

**MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL, CUNDINAMARCA 2018**

Cesar David Palencia Guerra
Nelson Fernando González Gutiérrez
Leidy Marcela Salamanca Díaz

Universidad Cooperativa de Colombia.
Facultad de Administración
Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud.
Bogotá D.C. 2018



Contenido

Lista de Tablas	4
Lista de Graficas	5
Resumen.....	6
Abstract	7
Glosario.....	8
Introducción	9
Capítulo 1	10
Problema de Investigación	10
Justification.....	11
Pregunta de investigación	11
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	12
Metodología	12
Tipo de Estudio.....	12
Población Objeto.....	12
Unidad y Análisis de Muestra.....	13
Criterios de selección.....	13
Obtención de la muestra.....	14
Instrumento	15
Relación de respuestas	15
Grado general.....	15
Dimensiones a evaluar	15
Procedimiento	16
Recolección de datos.....	17
Porcentaje de respuestas positivas:	17
Porcentaje de respuestas neutras:.....	17
Porcentaje de respuestas negativas:	17
Hipótesis	18
Capítulo 2 Marco Teorico.....	19
Capítulo 3 Caracterizacion de la Muestra y Resultados	23
Caracterizacion de la Muestra.....	23
Datos socio-profesionales	24
Participación por área:	24
Tiempo en su actual profesión:.....	26
Horas semanales laboradas en la institución:.....	26
Tipo de vinculación:	27
En su labor tiene contacto directo con los pacientes:	27
Resultados generales de la seguridad del paciente	27
Grado general de seguridad del paciente	27
Número de eventos reportados.....	28
Dimensión 1: Trabajo en equipo en la unidad/servicio	29
Dimensión 2: Expectativas y acciones del supervisor	30
Dimensión 3: Aprendizaje organizacional- mejoras continuas.	31
Dimensión 4: Apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente	32

	3
Dimension 5: Percepcion global de seguridad.....	33
Dimensión 6: Comunicación e información sobre errores	34
Dimensión 7: Franqueza en la comunicación/ grado al que la comunicación es abierta....	35
Dimension 8: Frecuencia de incidentes reportados	36
Dimensión 9: Trabajando en equipo entre de las unidades.....	37
Dimension 10: Dotacion del personal.....	38
Dimensión 11: Transferencias y transiciones (cambios de turnos)	39
Dimensión 12: Respuesta no punitiva a errores.....	40
Clasificación de respuestas	40
Distribucion de dimensiones por semaforizacion	43
Observaciones de los participantes	43
Conclusiones	50
Bibliografia	52
Anexos	54

Lista de tablas

Tabla 1 Población de estudio	13
Tabla 2 Definición de porcentaje y semaforización	17
Tabla 3 Caracterización del personal	22
Tabla 4 Área de Trabajo	24
Tabla 5 Trabajo en equipo.....	29
Tabla 6 Expectativas y acciones del supervisor	31
Tabla 7 Aprendizaje organizacional	32
Tabla 8 Apoyo de la gerencia	33
Tabla 9 Percepción global de seguridad.....	34
Tabla 10 Comunicación e información sobre errores	35
Tabla 11 Franqueza en la comunicación	36
Tabla 12 Frecuencia de incidentes reportados	37
Tabla 13 Trabajando en equipo entre de las unidades.....	38
Tabla 14 Dotación del personal.....	39
Tabla 15 Transferencias y transiciones.....	40
Tabla 16 Respuesta no punitiva a errores	41
Tabla 17 Semaforización de las dimensiones de seguridad del paciente.....	43

Lista de Graficas

Grafica 1 Tiempo en la institución.....	23
Grafica 2 Tiempo en su actual profesion.....	25
Grafica 3 Tiempo laborado semanalmente.....	26
Grafica 4 Tipo de vinculacion laboral.....	27
Grafica 5 Contacto directo con pacientes.....	27
Grafica 6 Persepcion general de seguridad el paciente.....	28
Grafica 7 Notificaciones en el ultimo año.....	28
Grafica 8 Trabajo en equipo.....	29
Grafica 9 Expectativas y acciones del supervisor.....	30
Grafica 10 Aprendizaje organizacional.....	31
Grafica 11 Apoyo de la gerencia.....	32
Grafica 12 Percepción global de seguridad.....	33
Grafica 13 Comunicación e información sobre errores.....	34
Grafica 14 Franqueza en la comunicación.....	35
Grafica 15 Frecuencia de incidentes reportados.....	36
Grafica 16 Trabajando en equipo entre de las unidades.....	37
Grafica 17 Dotación del personal.....	38
Grafica 18 Transferencias y transiciones.....	39
Grafica 19 Respuesta no punitiva a errores.....	40
Grafica 20 Clasificación de respuestas.....	42
Grafica 21 SemafORIZACIÓN de las dimensiones de seguridad del paciente.....	44

Resumen

El presente trabajo de investigación permitió medir la percepción del personal asistencial sobre la cultura de seguridad de los pacientes en un hospital de segundo nivel de atención en salud por medio de un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, por medio de la utilización como herramienta de medición, la encuesta ‘Hospital Survey on Patient Safety Cultura’ (HSOPSC) de la Agency of Health care Research and Quality (AHRQ) traducida al español, con la cual se evalúan doce dimensiones que indican fortalezas y oportunidades de mejora. Los resultados mostraron una percepción de seguridad del paciente en sus áreas o procesos, excelente en un 75%, Aceptable en un 23% y pobre o mala en un 2%, de igual forma se detectaron fortalezas en el aprendizaje organizacional y comunicación e información sobre los eventos adversos, como oportunidades de mejora se pudo caracterizar, las expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente, franqueza en la comunicación, transferencias y transiciones de cambios de turnos y respuesta no punitiva a errores, lo que permite una línea base de trabajo para el fortalecimiento de la cultura de seguridad de los pacientes.

Palabras clave

Cultura de seguridad, seguridad del paciente, eventos adversos, percepción de seguridad del paciente.

Abstract

The present research work seeks to measure the perseverance of the culture of patient safety a part of the care staff in a hospital The second level of health care, through a quantitative, descriptive, cross-sectional study, through the use of the tool, survey 'Hospital in the Culture of Patient Safety' (HSOPSC) the Agency for Research and Quality of Medical Care (AHRQ) translated into Spanish, which evaluates twelve dimensions that indicate strengths and opportunities for improvement. The results translate into a perception of patient safety in their areas or processes, excellent in 75%, acceptable in 23% and poor or poor in 2%, as well as strengths in learning and communication. Organizational and information on adverse events, as opportunities for improvement, can be characterized, the expectations and actions of the supervisor to promote patient safety, openness in communication, transfers and response changes. Work to strengthen the culture of patient safety.

Keywords

Safety culture, patient safety, adverse events, perception of patient safety

Glosario

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que produjo daño no intencional. Puede ser prevenible o no prevenible.

Evento adverso prevenible: es el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado si se cumplieran los estándares para el cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: es el resultado no deseado, no intencional que ocurre a pesar del cumplimiento de los estándares para el cuidado asistencial en cierto momento.

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no genera daño pero que en su génesis incorpora fallas en el proceso de atención.

IBEAS: Estudio iberoamericano de eventos adversos.

SOGCSS: Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

HSOPSC: “Hospital Survey on Patient Safety Culture” Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente.

AHRQ: “Agency of Health care Research and Quality” Agencia de Investigación y Calidad en Salud.

Introducción

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir, Identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente. Clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc. El interés por los riesgos de la asistencia sanitaria es materia de plena actualidad, no resulta novedoso. Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios.

La seguridad del paciente es un componente clave en la calidad y un derecho reconocido por múltiples organismos. El principio de “*primum non nocere*” (lo primero es no hacer daño) debe ser el comienzo de toda práctica asistencial. El creciente volumen de la actividad asistencial, la progresiva complejidad y especialización de los procesos y las nuevas técnicas sanitarias y asistenciales empleadas han contribuido a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de la atención en salud, pero a la vez han favorecido la aparición y aumento de numerosos eventos adversos ligados a la hospitalización de los pacientes lo que genera un trabajo mucho más arduo en la implementación y uso de mecanismos y herramientas que permitan medir la percepción de seguridad que se tiene en los servicios hospitalarios y la creación de líneas bases, que fundamenten la mejora continua y partiendo de datos generados por las personas encargadas de la atención de los pacientes.

El progreso hacia una asistencia sanitaria más segura es lento y requiere el compromiso a nivel nacional de todas las administraciones y organizaciones sanitarias para situar de forma prioritaria la seguridad de los pacientes en el centro de todas las políticas en salud. Se trataría de diseminar una cultura para el cambio que permita al público demandar de sus líderes que hagan de la seguridad una prioridad local y que permita a los profesionales sanitarios adquirir un

compromiso que no responda sólo a mandatos sino fundamentalmente a la necesidad de la mejora de calidad de atención a sus pacientes.

CAPÍTULO 1

Problema de Investigación

Asumiendo que el trabajador de la salud brinda una atención con responsabilidad, en armonía con el principio hipocrático de primero no hacer daño, se creería que el tema de seguridad del paciente es algo implícito en el proceso de atención mismo, lo que no tendría en cuenta todos los procesos involucrados en el servicio en salud y la cultura que se tenga sobre la seguridad del paciente como se ve reflejado en el estudio iberoamericano de eventos adversos (IBEAS) que refiere que en el año 2010 en Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú existe una incidencia en pacientes con algún evento adverso de un 19,8%, de los cuales el 70% eran evitables y con variables factores propios y ajenos al personal asistencial.

En Colombia la Política de Seguridad del Paciente son un conjunto de acciones y estrategias impulsadas por el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud con el objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud.

Una de las estrategias para la adecuada implementación y medición de impacto de un programa de seguridad del paciente es la evaluación de la cultura de seguridad, aplicada al personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que permite dar un diagnóstico y diseño de estrategias de mejora continua, acorde a las particularidades y capacidades de cada entidad, lo que permitiría conocer la realidad de que tan seguro es el servicio prestado, fortalecer sistema de gestión de la calidad, optimizar los recursos y la satisfacer en gran medida al paciente, entre otros beneficios.

Por tal motivo el presente estudio busca evaluar la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de segundo nivel, con el propósito de describir y analizar la cultura de Seguridad que tiene el personal asistencial de la institución, con el fin de establecer un punto de partida para la implementación de un programa de seguridad del paciente que refleje la realidad actual de la entidad en cuanto a la seguridad ofrecida a sus usuarios.

Justificación

En Colombia las políticas de calidad en salud direccionadas por el SOGCSS, nos permiten decir que contemplando los estándares mínimos de funcionamiento de las entidades prestadoras de servicios de salud, estas tendrían un comportamiento estable en términos de seguridad, pero esto podría ser más complejo si observamos y evaluamos parámetros que influyen en el desempeño del personal hospitalario y que pueden crear una cultura en sus tereas, generando así particularidades que determinarán positiva o negativamente al paciente, ya sea por presentación de eventos adversos, omisión de estos o por el no desarrollo de acciones de mejora.

Tomando como referencia una institución de segundo nivel de atención en salud con influencia en los nueve municipios de la región del Sumapaz en Cundinamarca, lo que implica una cobertura de 185.453 habitantes de forma directa o indirecta. En la actualidad la entidad cuenta con un programa de seguridad del paciente encargado de la gestión y acciones de mejora relacionadas con la presentación de efectos indeseados y acciones inseguras, los cuales han tenido un incremento, debido a jornadas de promoción de la cultura de reporte de eventos, disminuyendo así el subregistro y dándole importancia a una medición estratégica del clima de seguridad del paciente.

La cultura de seguridad del paciente es reconocida como un importante factor que influencia la calidad del cuidado de la salud. Para las instituciones prestadoras de servicios de salud es fundamental el desarrollo de acciones de mejora que aporten a la confiabilidad y seguridad, partiendo de una valoración de la realidad del servicio, que nos indique donde está y qué debemos priorizar para llegar donde se quiere.

Conforme a esto, se hace importante la medición de la cultura de seguridad del paciente en instituciones de prestación de servicios de salud con alto volumen de atención, con el fin de caracterizarla y plantear un punto de partida para la mejora de sus procesos asistenciales e impactar positivamente en la población atendida.

Pregunta de Investigación

¿Cómo está caracterizada la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un Hospital público de segundo nivel de atención en Cundinamarca?

¿Qué tan seguro es percibido el servicio de salud prestado en hospital público de segundo nivel, en términos de cultura de seguridad del paciente?

Objetivo General

El objetivo general de esta investigación es describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de segundo nivel de Cundinamarca, Colombia, en el mes de noviembre de 2018, aplicando la encuesta HSOPSC de la (AHRQ) traducida al español

Objetivos Específicos

Medir la percepción del personal asistencial de un Hospital de segundo nivel de atención, sobre la seguridad del paciente de acuerdo con la encuesta AHRQ.

Caracterizar las dimensiones que determinan la cultura de seguridad del paciente, en un Hospital de segundo nivel.

Generar aportes a los Planes de Acción tendientes a promover una cultura de seguridad del paciente.

Metodología

Tipo de estudio. Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en donde se analizaron las 12 dimensiones de la encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente, de la Agencia de Investigación y Calidad en Salud, con el propósito de describir y analizar la percepción que tiene el personal asistencial, de un hospital de segundo nivel, sobre la cultura de Seguridad del Paciente en su institución.

Población Objeto

La población objeto es el personal asistencial de una Empresa Social del Estado de segundo nivel, ubicada en Cundinamarca, Colombia, entidad pública del orden departamental, con personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio propio y adscrita a la Secretaría de Salud Departamental, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sometida al régimen jurídico existente como como lo establecen los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100

de 1993. En la actualidad presta servicios de mediana complejidad basados en atención primaria en salud resolutive, consulta externa de odontológica, medicina externa general y especializada, atención de urgencias, partos, sala de cirugía, unidad de cuidados intensivo, hospitalización con interconsulta de especialidades de medicina interna, ginecología, pediatría y ortopedia, edemas de servicios de ayuda diagnóstica y terapéutica, contando con un talento humano misional de 464 personas.

La entidad se encuentra en proceso de implementación de aplicación de paquetes insurreccionales para la seguridad del paciente del Ministerio de Salud; tiene definido una metodología para reporte y análisis de evento adverso y se observa un aumento en el número de reportes de seguridad.

Unidad y Análisis de Muestra

El hospital cuenta con 464 personas, contratistas y empleados de las unidades misionales en la sede principal con corte de octubre 2018: médicos, especialistas, profesionales especializados, químico farmacéutico, epidemióloga, instrumentadora enfermeras, auxiliares de enfermería, terapistas físicas y respiratorias, bacteriólogos, auxiliar de laboratorio, odontólogos, auxiliares de odontología, conductores, técnicos de radiología, regente de farmacia, auxiliar de farmacia, orientadores, quienes laboran continuamente o por sistema de turnos, de acuerdo con la información suministrada por el área de talento Humano, subgerencia científica y oficina de contratación.

Tabla 1.

Población de estudio.

POBLACIÓN	NUMERO DE PERSONAS
Plata	29
Tercerizados	39
Prestación de servicio	396
Total población	464

Fuente: Elaboración propia

Criterios de selección. Se definieron los siguientes criterios de inclusión para el personal de salud

- Personal de salud asistencial que labora en los servicios
- Personal de salud que interviene indirectamente en la atención del paciente
- Personal asistencial con funciones administrativas que interviene directa e indirectamente en la atención del paciente.

Se definieron los siguientes criterios de exclusión para el personal de salud y administrativo:

- Los directivos/gerencia
- Personal administrativo
- Personal de los puestos de salud.

Obtención de la Muestra

Para garantizar representatividad estadística de la muestra, se utilizó un muestreo aleatorio con un nivel de confianza (Z) del 95% y un margen de error (e) del 5 %, obteniendo una muestra (n) de la siguiente forma

$$n = \frac{z^2 (p*q)}{e^2 + (z^2 (p*q)) / N}$$

n= Tamaño de muestra

z= Nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada

q= Proporción de la población sin la característica deseada

e= Nivel de error

N= tamaño de la muestra

Margen de error: 5%

Nivel de confianza: 95%

Población: 464 personal asistencial

Muestra: 211 encuesta

Instrumento

Se aplicó la encuesta del instrumento “Hospital Survey of Patient Safety Culture”, de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos de América en su versión original en español.

Esta encuesta está diseñada para ayudar a los hospitales a evaluar su cultura de seguridad mediante la medición de doce dimensiones, consta de 52 preguntas, se realizaron

Algunos ajustes al instrumento relacionados con las áreas y servicios asistenciales que ofrece la institución.

Los encuestados usan una escala de respuesta de 5 puntos para responder a las preguntas:

Relación de respuestas.

- Muy De Acuerdo y De Acuerdo (se combinan)
- Ni De Acuerdo, Ni En Desacuerdo
- En Desacuerdo y Muy En Desacuerdo (se combinan)

Grado general.

- Excelente/muy bueno (se combinan)
- Aceptable
- Pobre/malo (se combinan)

Se utilizaron las preguntas formuladas positivamente y negativamente.

Dimensiones a evaluar.

El Cuestionario Hospitalario para la Cultura de Seguridad del Paciente está diseñado para medir lo siguiente:

1) Dos resultados generales de seguridad del paciente

- Número de eventos reportados
- Grado general de seguridad del paciente

2) Doce dimensiones de cultura relacionada con la seguridad del paciente:

1. Trabajo En Equipo En La Unidad/ Servicio
2. Expectativas Y Acciones Del Supervisor Para Promover La Seguridad De Los Pacientes

3. Aprendizaje Organizacional - Mejoras Continuas.
4. Apoyo De La Gerencia Para La Seguridad Del Paciente
5. Percepcion Global De Seguridad
6. Comunicación E Información Sobre Errores
7. Franqueza En La Comunicación/ Grado Al Que La Comunicación Es Abierta
8. Notificación De Eventos, Incidentes Relacionados Con La Seguridad"
9. Trabajando En Equipo Entre De Las Unidades
10. Dotación Del Personal
11. Transferencias Y Transiciones(Cambios De Turnos)
12. Respuesta No Punitiva A Errores

Procedimiento

Se solicitó autorización al comité de ética para la aplicación de la encuesta, los autores de la presente investigación declaramos que el interés en el desarrollo del estudio es de tipo académico, que las encuestas son de diligenciamiento anónimo para guardar la confidencialidad de la información.

Previo al inicio del despliegue de la encuesta para su diligenciamiento, Se explicó a los líderes de procesos y al personal asistencial por áreas y servicios, la metodología, el objetivo del trabajo, el contenido de la encuesta y se enfatizó en el carácter anónimo del diligenciamiento de la encuesta.

Se recomendó el diligenciamiento de la herramienta en horarios no laborales, ya que esta requería entre 10 y 15 minutos para ser completada y de este modo no interferir en el desempeño u obligaciones de los participantes en su jornada de trabajo.

Recolección de Datos

La encuesta permite tres modalidades de aplicación: auto-administrada, electrónica y mixta. Para este estudio se utilizó la modalidad electrónica se realizó entrega del link por medio de whats-app para su respectivo diligenciamiento, los resultados fueron recolectados durante el periodo comprendido entre los días de 01 al 20 de noviembre de 2018.

Los cuales fueron agrupados por preguntas asociadas a cada dimensión a evaluar y se calculó el porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas, como lo indica la guía del usuario de la AHRQ año 2004, de la siguiente forma:

Porcentaje de Respuestas Positivas.

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

Porcentaje de respuestas neutras.

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas neutras en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Porcentaje de respuestas negativas.

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas negativas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Los resultados o los puntajes por componente miden 12 diferentes áreas de la cultura de seguridad del paciente. Se calculan para cada hospital promediando el porcentaje de respuestas positivas a las preguntas de un componente.

Los rangos de respuestas positivas mínimos y máximos nos darán la guía para realizar semaforización por dimensión

Tabla 2.
Definición de porcentajes de resultados.

Porcentaje bajo	cuando es menor de 50	Aspectos críticos o debilidades	
Porcentaje medio	entre 51 y 70	Aspectos por mejorar	
Porcentaje alto entre	71 y 100	Aspectos positivos o fortalezas	

Fuente: Elaboración propia

Hipótesis

La medición de la cultura de seguridad del paciente tiene como misión producir evidencia para que la atención de salud sea más segura, de mayor calidad, más accesible, equitativa y asequible, además permite establecer una línea base de como insumo para la priorización de procesos y lograr el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud, midiendo el grado de implementación y efectividad de las políticas de seguridad en salud.

CAPÍTULO 2

Marco Teórico

La OMS en su 55ª Asamblea Mundial aprobó en 2002 una resolución en la que se insta a los países a prestar el mayor cuidado al problema de la atención insegura y a fortalecer los sistemas de seguridad y vigilancia. Dicha resolución solicitó a la OMS encabezar la elaboración de normas y directrices mundiales y apoyar las iniciativas nacionales de formulación de políticas y prácticas en pro de la seguridad del paciente (1); esto comprende un paso importante para el impulso de estrategias a nivel nacional en cuanto al tema de seguridad en salud.

En 2008 se impulsó la Política Nacional de Seguridad del Paciente, la cual es parte integral del SOGC y transversal a sus componentes; tiene como primer objetivo direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud dirigidos hacia la promoción de una atención segura, presentando herramientas para promoverla (2); Entre ellas tenemos los “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente” como un requisito obligatorio por parte de los prestadores para la implementación del programa que trabaje por la mejora continua de la seguridad en los procesos de atención de los pacientes, mediante el establecimiento de los mecanismos para responder con eficacia y de forma proactiva a los problemas, procurando el mejoramiento continuo.

Las directrices y los esfuerzos del ministerio de salud y protección social son fundamentales para el establecimiento de estándares apropiados en el desarrollo de las actividades en salud, si tenemos en cuenta que La cultura de la seguridad de una organización actúa como guía para el comportamiento de los empleados en el lugar de trabajo (1).

El clima de seguridad del paciente comprende factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto negativo y se basa en la prevención de eventos adversos y en la creación de ambientes que propicien resultados favorables en salud, de igual forma el Ministerio de salud y protección social le da importancia a que las 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 (3).

La medición de la cultura de seguridad del paciente tiene como misión producir evidencia para que la atención de salud sea más segura, de mayor calidad, más accesible, equitativa y asequible, además permite medir el grado de implementación y efectividad de las políticas de seguridad en salud, el Instrumento de la AHRQ (Ver Anexo 1), ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’, en su versión en español ha sido revisada y corregida por el Hospital Español Survey on Patient Safety, adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria y aprobada por el Ministerio de Salud (4), ha sido aplicada en diferentes países con resultados objetivos y de aporte a las instituciones evaluadas.

Esto ha generado una solicitud de hospitales en comparar resultados con otros donde se haya aplicado la encuesta AHRQ, lo que impulsó la creación de una base de datos comparativa a partir del año 2007. En el 2014 la base de datos contiene los resultados de 653 hospitales y 405.281 personas que diligenciaron la encuesta. Esta base de datos se ha desarrollado para los siguientes propósitos: comparación, evaluación y aprendizaje, información suplementaria y tendencias (5).

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad (7). Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo (8). En la práctica de enfermería, este concepto está implícito en el acto de cuidado porque hace referencia a los fundamentos de la profesión entendida como “una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado”. (9) Enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente, desde que Florence Nightingale, la precursora de esta ciencia, afirmó que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultado” (10). Aun así, las iniciativas relacionadas con la seguridad del paciente han encontrado dificultades en su proceso de

implementación pues el término “seguridad del paciente”, aunque cada vez es más utilizado, adopta diferentes significados entre los profesionales de la salud y las revisiones de estos conceptos en la práctica son todavía dispersas. En el ámbito internacional este tema es liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha estimulado a los países a que “presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, se establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria” (11). Además se ha encargado de proponer y socializar lineamientos de cuidado, principalmente a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que comenzó a funcionar en octubre de 2004 (12) , como un método para generar interacciones e intercambio de conocimientos entre los países miembros, que les permitan facilitar el desarrollo de nuevas estrategias y políticas que generen una disminución en las estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud globalmente, debido a que “la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo” (13). En Colombia, el término cultura de seguridad del paciente abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad de los pacientes vigentes, que tienen origen en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, las cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos, los profesionales y la comunidad (14).

El Proyecto Ibeas (Estudio Iberoamericano de eventos adversos) fue el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Entre los resultados relacionados con la cultura de seguridad del paciente se resalta la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la seguridad de los pacientes (15). Estos resultados sugieren que en las instituciones se trabaje por la reflexión interpersonal acerca de la calidad de los servicios asistenciales, así como el establecimiento de redes de trabajo que permitan el intercambio de experiencias y trabajos posteriores. Así mismo se destacan los resultados del estudio realizado por Sammer et al. (16) que indica la existencia de siete subculturas de comportamiento profesional que aportan al entendimiento de la cultura de

seguridad del paciente: liderazgo, trabajo en equipo, práctica basada en evidencia (EBP), comunicación, actitud de aprendizaje, justicia y práctica centrada en el paciente. Las autoras llaman la atención de considerar la cultura de seguridad como un fenómeno complejo que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar, que debe estudiarse continuamente dentro de las organizaciones y sistemas de salud a escala mundial.

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud y la percepción de dicha cultura referida por el personal de salud en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. La cultura de seguridad del paciente referida por el personal de salud se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente sin embargo existen cosas por mejorar y se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente, esencialmente, la asistencia que proporciona cualquier organización sanitaria consiste en tratar de alcanzar la curación o paliar las dolencias y los problemas de salud de la población de su entorno.

En este complejo intercambio interviene gran número de bienes y servicios, desde administración, hostelería y material médico hasta los cuidados médicos y de enfermería. La integración de todos estos elementos en la organización sanitaria debe aspirar a ofrecer una asistencia de la mayor calidad posible, en la que el paciente que busca un tratamiento médico tiene la garantía de un procedimiento correcto y seguro en aras del resultado deseado (17).

CAPÍTULO 3

Caracterización de la Muestra y Resultados

Caracterización de la Muestra

El instrumento fue diligenciado por 211 personas que trabajaban en el Hospital y ejercían funciones asistenciales y administrativas

Tabla 2.

Caracterización del personal.

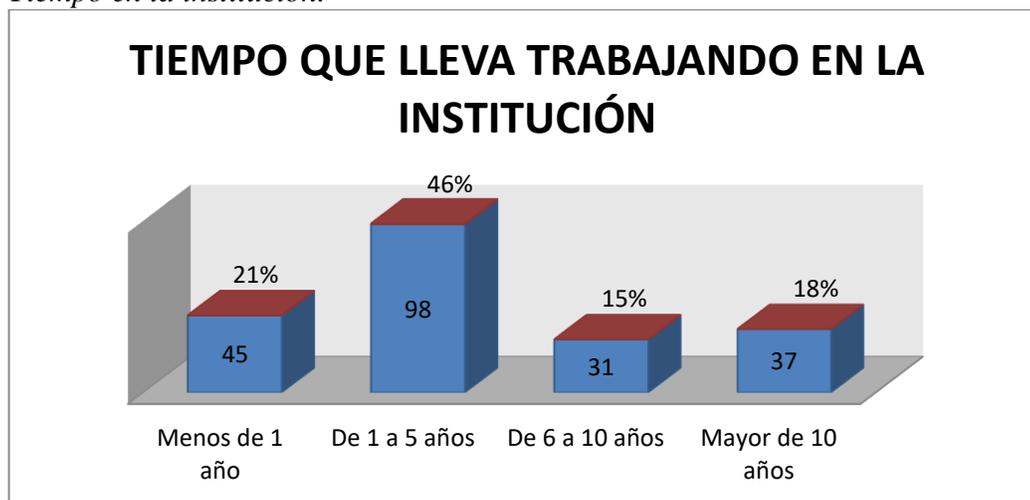
CARGO/OBJETO CONTRACTUAL/ROL EN LA INSTITUCION	N°	PORCENTAJE
Auxiliar de laboratorio	1	0,50%
Camillero	1	0,50%
Epidemiólogo	1	0,50%
Microbiólogo	1	0,50%
Químico Farmacéutico	1	0,50%
Regente	1	0,50%
Auxiliar de ambulancia/referencia	2	1%
Auxiliar odontología	2	1%
Odontólogo	2	1%
Transcriptoras	2	1%
Conductor/ambulancia	4	2%
Fisioterapeuta/Terapeuta respiratoria	4	2%
Profesional Especializado	4	2%
Medico	5	2%
Auxiliar de sistemas de información/orientador	6	3%
Bacteriólogo	6	3%
Especialista	7	3%
Instrumentador	7	3%
Técnico En Radiología	7	3%
Líder De Proceso	10	5%
Auxiliar de farmacia	13	6%
Enfermera profesional	26	12%
Auxiliar de enfermería	98	46%
TOTAL	211	100%

Fuente: Elaboración propia

Datos Socio-profesionales

De las personas encuestadas En relación con la permanencia en el Hospital, el 46% de la población encuestada llevaba trabajando entre 1 y 5 años, mientras que el 33% refirió llevar de 6 años en adelante.

Grafica 1.
Tiempo en la institución.



Fuente: Elaboración propia

Participación por Área

Se observa acorde a la encuesta diligenciada que los servicios que tuvieron mayor participación fueron hospitalización con un 32%, urgencia con un 19%, salas de cirugía 11%, farmacia 7%, consulta externa referencia y contra referencia un 5%, el resto de servicios su participación fue de un 3%,2%.1%.

Tabla 3.
Área de Trabajo.

PRINCIPAL ÁREA O PROCESO EN EL QUE PRESTA SU SERVICIO	N°	PORCENTAJE
Auditoria concurrencia	1	0,50%
Banco de leche	1	0,50%
Epidemiologia	1	0,50%

Sivigila	1	0,50%
Administrativa	3	1%
Unidad gestión de calidad	3	1%
Banco de sangre	4	2%
Imágenes diagnosticas	4	2%
Sala de Partos	4	2%
Odontología	5	2%
Tercerizados	5	2%
Laboratorio	7	3%
SIAU	7	3%
Consulta Externa	10	5%
Referencia y contra referencia	10	5%
Farmacia	14	7%
Salas de Cirugía	23	11%
Urgencias	41	19%
Hospitalización	67	32%
TOTAL	211	100%

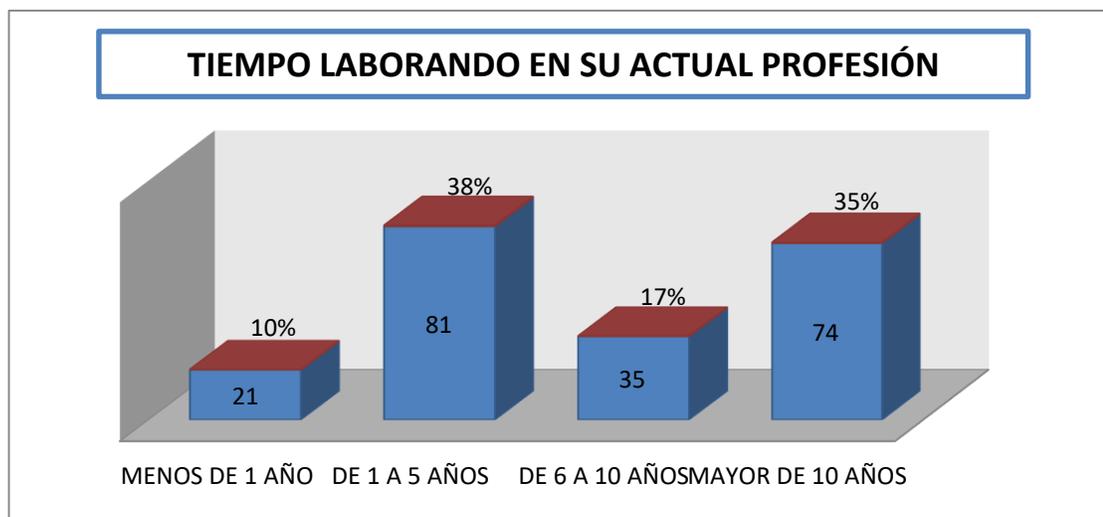
Fuente: Elaboración propia

Tiempo en su Actual Profesión:

Se observa que el personal que labora en la institución tiene experiencia 1 a 5 años el 38% mayor a 6 años un 52% y solo el 10 % cuenta con experiencia menos de un año.

Grafica 2.

Tiempo en su actual profesion.



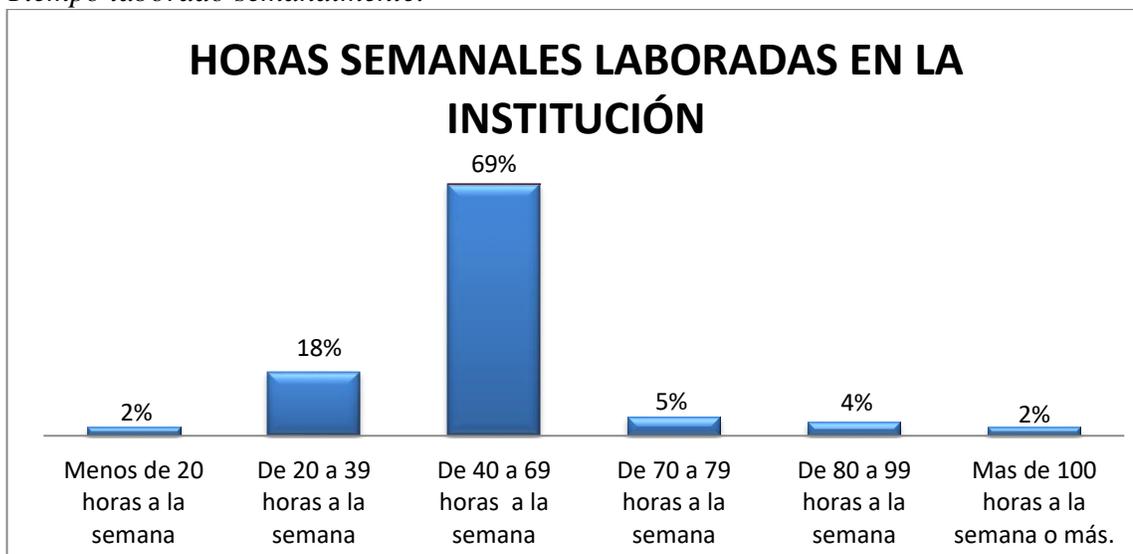
Fuente: Elaboración propia

Horas semanales Laboradas en la Institución:

La mayoría del personal con un porcentaje del 69% refiere laborar de 40 a 69 horas por semana.

Grafica 3.

Tiempo laborado semanalmente.



Fuente: elaboración propia

Tipo de Vinculación:

El 73% de los participantes en la encuesta pertenecen a colaboradores contratados a través de prestación de servicios, un 19% cooperativa, un 5% representa a otros que ellos se encuentran los tercerizados un 3% personal nombrado.

Grafica 4.

Tipo de vinculación laboral.



Fuente: Elaboración propia

En su Labor Tiene Contacto Directo con los Pacientes:

El 91% de los participantes en la encuesta tienen contacto directo con el paciente y el 9% no tiene contacto directo con el paciente.

Grafica 5.

Contacto directo con pacientes.



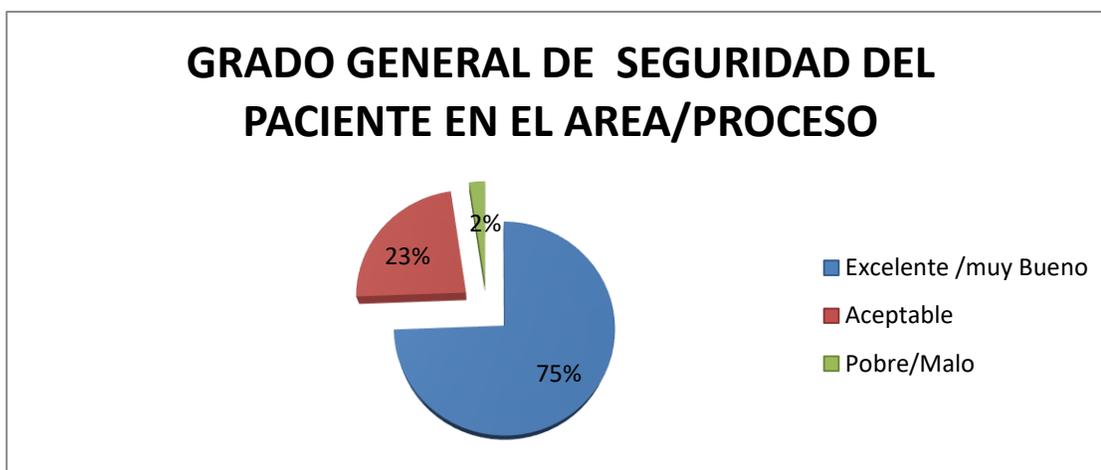
Fuente: Elaboración propia

Resultados Generales de la Seguridad del Paciente

Grado general de seguridad del paciente en el área/proceso. Este se evalúa con el diligenciamiento de la pregunta O ¿Por favor, asígnele a su área/ proceso en la cual realiza sus funciones/actividades un grado en general de seguridad del paciente? donde se obtiene que el 75% piensa que la seguridad del paciente en general en su área o servicio es excelente o muy bueno, el 23% piensa que es aceptable y un 2% piensa que es pobre o malo.

Grafico 6.

Percepción general de seguridad el paciente.

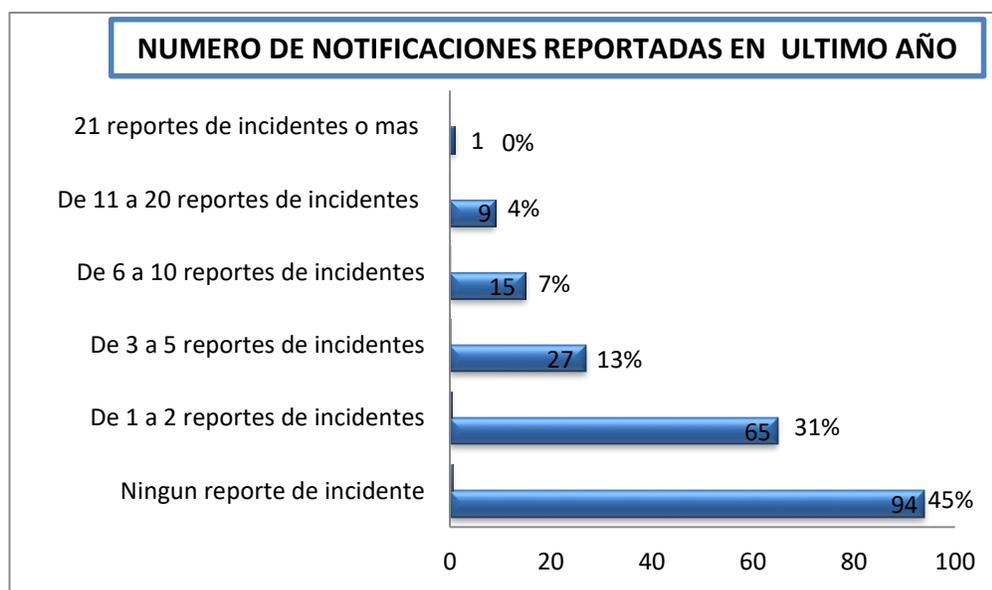


Fuente: Elaboración propia

Número de eventos reportados. este se evalúa con el diligenciamiento de la pregunta N ¿En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado? donde se obtiene que el 45% no realizó ningún reporte, 31% realizo de 1 a 2 reportes, un 13% realizo de 3 a 5 reportes, el 7% informa que realizo de 6 a 10 reportes, un 4% realizo 11 a 20 reportes y de 21 reportes o más aún que solo una persona refiere haberlo hecho este no es muy representativo, en total tenemos que se haya realizado reportes un 55%.

Grafico 7.

Notificaciones en el último año.



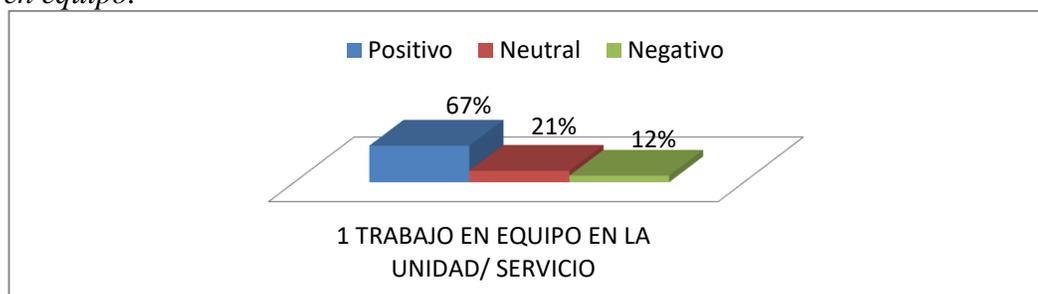
Fuente: Elaboración propia

Evaluación de las Dimensiones de Seguridad del Paciente

Dimensión 1: Trabajo en equipo en la unidad/ servicio.

Grafica 8.

Trabajo en equipo.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión da cuenta de la cohesión, comportamiento y cooperación existente entre el personal de las áreas y servicios de la organización tendientes a contribuir con la seguridad del paciente. Un 67% de los participantes reveló que existe un despliegue positivo de la dimensión. Aunque en la escala definida por la AHRQ dicha calificación no supera o iguala el 75% para ser considerada como fortaleza, cabe resaltar que es un aspecto para tener en cuenta para realizar acciones de mejora y poder fortalecer el ítems cuando su área o proceso están realmente ocupados otros le ayudan la cual tuvo la calificación más baja a nivel individual con un 38%

Tabla 4.

Trabajo en equipo.

1 TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD/ SERVICIO	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del item	PORCENTAJE POR PREGUNTA
En esta área/proceso, la gente se apoya mutuamente	NA	143	143	211	68%
Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de funciones/actividades, lo hacemos en equipo	NA	154	154	211	73%
En esta área, el personal /colaboradores se trata con respeto	NA	188	188	211	89%
Cuando su área/proceso está realmente ocupada, otras le ayudan	NA	80	80	211	38%
TOTAL:			565	844	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				67%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 2: Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes.

Grafica 9.

Expectativas y acciones del supervisor.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión tiene como objetivo conocer la percepción de los participantes sobre la importancia que le dan los jefes de servicio, un 41% de los participantes manifestó que las acciones implementadas por ellos contribuyen a la Seguridad del pacientes. Sin embargo, la AHRQ considera que las calificaciones con carácter positivo menores al 75% como en este caso, deben conducir al fortalecimiento de las acciones dirigidas a incrementar su percepción. Adicionalmente; un 13% de los participantes proporcionó respuestas neutras y un 46% negativas.

Al observar cada ítem individual observamos que las calificaciones más bajas fueron 1 ¿Cuando la presión se incrementa, mi líder de área/proceso solicita que realicemos las funciones/actividades más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes? Y 2 ¿Mi líder de área/proceso, no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y

otra vez? Los resultados obtenidos para esta dimensión muestran que es una debilidad por lo cual se sugeriría intervención inmediata.

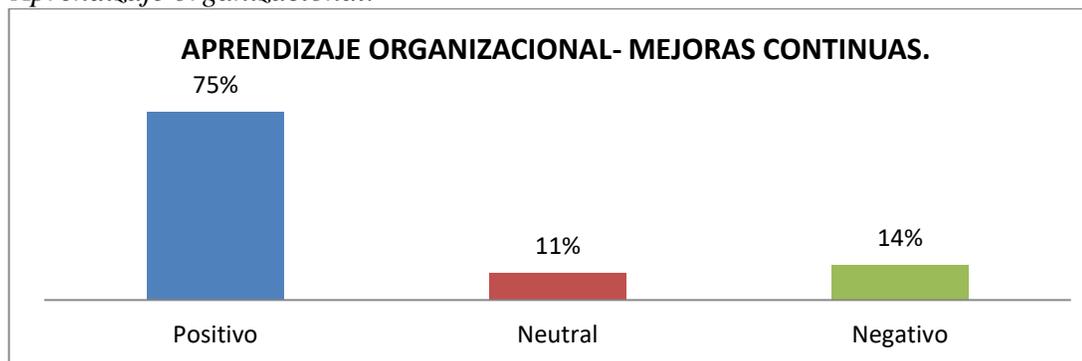
Tabla 5.
Expectativas y acciones del supervisor.

2 EXPECTATIVAS Y ACCIONES DEL SUPERVISOR PARA PROMOVER LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del item	PORCENTAJE POR PREGUNTA
Mi líder de área/proceso hace comentarios favorables cuando ve que las funciones/actividades realizadas están de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes	NA	150	150	211	71%
Mi líder de área/proceso acepta las sugerencias del personal/colaboradores para mejorar la seguridad de los pacientes	NA	166	166	211	79%
Cuando la presión se incrementa, mi líder de área/proceso solicita que realicemos las funciones/actividades más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes?	13	NA	13	211	6%
Mi líder de área/proceso, no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez	15	NA	15	211	7%
TOTAL:			344	844	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				41%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 3: Aprendizaje organizacional- mejoras continuas.

Grafica 10.
Aprendizaje organizacional.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión busca dar conocer la actitud proactiva, la efectividad de acciones y medidas implementadas por la organización para mejorar la Seguridad del Paciente. En este sentido una proporción significativa (75%) identificó la existencia e implementación de un plan de mejoramiento continuo sistemático. De acuerdo con los parámetros de la AHRQ, esta dimensión es considerada como una fortaleza. Es importante resaltar la alta calificación obtenida en que el personal considera en un 90% que el análisis de los errores ha llevado a cambios positivos.

Tabla 6.
Aprendizaje organizacional.

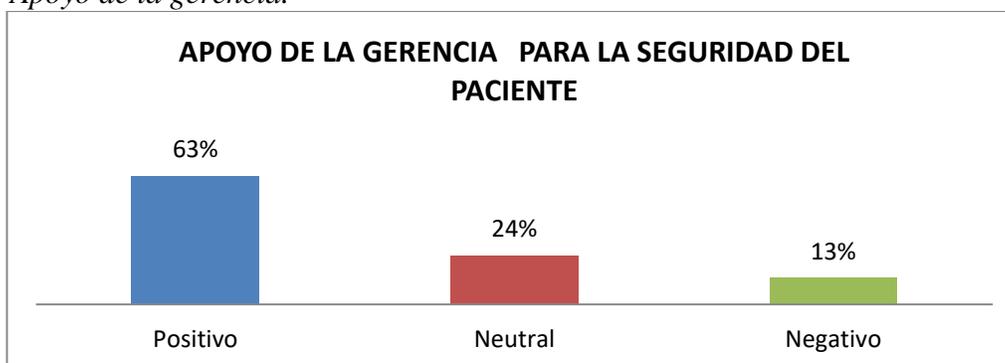
3 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL- MEJORAS CONTINUAS.	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del item	PORCENTAJE POR PREGUNTA
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	NA	127	127	211	60%
El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos	NA	189	189	211	90%
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	NA	161	161	211	76%
TOTAL:			477	633	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				75%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 4: Apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente.

Grafica 11.

Apoyo de la gerencia.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión pretende dar a conocer el apoyo que ha tenido la gerencia del Hospital al despliegue de actividades que favorezcan la Seguridad del paciente. Un 63% de los participantes estuvo de acuerdo en que la gerencia tiene como prioridad la Seguridad del paciente. Según los lineamientos de la AHRQ, esta dimensión es considerada un aspecto por mejorar para la institución, se tiene un 24% de respuestas neutras y un 13% de respuestas negativas.

Al observar cada ítem individual observamos que las calificaciones más baja fue La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de

que ocurre un incidente o evento adverso adverso, como en este caso, deben conducir al fortalecimiento de las acciones dirigidas a incrementar su percepción.

Tabla 7.

Apoyo de la gerencia.

4 APOYO DE LA GERENCIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem	PORCENTAJE POR PREGUNTA
La Dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	NA	146	146	211	69%
Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	NA	161	161	211	76%
La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso adverso	91	NA	91	211	43%
TOTAL:			398	633	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				63%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 5: Percepción global de seguridad.

Grafica 12.

Percepción global de seguridad.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión pretende establecer la percepción del personal con respecto a su compromiso con la atención segura. Un 57% de los participantes respondió estar comprometido con este propósito. La AHRQ considera que proporciones por debajo del 75% en la calificación positiva de esta dimensión señalan que es una dimensión por mejorar se deben fortalecer las acciones de mejora para incrementar su percepción. En forma consistente con los resultados precedentes, una proporción significativa de participantes 32% señaló respuestas neutras y un 11% negativas.

Tabla 8.

Percepción global de seguridad.

5 PERCEPCIONES GLOBAL DE SEGURIDAD	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del item	PORCENTAJE POR PREGUNTA
Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios	119	NA	119	211	56%
La seguridad del paciente se compromete a hacer más funciones/actividades	NA	130	130	211	62%
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área/proceso	115	NA	115	211	55%
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir	NA	117	117	211	55%
TOTAL:			481	844	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				57%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 6: Comunicación e información sobre errores.

Grafica 13.

Comunicación e información sobre errores.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión expresa la existencia de mecanismos de comunicación que permiten la identificación de eventos relacionados con la Seguridad del paciente y sus acciones de mejora, así como estrategias para evitar su ocurrencia. Un 77% de los encuestados estimó que el Hospital cuenta con procesos de retroalimentación, que permiten conocer la ocurrencia, frecuencia, tratamiento y seguimiento a los errores cometidos por el personal en la atención al paciente. No obstante; un 16 dio respuestas neutras y un 7% negativas en este aspecto. La AHRQ considera que proporciones por encima o igual a 75% es una fortaleza para la institución, es importante

resaltar el alto porcentaje obtenido con un 845 para En esta área/proceso, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer y las demás evaluadas estuvieron por encima de 70%.

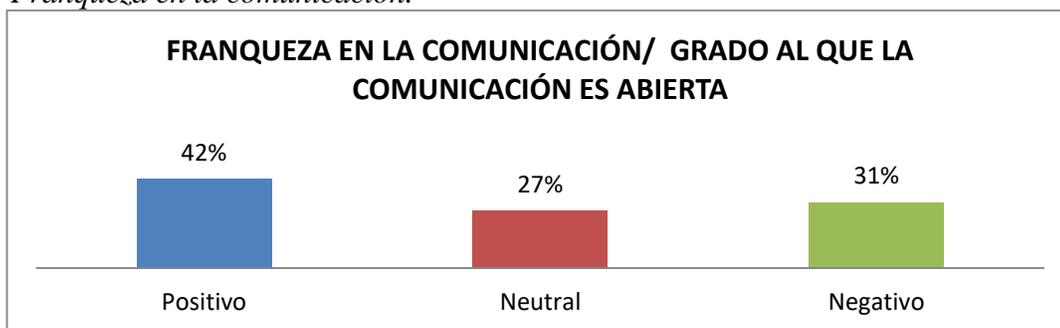
Tabla 9.
Comunicación e información sobre errores.

6 COMUNICACIÓN E INFORMACION SOBRE ERRORES	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del item	PORCENTAJE POR PREGUNTA
El área/proceso funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos	NA	157	157	211	74%
Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta áreas/procesos	NA	152	152	211	72%
En esta área/proceso, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer	NA	178	178	211	84%
TOTAL:			487	633	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				77%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 7: Franqueza en la comunicación/ grado al que la comunicación es abierta.

Grafica 14.
Franqueza en la comunicación.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión refleja la existencia de una comunicación abierta y sincera en la organización frente a la prestación del servicio. Se observó que los encuestados (42%), determinaron que existe apertura en la comunicación de las diferentes situaciones o eventos que afectan la atención del paciente y la relación laboral. Consistente con lo anterior, una proporción significativa de participantes (58%) señaló respuestas neutras y negativas

Se resalta el bajo porcentaje de respuestas positivas por ítems dadas por los participantes

Para ¿El personal/colaboradores tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto? Con un 14% y El personal/colaboradores se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad con 39%, acorde a lo establecido por la AHRQ considera que esta dimensión es débil para lo cual se requieren plantear acciones que contribuyan a mejorar la percepción.

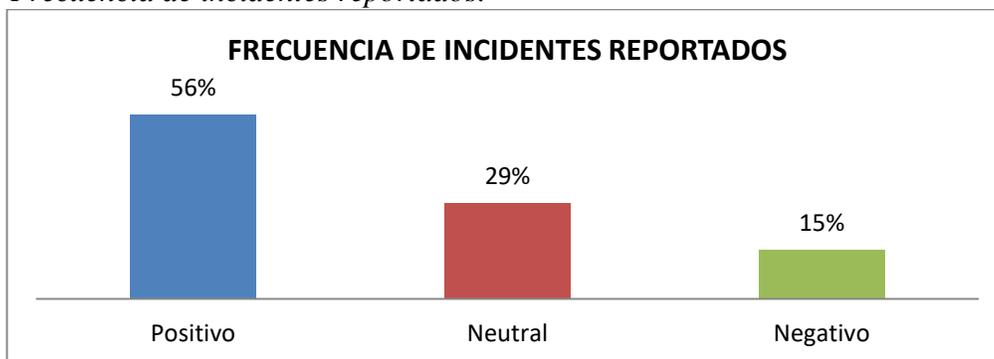
Tabla 10.
Franqueza en la comunicación.

7 FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN/ GRADO AL QUE LA COMUNICACIÓN ES ABIERTA	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del item	PORCENTAJE POR PREGUNTA
El personal /colaboradores habla de forma libre si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente	NA	153	153	211	73%
El personal/colaboradores se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	NA	83	83	211	39%
El personal/colaboradores tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto	112	NA	29	211	14%
TOTAL:			265	633	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				42%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 8: Frecuencia de incidentes reportados.

Grafica 15.
Frecuencia de incidentes reportados.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión refleja Un 56% de respuestas positivas, un 29% de respuestas neutras y un 15% de respuestas negativas de manera global y según los lineamientos se observa que es una dimensión que implica la mejora de algunos aspectos acorde a los ítems diligenciados correspondería a los tres evaluados ya que los mismos se encuentran en un aproximado del

mismo rango ya que nos está indicando que aproximadamente la frecuencia de notificación es de un 56%.

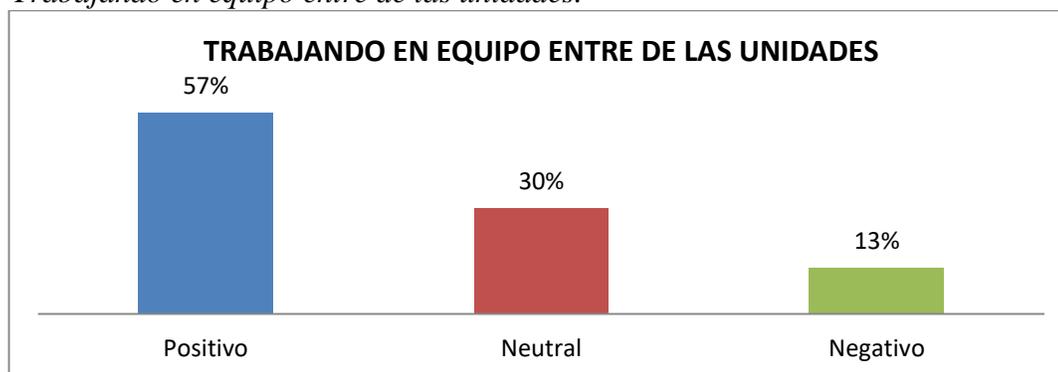
Tabla 11.
Frecuencia de incidentes reportados.

8 FRECUENCIA DE INCIDENTES REPORTADOS	Respuestas para preguntas en negativo (Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem	PORCENTAJE POR PREGUNTA
¿Cuándo se comete un error pero es evidenciado y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?	NA	120	120	211	57%
Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?	NA	114	114	211	54%
Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?	NA	118	118	211	56%
TOTAL:			352	633	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				56%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 9: Trabajando en equipo entre de las unidades.

Grafico 16.
Trabajando en equipo entre de las unidades.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión mide la cooperación y el trabajo conjunto entre las áreas y/o servicios del Hospital; en este caso, el 57% de los participantes afirmó que existe una buena articulación entre las áreas y servicios mientras que el 43 % dio respuestas neutras y negativas en este aspecto.

Un 38% de respuestas positivas de los participantes afirmó que Las áreas/procesos de esta institución no están bien coordinadas entre sí, de esta manera se obtuvo un 54% de respuestas positivas para la pregunta ¿Hay buena cooperación entre las áreas/procesos de la institución que requieren realizar sus funciones/actividades conjuntamente? Estas dos requieren intervención para mejorar la perspectiva.

Tabla 12.

Trabajando en equipo entre de las unidades.

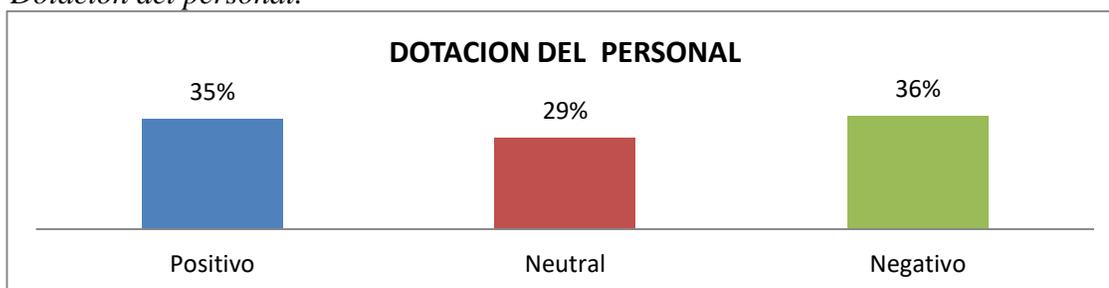
9 TRABAJANDO EN EQUIPO ENTRE DE LAS UNIDADES	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del item	PORCENTAJE POR PREGUNTA
Hay buena cooperación entre las áreas/procesos de la institución que requieren realizar sus funciones/actividades conjuntamente	NA	114	114	211	54%
Las áreas/procesos de la Institución realizan sus funciones/actividades en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes	NA	137	137	211	65%
Las áreas/procesos de esta institución no están bien coordinadas entre sí	81	NA	81	211	38%
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución	146	NA	146	211	69%
TOTAL:			478	844	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				57%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 10: Dotación del personal.

Grafica 17.

Dotación del personal.



Fuente: Elaboración propia

En esta dimensión se evidencia si el Hospital cuenta con el suficiente personal para prestar los servicios de salud, si existe o no sobrecarga laboral y si se utiliza personal temporal para el cuidado del paciente. En este sentido, el 35% de los participantes respondió positivamente. Llama la atención que más del 50%, el (65%) dio respuestas neutras y negativas en este aspecto.

Del total de los encuestados, el 58% afirmó que no se usa más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente; por su parte, el 42% respondió lo contrario, Un 22% manifestó que frecuentemente se trabaja en “situación de emergencia”, intentando hacer mucho, muy rápidamente, esto reflejado en la exigencia para realizar diferentes actividades a un ritmo acelerado. El 78% afirmó lo contrario. Adicionalmente, un 72% indicó que en su área/servicio se trabajan las horas establecidas. Sin embargo, el 28% de los participantes manifestó trabajar más horas de lo prescrito para el cuidado del paciente. Finalmente el 69% opinó que no hay suficiente personal para hacer todo el trabajo, contrario a lo que sostuvo el 31% del personal

Tabla 13.

Dotacion del personal.

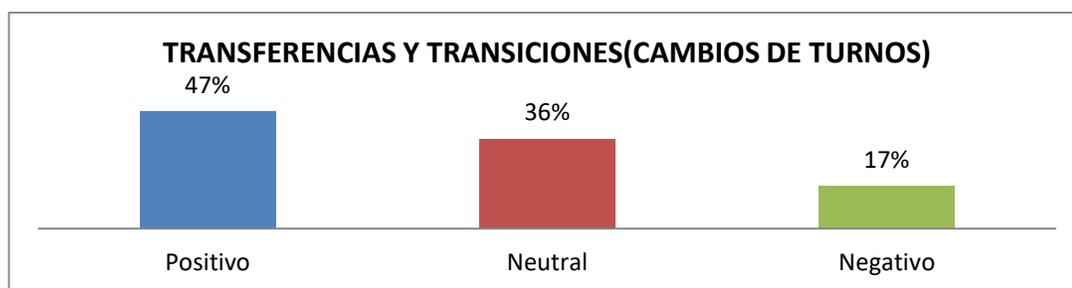
10 DOTACION DEL PERSONAL	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del item	PORCENTAJE POR PREGUNTA
Tenemos suficiente personal /colaboradores para realizar las funciones/actividades	NA	65	65	211	31%
El personal/colaboradores en esta área/proceso realizan más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente	60	NA	60	211	28%
Usamos más personal/ temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente	123	NA	123	211	58%
Frecuentemente, realizamos nuestras funciones/actividades en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente	46	NA	46	211	22%
TOTAL:			294	844	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				35%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 11: Transferencias y transiciones (cambios de turnos).

Gráfica 18.

Transferencias y transiciones.



Fuente: Elaboración propia

Esta dimensión muestra si existen problemas en las áreas durante los cambios de turno y la interacción entre las áreas/servicios. En este aspecto, el 47% de los encuestados afirmó que los procesos de información e interacción son efectivos, pero más de la mitad (53%) entregó respuestas neutras y negativas

Los cuatro ítems que componen esta dimensión parecen ser percibidos como especialmente problemático. Un 37% de los participantes afirmó que a menudo surgen problemas en el intercambio de información entre áreas del Hospital; Es importante recalcar que un 43% estuvo de acuerdo en que información importante sobre el cuidado de los pacientes se pierde durante cambios de turno,

El 67% de las personas no consideró como problemáticos los cambios de turno para la atención de los pacientes y un 415 de los participantes opinó que La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área /proceso a otra. Según los lineamientos requeridos varios de los ítems están por debajo de los criterios indicando una demisión débil.

Tabla 14.

Transferencias y transiciones.

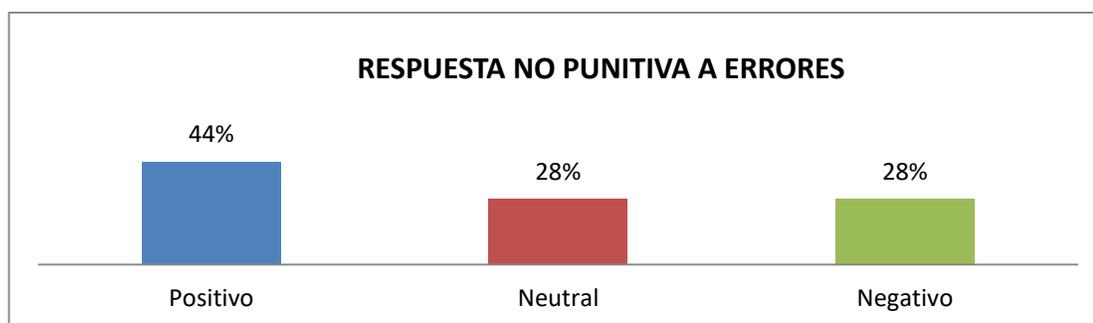
11 TRANSFERENCIAS Y TRANSICIONES(CAMBIOS DE TURNOS)	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem	PORCENTAJE POR PREGUNTA
La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área /proceso a otra	86	NA	86	211	41%
Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno	90	NA	90	211	43%
A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas/procesos de esta institución	78	NA	78	211	37%
Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes	141	NA	141	211	67%
TOTAL:			395	844	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				47%	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 12: Respuesta no punitiva a errores.

Grafica 19.

Respuesta no punitiva a errores.



Fuente: Elaboración propia

En esta dimensión se pretende conocer si existe la cultura no punitiva del reporte de eventos relacionados con la Seguridad del paciente. El 44% de los participantes respondió de forma positiva, lo que evidencia que ese porcentaje de las personal teme y se preocupa por las consecuencias de un error en la prestación del servicio; por su parte, el 56% respondió de forma negativa y neutral. Este aspecto debe motivar a la organización al fortalecimiento de la cultura de Seguridad del paciente para proveer un entorno no punitivo que favorezca el reporte de los EA. En este mismo sentido, un 39% de los participantes afirmó que el personal se preocupa de que los errores que cometen sean registrados en sus hojas de vida. El 45% del personal refirió sentir que los errores son considerados en su contra; Por otra parte, el 48% consideró que cuando se informa de un evento, se está denunciando la persona y no el problema.

Tabla 15.

Respuesta no punitiva a errores.

12 RESPUESTA NO PUNITIVA A ERRORES	Respuestas para preguntas en negativo(Muy en desacuerdo/En desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (De acuerdo/ Muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del item	PORCENTAJE POR PREGUNTA
El personal/colaboradores siente que sus errores son usados en su contra	96	NA	96	211	45%
Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema	101	NA	101	211	48%
Los funcionarios/contratistas se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida y/o contratos	83	NA	83	211	39%
TOTAL:			280	633	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				44%	

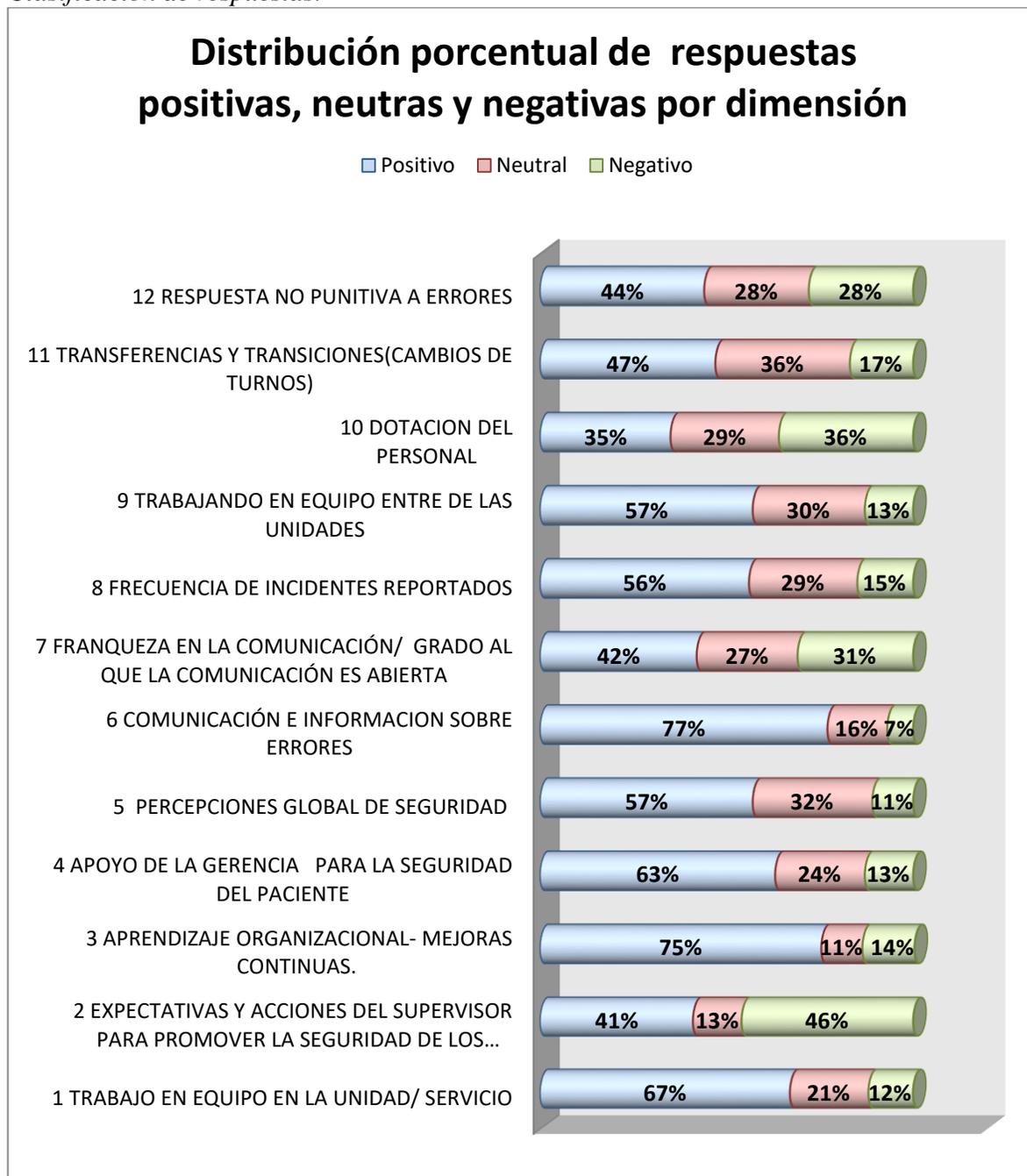
Fuente: Elaboración propia

Clasificación de Respuestas.

La tasa de respuesta positiva por dimensión fluctúa entre el 77% y el 35%, siendo la dimensión con mayor porcentaje de respuestas positivas 'COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE ERRORES' y la más baja 'DOTACIÓN DEL PERSONAL'.

Grafica 20.

Clasificación de respuestas.



Fuente: Elaboración propia

Distribución de Dimensiones por Semaforización

Tabla 16.

Semaforización de las dimensiones de seguridad del paciente.

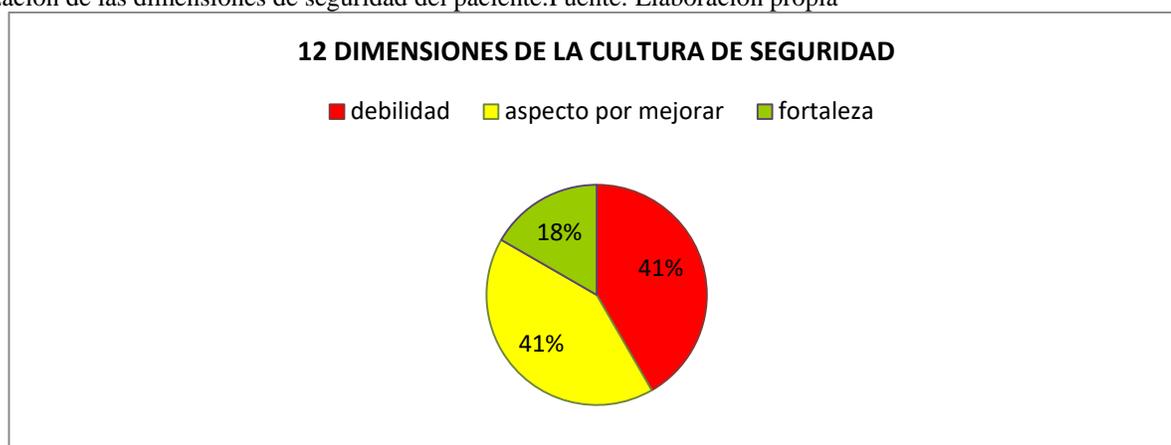
N ^o	DIMENSION	DEBILIDAD	ASPECTO POR MEJORAR	FORTALEZA
		5	5	2
1	Trabajo en equipo en la unidad/ servicio			
2	Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes			
3	Aprendizaje organizacional mejoras continuas.			
4	Apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente			
5	Percepciones global de seguridad			
6	Comunicación e información sobre errores			
7	Franqueza en la comunicación/ grado al que la comunicación es abierta			
8	Frecuencia de incidentes reportados			
9	Trabajando en equipo entre de las unidades			

10	Dotacion personal del		
11	Transferencias y transiciones(cambios de turnos)		
12	Respuesta no punitiva a errores		

Fuente: Elaboración propia

Grafica 21.

Semaforización de las dimensiones de seguridad del paciente. Fuente: Elaboración propia



Observaciones de los Participantes:

Correspondiente a la pregunta, por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, errores o incidentes reportados en el hospital, se obtuvieron los siguientes comentarios:

- Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, errores o incidentes reportados en el hospital o puesto de salud.
- En el ingreso de pacientes para procedimientos quirúrgicos invasivos no es aceptable que ingresen los pacientes caminando o en silla de ruedas.
- se está realizando una excelente labor en la ejecución del programa, algunas veces falta compromiso del personal asistencial

- La seguridad de los pacientes es la prioridad q tenemos todos los funcionarios de la institución ya q es la vida e integridad de un ser q tiene derecho a ser bien atendido y cuidado para que su recuperación sea más rápida y se sienta protegido y en buenas manos.
- Falta de insumos, o parte del proveedor para entrega reportes a tiempo.
- Que haya profesionales con experiencia, que supervise trabajo de los rurales.
- Falta manual de funciones que describan responsabilidad y actividades de auxiliares y profesionales.
- Personal nuevo o de otros servicios que desconocen el manejo del paciente pop quirúrgico. Y no tienen el mismo compromiso con el servicio. Así mismo hay poco personal para brindar una atención completa y brindar seguridad al paciente.
- La entrega de turno es ineficiente muchas veces y no es completa la información al ingreso del paciente.
- El programa de seguridad del paciente es muy efectivo y eficaz dentro del hospital
- Que todo esté en buen estado como camillas sillas de ruedas sillas pato para así el paciente tenga más seguridad
- La seguridad del paciente está muy bien planteada en esta institución, y somos muy comprometidos con ella
- Siempre estoy pendiente del paciente mirando y observando que tenga todo lo necesario para que se sienta bien para que no tenga ninguna complicación haciendo lo posible por darle un buen servicio o una buena tensión ya que todos merecen respeto y mucha humanización.
- Aún contamos con camas y las barandas dañadas
- En mi área de trabajo pediatría mantenemos al tanto de las barandas elevadas y los niños según su edad se asignan en cuna y siempre se da la educación necesaria a los respectivos familiares y ellos indican y refieren que han entendido lo explicado.
- Falta más apoyo de parte de las personas en cargadas de la seguridad del paciente y jefes de servicio, donde no se juzgue el problema, sino se busquen soluciones.

- básicamente la debilidad en la seguridad del paciente se basa en la responsabilidad de algunos familiares y en la gran mayoría de los cuidadores de hogares geriátricos con pacientes hospitalizados, en relación con el personal colaborador es de destacar el avance que se ha tenido por mejorar el programa de seguridad del paciente en el piso.
- La seguridad efectiva en cada proceso con lleva a satisfacción y disminución en estancias prolongadas, gastos innecesarios, es función tanto de la parte administrativa como asistencial estos logros.
- El hospital es un hogar donde los pacientes se sienten satisfechos igualmente yo q soy profesional
- Me siento conforme con el ambiente laboral del área de trabajo califico el hospital excelentemente
- Los errores se están evidenciando en áreas alternas. Ya que no se están llevando los procesos adecuadamente y se excusan no asumiendo su responsabilidad. Claros ejemplos radiología y laboratorio.
- Falta de compromiso del personal de salud hacia el paciente. El personal solo toma su función como un trabajo mas
- Pienso que cuando hay un incidente sobre la seguridad del paciente en el turno lo debido es comentarle al jefe de turno o al médico para reportar el evento. ya que así evitamos problemas, más adelante
- En el servicio en el que laboro siempre se trata de mantener primero que toda la seguridad del paciente brindándoles un mejor servicio con los medios que nos presta la institución y sobre todo la calidad humana.
- La falta de insumos disponibles para la atención segura como lo son las sillas pato para baño y traslado de pacientes
- Pienso q sobre carga de trabajo poco personal de enfermería y exceso de formatos para diligenciar cuando existe un sistema
- Al momento de reportar un evento, los líderes del proceso ven la culpabilidad del personal que reporta en vez de mirar diferentes ángulos de vista del porqué ocurrió el evento.

- Muchas veces los accidentes ocurren también en adultos mayores quienes después del ingreso a observación u hospitalización los familiares ya no se hacen cargo de ellos
- desean tener las barandas elevadas pero hay camillas en mal estado y la mayoría de pacientes no acepta hacer eso y uno se puede matar elevándolas pero es imposible tenerlas así. Toca trabajar más en equipo para que todo se dé, toca variar la gente de áreas para que se intentaba y aprendamos de todo un poquito. Porque nada ganamos con unos hacer y otros no
- Se desvía la atención en el diligenciamiento de muchos formatos , cuando existe un sistema con todas las herramientas para el registro , hay sobrecarga de trabajo, poco personal, y exceso de funciones durante el turno que no permiten una mejor y mayor interacción en el cuidado del paciente
- Todo está hasta el momento bien
- Debemos tener camillas más cómodas en el servicio de urgencias adulto
- La falta de ventilación en la unidad afecta el desempeño laboral y el estado del paciente.
- Mejorar las camillas para poder mantener las barandas elevadas
- Tomas de conexión de cables en muy mal estado, puede generar un evento al paciente y/o acompañante
- En cuanto a la infraestructura hace falta acondicionar pasamanos a los baños y material antideslizante a los pisos. ampliación de los cubículos para ofrecer mejor servicio a los pacientes.
- Mi respuesta de aceptable al título dado es por el mal estado y la falta de elementos como camillas sillas pato y algunos otros implementos que aumentan el riesgo de caídas y daño físico al paciente ya que no hay camillas suficientes y en buenas condiciones en el servicio de urgencias que nos ayuden en el manejo de la seguridad del paciente
- El estado de algunas camillas es inadecuada.
- Faltan camillas con las barandas buenas

- Perdemos. el tiempo haciendo hojas innecesarias teniendo todos los elementos en el sistema, esto afecta la economía y cuidado del paciente en la institución y contaminamos el medio ambiente
- No se reportan el 100% de los incidentes que suceden, pero si hay afectación al área a la que pertenezco. al laboratorio clínico le agregan los errores de otras áreas haciendo comentarios negativos.
- En ocasiones la seguridad del paciente desde el ingreso a la institución, no se lleva a cabo, en otras ocasiones depende del personal de turno, así como hay gente y áreas que se esfuerzan por la seguridad del paciente hay otras que a pesar de conocer aspectos del tema no reparan en tomar las medidas necesarias, además por ejemplo las camillas no dan seguridad, las barandas están dañadas a cada rato, los equipos son antiguos y presentan malfuncionamiento y hay sobrecarga de labores asignadas al personal, un número alto de pacientes asignados a poco personal
- Considero que se. cuando se comete el error se reporta el caso, en mi caso nunca pasa nada.
- No he tenido algún tipo de incidente en el área en la que me encuentro, de pronto lo que si se ve mucho es el inconformismo que tiene el paciente al obtener sus citas en especial las de radiología tan largo plazo
- Relativamente se ve mayor claridad de los temas y no se fomentaron tantos accidentes que pudieran dañar la seguridad del paciente en esta área y se ve reflejado en procesos de mejoramiento y colaboración con nuestros compañeros para ser calidad del hospital
- Es muy alto el riesgo de caída de paciente por falta de camillas en buen estado la mayoría se encuentran dañadas las barandas faltan sillas de ruedas y más camillas ya que en este servicio urgencias la mayoría de paciente son de alto riesgo de caída ya sea por sus diagnósticos complejos o el alto índice de paciente de tercera edad.
- Cuando el servicio esta con sobre cupo de pacientes no hay colaboración o envió de personal para reforzar la atención de los mismos, (sobre todo en las noches). si los auxiliares realizan sus actividades jamás se les reconoce el buen trabajo, pero si hay un error y si lo ven lo sobre saltan. hace falta un factor donde también se valore, motive al

trabajador por su entrega y sentido de pertenencia que se demuestra tener por nuestros pacientes e institución.

- Tener la prudencia, respeto, puntualidad al reportar estos eventos adversos son pacientes seres humanos, con los que convivimos, tratamos ayudamos.
- Más responsabilidad en reportar
- Los pacientes están bien atendidos pero no se hacen mantenimientos adecuados a las camas, las barandas se caen y así las dejan. además deberían tener más control en el inventario y que se devuelvan las cosas en perfecto estado
- Es importante generar planes de mejoramiento para el laboratorio clínico y dar seguimiento a los eventos reportados ya que son frecuentes en este servicio
- Los paciente tiene una excelente y oportuna atención, con buena información y responsabilidad
- Que los pacientes sean atendidos oportunamente y evidenciar su sintomática a tiempo
- Lastimosamente cuando ocurren las cosas es cuando hacen eventos de prevención
- En nuestro servicio no contamos con sillas para baño de paciente en buen estado, no tenemos un carro de medicamentos en buen estado, las duchas se dañan con mucha frecuencia, por parte del personal, la mayoría tenemos las mejores intenciones de colaborar con este proceso, pero lamentablemente se nos sale de las manos, si no contamos con los elementos necesarios para poder realizar bien nuestra labor. gracias
- Incentivar a los trabajadores
- Que el sistema sea más confiable ya que este nos ase cometer errores de confusión de pacientes y que enfermería este más concentrada en los cambios para mejorar y ser más efectivos.
- Personalmente he visto que los trabajadores que laboran en esta institución, tienen el conocimiento con respecto al tema, pero falta más honestidad en algunos de ellos creo que todo lo que hagamos en favor del paciente debe de ser conciencia gracias...
- A la fecha de manera personal no he tenido que reportar nada asociado con la seguridad del paciente, pienso que en mi servicio de manejan las herramientas suficiente y el conocimiento para no poner en peligro al paciente.

- Pacientes del área de urgencias mayores de edad, son dejados en el servicio sin acompañantes, lo cual puede generar riesgo de caída u otras.
- Falta mucha información de cómo debemos manejar pacientes y q manejos de seguridad se deben tener en general en toda la institución falta mucha socialización sobre el tema.
- Las fallas que se presentan en cuanto a la seguridad del paciente es la falta de insumos, mantenimiento preventivo de los equipos.
- Todo el personal debería diligenciar y enviar en caso de ocurrir evento adverso pues en el are de hospitalización generalmente lo realiza personal de enfermería profesional.
- En el servicio de imágenes diagnosticas es indispensable un punto de oxígeno.
- Falta de logística
- Pienso que estamos en un proceso de aprendizaje, son excelentes las charlas porque aunque uno este a diario con el manejo y tome medidas siempre hay cosa que se olvidan.
- Me parece que en mi labor muchas beses las ordenes demoran hasta dos días en llegar a el servicio esto hace que la atención no por culpa de nosotros sino del traspapele de las ordenes en pisos es demorado y así mismo se ve que los médicos de piso demoran en mirar las órdenes para mi concepto es necesario realizar un seguimiento a este inconveniente que se presenta a diario.

Conclusiones

La percepción del grado general de seguridad del paciente en las áreas o procesos que tienen los encuestados de un 75% seguridad del paciente en general es excelente o muy bueno, el 23% piensa que es aceptable y un 2% piensa que es pobre o malo, contrasta con los resultados en la medición de las dimensiones, donde el 41% de estas se clasificaron como debilidades, otro 41% como aspectos por mejorar y un 8% como fortaleza, lo que indica la necesidad de construcción de cultura de seguridad para, dar más objetividad a los términos de percepción de los funcionarios asistenciales.

Los encuestados manifestaron temor por la posible respuesta punitiva al reporte voluntario de eventos adversos lo que se puede considerar como una barrera para llegar a la cultura de reporte y de seguridad de los pacientes.

La medición del clima de seguridad del paciente para el presente periodo debe verse reflejado en planes de mejora y en una proyección de futuras mediciones con el fin de lograr una cultura que asegure la seguridad del paciente.

La metodología de diligenciamiento anónimo de la encuesta de seguridad del paciente permite confianza para los encuestados y quienes aplican la herramienta, permitido detectar acciones de mejora por medio de la opinión de los encuestados en los procesos asistenciales

Según la metodología del Estudio, se identifica como una importante fortaleza la percepción del Trabajo de Equipo al interior de las áreas incluidas en el estudio, cualidad que debe ser promovida y considerada en el mejoramiento de la Seguridad Clínica. Como debilidades se identificó el compromiso de los líderes de procesos y áreas en temas de seguridad del paciente especialmente en momentos de mucha carga laboral.

Bibliografía

Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on patient safety culture [Internet]. [consultado 2015 May 05]. Disponible en: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospform_sp.pdf.

Cabañas R. Evaluación de la atención de la salud. Revista Médica Hondureña. 1994 [consultado 16 de febrero de 2009]; 62:25-29. En: www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-11994-7.pdf.

Fundación Santa Fe de Bogotá. Oficina de Atención Confiable. Seguridad del paciente: implementación de una cultura. [Internet] Bogotá, Colombia. [Citado 8 noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Editorial.htm>.

León RC. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer. 2006 [consultado 16 de febrero de 2009]; 22(3). En: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html.

López, V. (2016). Medición De La Cultura De Seguridad Del Paciente En Un Hospital Público De Primer Nivel En El Municipio De Villeta. (Tesis de post grado. Universidad del Rosario). Villeta, Cundinamarca.

Ministerio de la Protección Social de Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá: Buenos y Creativos; 2008 [consultado 16 de febrero de 2009]. En: <http://>

www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.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 Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2008.

Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio Ibeas, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: informe de resultados Colombia [consultado 19 de septiembre de 2011]. En:

<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite8/IBEAS%20FINAL.pdf>.

OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente [consultado 17 de febrero de 2009]. En: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente, la investigación en seguridad del paciente: mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: OMS; 2008.

Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [consultado 17 de febrero de 2009]. En: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura [consultado 18 de febrero de 2009]. En: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.

Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente [consultado 16 de febrero de 2009]. En: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>.

Otero, P. L. (2008). Medication errors in patients: prevalence and results of a prevention program. *Pediatrics*, 122(3), 737-743.

Sammer C, Likens K, Singh K, Douglas M. What is patient safety culture? A review of the literature. J. nurs. scholarsh. 2010; 42(2):156-165.

Anexos.

Link de la encuesta de seguridad del paciente:

https://docs.google.com/forms/d/1PI3fmw4fh9jIG2gmPQ2m_IDv50ajavaGHXFUDa8Fuk/prefill

Encuesta de seguridad del paciente

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

*Obligatorio

Sede *

- E.S.E Hospital san Rafael de fúsgasuga
- E.S.E Hospital san Rafael - Puestos de salud

¿Cuál es su principal área / proceso en el que presta sus servicios en esta Institución? *

- Urgencias
- Hospitalización
- Consulta Externa
- Sala de Partos
- Laboratorio
- Vacunación
- Administrativa
- Promoción y prevención
- Farmacia
- Tercerizados
- Salas de Cirugía
- Banco de sangre
- Banco de leche
- Odontología
- Trabajo social
- SIAU
- Humanización
- Imágenes diagnósticas
- Referencia y contra referencia
- Unidad gestión de calidad
- Epidemiología
- Otros

¿Cuál es su cargo/objeto contractual /rol en esta institución? *

- Enfermera profesional
- Medico general
- Medico especialista
- Medico SSO
- Auxiliar de enfermeria
- Auxiliar de odontología
- Bacteriologo
- auxiliar de laboratorio
- Microbiologo
- Lider de proceso
- Tecnico rayos X
- Personal psicosocial
- Personal de dirección y gerencia
- Auxiliar de farmacia
- Auxiliar del sistema de información y atención al usuario
- Epidemiologia
- Profesional especializado
- Otros: _____

¿Qué tipo de vinculación tiene? *

- Nombrado (carrera adm. o provisional)
- Cooperativa
- Contrato de Prestación de Servivios
- Otro

En su cargo/objeto contractual/rol ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? *

- Si
- No

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión? *

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

¿Cuánto tiempo lleva usted realizando sus funciones/actividades en su actual área/proceso? *

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

¿Cuántas horas a la semana realiza sus funciones/actividades en esta institución? *

- Menos de 20 horas
- De 20 a 39 horas
- De 40 a 69 horas
- De 70 a 79 Horas
- De 80 a 99 horas
- 100 horas o mas

Mi lider de area/proceso hace comentarios favorables cuando ve que las funciones/actividades realizadas están de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Mi lider de area/proceso acepta las sugerencias del personal/colaboradores para mejorar la seguridad de los pacientes *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Cuando la presión se incrementa, mi lider de area/proceso solicita que realicemos las funciones/actividades más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes? *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Mi lider de area/proceso, no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Cuando su área/proceso está realmente ocupada, otras le ayudan *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

En esta área/proceso, la gente se apoya mutuamente *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de funciones/actividades, lo hacemos en equipo *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

En esta área, el personal /colaboradores se trata con respeto *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

El personal /colaboradores habla de forma libre si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

El personal/colaboradores se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

El personal/colaboradores tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

El área/proceso funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta áreas/procesos *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

En esta área/proceso, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

El personal/colaboradores siente que sus errores son usados en su contra *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Los funcionarios/contratistas se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida y /o contratos *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Tenemos suficiente personal /colaboradores para realizar las funciones/actividades *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

El personal/colaboradores en esta área/proceso realizan más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Usamos más personal/ temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Frecuentemente, realizamos nuestras funciones/actividades en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso adverso *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Las áreas/procesos de esta institución no están bien coordinadas entre sí *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Hay buena cooperación entre las áreas/procesos de la institución que requieren realizar sus funciones/actividades conjuntamente *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Las áreas/procesos de la Institución realizan sus funciones/actividades en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área /proceso a otra *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas/procesos de esta institución *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

La seguridad del paciente se compromete a hacer más funciones/actividades *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área/proceso *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área/proceso *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

¿Cuándo se comete un error pero es evidenciado y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado? *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado? *

- Nunca/rara vez
- Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces
- La mayoría de veces/ siempre
- De acuerdo/ Muy de acuerdo

En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado? *

- Ningun reporte
- De 1 a 2 reportes
- De 3 a 5 reportes
- De 6 a 10 reportes
- De 11 a 20 reportes
- 21 reportes o mas

Título sin título

Por favor, asígnele a su área/ proceso en la cual realiza sus funciones/actividades un grado en general de seguridad del paciente *

- Excelente
- Muy Bueno
- Aceptable
- Pobre
- Malo

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, errores o incidentes reportados en el hospital o puesto de salud.

Tu respuesta

ENVIAR

