys Castilla Martinez

Primeramente, darle las gracias a Dios todo poderoso por regalarme la sabiduría, paciencia y su gracia, ya que sin ella no hubiese sido posible este logro.

Seguidamente, a mis padres, hermanos y a mi lucha constante para lograr este objetivo y tener la satisfacción del deber cumplido.

Keylin Freyle Rosado

Primeramente, agradecerle a Dios por permitirme llegar a una meta más en mi vida, acompañado del esfuerzo y el apoyo de mis padres, mi novio, profesores, compañeros de estudio y poder culminar satisfactoriamente la última etapa de esta maestría, con sabiduría, fortaleza y dedicación, un logro más y un título más en mi carrera profesional. ¡En gratitud con todo!

Wilsonka Daza Mengual

Gracias primero que todo a Dios, por permitirme culminar esta nueva etapa en mi profesional, Gracia a mis padres Raúl Hidalgo Segretera y Yaneth Liliana Pino, los cuales, a lo largo de mi vida, me han brindado su apoyo incondicional, para lograr todas mis metas propuestas, siendo mi pilar fundamental para seguir y superarme en cada paso que doy. Gracias a mi hermano Christian Hidalgo Pino, por cuidarme y brindarme su apoyó. Gracias a mi abuela Olivia Segretera, que ha sido una de mis mayores admiradoras durante toda mi formación personal, una de las personas que más se siente orgullosa de tenerme como nieta y yo de tenerla como abuela.

Gracias a toda mi familia, por sus constantes consejos y apoyo, por brindarme su amor y respaldo. Por último, me gustaría darle las gracias a mi mejor amiga Dety Duns, la cual más que una amiga es mi hermana, gracias por apoyarme y alentarme en cada paso que he dado. Solo tengo palabra para agradecer a todas las personas que me rodean y me han ayudado de una u otra manera para llegar a esta etapa de mi formación profesional.

Laura Sabrina Hidalgo Pino

A Dios, a mi familia por su apoyo, en especial a mi hijo Alejandro quién llegó a mi vida cuando menos lo esperaba

Lorena De La Hoz Del Villar

En primer lugar, agradecer a Dios y a la vida por permitirnos iniciar y culminar este proyecto que nos llena de mucha satisfacción y nos permite subir un escalón en este camino tan bonito y agradecido como es el de nuestra profesión.

En segundo lugar, queremos agradecer a nuestras familias por el apoyo, siendo siempre fundamental tenerlos como base en cada uno de los proyectos en los que nos encaminamos.

Por otro lado, agradecimientos a nuestros profesores y Tutoras (Lilibeth Sánchez Güette y Narledis Núñez Bravo), por habernos abierto las puertas de la maestría, e impulsado a iniciar y a culminar esta bonita experiencia. También queremos agradecer a nuestros compañeros, tantas experiencias e historias en estos 2 años, que nos hicieron mucho más fácil este proceso, y, sobre todo, nos permitieron hacer nuevas amistades y conocer distintos puntos de vista de las diferentes profesiones que se ven vinculadas en el campo de la auditoría y sistema de calidad en servicios de salud.

Por último, agradecimientos a todos aquellos que, de una u otra manera, hicieron esto posible. La alegría por conseguir este logro es muy grande y sabemos que todo este esfuerzo, va a verse recompensado a futuro, muchísimas gracias a todos.

Dayana Rojas Bolívar, Yazmín Mercado Guzmán.

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

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	12
2. JUSTIFICACION.....	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
4. MARCO DE REFERENCIA.....	20
4.1 MARCO CONCEPTUAL	20
4.1.1 ADMINISTRACIÓN EN SALUD	20
4.1.2 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	20
4.1.3 CULTURA DE SEGURIDAD	20
4.1.4 BARRERA DE SEGURIDAD	21
4.1.5 EVENTO ADVERSO	21
4.1.6 EVENTO ADVERSO PREVENIBLE	21
4.1.7 EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE	21
4.1.8 INCIDENTE	21
4.1.9 COMPLICACIÓN EN SALUD.....	21
4.1.10 LA CALIDAD ASISTENCIAL	22
4.1.11 FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	22
4.1.12 PERCEPCIÓN.....	22
4.1.13 SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	22
4.1.14 RIESGO EN SALUD.....	22
4.1.15 GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD	23
4.1.16 ATENCION CENTRADO EN EL PACIENTE.....	23
4.1.17 PERSONAL DE ENFERMERIA	23
4.1.18 INSTITUCIONES PRESTADORES DE SALUD.....	24
4.2 MARCO DE ANTECEDENTES	24

4.3 MARCO LEGAL	29
4.3.1 Ley 100 del 1993.	30
4.3.2 Resolución 1474 del 2002	30
4.3.3 Decreto 2309 del 2002	31
4.3.4 Decreto 1011 de 2006	31
4.3.5 Resolución número 1446 de 2006.	32
4.3.6 Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente – 2008.	32
4.3.7 Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. 2010.....	32
4.3.8 Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario – Resolución 123 de 2012	33
4.3.9 Resolución 2003 de 2014	33
4.3.10 Ley 1751 de 2015	33
4.3.11 Decreto 2343 de 2015.....	34
4.3.12 Resolución 0256 de 2016	34
4.3.13 Resolución 5095 de 2018	35
4.3.14 Resolución No. 3100 de 2019.....	35
4.4 MARCO ÉTICO.....	35
4.4.1 Asociación Colaborativa	36
4.4.2 Valor Social	36
4.4.3 Evaluación Independiente.....	37
4.4.4 Validez Científica	37
4.4.5 Selección justa de los participantes	38
4.4.6 Balance Riesgo - Beneficio Favorable.....	38
4.4.7 Respeto por los participantes	39
4.4.8 Consentimiento Informado	39
4.5 Marco Teórico	40
4.5.1 Teoría del Riesgo de Jean Reason.	40
4.5.2. Modelo del Iceberg para la cultura organizacional.....	42
4.5.2.1 Elementos visibles del iceberg	42
4.5.2.2 Elementos invisibles del iceberg	43
4.5.3 Modelo de Thomas J. Peters & Robert H. Waterman.....	43

5. HIPOTESIS.....	45
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	45
6.1 PARADIGMA	45
6.2 TIPO DE ESTUDIO.....	45
6.3 ÁREA DE ESTUDIO	46
6.4 DELIMITACION ESPACIAL Y TEMPORAL.....	46
6.5 POBLACIÓN.....	46
6.5.1 Criterios de Inclusión:.....	46
6.5.2 Criterio de exclusión:.....	46
6.5.3 Muestra	47
6.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	47
6.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	50
6.8 INSTRUMENTO - PLAN DE ANALISIS.....	50
6.9 ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO	52
6.10 PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:.....	53
6.11 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	54
6.12 PLAN DE TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN	55
6.13 CONSIDERACIONES ETICAS.....	55
7. EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CLINICA REINA CATALINA BARRANQUILLA - BARANOA Y HOSPITAL ARMANDO PABON LOPEZ MANAURE	64
7.1 RESULTADOS	64
7.2 DISCUSIÓN.....	72
7.3 CONCLUSIONES	77
7.4 RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
8. EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA MERCED I.P.S, CLÍNICA BONNADONA, ESE HOSPITAL DE JUAN DE ACOSTA.....	84
8.1 RESULTADOS	84
8.2 DISCUSIÓN.....	90
8.3. CONCLUSIONES	93

8.4 RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95
9. EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA GENERAL DEL NORTE	97
9.1 RESULTADOS	97
9.2 DISCUSIÓN	102
9.3 CONCLUSIÓN	106
9.4 RECOMENDACIONES	107
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	108
10. 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.....	110
10.1 RESULTADOS	110
10.2 DISCUSIÓN	116
10.3 CONCLUSIÓN	122
10.4 RECOMENDACIONES	125
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	127
11. ANEXOS	129
ANEXO 1	129
ANEXO 2	136

Listado de Tablas

TABLA 1 Población universo de las instituciones.....	47
TABLA 2 Cuadro de operacionalización de variables.....	49
TABLA 3 Escala de valoración del instrumento.....	52
TABLA 4 Categorías de respuesta del cuestionario.	52
TABLA 5 Características sociodemográficas	65
TABLA 6 Frecuencias de incidentes.....	66
TABLA 7 Frecuencia de incidentes.....	67
TABLA 8 Frecuencia de incidentes.....	67
TABLA 9 Frecuencia de incidentes.....	67
TABLA 10 Nivel de satisfacción	68
TABLA 11 Margen de confianza	69
TABLA 12 Nivel de percepción.....	71

Listado de Imágenes

Figure 1.	129
Figure 2.	130
Figure 3	130
Figure 4.	131
Figure 5	131
Figure 6.	132
Figure 7.	132
Figure 8.	133
Figure 9.	133
Figure 10.	134
Figure 11.	134
Figure 12.	135
Figure 13.	135
Figure 14.	136
Figure 15.....	137

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de clínicas Públicas y privadas del Departamento del Atlántico y la Guajira.

Materiales y Métodos: El estudio se abordó desde el paradigma empírico – analítico mediante el método deductivo, el cual permitió abordar la realidad de la cultura de seguridad del recurso humano de enfermería durante un periodo determinado; de tipo descriptivo y corte transversal porque se recolectó la información en una unidad de tiempo definida y se plantearon las características obtenidas como fueron descritas por la fuente. La población se conformó por el personal de enfermería de instituciones de salud del departamento del Atlántico y La Guajira. Logrando una muestra de 206 sujetos, que fueron abordados a través de una encuesta realizada de manera virtual por Google drive enviada a las enfermeras por correos electrónicos y la aplicación WhatsApp.

Resultados: Se encontró que la cultura de seguridad de enfermería se establece con acciones sencillas y cotidianas de la vida que ayudan a mitigar los riesgos para proteger la vida del paciente.

Conclusiones: La percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla. Los resultados sobre la percepción global de seguridad, la respuesta no punitiva al error y la asignación de personal, las comunicaciones libres deben tomarse con acciones a mejorar para brindar atención segura.

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

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the perception of the patient safety culture of nurses at public and private clinics in the Atlántico and Guajira Department.

Materials and Methods: The study was approached from the empirical – analytical paradigm using the deductive method, which allowed to address the reality of the safety culture of the human nursing resource during a given period; descriptive type and cross-section because the information was collected in a defined unit of time and the characteristics obtained as described by the source were raised. The population consisted of nursing personnel from health institutions in the Atlantic department and La Guajira. Achieving a sample of 206 subjects, they were approached through a survey conducted virtually by Google drive sent to nurses by emails and the WhatsApp

Results: Nursing safety culture was found to be established with simple, everyday life actions that help mitigate risks to protect a patient's life.

Conclusions: The low overall perception of patient safety indicates the need to increase institutional actions to improve it. Results on global security perception, non-punitive response to error and staff assignment, free communications should be taken with actions to be improved to provide safe care.

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 prácticas 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 sub-notificación, 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 clínicas privadas y públicas del departamento del Atlántico y la guajira Colombia?

2. JUSTIFICACION

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 clínicas Públicas y privadas del Departamento del Atlántico y la 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, 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)

seguimiento 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 basadas 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 realizada. ⁵⁹

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 acordados 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. HIPOTESIS

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.

Situación Geográfica: 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 enlace de acceso por Google drive aplicado de forma virtual.

6.5.1 Criterios de Inclusión:

- Personal de enfermería (enfermeras profesionales 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.

INSTITUCIONES
Clínica Merced I.P. S
Clínica Reina Catalina sede Barranquilla
Oinsamed, La Misericordia Clínica Internacional S.A.S
Clínica Reina Catalina Sede Baranoa

Clínica Bonnadona
Clínica General Del Norte
Clínica Iberoamérica
Ese Hospital De Juan De Acosta
Hospital Armando Pabón López Manaure G
Hospital San José De Maicao

TABLA 1 Instituciones participantes

6.5.3 Muestra

Constituida por 206 técnicos y profesionales del área de la salud de clínicas privadas y públicas del departamento del Atlántico y la Guajira, 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:

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

otorgan para desarrollar funciones específicas como parte del contrato laboral - Nivel de profesión alcanzado	institución en la institución			De 6 a 10 años
				Mayor de 10 años
AREA DE TRABAJO	CUALITATIVA	NOMINAL	Urgencia	UCI.A
			UCI.P	UCI.N
			UCI Quemados	Hospitalización. A
			Hospitalización. P	Cirugía:
			Obstetricia y Sala de parto:	Otros

TABLA 2 Cuadro de operacionalización de variables

6.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección se realizará mediante los siguientes ítems a describir:

Fuentes de información

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.

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

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

TABLA 3 Escala de valoración del instrumento

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:

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

TABLA 4 Categorías de respuesta del cuestionario.

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:

Σ Numero de respuestas positivas en los ítems de una dimensión
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 socializó 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.

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 [Tesis]. 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 [Internet]. 2018 [citado 26 Ago 2020];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. [Tesis]. 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. [Tesis]. 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). 3008472841,3143139112,3103481333
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. [Tesis]. 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. [Tesis]. 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. [Tesis]. 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://oemmnndcbldboiebfnladdacbfmadadm/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. [consultado 19 mayo 2020]. 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 de 2002. [consultado 11 mayo 2020]. 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
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.
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.
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
50. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto de afiliación. [consultado 20 mayo 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/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](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/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): pp. 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, TEORIAS DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL. [consultado 04 junio 2020]. Disponible en: <http://teoriaycomorg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/98/2019/03/TeoriasdelaCulturaOrganizacionalCarlosGoomezJennyRodriguezrevision2013.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>

7. EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CLINICA REINA CATALINA BARRANQUILLA - BARANOA Y HOSPITAL ARMANDO PABON LOPEZ MANAURE

KEYLIN FREYLE ROSADO, YEIMYS CASTILLA MARTINEZ, WILONKA DAZA MENGUAL

7.1 RESULTADOS

Las características sociodemográficas del personal de enfermería que participó en el estudio están concentradas en personas jóvenes de género femenino que atraviesan la etapa productiva, con experiencia laboral en su mayoría no supera los cinco años, el gran porcentaje del personal encuestado se desempeñan en labores en servicios de hospitalización y el mayor número de participantes fueron enfermeras profesionales (ver tabla 6).

En relación a la cultura de reportes de incidentes o sucesos que pueden potencialmente afectar a los usuarios, la descripción de los participantes en los instrumentos fue que siempre que se tenía esta cultura de reportar independientemente a que se generase daño o se identifique tempranamente; sin embargo, el número de reportes en un año contradice las afirmaciones, debido a que no superan los dos reportes, entendiéndose que puede existir una cultura de seguridad excelente o un pobre reconocimiento de aquellos sucesos que pueden convertirse en incidente o evento adverso (ver tabla 7).

Cuando se evaluó la percepción de las personas encuestadas sobre la relación y comunicación con sus jefes encontramos que la mayoría recibe comentarios favorables, que sus jefes aceptan las sugerencias dadas por el personal para mejorar o fortalecer la seguridad del paciente, tienen la libertad hacer preguntar y

que se les informa de manera oportuna sobre cambios realizados basados en el informe de incidentes (ver tabla 8).

Pero también se encontró que pese a los buenos resultados anteriores la mayoría respondió que los jefes cuando aumentan la presión laboral no tienen muy en cuenta que esto hace que baje la calidad de la labor realizada y que tampoco tienen muy en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se presentan en la unidad (ver tabla 9).

Muy a pesar de los contrastes que vemos los resultados de esta encuesta los participantes en un 50% perciben que el grado de seguridad del paciente que se maneja en su unidad es Muy bueno, un 33 % excelente y un 17% aceptable (ver tabla 10).

TABLA 5 Características sociodemográficas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	50	92,59%
Masculino	4	7,41%
Rango de edad		
Menos de 18	1	1,85%
De 20 a 29	35	64,81%
De 30 a 38	8	14,81%
De 39 a 54	10	18,52%
Tiempo laborando		
De 1 a 5 años	22	40,74%
De 6 a 10 años	5	9,26%
Más de 10 años	9	16,67%
Menos de 1 año	18	33,33%
Nivel de Formación		
Especialista	2	3,7%
Profesional	34	62,96%
Técnico	18	33,33%
Área de Trabajo		
Administrativo	1	1,85%
Cirugía	2	3,7%
Hospitalización A.	21	38,89%

Hospitalización P.	7	12,96%
Obstetricia y sala de parto	1	1,85%
Uci cardio vascular	1	1,85%
Uci neurológica y UCI cardiovascular	1	1,85%
UCI. Adultos	6	11,11%
Urgencias	6	11,11%
UCI. Neonatal	4	7,41%
UCI. Pediátrica	1	1,85%
UCI. Quemados	1	1,85%
Unidad Renal	1	1,85%
Varios	1	1,85%

(elaboración propia)

Respecto a las características sociodemográficas se puede definir que de las 54 personas encuestadas, el 92,59% corresponden al sexo femenino, el rango de edad más predominante esta entre 20 a 29 años de edad con un 64,81%, en lo concerniente al tiempo laboral la mayoría de los encuestados tiene de 1 a 5 años laborando que corresponde al 40,74% de la población total y en su mayoría son enfermeras profesionales con un 62,96. También se pudo determinar que el mayor número de participantes, se concentró en unidades de hospitalización adulto con un 38,89%. (Tabla 6)

TABLA 6 Frecuencias de incidentes

Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Qué tan a menudo es reportado?	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	7	12,96%
Algunas veces	11	20,37%
La mayoría del tiempo	15	27,78%
Siempre	21	38,89%

(elaboración propia)

En lo relacionado con el reporte de errores que son identificados antes de generar daño en el paciente, el personal que participó del estudio, en un 38,89% consideró que la conducta siempre ha sido reportarlo.

TABLA 7 Frecuencia de incidentes

Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿qué tan frecuentemente es reportado?	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	3,7%
Rara vez	9	16,67%
Alguna vez	12	22,22%
La mayoría del tiempo	19	35,19%
Siempre	12	22,22%

(elaboración propia)

De acuerdo con la conducta adoptada del personal de enfermería frente al reporte de las acciones erróneas que no tienen el potencial para generar daño, el 35,12% lo reporta la mayoría del tiempo y menores proporciones no tienen una conducta asidua de reporte de este tipo de errores.

TABLA 8 Frecuencia de incidentes

Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	11,11%
Rara vez	4	7,41%
Alguna vez	10	18,52%
La mayoría del tiempo	13	24%
Siempre	21	38,89%

(elaboración propia)

Frente al reporte de aquellos sucesos que pueden hacer daño al paciente, pero en su momento no lo generaron, el personal de enfermería siempre ha adoptado el reporte de este en un 38,89% y en menor rango rara vez.

TABLA 9 Frecuencia de incidentes

En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes a usted llenado y enviado?	Frecuencia	Percentil
21 reportes de incidentes o más	3	5,56%
De 1 a 2 reportes de incidentes	23	42,59%
De 11 a 20 reportes de incidentes	1	1,85%
De 3 a 5 reportes de incidentes	10	18,52%

De 6 a 10 reportes de incidentes	2	3,7%
Ningún reporte de incidentes	15	27,78%

(elaboración propia)

En lo concerniente a la conducta de reporte de incidentes o eventos adversos en un tiempo menor a 12 meses por parte de los participantes del estudio, se encontró que el mayor número de participantes ha realizado entre uno y dos reportes con un 42,59%, seguido de 27,78% que no ha realizado ningún reporte.

TABLA 10 Nivel de satisfacción

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mi superior/director hace comentarios favorables cuando el/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes		
Muy en desacuerdo	1	1,85%
En desacuerdo	3	5,56%
Ni en acuerdo ni desacuerdo	5	9,26%
De acuerdo	32	59,26%
Muy de acuerdo	13	24%
Mi superior/ director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes		
Muy en desacuerdo	3	5,56%
En desacuerdo	2	3,7%
Ni en acuerdo ni desacuerdo	6	11,11%
De acuerdo	22	40,74%
Muy de acuerdo	21	38,89%
Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aun si esto significa simplificar las labores del trabajo		

Muy en desacuerdo	2	3,7%
En desacuerdo	18	33,33%
Ni en acuerdo ni desacuerdo	10	18,52%
De acuerdo	22	40,74%
Muy de acuerdo	2	3,7%
Mi superior/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez		
Muy en desacuerdo	23	42,59%
En desacuerdo	22	40,74%
Ni en acuerdo ni desacuerdo	3	5,56%
De acuerdo	5	9,26%
Muy de acuerdo	1	1,85%

(elaboración propia)

Respecto al nivel de satisfacción se interrogó a los participantes sobre el recibimiento de comentarios favorables por su supervisor al momento de ejecutar acciones teniendo en cuenta los procesos de seguridad del paciente, encontrándose que el 59,26% está de acuerdo con la afirmación; el 40,74% está de acuerdo que el supervisor considera seriamente las recomendaciones dadas por el personal para mejorar la seguridad del paciente; en el actuar del supervisor frente al aumento de la presión y el empleo de recomendaciones que simplifiquen el trabajo, el 40,74% está de acuerdo con esta afirmación y cuando se indagó sobre las acciones adoptadas por el supervisor frente a los problemas que se presentan de manera continua los participantes manifestaron en un 42,59% están muy de acuerdo con esta afirmación.

TABLA 11 Margen de confianza

Variable	Frecuencia	Porcentaje
-----------------	-------------------	-------------------

La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes		
Rara vez	1	1,85%
Algunas veces	9	16,67%
La mayoría del tiempo	14	25,93%
Siempre	30	55,56%
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente		
Rara vez	3	5,56%
Algunas veces	7	12,96%
La mayoría del tiempo	14	31,48%
Siempre	27	50%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad		
Nunca	1	1,85%
Algunas veces	6	11,11%
La mayoría del tiempo	15	27,78%
Siempre	32	59,26%
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad		
Nunca	12	22,22%
Rara vez	9	16,67%
Algunas veces	18	33,33%
La mayoría del tiempo	7	12,96%
Siempre	8	14,81%
En esta unidad, hablamos sobre forma de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer		
Algunas veces	4	7,41%
Rara vez	4	7,41%
La mayoría del tiempo	13	24,07%
Siempre	33	61,11%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien		
Nunca	18	33,33%
Rara vez	18	33,33%
Algunas veces	14	25,93%
La mayoría del tiempo	4	7,41%

(elaboración propia)

Con respecto al margen de confianza al interrogar a los participantes del estudio, sobre la información oportuna por parte de directivos acerca de los cambios en el informe de incidentes se encontró que el 55,56% siempre ha sido, que la posibilidad de hablar libremente acerca de los errores que pueden afectar la seguridad del paciente la mayoría considera que siempre se habla libremente en un 50, también que el 59,26% del personal de enfermería recibe información acerca de los errores que se presentan en la unidad donde laboran, que el 33,33% tiene libertad para cuestionar las decisiones de las personas de mayor autoridad, de igual manera, cuando se interrogó al personal de enfermería sobre la adopción de estrategias para prevenir la presentación de incidentes para que no se vuelvan a cometer se obtuvo que un 61,11% siempre habla sobre eso y se reconoció que los participantes del estudio, dentro de las organizaciones donde laboran no sienten miedo a realizar preguntas cuando ven que algo no está bien en un 33,33%.

TABLA 12 Nivel de percepción

Grado general en seguridad del paciente	Frecuencia	Percentil
Aceptable	9	16,67%
Muy bueno	27	50%
Excelente	18	33,33%

(elaboración propia)

De acuerdo con el nivel de percepción del personal de enfermería con respecto al grado de seguridad de paciente que se maneja en su unidad de trabajo, es muy buena con un 50% la mitad de la población total encuestada y menores proporciones tuvieron una percepción aceptable con un 16,67%.

7.2 DISCUSIÓN

En lo relacionado con las características sociodemográficas el panorama coincide con los aportes descritos por Flores, Cruz y Morales, 2019⁶⁴, donde el rango etario predominante no superó los 29 años, en su mayoría fueron mujeres (69.7%), y el nivel académico de licenciatura completa (31.5%). Respecto a la antigüedad laboral de los trabajadores osciló entre uno y cinco años (71.9%) y en el servicio actual un promedio de cinco años. sin embargo, existen diferencias en cuanto al servicio de mayor participación en el diligenciamiento de la encuesta, encontrándose que este fue la consulta Externa (32%); factor que puede influir sobre la percepción que se tiene de la seguridad del paciente debido a que son servicios con dinámicas totalmente diferente.

No obstante, un estudio presentado en Brasil por Schwonke, Fihlo, Lunardi, Lerch; Da Silveira, Rodríguez y Guerreiro⁶⁵ respecto a las características sociodemográficas arrojó que la edad prevalente fue superior a los 30 años, estableciendo algunas diferencias con los resultados planteados; sin embargo, al igual que en otros estudios se continua observando la predominancia de la mujer enfermera como cuidadora; a su vez, se observaron otras diferencias en cuanto al tiempo de experiencia laboral cercano a los 10 años y la profesión de los participantes donde la mayoría fue auxiliares de enfermería. Las diferencias de estos aspectos con los resultados locales radican en las dificultades para acceder al personal de enfermería.

En lo concerniente a la frecuencia en el reporte de eventos adversos, en el presente estudio se evidenció que existe un compromiso con el reporte continuo de sucesos o acciones que puede ser potencialmente afectadores de la salud del paciente, sin embargo, esta realidad difiere de la cantidad de eventos reportados por año; generando discrepancias respecto a la cultura de seguridad. Esta situación coincide con los planteamientos realizados en Bogotá por Cruz y Veloza, 2020⁶⁶, quienes, en su estudio, obtuvieron mayores puntajes en aspectos como la frecuencia en la

notificación de eventos correspondiendo a (0,826). Observándose una cultura de reporte que facilita la identificación oportuna de errores y la garantía en la seguridad del paciente.

Igualmente, las descripciones realizadas en el estudio de Martínez, et al⁶⁷; evidenciaron que la cultura de reporte de incidentes o errores que pueden afectar el paciente obtuvo un 58,4% de respuestas negativas en una de las poblaciones intervenidas. Sin embargo, para el resto de la población obtuvo respuestas positivas; mientras que la retroalimentación y comunicación sobre errores, con un 66,7%, y la franqueza en la comunicación, con un 55,6%, de opiniones negativas lo fueron para otras de las instituciones participantes del estudio. Denotándose que este estudio difiere de los planteamientos locales. Se puede entender que la baja cultura de reporte puede obedecer a que los errores son castigados dentro de las instituciones de salud.

De acuerdo con el nivel de satisfacción, se observó en el estudio planteado por que el personal no recibe ningún tipo de reconocimiento cuando desarrolla actividades en favor de la seguridad del paciente, lo que se evidencia en la aparición de fallas durante la atención. De igual forma, otros aspectos obtuvieron puntajes relativamente bajos; elevándose la probabilidad de que sucedan eventos adversos (errores, equivocaciones, accidentes) durante la asistencia a los pacientes. Permitiendo así, identificar una oportunidad de mejora que conduzca a garantizar la prestación de un servicio con calidad. Estos resultados difieren totalmente frente a los reportes del presente estudio, donde la percepción del personal hacia el reconocimiento de supervisores es positiva cuando se cumplen con las acciones que promueven la seguridad del paciente y existe la presencia de un feedback entre supervisores y personal de enfermería⁶⁷

Igualmente, los resultados presentados por Burbano et al⁶⁸, son similares a las descripciones del presente estudio, donde la satisfacción frente al reconocimiento es muy positiva ya que consideraron en un 85% que su jefe inmediato expresa satisfacción cuando evidencia que se ha evitado algún error relacionado con la seguridad del paciente. Sin embargo, la situación cambió respecto a la

consideración de sugerencias otorgadas, encontrándose que el 64.9% señaló que estas no son tenidas en cuenta dentro de la institución; afectándose la cultura de seguridad y reconociéndose como una oportunidad de mejora.

Respecto a la satisfacción del personal de enfermería cuando es elogiado por sus superiores; el estudio planteado por Schwonke et al⁶⁵; arrojó datos no muy positivos encontrándose que el personal de enfermería muy poco es elogiado cuando aplica de forma adecuada, medidas promovidas para la seguridad del paciente, identificándose que es una problemática institucional.

De igual forma, el estudio planteado en Bogotá por Burbano et al⁶⁸, describió que el proceso de comunicación y retroalimentación en el personal de enfermería frente a la seguridad del paciente es positivo obteniendo puntuaciones altas en cuanto al reporte de sucesos incidentes de forma oportuna antes de que ocurran o afecten al paciente; a su vez, considera que es notificado de forma inmediata sobre las acciones a corregir o implementar. Pero existen diferencias que difieren con los resultados, donde, aunque el 46.5% indica que es informado sobre los errores que ocurren en su área, el 59,6% indican que no se discute o sobre las acciones a implementar para prevenir la incidencia de errores; este planteamiento, se podría corresponder con el temor que siente el personal de hacer preguntas cuando evidencia que se está realizando algo de forma incorrecta.

En cuanto al aprendizaje organizacional, Estévez, Jiménez, Silva⁷⁰ develaron hallazgos donde se evidenció que el 71,8%% de las personas se refieren de manera positiva frente a este aspecto. Pero existen dificultades en lo concierne a la comunicación, ya que sus resultados con el 59,4 % hace referencia que no es una fortaleza, teniendo en cuenta que el 75% teme, en hacer preguntas en lo que parece se ha hecho en forma incorrecta. Así mismo, al revisar el proceso de retroalimentación y comunicación sobre errores se observó que el 62,5% de los encuestados refiere no se les comunica las acciones de mejoras instauradas para evitar los eventos adversos; estos aspectos difieren ampliamente de los resultados del estudio; donde la percepción fue altamente positiva debido a que las personas

son tenidas en cuenta y sus opiniones en cuanto a las mejoras con respecto a la seguridad del paciente o formas de prevención de incidentes.

Igualmente, el estudio desarrollado por García y Larios⁷¹, obtuvo como puntuaciones bajas que el personal no puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. Mientras que se obtuvo mejores puntuaciones frente a que el personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente con la atención del paciente. No obstante, este aspecto se asoció a una oportunidad de mejora, por obtener puntuaciones menores a 50%.

También, el estudio de Muñoz, et al⁷², evidenció que, aunque los trabajadores expresan su compromiso con los reportes, debe fortalecerse la frecuencia de estos, pues la prevalencia de eventos adversos reportados es baja, con una proporción importante que no respondió la pregunta. Esta situación puede reflejar dos aspectos que efectivamente no se presentan eventos adversos o que no se está haciendo el reporte. Entendiéndose que puede estar asociado a las represalias laborales en algunos casos. Factor que puede afectar la adherencia a una cultura de reporte. Es así como estos resultados coinciden con las descripciones aquí planteadas, donde se hace un reconocimiento, pero una cultura baja de reporte.

El estudio de Aguilar Albán⁷³, en Perú, identificó una serie de situaciones neutras que son totalmente diferentes a las que se recolectaron en las instituciones de salud participantes del estudio, donde se observaron deficiencias en aspectos como la socialización al personal de las acciones correctivas implementadas a los errores identificados, donde el personal no cuestiona acerca de las decisiones establecidas por los superiores y se limita a realizar preguntas cuando se ha presentado algún error. Sin embargo, se observó una oportunidad de mejora en lo que se refiere a la libertad desde informar alguna circunstancia que pueda ver afectada la seguridad del paciente, y ayudando a detectar las fallas que se cometen en el área de servicio, donde las personas como equipo de trabajo buscan prevenir los errores para que estos no vuelvan a ocurrir.

Por su lado, la percepción sobre seguridad del paciente, identificada en el estudio de García y Larios⁷¹, fue planteada como aceptable, debido a que existe falencias en la mayoría de los aspectos valorados, determinados desde la percepción de enfermería; lo que se ha convertido en una oportunidad de mejora para toda la institución. Frente a este panorama, los resultados del presente estudio difieren en su totalidad donde los grados de seguridad del paciente son buena y excelente.

Las descripciones anteriores son contrarias a las afirmaciones de Flores, Cruz y Morales, en México⁶⁴, porque pese a que se tienen puntuaciones positivas, requieren de ajustes para convertirse en una fortaleza institucional. No obstante, el panorama sobre comunicación es similar detectándose que el personal de enfermería no es escuchado cuando opina acerca de las mejoras en los procedimientos desarrollados en la unidad.

Sin embargo, el estudio de Martínez, et al⁷⁴; en Colombia de las 4 IPS encuestadas, 2 respondieron en el grado de percepción de seguridad del paciente era positiva y las otras 2 IPS sus respuestas más altas sus resultados eran neutros, llevando una concordancia con el resultado también obtenido en esta encuesta donde la mayoría respondieron que es muy bueno y en segunda posición respondieron que su percepción es excelente.

7.3 CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de los participantes del estudio, reveló que la mayoría de las personas correspondió a mujeres con edades ubicadas en la etapa juvenil y en plena edad productiva; donde su tiempo de experiencia no supera los cinco años de trabajo y el nivel de formación más representativo fue profesional de enfermería; a su vez, el área con mayor número de participantes en el estudio fue Hospitalización Adulto. Este tipo de características influye directamente sobre la forma como se percibe la seguridad del paciente, especialmente aspectos como la experiencia laboral, el servicio donde labora y el nivel de formación; no obstante, no es determinante frente a la percepción de comunicación con sus supervisores.

Respecto a la frecuencia en el reporte de incidentes que se presentan durante la atención en salud en un tiempo menor a 12 meses, no supera los dos reportes, evidenciándose que la cultura de reportes es baja en las instituciones prestadora de servicios de salud, aspecto que puede estar asociado a una seguridad del paciente excelente o a una cultura pobre reporte, donde se oculten o no sé de mayor importancia a los errores que ocurren durante la atención, incidiendo directamente sobre la calidad brindada.

Frente al nivel de satisfacción del personal de enfermería con el apoyo recibido por la dirección o supervisor para fortalecer la seguridad del paciente, este es considerado como una fortaleza porque en las tres instituciones, los encuestados consideraron que sus supervisores los motivan constantemente, al momento de aplicar acciones en favor de la seguridad del paciente, pero deben realizarse ajustes necesarios que permitan en tiempos de trabajo bajo presión no desfavorecer en la calidad de la atención.

En lo relacionado con la comunicación entre el personal de enfermería y sus supervisores, el panorama es positivo en aspectos como la retroalimentación sobre

los incidentes ocurridos en el servicio o los cambios presentados en la dinámica de reporte; o la libertad para expresar acciones que ayuden a la prevención de errores. Sin embargo, se observa como una oportunidad de mejora, el sentirse cohibidos frente a la posibilidad de no participar en la toma de decisiones con respecto a la seguridad del paciente o cuestionar decisiones directivas, sobre la misma. El proceso de comunicación no es bidireccional solo es lineal entre supervisores y personal de enfermería, aspecto que podría impactar negativamente sobre la seguridad del paciente y la atención en salud brindada.

En lo concerniente al grado de percepción sobre la seguridad del paciente, la mayoría de los profesionales, lo consideró muy bueno, manteniendo similitudes con reportes de otros estudios realizados en diferentes contextos; sin embargo, esta realidad difiere de todo el proceso que implica la seguridad; denotándose falencias en reporte de incidentes o poca participación en las decisiones que van en favor del proceso.

7.4 RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados arrojados por la encuesta realizada en su institución y ampliamente explicados y analizados en este proyecto, nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones, las cual van encaminadas a la gerencia y al departamento de enfermería, con el objetivo de fortalecer esas acciones que no permiten la alta efectividad en el reporte, claridad y buena comunicación entre altos mandos y el personal de enfermería; y por otro lado mantener aquellas acciones que han hecho que el personal tenga una buena referencia en el manejo de la seguridad del paciente en su institución.

✓ **Recomendaciones para la gerencia**

- Seguir incentivando la contratación masculina de enfermeros profesionales y auxiliares, según las investigaciones realizadas esto hace más competitiva la dinámica del servicio
- Crear estrategias que ayuden a disminuir la alta rotación del personal, ya que vemos que el 40,74% están entre el rango de 1 a 5 años laborando y entendemos que cuando se tiene un personal capacitado, cuando la empresa es sensible a sus necesidades, le brinda los recursos necesarios y un clima laboral óptimo, estos mejoran su nivel de calidad en la prestación del servicio ya que sienten que están trabajando para una empresa que reconoce y fortalece sus capacidades.
- Incentivar el reporte de los incidentes ya que vemos que el 42,59% reporta de 1 a 2 durante el año, no solo cuando sucedan si no también aquellos que pueden tener el potencial de dañar al paciente o cuando se comete un error que podía haber dañado al paciente, no buscando señalar si no la forma de incentivar, a través de capacitaciones, incentivos al servicio con mejor récord en reporte y manejo de incidentes.

- Fortalecer la comunicación asertiva entre los altos mandos y el personal, esto es clave en el mejoramiento del reporte y el buen manejo de los incidentes, hacer comentarios favorables cuando las cosas se están haciendo bien, escuchar las sugerencias que da el personal que es el que está en campo todo el tiempo, buscar estrategias que ayuden a manejar el nivel de presión que se pueda presentar pero sin bajar la calidad de la atención y hacerle seguimiento estricto a aquellos incidentes que ocurren una y otra vez para saber por qué suceden y resolverlos de fondo y no solo de forma.
- Informar en todo tiempo al personal de las estadísticas, cambios que se van a presentar en el servicio, seguir abiertos a las preguntas o dudas que se puedan generar para seguir fortaleciendo la seguridad del paciente en la IPS, ya que esto es lo que ha hecho que el nivel de percepción que tiene el personal de enfermería encuestado sea muy bueno.

✓ **Recomendaciones para el departamento de enfermería**

- Incentivar al personal de enfermería de la IPS a participar en este tipo de dinámicas (encuesta), que ayudan a saber el estado real de determinada situación y su accionar, y así poder hacer planes de mejora más efectivos, ya que según el número de enfermeras que laboran en estas IPS solo se alcanzó el 17%
- Fortalecer el reporte de los incidentes ya que vemos que el 42,59% reporta de 1 a 2 durante el año, no solo cuando sucedan si no también aquellos que pueden tener el potencial de dañar al paciente o cuando se comete un error que podía haber dañado al paciente, no buscando señalar si no la forma de incentivar, través del apoyo de gerencia o recursos humanos que puedan brindar la oportunidad de capacitaciones, incentivos al servicio con mejor récord en reporte y manejo de incidentes por dar un ejemplo.
- Crear espacios con la gerencia y el personal de enfermería donde se puedan tratar temas de gran interés como el manejo de la buena comunicación o comunicación asertiva, cuáles son los incidentes más relevantes y cuáles

pueden ser su causa y crear planes de mejora para ellos, crear estrategias para manejar el nivel de presión o estrés que se vive en los servicios y como puede afectar esto en el rendimiento del personal; entre más la gerencia tenga conocimiento de lo que pueda afectar la buena funcionalidad de cada servicio, también así se espera que el apoyo y el trabajo en equipo sea el puente para mejorar continuamente los procesos.

- Seguir creando espacios entre el personal de enfermería donde se pueda hablar de los errores o incidentes que más ocurren, la forma de prevenirlos y socializarlo en todos los servicios para así lograr un trabajo en equipo desde el departamento de enfermería.
- Se sugiere tener un instrumento que pueda medir el grado de percepción del personal teniendo en cuenta como se maneja la seguridad del paciente en la clínica, un instrumento que nos pueda decir que mejorar, fortalecer o cambiar en pos de la buena atención del paciente y la excelencia en la práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

64. Flores G, María T, Cruz LA, Morales RF. Percepción del personal sobre la cultura de seguridad del paciente; Revista Enfermería Instituto Mexicano de Seguro Social; 2019; 27:18
65. Schwonke, CG, Filho WD, Lunardi GL, Da Silveira RS; Rodríguez MC, Guerreiro MO. Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista; Enfermería Global; 2016; 15: 218.
66. Cruz RJ, Veloza MM. La seguridad del paciente en un Hospital de Bogotá, Percepción del profesional de enfermería; Fundación Universitaria del Área Andina; 2020; 21: 16
67. Martínez RC, Agudelo DJ, Areiza CS, Giraldo PD. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Revista Civilizar Ciencias Sociales y Humanas; Corporación Universitaria Adventista; 2017; 17: 284 – 288
68. Burbano SA, Romero RA, Romero CL, Ramos CM. Medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana; 2018; 14: 32 – 34
69. Estévez DJ, Jiménez SL, Silva SM. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias; Universidad de Santander; Bucaramanga Santander. 2017: 108 – 110
70. García CM, Larios GE, La cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del hospital de la mujer (SSA) en Puebla; Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. 2019; 19: 122 – 123

71. Muñoz AM, Torres BL, Lenis LY, Morales GJ, Cano Y, Londoño A. Percepción de trabajadores sobre la cultura de la seguridad del paciente de una empresa de salud; Revista Cultura del Cuidado. 2015; 12: 53
72. Aguilar AA. Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD; Universidad Nacional de Piura. 2018: 52 – 54
73. Martínez RC, Agudelo DJ, Areiza CS, Giraldo PD. Seguridad el paciente y su percepción en los profesionales de salud; Civilizar Ciencias Sociales y Humanas. 2017; 17: 33
74. González MS. Percepción de cultura de seguridad del paciente en Enfermería de un efector público. Revista Uruguaya de Enfermería. 2018; 52

**8. EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
 PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA
 MERCED I.P.S, CLÍNICA BONNADONA, ESE HOSPITAL DE JUAN DE
 ACOSTA**

LAURA SABRINA HIDALGO PINO, LORENA DE LA HOZ DEL VILLAR

8.1 RESULTADOS

Tabla 13 Características sociodemográficas.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	52	94,55%
Masculino	3	5,45%
Rango de edad		
18 a 29 años	18	32,73%
30 a 39 años	26	47,27%
40 a 42 años	11	20%
Tiempo laborando		
De 1 a 5 años	29	52,73%
De 6 a 10 años	9	16,36%
Más de 10 años	8	14,55%
Menos de 1 año	9	16,36%
Nivel de formación		
Especialista	2	3,64%
Profesional	12	21,82%
Técnico	41	74,55%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las características sociodemográficas se puede definir que, de las 55 personas encuestadas, un 94.55% corresponde al sexo femenino, el rango de edad más predominante es entre los 30 a 39 años con un 47.27% de la población total.

También se observa que el rango predominante para el tiempo laborado en la institución hospitalaria es de 52.73% lo cual es de 1 a 5 años y solo un 14,55% tiene un tiempo mayor a 10 años, con un nivel de formación académica en su mayoría técnica el cual es 74.55% y solo un 3,64% tiene una especialidad.

Tabla 14 Frecuencias de incidentes reportados 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	1	1,82%
Rara Vez	9	16,36%
Algunas Veces	7	12,73%
La mayoría del tiempo	14	25,45%
Siempre	24	43,64%
Total	55	100%
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?		
Rara Vez	6	10,91%
Algunas Veces	14	25,45%
La mayoría del tiempo	7	12,73%
Siempre	28	50,91%
Total	55	100%
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?		
Nunca	1	1,82%
Rara Vez	3	5,45%
Algunas Veces	11	20,00%
La mayoría del tiempo	12	21,82%
Siempre	28	50,91%
Total	55	100%
En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de incidentes a usted llenado y enviado?		
De 1 a 2 reportes de incidentes	19	34,55%
De 11 a 20 reportes de incidentes	1	1,82%
De 3 a 5 reportes de incidentes	8	14,55%
De 6 a 10 reportes de incidentes	5	9%
Ningún reporte de incidentes	22	40%
Total	55	100%

Fuente: Elaboración propia

Cuando se habla que con qué frecuencia es reportado un error cometido; pero son descubierto y corregido antes de afectar al paciente, la encuesta revela que un 43,64% de la población total manifiesta que siempre lo reportaría y un 25,45% lo reportada la mayoría de las veces; Cuando se comete un error, que no tiene el potencial de dañar al paciente un 50,91% dice que siempre lo notifica y un 25,45% lo notificaría algunas veces, cuando se dice que el error que puede dañar al paciente, pero no lo hace el 50,91% siempre lo reporta y el 21,82% dice que lo reportaría la mayoría. Pero se puede observar que, entre los últimos 12 meses, la población encuestada, no ha realizado ningún reporte de incidente ya que en 40% de la población total afirmo lo anteriormente mencionado y solo un 9,09% ha realizado de 6 a 10 reportes en los últimos 12 meses. Se puede deducir que, aunque se afirma que se realizarían un reporte, esto no está siendo de esta manera, o que el sistema de seguridad del paciente es muy bien, por lo cual no se está generando ningún tipo de incidente con el paciente.

Tabla 15. Nivel de satisfacción del personal de enfermería sobre el apoyo recibido por la dirección.

Variable	Frecuencia	porcentaje
Mi superior/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	2	3,64%
En desacuerdo	3	5,45%
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	4	7,27%
De acuerdo	26	47,27%
Muy de acuerdo	20	36,36%
Total	55	100%
Mi superior/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.		
Muy en desacuerdo	2	3,64%
En desacuerdo	1	1,82%
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	4	7,27%
De acuerdo	24	43,64%
Muy de acuerdo	24	43,64%
Total	55	100%

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	5	9%
En desacuerdo	18	32,73%
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	8	14,55%
De acuerdo	10	18,18%
Muy de acuerdo	14	25,45%
Total	55	100%
Mi superior/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.		
Muy en desacuerdo	17	30,9%
En desacuerdo	17	30,9%
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	6	10,9%
De acuerdo	11	20%
Muy de acuerdo	4	7,27%
Total	55	100%

Fuente: Elaboración propia

La tabla anteriormente enumerada, menciona que tan conforme está el personal de enfermería con las directivas de su hospital; cuando se pregunta a la población que tan de acuerdo está cuando se afirma que el superior/director hacen comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes, un 47,27% responde que está de acuerdo con esa afirmación. Cuando se menciona si su superior/director considera seriamente o toma en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes, se puede observar que la población encuentra está en de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación anterior, ya en ambas respuesta de obtiene 43,64%.

Cuando se habla que la presión laboral se incrementa y se pregunta que si los supervisores/directores quieren que trabajen más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo, la población menciona están en desacuerdo con esta afirmación, ya que un 32,73% responden que esto es incorrecto, por lo cual se puede inferir, que no importante la presión laborar, se deben hacer todos los procedimiento correctamente y como lo menciona las guía de la institución, un 30,91% de la población están en desacuerdo o muy en desacuerdo, cuando se dice

que los superiores/directivos no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez

Tabla 16. Margen de confianza en la comunicación entre el personal de enfermería y sus supervisores

Variable	Frecuencia	Porcentaje
La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.		
Nunca	2	3,64%
Rara Vez	9	16,36%
Algunas Veces	7	12,73%
La mayoría del tiempo	14	25,45%
Siempre	24	43,64%
Total	55	100%
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.		
Nunca	1	1,82%
Rara Vez	3	5,45%
Algunas Veces	13	23,64%
La mayoría del tiempo	13	23,64%
Siempre	25	45,45%
Total	55	100%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.		
Rara Vez	1	1,82%
Algunas Veces	8	14,55%
La mayoría del tiempo	17	30,91%
Siempre	29	52,73%
Total	55	100%
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad		
Nunca	10	18,18%
Rara Vez	12	21,82%
Algunas Veces	18	32,73%
La mayoría del tiempo	7	12,73%
Siempre	8	14,55%
Total	55	100%

En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer		
Rara Vez	2	3,64%
Algunas Veces	7	12,73%
La mayoría del tiempo	12	21,82%
Siempre	34	61,82%
Total	55	100%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.		
Nunca	20	36,36%
Rara Vez	13	23,64%
Algunas Veces	12	21,82%
La mayoría del tiempo	8	14,55%
Siempre	2	3,64%
Total	55	100,00%

Fuente: Elaboración propia

En la dimensión de comunicación es importante destacar la confianza y libertad que siente el personal para informar sobre los eventos que pueden afectar de manera negativa a los pacientes; el dialogo como herramienta de mejora continua y la prevención de nuevos eventos. Se realizó evaluación a 54 profesionales y técnicos de enfermería de las instituciones objeto de estudio de los diferentes servicios. El primer ítem describe la comunicación por parte de la dirección sobre los cambios realizados, el 43,64% indica que siempre y el 25,45% afirma que la mayoría del tiempo se les informa los cambios realizados con base en el informe de incidentes ocurridos en los servicios.

En el segundo ítems el 45,45% habla libremente cuando ve que algo puede afectar negativamente al paciente, el 23,64% informa la mayoría del tiempo cuando se presenta el evento siendo una fortaleza en los diferentes servicios, ya que, con estas medidas se brinda seguridad al paciente y al recurso humano de la institución, así mismo el 52,37% refiere que siempre se les informa de los errores cometidos en el servicio para evitar nuevos errores y un 30,91% la mayoría del tiempo con el fin de mitigar los riesgos de nueva aparición.

En el cuarto ítem se evidenció que el 32,73% respondió algunas veces, el 21,82% rara vez y el 18,18% nunca cuestiona con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores, según este análisis se puede inferir que el personal pasa por alto los errores que son cometidos por sus superiores, motivado por el temor de posibles represarías contra el trabajador. Por otra parte, el 61,82% afirma que siempre en su servicio dialogan sobre las formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a

cometer, que el 21,82% lo realiza la mayoría del tiempo y el 12,73% algunas veces realiza este tipo de discusiones. Por lo que es importante la comunicación del equipo de salud en la prevención y reducción de eventos adversos.

Para finalizar se visualiza un comportamiento de 36,36% del personal que nunca teme en hacer preguntas sobre lo que se ha hecho de forma incorrecta, el 23,64% refiere rara vez y el 21,82% algunas veces siente temor de hacer preguntas cuando algo parece no estar bien.

Tabla 17 Grado de percepción general que tiene el personal de enfermería sobre la seguridad del paciente.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grado general en seguridad del paciente		
Aceptable	4	7,27%
Pobre	20	36,36%
Malo	31	56,36%
Total	55	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la percepción del personal de enfermería sobre la seguridad del paciente en las instituciones evaluadas, En forma general la consideran mala el 56,36% y pobre 36,36% no se obtuvieron respuestas de excelente y muy buena. Es de ahí la importancia de una buena comunicación, implementación y desarrollo de un programa de seguridad del paciente donde su eje principal sea el fortalecimiento institucional.

8.2 DISCUSIÓN

Al terminar de analizar la caracterización de la población encuestada del proyecto de investigación, puede observar que el componente predominante está en el género femenino, característica que también se puede ver reflejada según en el estudio Percepción de la Cultura de Seguridad donde se menciona que el sexo de los participantes estuvo representado en su mayoría por mujeres con un 92% y solo un 8,2% de hombres⁶⁴ y también se encuentra en el ensayo de la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de una Institución Prestadora

de Salud de tercer nivel de atención donde se muestra una vez más que el género dominante es el femenino con un 86% ⁶⁵.

Cuando se habla de grupo etario en el estudio realizado, arrojo que los rangos de edad más significativo fueron de 30 a 39 años, al igual que en el estudio de evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Antioquia Colombia donde se observa la misma prevalencia de resultados, ya rango las predominante es de menos de 35 y de 36 años o más donde se encontraba el 50 % de la población ⁶⁶.

En relación con el tiempo laborado en la institución de salud, la encuesta muestra que un gran porcentaje lleva trabajando entre 1 a 5 años y solo un 14,55% lleva más de 10 años en la misma institución de salud, en lo cual coincide lo reportado en el proyecto Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una IPS de baja complejidad, Buga, donde menciona que el 75% tiene de 1 a 5 años laborando en la institución⁶⁷. Por lo que se puede definir que no se alcanza a tener una estabilidad laborar en las instituciones, ya que en ambos estudios no se supera el 15% con más de 10 años laborando en la misma entidad de salud.

Con respecto a la formación académica detectada en este estudio, se corrobora que el un gran porcentaje de la población es técnica y solo un mínimo porcentaje de la población total, cuenta con una especialidad, este dato también fue detectado en el estudio de Ramos Et, en donde identifica esta misma variable donde los técnicos tiene una predominancia del 60% y un 30 % de profesionales⁶⁸.

Cuando se analizan los resultados de la percepción que tiene el personal de enfermería con respecto a la cultura de seguridad del paciente, en el ítem de que con qué frecuencia es reportado un error cometido, que es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, muestra que un porcentaje significativo de la población total manifiesta que; siempre reporta lo sucedido. Esto a diferencia del estudio de Health Professionals' Perception of Patient Safety and Quality in a Western Australian Hospital, donde indica que los errores clínicos que se corrigieron antes de afectar al paciente tenían menos probabilidades de notificarse, y el 53% de los personales de la salud indicaron que no los reportarían⁶⁹.

Cuando se habla de un error, que no tiene el potencial de dañar al paciente el personal manifiesta que siempre lo notifica a las directivas de la institución, esta afirmación de la investigación difiere de lo encontrado en el documento Health Professionals' Perception of Patient Safety and Quality in a Western Australian Hospital, el cual menciona que el personal prefiere arreglar su error, sin notificarlos, mientras este no dañe al paciente⁶⁹.

Sin embargo, lo contestado anteriormente, no se ve reflejado en las respuestas otorgadas, de cuantos reportes se han realizado, esto va en concordancia con el

estudio de la Dra. Vasco sobre el análisis de la cultura de seguridad del paciente de enfermería del hospital de Mérida, donde menciona que el 85.4 % de la población investigada no realizó ningún reporte de AE en el último año, frente a un 14.6% que si lo hizo⁷⁰.

En el proceso de comunicación para la seguridad del paciente intervienen varios factores. Desde la perspectiva estudiada se pueden mejorar en el mediano plazo aspectos relacionados con el estilo de liderazgo de los supervisores directos de las áreas/ unidades para que la comunicación sea asertiva, de tal modo que fluya y sea participativa. El enfoque asertivo debe evitar la tendencia tradicional de hablar sobre quién se equivocó y quién lo hizo bien o mal⁷¹. Del mismo modo en la investigación Martínez et se presentan las dimensiones que fueron percibidas con oportunidad hacia la mejora continua, ya que estas fueron evaluadas con ≥ 50 % de respuestas positivas, las cuales correspondieron a: cambios realizados (43%), hablar libremente sobre los errores cometidos (45%), Informar sobre los errores en el servicio (52%), cuestionar las decisiones (33%), formar de prevenir la ocurrencia de eventos (62%), temor de hacer preguntas cuando algo parece no estar bien 56%⁷².

El resultado obtenido en esta investigación frente a otras investigaciones se identifica que en estas IPS existe una cultura de comunicación donde se dialoga el evento ocurrido para la mejora continua y se reportan en gran mayoría los eventos adversos y existe cultura de reporte de incidentes. Se evidencia además un equilibrio entre la comunicación y mejora continua de la calidad tanto en un aspecto individual, grupal y organizacional⁷³.

Para finalizar y dar repuesta al último objetivo sobre el grado general de percepción de la seguridad del paciente a nivel de las IPS evaluadas por el profesional de enfermería donde la consideran mala en su mayoría, lo que coincide con el estudio de Abellán et al (citar aquí), donde la percepción de seguridad del paciente fue calificada como mala 46,1% y pobre un 16,9%, es de ahí la importancia de una buena comunicación, implementación y desarrollo de un programa de seguridad del paciente donde su eje principal sea el fortalecimiento institucional, la comunicación entre los colaboradores y superiores⁷⁴. En el estudio de O Peñas el Grado de seguridad del paciente lo califican globalmente como aceptable ⁷⁵.

Así mismo se identificaron en otras investigaciones sobre el tema de percepción de cultura de seguridad del paciente; con la aplicación con el mismo cuestionario en el estudio de Ramos, et al , los cuales evaluaron como fortalezas las correspondientes al aprendizaje organizacional /mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida grado de percepción de seguridad del paciente, Lo cual se relaciona con

los resultados de esta investigación arrojando un 39% para respuestas positivas y neutras 57%- 4% para ambos casos y de respuestas negativas 57%⁷⁶.

Por otro lado, en la investigación de Hickner J ⁷⁷, actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas de con una muestra de profesionales de auxiliares de enfermería y haciendo uso del mismo cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Se consideró como fortaleza más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas. Sus resultados muestran que el 59% calificó la seguridad en el 53%.⁷⁷.

8.3. CONCLUSIONES

La investigación tenía como propósito describir la cultura de seguridad del paciente en las IPS de Barranquilla y Guajira en los técnicos y profesionales de enfermería de las diferentes instituciones. Para lograr el estudio se administró un instrumento de medición que ha sido empleado en varios países alrededor del mundo y cuenta con doce dimensiones, de las cuales solo fueron tomadas 5 dimensiones (frecuencia de incidentes reportados, número de incidentes reportados, apoyo por parte de director y/o supervisor, comunicación, grado de seguridad del paciente) acorde al conocimiento y experiencia de los colaboradores. Se encontró que la cultura de seguridad de enfermería se establece con acciones sencillas y cotidianas de la vida que ayudan a mitigar los riesgos para proteger la vida del paciente.

Implementar la política y el programa requiere de un gran esfuerzo por parte de los directivos de la institución donde el fortalecimiento institucional sea la pieza clave para el desarrollo y equilibrio del programa con los colaboradores y la institución donde ellos se sientan seguros de trabajar y de brindar atención segura a los pacientes y que en el diario vivir siempre existan las maneras de prevenir riesgos y exista una comunicación fluida entre las partes.

La percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla. Los resultados sobre la percepción global de seguridad, la respuesta no punitiva al error y la asignación de personal, las comunicaciones libres deben tomarse con acciones a mejorar para brindar atención segura.

8.4 RECOMENDACIONES

La cultura de seguridad del paciente en todos los profesionales de la salud debe constituir una competencia desde la formación universitaria puesto que debe hacer parte del cuidado enfocado hacia la prevención y no hacia trabajar en el error o en el evento adverso ya generado; es así como en la actualidad es de carácter obligatorio hacer el reporte del evento adverso; por lo que es imprescindible motivar e incentivar el reporte de los incidentes y eventos adversos; con el fin de analizarlos e implementar acciones de mejora.

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

Estos son ejemplos de acciones bien encaminadas que deben replicarse de manera constante, para generar investigación de calidad, pero el éxito de las acciones para disminuir el daño y el error requiere la participación de todos los involucrados en el cuidado de la salud, agencias gubernamentales, organizaciones de atención sanitaria, asociaciones públicas y privadas, investigadores, asociaciones de profesionales, educadores, personal de salud, pacientes y sus familias. Solo así se logrará un cambio de cultura real y caminar hacia la seguridad total.

Por lo todo lo anterior y como recomendación principal se indica que los esfuerzos deben estar enfocados en el fortalecimiento del programa de educación continua en la cultura de seguridad del paciente; lo cual permite fortalecer la comunicación asertiva de manera transversal y con miras a la satisfacción del usuario y su familia, este Programa de educación debe basar sus evaluaciones en indicadores de monitoreo periódico respondiendo a variables que permitan trazar cambios a través del tiempo y acciones medibles para la aplicación de la mejora a corto a mediano y a largo plazo.

Este programa debe incluir a todo el cliente interno sin excepciones y liderado por un grupo interdisciplinario que sea participativo y actué al interno de la institución como agentes de soluciones positivas frente a las oportunidades de mejora halladas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

64. Castañeda HH, Garza HR, González SJ F, Pineda ZM, Acevedo PG, Aguilera PA. Nursing perception of patient safety culture. Rev Cienc. enferm. 2013; 19 (2): 77-88.
65. Arrieta MY, Sarmiento GJ, Turizo TE, Vitali AV. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de una institución prestadora de salud de tercer nivel de atención de barranquilla 2018. Universidad Simón Bolívar, Facultad de negocios, 2018 (1); 104.
66. Giraldo AP, Montoya RM, evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia, Universidad CES 2013, (1); 61-62. <http://hdl.handle.net/10946/563>.
67. Andrade H, Martínez CF, Moreno Y, Novoa MM, Ramírez CV. evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una IPS de baja complejidad, Buga – Valle 2018, Biblioteca Hna Josefina Núñez. 2018, (1); 47. <http://hdl.handle.net/10839/2477>.
68. Ramos F, Coca S, Abeldaño R. Percepción de la cultura de seguridad De Pacientes en Profesionales de una Institución Argentina. Enfermería Universitaria. 2017;14(1); 47-53.
69. Willmott J, Health Professionals' Perception of Patient Safety and Quality in a Western Australian Hospital, School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Curtin University. 2018 (1); 91.
70. Vasco GI, Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del hospital de Mérida, Universidad de Extremadura. 2017 (1); 249.
71. Bielostozky SJ, Gomez BN, Porra BD, Portillo GF. Percepción Del Personal Asistencial Sobre Cultura De Seguridad Del Paciente En El Servicio De La Unidad De Cuidados Intensivos Neonatal En Una IPS. De Barranquilla. Bonga, Repositorio digital. 2018; (1):15.
72. Martínez RC, Agudelo DJ, Ariza CS, Giraldo PD. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud, Patient safety and its perception in

health professionals, *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*. 2017 (33): 277-292.

73. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev médica clínica las Condes*. 2017; 28(5): 3
74. Mir-A, Ramon, Falcó-P, Puente-MM, Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gaceta Sanitaria [online]*. 2017; 31 (2): 145-149
75. Peñas FO, Parra EE, Gómez GA. Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2017; 33 (3): 383-392.
76. Ramos F, Coca S, Abeldaño R. Percepción De La Cultura De Seguridad De Pacientes En Profesionales De Una Institución Argentina. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(1):47-53.
77. Hickner J, Smith SA, Yount N, et al Differing perceptions of safety culture across job roles in the ambulatory setting: analysis of the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture *BMJ Qual Saf*. 2016;25: 588-594.

**9. EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
 PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA
 GENERAL DEL NORTE**

**DAYANA ROJAS BOLÍVAR
 YAZMÍN MERCADO GUZMÁN**

9.1 RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación en la Tabla 5, se observaron las características sociodemográficas del personal de enfermería. Respecto al sexo la población fue 100% mujeres; el rango de edad predominante fue entre 20-29 años con un 43,8%; el 56,1% del personal son técnicos, se encontró que el 52,6% tiene entre uno y cinco años trabajando y el 91,2% trabaja en el área de hospitalización.

Tabla 18. Características Sociodemográfica.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	0	0%
Femenino	57	100%
Rango de edad		
20 – 29 años	25	43,8%
30 – 39 años	21	36,8%
40 – 46 años	11	19,3%
Nivel de formación		
Especialista	5	8,7%
Profesional	20	35,1%
Técnico	32	56,1%
Tiempo laborando		
De 1 a 5 años	30	52,6%
De 6 a 10 años	12	21,1%
Más de 10 años	12	21,1%
Menos de 1 año	3	5,2%
Área de trabajo		
Hospitalización A.	52	91,2%
Hospitalización P.	4	7,1%
Oncología pediátrica	1	1,7%

De acuerdo a la Tabla 6, Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, solo el 38,6% lo reporta la mayoría del tiempo; Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente el 42,1% lo reporta la mayoría del tiempo; Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, solo el 28,1% lo reporta la mayoría del tiempo y el 38,6% ha realizado entre 1 y 2, 3 y 5 reportes de incidentes.

Tabla 19. 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	0	0%
Rara vez	7	12,2%
Algunas Veces	12	21,1%
La mayoría del tiempo	22	38,6%
Siempre	16	28,1%
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?		
Nunca	0	0%
Rara vez	6	10,5%
Algunas Veces	7	12,2%
La mayoría del tiempo	24	42,1%
Siempre	20	35,1%
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?		
Nunca	0	0%
Rara vez	3	21,1%
Algunas Veces	12	45,6%
La mayoría del tiempo	26	28,1%
Siempre	16	28,1%
Cuántos reportes de incidentes usted ha llenado y enviado		
De 1 a 2 reportes de incidentes	22	38,6%
De 3 a 5 reportes de incidentes	22	38,6%
De 6 a 10 reportes de incidentes	9	15,8%
Ningún reporte de incidentes	4	7,1%

En la Tabla 7, podemos evidenciar lo relacionado con el nivel de satisfacción, en el cual se encontró que el 57,9% del supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes; en cuanto a las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes el 56,1% están de acuerdo que el supervisor/director considera las sugerencias, así mismo, el 40,3% están de

acuerdo que el supervisor/director quiere que trabajen más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo y el 38,6% está de muy en desacuerdo que el supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.

Tabla 20. 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	4	7,1%
En desacuerdo	3	5,2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	8,7%
De acuerdo	33	57,9%
Muy de acuerdo	12	21,1%
Sugerencias Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.		
Muy en Desacuerdo	4	7,1%
En desacuerdo	6	10,5%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	3,5%
De acuerdo	32	56,1%
Muy de acuerdo	13	22,8%
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	4	7,1%
En desacuerdo	7	12,2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	29,8%
De acuerdo	23	40,3%
Muy de acuerdo	6	10,5%
Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez		
Muy en Desacuerdo	22	38,6%
En desacuerdo	19	33,3%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	12,2%
De acuerdo	5	8,7%
Muy de acuerdo	4	7,1%

Se observa en la Tabla 8, el 47,3% de los participantes dicen que dirección siempre informa acerca de los cambios en el reporte de incidentes; con respecto, al personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente, el 43,8% lo hace libremente la mayoría del tiempo; el 45,6% siempre se les informa sobre los errores que se cometen en la unidad; en lo relacionado al personal sobre la libertad de cuestionamientos a las personas de mayor autoridad

en la unidad o su servicio, los resultados arrojaron que el 31,5% lo hace la mayoría del tiempo; el 52,6% de los participantes manifestaron que siempre hablan sobre las formas de prevenir errores en la institución para que no se vuelvan a cometer y el 38,6% nunca tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.

Tabla 21. 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	1,7%
Rara Vez	7	12,2%
Algunas Veces	6	10,5%
La mayoría del tiempo	16	28,1%
Siempre	27	47,3%
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.		
Nunca	0	0%
Rara Vez	4	7,1%
Algunas Veces	10	17,5%
La mayoría del tiempo	25	43,8%
Siempre	18	31,5%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.		
Nunca	0	0%
Rara Vez	3	5,2%
Algunas Veces	7	12,2%
La mayoría del tiempo	21	36,8%
Siempre	26	45,6%
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.		
Nunca	3	5,2%
Rara Vez	13	22,8%
Algunas Veces	16	28,1%
La mayoría del tiempo	18	31,5%
Siempre	7	12,2%
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.		
Nunca	0	0%
Rara Vez	2	3,5%
Algunas Veces	3	5,2%
La mayoría del tiempo	22	38,6%
Siempre	30	52,6%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.		
Nunca	22	38,6%
Rara Vez	19	33,3%
Algunas Veces	11	19,3%
La mayoría del tiempo	4	7,1%
Siempre	1	1,7%

Con respecto a la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en la institución como lo muestra la Tabla 9, el 78,9% del personal percibe como bueno la cultura de seguridad del paciente, mientras el 12,2% considera excelente.

Tabla 22. Percepción sobre la cultura de seguridad en su institución.

Grado general en seguridad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	7	12,2%
Bueno	45	78,9%
Aceptable	5	8,8%

9.2 DISCUSIÓN

El personal de los profesionales de la salud estudiado es 100% del área de enfermería, en donde solo 8,7% son especialistas, el 35,1% profesiones y el 56,1% son técnicos. En un estudio se encontró que los profesionales y técnicos en enfermería están llamados a generar y exigir acciones que mejoren las dinámicas de trabajo de las unidades hospitalarias para asegurar un cuidado de calidad en la medida de lo entendible, la cultura de seguridad del paciente comprendido como la suma del conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo de enfermería que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud⁶⁴. En el estudio de Castañeda-Hidalgo C, et al⁶⁵. observaron que el menor porcentaje de participantes eran auxiliares de enfermería con un 9,7%; debido a que la mayoría de los participantes se relacionaban con dicha especialidad, desde el cargo de licenciadas(os) en enfermería con un 34,9%.

En cuanto al tiempo laborando en nuestro estudio encontramos que el 52,6%% tiene de un año a cinco y el 21,1% entre seis y diez años, pudiendo asegurar que los profesionales en salud actualmente tienen un vínculo fuerte de pertenencia hacia el centro de salud que pudiera mejorar el clima organizacional y la sinergia de trabajo existente entre compañeros laborales, en donde la importancia de la estabilidad del personal y la tilda de primordial para tener una adherencia a los procesos y así prestar una atención con calidad que impacte a la seguridad del paciente⁶⁶.

Con relación al número de incidentes notificados, en este estudio, el 38,6% refirieron haber reportado entre 1 y 2, 3 y 5 incidentes, resultado discrepantes al de Ramírez-Martínez ME, et al⁶⁷, donde el 66,7% refirieron no haber reportado ningún error, y el 14,8% de 1 a 2 eventos fueron notificados. También se encontró que el 38,6% del personal la mayoría del tiempo cuando se comete un error, que es descubierto y corregido antes de afectar al paciente lo reportan, a diferencia del estudio realizado

por Zárate-Grajalesa R, et al⁶⁸, donde la percepción del personal de enfermería reportó el 75% de los casos se pudo haber evitado, pero factores tanto intrínsecos como extrínsecos se produjeron. Es por ello por lo que la seguridad de los pacientes ha sido una inquietud del personal de enfermería y ha estado incluida en el acto de cuidar de enfermería, aunque en los últimos años este término se ha identificado como novedoso, en cual la seguridad está implícita en el cuidado y a la vez en la calidad de este, con el fin de satisfacer las necesidades de los familiares y pacientes sin causar daño alguno.

En un estudio realizado en Oaxaca el 42,3% de los encuestados refieren que la gerencia del hospital no propicia el clima laboral ni los apoyos necesarios para la seguridad del paciente⁶⁹. A diferencia de nuestro estudio donde el 47,3% de los encuestados refieren que siempre se les ha comunicado los cambios realizados que se basan en informes de incidentes que ocurren en su área de trabajo con el fin de prevenir a que se cometan, debido a que son propensos a cometer los mismos errores una y otra vez, por diferentes factores como la falta de alineación entre los objetivos corporativos o institucionales deseados y los obtenidos. Según el documento Errores en la medicación en UCI, Salazar, N, et al⁷⁰, describen que es razonable, por la misma condición humana de la atención en salud, esperar que siempre ocurran errores, pues cada trabajador está rodeado de su propio entorno biopsicosocial, que afecta la interacción personal, su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos.

Nuestro estudio arrojó que el 43,8% de la población encuestada está de acuerdo en que la mayoría del tiempo habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente y el 45,6% dicen que siempre se e informa sobre los errores que se cometen. Al igual que Felizzola PO, et al⁷¹, En cuanto al subregistro de eventos, aunque no haya una percepción punitiva frente a su reporte; se percibe comunicación abierta, con necesidad de mejorar la retroalimentación ante los errores; considerable rotación e insuficiencia de personal; se aprecia apoyo

institucional al tema; y se evalúa como positivo el aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo del servicio en términos generales, las profesionales valoran bien el ambiente de seguridad del paciente en el servicio analizado.

Ramos F, et al⁷², en su estudio sobre la Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina, encontró que el 71,1% de los encuestados tienen una respuesta positiva cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad. Esto es muy similar a lo encontrado en nuestro estudio en donde el 43,8% y el 31,5% la mayoría del tiempo y siempre, respectivamente el personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. Es decir, como lo expresa Sorra J, et al⁷³, que aparte del manejo de la seguridad, la comunicación debe ser una característica fundada en la confianza mutua, siendo esto un resultado de las percepciones comunicadas acerca del valor de la seguridad para evitar eventos adversos por la confianza existente en la validez de las medidas preventivas realizadas. A diferencia del estudio de Silva AEBC, et al⁷⁴, donde concluyen que se hace necesario adoptar medidas para que el personal de enfermería se sienta más confiados al hablar con el equipo de trabajo sobre los problemas identificados durante la atención al paciente; recibir comentarios. la pregunta frecuente del jefe sobre su desempeño profesional; que están más abiertos a discutir la ocurrencia de errores en las unidades de hospitalización; y aumentar la conciencia colectiva de que el cansancio puede afectar el desempeño laboral.

Hoy en día la seguridad del paciente y la calidad asistencial es un tema que está siendo un factor de estudio e investigaciones en muchos países del mundo, convirtiéndose en elementos clave para el mejoramiento de la calidad asistencial. En nuestro estudio se observó según los datos obtenidos que los profesionales de la salud de la institución, que el 78,9% perciben una buena calidad asistencial, similar al estudio realizado por Ramos RR, et al⁷⁵, donde el 45% informó que el grado general de seguridad del paciente del hospital era muy bueno; caso contrario

encontrado en el estudio por Podesta LE, et al⁷⁶, quienes describe en sus resultados un nivel bajo del 7,3% en la percepción de la dimensión asistencial; por otra lado se encontró que la calidad asistencial camina de la mano con el promover de las acciones orientadas a mejorar la cultura de seguridad del paciente entre profesionales y pacientes, es decir, entre más los clientes internos y externos sean capacitados con todo lo que deben conocer sobre seguridad del paciente mayor es la calidad asistencial de la institución.

9.3 CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta los hallazgos de la investigación se puede evidenciar que las instituciones de salud posee una política de calidad que se encuentra en constante cumplimiento y evolución, es por ello que uno de los retos más grande dentro de los procesos de aseguramiento de la calidad en las IPS en la prestación de sus servicios ha sido el cambio de paradigma frente a lo que se considera directamente relacionado con la calidad, lo cual se puede evidenciar de manera positiva en los resultados de la presente investigación. Por lo tanto, al tener un sistema de calidad que garantiza un buen servicio su competitividad será reflejada de manera considerable en un mercado tan cambiante y evolucionado como el de hoy. Por consiguiente, en la institución se brinda un servicio de calidad, el cual está en constante cambio y mejoramiento. De este modo se evidencia una política de calidad tanto por parte de los profesionales como también por parte de los usuarios. Es oportuno resaltar, que los profesionales que se desempeñen en el sector salud deben poseer el conocimiento y las habilidades necesarias para comunicarse, resolver problemas y reflexionar críticamente sobre los problemas inherentes al proceso atencional de los pacientes; prevaleciendo la seguridad y la satisfacción del mismo, mediante evaluaciones de la percepción del paciente; con la finalidad de implementar medidas que mejoren la atención.

Se encontró en este estudio grandes pilares, como el trabajo en equipo, la voluntad personal de llevar a cabo las tareas asignadas, de profesionales formados con valores, actitudes, con capacidad de dialogar y comunicarse dentro de un buen ambiente de trabajo y de un personal que goza de una antigüedad mayor de a 5 años, quienes, al no ser tan rotativos, conocen los procesos y estrategias para el desarrollo organizacional de la institución y mejora continua de estos. También se constató que la institución no pasa por alto las fallas obtenidas en la atención Sanitaria.

9.4 RECOMENDACIONES

Con base a los resultados obtenidos en este proyecto de investigación, se recomienda:

- ❖ Hacer un monitoreo por medio de estudios de mercados a la constante satisfacción de los usuarios de la clínica. Se puede aplicar para esto diferentes técnicas de recolección de información como: encuestas, grupos focales, foros, etc., las cuales permitirán escuchar activamente las solicitudes de los usuarios y trabajar en aquellas áreas que requieren mejoras, promoviendo así la satisfacción de los pacientes de la institución.
- ❖ Continuar los planes de capacitación del personal y establecer planes de motivación laboral.
- ❖ Hacer monitoreo frecuente a los estándares de calidad de la institución, así como una lista de chequeo diaria que garantice la correcta organización, planeación, ejecución y control de los procesos e implementos de la institución.
- ❖ Institucionalizar la medición periódica del clima organizacional y satisfacción laboral como elemento estratégico del desarrollo de una cultura institucional, con la finalidad de asegurar el cumplimiento de los objetivos.
- ❖ Continuar con estudios a partir de los resultados de esta investigación, para conocer los factores que intervienen para que haya una buena cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud.
- ❖ Crear programas de educación continua en seguridad de paciente en donde se trabaje en retroalimentar acciones dirigidas a la prevención de caídas, control de infecciones, correcta identificación de pacientes.
- ❖ Fortalecer el equipo de seguridad del paciente, para garantiza la disminución de los eventos adversos e incrementa la cultura de seguridad del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

64. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc. enferm.* 2011; 17 (3): 97-111.
65. Castañeda-Hidalgo H, Garza R, González F, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A. Percepción De La Cultura De La Seguridad De Los Pacientes Por Personal De Enfermería. *Ciencia Y Enfermería.* 2013; 19 (2): 77-88.
66. Franco A. la seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colomb Med.* 2005; 36 2:130 – 133.
67. Ramírez-Martínez ME, González A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería Universitaria.* 2017;14(2):111-117.
68. Zárate-Grajalesa R, Olvera-Arreola S, Hernández-Cantoral A, Hernández S, Sánchez-Angeles S, Valdez R, et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. *Enfermería Universitaria.* 2015; 12 (2): 63-72.
69. Ibarra-Cerón ME, Olvera-Sumano V, Santacruz-Varela J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Rev CONAMED.* 2011;16(2):65-73.
70. Salazar N, Rojas L, Jirón M, Romero C. Errores de medicación en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2012; 23: 114 – 22.
71. Felizzola PO, Esquivel PE, Galindo GA. Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional. *Salud Uninorte.* 2017; 33 (3): 383-392.
72. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria.* 2017;14(1):47-53.
73. Sorra J, Nieva V. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in health care. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:17-23.

- 74.11. Silva AEBC, Cavalcante RGF, Lima JC, Sousa MRG, Sousa TP, Nunes RLS. Evaluation of the patient safety climate in hospitalization units: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53: e03500.
75. Ramos RR, Calidgid CC. Patient safety culture among nurses at a tertiary government hospital in the Philippines. *Appl Nurs Res*. 2018; 44:67-75.
76. Podestá LE, Maceda M. Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. *Horiz. Med*. 2018; 18 (3): 48-56

10. 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.

**DAVID PACHECO GARCÍA
JESSICA MORENO ARTETA**

10.1 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 23. 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 24. 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 25. 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 26. 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 27. 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%

10.2 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 auxiliares⁶⁴, 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 de la 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.

10.3 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 algunas 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 .

10.4 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

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.

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

Figure 1.

Edad *

Tu respuesta _____

Nivel de formación *

- Técnico
- Profesional
- Especialista
- Magíster
- Doctor

Figure 2.

Tiempo laborando *

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

Figure 3

Área de trabajo *

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

Figure 4.

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

Figure 5

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?	<input type="radio"/>				
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="radio"/>				

Figure 6.

3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="radio"/>				
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Figure 7.

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

Figure 8.

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 desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Mi superior/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figure 9.

<p>Mi superior/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.</p>	<input type="radio"/>				
<p>Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.</p>	<input type="radio"/>				
<p>Mi superior/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.</p>	<input type="radio"/>				

Figure 10.

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
<p>La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.</p>	<input type="radio"/>				
<p>El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.</p>	<input type="radio"/>				

Figure 11.

Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="radio"/>				
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="radio"/>				
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="radio"/>				
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="radio"/>				

Figure 12.

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

Figure 13.

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.

Figure 14.

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.

Figure 15