EVALUACIÓN DEL CLIMA E IDENTIFICACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE TERCER NIVEL, MONTERÍA, 2021.

LUIS ALFREDO DURANGO MARTÍNEZ
SANY SOFÍA GONZÁLEZ TUÍRAN

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MONTERÍA - CÓRDOBA
2021

EVALUACIÓN DEL CLIMA E IDENTIFICACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE TERCER NIVEL, MONTERÍA, 2021.

LUIS ALFREDO DURANGO MARTÍNEZ
SANY SOFÍA GONZÁLEZ TUÍRAN

Trabajo de grado Investigación para optar el título de Administrador en Salud

Directora. Enalbis Espitia Cabrales. Magíster en Administración de Organizaciones.

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MONTERÍA - CÓRDOBA
2021

NOTA DE ACEPTACIÓN:

_____
_____
_____
_____
_____

_____
Firma del Presidente del Jurado

_____
Firma del Jurado

_____
Firma del Jurado

Montería, 08 de septiembre de 2021

DEDICATORIA

Este trabajo de grado se la dedicamos con todo nuestro amor, afecto y cariño a Jehová, a ese ser espiritual que ha sido la fuerza, la voluntad y sobre todo el apoyo para poder cumplir este gran e importante logro de nuestra vida, así mismo se lo dedicamos con todo nuestro amor y pasión a nuestros padres, a esos bellos seres humanos que con su amor y entrega nos han brindado la energía, sus sabios consejos y ante todo la fuerza necesaria para poder soportar todas adversidades que se nos han presentado, al igual, le dedicamos este gran paso de nuestras vidas a esos seres humanos que hoy en día no se encuentran entre nosotros, pero que fueron muy importantes e influyentes en muchas decisiones para nuestro crecer personal, profesional y humano. Asimismo, les dedicamos este gran esfuerzo a aquellas personas que aportaron para este trabajo su esfuerzo, su dedicación y experiencia siendo de esto muy importante para nosotros.

Con todo cariño, gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración y finalización de este proyecto es para nosotros un pequeño, pero importante paso que hemos dado para nuestra preparación como Administradores en Salud.

Por ello queremos darle inicialmente las gracias a Jehová por permitirnos formarnos como profesional y como persona, dándonos energía y voluntad durante este largo camino de formación.

A nuestras familias que ha sido la fuente de nuestro crecer como persona, su apoyo y sus consejos para continuar con este proceso sin perder nunca la motivación y la pasión por esta hermosa carrera.

A esos seres queridos que influyeron en nosotros, pero que hoy en día no están con vida.

A la Universidad de Córdoba por ser fuente de conocimiento y brindarnos la oportunidad de ser parte de esta gran familia, a sus docentes, de los cuales recibimos apoyo y valiosas instrucciones para nuestro desarrollo profesional, personal y mental para poder soportar las adversidades de la vida.

A nuestra directora del trabajo de investigación Enalbis Espitia Cabrales que por su paciencia, entrega y profesionalismo nos ha instruido de la mejor manera posible, siendo guía durante todo este proceso y brindándonos el apoyo que necesitábamos académicamente para poder continuar con nuestro proceso de formación

Por último, pero no menos importante, a todos los compañeros con los cuales compartimos valiosos momentos y aprendimos de ellos, de su cultura, manera de pensar, aceptación y empatía.

CONTENIDO

Pág.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 14

2. OBJETIVOS 17

2.1 OBJETIVO GENERAL 17

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17

3. MARCO REFERENCIAL 18

3.1 MARCO TEÓRICO 18

3.1.1 Seguridad del Paciente 18

3.1.2 Clima de la seguridad del paciente 19

3.1.3 Calidad Asistencial 19

3.1.4 Cultura de Seguridad 20

3.1.5 Eventos Adversos en Salud 21

3.2 MARCO LEGAL 21

3.2.1 Constitución Política de la República de Colombia 21

3.2.2 Ley 100 de 1993 22

3.2.3 Ley 715 de 2001 22

3.2.4 Ley 1122 de 2007 22

3.2.5 Ley 1438 De 2011. 23

3.2.6 Ley 1751 De 2015 23

3.2.7 Decreto 1011 de 2006. 24

3.2.8 Resolución 1446 de 2006 24

3.2.9 Resolución 1740 de 2008 25

3.2.10 Resolución 3100 de 2019 25
3.3 MARCO CONCEPTUAL 26
3.3.1 Seguridad del paciente 26
3.3.2 Eventos Adversos 27
3.3.3 Relaciones entre compañeros y jefe inmediato 28
3.3.4 Condiciones de trabajo: 28
3.3.5 Motivación 29
3.3.6 Aprendizaje organizacional 29
3.4 MARCO INVESTIGATIVO 30
3.4.3 Investigaciones Internacionales. 30
3.4.4 Investigación Nacional. 31
3.4.5 Investigación Departamental. 32
4. METODOLOGÍA 33
4.1 TIPO DE ESTUDIO 33
4.2 ESCENARIO DE ESTUDIO 33
4.3 POBLACIÓN 33
4.4 MUESTRA 33
4.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 34
4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 35
4.6.1 Inclusión. 35
4.6.2 Exclusión 35
4.7 PROCESAMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 35
4.8 PLAN PARA LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS 35
4.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES 36

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 37

5.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE LA IPS OBJETO DE ESTUDIO. 37

5.1.1 47

5.1.2 Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales 57

5.1.3 Buenas prácticas de seguridad de pacientes ítems a verificar en IPS de tercer nivel en la ciudad de Montería 60

5.2 EVALUACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 61

5.2.1 Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad 66

5.2.2 Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo 73

5.2.3 Trabajo en equipo dentro de las áreas 76

5.2.4 Actitud de comunicación abierta 79

5.2.5 Retroalimentación y comunicación sobre el error 82

5.2.6 Respuesta no punitiva al error 85

5.2.7 Recursos humanos 86

5.2.8 Apoyo y soporte de la institución para la seguridad del paciente 89

5.2.9 Trabajo en equipo entre las áreas de la Clínica 92

5.2.10 Transiciones y no intervenciones de la institución. 95

5.2.11 Percepciones generales de la seguridad. 98

5.2.12 Frecuencia de reporte de eventos. 101

5.2.13 Número de eventos reportados 104

5.2.14 Grado de seguridad del paciente. 105

5.2.15 Preguntas complementarias. 105

5.2.16 Clima para la seguridad del paciente pacientes ítems a verificar en IPS de tercer nivel en la ciudad de Montería 110
5.3 ORDENAMIENTO DE LAS DIMENSIONES.....111
5.4 IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA. 113
6. CONCLUSIÓN.....115
7. RECOMENDACIONES.....119
8. Referencias.....124

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. **Gráfico de Pareto** 112

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Encuesta. 134
Anexo B: Lista de Chequeo 143

RESUMEN

El objetivo fue evaluar el clima organizacional para la seguridad del paciente en una I.P.S de tercer nivel del municipio de montería, 2021. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, que se desarrolló con una población de 81 personas donde se aplicó la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente al comité de Seguridad del Paciente y una encuesta de clima organizacional para la seguridad del paciente al personal asistencial de una Institución Prestadora de Servicios en Salud ubicada en la ciudad de Montería. La información se evaluó de manera digital, a través de una matriz en Excel 2013, la cual registró el cumplimiento de cada uno de los ítems de la lista de chequeo y el registro de los resultados de la encuesta.

De los resultados que se obtuvieron, se pudo llegar a la conclusión que el fortalecimiento, despliegue y adherencia al sistema análisis de causa, así como la identificación y caracterización de los riesgos, y la mejora de los indicadores de calidad. Se deben mejorar mediante la promoción, haciendo seguimiento a las acciones de mejora y haciendo seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentados. De igual manera el mejoramiento continuo, el trabajo en equipo entre las áreas de la I.P.S, las percepciones generales de la seguridad; por consiguiente el trabajo colaborativo, se presente como una debilidad, por tanto, se plantea mejorar las condiciones de comunicación tanto horizontales como verticales así como la participación del personal en los procesos decisivos de la entidad.

Palabras clave: Clima Organizacional, Seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente, Institución de Prestadora de Servicios en Salud.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the organizational climate for patient safety in a third-level IPS in the municipality of Montería, 2021. The methodology used was a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, which was developed with a population of 81 people where it was applied the checklist for good patient safety practices to the Patient Safety committee and an organizational climate survey for patient safety to the healthcare staff of a Health Service Provider Institution located in the city of Montería. The information was evaluated digitally, through a matrix in Excel 2013, which recorded the fulfillment of each of the items on the checklist and the registration of the results of the survey.

From the results obtained, it was possible to conclude that the strengthening, deployment and adherence to the cause analysis system, as well as the identification and characterization of risks, and the improvement of quality indicators. They should be improved through promotion, monitoring improvement actions and monthly monitoring of the regulated quality indicators. In the same way, continuous improvement, teamwork between the areas of the I.P.S, general perceptions of security; therefore, collaborative work is presented as a weakness, therefore, it is proposed to improve both horizontal and vertical communication conditions as well as the participation of staff in the decisive processes of the entity.

Keywords: OrganizationalClimate, Patient Safety, Patient Safety Culture, HealthServiceProviderInstitution.

1. INTRODUCCIÓN

La preocupación por la Seguridad del Paciente (SP) en los servicios de salud no es un tema nuevo, pero lo cierto es que en los últimos años el problema ha adquirido una dimensión mundial, atrayendo la atención de los profesionales y gestores de la salud (Meléndez C, 4 2014).

> La cultura de la seguridad del paciente debe analizarse en los diferentes niveles de la atención médica y constituir la esencia misma de las instituciones de salud, en las que se pueda identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los profesionales piensan, se comportan y abordan su trabajo. La cultura se expresa a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres y metas de los diferentes grupos de trabajo (Bernalte-Martí, (2015)).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define la SP como:

> Una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios (p.1).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede determinar que la problemática frente a la SP, está estrechamente relacionada con los Eventos Adversos (EA) que se originan en la práctica clínica, del procedimiento o del sistema de atención sanitaria, es por ello que la preocupación va dirigida a fortalecer la adherencia a protocolos, la gestión de la seguridad, los riesgos ambientales, control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (OMS, 2020).

La OMS (2007) “estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de

prácticas médicas o atención insegura” (p.1), siendo los procedimientos médicos el punto de partida para la ocurrencia del daño en un paciente por falta de control, normalización y seguimiento para llevar a cabo la prestación del servicio.

Incidentes como sufrimiento, discapacidades y en muchos casos vidas devastadas, además los gastos de recursos económicos en la hospitalización prolongada y atención innecesaria, que causan en los usuarios del sistema la desconfianza a la hora de solicitar el servicio (Edmondson, 2004).

Al respecto, un factor importante es el clima de SP que comprende factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto negativo y se basa en la prevención de incidentes y EA y en la creación de ambientes que propicien resultados favorables en salud.El Ministerio, expone la importancia de que cada Institución Prestadora de Servicios de Salud lo evalúe periódicamente, con el fin de valorar los resultados de la implementación de la política, la cultura y las prácticas de SP e identificar cuáles son los dominios de mayor debilidad, a fin de mejorar su desarrollo proactivo.

Es así, que generar un clima proactivo y no punitivo requiere que la organización oriente la cultura hacia la SP, por ello es necesario incentivar el reporte y compartir la información, con la garantía de un entorno y ambiente de confidencialidad para el paciente y el prestador.

Siendo esta temática una problemática de los sistemas sanitarios que afecta la salud pública, este trabajo de investigación pretende evaluar el clima e identificar las buenas prácticas de SP en una IPS de tercer nivel del municipio de Montería, entendiendo que estos aspectos son elementos claves para la calidad en la atención sanitaria;es de tener en cuenta que la ocurrencia de EA eleva la morbimorbilidad, impactando negativamente (lo social y económico).

Ahora bien, los resultados obtenidos contribuirán a la mejora de los procesos de auditoría interna que se realizan en la IPS para la implementación de los

lineamientos de la política y buenas prácticas en la seguridad del paciente y cumplimiento de las normas establecidas por el Ministerio de Salud, el cual garantiza el bienestar de los pacientes a la hora de la atención sanitaria.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el clima y las buenas prácticas para la seguridad del paciente en una IPS de tercer nivel del municipio de Montería en el año 2021.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población sociodemográfica de los encuestados.
- Identificar los lineamientos y políticas establecidas por el Ministerio de salud para la implementación de las buenas prácticas de la seguridad del paciente y la ocurrencia de eventos adversos.
- Caracterizar el clima para la seguridad del paciente en una I.P.S de la ciudad de Montería.
- Proponer alternativas que permitan el fortalecimiento del programa y del clima de seguridad del paciente en una IPS de la ciudad de montería en el año 2021.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO TEÓRICO

La SP y el clima en la atención sanitaria, suman factores positivos en una IPS ya que son directamente proporcionales en la búsqueda dela calidad con la prestación de un servicio seguro, oportuno y eficaz. Las teorías mencionadas a continuación, brindan una definición clara, referente al clima y seguridad de los pacientes.

3.1.1 **Seguridad del Paciente:** En Colombia, a través de la política de SP se establecen los principios, objetivos y estrategias para el manejo de los eventos adversos. Para la protección del usuario en la práctica clínica es indispensable el compromiso y la cooperación de los actores que intervienen en la sensibilización, promoción y coordinación de acciones que permitan alcanzar de manera efectiva los logros establecidos, para tal efecto se establece los principios a implementar (Min Salud ,2008). Los cuales son:

Enfoque de atención centrado en el usuario
Cultura de seguridad
Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
Multicausalidad
Validez
Alianza con el paciente y su familia
Alianza con el profesional de la salud. (pp. 8,9)

Dentro delos lineamientos para la implementación de la política de SP, se plasman elementos estratégicos tales como:

- Estrategia educativa
- Promoción de herramientas organizacionales
- Coordinación de Actores
- Estrategia de información

- Articulación de componentes del SOGC. (p.32)

3.1.2 **Clima de la seguridad del paciente:** El clima de SP comprende factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto negativo y se basa en la prevención de incidentes y EA y en la creación de ambientes que propicien resultados favorables en salud. Así mismo el Ministerio, expone la importancia de que cada IPS evalúe su clima de seguridad periódicamente, con el fin de valorar los resultados de la implementación de la política, la cultura y las prácticas de SP e identificar cuáles son los dominios de mayor debilidad, con el fin de mejorar su desarrollo proactivo (MinSalud, 2008).

Generar un clima organizacional proactivo y no punitivo requiere en primer lugar que, en la organización, la cultura se oriente hacia la SP, más que al castigo y a la búsqueda de un individuo culpable; por ello es necesario incentivar el reporte, compartir la información, garantizando que esto se dé en un entorno y ambiente de confidencialidad para el paciente y el prestador (MinSalud, 2007).

3.1.3 Calidad Asistencial: Es aquella que busca obtener los resultados esperados en la prestación de los servicios de salud, es un servicio de calidad, enfocado en la satisfacción de los usuarios. Según la OMS (1989) definen la calidad asistencial como:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite. (p.1)

De acuerdo con el Instituto de Medicina (2001) La SP es un componente de la calidad asistencial, que van direccionadas a la eliminación, reducción y mitigación de los resultados adversos que se puedan evitar, generados como consecuencia de la práctica clínica.

Según lo descrito anteriormente, la SP, el clima de la SP y la calidad asistencial están estrechamente relacionados, no se puede hacer mención de la primera sin considerar la segunda, entonces podríamos decir que la mejora de la calidad de la atención sanitaria se alcanzaría mediante intervenciones o estrategias delclima y la implementación de buenas prácticas de la SP periódicamente.

3.1.4 **Cultura de Seguridad:** De acuerdo con Mahajan (2011) definen la cultura de seguridad (SP) de la siguiente manera:

Como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente. (p.7).

A pesar de los esfuerzos proporcionados en la SP y los esfuerzos enfocados en mejorar la asistencia en salud, los errores e incidentes en la atención sanitaria estarán presente. Es necesario que todos los miembros de la institución conozcan sus responsabilidades y la importancia de la SP. Motivándolos así a hablar de los errores e incidentes presentes en la prestación de los servicios con el fin que estos mejoren (Astier et al, 2016).

Por otra parte, cabe mencionar que:

La ausencia de cultura de seguridad implica que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica (Rocco y garrido, 2017, p.7).

3.1.5 Eventos Adversos en Salud: Son catalogados cómo el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Regularmente los eventos adversos son concebidos como las acciones involuntarias de que de manera no intencional causan un daño a la salud de los pacientes a la hora de la atención sanitaria y como consecuencia de ello, conllevan a la muerte o la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada (Minsalud, 2006).

Los EA son responsabilidad de la SP, ya que esta es la encargada de realizar guías, estrategias y protocolos dirigidos a la prevención y reducción de los mismos. La preocupación por la SP y la incidencia de eventos adversos, se han considerado un desafío para la calidad, lo que llevó a considerar el informe sobre la calidad de la atención (OMS, 2002). Este informe busca una mejora significativa de la SP y la calidad de la atención médica en general ya que es importante evitar el sufrimiento humano y el alto costo en pérdidas financieras y de oportunidad para la salud. Reconociendo la necesidad de promover la SP como principio fundamental de todos los sistemas de salud (OMS, 2002).

3.2 MARCO LEGAL

Para el abordaje del presente tema, es necesario conocer la normatividad vigente que lo rige.

3.2.1 **Constitución Política de la República de Colombia:** En su artículo primero, la constitución política de Colombia dice:

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general (Constitución Política de Colombia, 1991)

En la Constitución Política en sus Artículos 48,49, 334, 365 a 370 se habla de la intervención del estado en el Servicio público de la seguridad social en salud.

3.2.2 **Ley 100 de 1993:** se crea el sistema de seguridad social integral (SSSI) la cual en su Artículo 1 se menciona que: “tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten” (MinSalud, 1993)

Así mismo, en el Artículo 227 de la mencionada ley hace mención que:

El control y evaluación de la calidad del servicio de salud es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

3.2.3 **Ley 715 de 2001:** Se conforma el Sistema General De Participaciones, en el numeral 5 del Artículo 42 de mencionada ley, se menciona que se debe definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales (Ley 715, 2001).

3.2.4 **Ley 1122 de 2007:** Artículo 1, que tiene como objetivo realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en:

- Los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y
- Mejoramiento en la prestación de servicios de salud,

- Fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

3.2.5 **Ley 1438 De 2011:** Artículo 1, tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (Ley 1438, 2011).

3.2.6 **Ley 1751 De 2015:** Artículo 1, garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección" (ley 1751, 2015, p.1)

Artículo 2, 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 (Ley 1751, 2015, p.1).

3.2.7 **Decreto 1011 de 2006**: se crea el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC), el cual en el Artículo 3 las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados (Decreto 1011, 2006, p.3).

3.2.8 **Resolución 1446 de 2006**: Se crea el "Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" (Resolución 1446, 2006, p.1).

Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios. (p.14)

3.2.9 **Resolución 1740 de 2008:** Artículo 1. establece la gradualidad, los contenidos y los mecanismos de control de cumplimiento del Sistema de Administración de Riesgos aplicable a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas de que trata el Decreto 1698 de 2007 y aquellas normas que lo adicionen, reglamenten o sustituyan (Resolución 1740, 2008, p.1).

3.2.10 **Resolución 3100 de 2019:** Artículo 1, define los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo (Resolución 3100, 2019, p.2).

Tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad) (Resolución 3100, 2019, p.19).

Teniendo en cuenta lo anteriorlos estándares de habilitación buscan atender la SP entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias(Resolución 3100, 2019, p.35).

De acuerdo con los estándares de procesos prioritarios el prestador de servicios de salud:

- Cuenta con una política de SP acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Realiza actividades encaminadas a gestionar la SP.

- Cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de SP, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos.
- Promueve la cultura de SP que involucra a todo el personal de manera sistemática con un enfoque educativo no punitivo.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

3.3.1 **Seguridad del paciente**: La reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (OMS, 2002 p.17).

La OMS (2002) define “la SP como un componente esencial de la calidad asistencial. Es también una prioridad de la asistencia sanitaria, ya que su complejidad entraña riesgos potenciales por los múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas” (Aranaz, AibarVitaller, & Ruiz, 2005, p.1).

La OMS (2010), define la seguridad del paciente como “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable” (p.17). De esta manera se pretende brindar una atención segura, teniendo como objetivo principal, garantizar la salud, seguridad, integridad y satisfacción de los usuarios, en la prestación de los servicios.

Vincent (2006) considera que consiste en “evitar, prevenir y mejorar los resultados adversos o las lesiones derivado del proceso de asistencia sanitaria” (p.32).

Otro concepto que ayuda a gestionar la SP es el de Salud, de acuerdo con los Documentos Oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100).

Es así, que la SP se relaciona con el bienestar y cuidado brindado a los pacientes, durante la prestación de servicios de salud.

3.3.2Eventos Adversos: De acuerdo con Aguirre y Gas (2005), los EA son “hechos inesperados no relacionados con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia de la atención médica, que produce daño físico o psicológico graves, riesgo de muerte o la defunción del paciente” (p.3). Los EA, son acciones involuntarias, pueden suceder por distintos factores asociados a la práctica clínica.

EA son “el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño” (p.4). Ante la ocurrencia de un EA se produce un factor que es el riesgo, el cual este se define como “la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra” (MinSalud, 2008, p.4).

Por otra parte, cuando se presentan anomalías en la atención sucede lo que se conoce comoerror médico o fallas en la atención en salud, lo anterior es cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, que puede involucrar a otros profesionales de la salud implicados en la atención de los pacientes, en el que no existe mala fe, ni necesariamente se pone de manifiesto una impericia, imprudencia o negligencia que implique responsabilidad moral y legal(Guevara y Flores, 2009).

Cabe resaltar que dentro de los factores asociados a EA existen las complicaciones, a diferencia de lo antes mencionado, no necesariamente tiene que estar relacionados a ellos, por ejemplo, una complicación “es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente (MinSalud, 2008, p.4).

3.3.3 Relaciones entre compañeros y jefe inmediato: De acuerdo a lo que menciona Ávila (2014) dice que:

El ser humano es un ser social, quien durante su vida construye relaciones que le permiten apreciar la vida, en todos los contextos, incluyendo el laboral, lo cual forma vínculos que se hacen más permanente con el transcurrir de los tiempos, lo que puede estar vinculado con los lazos de amistad que se crean al interior de la organización.

Al respecto, Dalton y Watts (2007), expresan que las relaciones entre empleado como con los patronos hace referencia a la cultura organizacional debido a que las empresas de hoy en día, no contratan no sólo las habilidades de las personas, las contratan en su totalidad, porque saben que, si una persona se adapta a su cultura y filosofía corporativa, pueden satisfacer mejor sus necesidades. De esta manera sus compañías serán más productivas, tendrán menos conflictos, más calidad en los productos o servicios que ofrezca, menor rotación y más sentido de pertenencia en los empleados.

Se puede decir de manera general las relaciones interpersonales se muestran de forma estable debido a que se puede generar por los diferentes ámbitos laborales y sociales donde comparte los funcionarios de la organización, esto seguido de una cultura organizacional que es reflejada de forma buena al interior de la organización, que le garantiza mayores productos y menos problemas que afecte su calidad de servicios y entorno laboral.

3.3.4 Condiciones de trabajo: De acuerdo con Chiavenato (2007), “las condiciones ambientales de trabajo son las circunstancias físicas en las que el empleado se encuentra cuando ocupa un cargo en la organización. Es el ambiente físico que rodea al empleado mientras desempeña un cargo” (p. 334)

Así mismo, según Castillo y Prieto (1990):

Las condiciones de trabajo son todo aquello que gira en torno al trabajo desde la perspectiva de cómo repercute el trabajo a las personas. Por ello, las condiciones de trabajo no sólo son la higiene, seguridad, los aspectos físicos, sino también determinan estas condiciones los aspectos psíquicos (p. 121).

En conclusión, la condición de trabajo es cualquier factor o característica de entorno al lugar de trabajo, que podría influenciar en el aspecto físico y social del personal.

3.3.5 Motivación: Según Idalberto Chiavenato (2001), la motivación es "el resultado de la interacción entre el individuo y la situación que lo rodea. Es decir que, de acuerdo con el ambiente que rodea al individuo, habrá determinada forma de que este se sienta motivado" (p.3).

Es por eso, que, para el cumplimiento de las tareas por parte de los empleados y el desarrollo óptimo de sus actividades, se debe tener al trabajador motivado y "Para el logro de la motivación en los empleados, los estímulos salariales y económicos, al igual que las recompensas sociales simbólicos y no materiales, son elementos esenciales para un buen cumplimiento y desempeño de su trabajo" (Bantanero y Sánchez 2008).

3.3.6 Aprendizaje organizacional: Nonaka y Takeuchi (1999), consideran que el aprendizaje organizacional es "el proceso mediante el cual, organizadamente, se amplifica el conocimiento creado por los individuos y se cristaliza como parte del sistema de conocimientos de la organización" (p. 61- 103)."El aprendizaje organizacional radica en la comprensión globalde la organización y de las relaciones entre sus partes componentes; enmarca su concepción en una perspectiva sistémica" (Senge, 1992), menciona que:

El aprendizaje de un modo peculiar: "el verdadero aprendizaje llega al corazón de lo que significa ser humano, a través del aprendizaje nos recreamos a nosotros mismos, a través del aprendizaje nos capacitamos para hacer algo que antes no podíamos, a través del aprendizaje percibimos nuevamente el mundo y nuestra

relación con él, a través del aprendizaje ampliamos nuestra capacidad para crear, para formar parte del proceso generativo de la vida (Senge, 1992).

Por lo tanto, el aprendizaje organizacional nace cuando los empleados, trabajadores o colaboradores de una institución invierten su tiempo y disposición a la realización de las actividades y que a pesar de ello cometen sus errores, cierta cantidad de errores, que a medida que pasa el tiempo estos mismos van disminuyendo a medida que se adquiere habilidad y experiencia en el trabajo que se desempeña (ahumada, 2001).

3.4 MARCO INVESTIGATIVO

Es necesario abordar investigación que se han realizado con anterioridad sobre SP dentro de las cuales se encuentran:

3.4.3 Investigaciones Internacionales.

Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario.

En España, Laborde, Velázquez, Aranaz, Ramos y Rosique, en su investigación determinaron la percepción de seguridad de los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as en un hospital universitario, así mismo describieron el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades y evaluaron las dimensiones valoradas negativamente para establecer áreas de mejoras. Fué un estudio transversal y descriptivo en el Hospital Universitario San Juan de Alicante aplicando como instrumento de medición la encuesta Hospital SurveyonPatient Safety Culture de la Agency forHealthcareResearch and Quality adaptada al español. Encontrando que la tasa de respuesta fue del 35,36%. El colectivo con mayor participación fue el médico (32,3%), y el servicio más implicado, urgencias (9%). El 86,4% tuvo contacto con el paciente. El 50% de los/las trabajadores/as calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos. El 82,8% no notificó ningún evento adverso en el último año. Los profesionales con mayor cultura de seguridad fueron los farmacéuticos, y los que tuvieron peor cultura, los celadores. No identificaron ninguna fortaleza de manera

global. Hubo dos dimensiones que se comportaron como una debilidad: la 9 (dotación de personal) y la 10 (apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente). Por lo tanto, la percepción sobre seguridad del paciente es buena, aunque mejorable.

3.4.4 Investigación Nacional.

Quintero y Quintero (2010), evaluaron el protocolo sobre buenas prácticas para la seguridad del paciente sobre la base de las exigencias que establece la norma sobre Seguridad del Paciente del Ministerio de la Protección Social e identificaron los factores de riesgo en la Corporación IPS Tolima sede Interlaken y posteriormente levantar un plan de mejoramiento. Fue una investigación no experimental. Se aplicaron durante un periodo de 4 meses fichas de notificación para el reporte y la vigilancia de EA en la IPS. Se identificó que la institución no cuenta con un protocolo que dé instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, además, no cuenta con un Comité de SP. Por lo tanto, es importante crear conciencia en nuestras Instituciones Prestadoras de Salud, sobre la necesidad de diseñar e implementar un protocolo de SP que proporcione las herramientas necesarias para la identificación de EA y así evitar su incidencia.

Fonseca-Mesa DA, Serpa-Pérez PC, Arias-Botero JH (2021), caracterizaron el clima de SP en los servicios quirúrgicos de cuatro instituciones de salud de Santander, se realizó un estudio observacional de corte transversal. Se aplicó el instrumento Hospital SurveyonPatient Safety. Los resultados se reportaron como los promedios de repuestas positivas y negativas. Se analizaron las características asociadas a las dimensiones con mayores puntajes de percepción negativa. Resultados: participaron 164 trabajadores. Las dimensiones con mayor percepción positiva fueron prácticas seguras (84%), dotación de personal (83,2%) y aprendizaje organizacional (78,4%). Las dimensiones con percepción desfavorable fueron respuesta no punitiva al error (40,2%), carga de trabajo (51,7%), comunicación

(54,3%) y transiciones y transferencias entre servicios (58,1%). Se encontró asociación entre una baja percepción en las transiciones y transferencias entre servicios con la contratación por prestación de servicios y con el cargo Médico Especialista y Anestesiólogo. Los bajos puntajes en comunicación se asociaron a la contratación gremial. No se encontraron factores asociados para las dimensiones respuesta no punitiva al error y carga de trabajo. Conclusiones: La percepción sobre clima seguridad en general es considerada positiva, aunque existen oportunidades de mejora. Los factores como tipo de contratación y cargo se asociaron a una percepción negativa de clima de seguridad. Los trabajadores se sienten juzgados al reportar eventos adversos.

3.4.5 Investigación Departamental.

Espitia, Ocampo, De la Ossa y Tatis (2015), determinaron el nivel de implementación de la política de seguridad del paciente e identificaronen la plataforma estratégica su articulación con la política institucional en cuatro instituciones de salud de segundo nivel de complejidad. Fue un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, se aplicó una lista de chequeo a los líderes de calidad y seguridad del paciente y la realización de una encuesta en línea, en las cuatro instituciones objeto de estudio. Como resultado se obtuvieron que todas las instituciones cuentan con la política formalmente documentada y disponen del comité de seguridad del paciente, tienen definidas las funciones y los responsables, a quienes se han comunicado las responsabilidades asignadas de acuerdo con su perfil; tres instituciones disponen del referente de seguridad, realizan reuniones periódicas del comité y hacen reporte de eventos adversos a través del aplicativo sugerido por la OPS y adoptado por el Ministerio de Salud- sólo dos instituciones cumplen con los lineamientos exigidos por la normatividad, han realizado capacitaciones y entrenamiento al personal. Por lo tanto, es necesario tener una política de seguridad del paciente formalmente documentado de acuerdo con los

lineamientos exigidos por la normatividad, que permita mejorar y mantener la seguridad en el tiempo.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo.

4.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

La Institución Prestadora de Salud, es una IPS que brinda atención en salud de tercer nivel de complejidad, presta los servicios de Urgencias, UCI Adultos, UCI Neonatal, Cirugía y Hospitalización, de forma integral, segura y con amor, garantizando la salud y bienestar de sus pacientes, ubicada en la ciudad de Montería, Córdoba.

4.3 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 320 trabajadores pertenecientes a la IPS objeto de estudio.

4.4 MUESTRA

De acuerdo con la fórmula estadística para poblaciones finitas la muestra fue de 175 funcionarios como se detalla en Tabla 1.

Tabla 1:
Fórmula para el cálculo de la muestra

Población=	320	**N**	Z2 1-α1/	p*q	
confianza=	1,96	**320**	3,8416	0,25	
error =	0,05	**error al 2**	N-1	Z2 1-α1/	p*q
p =	0,5	**0,0025**	319	3,8416	0,25
q =	0,5		0,7975	mas	0,9604
población - 1 =	319				
			numerador	307,33	

			denominador	1,76	
			Muestra	175	

Fuente: Elaboración propia.

El tipo de muestreo fue probabilístico, ya que se tomó una muestra representativa de la población objeto de estudio, estratificado, por jornada y proporcional al número de trabajadores en el horario laboral.

4.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el método inductivo, la información se obtuvo de fuentes de información primaria.

1. Se realizó una encuesta estructurada utilizando la encuesta de Clima de Seguridad del Paciente (Anexo A), en cumplimiento con los Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia, se evaluó cada dimensión a través de escalas de calificación (Algunas veces, Siempre y Nunca).
2. Además, se aplicóla lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente (Anexo B), en cumplimiento de la política de seguridad del paciente, se evaluó cada componente dando una calificación por cada ítem de la lista de 1 a 5 equivalente a 1 el 20% y 5 el 100% del cumplimiento de cada ítem.

Previa a la realización de la investigación se aplicó una prueba piloto a las personas objeto de estudio, con el fin de conocer la claridad y viabilidad de los instrumentos que se aplicaron.

Tabla 2:
Aplicación de encuestas

PERSONAL	TIPO DE ENCUESTA	CANTIDAD DE ENCUESTADOS

Comité de SP	Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente.	29
Asistencia	Clima de Seguridad del Paciente	146

Fuente: Elaboración propia.

4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.6.1 Inclusión: Funcionarios administrativos y asistenciales que se encontraban laborando en la IPS en la ciudad de Montería, y el personal que tuvo la disposición de responder los instrumentos de evaluación.

4.6.2 **Exclusión:** Personal administrativo y asistencial que se encontraba de vacaciones, en licencia o incapacidad en el período de aplicación del instrumento.

4.7 PROCESAMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se solicitó a la entidad el consentimiento informado para la realización del proyecto de investigación, luego de contar con la aprobación se procedió a la localización del personal administrativo y asistencial, y se realizó la presentación de los investigadores y del objetivo del estudio.

Los instrumentos se aplicaron de forma virtual, la encuesta al personal asistencial y la lista de chequeo al director de calidad y referente de SP.

4.8 PLAN PARA LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La información se tabuló de manera digital, a través de una matriz en Excel 2013, la cual se registró el cumplimiento de cada uno de los ítems de la lista de chequeo

y el registro de los resultados de la encuesta. Posteriormente el análisis se hizo con los porcentajes de cumplimiento de los ítems y de la encuesta, los cuales se representaron a través de gráficas y tablas de frecuencia absoluta y relativa con apoyo del software Excel 2013.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Teniendo en cuenta la normatividad señalada en la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud Colombiano, para la investigación en el área de la salud, este estudio es considerado sin riesgo, teniendo en cuenta que se empleó una lista de chequeo y una encuesta sin intervención o modificación biológica de los participantes en el estudio. A los resultados se les aplicó el principio de confidencialidad y anonimidad de los nombres de los encuestados.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE LA IPS OBJETO DE ESTUDIO.

A continuación, se presentan los resultados de la lista de chequeo de las buenas prácticas para la seguridad del paciente. La cual fue respondida por 29 funcionarios administrativos, miembros del comité de SP.

La tabla 3, muestra el rango de edad de la población encuestada.

Tabla 3.
Edad de los encuestados.

PREGUNTA	**OPCIONES DE RESPUESTA**								**TOTAL**	
	Entre 18 a 30		**Entre 31 a 40**		**Entre 41 a 50**		**51 años o más**			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
Edad.	12	41%	8	28%	7	24%	2	7%	**29**	**100%**

Fuente: Elaboración propia.

El 41% de los encuestados se ubica de 18 a 30 años, un 28% entre los 31 y 40, el 24% entre 41 a 50 años y por último el 7% (51 años o más).

Al respecto, De la Hoz, et al. (2020) encontró en un estudio realizado a tres IPS en Colombia, que las edades de los participantes correspondieron a menores de 29 años.

Continuando con la caracterización demográfica, la tabla 4, indica la clasificación por género.

Tabla 4.
Género.

PREGUNTAS	**OPCIONES DE RESPUESTA**				**TOTAL**	
	Femenino		**Masculino**			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
Género.	23	79%	6	21%	**29**	**100%**

Fuente: Elaboración propia

El 79% de los encuestados es de género femenino, mientras que el 21% es de género masculino; al igual, Reyes, et al., (2021) en una investigación similar, encontró que 51(96,73%) fueron de sexo femenino. En función de la edad, el grupo que destacó fue el de 24 a 35 años.

Con relación al nivel de escolaridad el detalle se evidencia en la tabla 5.

Tabla 5.
Nivel de escolaridad.

PREGUNTAS	**OPCIONES DE RESPUESTA**										**TOTAL**			
	Prim.		**Sec.**		**Téc.**	**Tecn.**	**Prof.**	**Esp.**	**Mag.**	**Doct**	**Postd.**			
	Fr N	Fr %	Fr N	Fr %	Fr N %	Fr N %	Fr N %	Fr N %	Fr N %	Fr N %	Fr N	Fr %	Fr N	Fr %

Formación	0	0	0	0	828	27	16	55	310	00	00	00	**2910**	**0**

Fuente: Elaboración propia.

El 28% de los encuestados son técnicos, el 7% son tecnólogos, el 55% son profesionales, y el 10% son especialistas.

La tabla 6, describe el tiempo de servicio de los colaboradores de la IPS.

Tabla 6.
Tiempo de servicio.

PREGUNTAS	**OPCIONES DE RESPUESTA – AÑOS**										**TOTAL**	
	Menos de 1		**De 1 a 5 a**		**De 6 a 10**		**De 11 a 20**		**21 o más**			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución?	3	10	11	38	6	21	8	28	1	3	**29**	**100**
¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el área actual?	8	28	6	21	8	28	6	21	1	3	**29**	**100**

Fuente: Elaboración propia

El 10% de los encuestados lleva menos de un año trabajando en la institución, el 38% de uno a 5 años, tiene entre 6 a 10 años (21%), el 28% de 11 a 20 años y el 3% dice tener 2 años o más.

Por otra parte, el28% dice que tiene menos de un año en el área actual, el 21% de uno a 5 años, otro 28% de 6 a 10 años, mientras que el 22% entre 11 a 21 años y el 3% 21 años o más.

Con relación a las horas laboradas en la tabla 7, se describe lo anterior.

Tabla 7.
Horas laboradas en la semana

PREGUNTAS	**OPCIONES DE RESPUESTA – HORAS**												**TOTAL**	
	Menos de 4		**8**		**12**		**De 12 a 24**		**De 24 a 36**		**De 36 a 48**			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	0	0	5	17	2	7	1	3	13	45	8	28	**29**	**100**

Fuente: Elaboración propia.

El 17% de los encuestados dice trabajar 8 horas a la semana, el 7% 12 horas, un3% de 12 a 24 horas, el 45% de 24 a 36 horas y el 28% de 36 a 48 horas.

Como se evidencia hay un alto porcentajes que laboran más de 8 horas; Henríquez (2021) concluye en su investigación que, la carga laboral estresante y muy estresante resultaron ser un factor de riesgo, mientras que las horas diarias laboradas correspondientes a un turno (6 a 8 horas) son un factor protector, hacer más de un turno diario es un factor de riesgo de ocurrencia deprobables situaciones generadoras de accidentes durante la prestación de los servicios de salud.

Concordando con un estudio realizado por Valencia, et, al. (2021) que encontró un 70,3% de los participantes (171) laborando de 20 a 48 horas semanales.

Para finalizar la caracterización se interroga a los participantes acerca de su interacción con los pacientes como lo muestra la tabla 8.

Tabla 8.
Interacción con los pacientes.

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA				TOTAL	
	Sí		No			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	26	90	3	10	**29**	**100**

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el 90% de los encuestados tiene interacción directa con los pacientes. Guardando relación porcentual en lo encontrado por Dos Santos, (2021) en su estudio donde el 100% de los participantes tenían contacto directo con los pacientes.

4.2 IDENTIFICACIÓNDE LOS LINEAMIENTOS Y POLÍTICAS ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS.

En este capítulo, se presentan los resultados de la aplicación de la lista de chequeo *Buenas prácticas para la SP*. La cual fue respondida por funcionarios administrativos y miembros del comité de SP (29).

4.2.1Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos: Del análisis de la tabla 9, el 52% (15) de los encuestados manifiestan que “existe evidencia del compromiso de la alta dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales”, valor que guarda relación con el 55% (16) quienes reconocen la existencia de un referente y/o equipo funcional para la SP, igual valor porcentual confirma la operación periódica de un Comité de SP lo anterior soportado en actas.

Con relación a la realización de socializaciones sobre SP el 41% (12) afirma que la entidad cumple. Al respecto del sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud un 59% (17) manifiesta que la institución cumple totalmente, sin embargo, este porcentaje disminuye al preguntar sobre la evidencia de la definición e implementación de un sistema de análisis de causa (45%).

Al indagar sobre la existencia de evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados el 45%(13) respondió un cumplimiento total. Además, el 62% (18) identifica que la empresa formula acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados. Sin embargo, sólo el 31%(12) afirma que se cumple con el respectivo seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar esos riesgos críticos.

Por último, en esta dimensión el 59% (17) concuerda que la institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.

Respecto a la evidencia del compromiso de la alta dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales, se evidenció un cumplimiento parcial por parte de la organización, ya que de29 participantes, el 52% lo percibe como muy bueno, mientras que el 10% lo califica

como regular, contrastando con el trabajo de Burgos y Hernández, (2020) del cual se conoció que una percepción positiva de 97,4% y, un no cumplimiento de 2,6% de una muestra tomada de 94 colaboradores de la organización objeto de estudio.

El mismo trabajo realizado por Burgos y Hernández (2020) permitió conocer, que el 88,3% coincidió positivamente, mientras que el 11,7% respondió de manera negativa, en relación a evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Paciente, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad del paciente y socialización en la entidad, en contraste, el presente trabajo encontró que el 55% lo percibe como muy bueno y el 3% lo identifica como malo, frente a la evaluación del mismo criterio.

Tabla 9:

Programa de seguridad de paciente.

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA									
	1		2		3		4		5	
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos										
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad										
Existe evidencia del compromiso de la alta dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)	0	0%	0	0%	3	**10 %**	11	**38 %**	15	**52 %**
Existe evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Paciente, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad del paciente y socialización en la entidad.	0	0%	1	3%	2	7%	10	34 %	16	55 %
Existe evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos	0	0%	0	0%	4	14 %	9	31 %	16	55 %

permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o preveedores relacionados con el evento adverso)										
b. Fortalecimiento de la Cultura institucional										
Existe evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)	0	0%	0	0%	3	10 %	14	48 %	12	41 %
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos										
Existe evidencia la definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	0	0%	0	0%	2	7%	10	34 %	17	59 %
Existe evidencia la definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de	4	14 %	1	3%	3	10 %	8	28 %	13	45 %

mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad.										
d. Procesos Seguros										
Existe evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados	0	0%	0	0%	3	10 %	13	45 %	13	45 %
Existe evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.	0	0%	0	0%	2	7%	9	31 %	18	62 %
Existe evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.	5	17 %	1	3%	2	7%	12	41 %	9	31 %
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de prácticaclínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	0	0%	0	0%	1	3%	11	38 %	17	59 %
Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización.	0	0%	0	0%	1	3%	10	34 %	18	62 %

1 **Fuente:** Elaboración propia.

5.1.1 **Monitorización de aspectos relacionados con la SP:** Este ítem considera la SP como un principio importante de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla requiere de un enfoque general, una labor que afecte positivamente el funcionamiento de todo el sistema, y permita desarrollar un pensamiento global más sobre lo individual o personal (MinSalud, 2019).

Tabla 10.
Aspectos de monitoreo de la SP

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA									
	1		2		3		4		5	
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente										
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia.	0	0%	0	0%	1	3%	8	28%	20	69%
La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen.	4	14%	1	3%	0	0%	8	28%	16	55%

El 69% (20) de los encuestados manifiesta que la institución cumple totalmente con la evaluación semestral de la adherencia a las guías de manejo clínico que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo. Contratado con Salcedo (2018) quien encontró un 87,7% de percepción positiva respecto al mismo ítem.

Al respecto del seguimiento mensual a los a los indicadores de calidad reglamentarios y aquellos que aplican a las buenas prácticas de SP de obligatorio cumplimiento en el Sistema Único de Habilitación el 55%(16) dice que la institución cumple totalmente.

4.2.3 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud: En la tabla 11, se observa que el 66% de los encuestados expresa que la institución cumple totalmente con la evidencia documental del análisis de causa del EA, y que un 69% afirma que este se socializa, además cuentan con el protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución.

Un 59% afirma que se realizan auditorias semestrales de adherencia a la higiene de manos en todos los servicios asistenciales y existe la documentación de acciones de mejora; el 69% concuerda en manifestar que la IPS cuenta insumos para la higiene de manos. Con relación al protocolo de venopunción el 59% dice que se cumple y que incluye acciones para prevenir flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.

Respecto a la existencia y socialización de la guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución el 55% de los encuestados afirma que la institución cumple totalmente, y un 52% responde afirma que se realiza aplicación dela medición semestral de la misma en los servicios priorizados, así como también se documentan acciones de mejora.

En otro aspecto, el 69% manifiesta cumplimiento en lo relacionado con el manual de bioseguridad, y un 55% dice que si se realiza la medición semestral de la adherencia a este al igual que documentación de acciones de mejora.

Al respecto, de la medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) el 55% afirma que se cumple, lo anterior detallado de la siguiente manera: 48% indicador de infecciones de endometritis post – parto; el 52%indicador de infecciones nosocomiales asociadas a ventilador; 48% medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y de flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico; el 52% medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales igual valor porcentual para el indicador de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas. Además, se cumple con la respectiva documentación de acciones de mejora.

Tabla 11.

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA										TOTAL	
	1		2		3		4		5			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud												
Existe evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infecciones asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	0	0%	0	0%	1	3%	9	31%	19	66%	**29**	**100%**
Existe evidencia de protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	0	0%	1	3%	0	0%	8	28%	20	69%	**29**	**100%**
Se realiza auditorias semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	0	0%	1	3%	3	10%	8	28%	17	59%	**29**	**100%**

Existe la presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos.	0	0%	1	3%	1	3%	7	24%	20	69%	**29**	**100%**
Existe evidencia de protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	0	0%	0	0%	0	0%	12	41%	17	59%	**29**	**100%**
Existe guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado	0	0%	1	3%	2	7%	10	34%	16	55%	**29**	**100%**
Existe la medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora. Si aplica.	0	0%	2	7%	1	3%	11	38%	15	52%	**29**	**100%**
Existe evidencia manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado	0	0%	0	0%	2	7%	7	24%	20	69%	**29**	**100%**

Existe la medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	0	0%	1	3%	1	3%	11	38%	16	55%	**29**	**100%**
Existe la medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica	0	0%	1	3%	0	0%	12	41%	16	55%	**29**	**100%**
Existe la medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora. Sí aplica.	1	3%	0	0%	2	7%	12	41%	141	48%	**29**	**100%**
Existe la medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora.Sí aplica.	0	0%	1	3%	0	0%	13	45%	15	52%	**29**	**100%**
Existe la medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora. Sí aplica.	0	0%	1	3%	2	7%	12	41%	14	48%	**29**	**100%**
Existe la medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora. Sí aplica.	0	0%	0	0%	3	10%	12	41%	14	48%	**29**	**100%**
Existe la medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora. Sí aplica	0	0%	1	3%	3	10%	10	34%	15	52%	**29**	**100%**
Existe la medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora. Si aplica.	0	0%	0	0%	4	14%	10	34%	15	52%	**29**	**100%**

Fuente: Elaboración propia

5.1.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos: los resultados para este aspecto de describen en tabla 12.

Tabla 12.
Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

	OPCIONES DE RESPUESTA											
	1		2		3		4		5		TOTAL	
PREGUNTAS	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS												
Existe evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	0	0%	0	0%	2	7%	13	45%	14	48%	29	100%

Existen proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias.	0	0%	0	0%	1	3%	14	48%	14	48%	29	100%
Se realiza la medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia	0	0%	0	0%	5	17%	11	38%	13	45%	29	100%
Existen proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser	0	0%	0	0%	1	3%	14	48%	14	48%	29	100%

superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla muestra que el 48% de los encuestados afirman el cumplimiento de la evidencia documental del análisis de causa del EA al igual que para los procesos de dispensación segura de los medicamentos en la farmacia.

Por otra parte, el 45% afirma que la institución cumple con la medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia; y el 48% con los procesos para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización, y con la medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora,

Con relación a la evidencia del protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación el 59% asegura que si se cumple. Al respecto, el 52% afirma que se realizala medición semestral de adherencia a este protocolo, al igual se documentan las acciones de mejora.

Por últimos, el 55% afirma que se cumple con la evidencia de protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios; de acuerdo a la evidencia de la aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución el 52% opina que si cumple la institución. Y un 62% concuerda que se cumple con los registros de la historia clínica identificando el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias.

5.1.2 Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales: los resultados se describen en la siguiente tabla.

Tabla 13.
Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.

	OPCIONES DE RESPUESTA											
	1		2		3		4		5		TOTAL	
PREGUNTAS	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)
5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES												
Existe la Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	0	0%	0	0%	2	7%	12	41%	15	52%	29	100%

Existe la evidencia de protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pie de cama. Nunca el número de la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el	0	0%	0	0%	4	14%	9	31%	16	55%	29	100%

protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación.												
Se realiza la medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica.	0	0%	0	0%	1	3%	11	38%	17	59%	29	100%
El uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental.	0	0%	0	0%	1	3%	9	31%	19	66%	29	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Se muestra que el 52% de los encuestados afirman que la institución si cumplen con la evidencia documental del análisis de causa de EA en relación con el 55% que afirmó el cumplimiento con la evidencia de protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, mientras que el 59% afirma que si se cumple con la medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora y el 66% asegura que si cumplen con el uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados

5.1.3 Buenas prácticas de seguridad de pacientes ítems a verificar en IPS de tercer nivel en la ciudad de Montería

Tabla 9: resultado global de la lista de chequeo de las buenas prácticas de la seguridad de la SP

Tabla 14.
Porcentaje de cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente.

N° Contenido	BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS AVERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	% de cumplimiento
1	Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos	85%
2	Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	80%
3	Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	90%
4	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	96%
5	Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	98%

Fuente: Lista de chequeo.

5.2 EVALUACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Se inicia realizando la caracterización de los encuestados como se observa en las tablas siguientes, se aclara que esta encuesta fue aplicada a 52 funcionarios del área administrativa.

Tabla 15.
Genero de los Funcionarios

Genero de los Funcionarios		
GENERO	**Fr (N)**	**Fr (%)**
Femenino	47	90,4
Masculino	5	9,6
Total general	52	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15, se observa que el género predominante es el Femenino con un 90,4% (47), mientras que el género Masculino se encuentra representado por un 9,6% (5).

En concordancia, con los estudios sobre la medición del clima de SP reportado por Murillo (2020), donde predominó por encima del 90% de la muestra el género femenino.Para Molina y Sepúlveda (2020) existe una alta prevalencia del sexo femenino dentro de los niveles institucionales representando en promedio un 74% de los colaboradores.

La tabla 16, está relacionada con el tipo de formación.

Tabla 16.
Formación

RANGOS	Fr (N)	FR (%)
Técnico	41	78,8
Profesional	9	17,3
Especialista	2	3,8
Secundaría	0	0,0
Especialización clínico – quirúrgico	0	0,0
Maestría	0	0,0
Doctorado	0	0,0
Postdoctorado	0	0,0
Total general	**52**	**100**

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el nivel de formación de la mayoría de los encuestados es el técnico con un 78,8% (41), seguido de 17,3% (9) que son profesionales y un 3,8% (2) especialistas.

De acuerdo al estudio se evidenció que la formación de los participantes, así como la mayor participación se encuentra en las personas con formación Técnico con un 79%, seguido de profesionales (17%) y especialistas con un 4%.

La siguiente tabla está relacionada con el tiempo de trabajo en la institución.

Tabla 17.
Tiempo que lleva trabajando en la institución.

RANGO DE TIEMPO	Fr (N)	Fr (%)
De 11 a 20 años	23	44,2
Menos de un año	14	26,9
De 6 a 10 años	12	23,1
21 años o más	3	5,8
Total general	52	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al tiempo laborado la mayoría de los colaboradores tiene entre 11 a 20 años (44,2%) y un 5,8% (3) entre 21 años o más laborando en la institución. En relación con lo reportado por Molina y Sepúlveda (2020) quienes señalan que la gran mayoría de los trabajadores se encuentran en un rango de antigüedad en la empresa superior a los 26 años. En otro estudio realizado por Murillo (2020) de acuerdo a los niveles de la institución, se encontró el nivel estratégico entre 4 y 6, años, el nivel táctico en un rango de 11 a 20 años y el operativo entre 4 y 10 años de antigüedad.

La siguiente tabla relaciona el tiempo de trabajo en la unidad funcional

Tabla 18.
Tiempo trabajando en el área.

RANGO TIEMPO	Fr (N)	Fr (%)
De 1 a 5 años	20	38,5
De 11 a 20 años	16	30,8
Menos de un año	7	13,5
De 6 a 10 años	6	11,5
21 años o más	3	5,8
Total general	**52**	**100**

Fuente: Elaboración propia.

El mayor tiempo laborado en el área corresponde de 1 a 5 año (38,5%) seguido de un 30,8% entre 11 a 20 años. En menor proporción un 13,5% con menos de un año, un 11,5 % aquellos que llevan de 6 a 10 años y por último con un 5,8% las personas que llevan de 21 años o más en el área. Lo anterior demuestra que para la toma de decisiones dentro de las áreas, tienen mayor participación las personas con mayor experiencia y tiempo de servicio.

En la tabla N° 19 se puede observar las horas a la semana que labora cada uno de los colaboradores a quienes se le realizó la encuesta, la cual muestra que; el 80,8% (42) cumplen con un total de 36 a 48 horas semanales, seguido de un 17,3% (9) de

trabajadores que laboral 8 horas, y por último con un 1,9% (1) de colaboradores que trabajan 4 horas a la semana.

Con respecto, a las “horas que labora a la semana” en nuestro estudio se evidencio que el 81% de los colaboradores trabajan entre 36 a 48 horas a la semana. En el estudio realizado por Burbano, Romero y Ramos (2018) se pudo observar que el 63% de los encuestados trabajan entre 40 a 59 horas a la semana, asimismo en la investigación realizada por Castañeda y Henao (2015) se muestra que los colaboradores trabajan entre 40 a 59 horas semanales. Esta pequeña diferencia entre las horas que laboran a la semana de los estudios anteriores con respecto al nuestro, se podría deber a una mayor cobertura de la población encuestada, así como también a una mayor delegación de funciones y responsabilidades que conlleven a que los trabajadores laboren más horas a la semana.

Tabla 19:
Horas que labora a la semana

RANGOS	Fr (N)	Fr (%)
De 36 a 48 horas	42	80,8
8 Horas	9	17,3
Menos de 4 horas	1	1,9
Total general	52	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 20 se puede observar que el cargo del personal que participo en la encuesta la mayoría son Enfermeras Jefes con un 59,6% (31) lo que corresponde a más de la mitad de los encuestados, seguido de las Auxiliares de Enfermería con un 32,7% (17), los Especialistas con un con un 3,8% (2), Médico general y cocina con un 1,9% (1) cada uno.

se pudo evidenciar en el estudio realizado por Burbano *et al* (2018) que la mayor participación en la encuesta lo tuvieron los médicos especialistas y médicos generales con un 21% y un 21% respectivamente, a diferencia del estudio de Castañeda y Henao (2015) que refleja que la mayor participación de los encuestados son Auxiliares de Enfermería, que difiere un poco de nuestro estudio, donde la mayor participación lo tuvieron las Enfermeras jefes y Auxiliares de Enfermería con un 60% y 33% respectivamente. Esta ligera variación podría deberse a como se mencionó líneas arriba, la demanda del mercado conlleva a la contratación de este tipo de perfiles, así como también el tipo de funciones que vaya a realizar dentro de la institución o que personal estén solicitando en el momento.

Tabla 20:
Cargos del personal

CARGO/ROL	Fr (N)	Fr (%)
Enfermera jefe	31	59,6
Auxiliar de enfermería	17	32,7
Especialista	2	3,8
Médico general	1	1,9
Cocina	1	1,9
Gerencia	0	0,0
Facturador	0	0,0
Servicios generales	0	0,0
Total general	**52**	**100**

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 21 se puede observar que el 100% (52) de los participantes encuestados tienen contacto o interacción directa con los pacientes.

Los trabajadores que tienen contacto o interacción directa con pacientes están representados por un 94,25% ver (Burbano *et al, 2018)*. En nuestro estudio, cabe resaltar que no dista mucho del anterior, los colaboradores que tiene contacto directo con los pacientes están representado por un 100%, cabe destacar que la mayoría de los encuestados fueron entre Enfermeras Jefes y Auxiliares de

Enfermería, a diferencia del 80% que refleja el estudio de (Castañeda y Henao, 2015). La diferencia de los datos oscilan entre un 24%, lo que significa que la gran mayoría de los encuestados en los diferente estudios tienden sus funciones y obligaciones al contacto con el paciente, lo que refleja la importancia de aplicar estas investigaciones en pro de la SP.

Tabla 21:
Interacción directa con los pacientes

	Fr (N)	Fr (%)
Si	52	100
No	0	0
Total general	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.1 **Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad:** Esta dimensión tiene por objetivo conocer la percepción de los participantes sobre la importancia que le dan los directivos y jefes frente a la seguridad del paciente dentro de la Clínica Central, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Los jefes algunas veces realizan comentarios favorables cuando ven un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos, lo que esto equivale a un 50% (26) del total

de los encuestados, seguido de un 44,2% (23) que dice que siempre se realizan comentarios favorables y un 5,8% (3) que dice que nunca.

Con respecto a que si los jefes aceptan sugerencias del personal para mejorar la SP, el 55,8 (29) menciona que siempre estas sugerencias son bien recibidas por los jefes ya que más de la mitad de los encuestados respondió positivamente, seguido de un 42,3% (22) que respondió algunas veces y un 1,9% (1) responde que nuca.

En la pregunta N°3, se cuestiona a los participantes sobre si cuando la presión se incrementa, su jefe quiere que trabajen más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importante y el 67,3% (35) que es más de la mitad de los encuestados respondieron que nunca lo cual consideran que para sus jefes es más importante preservar la SP que acelerar y saltar pasos importantes, seguido de un 30,8% (16) que responde que algunas veces y un 1,9% (1) que siempre.

Pasando a la pregunta N°4, la cual hace referencia a que si su jefe toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, y se observa que el 76,9% (40) de los participantes responde positivamente que siempre su jefe toma en cuenta estos problema, lo que significa que prioriza la SP, sin embargo un 21,2% (11) responde que algunas veces se toma en cuenta estos problemas ante un 1,9% (1) que responde que nunca.

La pregunta N° 5, hace referencia sobre si los directivos de la entidad apoyan y estimulan a los empleados, los cuales se pueden observar que el 92,3% (48) de los participantes responden que siempre, lo cual afirma que hay reconocimiento por parte de los superiores cuando se trabaja de conformidad con los procedimientos establecidos, contra un 7,7% (4) que responden no ser estimulados.

La pregunta N°6, se refiere a que si los directivos de la entidad promueven la iniciativa y la participación de los empleados en la toma de decisiones, se puede observar que el 63,5% (33) de los participantes responden que algunas veces son estimulados a la hora de la toma de decisiones, así pues, este dato de complementa

con el 28,8% (15) que dan como respuesta que nunca son estimulados a participar, esto contra un 7,7% (4) que afirma que si los promueven a la participación.

La pregunta N°7, que hace referencia a que si el jefe inmediato apoya y estimula a sus colaboradores, se obtuvo que el 53,8% (28) de los encuestados responden que algunas veces se sienten estimulados por sus jefes directos, contra un 38,5% (20) que responden que siempre están estimulados por ellos, y un 7,7% (4) que responde que nunca. Estos resultados guardan similitud con los resultados de la pregunta anterior, donde existe un poco de indiferencia por parte de los jefes al momento de estimular su personal a cargo.

La pregunta N°8, se refiere a que si el jefe inmediato promueve la iniciativa y la participación de sus colaboradores en la toma de decisiones, se obtuvo que 61,5% (32) que representa a más de la mitad de los encuestados, respondieron que algunas veces los promueven a participar en la toma de decisiones, contra un 30,8% (16) que respondieron que siempre los promueven a participar en la toma de decisiones y un 7,7% (4) que respondieron que nunca se le promueve la iniciativa a participar en la toma de decisiones.

La pregunta N°9, menciona si los directivos de la entidad tratan a los empleados con respeto, dignidad y aprecio, se obtuvo que el 88,5% (46) de los participantes respondieron que siempre, afirmando que sienten satisfacción con respecto al trato que reciben de parte de los directivos, factor que hay que resaltar debido a su importancia en las relaciones laborales. Por otra parte, un 11,5% (6) respondió que algunas veces eran tratados con respeto, dignidad y aprecio.

La pregunta N°10, donde se les pregunta si su jefe inmediato trata a sus colaboradores con respeto, dignidad y aprecio, se obtuvo que el 84,6% (44) de los participantes respondieron que siempre, afirmando que sienten satisfacción con respecto al trato que reciben de parte de sus jefes inmediatos, factor que hay resaltar debido a su importancia en las relaciones laborales. Por otra parte, un

15,4% (6) respondió que algunas veces eran tratados con respecto, dignidad y aprecio.

A la última pregunta, la N°8, donde se pregunta si los conflictos o problemas que surgen entre los empleados y los directivos/jefes se solucionan de manera ágil y satisfactoria, se puede observar que un 63,5% (33) responden que ante los conflictos o problemas surgidos entre ambas partes con frecuencia se solucionan de manera ágil y satisfactoria, seguido de un 34,6% que responden que algunas veces, se solucionan estos conflictos y un 1,9% (1) que responde que nunca.

Los resultados que arrojó la dimensión “Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueve la seguridad” se obtuvieron un 59% de respuestas positivas, aunque no se podría percibir como una fortaleza, este porcentaje es bastante favorable. Los resultados de esta dimensión son similares a los de otros estudios, como el de Molina y Sepúlveda (2020) donde sus niveles (estratégicos, táctico y operativo) consideran satisfactorio esta dimensión, dando un 57%, 58% y 55% respectivamente a cada nivel, al igual que el estudio de Murillo (2020) donde al igual que sus niveles (estratégicos, táctico y operativo) se evidenció un 63%, 44% y 55% respectivamente. Al contrario del estudio de Castañeda y Henao (2015) el cual obtuvieron un 74% de respuestas positivas, lo que para ellos tampoco lo perciben como una fortaleza, pero si un aspecto favorable.

Cabe destacar que en la dimensión antes mencionada hay dos ítems positivos en los cuales los directivos de la entidad apoyan y estimulan a los empleados, asimismo se percibe que los directivos de la entidad tratan a los empleados con respeto, dignidad y aprecio. No obstante, también hay que considerar dos ítems que pueden mejorar, y estos hacen referencia a que si el jefe inmediato promueve la iniciativa y la participación de sus colaboradores en la toma de decisiones, y a la de si mi jefe inmediato apoya y estimula a sus colaboradores.

Tabla 22:

Expectativas y acciones que promueven la seguridad

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		Algunas veces		Nunca			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Total Fr (%)
1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes	23	44,2	26	50,0	3	5,8	52	100
2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	29	55,8	22	42,3	1	1,9	52	100
3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes	1	1,9	16	30,8	35	67,3	52	100
4. Mi jefe toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez	40	76,9	11	21,2	1	1,9	52	100
5. Los directivos de la entidad apoyan y estimulan a los empleados	48	92,3	0	0,0	4	7,7	52	100
6. Los directivos de la entidad promueven la iniciativa y la participación de los empleados en la toma de decisiones	4	7,7	33	63,5	15	28,8	52	100
7. Mi jefe inmediato apoya y estimula a sus colaboradores.	20	38,5	28	53,8	4	7,7	52	100
8. Mi jefe inmediato promueve la iniciativa y la participación de sus colaboradores en la toma de decisiones	16	30,8	32	61,5	4	7,7	52	100
9. Los directivos de la entidad tratan a los empleados con respeto, dignidad y aprecio	46	88,5	6	11,5	0	0,0	52	100

10. Mi jefe inmediato trata a sus colaboradores con respeto, dignidad y aprecio	44	84,6	8	15,4	0	0,0	52	100
11. Los conflictos o problemas que surgen entre los empleados y los directivos/jefes se solucionan de manera ágil y satisfactoria	33	63,5	18	34,6	1	1,9	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.2 **Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo:** Esta dimensión tiene por objetivo conocer la actitud proactiva, la efectividad de acciones y medidas implementadas por la organización para mejorar la SP dentro de la Clínica Central, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Dentro de la institución se está trabajando activamente para mejorar la seguridad del paciente debido a que se puede observar que los participantes respondieron con un 78,8% (41) que siempre están haciendo actividades de mejora, seguido de un 21,2% (11) que afirma que algunas veces realizan estas acciones de mejora.

Con respecto a que si los análisis de los errores ha llevado a cambios positivos, se obtuvo que un 63,5% (33) afirma que siempre estos análisis llevan a cambios positivos en sus áreas o servicios, seguido de un 36,5% (19) que responde que algunas veces estos análisis llevan a cambios positivos.

A la última pregunta, la N°3, donde se pregunta si después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad, se puede observar que un 75% (39) de los encuestados, lo cual equivale a más de la mitad de los participantes, afirman que siempre se evalúa la efectividad de los cambios que se realiza, lo que demuestra el interés por parte de los directivos y jefes en dar avance e importancia a la seguridad del paciente. Así pues, un 25% (13) responde que algunas veces se evalúa lo tratado anteriormente.

Con relación a la dimensión “aprendizaje organizacional – mejoramiento continuo”, en el estudio realizado por Burbano *et al* (2018) se evidenció que los criterios “tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente” “los errores han llevado a cambios positivos en la institución” y “los cambios que hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad” tuvieron unos resultados positivos de 86%, 82% y 82% respectivamente, esta misma similitud se muestra en el estudio de Murillo (2020) donde los resultados globales de sus niveles (estratégicos, tácticos y operativo) ante esta dimensión muestran una satisfacción

superior al 70%, aunque el estudio de Molina y Sepúlveda (2020) dista un poco de los estudios anteriores, del cual sus resultados globales de los niveles, muestra solo un 64% de satisfacción como resultado positivo, en cambio nuestro estudio tiene un 72% que representa unos resultados positivos ante esta dimensión.

Tabla 23:

Aprendizaje organizacional - Mejoramiento continuo

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		**Algunas veces**		**Nunca**			
	Fr (N)	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Total Fr (%)**
1. Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente	41	78,8	11	21,2	0	0	52	100
2. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos	33	63,5	19	36,5	0	0	52	100
3. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad	39	75	13	25,0	0	0	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.3 **Trabajo en equipo dentro de las áreas:** Esta dimensión tiene por objetivo dar cuenta de la cohesión, comportamiento y cooperación existente entre el personal de las áreas y servicios de la organización tendientes a contribuir con la SP dentro de la Clínica Central, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 48,1% (25) respondió algunas veces ante la pregunta si cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan, contra un 32,7% (17) que responde que siempre otras áreas les ayuda cuando están ocupadas, lo que estos resultados reflejan es que las personas señalan no encontrar mucha ayuda por parte de las otras áreas, cuando estás están realmente ocupada, ya que un 19,2% (10) afirma no encontrar apoyo en otras áreas.

Con respecto a la pregunta si esta área, la gente se apoya mutuamente, se puede observar que un 65,4% (34) afirma que siempre sus compañeros de trabajo están dispuestos a ayudarles, seguido de un 34,6% (18) que responde que algunas veces reciben ayuda.

La pregunta N°3, hace referencia a cuando necesitan terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacen en equipo, de esta pregunta se obtuvo que un 71,2% (37) afirma que siempre trabajan en equipo cuando necesitan terminar un trabajo, seguido de un 26,9% (14) que responde que algunas veces lo hacen, lo cual refleja que esta área hay siempre la disponibilidad de trabajar en equipo, lo cual es fundamental para hacer un buen trabajo. Por otra parte, un 1,9% (1) menciona nunca reflejarse lo antes mencionado.

A la última pregunta, la N°4, se destaca que un 76,9% (40) de los participantes afirman que siempre su área o servicio se tratan con respeto, lo que destaca la ética y el profesionalismo de los colaboradores, seguido de un 21,2% (11) que reconoce que algunas veces está presente el respeto y un 1,9% (1) que nunca el personal se trata con respeto.

En la dimensión “trabajo en equipo dentro de las áreas” en el estudio de Murillo (2020) se evidenció que los resultados globales de sus niveles tiene en promedio más del 80% de respuesta satisfactorias, que se traduce en respuestas positivas, aunque en el estudio de Molina y Sepúlveda (2020) se evidencia que de sus resultados globales de sus niveles son en promedio más del 60% de respuestas satisfactorias, seguido del estudio de Castañeda y Henao (2015) reflejó un 73% de respuestas positivas por parte de los encuestados, lo que dista mucho del estudio anterior, aunque nuestro estudio reflejo que; un 62% de respuestas positivas, lo que refleja que entre los estudios hay un diferencia en promedio de 18%, lo que no se traduce en una fortaleza, pero si un porcentaje bastante favorable. La mencionada dimensión nos hace resaltar la importancia que tiene estos factores en el clima laboral, ya que habiendo un equilibrio entre ellos, se hace posible que exista cooperación y sinergia entre los equipos o grupos de diferentes áreas y/o servicios.

Tabla 2410:
Trabajo en equipo dentro de las áreas

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		Algunas veces		Nunca			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Total Fr (%)
1. Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan	17	32,7	25	48,1	10	19,23	52	100
2. En esta área, la gente se apoya mutuamente	34	65,4	18	34,6	0	0	52	100
3. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo	37	71,2	14	26,9	1	1,9	52	100
4. En esta área, el personal se trata con respeto	40	76,9	11	21,2	1	1,9	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.4 **Actitud de comunicación abierta:** Esta dimensión tiene por objetivo dar cuenta de la actitud de comunicación abierta y confiable frente a la SP dentro de la Clínica Central, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 59,6% (31) respondió que siempre frente a la pregunta si el personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente, seguido de un 30,8% (16) que responde que algunas veces, lo que podemos notar que está presente la comunicación en pro del cuidado del paciente, por otra parte el 9,6% (5) responde que nunca el personal puede hablar libremente.

Con respecto a la pregunta si el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, se puede observar que es evidente el porcentaje de respuesta positivas y negativas, ya que por un lado los participantes responde con un 44,2% (23) que nunca se sienten libre de cuestionar las decisiones de los superiores, seguido de un 40,4% (21) que responde que algunas veces lo pueden hacer y un 15,4% (8) que siempre lo hace. Ante esto, se refleja la cohibición por parte de los encuestados de cuestionar las acciones de los directivos y jefes.

La última pregunta, la N°3, que hace referencia a si el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto, se puede observar que el 53,8% (28) de los encuestados responde que algunas veces sienten miedo de preguntar frente algo que no les parece correcto, lo que refleja la imposibilidad de que estos puedan contribuir a la mejora de la SP, contrario a un 42,3% (22) que afirma que nuca sienten miedo de hacer preguntas y un 3,8% (2) que responde que siempre.

En relación a la “actitud de comunicación abierta” se evidencia que en los diferentes niveles (estratégicos, tácticos y operativos) se obtuvo como resultado un 100%, 83% y 87% respectivamente, que se traduce como resultados positivos (Murillo, 2020), al contrario de un 64%, 64% y 67% respectivamente ver (Molina y Sepúlveda, 2020). Los resultados obtenidos en el estudio de Castañeda y Henao (2015) muestran que hay un 59% de respuestas positivas, lo que no se traduce como fortaleza, pero

tampoco es una oportunidad de mejora, en cambio, en nuestro estudio se evidencio como respuestas positivas un 26,3%, lo que no es un fortaleza, pero si es una oportunidad de mejora que requiere intervención urgente para promover una comunicación fluida para que el personal pueda expresar soluciones, dudas y puntos de vistas que puedan mejorar el cuidado de los pacientes.

Tabla 25:

Actitud de comunicación abierta.

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		**Algunas veces**		**Nunca**			
	Fr (N)	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Total Fr (%)**
1. El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente	31	59,6	16	30,8	5	9,6	52	100
2. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	8	15,4	21	40,4	23	44,2	52	100
3. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto	2	3,85	28	53,8	22	42,3	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.5 **Retroalimentación y comunicación sobre el error**: Esta dimensión tiene por objetivo dar a conocer las estrategias de comunicación que permiten identificar los eventos relacionados con la SP dentro de la Clínica Central, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Por parte de los participantes se puede reflejar que un 53,8% (28) respondieron que son informados sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos, seguido de un 34,6% (18) que responden que algunas veces son informados y un 11,5% (6) que nuca son informados.

Con respecto a la pregunta Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área, se puede observar que un 55,8% (29) respondieron que siempre se les informa, seguido de un 40,4% (21) que responden que algunas veces son informados y un 3,8% (2) que mencionan que nunca.

La pregunta N°3, se refiere a que si en esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer, y se puede observar que un 61,5% (32) que representa más de la mitad de los encuestados, dice que se habla sobre las formas de prevenir las fallas para que no se vuelvan a cometer, seguido de un 36,5% (19) que responden que algunas veces lo discuten y un 1,95 que nunca.

La última pregunta, la N°4, se refiere a que si el personal siente que sus errores son usados en su contra, se puede observar que el 50% (26) de los participantes responden que algunas veces sienten que sus errores son usados en su contra, lo que puede provocar que los trabajadores no informen sus errores por miedo, sin embargo un 44,2% (23) responde que nuca sienten que sus errores son usados en su contra y un 5,7% (3) responden que nunca.

El 54% de respuestas positivas por parte de los participantes que afirman que dentro de la institución se está en constante retroalimentación frente a cambios, fallas en

la atención y formas de prevenir fallas. En el estudio realizado por Castañeda y Henao (2015) el 79% de respuestas positivas se evidencia en que los participantes reconocen que se implementan acciones que mejoran día a día la SP; también se reconocieron formas de prevenir las fallas para que no se vuelvan a cometer, así como retroalimentación sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en las áreas, aunque en el estudio de Burbano *et al* (2018) se evidenció que el 48% de los participantes sostuvo que sienten que sus errores son considerados en su contra, un 46% afirmo de que son informados sobre los errores que ocurren en el área, aunque un 17% respondió que en su área discuten maneras de evitar que un error vuelva a ocurrir, para este estudio, esta dimensión fue considera una oportunidad de mejora para la institución. Asimismo llama la atención que en el nivel operativo y táctico hay un alto grado de insatisfacción en cuanto al cometer un error los compañeros lo utilizan en su contra de un 87% y 25% respectivamente, ver (Murillo, 2020).

Tabla 26:

Retroalimentación y comunicación sobre el error

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		**Algunas veces**		**Nunca**			
	Fr (N)	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Total Fr (%)**
1. El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos	28	53,8	18	34,6	6	11,5	52	100
2. Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área	29	55,8	21	40,4	2	3,8	52	100
3. En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer	32	61,5	19	36,5	1	1,9	52	100
4. El personal siente que sus errores son usados en su contra.	3	5,77	26	50,0	23	44,2	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.6 **Respuesta no punitiva al error:** Esta dimensión tiene por objetivo dar a conocer si existe la cultura no punitiva del reporte de eventos relacionados con la SP dentro de la Clínica Central, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 76,9% (40) respondieron no ante la pregunta si cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema, lo que significa que cuando se presenta un evento se está reportando el problema y no el involucrado, seguido de un 23,1% (12) que respondieron que sí, significando que se centran en la búsqueda de los actores del error y no en el problema.

Con respecto a la pregunta si los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida, se puede observar que el 75% (39) de los encuestados afirman se sienten preocupados de que los errores que comenten sean registrados en sus hojas de vida, sin embargo el 25% (13) responde que no se sienten preocupados que los errores queden registrados en sus hojas de vida.

Con relación a la dimensión “Respuesta no punitiva al error” en el estudio de Burbano *et al* (2018) un 21% manifiesta que cuando se informa un incidente se es reportada la persona y no el problema frente a un 44% que afirma que cuando se comete un error, el personal teme a que eso quede en su hoja de vida, situación alarmante porque esto produce que los colaboradores no reporten el evento e interrumpe el mejoramiento continuo. Por otra parte, el estudio de Castañeda y Henao (2015) esta dimensión representa un 43% de respuestas negativas, lo que claramente es una oportunidad de mejora que involucra la forma como el personal percibe las acciones que se toman a favor o en contra suya cuando se presentan incidentes relacionados con la SP, resultado similar se muestra en nuestro estudio, donde un 49% de respuesta negativas arrojó esta dimensión, lo que claramente es una oportunidad de mejora que debe hacer.

Tabla 27:
Respuesta no punitiva al error

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA				TOTAL	
	Si		No			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Total Fr (%)
1. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema	12	23,1	40	76,9	52	100
2. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida	39	75	13	25,0	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.7 **Recursos humanos**: Esta dimensión tiene por objetivo dar a conocer si la I.P.S cuenta con el personal suficiente para prestar los servicios de salud, si existe o no sobrecarga laboral y si se utiliza personal temporal para el cuidado del paciente, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 71,2% (37) de los encuestados respondieron algunas veces ante la pregunta si tienen suficiente personal para realizar el trabajo, lo cual significa mediana mente responden a la demanda de los servicios de salud, seguido de un 19,2% (10) que responden que nunca cuenta con suficiente personal y un 9,6% (5) que siempre cuentan con el suficiente personal.

Con respecto a la pregunta si el personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente, se puede observar que un 59,6% (31) afirmó que algunas veces trabajan más horas de lo adecuado lo que podría ser causa de que se presenten errores en la atención, contrario al 30,8% (16) que responde que nunca trabajan más horas de lo adecuado y un 9,6% (5) que mencionan que siempre trabajan más.

La pregunta N° 3, hace referencia a que si usan más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente, se puede observar que el 63,5% (33) responde que nunca usan más personal temporal de lo adecuado, seguido de un 28,8% (30) que responde que algunas veces si utilizan personal temporal y un 7,7% (4) que menciona que siempre usan más personal temporal.

La última pregunta, la N°4, se refiere a que frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente, se pudo observar que un 57,7% (30) manifiesta que algunas veces trabajan en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente, seguido de un 23,1% (12) que respondieron que siempre trabajan en situación de urgencia, lo cual podría reflejar la realización de actividades bajo un ritmo muy acelerado. Por otra parte, un 19,2% (10) afirma que nuca trabajan en situación de urgencias.

El 31% de respuestas positivas ante la dimensión "Recursos humanos" es lo que se evidenció en el estudio que se realizó en la I.P.S, lo que sin duda alguna es una oportunidad de mejora para la institución, debido que ante las respuestas por parte de los participantes antes los criterios evaluados en esta dimensión no fueron las esperadas. En el estudio que realizó Murillo (2020) frente si hay suficiente personal, la jornada de trabajo es adecuada, el resultado fue satisfactorio en todos los niveles (estratégicos, tácticos y operativos) a excepción del aspecto "cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe inmediato no pretende que trabajemos más rápido" que en el nivel operativo hay una insatisfacción del 68%, caso contrario al estudio de Molina y Sepúlveda (2020) en el cual el suficiente personal, la jornada de trabajo es adecuada y cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe inmediato no pretende que trabajemos más rápido, llaman la atención, debido que dentro de sus resultados existe variaciones, donde por un lado existe un nivel de satisfacción en promedió del 62%, 45% y 61% en sus niveles (estratégicos, tácticos y operativos) respectivamente.

Tabla 28:

Recursos humanos

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		**Algunas veces**		**Nunca**			
	Fr (N)	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Total Fr (%)**
1. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo	5	9,6	37	71,2	10	19,2	52	100
2. El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente	5	9,6	31	59,6	16	30,8	52	100
3. Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente	4	7,7	15	28,8	33	63,5	52	100
4. Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente	12	23,1	30	57,7	10	19,2	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.8 **Apoyo y soporte de la institución para la seguridad del paciente:** Esta dimensión tiene por objetivo dar a conocer el apoyo que ha tenido la gerencia al despliegue de actividades que favorezcan la SP, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 69,2% de los participantes respondieron siempre ante la pregunta si la dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, seguido de un 30,8% (16) que respondió que algunas veces la dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueva la SP.

Con respecto a la pregunta si las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria, se puede observar que un 80,8% (42) respondió que siempre, lo cual significa que los participantes afirman que las acciones de los directivos muestran que la SP es prioritaria, seguido de un 19,2% (10) que menciona que algunas veces los directivos muestran que la SP es prioritaria.

La última pregunta, la N°3, que hace referencia si la dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso, se observa que el 48,1% (25) respondió que nunca la dirección se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre el EA, aunque un 34,6% (18) responde que algunas veces la dirección se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre el EA. Y un 17,3% (9) que responde que siempre dirección se muestra interesada después de que ocurre el EA, lo que nos lleva solo toman alternativas que lleven a la prevención SP cuando ya ha ocurrido el EA.

En relación a la dimensión “apoyo y soporte de la institución para la seguridad del paciente” el estudio hecho por Murillo (2020) reflejó que dentro de sus niveles (estratégico, táctico y operativo) es considerada en los tres niveles satisfactorios en menos del 50%, siendo el aspecto relacionado con el jefe inmediato quien se interesa por la seguridad del paciente el mejor calificado, el nivel estratégico es

quien considera un liderazgo aceptable en pro de la seguridad del paciente, pero el nivel operativo si percibe en un alto grado de satisfacción (82,1%) frente a este aspecto, asimismo, esta satisfacción se extiende al ambiente que propicie a la SP, el cual tiene en promedio satisfacción un 87%. En el estudio realizado por Molina y Sepúlveda (2020) se interesan por la seguridad del paciente y muestran con hechos que es una de sus prioridades, mientras que igual proporción de los jefes inmediatos no pasan por alto ningún problema relativo a la seguridad del paciente y se interesan por preservarla, al igual que propician un buen ambiente laboral para el cuidado del paciente.

Así pues, nuestro estudio, en concordancia con la dimensión mencionada, muestra un 66% de respuestas positivas, lo que refleja el compromiso por parte de los directivos promover la seguridad del paciente. Dato que cabe resaltar es el 80% de respuestas positivas que recibió el criterio “las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria” lo que demuestra la excelente percepción por parte de los participantes ante sus directivos frente a la SP.

Tabla 29:

Apoyo y soporte de la institución para la seguridad del paciente

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		Algunas veces		Nunca			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Total Fr (%)
1. La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	36	69,2	16	30,8	0	0,0	52	100
2. Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	42	80,8	10	19,2	0	0,0	52	100
3. La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso	9	17,3	18	34,6	25	48,1	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.9 **Trabajo en equipo entre las áreas de la Clínica:** Esta dimensión tiene por objetivo dar a conocer la cooperación y el trabajo conjunto entre la áreas o servicios que favorezcan la SP, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 55,8% (29) de los encuestados respondieron que “siempre” cuando se les preguntó si las áreas de esta institución están bien coordinadas entre sí, seguido de un 40,4% (21) que respondieron que “algunas veces” estas instituciones están bien coordinadas entre sí, reflejando la colaboración y el ceñimiento hacia los procedimientos establecidos, y un 3,8% (2) respondieron que nunca.

Con respecto a la pregunta si hay cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente, se puede observar que un 50% (26) de los participantes respondieron que “siempre” hay cooperación entre las áreas, seguido de un 44,2% (23) que responden que “algunas veces” está presente la cooperación entre las áreas y un 5,8% (3) dice que nunca.

La pregunta N°3, que se refiere a que si frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución, se puede observar que un 32,7% (17) manifiesta que “algunas veces” es desagradable trabajar con personal de otras áreas, es decir, en ocasiones las relaciones laborales no son buenas, contrario a un 67,3% (35) que afirman que “nunca” es desagradable trabajar con colaboradores de otras áreas de la institución.

La pregunta N°4, que hace referencia a que si las relaciones interpersonales entre el jefe y los miembros del equipo de trabajo o departamento son cordiales, se puede observar que un 75% (39) de los encuestados manifiestan que “siempre” hay cordialidad entre los equipos de trabajo y departamentos, seguido de un 25% (13) que respondieron que “algunas veces” hay cordialidad entre estas partes.

La pregunta N°5, hace referencia a que si los trabajadores conocen la misión de la institución, del cual se puede observar que un 92,3% (48) afirman que conocen la

misión de la institución, el cual se refleja el compromiso y entrega de los participantes con la institución, seguido de un 7,7% (4) que manifiestan que “algunas veces” conocen la misión.

La pregunta N°6, donde se cuestiona a los participantes sobre si el trabajo que realizo me gusta, y se puede observar que un 92,3% (48) manifiestan que “siempre”, lo cual se refleja que los colaboradores se sienten cómodos y se identifican con sus funciones dentro de la institución, seguido de un 7,7% (4) respondieron que “algunas veces” les gusta el trabajo que realizan.

La última pregunta, la N° 6, donde se pregunta si existe armonía en las relaciones entre el jefe y el equipo de trabajo, de esto se puede observar que un 76,9% (40) de los participantes manifiestan que “siempre” hay armonía entre los jefes y el equipo de trabajo, seguido de un 23,1% (12) que respondieron que “algunas veces” no hay armonía entre ambas partes.

Con respecto a la dimensión “trabajo en equipo entre las áreas” en nuestra investigación se evidenció un 72% de respuestas positivas, lo que indica el buen trabajo colaborativo entre las áreas, resaltando las relaciones interpersonales entre jefes y miembros del equipo, en cambio con el estudio de *Burbano et al* (2018) se refleja que no hay una buena cooperación entre las áreas ya que obtuvo un 14,3% de respuestas positivas, lo que reflejó que un 72,4% responde negativamente ante el trabajo colaborativo. Por otra parte, el estudio realizado por Murillo (2020) se evidenció que más del 70% de los encuestados reflejan de manera positiva el trabajo colaborativo entre las áreas, cabe destacar que esta colaboración se refleja aún más en los niveles estratégico y operativo.

Tabla 30:

Trabajo en equipo entre las áreas.

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		**Algunas veces**		**Nunca**			
	Fr (N)	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Fr (%)**	**Fr (N)**	**Total Fr (%)**
1. Las áreas de esta institución están bien coordinadas entre sí	29	55,8	21	40,4	2	3,8	52	100
2. Hay cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente	26	50,0	23	44,2	3	5,8	52	100
3. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución	0	0,0	17	32,7	35	67,3	52	100
4. Las relaciones interpersonales entre el jefe y los miembros del equipo de trabajo o departamento son cordiales.	39	75,0	13	25,0	0	0,0	52	100
5. Los trabajadores conocen la misión de la institución	48	92,3	4	7,7	0	0,0	52	100
6. El trabajo que realizo me gusta	48	92,3	4	7,7	0	0,0	52	100
7. Existe armonía en las relaciones entre el jefe y el equipo de trabajo	40	76,9	12	23,1	0	0,0	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.10 Transiciones y no intervenciones de la institución.

Esta dimensión tiene por objetivo dar a conocer si existen problemas en las áreas durante los cambios de turno y la interacción entre las áreas o servicios que favorezcan o no a la SP, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 57,7% (30) de los participantes responden que “nunca” frente a la pregunta si la continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra, contrario a un 38,5% (20) que manifestaron que “algunas veces” se pierde la continuidad de la atención y un 3,8% (2) que respondieron que siempre.

Con respecto a la pregunta si frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno, se puede observar que un 69,2% (36) que equivale a más de la mitad de los encuestados afirmó que “nunca” se pierde información importante sobre el cuidado del paciente, seguido de un 28,8% (15) que manifestó que “algunas veces” se pierde información y un 1,9% (1) que respondió que “siempre”.

La pregunta N°3, hace referencia que si a menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución, de los cuales se puede observar que un 51,9% (27) manifiesta que “algunas veces” surgen problemas en el intercambio de información, contrario a un 46,2% (24) que afirmó que “nunca” se presentan estos problemas y un 1,9% (1) que respondió que siempre se presenta estos problemas.

La última pregunta, la N° 4, se refiere a que si los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes, se puede observar que un 84,6% (44) que equivale a más de la mitad de los encuestados manifiestan que “nunca” los cambios de turno son un problema para los pacientes, seguido de un 15,4% (8) que respondió que “algunas veces” se presentan problemas.

Con relación a la dimensión “transiciones y no intervenciones de la institución” se puede observar que el estudio realizado por Murillo (2020) que en sus niveles estratégico táctico y operativo, se obtuvieron un más del 50% de respuesta positiva, lo que refleja el compromiso por la continuidad de la atención y la organización de la información. Asimismo, el estudio de Molina y Sepúlveda (2020) reflejó que más del 45% de los de los encuestados están comprometidos con la SP, lo que no es una fortaleza, pero si una acción a mejorar, Por otra parte, el estudio de Castañeda y Henao (2015) se refleja un 62% de respuesta positiva, lo que en este aspecto los encuestados afirmaron que los procesos de información e interacción son efectivos, lo que se asemeja a nuestro estudio, el cual obtuvo un 64% de respuestas positivas.

Tabla 31:

Transiciones y no intervenciones de la institución.

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		Algunas veces		Nunca			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Total Fr (%)
1. La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra	2	3,8	20	38,5	30	57,7	52	100
2. Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno	1	1,9	15	28,8	36	69,2	52	100
3. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución	1	1,9	27	51,9	24	46,2	52	100
4. Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes	0	0,0	8	15,4	44	84,6	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.11 Percepciones generales de la seguridad.

Esta dimensión tiene por objetivo dar a conocer el clima organizacional con respecto a las relaciones con los compañeros, el trabajo en equipo, el liderazgo de los jefes, así como el compromiso por parte del personal, problemas relacionados con la SP y los procedimientos que favorezcan o no a la SP, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 59,6% (31) manifestó que están “de acuerdo” con que el clima organizacional en general dentro de la institución es favorable para desarrollar la seguridad del paciente, seguido de un 38,4% (20) que afirmó estar “totalmente de acuerdo” y un 1,9% que respondió estar en desacuerdo.

Con respecto a la pregunta si el personal está comprometido a hacer más trabajo por la seguridad del paciente, se pudo observar que un 67,3% (35) manifiesta estar “de acuerdo” con estar comprometido en hacer más en pro de la SP, seguido de un 28,8% (15) que afirma estar “totalmente de acuerdo” y un 3,8% (2) que respondió estas “en desacuerdo”.

La pregunta N°3, que se refiere a que si tienen problemas con la seguridad de los pacientes en esta área, se puede observar que un 61,5% (32) manifiesta estar “en desacuerdo” lo que significa que manejan adecuadamente la política de seguridad del paciente, seguido de un 23,1% (12) que afirmó estar “totalmente en desacuerdo” lo que reitera la postura mencionada anteriormente, y un 15,3% (8) que está “de acuerdo” en que se presentan problemas con la seguridad del paciente.

La última pregunta, la N°4, se refiere que si sus procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir, de esto se puede observar que un 67,3% (35) afirma que sus procedimientos son efectivos para prevenir fallas en la atención, seguido de un 17,3% que manifiesta estar “totalmente de acuerdo” lo que ratifica la postura de la respuesta anterior, un 13,5% (7) respondieron estar “en desacuerdo” y un 1,9% que respondió estar “totalmente en desacuerdo”.

En relación a la dimensión “percepciones generales de la seguridad” el estudio realizado por Castañeda y Henao (2015) reflejo un 62% de respuestas positivas, lo que refleja el compromiso por la seguridad del paciente, al contrario del estudio de *Burbano et al* (2018) los cuales obtuvieron un 75% de respuestas positivas frente a esta dimensión. Por otra parte, en nuestro estudio se obtuvo un 91% de respuestas positivas lo que refleja un gran compromiso por parte del personal asistencial.

Tabla 3211:
Percepciones generales de la seguridad.

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA								TOTAL	
	De acuerdo		Totalmente de acuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Total Fr (%)
1. Usted considera que en general, el clima organizacional con respecto a las relaciones con los compañeros, el trabajo en equipo, el liderazgo de los jefes y la comunicación en la institución es favorable para desarrollar la seguridad del paciente	31	59,6154	20	38,46	1	1,923	0	0	52	100
2. El personal está comprometido a hacer más trabajo por la seguridad del paciente	35	67,3077	15	28,85	2	3,846	0	0	52	100
3. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área	8	15,3846	0	0	32	61,54	12	23,1	52	100
4. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir	35	67,3077	9	17,31	7	13,46	1	1,92	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.12 Frecuencia de reporte de eventos.

Esta dimensión tiene por objetivo dar a conocer la frecuencia del reporte de un error que favorezcan o no a la SP, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 69,2% (36) de los participantes manifestaron que “siempre” que se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente es reportado, seguido de un 26,9% (14) afirmó que “algunas veces” que se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente es reportado y un 3,8% (2) respondieron que “nunca” se es reportado.

Con respecto a la pregunta si cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?, se puede observar que 57,7% (30) de los encuestados afirmaron que “siempre” que cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de hacer daño es reportado, seguido de un 38,5% (20) que manifestaron que “algunas veces” que cuando se comete un erro, pero no tiene el potencial de hacer daño se es reportado y un 3,8% (2) respondieron que “nunca2 se realiza el reporte.

La última pregunta, la N°3, se refiere a que si cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?, se pudo observar que un 59,6% (31) manifiestan que cuando se comete un error que tiene el potencial de hacer daño “siempre” se es reportado, seguido de un 32,7% (17) que respondieron que cuando se comete un error que tiene el potencial de hacer daño “algunas veces” se es reportado y un 7.7% (4) respondió que “nunca” se reporta.

De acuerdo a la dimensión “frecuencia de reportes de eventos” podemos observar que nuestro estudio obtuvo un 62,2% de respuestas positivas, un porcentaje aceptable en razón de la SP, el estudio realizado por Murillo (2020) se evidenció que más del 90% de sus niveles (estratégicos, táctico y operativo) dieron respuestas

positivas ante esta dimensión, al igual que el estudio de Molina y Sepúlveda (2020) el cual se obtuvo más del 70% similitud al estudio de Castañeda y Henao (2015) que tuvo el mismo porcentaje. Por otro parte, el estudio de Burbano *et al* (2018) también se observó que tuvo excelentes resultados, el cual se refleja en más del 80% de respuestas positivas ante la dimensión mencionada.

Tabla 33:

Frecuencia de reporte de eventos.

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA						TOTAL	
	Siempre		Algunas veces		Nunca			
	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Fr (%)	Fr (N)	Total Fr (%)
1. Cuando se comete un error (incidente), pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	36	69,2	14	26,9	2	3,8	52	100
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	30	57,7	20	38,5	2	3,8	52	100
3. Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	31	59,6	17	32,7	4	7,7	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.13 Número de eventos reportados

Un 75% (39) no reportó ningún evento, error, fallas de la atención o indicios de atención insegura, el 13,5% (7) reporto de 1 a 2, el 9,6% (5) reporto en los últimos 6 meses de 3 a 5, y un 1,9% (1) manifestó que reporto 21 reportes o más.

Con relación al "número de eventos reportados" en nuestro estudió en relación a los pasados 6 meses, el 75% (39) de los encuestados respondieron que no se había reportado ningún evento, el 14% (7) sostuvo que de 1 a 2 reportes, seguido del 9,6% (5) que respondió que de 3 a 5 reportes y el 1,9% (1) respondió que 21 reportes o más.

Tabla 34:
Número de eventos reportados.

En los pasados 6 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?

RANGOS	Fr (N)	Fr (%)
Ningún reporte	39	75,0
De 1 a 2 reportes	7	13,5
De 3 a 5 reportes	5	9,6
21 reportes o más	1	1,9
De 6 a 10 reportes	0	0,0
De 11 a 20 reportes	0	0,0
Total general	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.14 Grado de seguridad del paciente.

Esta investigación arrojo que el 50% (26) de los encuestados le da a su área un grado de seguridad del paciente “muy buenos”, el 27% (15) le da un grado de SP de “excelente”, y el 23,1% (12) de aceptable.

Tabla 35:
Grado de seguridad del paciente.

Por favor, asignarle a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente

RANGOS	Fr (N)	Fr (%)
Muy buenos	26	50
Excelente	14	26,9
Aceptable	12	23,1
Pobre	0	0
Malo	0	0
Total general	52	100

Fuente: Elaboración propia.

5.2.15 Preguntas complementarias.

En esta sección se busca indagar más la percepción, proceso de identificación de las causas que condujeron a la ocurrencia de un evento adverso, las actividades para la reducción y prevención de EA, capacitación y retroalimentación, de los cuales a través de la indagación que realizaron los investigadores se encontró que;

Un 42,3% (22) percibe usted la seguridad del paciente “muy buena”, el 44,2% (23) la percibe como “buena”, un 11,5% (6) como “aceptable” y un 1,9% (1) lo percibe como pobre.

Tabla 35:

Preguntas complementarias

Como percibe usted la seguridad del paciente, en una escala de 1 a 5 donde 1 es muy mala y 5 es muy buena

RANGO	Fr (N)	Fr (%)
5	22	42,3
4	23	44,2
3	6	11,5
2	1	1,9
1	0	0,0
Total general	52	100

Fuente: Elaboración propia.

Un 46,2% (24) manifiestan que proceso de identificación de las causas que condujeron a la ocurrencia de un evento adverso es el “protocolo de Londres”, el 28,8% (15) respondieron que “otro”, el 17,3% (9) afirmó que es la “Espina de pescado” y un 7,7% (4) respondió que es el “Modo falla efecto”.

Tabla 36:

Preguntas complementarias.

¿Cómo es el proceso de identificación de las causas que condujeron a la ocurrencia de un evento adverso?

RANGO	Fr (N)	Fr (%)
Protocolo de Londres	24	46,2
Otro	15	28,8
Espina de pescado	9	17,3
Modo falla efecto	4	7,7
Total general	52	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la pregunta ¿Qué actividades se están realizando desde el área administrativa, para preparar al personal asistencial, en la reducción y prevención de los eventos adversos?, se puede observar que un 58,3% (42) manifestó que “capacitación”, el 23,6% (17) responde que es el “seguimiento”, un 15,3% (11) menciona que son las “ronda de enfermería” y un 2,8% (1) que “otras” actividades.

Tabla 37:
Preguntas complementarias.

¿Qué actividades se están realizando desde el área administrativa, para preparar al personal asistencial, en la reducción y prevención de los eventos adversos?

RANGO	Fr (N)	Fr (%)
Capacitación	42	58,3
Seguimiento	17	23,6
Ronda de enfermería	11	15,3
Otros	2	2,8
Total general	72	100,0

Fuente: elaboración propia.

Ante la pregunta ¿La última vez que usted recibió capacitación de seguridad del paciente fue?, se puede observar que un 44,2% (23) manifiestan que fue “hace 6 meses”, el 32,7% (17) que fue “hace 2 meses”, un 9,6% (1) “hace 15 días”, el 5,8% menciona que fue “hace un mes”, mientras que un 3,8% (2) dice que fue “nuca ha sido capacitado” y un 1,9% (1) hace “más de un año”.

Tabla 3812:
Preguntas complementarias.

¿La última vez que usted recibió capacitación de seguridad del paciente fue?

RANGO	Fr (N)	Fr (%)
Hace 6 meses	23	44,2
Hace 2 meses	17	32,7
Hace 15 días	5	9,6
Hace más de 6 meses	1	1,9
Hace un mes	3	5,8
Más de un año	1	1,9
Nunca ha sido capacitado	2	3,8
Total general	52	100

Fuente: Elaboración propia.

Un 88,4% (46) que equivale a más de la mitad de los encuestados, manifiestan que Cuándo se presenta un evento adverso, una vez analizado y diseñadas las estrategias de mejora “si” es retroalimentado, contrario a un 11,5% (6) que afirmó “no” ser retroalimentado.

Tabla 39:
Preguntas complementarias

Cuando se presenta un evento adverso, una vez analizado y diseñadas las estrategias de mejora, ¿usted es retroalimentado?

RANGO	Fr (N)	Fr (%)
Si	46	88,4615
No	6	11,5385
Total general	52	100

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la pregunta ¿Cómo es retroalimentado?, complemento de la tabla anterior, se puede observar que un 38,5% (20) manifiestan que mediante “reunión en el servicio”, un 34,6% (18) respondieron que “personalmente en la oficina con el

jefe", el 13,5% (7) respondió a través de circular informativa, por otra parte el 7,7% (4) afirmó que por medio de un "boletín en cartelera, correo institucional, página web institucional y un 1,9% (1) dicen que a través de "información por el jefe inmediato, capacitaciones y que no es retroalimentado".

Tabla 40:
Preguntas complementarias.

¿Cómo es retroalimentado?		
RANGO	**Fr (N)**	**Fr (%)**
Reunión en el servicio	20	38,5
Personalmente en la oficina con el jefe	18	34,6
Circular informativa	7	13,5
Boletín en cartelera, correo institucional, página web institucional	4	7,7
Informada por jefe inmediato	1	1,9
Capacitaciones	1	1,9
No es retroalimentado	1	1,9
Total general	52	100

Fuente: elaboración propia.

Por tanto, dentro de la investigación en cuestión, se observan fortalezas como el "aprendizaje organizacional – mejoramiento continuo", "trabajo en equipo entre las áreas", "percepciones generales de la seguridad", los cuales dichas dimensiones, así como entre otras que no se mencionaron, contribuyen al compromiso hacia la Seguridad del Paciente. El interés hacia el análisis de los errores, las actividades para mejorar la SP y el trabajo conjunto dentro de la organización estimulan siempre a mejorar los procesos de la organización y la humanización de la atención sanitaria.

Así pues, basados en nuestra percepción y el análisis de la información la IPS objeto de investigación tiene un nivel aceptable de Clima Organizacional para la Seguridad del Paciente, ya que en la mayoría de las dimensiones evaluadas en esta institución presentan unos buenos resultados positivos, aunque en lo que concierne a la dimensiones "respuesta no punitiva al error", " actitud de comunicación abierta",

“recursos humanos “ y percepción generales de la seguridad” se presentan como oportunidades de mejoras debido a su alta representación de respuestas negativas por parte de los encuestados.

A lo referente a la encuesta sobre el Clima sobre SP persiste una limitante en su interpretación, debido a sus opciones de respuesta (“Algunas Veces”) ya que esta opción de respuesta les da a los participantes encuestados la alternativa de no asumir una postura en concreta con respecto a las preguntas. Otra dificultad se puede ver reflejada en las preguntas formuladas negativamente, debido a que estas dificultan su adecuada interpretación.

5.2.16 Clima para la seguridad del paciente pacientes ítems a verificar en IPS de tercer nivel en la ciudad de Montería

Tabla 41:
Porcentaje de cumplimiento para clima de seguridad del paciente.

N° de criterios	CLIMA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	% De cumplimiento
1	Percepciones generales de la seguridad	91
2	Trabajo en equipo entre las áreas de la Clínica	73
3	Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo	72,4
4	Apoyo y soporte de la institución para la seguridad del paciente	66
5	Transiciones y no intervenciones de la institución	64
6	Frecuencia de reporte de eventos	62,2
7	Trabajo en equipo dentro de las áreas	61,5
8	Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad	59,1
9	Retroalimentación y comunicación sobre el error	53,8
10	Respuesta no punitiva al error	51
11	Recursos humanos	31

12	Actitud de comunicación abierta	26,3

Fuente: Encuesta de clima para la seguridad del paciente.

5.3 ORDENAMIENTO DE LAS DIMENSIONES

En las tablas 34 y 35 se observa los resultados consolidados de cada una de las dimensiones que integran el Clima Organizacional para la Seguridad del Paciente.

Tabla 42:
Orden de las dimensiones (de mayor a menor) según % de respuestas positivas

DIMENSIÓN	% Respuestas Positivas
Percepciones generales de la seguridad	91
Trabajo en equipo entre las áreas de la Clínica	73
Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo	72,4
Apoyo y soporte de la institución para la seguridad del paciente	66
Transiciones y no intervenciones de la institución	64
Frecuencia de reporte de eventos	62,2
Trabajo en equipo dentro de las áreas	61,5
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad	59,1
Retroalimentación y comunicación sobre el error	53,8
Respuesta no punitiva al error	51
Recursos humanos	31
Actitud de comunicación abierta	26,3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 43:

Orden de las dimensiones (de mayor a menor) según % de respuestas negativas

DIMENSIÓN	% Respuestas Negativas
Respuesta no punitiva al error	49
Actitud de comunicación abierta	32,1
Recursos humanos	15
Percepciones generales de la seguridad	9
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad	5,9
Trabajo en equipo dentro de las áreas	5,8
Retroalimentación y comunicación sobre el error	5,8
Apoyo y soporte de la institución para la seguridad del paciente	5,8
Frecuencia de reporte de eventos	5,1
Transiciones y no intervenciones de la institución	2
Trabajo en equipo entre las áreas de la Clínica	1,4
Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo	0

Fuente: Elaboración propia.

5.4 IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA.

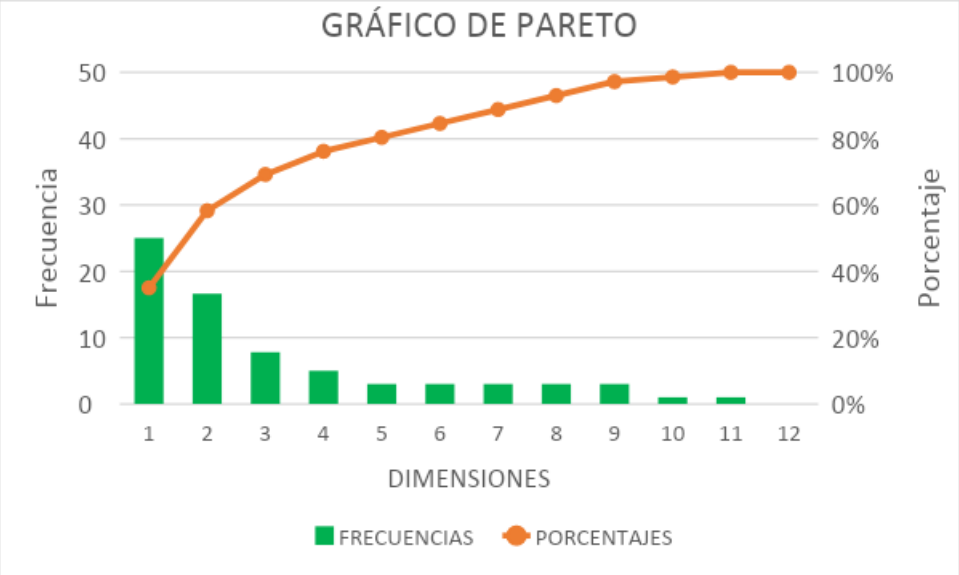
A continuación se realizó el análisis de las respuestas negativas dadas en las dimensiones, con el fin de identificar aquellas dimensiones constituidas como oportunidades de mejora en la toma de decisiones en materia de Clima Organizacional para la Seguridad del Paciente.

Así pues, para lo anterior se aplicó el principio de Pareto el cual:

> Es "también conocido es como **la regla del 80-20** y **ley de los pocos vitales**. Describe el fenómeno estadístico por el que en cualquier población que contribuye a un efecto común, es una proporción pequeña la que contribuye a la mayor parte del efecto.(Kiremire, A. R. 2011).

Teniendo en cuenta lo anterior, se pudo encontrar que las primeras cuatro dimensiones identificadas como oportunidades de mejora son: respuesta no punitiva al error, actitud de comunicación abierta, recursos humanos y percepciones generales de la seguridad. Con base a esto, se tuvo en cuenta que los porcentajes de cada una de las dimensiones antes mencionadas, sumadas entre sí, dan más del 50% de las respuestas negativas (ilustración 4, tabla 36). Por lo anterior es de vital importancia que la Institución asuma dentro de sus prioridades en materia de SP, realizar un plan de mejoramiento para estas dimensiones y los ítems que la integran.

Ilustración 1: Gráfico de Pareto



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 44:

Dimensiones para oportunidades de mejora

1. Respuesta no punitiva al error
2. Actitud de comunicación abierta
3. Recursos humanos
4. Percepciones generales de la seguridad
5. Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad
6. Trabajo en equipo dentro de las áreas
7. Retroalimentación y comunicación sobre el error
8. Apoyo y soporte de la institución para la seguridad del paciente
9. Frecuencia de reporte de eventos
10. Transiciones y no intervenciones de la institución
11. Trabajo en equipo entre las áreas de la Clínica
12. Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo

Fuente: Elaboración propia.

6. CONCLUSIÓN

El trabajo anterior, parte de la necesidad de evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud, que desde las disposiciones del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud (SOGCS) busaca prevenir, reducir o eliminar la ocurrencia de eventos adversos.

Su objetivo plateo la evaluación de las buenas prácticas de Seguridad del paciente y el clima de la seguridad del paciente (SP) en una IPS del municipio de montería, de la cual se obtuvieron los resultados interpretados anteriormente, contrastados con investigaciones previas en alineación con los resultados esperados, la cual toma como bases teóricas los conceptos de calidad asistencial, seguridad del paciente, cultura de seguridad y eventos adversos en salud.

En este sentido, el contraste de los resultados con los trabajos de otros autores, permite inicialmente establecer un vínculo entre las dos variables principales de la investigación, el clima y la seguridad del paciente, limitándose a un número considerablemente finito de aspectos comunes asociativos entre ambas variables.

A la luz de los resultados encontrados en la investigación que se realizó en una IPS de la ciudad de Montería, los investigadores a través de la recolección y análisis de la información de los dos instrumentos aplicados, en primer lugar al personal asistencial (encuesta de clima para la SP) y en segundo lugar al Comité de Seguridad del Paciente de la institución (lista de chequeo).

En respuesta al primer objetivo específico, se realizó la caracterización socio demográficas de la población objeto de estudio .el 79% de los 29 funcionario encuestados son de género femenino, de los cuales el 41% se encuentra en un rango de edad de entre los 18 y 30 años.

De igual manera se aplica la lista de chequeo para las buenas prácticas de la seguridad del paciente, de la cual se evidencia falencias en dos aspectos

fundamentales como lo son: programa de seguridad del paciente y monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. El cual comparado con otras instituciones del departamento, presentan brechas de incumplimiento, según la población encuestada. Es por esto que se propone un plan de mejoramiento en el cual se fortalezcan estas variables y se mejore en la definición e implementación de un sistema de análisis de causa, seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados y seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación. Esto con el objetivo de garantizar la seguridad de los pacientes.

De igual manera, de lo anterior, se pudo dar respuesta al segundo objetivo "Caracterizar el clima Organizacional para la Seguridad del Paciente en una I.P.S de la ciudad de Montería" donde inicialmente se pudo observar que el personal asistencial en su mayoría se encuentra integrado por el género femenino, además la formación académica más representativa es la Técnica y la mayor parte del personal encuestado lleva entre 11 a 20 años laborando en la institución.

Asimismo, se evidencio que dentro de las expectativas y acciones del supervisor que promueven la SP, se destaca las respuestas positivas ante esta dimensión, observando que son bien recibida las sugerencias, se toma en cuenta los problemas de SP, así como promover la iniciativa y participación de los colaboradores en la toma de las decisiones, el trato digno y respetuoso, y la resolución de los conflictos de la manera más satisfactoria. El aprendizaje organizacional, se muestra como una fortaleza de la organización, donde las actividades en pro de la SP, la evaluación de las mismas y el análisis de los errores demuestra un compromiso de la institución hacia el mejoramiento continuo.

Así pues, en lo que concierne al trabajo en equipo dentro de las áreas los encuestados responde de manera positiva (aunque no considerada una fortaleza)

se muestra que en la mayoría de las veces las áreas se apoyan unas a otras cuando la labor es mucha, se evidencia el trabajo colaborativo y el trato entre colaboradores es respetuoso, lo que se traduce en trabajo en equipo. La retroalimentación y comunicación sobre el error, se evidencia como una dimensión positiva, donde la circulación de la información frente a los cambios frente a la SP, el reporte de EA y la falla en la atención, es buena, la discusión frente a prevenir fallas de la atención hacen parte de sus temas de interés, así como prevenir que los errores en la atención no sean atribuibles al personal.

De acuerdo al apoyo y soporte de la institución para la SP, la institución se encuentra en un nivel positivo, donde el ambiente laboral es adecuado para la SP, las medidas utilizadas en pro de estos son altamente prioritarios y no solo cuando ocurre el error. El trabajo en equipo entre las áreas, por su parte se considera una fortaleza a destacar, ya que la coordinación y cooperación, las relaciones interpersonales, conocimiento sobre la plataforma estratégica y la armonía son percibidas por los encuestados de manera positiva y además muy identificados por estos.

Por otra parte, las transiciones y no intervenciones de la institución se enmarcan por parte de los encuestados como una dimensión positiva, ya que la atención, la protección de la información, el intercambio de los mismos y los cambios de turnos, no se refleja como un problema o situación que ponga en riesgo la atención sanitaria. La frecuencia de reporte de eventos, se evidencia como una dimensión positiva, debido a que el personal asistencial demuestra gran interés al reporte de los eventos que tanto puedan o no dañar la salud de los pacientes, esto contribuye al mejoramiento continuo, así como a las acciones de mejora.

Sin embargo, las dimensiones respuestas no punitiva al error, actitud de comunicación abierta, recursos humanos y percepciones generales de la seguridad (aunque este último sea una fortaleza), son dimensiones que se muestran como oportunidades de mejora que deben ser atendidas por parte de la institución que ha sido objeto de estudio, aunque, frente al número de reporte de EA, los encuestados

señalan que en los pasados 6 meses no se evidenció ningún reporte, y le asignan a su área de trabajo un grado de seguridad de paciente muy bueno.

Por lo tanto, podemos señalar que el Clima Organizacional para la seguridad del paciente en la IPS de la ciudad de Montería es de manera aceptable, lo que quiere decir que en cierto modo la institución se encuentra comprometida con la calidad en la atención sanitaria y el bienestar de los usuarios que hacen parte de la misma. Lo que nos hace reflexionar y poner de manifiesto que es deber de toda institución de salud velar por el cuidado de la salud de los usuarios que llegan a solicitar los servicios en salud, y tender siempre al mejoramiento continuo.

7. RECOMENDACIONES

Según lo evidenciado, se recomienda realizar promoción, resocialización, y despliegue del sistema de análisis de causa de las fallas en la atención en salud, realizar despliegue del sistema de análisis de causa de las fallas en la atención en salud y realizar seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas.

Se sugiere a la gerencia y los jefes inmediatos hacer aclaración ante el personal sobre que los errores que se comenten en la atención sanitaria son o no registrados en las hojas de vida, aunque preferiblemente sería que no sean registrados, ya que el cometer errores es totalmente humano, además que esta situación tendría consecuencias negativas porque habría eventos que se reportaría por miedo.

Fomentar la participación y la libre expresión del personal ante las situaciones que podría afectar al paciente, así como expresar punto de vista antes las decisiones de los jefes y despejar dudas sobre los procesos y decisiones, ya que al negar esta oportunidad se estaría prohibiendo la oportunidad de encontrar una solución mucho más factible ante los problemas.

Considerar la cantidad de personal que contribuye a la prestación del servicio, ya que estos contribuyen a la misión de la institución, a mejorar las horas laborales y que estén de acuerdo a la ley, evitar las contrataciones temporales y saltar los procesos.

Realizar encuestas con preguntas abierta para conocer las percepciones del personal frente a la seguridad del paciente, que se expresen libremente y aporten soluciones ante los problemas que puedan presentarse.

Tabla 13:
Plan de mejoramiento

PLAN DE MEJORAMIENTO					
¿Qué?	**¿Quién?**	**¿Dónde?**	**¿Cuándo?**	**¿Por qué?**	**¿Cómo?**
Fortalecer el despliegue y adherencia al sistema de análisis de causa de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad.	Dirección, calidad y comité de seguridad del paciente	En el comité de seguridad y talento humano relacionado.	Cada cuatro o seis meses, o cuando sean remplazados los integrantes del comité de seguridad.	Facilita la toma de decisiones, permite tomar medidas de mejoramiento y fortalece el programa de seguridad del paciente.	A través de la promoción, resocialización, despliegue del sistema de análisis de causade las fallas en la atención en salud, charlas o plegables.
Identificación, caracterización de los riesgos y promoción de la calidad y el mejoramiento continuo.	Calidad, comité de seguridad del paciente, talento humano.	En el talento humano asistencial y/o relacionado. En cada unidad asistencial.	Cada mes En cada proceso asistencial Cuando por prioridad del	Permite gestionar los riesgos, minimiza los indicadores de ocurrencia de EA y permite tomar acciones	Fortaleciendo el seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos

			caso sea meritorio.	preventivas, fortalece la calidad y promueve el mejoramiento continuo.	asistenciales priorizados. Haciendo promoción y socialización de la importancia de tal proceso.
Mejorar los indicadores de calidad y adherencia al manual de las buenas prácticas.	Calidad	En cada unidad asistencial o de apoyo diagnóstico, o en las especificadas por el SUH.	Cada mes	Fortalece integralmente el programa de seguridad del paciente, es obligatorio, fortalece el clima de seguridad, ayuda a minimizar los indicadores de ocurrencia de eventos adversos.	Haciendo seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas. Socialización y promoción, charlas o folleto.
Incertidumbre por parte del personal asistencial a la hora de hacer el reporte de EA	Talento Humano	Espacio de desarrollo de las actividades diarias.	Cuando están realizando sus actividades y/o funciones dentro de la	Cuando se es denunciado el EA, creen que es denunciado la persona y no el	Cuando no hay claridad en la información sobre los procesos a seguir al momento

			institución de salud en los horarios o turnos pactados.	problema y este quede registrado en sus hojas de vida.	del reporte EA y/o si hay consecuencias para el colaborador que comete el error.
Deficiencia a la hora de expresar ideas, opiniones y cuestionamientos frente a decisiones y/o actividades	Jefes inmediatos	Espacio de desarrollo de las actividades diarias.	Cuando están realizando las actividades y/o funciones y durante las reuniones donde se toman decisiones frente a la SP.	Temor de hablar sobre algo que puede afectar negativamente al paciente, así como hacer preguntas frente a las decisiones y aportar soluciones más favorables.	No se cumple con el trabajo en equipo y la participación de los empleados en las tomas de las decisiones, lo cual impide la oportunidad de encontrar soluciones las factibles y de gran impacto.
Falta de personal para el cumplimiento de actividades.	Talento Humano	Área trabajo.	Al momento de realizar las actividades diaria y/o funciones para brindar una atención oportuna y de calidad.	Falta de personal para realizar el trabajo, lo que conlleva al; trabajar más horas, contratación de personal temporal y trabajar más rápido saltándose	La insuficiencia de personal asistencial conlleva al sobre esfuerzo, bajo rendimiento y muy propensos a cometer errores que pongan el riesgo el bienestar del paciente.

	algunos procesos fundamentales.

Fuente: Elaboración propia.

8. Referencias

Ahumada, L. (2001). “Teoría y cambio en las organizaciones”, Editorial de Valparaíso

Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente. *Carga mundial de discapacidad y daño producida por la atención insegura.*.(2008). Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

Alvarado-Guevara, A. T., & Flores-Sandí, G. (2009). Errores médicos. Acta médica costarricense, 51(1), 16-23.

Aranaz, J. M., & Agra, Y. (2010). La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos.

Aranaz, J. M., & Moya, C. (2011). Seguridad del paciente y calidad asistencial. RevCalidAsist, 26(6), 331-2.

Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2005). Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Madrid, MSC, 169.

Arpí, L., Panattieri, N. D., Godio, C., Sabio Paz, V., &Dackiewicz, N. (2017). Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina: Estudio transversal. Archivos argentinos de pediatría, 115(1), 82-88.

Astier-Pena, M. P., Torijano-Casalengua, M. L., & Olivera-Cañadas, G. (2016). Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. Atención Primaria, 48(1), 3. , Pages 3-7, ISSN 0212-6567, https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.001. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715002474

Batanero Brausin, J. A., & Sánchez Sánchez, C. A. (2008). Propuesta de mejora al clima organizacional de Danaranjo SA con base en su valoración a través del instrumento IMCOC.

Bernalte-Martí, O.-C. &.-S. ((2015).). Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. EnfermeriaClinica, 25.

Burbano Sandoval, A. J., Romero Rangel, A. C., Romero Cupajita, L. C., & Ramos Convers, M. G. Medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia.

Burgos Hernández, C., & Hernández Argel, E. (2020). Evaluación del cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE CAMU Santa Teresita–Lorica, 2020.

Burbano Sandoval, A. J., Romero Rangel, A. C., Romero Cupajita, L. C., & Ramos Convers, M. G. Medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia.

Castañeda Jaramillo, S. C, & Henao Mazo Y. (2015). Clima de seguridad del paciente Hospital General de Medellín, 2015 (Doctoral dissertation, Universidad de Antioquia)

Castillo, J. J., & Prieto, C. (1990). Condiciones de trabajo. Un enfoque renovador de la sociología del trabajo, Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas, 132-135.

Chiavenato, I. (2001). Administración. Proceso Administrativo. Editorial McGraw-Hill, 3.

Chiavenato, I. (2007). Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones.

Congreso de la República. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias. Ley 715 (2001). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html

Constitución Política de Colombia. (1991). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Córdoba Cabrera, Á. S., & Bejarano Lemus, K. L. (2020). Adherencia del personal de enfermería a la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de una IPS de tercer nivel de la ciudad de Cali, en el segundo trimestre del año 2020 (Doctoral dissertation, Universidad Santiago de Cali).

Dalton, M., & Watts, D. (2007). Relaciones humanas. Obtenido de https://es.scribd.com/document/.../Relaciones-Humanas-Dalton-3ra-Full-Permission

De la Hoz Del Villar, L., Castilla Martínez, Y., Daza Mengual, W., Freyle Rosado, K., Hidalgo Pino, L., Mercado Guzmán, J., ...& Rojas Bolívar, D. (2020). Evaluación de percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en el Departamento del Atlántico y la Guajira-Colombia.

De la Salud, A. M. (2002). 55a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 13-18 de mayo de 2002: actas resumidas de la comisiones y de las mesas redondas ministeriales: informes de las comisiones (No. WHA55/2002/REC/3). Organización Mundial de la Salud.

De La Salud, A. M. (2002). Calidad de la atención: seguridad del paciente: informe de la Secretaría (No. A55/13). Organización Mundial de la Salud.

Díaz Morelo, M. D. J., &VasconezMestra, Y. P. (2020). Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la empresa social del estado Camu del Prado, de Cereté Córdoba-2019.

Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). To err is human: building a safer health system (Vol. 6). NationalAcademiesPress.

Dos Santos Silva, A. (2021). Cultura de seguridad del pacienteenEnfermeras de CuidadosCríticosPediátricos y Neonatales.

Edmondson, A. C. (2004). Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. BMJ Quality& Safety, 13(suppl 2), ii3-ii9.

Espitia, E. E., Ocampo, M., De la Ossa, P. A., &Tatis, M. M. (2015). Seguridad del paciente en cuatro Empresas Sociales del Estado de segundo nivel del Departamento de Córdoba. *cultural del cuidado*, 12(1) 29-37.

Fonseca-Mesa DA, Serpa-Pérez PC, Arias-Botero JH. Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. Salud UIS. 53:e21006. doi:

https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21006

Gaitán Quintero, L. M., & Garzón Quintero, A. (2011). Evaluación de la existencia de un protocolo sobre buenas prácticas para la seguridad del paciente e identificación de los factores de riesgo en la Corporación IPS Tolima sede Interlaken y elaboración de un plan de mejoramiento para la prevención de eventos adversos (Bachelor'sthesis, Universidad Ean).

García Solarte, M. (2009). Clima organizacional y su diagnóstico: una aproximación conceptual. Cuadernos de Administración (Universidad del Valle), (42), 43-65.

Gas, H. A. (2005). El error médico: Eventos adversos. Revista CONAMED, 11(4), 36-41.

Henríquez Rodríguez, I. (2021). FACTORES LABORALES COMO DETERMINANTES DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES EN EL

PERSONAL DE SALUD. Enfoque. Revista Científica De Enfermería, 28(24), 34-47. Recuperado a partir de https://www.revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2162

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. P. (2014). Metodología de la investigación. Mcgraw-hill.

Hipócrates de Cos (c. 460-370 a. C.). Of theEpidemics. (Epidemias, libro I, sección II, número V): http://classics.mit.edu/Hippocrates/epidemics.1.i.html

Kiremire, A. R. (2011). The application of the pareto principle in software engineering. ConsultedJanuary, 13, 2016

La Quinta Disciplina. Ed. Granica, S. A. Barcelona, 1992.

Laborde, M. M., Velázquez, M. T. G., Andrés, J. M. A., Forner, G. R., & Rosique, A. F. C. (2020). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Gaceta Sanitaria, 34(5), 500-513.

Meléndez C, G. R. (2014). Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. Rev Cuidarte., 12.

Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, Seguridad Del Paciente y Atención Segura. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. (2015): https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf

Ministerio de Salud y Protección social. Anexo Técnico. “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”. Resolución 1446. (2006).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2008.

Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Bogotá D.C.: Fundación FITEC; 2007.

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia. Seguridad del Paciente. (2008). https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

Ministerio de Salud y protección Social. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Decreto 1011(2006). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de Salud y protección Social. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. RESOLUCIÓN NÚMERO 3100 DE 2019. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación - Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones. Resolución 1740 de 2008. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_1740_de_2008.pdf

Ministerio de Salud y Protección social. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1122 de (2007). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html

Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. ley 1438 de 2011. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Ministerio de Salud y Protección Social. Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. Ley Estatutaria en salud (ley 1751 de 2015). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y protección Social. Sistema de Seguridad Social Integral. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (1993). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Molina Marín, D. M., & Sepúlveda Andrade, N. L. (2020). Clima organizacional y seguridad del paciente en las entidades prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad en el departamento de Caldas. 2019.

Montes, E., Navarro, N., & Ocampo, M. (2018). Comportamiento de indicadores de calidad en instituciones prestadoras de salud Monteria, 2015. *Cultura del Cuidado*, 15(1) 38-47.

Moyano Avila, A. M. (2014). Relaciones sociales en contextos organizacionales (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).

Murillo Caicedo, E. (2020). Clima organizacional y la seguridad del paciente en las entidades prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad de la red pública del departamento de Chocó. 2019.

Navarro, J. A. G., Almazán, E. M., Romero, C. M., &Benaiges, P. M. Definición de calidad asistencial.

Nonaka, I., &Takeuchi, H. (1999). La organización creadora de conocimiento: cómo las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación (pp. 61-103). México: Oxford University Press.

Official Records Of The World Health Organization. Documentos Oficiales de la Organización Mundial de la Salud. (19 de Junio de 1946). *(N° 2)*, 100. New York. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=D16F81E4122B82C4963E387B5980895D?sequence=1

Orgaización Mundial de la Salud. *La Organización Mundial de la Salud y sus asociados instan a una intensificación de las investigaciones para mejorar la seguridad del paciente*. (24 de Septiembre de 2007): https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/es/

Organización Mundial de la Salud. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo (WHO, 2009). https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. *Seguridad del Paciente*. (13 de Septiembre de 2019).OMS (organización Mundial de la Salud): https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

Orgnaización Mundial de la Salud. seguridad del paciente. (2020). https://www.who.int/topics/patient_safety/es/

Reyes, R. P. O., Gavilano, L. E. P., & Arias, R. A. R. (2021). Clima organizacional y cultura de seguridad de enfermería en un Instituto de Salud Materno Perinatal. Revista Cubana de Enfermería, 37(2).

Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *28*(5), 785-795. ISSN 0716-8640, https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017

.08.006http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268

Rodríguez-Herrera, D. R., &Losardo, R. J. (2018). Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civiliza-ción hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. *Hospital Gral. de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"*, *131*(4), 25.

Rojas González, A. A. (2014). Modelos de gestión por procesos integrados en salud. Ene, 8(3), 0-0.

Romero, González, y Calvo, M. S. (2019). Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. Educación Médica, 20, 169-174. ISSN 1575-1813,

https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.027.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301651

Romero, M. P., González, R. B., & Calvo, M. S. R. (2017). La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. AtenciónPrimaria, 49(6), 343-350.

Safety, W. P., & World Health Organization. (2010). Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009 (No. WHO/IER/PSP/2010.2). World Health Organization.

Salcedo Salgado, J. D. (2018). Evaluación del programa para la seguridad del pacienteen IPS Santa Marta y Ciénaga 2018 (Master'sthesis, Universidad del Norte).

Schimmel, E. M. (1964). The hazards of hospitalization. Annals of internal Medicine, 60(1), 100-110.

Segredo Pérez, A. M. (2017). Instrumento para la evaluación del clima organizacional en salud. Revista Cubana de Salud Pública, 43, 57-67.

Senge, P. (1992). “Thefifth Discipline”. Doubleday. Nueva York. Versión en castellano:

Tola, J. D., Briones, J. C., Grunauer, F. a., & Zambrano, J. A. (2020). Seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. *Reciamuc, 4*(3), 90-98. doi:10.26820/

Valencia, M. L. J., Alvarado, A. L. A., Arciniegas, C. N. M., Galán, A. V. L., Jiménez, V. A. M., & García, C. I. P. (2021). Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. *RevistaCuidarte*, *12*(1).

Vincent C. Patient safety. London: Churchill-Livingstone; 2006: https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=CbJwsamhVdoC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Vincent+C.+Patient+safety.+London:+Churchill-Livingstone%3B+2006&ots=NEl7Who5Bb&sig=jiXrvvynKWC_I_p8prg1HzNfgLk#v=onepage&q&f=false

Yepes Manco, D., Valencia Duque, H. D., Jaramillo Madrigal, K., Gómez García, S., &Asís Ramírez, Y. P. (2020). Informe de verificación de las condiciones de calidad del prestador de servicios de salud ESE Hospital Nuestra Señora de la Candelaria del municipio de Guarne (Doctoral dissertation, Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de CienciasEconómicas, Administrativas y Contables, EspecializaciónenGerencia de la Calidad y Auditoria enSalud, Medellín y Envigado).

WorldHealthOrganization. (2009). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Genève: World Health Organization.

World Health Organization. (2011). IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America: towards safer hospital care (No. WHO/IER/PSP/2010.3). WorldHealthOrganization.

AnexoA: Encuesta.

Categorías	Preguntas	Respuestas
Características demográficas de los encuentros	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?	Hoja de datos demográficos
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	
	¿Cuántotiempollevaustedtrabajandoen suactualárea?	
	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	
Expectativas y acciones del supervisor o del administradorque promueven la seguridad	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes	**Escala de calificación:** "Muy en desacuerdo/ en desacuerdo" o "Nunca/ rara vez" (Puntajes 1ó2)
	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	
	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes	
	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez	
Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente	"Ni en acuerdo ni en desacuerdo" o "Algunas veces" (Puntaje 3)
	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos	
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad	
Trabajo en equipo	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan	
	En esta área, la gente se apoya mutuamente	

dentro de las áreas	Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo	“De acuerdo/ Muy de acuerdo” o “La mayoría de veces/ siempre” (Pun- tajes 4ó5)
	En esta área, el personal se trata con respeto	
Actitud de comunicación abierta	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente	
	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	
	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto	
Retroalimentación y comunicación sobre el error	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basa- dos en lo aprendido de los reportes de eventos	
	Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área	
	En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer	
Respuesta no punitiva al error	El personal siente que sus errores son usados en su contra	**Escala de calificación:** “Muy en desacuerdo/ en desacuerdo” o “Nunca/ rara vez” (Puntajes 1 ó 2)
	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada que la persona y no el problema	
	Los empleados se preocupan de que los errores que come- ten queden registrados en sus hojas de vida	
Personal	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo	
	El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente	

	Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente	"Ni en acuerdo ni en desacuerdo" o "Algunas veces" (Puntaje 3) "De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre" (Puntajes 4 ó 5)
	Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente	
Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	
	Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	
	La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso adverso	
Trabajo en equipo entre las áreas delhospital	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí	
	Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente	
	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución	
	Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes	
Transiciones y no intervenciones del hospital	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra	
	Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno	
	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución	
	Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes	
	Essóloporcasualidadqueacánoocurranerroresmásserios	

Percepciones generales de la seguridad	La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo	**Escala de calificación:** “Muy en desacuerdo/ en desacuerdo” o “Nunca/ rara vez” (Puntajes 1 ó 2) “Ni en acuerdo ni en desacuerdo” o “Algunas veces” (Puntaje 3) “De acuerdo/ Muy de acuerdo” o “La mayoría de veces/ siempre” (Puntajes 4 ó 5)
	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área	
	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir	
Frecuencia de re- porte de eventos	¿Cuándo se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?	
	Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?	
	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?	
mero de eventos reportados	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?	Hoja No de eventos reportados / Grado de seguridad
Grado de seguridad del paciente	Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	
Sección H	¿Cuál es su cargo en esta institución?	Hoja datos demográficos
	¿Qué tipo de contrato tiene?	
	En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	

ÁREAS O UNIDADES DE TRABAJO DE LOS

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS

PARTICIPANTES

Unidad o área de trabajo en el hospital de los participantes en la (primera pregunta)	
A	Urgencias
B	Hospitalización
C	Consulta Externa
D	Sala de Partos
E	Programa P y P
F	Esterilización
G	Laboratorio
H	Farmacia y suministros
I	Vacunación
J	Transporte de Paciente
K	Otros

Tiempo trabajado en el hospital (años) (H1)

Tiempo trabajado en el hospital (años)	a		b		C		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1a 5años	%	De6 a 10 años	%	De10 y mas	%	
No. De respuestas									
%									

Tiempo trabajado en la unidad o área (años) (H2)

	a	b	C	d	

Tiempo trabajado en la unidad o área (años)	Menos de un año	%	De 1a 5años	%	De6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	Total de preguntas respondidas
No. De respuestas									
%									

Tiempo trabajado en el hospital (horas/ semana) (H3)													
Tiempo trabajado en la uni- dad o área (años)	a		b		c		d		e		f		Total de preguntas respondidas
	Menos de 20 horas	%	De 20 a 39 horas	%	De 6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	De 80 a 99 horas	%	De 100 horas o más	%	
No. De respues-tas													
%													

CARGOS DEL PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA ENCUESTA (H4)	
Cargo	
a	Enfermera profesional
b	Enfermera auxiliar
c	Médico de planta
d	Químico Farmacéutico
e	Auxiliar (Odontología, farmacía, Laboratorio)
f	Bacteriólogo(a)
g	Nutricionista
h	Camillero – Conductor
i	Auxiliar Administrativo
j	Servicios Generales

k	Personal de Dirección y Gerencia
l	Personal de Mantenimiento
m	Otro

Tipo de contrato (H5)					
	A	B	C	Prestación de servicios	Total de preguntas respondidas
Tipo de contrato	Planta de Cargos	%	Cooperativa	%	
No. De respuestas					
%					

Interacción directa con el paciente (H6)					
	Interacción directa (sí)	%	No interacción directa (no)	%	Total de preguntas respondidas
Interacción directa con el paciente					
%					

Tiempo trabajado en su actual profesión (años) (H7)									
Tiempo trabaja-do su profesión (años)	a		B		C		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1a 5años	%	De6 a 10 años	%	De 21 años o más	%	
No. De respuestas									

%									
		a	b	C	d	e	f	
CATEGORIA	PREGUNTAS	Ningún reporte	De 1 a 2 reportes	De 3 a 5 reportes	De 6 a 10 reportes	De 11 a 20 reportes	21 reportes o más	Número de preguntas respondidas
Número de even-tos reportados (1 item)	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reprortes de eventos adversos / fallas que ha diligenciado y enviado? (G8)							

		A	b	c	d	e	
CATEGORIA	PREGUNTAS	Excelente	Muy bueno	Aceptable	Pobre	Malo	Total de preguntas respondidas
Grado de seguri-dad del paciente (1	Por favor, asígnele a su área/ unidad de trabajo un gradoen general de seguridad						

item)	del paciente (E1)						

Anexo B: Lista de Chequeo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LISTADECHEQUEOPARALASBUENASPRÁCTICASDESEGURIDADDEPACIENTESOBLIGATORIAS

BUENASPRÁCTICASDESEGURIDADDEPACIENTES IT EMSA VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	**PROFESIONALES INDEPENDIENTES**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIONES**
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos				
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad				
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes yeventos adversos, referente o equipofuncionallíderdelprogramadeseguridaddepacientes,estrategiasde sensibilización y capacitación institucionales, homologación	Evidencia del compromiso profesional con la atención Segura a través de			

de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y sufamilia)	una política que incluya: Propósitos, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, metodología de análisis de causa de los incidentes y eventos adversos.			
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas conlagestióndelaseguridaddepacientesysocializaciónenlaentidad.	No aplica			
videncia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a	No aplica el Comité de Seguridad pero sí la evidencia de análisis de causa a las fallas que se presenten.			

analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o preveedores relacionados con el evento adverso)				
b. Fortalecimiento de la Cultura institucional				
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)	Aplica si cuenta con personal de apoyo			
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos				
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	Debe contar con un registro de las fallas que se presenten durante la atención			
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad				Aplica el análisis de causa por el profesional, no en comité de seguridad
d. Procesos Seguros				
Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales Priorizados				Aplica
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los				Aplica

procesos asistenciales priorizados	
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados	Aplica
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de prácticaclínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	Aplica para los servicios que ofrece
Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidaddecambiodelosdispositivosmédicosusadoscondichosgases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácterradiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera este tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	Aplica para los servicios que ofrece
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	No aplica

BUENASPRÁCTICASDESEGURIDADDEPACIENTES IT EMSA VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	**PROFESIONALES INDEPENDIENTES**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIONES**
La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen	Aplica			

3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONESASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	Aplica el análisis de causa del evento adverso por el profesional, no en comité de seguridad			
Protocoloparalahigienedemanosdesarrolladooadoptadoporlainstitución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualizaciónnodebesersuperioraloscincoaños.Elprotocoloincorporalos cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	Aplica			
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos losservicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos	Aplica			
Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	No aplica			

Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado	No aplica			
Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado	Aplica			

Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica
Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si Aplica	Aplica
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto ydocumentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador ydocumentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica
Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica

4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para medicamentos ambulatorios
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias	No aplica
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia	No aplica
Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización	Aplica si el profesional independiente administra medicamentos en el servicio habilitado
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico	Aplica si el profesional independiente prescribe antibióticos en el servicio habilitado
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticosy documentación de acciones	No aplica

de mejora si aplica	
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	No aplica
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución	No aplica
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias	Aplica
5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOSSERVICIOS ASISTENCIALES	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para la identificación de pacientes de manejo ambulatorio
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pié de cama. Nunca el número der la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación	Aplica para la identificación correcta del usuario al ingreso al servicio

Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental	No aplica
6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOSPROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica si se realizan procesos quirúrgicos ambulatorios
Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o ladesarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorio, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)	No aplica
7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para la atención de pacientes de manejo ambulatorio
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación	No aplica

Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos de internación y una adecuada iluminación	Aplica para la atención de pacientes de manejo ambulatorio
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica
8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	No aplica
Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel	No aplica
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene	No aplica
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica
9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores	Aplica para el control prenatal ambulatori

contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	o
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios	Aplica
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica
Guíasclínicasparalaatencióndelagestanteenelperiodoprenatal,atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado conlaperiodicidadquedefinalainstitución,perodichaactualizaciónnodebe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar elpartograma	Aplica para el control prenatal ambulatorio
Mediciónsemestraldeadherenciaalasguíasclínicasparalaatenciónde las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora siaplica	No aplica
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	Aplica para el control prenatal ambulatorio
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.	No aplica
10, PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reaccion adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguineos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes	No aplica

sanguíneos implicados en el caso.	
Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidadquedefinalainstitución,dichaactualizaciónnodebesersuperior a los cinco años. Debe incluir ánalisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación,medicióndelaeficienciadelsuministro,rotaciondeinventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusiónymanejodepacientesquenoaceptanlaterapiatransfusional.	No aplica
Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguineas que incluya análisis del perfil epidemiologico en el servicio de transfusión, analisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusion . Incluye indicadores de gestion y documentación de acciones de mejora . Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos	No aplica
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica

N° Contenido	**BUENASPRÁCTICASDESEGURIDADDEPACIENTES ITEMSAVERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD**	% de cumplimiento
1	Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos	
2	Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	
3	Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	
4	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	
5	Asegurar la correcta identificación del paciente en losservicios asistenciales.	
6	Mejorar la seguridad en los procedimientosquirúrgicos.	
7	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	
8	Prevenir las úlceras por presión	
9	Garantizar la atención segura del binomio madre hijo	
10	Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.	
	Total	