

DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE TÚQUERRES,
NARIÑO EL PRIMER PERIODO DE 2023.



AUTORES

JACKELINE DEL CARMEN CUENTAS ESTRADA
JENNIFER LIZETTE SIERRA AGUDELO
YESICA CLEO MARIA PACHECO SUAREZ

CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES ESPECIALIDAD EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA D.C
MAYO DE 2023

DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE TÚQUERRES,
NARIÑO EL PRIMER PERIODO DE 2023



AUTORES

JACKELINE DEL CARMEN CUENTAS ESTRADA
JENNIFER LIZETTE SIERRA AGUDELO
YESICA CLEO MARIA PACHECO SUAREZ

DOCENTE ASESOR
PAOLA RUIZ

CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES ESPECIALIDAD EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA D.C
MAYO DE 2023

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	8
CAPITULO 1. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO	9
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.2.1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	10
1.3 JUSTIFICACION	11
CAPITULO 2. MARCO REFERENCIA.	15
2.1 MARCO TEORICO.....	15
2.1.1 MODELO DEL ICEBERG PARA LA CULTURA ORGANIZACIONAL.	17
2.1.2 ELEMENTOS VISIBLES DEL ICEBERG.	18
2.1.3 ELEMENTO INVISIBLE DE ICEBERG.	18
2.1.4 TEORÍA DEL RIESGO DE JEAN REASON.	18
2.1.5 MODELO DE THOMAS J. PETER & ROBERT H. WATERMAN.....	20
2.2 MARCO CONCEPTUAL	22
2.2.1 ADMINISTRACION EN SALUD.....	22
2.2.2 ATENCIÓN EN SALUD.....	22
2.2.3 ATENCION PRIMARIA EN SALUD.....	22
2.2.4 CULTURA DE SEGURIDAD	22
2.2.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE	23
2.2.6 BARRERA DE SEGURIDAD	23
2.2.7 INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA.....	23
2.2.8 FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD	23
2.2.9 FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS.....	23
2.2.10 FALLAS LATENTES	23
2.2.11 EVENTO ADVERSO.....	24
2.2.12 EVENTO ADVERSO PREVENIBLE.....	24
2.2.13 EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE.....	24
2.2.14 FACTORES CONTRIBUTIVOS.....	24

2.2.15 INCIDENTE	25
2.2.16 COMPLICACION EN SALUD	25
2.2.17 ERROR	25
2.2.18 NEGLIGENCIA	25
2.2.19 INSTITUCIONES PRESTADORES DE SALUD	25
2.3 MARCO LEGAL	26
2.3.1. LEY 100 DEL 1993	26
2.3.2 RESOLUCION 1474 DEL 2002	27
2.3.3 DECRETO 2309 DEL 2002	27
2.3.4 DECRETO 1011 DEL 2006	28
2.3.5 RESOLUCION 1446 DEL 2006	28
2.3.6 LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL 2008	28
2.3.7 GUIA TECNICA “BUENA PRACTICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD”. 2010	28
2.3.8 MANUAL DE ACREDITACION EN SALUD, AMBULATORIO Y HOSPITALARIO RESOLUCION 123 DEL 2012	29
2.3.9 RESOLUCION 2003 DEL 2014	29
2.3.10. LEY 1751 DEL 2015	30
2.3.11 DECRETO 2343 DEL 2015	30
2.3.12 RESOLUCION 0256 DEL 2016	31
2.3.13 RESOLUCION 5095 DEL 2018	31
2.3.14 RESOLUCION 3100 DEL 2019	31
2.3.15. LEY 715 DEL 2001	32
2.4 MARCO ETICO	32
2.4.1 ASOCIACION COLABORATIVA	32
2.4.2 VALOR SOCIAL	33
2.4.3 EVALUACION INDEPENDIENTE	33
2.4.4 VALIDEZ CIENTIFICA	34
2.4.5 SELECCION JUSTA DE LOS PARTICIPANTES	34
2.4.6 BALANCE RIESGO – BENEFICIO FAVORABLE	35
2.4.7 RESPETO POR LOS PARTICIPANTES	35
2.4.8 CONSENTIENTO INFORMADO	36
CAPITULO 3. MARCO METODOLOGICO	36

3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	36
3.2 POBLACION	37
3.3 PROCEDIMIENTO	38
3.4 TECNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION	39
3.4.1 FUENTE PRIMARIA.....	39
3.4.2 FUENTE SECUNDARIA:.....	39
3.5 TECNICA PARA EL ANALISIS DE LA INFORMACION	39
3.5.1 INSTRUMENTO – CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:.....	39
3.5.2 ESCALA DE VALORACION DEL INSTRUMENTO DOS- CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:...	41
3.6 CONSIDERACION ETICA.....	42
CAPITULO 4. ANALISIS DE RESULTADO	43
4.1 Aplicación de una encuesta y evaluación de conocimiento para monitorear y evaluar el programa de seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del Hospital San José de Tuquerres, durante el primer periodo de 2023, con el fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora en su implementación.....	43
4.1.1 Fortalezas y oportunidades	65
Grado de seguridad del paciente	67
4.2 ANALIZAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ENCUESTAS Y EVALUACIONES PARA IDENTIFICAR ÁREAS DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	71
4.3 PROPORCIONAR RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA EN LOS PROCESOS PRIORITARIOS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.	72
7. DISCUSION Y CONCLUSIÓN.	75
8. REFERENCIA.....	77
9 .ANEXOS	85
ANEXO 1 Autorización por parte del hospital San Jose de Tuquerres Nariño para la realización de proyecto.....	85
ANEXO 2 Encuesta de percepción de seguridad del paciente.	86
ANEXO 3 A continuación se puede evidenciar como es la presentación del formato forms, para el cuestionario:	92

TABLA DE CONTENIDO GRAFICAS

Grafica N°1:.....	43
La gráfica circular representa la proporción de hombres y mujeres en una población	43
Grafica N°2:.....	44
La gráfica de barras muestra la distribución de la edad en una población.....	44
Grafica N°3.....	45
Hace referencia al nivel de formación.....	45
Grafica N°4.....	45
Hace referencia al tiempo laboral.....	45
Gráfico N°5.....	46
Hace referencia a la 1 pregunta de la sección A.....	46
Grafica N°6.....	47
Hace referencia a la 2 pregunta de la sección A.....	47
Grafica N°7.....	48
Hace referencia a la pregunta 3 de la sección A	48
Grafica N°8.....	49
Hace referencia a la 1 pregunta de la sección B.....	49
Grafica N°9.....	50
Hace referencia a la pregunta 1 de la sección C.....	50
Grafica N°10.....	51
Hace referencia a la pregunta 2 de la sección C.....	51
Grafica N°11.....	52
Hace referencia a la pregunta 3 de la sección C.....	52
Grafica N°12.....	53
Hace referencia a la pregunta 4 de la sección C.....	53
Grafica N°13.....	54
Hace referencia a la pregunta 1 de la sección D.	54
Grafica N°14.....	55
Hace referencia a la pregunta 2 de la sección D.	55
Grafica N°15.....	56
Hace referencia a la pregunta 3 de la sección D.	56

Grafica N°16.....	57
Hace referencia a la pregunta 4 de la sección D.	57
Grafica N°17.....	59
Hace referencia a la pregunta 5 de la sección D.	59
Grafica N°18.....	60
Hace referencia a la pregunta 6 de la sección D.	60
Grafica N°19.....	67
Hace referencia a la 1 pregunta de la sección E: Grado de seguridad del paciente.....	67

TABLA DE CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1.....	38
CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	38
Tabla 2.....	41
Escala de valoración del instrumento.....	41
Tabla 3.....	42
Categoría de respuesta del cuestionario	42
Tabla N°4.....	43
Caracterización Sociodemográfica	43
Tabla n°5	66
Análisis DOFA	66
Tabla N° 6.....	61
Frecuencia de incidencia de reportes por el personal de la salud.	61
Tabla N°8.....	63
Identificar el nivel de satisfacción	63
Tabla N° 9.....	64
Análisis de margen de confianza en el ámbito laboral.	64
Tabla N°10.....	67
Percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en la institución	67

INTRODUCCION

El sistema de salud es fundamental para brindar seguridad en el sector en cuanto a una mejor calidad en los diversos servicios prestadores de salud, es importante comprender la participación de los entes para desarrollar y ejecutar el sistema de forma adecuada y veraz, los componentes primordiales que conforma la integración del sistema de salud son: el estado: donde por medio del ministerio de salud y de protección social tiene la función de coordinar, direccionar y controlar todo el sistema de salud del país, los aseguradores: el cual lo conforma las entidades promotoras de salud (EPS) donde las afiliaciones y recaudo de cotizaciones donde se garantiza la prestación del plan de beneficios en salud (PBS), y los prestadores (IPS): donde se brindan la atención a los usuarios en los diferentes servicios.

En las entidades prestadoras de servicios de salud es prioridad velar por la seguridad del paciente mediante prácticas seguras del personal, los procedimientos, reporte y seguimientos de eventos adversos de manera eficaz y oportuna, de igual manera estos procesos están enlazados con los conocimientos de los profesionales de salud en su quehacer diario, por esto es importante la realización de seguimientos de estos conocimientos mediante actualizaciones y/o capacitaciones que le brinden al personal pre saberes importantes los cuales se desarrollan en su labor, de igual manera la actividad del reporte, su proceso, su seguimiento son de vital importancia en las área de salud y donde el profesional de salud es el primer desarrollador del mismo, los eventos adversos requieren de planes de mejora que se deben analizar e implementar en las instituciones prestadores de servicios de salud, por esto es fundamental evaluar los procesos y seguimientos que se llevan a cabo en el área a intervenir. Para así mismo encaminar los procesos seguros al usuario y en segunda medida al profesional.

CAPITULO 1. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION.

La seguridad del paciente son todas esas actividades que se realizan para brindar una atención segura y con calidad a los usuarios, los objetivos se basan principalmente en orientar y promover en las instituciones prestadores de los servicios de salud (IPS) u organizaciones sanitarias una cultura segura para el paciente, para ellos, es necesario implementar prácticas seguras dentro de esas estrategias centradas en la implementación de la política de promover la evaluación de la cultura de seguridad del paciente como fuente primaria y como fuente secundaria la prueba de conocimiento y así identificar lo que se tiene de ello, por otra parte identificar la percepción de las distintas dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, lo cual involucra al personal de enfermería, auxiliares de enfermería y médicos como eje principal del cuidado del paciente.¹⁰

La falta de seguridad del paciente ha sido un problema a nivel mundial en el ámbito de la salud, que por negligencia de las entidades prestadoras de salud y por los malos procedimientos, ha generado que hoy en día se convierta en un tema importante a nivel de todas las IPS de salud, ya que la falta de comunicación entre paciente y personal de la salud conlleva a la insatisfacción de los usuarios, aumento de eventos adversos, aumento de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) y a la disminución de la credibilidad institucional. Es aquí donde vislumbramos el tema que nos compete, y donde trabajaremos en el Programa de seguridad del paciente del Hospital de segundo nivel de atención del municipio de Tuquerres, teniendo en cuenta el conocimiento que tiene los profesionales de esta área. Desde la perspectiva anterior y conociendo la problemática es importante evaluar la cultura y el conocimiento de la seguridad del paciente qué tiene el personal asistencial, enfocado directamente a enfermería, auxiliar de enfermería y médicos ya que son el pilar fundamental de la institución para la atención directa y continua que tienen con el paciente. De esta

manera buscamos con este estudio responder a la siguiente pregunta problema:
¿Cuál es la percepción del personal de salud en el servicio de hospitalización del Hospital San José de Túquerres, Nariño, acerca de la gestión de la seguridad del paciente durante el primer periodo de 2023?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL.

Diagnosticar la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre el personal del Hospital San José de Túquerres, Nariño, durante el primer periodo de 2023, con el fin de identificar áreas de mejora en la gestión de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización.

1.2.1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Aplicar una encuesta y evaluación de conocimiento para monitorear y evaluar el programa de seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del Hospital San José de Tuquerres, durante el primer periodo de 2023, con el fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora en su implementación.
- Analizar los resultados obtenidos de las encuestas y evaluaciones para identificar áreas de mejora en la gestión de la seguridad del paciente.
- Proporcionar recomendaciones específicas para la implementación de un plan de mejora en los procesos prioritarios de gestión de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización.

1.3 JUSTIFICACION

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente, Pinto, et al. (2011). Por lo tanto, para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos.¹

A nivel mundial se ha intentado trabajar de manera integral y arduamente en el sistema de salud, sobre todo en la seguridad del paciente, como único propósito de implementar los cuidados en la prevención de la enfermedad y promoción en el cuidado de la salud en todas las personas de diferentes edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, todo con el fin de lograr un ambiente seguro, que contribuya a la integración tanto al personal de la salud (enfermeras, médicos, entes administrativos etc.) como el deseo en tener presente la responsabilidad profesional en el quehacer diario. Logrando así brindar una buena atención, con calidad y minimizando el riesgo en los diferentes servicios prestadores.²

Según la agencia para la investigación y calidad en salud (*Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*), la cultura de seguridad es el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar, el estilo y la eficiencia de una organización de salud en el manejo de seguridad, y se compone de las percepciones y conocimientos de la seguridad.³

Se hizo una consulta a nivel internacional sobre los trabajos: *“Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería”*. Coruña España, 2012-2013, se pudo concluir que: La nota media sobre nivel de seguridad es de 6.8 sobre 10. Además, las dimensiones mejor valoradas son “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad” con un 81% y 71% de respuestas positivas respectivamente.⁴ Las peores valoradas fueron “Dotación de personal” (62% de respuestas negativas) y “Percepción global de seguridad” (44%), las que junto con las dimensiones. Según la agencia para la investigación y calidad en salud (*Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*), la cultura de seguridad es el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la formación de actuar, y el estilo y la eficiencia de organización de salud, la frecuencia de eventos reportados y el grado de seguridad general del paciente.⁴

A nivel nacional el estudio: *“Diseño Del Modelo De Seguridad Del Paciente En Una ESE De Primer Nivel Del Suroeste Antioqueño”*, donde, se documentó el Programa de Seguridad del Paciente con la caja de herramientas dirigidas a minimizar y en lo posible a eliminar la ocurrencia de eventos adversos evitables en la ESE Hospital San Fernando del municipio de Amagá.⁵ donde se busca alcanzar objetivos claros, para esto se implementará estrategias como actividades, creando la cultura de seguridad, donde se garantizará la comprensión del mismo, de igual manera las barreras de seguridad el reporte de los mismo estas contribuyen al aprendizaje organizacional de los profesionales de la salud. Este abordaje en primera instancia se enfoca en el personal de la salud; ya que es el primer y constante contacto del paciente en momentos de atención y este lleva el proceso del mismo.

Otra investigación encontrada se titula: *“Propuesta Para La Implantación Del Programa De Gestión De La Seguridad Del Paciente En La Empresa Social Del Estado – Hospital Local De Hatillo De Loba Bolívar”*, donde se pudo concluir que la

E.S.E. carece de un programa de seguridad del paciente, lo cual impide desarrollar herramientas de control de riesgos y de mecanismo para identificación de eventos adversos como insumos necesarios para ejecutar estrategias de búsqueda activa y alerta sobre los riesgos que afectan la salud de los pacientes.⁶ así mismo se puede evidenciar la carencia y las fallas de conocimiento del programa de seguridad al paciente entre los mismos usuarios, ya sea por las deficiencias en la atención y otras fallas que hace que los usuarios definan ineficiente los múltiples servicios, y el desconocimiento de los reportes y su proceso como tal, es por esto que es importante tomar medidas de acción y de mejora en el programa de manera precisa y asertiva entre los colaboradores de la institución y así como los usuarios para el manejo de una comunicación clara sobre la prestación y los diversos problemas que se puedan llevar a cabo en las diversas atenciones de los servicios prestados en la institución.

A nivel institucional se encontró en la revista de psicología de la universidad Iberoamericana la siguiente publicación del proyecto titulada: *“Estableciendo una línea en base a la cultura de la seguridad de los pacientes de un hospital universitario en Bogotá”*. El objetivo de este estudio aplicado fue describir aspectos claves de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que labora en un Hospital Universitario de Bogotá, Se utilizó la encuesta *“Hospital Survey on Patient Safety Culture”* patrocinada por el *Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC)*. La información recogida permitió establecer la percepción que tienen los colaboradores en cuanto a siete dimensiones que conforma la cultura de seguridad. El cual fue publicado en la revista *IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA: CIENCIA Y TECNOLOGÍA* (1): 19-28, 2008:⁷ se destaca en el estudio que la percepción de los encuestados es positivo en cuanto conocimiento de la seguridad del paciente y los eventos adversos así como su manejo, desde otra perspectiva se enfatiza en trabajar esto en más corto tiempo para abarcar a la mayoría del personal y por otro lado el alto flujo del personal de la institución que es importante tener en cuenta para un conocimiento más completo en la institución. Dentro de esto es importante la perspectiva de la dimensión cultural que se compone de la fuerza y/o apoyo del equipo de trabajo, así mismo el entorno

biopsicosocial compuesto por las personas que prestan el servicio de salud y los que se involucran en los posibles hechos del evento adverso.

Otro proyecto referencial desarrollado por estudiantes de la institución se encuentra por los autores: Rodríguez Rodríguez, Diana Carolina; Sierra Méndez, Heidy Tatiana; Díaz Jojoa, Ricardo Alfredo, donde tiene como título: *“Caracterizar los eventos adversos en la unidad funcional de hospitalización de una institución de IV nivel de atención del Huila en el año 2020”*, en este trabajo se puede evidenciar en materiales y métodos que utilizaron una recopilación de datos dispuesto en los reportes de seguridad en el paciente tomando el informe de eventos adversos presentados en pacientes en el área de hospitalización, y se aplicó la matriz de autoría propia, en este se expone las características de la población seleccionada, posteriormente fueron tabuladas obteniendo valores cualitativos, los cuales fueron analizados y graficados.⁸ es importante destacar que este estudio es de tipo descriptiva retrospectiva el cual aporta una información importante enfocada en las características de estado del paciente, atención oportuna, eficacia en la prestación de los diferentes servicios prestados, de igual manera es importante analizar conjunto con el personal de la salud que los eventos adversos ocupan un gran costo institucional, de aquí radica de mantener una incidencia muy baja y así cuidar recursos.

Por otra parte tenemos el proyecto por los autores: Moreno Montaña, Vanessa; Montaña Becerra, Johan Alexander, este trabajo es titulado: *“los eventos adversos y su influencia en la percepción de la seguridad del paciente en una IPS de servicios oncológicos de la ciudad de Santiago de Cali”*; Donde se analiza la relación entre los eventos adversos (ocasionados en el año 2020) y la percepción de la seguridad del paciente por parte del personal asistencial y administrativo de una IPS de Servicios Oncológicos. El presente estudio, demuestra si el profesional del área de hospitalización cuenta con la capacidad autónoma de liderar y llevar a cabo el programa de seguridad del paciente. Este proyecto permitirá a la institución identificar los factores que influyen en las actividades y aptitudes de los colaboradores, las relaciones y el empoderamiento en el manejo sobre seguridad del paciente, con el fin de adoptar la realización de planes de mejora que ayuden a generar una cultura

humanizada de la atención del paciente y optimizar el buen funcionamiento de la institución.⁹ es importante tener en cuenta como en muchos estudios de esta temática que el personal de salud debe estar en capacitación en atención para un evento adverso, no solo el conocimiento “ teórico”, sino también en el momento de la aplicación de que ocurra el evento y todo el proceso que esto implica, se destaca muchos factores para un adecuado manejo de estos eventos en el área de la salud como lo son el trabajo en equipo, el aprendizaje organizacional, comunicación asertiva, retroalimentación, apoyo de entes superiores y de supervisores del área, dotación, estos elementos son sumamente importantes y que se requiere de una dirección para llevar a término satisfactorio estos procesos.

CAPITULO 2. MARCO REFERENCIA.

2.1 MARCO TEORICO

La Seguridad del Paciente, es una característica muy importante en la calidad de la atención en salud, definida como la ausencia de lesiones o daños producidas por la atención en salud, consecuencia de los valores, la actitud, el conocimiento, el entrenamiento, la experiencia y la actuación de los diferentes profesionales y del sistema de salud frente al proceso de atención en salud.¹¹

A medida que se van dando avances científicos muy beneficiosos en la medicina y su práctica, las técnicas diagnósticas y medios terapéuticos se vuelven más satisfactorio. Sin lugar a duda los riesgos de incidentes y eventos adversos para los pacientes aumentan debido a su magnitud y trascendencia acordes al hecho, la seguridad del paciente se ha convertido en un problema de salud pública, que es necesario prevenir y evitar; también existen otras víctimas de esta situación como son los profesionales que realizan la atención en salud y las Instituciones de Salud en donde se realiza la atención.

Veillard 2005 y JCHAO 1997, definen que “se consigue seguridad cuando el sistema

que tiene las estructuras y prestaciones de servicio adecuados y se obtienen resultados de forma que prevengan el daño al usuario, al profesional sanitario y/o al entorno´. El modelo de gestión de la seguridad del paciente, implica a las organizaciones conocer en dónde están las situaciones de riesgo, en qué parte de la estructura organizativa se pueden generar o se están generando, en cuáles procesos se concentran las situaciones que originan riesgos para la seguridad del paciente, qué dicen los resultados de los informes de incidentes y eventos adversos, del análisis de las reclamaciones, del análisis de las demandas al respecto, logrando identificar los fallos del sistema, los insumos importantes para la evaluación permanente y proactiva así como retrospectiva de los riesgos, para determinar las barreras de seguridad que se deben implementar con el fin de minimizar su ocurrencia.¹²

Es importante tener en cuenta que el personal de salud debe estar en constante capacitación captando conocimientos tanto teóricos como prácticos, para así desempeñarse en el momento de una manera oportuna, clara, y eficaz, así analizar estos conocimientos en el personal de la salud, en cuanto al análisis en la primera fase en este proceso en la ESE Hospital de Tuquerres, se analiza la planeación estructurada de un modelo de atención con enfoque de gestión del riesgo prospectivo y retrospectivo, para la seguridad de todos. Cuando se habla de un enfoque prospectivo del riesgo, se hace referencia a la necesidad de analizar de manera sistemática las actividades de los procesos asistenciales y administrativos críticos que soportan la atención del paciente en sus diferentes interacciones asistenciales, porque existe la posibilidad de generar riesgos durante la atención, los cuales deben ser identificados con el propósito de intervenirlos antes de que se produzcan eventos adversos y el cual pueden ser evitables; de igual forma, se debe realizar valoración retrospectiva de los sucesos adversos una vez ocurran, con el fin de analizar qué ocurrió y el por qué, detectar las desviaciones frente a lo esperado y establecer acciones continuas dirigidas a su mejoramiento de manera que no vuelva a ocurrir, para beneficio de los pacientes, los proveedores de los servicios de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Así mismo el personal de salud que está en atención debe identificar cuáles son las situaciones adversas en la atención

de los pacientes es esencial para sensibilizar al equipo de salud y la alta administración sobre los principales problemas, priorizar los riesgos, analizar, caracterizar y comprender cuáles son las acciones inseguras más relevantes que favorecen su aparición, e investigar los factores contributivos prevenibles para implementar las soluciones eficaces que evidencien un impacto positivo en la seguridad de la atención en salud.

Las acciones de mejoramiento están orientadas al logro de una adecuada organización de los servicios de salud, al desarrollo e implementación de buenas prácticas en seguridad para cambiar conductas en la alta dirección, los equipos de salud, los pacientes y su acompañante o cuidador, que lesionan la atención del paciente y crear una cultura organizacional abordada de manera transversal e integral a nivel de estructura, proceso y resultados, que permita mediante un ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), la implantación de un modelo de atención segura siguiendo los lineamientos y demás disposiciones publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, con avances significativos que disminuyan la ocurrencia de los eventos adversos evitables, por esto es importante conocer de antemano las deficiencias del conocimiento o de la buena práctica en el personal de salud ante la atención oportuna del evento adversos así como sus registros. A continuación, se presentan modelos organizacionales los cuales se enfatizan en el trabajo de servicios con estructuras determinadas:

2.1.1 MODELO DEL ICEBERG PARA LA CULTURA ORGANIZACIONAL.

Este modelo evidencia que dentro de la cultura organizacional que estas son lo más parecido al iceberg donde solo se percibe una parte de ella, la que se encuentra en la superficie, es decir la que más comúnmente se ve, y que aquellos aspectos que no se logran percibir a simple vista son los que por lo general influyen en las dificultades que se presentan dentro de las mismas, constituyéndose en un problema para la organización, en gran parte debido a que muchas veces dificultan el logro de los objetivos

institucionales, debiéndose esto a diferentes aspectos, este modelo nos permite visualizar las empresas u organizaciones de otra manera ya que facilita la identificación de aspectos visibles y los que no, donde la autorreflexión de los distintos miembros de la empresa es vital para alcanzar los objetivos trazados.

El efecto iceberg empresarial es una relación causa-efecto, en la que los elementos ocultos no visibles de las empresas son la causa y los elementos visibles son los efectos y resultados que se producen, por ello es necesario que profesionales y empresarios se sumerjan sin temor en las profundidades de sus empresas y se ocupen de atender las verdaderas causas que impactan en sus resultados.¹³

2.1.2 ELEMENTOS VISIBLES DEL ICEBERG.

La empresa es como un iceberg, su parte visible está compuesta por elementos tangibles y observables públicamente, pero también otros aspectos operacionales y tareas. Dentro de los elementos visibles, se encuentran: Misión, visión, objetivos y metas, estrategias, valores corporativos, planes operativos, procedimientos, resultados, instalaciones, tecnología, estructura organizativa, desempeño, identidad corporativa, recursos financieros, ambiente laboral, tamaño y trato con los clientes¹³

2.1.3 ELEMENTO INVISIBLE DE ICEBERG.

La empresa, también, como un iceberg tiene su parte oculta o invisible que está compuesta por componentes intangibles ocultos públicamente y también otros aspectos sociales y psicológicos. Dentro de los elementos invisibles de iceberg, se encuentran, los siguientes: competencia, necesidades, tradiciones, relaciones interpersonales, motivaciones, poder e impacto de liderazgo, normas, historia, sentimientos y actitudes.¹³

2.1.4 TEORÍA DEL RIESGO DE JEAN REASON.

Dentro del modelo de Reason, se reconocen los errores propios del comportamiento humano, los errores activos, de los errores estructurales del diseño de los procesos, y los errores latentes, con el fin de poder visualizarlos y tratarlos separadamente. Los errores activos son los actos inseguros realizados por personas que se encuentran en los diferentes procesos o en contacto directo con el cliente. Este tipo de errores se presentan en diferentes formas como son: deslices, lapsus, torpezas, falta en los procedimientos, entre otros.¹⁴

Este modelo explica que cualquier componente de una organización puede considerarse un segmento (de queso). La administración es un segmento, la asignación de recursos es otro segmento, infraestructura, programa de seguridad, controles de calidad, programas de calificación y competencia, soporte operativo, cultura, liderazgo, y todos los elementos de un sistema. Donde cada individuo, cada dependencia es un elemento importante y significativo dentro del proceso, cada parte así estén separadas de alguna manera inciden en la ejecución de todo el conglomerado empresarial, de esta manera, los individuos influyen sea de manera negativa o positiva dentro de la empresa y por ende en sus usuarios, es decir que de su apropiación y desempeño y de las directrices dependerá el éxito, y está ligado a la cultura organizacional e individual, cuando éstas no se articulan adecuadamente generan vacíos o "huecos" como en el queso que conllevarían al declive de la empresa.

Este modelo hace énfasis que las fallas que se llegaran a presentar en alguna dependencia dentro de la organización puede no generar efecto catastrófico si solo se produce de forma aislada, así mismo las personas tienden a cometer errores y por ello se requiere que las organizaciones implementen sistemas acordes para subsanar dichos riesgos o minimizarlos, de igual manera, estos errores humanos están latentes esperando el desencadenante es decir se mantienen sin actividad, es decir si no se genera el desencadenante probablemente no habrá daño dentro de la organización. Para este modelo el evento no deseado se da por la combinación de dos factores, es decir deficiencias o fallas activas y las latentes, teniendo en cuenta que dicha falla

activa se produce cuando alguna persona dentro de la organización decide de manera voluntaria o no omitir directrices previamente planteadas dentro de las empresas, ejemplo no utilizar elementos de protección, mientras que las fallas latentes se encuentran inmersas en la misma organización, ejemplo equipos, maquinas insumos entre otras.

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

2.1.5 MODELO DE THOMAS J. PETER & ROBERT H. WATERMAN.

Estos dos teóricos también proporcionan información pertinente para la investigación, ya que determinan una vital importancia entre las culturas corporativas fuertes y el desempeño organizacional, y de la capacidad de la cultura organizacional de ser fortalecida por sus gerentes, en el libro “En Busca de la excelencia” considerado como un best-seller en los últimos 20 años, en dicho libro se logra identificar el hecho de que los valores compartidos sean el centro que de algún modo gobierna la organización y alrededor de los cuales se edifican los demás elementos, deja implícita que la cultura organizacional es la que articula la organización.¹⁵

En el libro “En busca de la Excelencia” exponen 7 criterios y atributos que distinguen a las organizaciones excelentes y que pueden ser aplicables en otras. Da pautas necesarias para que los directivos que las apliquen conviertan a sus empresas en organizaciones excelentes tanto en funcionamiento como en resultados. Una labor en la que el director es un ente de Comunicación que tiene mucha importancia ya que muchos de ellos se basan en elementos como la transmisión de valores, la

Comunicación con los empleados o la creación de mecanismos y canales que propicien la iniciativa de éstos, donde exponen 7 criterios que son:

- Strategy / Estrategia
- Structure / Estructura
- Staff / Empleados
- Skills / Habilidades
- Systems / Sistemas (Procesos Internos)
- Shared Values / Valores Compartidos
- Style / Estilo (Modo de Comportamiento de los líderes)

La teoría reconoce que los trabajadores o elementos de una empresa u organización tiene un desarrollo importante en la medida que el compromiso y cultura organizacional propuesta desde la gerencia compartido por todos sus integrantes, esto tiene relevancia en el presente estudio ya que percibe al trabajador (grupo de enfermería) como un elemento importante en la cultura organizacional y por ende en el éxito o fracaso de las mismas, Las empresas Excelentes básicamente se deben tener características puntuales y desarrollarse dentro de los siguientes ítems fundamentales para el éxito:

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

- Favorecen la iniciativa personal¹⁶

2.2 MARCO CONCEPTUAL.

En este sentido, el Programa de Seguridad del Paciente, se considera la primera práctica de obligatorio cumplimiento que contiene los elementos claves del modelo de seguridad del paciente que debe implementarse una IPS e incluye la caja de herramientas dirigidas a reducir y en lo posible evitar la ocurrencia de eventos adversos o mitigar sus consecuencias, así como incrementar la seguridad del paciente en la Atención en Salud. Es importante tener en cuenta los siguientes conceptos:

2.2.1 ADMINISTRACION EN SALUD

Es el conjunto de conocimientos técnicos, con base en un equilibrio armónico, que proporciona la prestación al directivo y le permite llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios referente a la salud.¹⁷

2.2.2 ATENCIÓN EN SALUD

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.¹⁸

2.2.3 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

La atención primaria en salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los factores del Sistema General de Seguridad en Salud.¹⁹

2.2.4 CULTURA DE SEGURIDAD

Se puede decir como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias, objetivos ya patrones de comportamiento individual y colectivo, que determina la

conducta del personal de salud para disminuir riesgos y daños al paciente, relacionados con la atención médica y/o sanitaria.²⁰

2.2.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.²⁰

2.2.6 BARRERA DE SEGURIDAD

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.²¹

2.2.7 INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.²²

2.2.8 FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.²³

2.2.9 FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS

Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.)²³

2.2.10 FALLAS LATENTES

Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo) ²³

2.2.11 EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.²⁴

2.2.12 EVENTO ADVERSO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.²⁵

2.2.13 EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.²⁶

2.2.14 FACTORES CONTRIBUTIVOS

Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).²⁷

2.2.15 INCIDENTE

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, porque en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.²⁸

2.2.16 COMPLICACION EN SALUD

Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación casual más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.²⁹

2.2.17 ERROR

Se refiere a la no realización de una actividad tal y como estaba prevista o la aplicación de un incorrecto durante la fase de ejecución de un proceso.³⁰

2.2.18 NEGLIGENCIA

Se refiere al descuido voluntario y consiente en las actividades a realizar, que una situación en la que la acción no es generada correctamente, lo que puede llegar a ocasionar una lesión e inclusive la muerte del paciente.³⁰

2.2.19 INSTITUCIONES PRESTADORES DE SALUD

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

En el apartado anterior, encontramos los conceptos más relevantes de nuestra investigación, en donde se hace referencia explícitamente a las partes de un todo, necesario para comprender de mejor manera todo el contexto investigativo relacionado en el presente trabajo de investigación.³¹

2.3 MARCO LEGAL

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

2.3.1. LEY 100 DEL 1993

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

Para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.³² Esta ley está basada en un modelo de cobertura universal teniendo como principio la solidaridad, integridad, unidad y participación. La cual nos orienta promover calidad y economía en la

prestación del servicio de salud, para que los individuos tengan la capacidad de opinar e influir sobre el sistema de salud, y poder escoger la calidad y el costo de los servicios a recibir.³²

2.3.2 RESOLUCION 1474 DEL 2002

En la cual se define acreditación en salud como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos que realiza la entidad prestadora de salud para garantizar una atención de calidad bajo los más altos estándares de la prestación del servicio. Así mismo, estableció unos estándares óptimos y factibles de alcázar los cuales son previamente realizado y valorados y de todo conocimiento de las entidades a evaluar. A través de esta evaluación se reconoce públicamente a una institución prestadora de servicios de salud (IPS), entidad promotora de servicios de salud (EPS, ARS), y cual quiere otra que desempeñe una prestación de servicio, bajo los estándares superiores de calidad.³³

El objetivo del sistema único de acreditación es incentivar el manejo de las buenas prácticas, afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que estos puedan tomar decisiones basada en los resultados de la acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otra entidad según la prestación del servicio brindada.³⁴

2.3.3 DECRETO 2309 DEL 2002

Según se establece en la ley 100 del 1993, el Ministerio de Salud de Colombia debería reglamentar el sistema obligatorio de garantía de calidad y sus componentes el sistema único de habilitación, el programa de auditoria para el mejoramiento de la atención en salud, la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y aseguradoras el sistema de información al usuario.³⁵

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

2.3.4 DECRETO 1011 DEL 2006

Reconocido como el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-. Se planteó como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.³⁶

2.3.5 RESOLUCION 1446 DEL 2006

La presente resolución describió una serie de indicadores para la monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, como un sistema de información que ayudase a mantener un control sobre los eventos que favorecen la calidad en las instituciones de salud.³⁷

2.3.6 LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL 2008

En Colombia, se inició a través del nacimiento del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, la política de seguridad del paciente, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.³⁸

2.3.7 GUIA TECNICA “BUENA PRACTICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD”. 2010

El desarrollo de esta guía tuvo por objetivo brindar a las instituciones recomendaciones

técnicas, para la operatización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas por diferentes grupos de expertos.³⁸

2.3.8 MANUAL DE ACREDITACION EN SALUD, AMBULATORIO Y HOSPITALARIO RESOLUCION 123 DEL 2012

El manual de estándares para la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud presenta los lineamientos que guiarán el proceso de acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias, y los estándares de acreditación correspondientes. Los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia.³⁹

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

2.3.9 RESOLUCION 2003 DEL 2014

El objetivo de esta resolución es el definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud que hace parte integral de la presente resolución. La presente resolución comprende una serie de pautas evaluativas que de una u otra manera buscan garantizar la seguridad del paciente al momento de consultar a institución prestadora de servicios de salud.⁴⁰

2.3.10. LEY 1751 DEL 2015

Dentro de la presente ley se contempla que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.⁴¹

Para lograr su objetivo deberá formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema.⁴¹

2.3.11 DECRETO 2343 DEL 2015

El presente decreto, señaló que el artículo 48 de la Constitución Política estableció que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y que se garantiza a todos los habitantes como un derecho irrenunciable. Por consiguiente, en el presente decreto se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.⁴²

2.3.12 RESOLUCION 0256 DEL 2016

A través de la presente resolución, se dictan las disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema. Su alcance, está dirigido a todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios —EAPB, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.⁴³

2.3.13 RESOLUCION 5095 DEL 2018

La presente resolución modificó los estándares de acreditación establecidos en el manual respectivo, y busca adoptar el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1. Por tanto, el ente acreditador que se encuentre inscrito en el registro especial de acreditadores en salud evaluará el nivel de calidad en la atención alcanzada por las instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatoria y hospitalaria que deseen acreditarse en el marco del sistema único de acreditación del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.⁴⁴

2.3.14 RESOLUCION 3100 DEL 2019

Mediante esta resolución, se modificó la norma para habilitación de prestadores de servicios de salud, en aras de avanzar y estar acorde a las últimas recomendaciones, debido a que en estos cinco años, se han dado modificaciones en avances tecnológicos y normas para la atención en salud, que impactan el proceso de inscripción de los prestadores, y las condiciones estándares y criterios de habilitación de servicios de salud,

por lo que se consideró necesario realizar una revisión integral de la antigua normatividad. Por lo tanto, en esta norma se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.⁴⁵

2.3.15. LEY 715 DEL 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.⁴⁶

2.4 MARCO ETICO.

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

2.4.1 ASOCIACION COLABORATIVA

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

La investigación colaborativa indica a la comunidad, si el esfuerzo científico ayudará a resolver sus problemas y a definir si es aceptable desarrollar la investigación en su propio entorno. Es claro que se dé adecuadamente mantenerse el respeto mutuo entre las partes, impulsar la acción de líderes que entablen un diálogo permanente entre el equipo científico y la comunidad, y desarrollar un plan a largo plazo que, además de desplegar la propia investigación incluya, según sea el caso, la socialización de resultados, el seguimiento y el cumplimiento de compromisos entre las partes.⁴⁷

2.4.2 VALOR SOCIAL

La investigación debe partir de la especificación de los beneficiarios de la misma, apreciando la importancia de los problemas de salud que están siendo investigados, y definiendo el valor potencial de la investigación para cada uno de los involucrados. Para potenciar el valor social de la investigación, los investigadores también deben hacer esfuerzos a fin de fortalecer sus redes de conocimiento y la difusión de los resultados, con el propósito de fundamentar una estrategia colaborativa a largo plazo.

El valor social de la investigación también se desarrolla cuando esta es un medio para fortalecer la estructura y capacidad investigativa local, a través de entrenamiento, equipos y la implementación de programas académicos y científicos sostenibles que contribuyan a mantener el impulso generado por la investigación científica.⁴⁸

2.4.3 EVALUACION INDEPENDIENTE

La investigación y sus procesos de implementación deben garantizar el acceso a la veeduría pública que dé cuentas del proceso de desarrollo de la propuesta investigativa, la puesta en marcha de la misma y la difusión de los resultados, teniendo en cuenta no solo las evaluaciones correspondientes a la ley y los reglamentos vigentes, sino la evaluación y el seguimiento de los comités de ética.

La evaluación independiente no solo valora la validez científica de las propuestas, sino que vela por identificar y reducir al mínimo los conflictos de interés y asegurarse de

que un estudio es éticamente aceptable antes de dar inicio al mismo; un comité independiente, que no tenga interés en el estudio debe estudiar y evaluar la propuesta y formular los cuestionamientos pertinentes, a los diferentes actores.⁴⁸

2.4.4 VALIDEZ CIENTIFICA

La investigación debe reflejar validez desde el diseño, el cual debe tener en cuenta el valor social para los beneficiarios. El diseño científico debe dar cuenta tanto de los objetivos científicos como de las garantías que los participantes tienen para acceder a las intervenciones de atención en salud a las que tienen derecho.

La validez científica es un requerimiento ético fundamental de la investigación; de hecho, cualquier investigación sin validez científica no es ética. De otra parte, la validez científica es la que garantiza su valor para la sociedad, y es el único garante para que se confíe en el desarrollo científico. Si no hay validez científica, no hay valor social y no existe, por tanto, ninguna justificación para que un sujeto se exponga a los riesgos que puede conllevar la investigación. Se debe resaltar una adecuada pregunta de investigación y un diseño coherente que se destaque por la coherencia entre los objetivos y la metodología, y el correcto uso de las herramientas estadísticas empleadas, tanto para el cálculo adecuado del tamaño de muestra, como para el análisis de resultados, para lo cual se debe tener en cuenta el contexto social, político y cultural en donde se llevará a cabo la investigación.⁴⁹

2.4.5 SELECCION JUSTA DE LOS PARTICIPANTES

La investigación debe seleccionar la población de estudio de tal forma que garantice su validez científica; la selección de la población debe propender por identificar y proteger a las poblaciones vulnerables y debe basarse en los objetivos de la investigación.

La selección de los participantes fortalece la validez científica y, fortalece el valor social de la investigación. Cualquier otro criterio de selección de los sujetos debilita la conducción del estudio, incrementa el riesgo de sesgos de selección y aumenta las

posibilidades de reclutar sujetos en poblaciones vulnerables y que no pueden defender sus intereses frente a las estrategias de reclutamiento. Si son los objetivos científicos los que definen la selección de los participantes, entonces, con base en esos criterios de selección, se minimizarán los riesgos y la vulnerabilidad para los sujetos.⁵⁰

2.4.6 BALANCE RIESGO – BENEFICIO FAVORABLE

En la investigación se debe evaluar los riesgos y beneficios potenciales a los que la población de estudio se expone durante la ejecución del proyecto, especialmente aquellos relacionados con el contexto de la salud. Se debe valorar la relación riesgo - beneficio mediante la comparación de los riesgos netos del proyecto de investigación con el conjunto de beneficios potenciales derivados de los principios de asociación colaborativa, valor social y respeto por los participantes, Si los riesgos exceden la combinación de beneficios potenciales a los individuos con el beneficio de conocimiento útil a la sociedad, la investigación no es justificable.⁵¹

2.4.7 RESPETO POR LOS PARTICIPANTES

Hace referencia a que las personas deben ser tratadas con respeto desde el momento en que se define su posible participación, hasta el momento en que se termine el seguimiento, luego de concluido el estudio. Dicho respeto incluye acatar las decisiones de la persona si esta se niega a participar o desea retirarse. El respeto por el sujeto se construye, guardando coherencia entre lo que se le expone en el consentimiento y las acciones que se llevan a cabo en el estudio, y se fortalece al informar a tiempo a los participantes si hay cambios en el balance riesgo-beneficio. El respeto se robustece manteniendo la privacidad y confidencialidad de los datos recolectados. Es perdurable si los participantes viven el hecho de recibir los beneficios de la investigación, es decir el respeto se consolida cuando el valor social de la investigación se hace tangible.⁵¹

2.4.8 CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

El consentimiento informado se deja estipulado los derechos y los deberes de ambas partes (participante e investigador) con esto se busca proteger la integridad física y psicológica de los participantes, así como quedo establecido en el código Núremberg desde 1946, en donde se promulgo por primera vez el consentimiento voluntario de los sujetos participantes, desde entonces se constituyó un requisito indispensable en toda investigación realizada.⁵²

CAPITULO 3. MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo cualitativo, como entrevistas semiestructuradas o grupos focales, para recopilar datos mediante encuesta digital con el personal de diferentes niveles jerárquicos en el Hospital San José de Tuquerres. Con el fin de determinar la percepción y conocimiento de la cultura de seguridad del paciente. El estudio se justifica en su aplicación al trabajo a través de la metodología descriptiva cualitativa debido a las siguientes razones:

3.1.1 Exploración y comprensión profunda: La metodología descriptiva cualitativa nos permitirá explorar y comprender en profundidad la gestión de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización. A través de las entrevistas y grupos focales, se puede

obtener perspectivas detalladas y experiencias directas de los diferentes actores involucrados, como el personal de enfermería y auxiliares de enfermería. Esto nos proporcionará un panorama más completo de la situación actual.

3.1.2 Contexto y significado: Al utilizar una metodología cualitativa, podré capturar el contexto y el significado de las prácticas y percepciones relacionadas con la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización. Podré explorar las creencias, valores, actitudes y comportamientos que influyen en la gestión de la seguridad del paciente en el entorno específico del Hospital San José de Túquerres.

3.1.3 Flexibilidad y adaptabilidad: La metodología descriptiva cualitativa es flexible y se adapta bien a situaciones en las que se busca comprender fenómenos complejos y multidimensionales, como la gestión de la seguridad del paciente. Permite capturar aspectos no planificados y emergentes durante el proceso de investigación, lo que es especialmente relevante en un entorno dinámico como el de la atención médica.

3.1.4 Mejora continua: Al analizar e interpretar los datos cualitativos recopilados, podré identificar fortalezas, debilidades y áreas de mejora en la gestión de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización. Los hallazgos y recomendaciones derivados de este estudio podrán servir como base para implementar estrategias de mejora continua, promoviendo una atención más segura y de mayor calidad.

3.2 POBLACION

Colaboradores del Hospital San José de Tuquerres objeto de estudio del departamento de Nariño (enfermeras profesionales Y auxiliar de enfermería) quienes calificaran la percepción de seguridad brindada a los pacientes y los conocimientos aplicados por Medio de una encuesta y evaluación estandarizada y aplicada a la institución mediante un link de acceso por aplicaciones de Google formularios: aplicado de forma virtual:

- Enfermera jefa: 6

- Auxiliar de enfermería: 21

En un determinado momento se predetermino incluir al profesional médico, pero por sus turnos rotativos permanentes, nivel de rotación se excluyó de este estudio.

3.3 PROCEDIMIENTO

Tabla 1

CRONOGRAMA DE TRABAJO

DESCRIPCION GENERAL		TRABAJO DE GRADO I																TRABAJO DE GRADO II															
		MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 1				MES 2				MES 3				MES 4			
FASE	ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
I	conformación de equipo de trabajo	■	■																														
II	elección del tema de investigación		■	■	■																												
III	busqueda de bibliografía			■	■	■	■																										
IV	elaboración de antecedentes y justificación, planteamiento del problema y objetivos					■	■	■	■	■	■																						
V	elaboración de la metodología									■	■	■	■																				
VI	asesoría de trabajo de grado													■	■																		
VII	aplicación de instrumento de investigación													■	■	■	■																
VII	resultado, análisis y tabulación de los instrumentos aplicados																	■	■	■	■												
IX	asesoría de trabajo de grado																	■	■	■													
X	elaboración de conclusiones y recomendaciones																					■	■	■	■	■	■	■	■				
XI	elaboración de informe final - artículo - RAI (trabajo de grado II)																													■	■	■	■

Nota: cronograma de trabajo implementado para proyecto de grado I y II estipulado por meses y actividades, Fuente creación propia de los autores.

3.4 TECNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

La recolección se realizará mediante los siguientes ítems a describir:

3.4.1 FUENTE PRIMARIA

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

3.4.2 FUENTE SECUNDARIA:

Constituyeron la revisión del artículo científico indexados, guías clínicas, normas y documento de literatura científica relacionada y base de datos de los resultados obtenidos.

La técnica recolección que permitió la aproximación de objeto de análisis fue a través de una encuesta realizada de manera virtual por medios de la aplicación de Google formularios: formas enviadas al personal de salud del servicio de hospitalización por medio de WhatsApp. La aplicación de la encuesta o cuestionario nos permitirán que los profesionales expresen de forma escrita y espontaneo el conocimiento sobre el programa de seguridad del paciente de igual manera de se realiza de forma con calificación cualitativa y de opción.

3.5 TECNICA PARA EL ANALISIS DE LA INFORMACION

Para este estudio se utilizó 1 instrumentos una que mide la cultura de seguridad del paciente.

3.5.1 INSTRUMENTO – CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Se realizará mediante la encuesta Versión Española Del Hospital Survey On Patient Safety, Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ); donde se realizará modificaciones acordes al ámbito y solo tomando ciertos ítems, debemos tener en cuenta que evalúa las dimensiones de la cultura de seguridad y conocimientos del mismos, agrupa un total de 12 dimensiones, cuyo significado, se respeta la terminología de la versión original. El cuestionario se divide en 12 dimensiones:

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

Este instrumento se realizó una adaptación de la encuesta de la AHRQ, se redujo a 5 preguntas directa de la encuesta AHRQ teniendo en cuenta los lineamientos para el programa de seguridad del paciente en Colombia, las secciones evaluadas:

- **Sección A:** Su supervisor/director
- **Sección B:** Comunicación
- **Sección C:** Frecuencia de incidentes reportados
- **Sección D:** Grado de seguridad del paciente
- **Sección E:** Número de incidentes reportados y las variables sociodemográficas como institución, edad, sexo, nivel de formación, tiempo laborando y área de

trabajo.

- Las preguntas descritas fueron formuladas en positivo o negativo. Para valorar cada ítem se usa escala tipo Likert de cinco opciones de respuestas.

3.5.2 ESCALA DE VALORACION DEL INSTRUMENTO DOS- CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Tabla 2

Escala de valoración del instrumento

Grado de acuerdo	Muy en desacuerdo	en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy acuerdo
frecuencia	nunca	raramente	A veces	Casi siempre	siempre

Nota: descripción de opciones de respuestas según encuesta aplicada. Fuente: escala tipo Likert

Además, este cuestionario, consta de 43 ítems, con opciones de respuesta en escala tipo Likert definido de la siguiente forma:

- 1: es muy desacuerdo
- 2: en desacuerdo
- 3: indiferente
- 4: de acuerdo
- 5: muy de acuerdo

Así mismo el cuestionario contiene preguntas de forma positivas y otras negativas. De forma general las preguntas del cuestionario se codifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Tabla 3

Categoría de respuesta del cuestionario

NEGATIVA		NEUTRAL	POSITIVA	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Nota: descripción de opciones de respuestas positivas y negativas. Fuente: escala tipo Likert

3.6 CONSIDERACION ETICA

Los mecanismos utilizados en este estudio fueron como primera instancia solicitud de permiso al gerente del Hospital San José de Tuquerres del departamento de Nariño, en el cual se presentó y se solicitó la investigación, y consentimiento informado, en donde se obtuvo una respuesta positiva para efectuar el estudio.

Para hacer la recolección de información se va a tener en cuenta los principios establecidos en la norma pautas de CIOMS (consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas, por su sigla en inglés CIOMS) y la Resolución 8430 de 1993, (por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud) declarado en el artículo 11 que la investigación está enmarcada en el literal a. "investigación sin riesgo". El estudio fue aprobado para su realización por la directora de docencia servicio del Hospital San José de Tuquerres, así mismo la investigación respeta la voluntariedad de la entidad de salud en dejar realizar o no el estudio, considerándose como una investigación sin riesgo puesto que las técnicas y métodos empleados para efectos, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos de la aplicación de la encuesta y se respetó los principios de beneficencia, no maleficencia. Por lo anterior se elaboró un consentimiento informado en cual fue firmado por cada participante que se estudió. La

población objeto de estudio fueron enfermera jefe y auxiliar de enfermería del hospital san José de tuquerres del servicio de hospitalización.

CAPITULO 4. ANALISIS DE RESULTADO

4.1 Aplicación de una encuesta y evaluación de conocimiento para monitorear y evaluar el programa de seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del Hospital San José de Tuquerres, durante el primer periodo de 2023, con el fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora en su implementación

Grafica N°1:

La gráfica circular representa la proporción de hombres y mujeres en una población

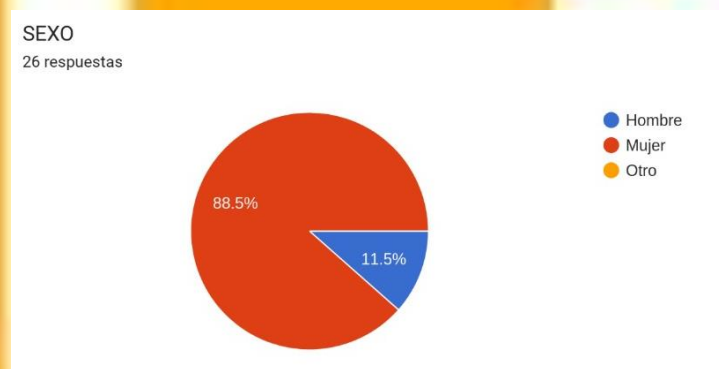


Tabla N°4

Caracterización Sociodemográfica

Variable	frecuencia	porcentaje
sexo		
masculino	3	11.5%
femenino	24	88.5%
otro	0	0
Rango de edad		
21 a 28 años	9	14.8%
30 a 39 años	10	29.6%
40 a 49 años	6	18.5%
Mas de 50 años	2	0
Formación académica		

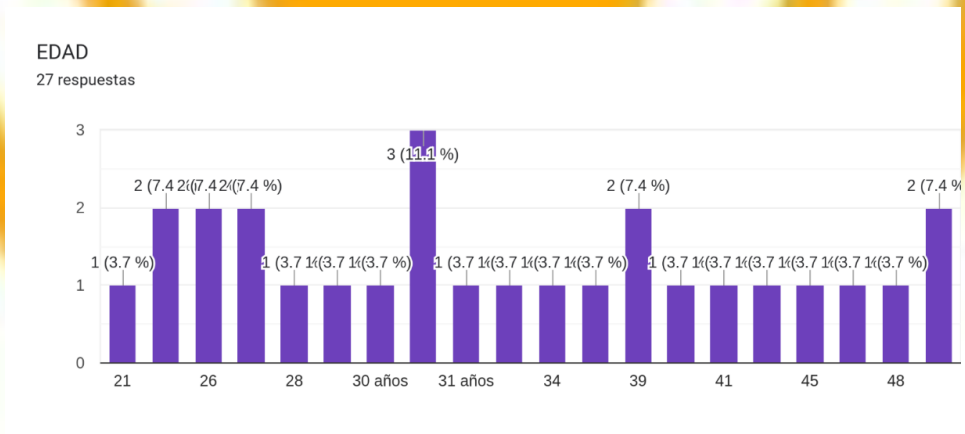
técnico	17	63%
profesional	10	37%
especialista	0	0
Tiempo laborado		
Menos de 1 año	4	14.8%
De 1 a 5 años	23	85.2%
De 6 a 10 años	0	0
Mas de 10 años	0	0

Nota: descripción sociodemográfica por sexo, edad, formación académico y tiempo laborado demostrando frecuencia y porcentaje de las variables. Fuente creación propia de los autores.

De acuerdo con la indagación realizada en el Hospital San José de Tuquerres, se encontró la gráfica N°1, en relación al sexo prevalente del personal que se encuentra laborando en el servicio de hospitalización fueron mujeres con un 88.5%

Gráfica N°2:

La gráfica de barras muestra la distribución de la edad en una población

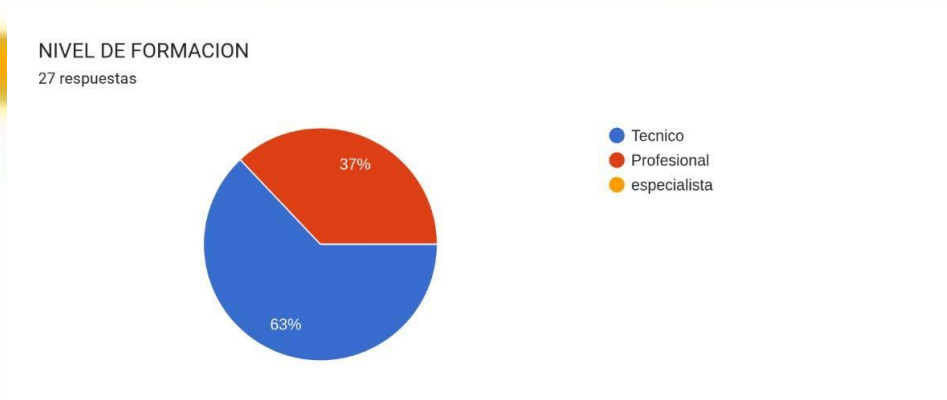


Con respecto a la gráfica N°2 el personal del servicio de hospitalización está ubicado en grupo etarios, donde la mayor participación estuvo ubicada en las edades menores a 31

años con un porcentaje del 11.1%.

Grafica N°3

Hace referencia al nivel de formación.



De acuerdo a la gráfica N°3 que corresponde al nivel de formación académica del personal que se encuentra en servicio de hospitalización en cual prevalece el nivel técnico ya es el 63% del personal.

Grafica N°4

Hace referencia al tiempo laboral.

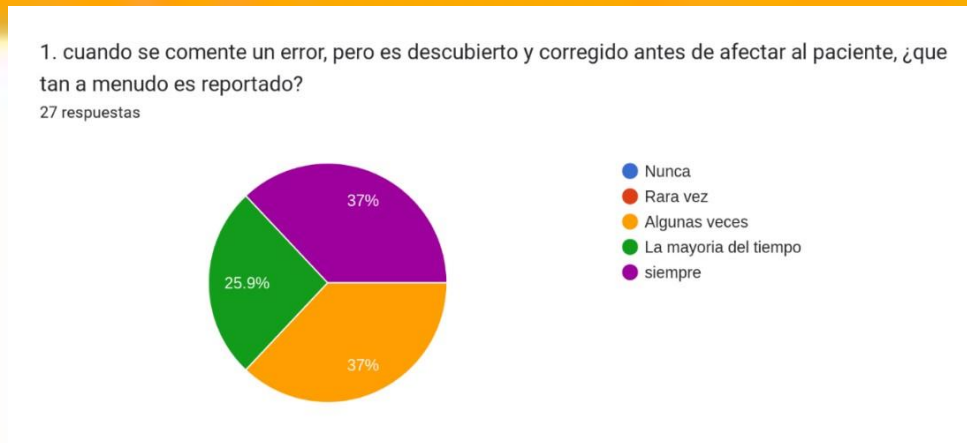


En la gráfica N°4, lo concierne a la experiencia laboral o desempeño actividades propias del personal que trabaja en el servicio de hospitalización se evidencia que 85.2% tiene

entre 1 a 5 años laborando, mientras que el 14.8% tiene menos de 1 año laborando.

Gráfico N°5

Hace referencia a la 1 pregunta de la sección A.



En el gráfico N°5, Podemos interpretar esto como que hay una variedad de prácticas en cuanto a la notificación de errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. Aunque una proporción significativa de encuestados reporta que esto se hace siempre con un 37%, la misma proporción dice que esto solo ocurre algunas veces con un 37%.

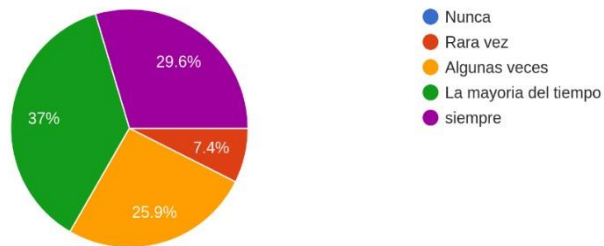
Es importante que se tomen medidas para mejorar la consistencia en la notificación de errores descubiertos y corregidos antes de que afecten al paciente, ya que esto puede ayudar a prevenir futuros incidentes que podrían incurrir en daños a los pacientes. Ya que el 37% de algunas veces es un porcentaje que puede incurrir en un crecimiento significativo.

Grafica N°6

Hace referencia a la 2 pregunta de la sección A.

2. cuando se comenten errores, pero no tiene el potencial de daño al paciente, ¿que tan frecuente es reportado?

27 respuestas

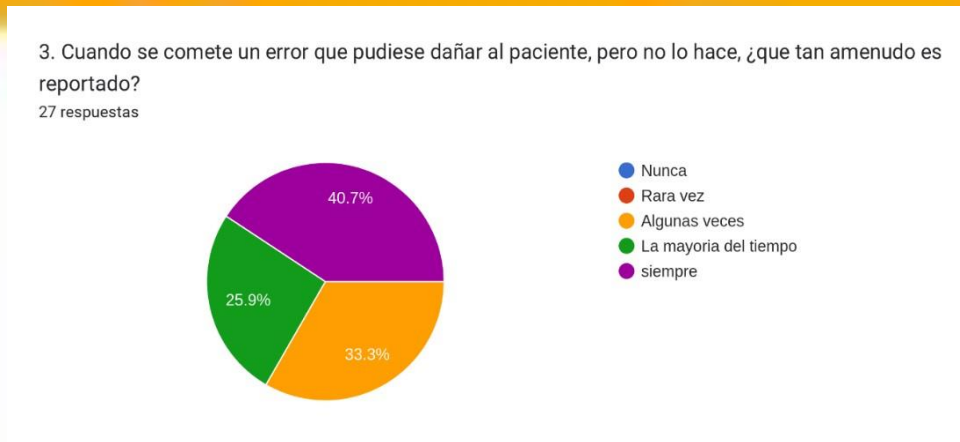


Grafica N°6, Estos resultados sugieren que, aunque hay una proporción significativa de encuestados que informan que estos errores siempre se reportan, hay una cantidad considerable de casos en los que los errores no se reportan con la frecuencia deseada. Es importante identificar las barreras que impiden la notificación de errores que no tienen el potencial de dañar al paciente y trabajar en su eliminación para fomentar una cultura de seguridad y aprendizaje.

También es importante destacar que, aunque estos errores no tienen el potencial de dañar al paciente, es posible que puedan tener impactos indirectos en la atención y en la calidad de los cuidados que se brindan. Por lo tanto, es fundamental fomentar la notificación de todos los errores, independientemente de su potencial de daño, para mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de los pacientes.

Grafica N°7

Hace referencia a la pregunta 3 de la sección A



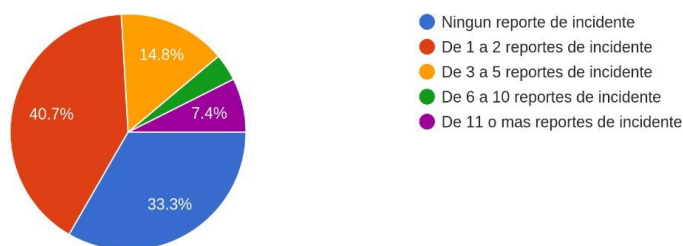
Grafica N°7, Estos resultados sugieren que hay una proporción significativa de encuestados que informan que los errores que podrían haber dañado al paciente, pero no lo hicieron, se notifican con regularidad. Sin embargo, es preocupante que aún haya una proporción considerable de casos en los que estos errores no se reportan con la frecuencia deseada.

Es importante seguir trabajando en el fomento de una cultura de seguridad y aprendizaje, y en la eliminación de barreras para la notificación de errores que podrían haber dañado al paciente. Es importante destacar que la notificación de estos errores puede ayudar a prevenir futuros incidentes y a mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de los pacientes.

Grafica N°8

Hace referencia a la 1 pregunta de la sección B

1. En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes ha usted llenado y enviado? Marca una respuesta
27 respuestas



Grafica N°8, Es alentador ver que la mayoría de los encuestados habían llenado y enviado al menos uno o dos reportes de incidentes en los últimos 12 meses. Sin embargo, también es importante destacar que un tercio de los encuestados no había llenado ni enviado ningún reporte de incidentes durante ese período.

La notificación de incidentes es fundamental para mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de los pacientes. Es importante seguir fomentando una cultura de seguridad en la que se anime a los trabajadores de la salud a notificar todos los incidentes y se eliminen las barreras que puedan impedir la notificación.

Grafica N°9

Hace referencia a la pregunta 1 de la sección C

1. Mi supervisor/ director hace comentarios favorables cuando el/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad se los pacientes
27 respuestas

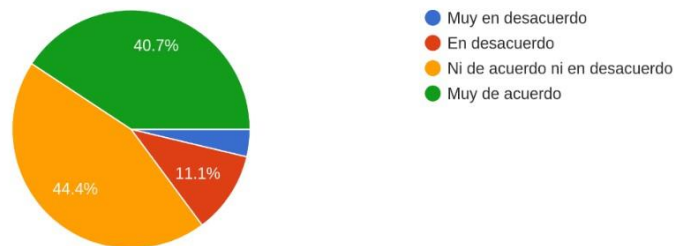


Gráfico N°9, Estos resultados sugieren que hay una proporción significativa de encuestados que informan de una respuesta favorable de sus supervisores o directores cuando el trabajo se realiza de conformidad con los procedimientos de seguridad establecidos para los pacientes. Sin embargo, aún hay un porcentaje importante de encuestados que no están seguros o no están de acuerdo con esta afirmación, lo que indica que es necesario trabajar en la mejora de la comunicación y el reconocimiento del trabajo seguro y de calidad.

Es importante destacar que el reconocimiento de los esfuerzos por trabajar de forma segura puede ayudar a fomentar una cultura de seguridad y a mejorar la calidad y la seguridad del cuidado de los pacientes. Por lo tanto, es importante que los

supervisores y directores sigan fomentando una cultura de seguridad en la que se reconozca y recompense el trabajo seguro y de calidad.

Grafica N°10

Hace referencia a la pregunta 2 de la sección C

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

27 respuestas

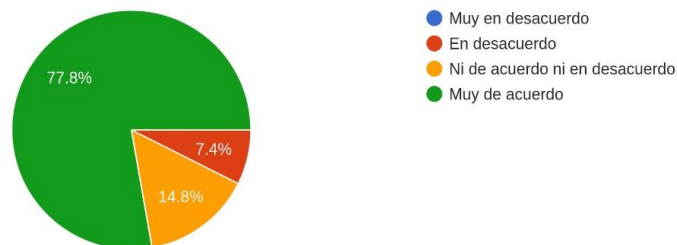


Gráfico N°10, Estos resultados sugieren que la mayoría de los encuestados perciben que sus supervisores o directores toman en serio las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. Esta es una buena señal, ya que indica que los empleados tienen la confianza de que sus sugerencias y preocupaciones serán consideradas y tomadas en cuenta por sus supervisores o directores.

Es importante destacar que fomentar una cultura de seguridad en la que se escuchen y se valoren las opiniones y sugerencias del personal puede contribuir significativamente a la mejora de la seguridad del paciente. Por lo tanto, es

recomendable que los supervisores y directores continúen apoyando y fomentando una cultura en la que se valore y se tome en serio la opinión del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

Grafica N°11

Hace referencia a la pregunta 3 de la sección C

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

27 respuestas

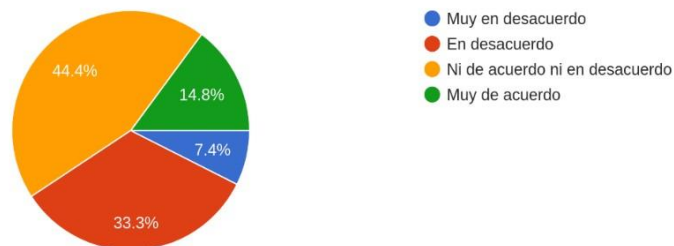


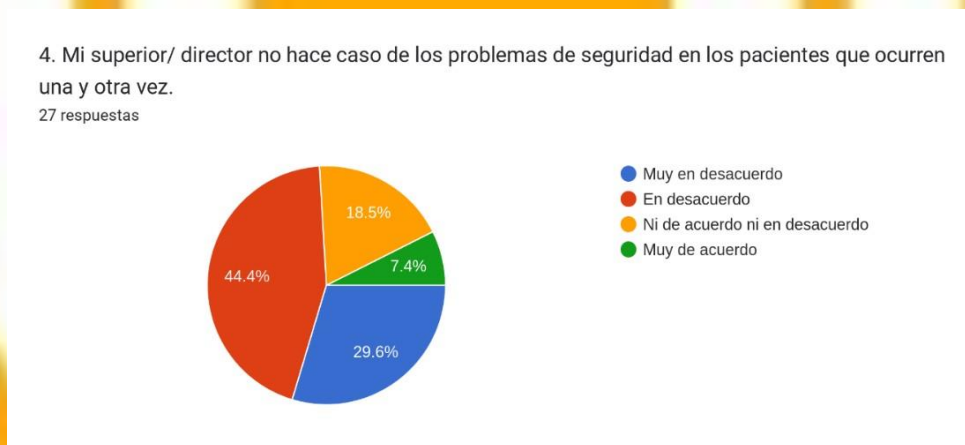
Gráfico N°11, Estos resultados sugieren que una minoría de los encuestados perciben que sus supervisores o directores presionan por trabajar más rápido, incluso si esto significa simplificar las labores del trabajo, cuando la presión se incrementa. Además, la mayoría de los encuestados no tienen una opinión clara o no están seguros sobre si sus supervisores o directores adoptan esta postura.

Es importante destacar que esta percepción puede ser preocupante ya que la presión

excesiva puede aumentar el riesgo de errores y reducir la calidad del trabajo realizado. Por lo tanto, es recomendable que los supervisores y directores no presionen a sus empleados para trabajar más rápido si esto implica simplificar el trabajo o comprometer la seguridad del paciente. En cambio, es importante que los supervisores y directores tomen medidas para reducir la presión sobre sus empleados y asegurarse de que se trabaje de manera segura y efectiva en todo momento.

Grafica N°12

Hace referencia a la pregunta 4 de la sección C.



GraficaN°12, La respuesta más frecuente fue la de "en desacuerdo" o "muy en desacuerdo", lo que sugiere que la mayoría de los encuestados no están satisfechos con la seguridad de los pacientes en el proyecto. Esto podría indicar un problema importante que debe abordarse.

La respuesta de "ni de acuerdo ni en desacuerdo" indica cierta ambigüedad en las opiniones de los encuestados. Es posible que algunos de ellos necesiten más

información antes de decidir si están a favor o en contra de la seguridad del paciente en el proyecto.

La respuesta "muy de acuerdo" indica que un pequeño porcentaje de los encuestados están muy satisfechos con la seguridad de los pacientes en el proyecto. Sería interesante analizar las razones por las que estos encuestados están tan satisfechos, ya que podrían proporcionar información valiosa para mejorar la seguridad de los pacientes en el proyecto.

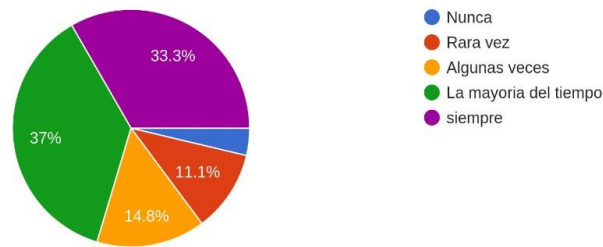
Es importante tener en cuenta que los resultados de una encuesta pueden estar influenciados por muchos factores, como la forma en que se formuló la pregunta, la selección de los encuestados y el contexto en el que se realizó la encuesta. Por lo tanto, es importante analizar los resultados con precaución y considerar otros factores antes de tomar decisiones basadas únicamente en los resultados de la encuesta.

En cuanto a la actitud del superior o director hacia los problemas de seguridad en los pacientes, si no está prestando atención a los problemas que ocurren una y otra vez, es importante que se le informe de los resultados de la encuesta y se le haga ver la importancia de abordar estos problemas. Puede ser útil presentarle datos concretos y propuestas para mejorar la seguridad de los pacientes en el proyecto.

Grafica N°13

Hace referencia a la pregunta 1 de la sección D.

1. La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informe de incidencia.
27 respuestas



Grafica N°13, La respuesta más frecuente fue la de "la mayoría de las veces" y "siempre", lo que sugiere que la mayoría de los encuestados considera que los cambios realizados en base al informe de incidencia son efectivos. Esto es una buena señal y sugiere que la dirección está tomando decisiones adecuadas para abordar los problemas que surgen en el proyecto.

La respuesta "algunas veces" indica que algunos encuestados no están seguros de la eficacia de los cambios realizados en base al informe de incidencia. Sería interesante analizar las razones detrás de esta opinión y evaluar si hay áreas específicas en las que se podría mejorar para aumentar la efectividad de los cambios.

Las respuestas de "nunca" y "rara vez" sugieren que un pequeño porcentaje de los encuestados no considera que los cambios realizados en base al informe de incidencia sean efectivos. Sería importante analizar las razones detrás de estas respuestas y tomar medidas para abordar cualquier problema identificado.

Grafica N°14

Hace referencia a la pregunta 2 de la sección D.

2. El personal habla libremente si veo algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

27 respuestas



Grafica N° 14, La respuesta más frecuente fue la de "siempre", seguida de "la mayoría del tiempo", lo que sugiere que la mayoría de los encuestados están dispuestos a hablar libremente si ven algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. Esto es una buena señal y sugiere que hay una cultura abierta y transparente en el equipo.

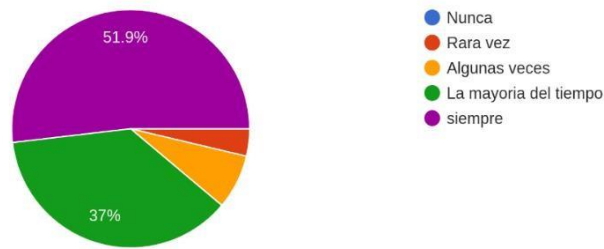
La respuesta "algunas veces" indica que algunos encuestados no se sienten completamente cómodos hablando libremente si ven algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. Es importante evaluar las razones detrás de esta opinión y tomar medidas para mejorar la cultura de comunicación en el equipo.

Es importante tener en cuenta que los resultados de una encuesta pueden estar influenciados por muchos factores, como la forma en que se formuló la pregunta, la selección de los encuestados y el contexto en el que se realizó la encuesta. En general, es una buena señal que la mayoría de los encuestados estén dispuestos a hablar libremente si ven algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. Sin embargo, es importante seguir fomentando una cultura abierta y transparente en el equipo y abordar cualquier problema identificado para garantizar la seguridad y la calidad del cuidado del paciente.

Grafica N°15

Hace referencia a la pregunta 3 de la sección D.

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



Grafica Nº 15, los resultados indican que:

- El 51.9% de los participantes siempre cometen errores en la unidad.
- El 37% de los participantes cometen errores la mayoría del tiempo.
- El 7.4% de los participantes cometen errores algunas veces.
- El 3.7% de los participantes rara vez cometen errores.

Estos resultados sugieren que una gran proporción de los participantes (casi el 90%) cometen errores en la unidad. Es importante considerar la naturaleza de los errores y si hay patrones o tendencias en los tipos de errores que se cometen. También se puede comparar estos resultados con los objetivos o estándares de la unidad para evaluar la efectividad de la enseñanza y la necesidad de mejorar el contenido o la metodología.

Grafica Nº16

Hace referencia a la pregunta 4 de la sección D.

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

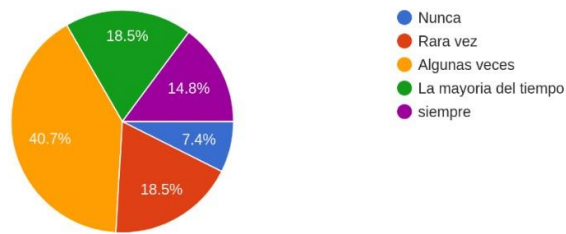


Gráfico N°16, los resultados indican que:

- El 14.8% de los participantes sienten que siempre pueden cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.
- El 40.7% de los participantes sienten que pueden cuestionar algunas veces las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.
- El 18.5% de los participantes sienten que pueden cuestionar la mayoría del tiempo las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.
- El 18.5% de los participantes sienten que rara vez pueden cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.
- El 7.4% de los participantes sienten que nunca pueden cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

Estos resultados sugieren que la mayoría de los participantes sienten que tienen la libertad de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad algunas veces. Sin embargo, un porcentaje significativo de los participantes (alrededor del 25%) sienten que no tienen esta libertad de manera consistente. Es importante considerar por qué algunos participantes pueden sentirse menos cómodos para cuestionar a aquellos con mayor autoridad, y si esto se debe a factores culturales, estructurales o de otra índole. Si se identifican obstáculos específicos, se pueden tomar medidas para abordarlos y fomentar un ambiente de trabajo más colaborativo y participativo. Por ejemplo, se podrían establecer procesos formales para que los empleados puedan presentar sus inquietudes o sugerencias de manera anónima, o

se podría capacitar a los gerentes sobre cómo fomentar la retroalimentación abierta y constructiva de los empleados.

Grafica N°17

Hace referencia a la pregunta 5 de la sección D.



GraficoN°17, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

- El 3.7% de los encuestados respondió que aplican estas medidas algunas veces.
- El 33.3% de los encuestados respondió que aplican estas medidas la mayoría del tiempo.
- El 63% de los encuestados respondió que siempre aplican estas medidas.

Estos resultados indican que la mayoría de los encuestados (el 63%) aplican estas medidas de forma consistente, lo que sugiere que son conscientes de su importancia y las consideran necesarias para evitar errores. Sin embargo, también hay un porcentaje significativo de personas (el 33.3%) que solo las aplican la mayoría del tiempo, lo que podría indicar que hay oportunidades de mejora en términos de su aplicación constante y consistente.

El hecho de que solo el 3.7% de los encuestados respondieron que aplican estas

medidas algunas veces también es un punto de atención, ya que sugiere que un pequeño porcentaje de las personas encuestadas no consideran que sean necesarias o importantes para prevenir errores.

Es importante tener en cuenta que estos resultados solo se refieren a las respuestas de los encuestados y que puede haber otros factores que influyan en la aplicación de estas medidas en la vida real. Por lo tanto, es posible que deseen realizar un análisis más profundo y considerar otras fuentes de datos para obtener una imagen más completa de la situación.

Grafica N°18

Hace referencia a la pregunta 6 de la sección D.



Gráfico N°18, los resultados que se obtuvo fueron los siguientes:

- El 18.5% de los encuestados nunca se siente cómodo para hacer preguntas.
- El 29.6% de los encuestados rara vez se siente cómodo para hacer preguntas
- El 33.3% de los encuestados algunas veces se siente cómodo para hacer preguntas
- El 3.7% de los encuestados la mayoría del tiempo se siente cómodo para hacer preguntas.
- El 14.8% de los encuestados siempre se siente cómodo para hacer preguntas.

Estos resultados sugieren que existe cierta reticencia por parte del personal para hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. La mayoría de los encuestados (un 48.1% en total) rara vez o nunca se siente cómodo para hacer preguntas. Solo un pequeño porcentaje de los encuestados (el 22.5%) se siente cómodo para hacer preguntas la mayoría del tiempo o siempre. Es importante destacar que el “miedo” a hacer preguntas puede ser perjudicial para el rendimiento y la productividad en el lugar de trabajo.

SIMPLIFICACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Tabla N° 6

Frecuencia de incidencia de reportes por el personal de la salud.

<i>Variable</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
<i>Cuando se comente un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?</i>		
<i>Nunca</i>	0	0
<i>Rara vez</i>	0	0
<i>Algunas veces</i>	10	37%
<i>La mayoría del tiempo</i>	7	25.9%
<i>siempre</i>	10	37%
<i>Cuando se comenten errores, pero no tiene el potencial de daño al paciente, ¿qué tan frecuente es reportado?</i>		
<i>Nunca</i>	0	0
<i>Rara vez</i>	2	7.4%
<i>Algunas veces</i>	7	25.9%
<i>La mayoría del tiempo</i>	10	37%
<i>siempre</i>	9	33.3%
<i>Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?</i>		
<i>Nunca</i>	0	0
<i>Rara vez</i>	0	0
<i>Algunas veces</i>	9	33.3%
<i>La mayoría del tiempo</i>	7	25.9%
<i>siempre</i>	11	40.7%
<i>En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes a usted llenado y enviado? Marca una respuesta</i>		
<i>Ningún reporte de incidente</i>	9	33.3%

De 1 a 2 reportes de incidente	11	40.7%
De 3 a 5 reportes de incidente	4	14.8%
De 6 a 10 reportes de incidente	1	3.7%
De 11 o más reportes de incidente	2	7.4%

Nota: descripción sobre el actuar y conocimiento del personal de la salud sobre los reportes de eventos adversos. Fuente creación propia de los autores.



Tabla N°8

Identificar el nivel de satisfacción

Variable	frecuencia	porcentaje
Mi supervisor/ director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad se los pacientes		
Muy en desacuerdo	1	3.7%
En desacuerdo	3	11.1%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	44.4%
Muy de acuerdo	11	40.7%
Mi supervisor/ director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad se los pacientes		
Muy en desacuerdo	0	
En desacuerdo	2	7.4%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	14.8%
Muy de acuerdo	21	77.8%
Cuando la presión se incrementa, mi supervisor / director quiere que trabajemos más rápido, aun si esto significa simplificar las labores del trabajo.		
Muy en desacuerdo	2	7.4%
En desacuerdo	9	33.3%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	44.4%
Muy de acuerdo	4	14.8%
Mi superior/ director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.		
Muy en desacuerdo	8	29.6%
En desacuerdo	12	44.4%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	18.5%
Muy de acuerdo	2	7.4%

Nota: descripción sobre el nivel de satisfacción del personal de la salud sobre entorno laboral.

Fuente: creación propia de los autores.

Tabla N° 9

Análisis de margen de confianza en el ámbito laboral.

Variable	frecuencia	porcentaje
La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informe de incidencia.		
Nunca	1	3.7%
Rara vez	3	11.1%
Algunas veces	4	14.8%
La mayoría del tiempo	10	37%
siempre	9	33.3%
El personal habla libremente si veo algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.		
Nunca	0	0
Rara vez	0	0
Algunas veces	11	40.7%
La mayoría del tiempo	6	22.2%
siempre	10	37%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad		
Nunca	0	0
Rara vez	1	3.7%
Algunas veces	2	7.4%
La mayoría del tiempo	10	37%
siempre	14	51.9%
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.		
Nunca	2	7.4%
Rara vez	5	18.5%
Algunas veces	11	40.7%
La mayoría del tiempo	5	18.5%
siempre	4	14.8%
En esta unidad, hablamos sobre forma de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.		
Nunca	0	0
Rara vez	0	0
Algunas veces	1	3.7%
La mayoría del tiempo	9	33.3%
siempre	17	63%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.		
Nunca	5	18.5%
Rara vez	8	29.6%
Algunas veces	9	33.3%
La mayoría del tiempo	1	3.7%

siempre	4	14.8%

Nota: descripción sobre el margen de confianza del personal de salud en el ámbito laboral y errores previstos. Fuente creación propia de los autores.

4.1.1 Fortalezas y oportunidades

Para identificar las fortalezas y oportunidades de mejora en la gestión de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del Hospital San José de Túquerres durante el primer período de 2023, es necesario realizar un análisis exhaustivo de los datos. Sin embargo, aquí tienes algunos ejemplos comunes de fortalezas y oportunidades de mejora en la gestión de la seguridad del paciente:

Fortalezas potenciales

- ✓ ***Compromiso del personal:*** Si el personal de enfermería muestra un alto nivel de compromiso y conciencia de la importancia de la seguridad del paciente, esta es una fortaleza clave. Un personal comprometido puede ser más propenso a seguir prácticas seguras y a tomar medidas proactivas para garantizar la seguridad de los pacientes.
- ✓ ***Programas de capacitación:*** Si el hospital cuenta con programas sólidos y continuos de capacitación en seguridad del paciente, esto es una fortaleza importante. La capacitación regular y actualizada puede mejorar el conocimiento y las habilidades del personal en cuanto a la seguridad del paciente, lo que a su vez contribuye a una atención más segura.
- ✓ ***Comunicación efectiva:*** Si hay una comunicación clara y abierta entre el personal asistencial, los pacientes y sus familias, esto se considera una fortaleza. Una comunicación efectiva facilita la transferencia de información crucial, la

resolución de problemas y la colaboración en la toma de decisiones, lo que puede mejorar la seguridad del paciente.

Tabla n°5

Análisis DOFA

PERSONAL	FORTALEZAS	DEBILIDADES
JEFES DE ENFERMERIA	Trabajo en equipo – Comunicación asertiva	Horarios extensos
	Conocimiento de protocolos de seguridad al paciente	Fatiga laboral
	Afianzamiento de conocimientos teórico-prácticos	Deficiencia en seguimiento en protocolos
AUXILIARES DE ENFERMERIA	OPORTUNIDADES	
	seguimiento de protocolos mediante auditorias	AMENAZAS
	Actividades de autoconocimiento, bienestar, retroalimentación de jornadas laborales	Desmotivación laboral
	Capacitaciones y evaluación de conocimiento: actualización	Falta de coordinación de reporte de eventos adversos en la institución y en el área
		Deficiencia de seguimiento de eventos adversos registrados

Nota: descripción sobre el personal intervenido mencionando fortalezas, debilidades y sus correspondientes oportunidades y amenazas. Fuente creación propia de los autores.

Esto ayudará a identificar las áreas críticas que requieren atención y a desarrollar estrategias de mejora adecuadas. Así mismo determina a los profesionales los cuales se desempeñan en el área a la autoevaluación de conocimientos previos ante eventos y su debido proceso de gestión, es importante determinar que los profesionales su labor, determinando y planificando adecuadamente protocolos, seguimiento y registro de los eventos, de igual manera es importante determinar las jornadas laborales, el ambiente laboral ya que esto contribuye a la calidad del profesional al momento de la atención y su debido “quehacer” profesional.

Tabla N°10

Percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en la institución

Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general con respecto a la seguridad del paciente. Marque una respuesta.		
Muy bueno	13	48.1%
Aceptable	14	51.9%
Pobre	0	0
Malo	0	0

Nota: descripción sobre la percepción de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario por parte de los profesionales. Fuente creación propia de los autores.

Grado de seguridad del paciente

Grafica N°19

Hace referencia a la 1 pregunta de la sección E: Grado de seguridad del paciente



Gráfico N°19, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

- El 51.9% de los encuestados calificó la seguridad del paciente en su área o unidad de trabajo como "aceptable".
- El 48.1% de los encuestados calificó la seguridad del paciente en su área o unidad de trabajo como "muy buena".

Estos resultados sugieren que la mayoría de los encuestados (el 51.9%) percibe la seguridad del paciente en su área o unidad de trabajo como "aceptable", lo que puede indicar que hay ciertas áreas que podrían mejorarse para garantizar una atención más segura para los pacientes. Sin embargo, es alentador que el 48.1% de los encuestados calificó la seguridad del paciente como "muy buena", lo que sugiere que en general, el personal se siente satisfecho con la atención que se proporciona a los pacientes en su área o unidad de trabajo.

Es importante tener en cuenta que estos resultados solo reflejan la percepción del personal y no necesariamente reflejan la realidad de la seguridad del paciente en su área o unidad de trabajo. Por lo tanto, es posible que se desee realizar una evaluación más profunda para identificar áreas específicas que puedan requerir atención para mejorar la seguridad del paciente. Para esta última pregunta es de tipo abierta al cual respondieron:

- *“Por favor no dude en anotar cualquier conocimiento que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en la institución que podría influir en la seguridad del paciente”.*

Esta fueron las respuestas:

- Ninguna
- Reportes
- Trabajo en equipo
- Tener en cuenta la cantidad de personal es insuficiente, genera esfuerzo físico y carga emocional, salir tarde de turnos por entregar Bien los pacientes, ayunos prolongados por falta de tiempo para la alimentación:
- No
- Estimular al personal

Estas respuestas sugieren que hay varias áreas que podrían mejorar para garantizar una atención más segura para los pacientes.

- ✓ La sugerencia de "Reportes" puede implicar la necesidad de tener un sistema de seguimiento y registro de eventos adversos, errores de medicación, entre otros, para identificar las áreas de oportunidad y corregir los problemas.
- ✓ La respuesta de "Trabajo en equipo" sugiere que los encuestados creen que una mejor colaboración y comunicación entre los miembros del equipo pueden mejorar la seguridad del paciente.
- ✓ La respuesta que menciona la falta de personal y las consecuencias en el bienestar del personal y de los pacientes, sugiere que la institución debería considerar aumentar el número de trabajadores para garantizar que haya suficiente personal para atender a los pacientes de manera segura y efectiva.
- ✓ La respuesta de "No" no es clara, pero puede implicar que el encuestado no tiene ninguna sugerencia para mejorar la seguridad del paciente o que no considera que se necesiten cambios.
- ✓ Finalmente, la respuesta de "Estimular al personal" sugiere que los encuestados pueden creer que motivar al personal es una forma de mejorar la seguridad del paciente.

En resumen, estas respuestas pueden ser útiles para identificar las áreas que requieren atención en la institución y pueden ser utilizadas para informar las decisiones y estrategias para mejorar la seguridad del paciente.

Percepción de la cultura de la seguridad del paciente por parte de los profesionales de la salud nivel hospitalario.

El personal del servicio de hospitalización del Hospital san José de Tuquerres Nariño basado en los resultados presentados en el Gráfico N°19, se puede realizar un diagnóstico preliminar de la percepción de seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del Hospital San José de Túquerres durante el primer período de 2023: Los resultados muestran una distribución mixta en cuanto a la percepción de seguridad del paciente. El 51.9% de los encuestados calificó la seguridad del paciente como "aceptable", lo que indica que existe espacio para mejoras y posibles áreas de preocupación en términos de seguridad. Por otro lado, el 48.1% de los encuestados calificó la seguridad del paciente como "muy buena", lo cual es un resultado positivo y sugiere que una parte significativa de los encuestados está satisfecha con los niveles de seguridad.

Este diagnóstico preliminar proporciona una idea general de cómo se percibe la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del Hospital San José de Túquerres. Sin embargo, el análisis de estos datos puede servir como punto de partida para identificar áreas específicas de mejora en la gestión de la seguridad del paciente y desarrollar estrategias enfocadas en abordar las preocupaciones y necesidades de los encuestados.

Oportunidades de mejora potenciales:

- ✓ **Mejora de las políticas y los protocolos:** Si se identifican políticas y protocolos que necesitan actualizarse o mejorarse para garantizar una gestión más efectiva de la seguridad del paciente, esto representa una oportunidad de mejora. Se puede trabajar en la revisión y actualización de políticas, así como en la implementación de protocolos estandarizados para reducir los riesgos y mejorar la seguridad.

- ✓ **Fortalecimiento de la cultura de seguridad:** Si se observa que la cultura de seguridad puede ser mejorada, esto representa una oportunidad. Se pueden implementar programas y actividades para fomentar una cultura de seguridad en todos los niveles del hospital, promoviendo la participación activa del personal en la identificación y resolución de problemas de seguridad.
- ✓ **Uso de tecnología:** Si el análisis revela que el uso de la tecnología puede mejorar la seguridad del paciente, esto es una oportunidad de mejora. Se pueden explorar soluciones tecnológicas como sistemas de registro electrónico de pacientes, que pueden ayudar a prevenir errores y mejorar la seguridad.
- ✓ **Identificación de oportunidades de mejora:** El análisis debe resaltar oportunidades de mejora específicas en la gestión de la seguridad del paciente. Así como la oportunidad de reportes y atención del personal de la salud. Esto puede incluir recomendaciones para fortalecer la comunicación, mejorar la capacitación del personal, optimizar los sistemas de notificación y reporte de incidentes, entre otras áreas relevantes.

4.2 ANALIZAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ENCUESTAS Y EVALUACIONES PARA IDENTIFICAR ÁREAS DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Para identificar áreas de mejora en la gestión de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del Hospital San José de Túquerres durante el primer período de 2023, es necesario realizar un análisis detallado de los datos y los hallazgos específicos. Sin embargo, aquí tenemos algunas áreas que requieren mejoras en la gestión de la seguridad del paciente:

- ✓ **Comunicación y coordinación:** Evalúa la efectividad de la comunicación entre los diferentes miembros del equipo de atención médica, así como entre los

profesionales de la salud y los pacientes. Identifica cualquier deficiencia en la transmisión de información y la coordinación de la atención, y sugiere mejoras en la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y la transferencia de información.

- ✓ **Capacitación y educación del personal:** Analiza la formación y la educación proporcionadas al personal de enfermería y auxiliar de enfermería en relación con la seguridad del paciente. Identifica cualquier brecha en el conocimiento y las habilidades del personal y sugiere programas de capacitación específicos para fortalecer la seguridad del paciente.
- ✓ **Cultura de seguridad:** Evalúa la cultura de seguridad en el servicio de hospitalización y en toda la organización. Identifica si hay una cultura de apertura y aprendizaje, donde los errores se ven como oportunidades de mejora en lugar de señalar culpables. Sugiere estrategias para fomentar una cultura de seguridad, incluyendo el aliento a la denuncia de incidentes y la retroalimentación constructiva.
- ✓ **Implementación de protocolos y políticas:** Evalúa la implementación y adherencia a los protocolos y políticas de seguridad existentes. Identifica cualquier falta de cumplimiento y sugiere mejoras en la implementación de las políticas y en el seguimiento de los protocolos establecidos.

4.3 PROPORCIONAR RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA EN LOS PROCESOS PRIORITARIOS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

Basado en el análisis del diagnóstico de la gestión de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del Hospital San José de Túquerres durante el primer período de 2023, a continuación, se presentan algunas recomendaciones generales para mejorar la seguridad del paciente:

Fortalecimiento de la comunicación: Implementar programas de capacitación en comunicación efectiva para el personal de enfermería y auxiliar de enfermería, incluyendo habilidades de escucha activa y comunicación clara.

- ✓ Establecer canales de comunicación efectiva entre los miembros del equipo de atención médica y promover la retroalimentación constructiva.

Mejora de la identificación y gestión de riesgos: Realizar evaluaciones periódicas de riesgos y eventos adversos en el servicio de hospitalización, identificando las áreas de mayor riesgo.

- ✓ Desarrollar protocolos claros para la gestión de riesgos identificados, asegurando su implementación y cumplimiento.

Promoción de una cultura de seguridad: Fomentar una cultura de seguridad abierta y de aprendizaje, donde se aliente al personal a reportar eventos adversos y proponer mejoras.

- ✓ Establecer un sistema confidencial de reporte de incidentes y establecer procedimientos claros para investigar y abordar los eventos reportados.

Mejora de la capacitación y educación del personal: Desarrollar programas de capacitación en seguridad del paciente, incluyendo temas como prácticas seguras, prevención de infecciones y manejo de medicamentos.

- ✓ Proporcionar oportunidades de actualización periódica para el personal médico y de enfermería sobre las últimas prácticas y recomendaciones en seguridad del paciente.

Revisión y actualización de políticas y protocolos: Evaluar las políticas y protocolos existentes en base a las mejores prácticas y recomendaciones nacionales e

internacionales.

- ✓ Actualizar y clarificar las políticas y protocolos, asegurando su comprensión y adhesión por parte del personal.

Promoción de la participación activa del paciente: Desarrollar materiales educativos claros y accesibles para los pacientes, proporcionando información sobre su tratamiento y medidas de seguridad.

- ✓ Establecer mecanismos para fomentar la participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su atención y seguridad.

Monitoreo y evaluaciones continuas: Establecer sistemas de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las intervenciones implementadas.

- ✓ Realizar revisiones periódicas para evaluar el progreso y realizar ajustes según sea necesario

Es importante contar con la participación y el compromiso de todo el personal y establecer un enfoque de mejora continua en la gestión de la seguridad del paciente.

7. DISCUSION Y CONCLUSIÓN.

El presente estudio, invita a reflexionar sobre los distintos aspectos que se consideran indispensable en la labor del personal de la salud dentro de las instituciones de salud involucradas, así como la necesidad de implementar estrategias con el fin de mantener o generar conductas y comportamientos que conlleven a un desarrollo más eficiente de la cultura de seguridad del paciente, por ello y para ellos, es necesario revisar las políticas diseñadas en la institución con respecto a la organización del personal y rol de cada uno de ellos, donde se logre priorizar sobre la comunicación entre los grupos de trabajos, pero sobre todo la bidireccionalidad de la comunicación.

Es por eso que, para humanizar cada vez más la atención en salud, es necesario humanizar al personal encargado de la atención, por esto es de vital importancia que desde la dirección se adopte políticas que permitan al profesional brindar una mejor atención con calidad.

En la investigación realizada anteriormente, existen distintas variables que podrían estar influyendo de manera directa o indirecta de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital San José de Tuquerres, por ellos, es necesario resaltar las que se consideran más relevantes y que pondera un mayor reflejo de lo que podría estar sucediendo, por ejemplo, es notorio el hecho de que un alto porcentaje de las enfermeras cuentan con poco tiempo de servicio en dicha institución lo que sin lugar a duda estaría muy relacionado con los eventos adversos y por ende con la cultura de seguridad del paciente.

Como podemos observar la mayor deficiencia en la Sección A: frecuencia de incidentes reportes donde el reporte de estos errores ocurre en la mayoría de tiempo y son reportados frecuentemente, el cual incide en latencia de riesgos tanto para el paciente como para el profesional, es importante reducir significativamente este margen para brindar un mayor protocolo y seguimiento al paciente.

La constante corrección de hechos en el momento para no ser evaluado por profesionales de la salud, es una variable alta, la cual es importante realizar debidos procesos, es importante fomentar el correcto uso de notificaciones de estos errores de alto riesgo, las barreras que se puedan llevar acabo para este proceso deben ser evaluados y transmitir un proceso efectivo, claro y conciso para el profesional.

La cultura del reporte seguimiento del mismo, es fundamental para el incentivo de promoción de seguridad al paciente en las unidades de hospitalización, es importante tener en cuenta que las situaciones de riesgo son fluctuantes y cambiantes durante cada mes, por esto es de gran importancia el reposte adecuado, análisis y seguimiento de este para así tener una claridad sobre el servicio a evaluar y así mismo como la institución maneja este tipo de situaciones y sus variables de análisis durante el trascurso del tiempo.

Se puede evidencia un ambiente laboral optimo con los supervisores y/ o director, esto es muy favorable en el ámbito laboral, ya que se puede realizar sugerencias y se pueden transmitir en mejoras al servicio, es importante tener en cuenta que el servicio en cuanto a su proporción de atención es sin duda fluctuante lo que puede aumentar y disminuir el ritmo laboral, esté está ligado con el seguimiento de problemas de seguridad del paciente que se presenta en la unidad indicando mejoras y análisis del mismo.

El reporte de las incidencias es un punto fundamental el cual el equipo de salud de la unidad debe tener claro, así como su análisis, su seguimiento, ya que esto es fundamental para realizar debidos correctivos y no incurrir en nuevas incidencias. A pesar del que el personal de la salud expresa sugerencias, se puede observar que no siempre se habla de ellos libremente en cuanto si el paciente presenta incidencia de riesgos, esto probablemente por el ritmo del trabajo dentro de la unidad, factores del mismo que indirectamente afectan el ánimo del profesional en su turno.

8. REFERENCIA

1. Pinto, E. P. G., López, L., Juan Ram, & Cuesta, E. E. (2011). Análisis de seguridad para el manejo de la información médica en telemedicina/Security analysis for medical information management in telemedicine. *Ciencia e Ingeniería Neogranadina*, 21(2), 57-89.
2. Sánchez, J., Lobdell, K., Moffatt-Bruce, S., & Fann, J. (2017). Investigating the causes of adverse events. *The Annals of Thoracic Surgery*, 103(6), 1693-1699. Retrieved July 31, 2017, from <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2017.01.070>
3. Mir, R., Falco, A., & de la Puente, M. L. (2017). Actitudes hacia la cultura de seguridad del paciente en un entorno hospitalario y variables relacionadas. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 145-149.
4. Varela Espiñeira, S. (2013). Seguridad del paciente en el servicio de urgencias del complejo hospitalario universitario de Ferrol: Estado actual de la cultura de seguridad del personal de enfermería [Tesis de maestría, Universidad de A Coruña]. Repositorio Institucional de la Universidad de A Coruña. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/10167>
5. Álzate Pareja, C., Posada Riaño, S. de P., Quintero Higueta, I. C., & Rodríguez Hurtado, J. A. (2016). Diseño del modelo de seguridad del paciente en una ESE de primer nivel del suroeste antioqueño. Repositorio Institucional CES. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/661>
6. Castillo Capdevilla, B., Lara, F., & Saleh Mora, S. (2011). Propuesta para la implantación del programa de gestión de la seguridad del paciente en la empresa social del estado hospital local de Hatillo de Loba Bolívar - HHL [Tesis de especialización, Universidad de Cartagena]. Repositorio Institucional Universidad de Cartagena. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/13110>
7. Barbosa Ramírez, L. C., Cárdenas Clavijo, E., García Castillo, L. P., More Paz, L., & Muñoz Ortega, L. (2008). Establecimiento de una línea de base de la cultura de

- la seguridad de los pacientes en un hospital universitario en Bogotá. Revista Iberoamericana de Psicología, 1(1), 19-28.
8. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.1102>
9. Rodríguez, D., Sierra Méndez, H., Díaz Jojoa, R., & Robayo Martínez, J. (2021). Caracterización de los eventos adversos de la unidad funcional de hospitalización de una institución de IV nivel de atención del Huila en el año 2020. Revista Iberoamericana. Repositorio Institucional Universidad Iberoamericana. <https://repositorio.ibero.edu.co/server/api/core/bitstreams/76ad5e22-0b99-4f3a-8f07-549e97d7621d/content>
10. Moreno Montaña, V., & Montaña Becerra, J. (2021). Los eventos adversos y su influencia en la percepción de la seguridad del paciente en una IPS de servicios oncológicos de la ciudad de Santiago de Cali. Repositorio Institucional Universidad Iberoamericana. <https://repositorio.ibero.edu.co/handle/001/2892>
11. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020. Recuperado de <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/esp-2015-2020.htm>
12. República de Colombia, Ministerio de Salud. (n.d.). Seguridad del paciente y la atención segura: Paquetes instruccionales, guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Consultado en febrero de 2023]. Recuperado de
13. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
14. Álzate Pareja, C., Posada Riaño, S., Quintero Higueta, I., & Rodríguez Hurtado, J. (2016). Diseño del modelo de seguridad del paciente en una ESE (Empresa Social del Estado) de primer nivel del suroeste antioqueño. Universidad CES. Recuperado de
15. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/661/disen%C3%B3_modelo_seguridad_%20paciente.pdf?sequence=2
16. SP Asesores. (s.f.). Iceberg empresarial. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de <https://spasesores.com/iceberg-empresarial/>

17. Bueno, M. (fecha desconocida). Modelo de queso suizo para análisis de riesgos y fallas. Blog de la calidad. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de <https://blogdelacalidad.com/modelo-de-queso-suizo-para-el-analisis-de-riesgos-y-fallas/>
18. Gómez, C. F., & Rodríguez, J. K. (2013). Teoría de la cultura organizacional. Recuperado de <http://teoriaycomorg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/98/2019/03/teoriasdelaculturaorganizacionalcarlosgomezyjennyrodriguezrevisión2013.pdf>
19. Waltermán, R.H. (s.f.). Los 8 principios de las empresas excelentes: por Tom Peters. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de <https://ilab.net/8-principios-de-las-empresas-excelentes/>
20. Bazán, A. (2015). Importancia de la administración en la salud. Revista Hospital Juárez de México, 82(3-4), 148-1
21. Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Atención Primaria de Salud. Recuperado en febrero de 2023, de <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
22. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Atención primaria en salud. [Consultado el 20 de mayo de 2020]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/atencion-primaria-en-salud.aspx>.
23. Camacho Rodríguez, D. E., & Jaimes Carvajal, N. E. (2018). Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. Revista Cubana de Enfermería, 34(1).
24. Buitrago, S., & Arango, J. (2016). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el hospital San Vicente de Paul E.S.S de Fresno Tolima. Universidad Católica de Manizales Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Administración en Salud.
25. República de Colombia. (2012). Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Recuperado en febrero de 2023, de https://minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%c3%b2n%200112%20de%202012%20-%20documentos%20de%20apoyo%202.pdf

26. Becerra Rodríguez, T. (2016). Política seguridad del paciente. Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano. Recuperado de https://www.poli.edu.co/sites/default/files/politica_seguridad_del_paciente.pdf
27. Torres, V. M., Torres, L. M., Solís, N. R., Grajeda, M. A., Danielli, R. J., & Coronel, A. E. (2016). Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de un hospital nacional de Lima. *RINVp*, 19(1), 135-146.
28. Gómez, D., & Murillo, L. (2019). Revisión bibliográfica sobre la importancia de reportar eventos adversos en el área de salud en Colombia (pp. 9-10). Universidad CES Facultad de Medicina, Salud Pública Especialización General de IPS Medellín.
29. Rodríguez, C. J., Huerta, F., & Laverde, Y. (2019). Eventos adversos reportados en adultos en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, durante los años 2017-2018 y propuesta de un plan de mejoramiento (pp. 19-20). Fundación Universitaria del Área Andina Facultad de Ciencias de la Salud Centro de Posgrados Especialización en Auditoría en Salud Pereira, Risaralda.
30. República de Colombia, Ministerio de Salud. (s.f.). Protocolo de Londres. Recuperado de
31. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/protocolo_de_londres_incidentes%20clinicos.pdf
32. Rodríguez, P. A., Beltrán, S. P., Peña, Y. K., Mendoza, M. J., Julio, G. D., & Giraldo, L. F. (2016). Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 14(1), 79-87.
33. Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). Complicación. Diccionario médico. Recuperado el 30 de abril de 2020, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicación>.
34. Villatoro, V. (2016). Errores de seguridad en atención primaria. *AMF*, 12(11), 644-653.
35. Clínica Universidad de Navarra. (2023). Diccionario médico. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>

36. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/ley-100-de-1993.pdf>
37. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2002). Resolución 1474 de 2002. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion_1474_de_2002.pdf
38. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2002). Resolución 1474 de 2002. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion_1474_de_2002.pdf
39. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Sistema Único de Acreditación. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/pservicios/paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>
40. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2002). Decreto 2309 de 2002. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6829>
41. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Resolución número 1446 de 8 de mayo de 2006. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resolución%201446%20de%2002006%20-%20anexo%20técnico.pdf
42. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Seguridad del paciente. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/cas/paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
43. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Resolución 0123 de 2012. Recuperado de <http://acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/res-000123-ene26de2012.pdf>
44. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Resolución número 2003 de 2014.

- Recuperado de
45. https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%c3%b3n%202003%20de%202014.pdf
46. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Recuperado de
47. https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf
48. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Decreto No. 616 de 2022: Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/decreto%20no.%20616%20de%202022.pdf
49. %202022.pdf
50. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución No. 0256 de 2016. Recuperado de
51. https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%c3%b3n%200256%20de%202016.pdf
52. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución No. 5095 de 2018. Recuperado de
53. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-5095-de-2018.pdf>
54. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019. Recuperado de
55. https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%c3%b3n%20no.%203100%20de%202019.pdf
56. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2001, diciembre 21). Ley 715 de diciembre 21 de 2001. Recuperado de https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
57. Rocco, C. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(5), 785-797. Recuperado de <https://repositorio.udes.edu.co/entities/publication/fb3dba17-0d49-4b4e-a824-0fa1691e22d6/full>

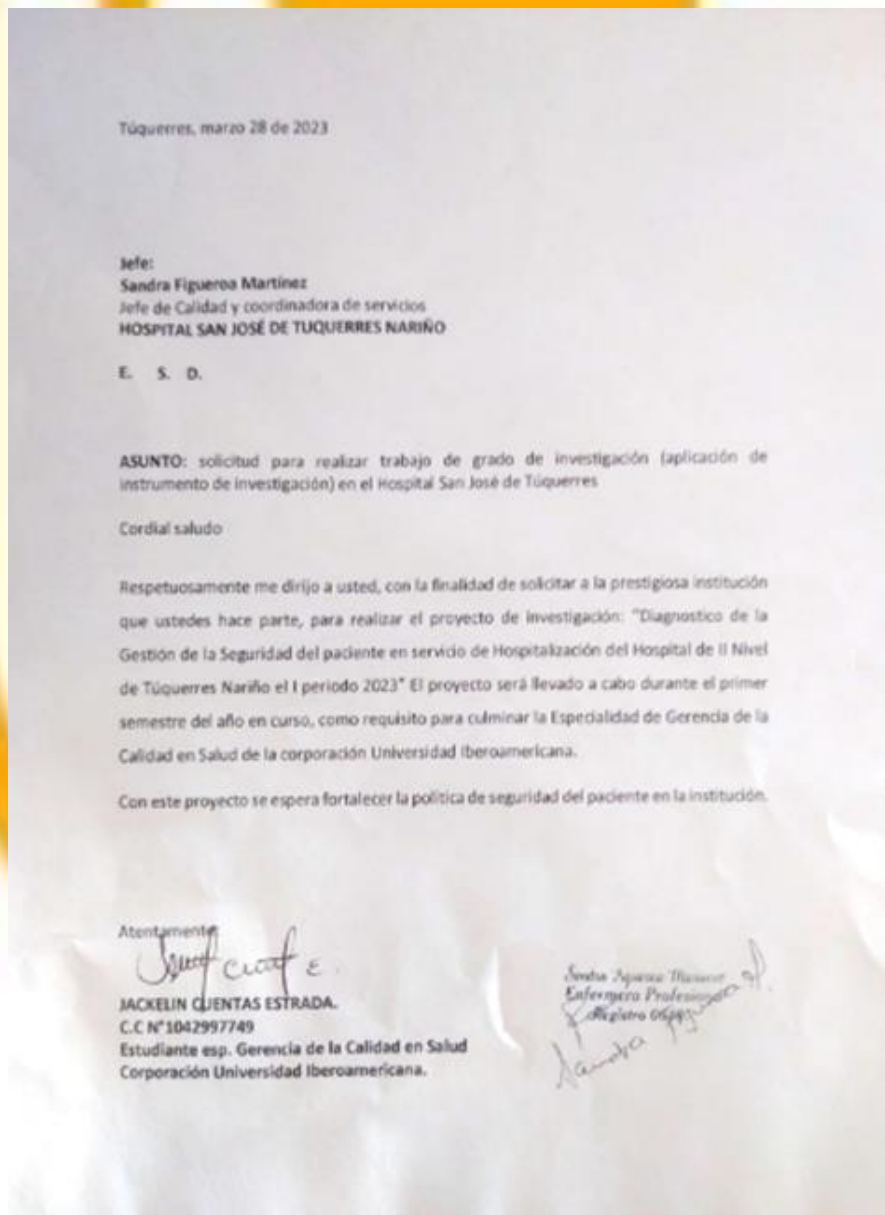
58. Suarez, O. F. (s.f.). Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *Persona y Bioética*, 17(2), 185. Recuperado de <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/5134>
59. Trillos, P.C. (2017). La pregunta, eje de la investigación: un reto para el investigador. *Revista Ciencia de la Salud*, Bogotá, D.C. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/327665761_la_pregunta_eje_de_la_investigacion_un_reto_para_el_investigador
60. Trigueros, E. (2010). Principio de la ética de la investigación y su aplicación. *Ética*, *Revista Médica de Honduras*, Programa de Educación de la Investigación, (75), 61. p. Recuperado de <http://www.bvs.hn/rmh/pdf/2012/pdf/vol80-2-2012-9.pdf>
62. De Aarón, J. (2017). Explorando el balance riesgo/beneficios en la investigación biomédica: algunas consideraciones. *Revistas Biomédicas*, 21(2), 321-323. <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v21n2/0123-3122-pebi-21-02-00330.pdf>
63. Carreño-Dueñas, J.A. (2016). Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. *Perspectivas Bioéticas*, 20(2), 232-243.
64. Estrada, H. (2016). Seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de salud, los directivos y los usuarios en el Hospital Universidad del Norte del Departamento del Atlántico 2015 [Patient safety from the perspective of the health team, managers, and users at the University Hospital of the North in the Department of Atlántico 2015]. Universidad del Norte. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9394/125846.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
65. Institute for Healthcare Improvement. (2011). Develop a culture of safety. Retrieved January 4, 2013, from <http://www.ihl.org/knowledge/pages/changes/developacultureofsafety.aspx>
66. Slawomirski, L., Aarøen, A., & Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/the-economics-of-patient-safety-march-2017.pdf>

67. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008; 17(3):216–23. doi: 10.1136/qshc.2007.023622. PMID: 18519629.
68. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* published online first: 18 September 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616>
69. Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. (2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. Paris: OECD. Recuperado de <http://www.oecd.org/health/health-systems/the-economics-of-patient-safety-in-primary-and-ambulatory-care-april2018.pdf>
70. Organización Mundial de la Salud. (2002). Resolución WHA55.18: Calidad de la atención: seguridad del paciente. Mayo 2002.
71. Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Decreto 1011 de 2006. Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.
72. Ministerio de Salud y Protección Social. (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.
73. Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Ley 1122 de 2007.
74. Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Bogotá, Colombia.
75. Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006.
76. Villarreal, E. (2007). Seguridad de los pacientes, un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte*, 23. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723111>
77. Estrada, H. (2016). Seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de salud, los directivos y los usuarios en el Hospital Universidad del Norte del departamento del Atlántico 2015. Universidad del Norte. Recuperado de

78. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9394/125846.pdf?sequence=1&isallowed=y>

9 .ANEXOS

ANEXO 1 Autorización por parte del hospital San Jose de Tuquerres Nariño para la realización de proyecto



ANEXO 2 Encuesta de percepción de seguridad del paciente.

INSTRUMENTO Nº 1

ENCUESTA DE PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL – HOSPITAL SAN JOSE DE TUQUERRES

Datos Sociodemográfico

SEXO:

- Hombre
- Mujer
- Otro

EDAD:

NIVEL DE FORMACION:

- Técnico
- Profesional
- Especialista

TIEMPO LABORANDO:

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

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca del tema de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en el hospital, y llevara de 5 a 10 minutos completar. Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la preguntas no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

SECCIÓN A: FRECUENCIA DE INCIDENTES REPORTES

1. En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados?

Quando se comente un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

Quando se comenten errores, pero no tiene el potencial de daño al paciente, ¿qué tan frecuente es reportado?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

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

- Nunca

- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

SECCIÓN B: NUMERO DE INCIDENCIA REPORTADOS

2. En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes a usted llenado y enviado? Marca una respuesta
- Ningún reporte de incidente
 - De 1 a 2 reportes de incidente
 - De 3 a 5 reportes de incidente
 - De 6 a 10 reportes de incidente
 - De 11 o más reportes de incidente

SECCIÓN C: SU SUPERVISOR / DIRECTOR

3. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/director o la persona a la que usted reporta directamente. Índice una opción por cada situación.

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

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

Mi supervisor/ director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar

la seguridad se los pacientes

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

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

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

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

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

SECCIÓN D: COMUNICACIÓN

4. ¿Qué tan a menudo pasa lo siguiente en su área/unidad de trabajo? indique una opción en cada situación.

La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informe de incidencia.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo

- Siempre

El personal habla libremente si veo algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

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

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

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

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

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

- Nunca
- Rara vez

- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

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

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5. Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general con respecto a la seguridad del paciente. Marque una respuesta.

- Muy bueno
- Aceptable
- Pobre
- Malo

Por favor no dude en anotar cualquier conocimiento que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su en la institución que podría influir en la seguridad del paciente.

<https://docs.google.com/forms>

ANEXO 3 A continuación se puede evidenciar como es la presentación del formato forms, para el cuestionario:

The image shows two screenshots of a digital form interface. The top screenshot is titled 'Sección 1 de 9' and contains the main title 'ENCUESTA DE PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL - HOSPITAL SAN JOSE DE TUQUERRES' and a placeholder for the form description. The bottom screenshot is titled 'Sección 2 de 9' and contains the 'CONSENTIMIENTO INFORMADO' section. This section includes the project title, a paragraph explaining the invitation to participate, the study objective, and the justification for the study.

ENCUESTA DE PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL - HOSPITAL SAN JOSE DE TUQUERRES

Descripción del formulario

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL DE II NIVEL DE TUQUERRES NARIÑO EL PERIODO 2023.

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

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Diagnosticar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal del Hospital San José de Tuquerres Nariño.

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

Imagen: autor propio

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

RIESGOS PARA SALUD: la presente investigación según la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifican en la categoría de una investigación sin riesgos, porque no se realiza una investigación directa sobre los sujetos, solo se responderán las encuestas de evaluación del estudio.

Casilla de verificación. *

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera sa ...

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Casilla de verificación.

 Copiar

27 respuestas

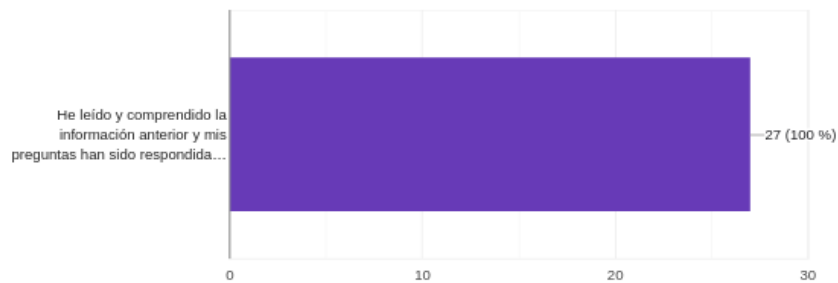


Imagen: autor propio

Sección 3 de 9

Datos Sociodemografico

Descripción (opcional)

SEXO

Hombre

Mujer

Otro

EDAD

Texto de respuesta breve

NIVEL DE FORMACION

Tecnico

Profesional

especialista

Imagen: autor propio

TIEMPO LABORANDO

Menos de 1 año

De 1 a 5 años

De 6 a 10 años

mas de 10 años

Después de la sección 3 Ir a la siguiente sección

Sección 4 de 9

Cuestionario

Introduccion

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca del tema de seguridad de los pacientes, errores medicos e incidentes que se reportan en el hospital, y llevara de 5 a 10 minutos completar. Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la preguntas no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

Después de la sección 4 Ir a la siguiente sección

Imagen: autor propio

Sección A: frecuencia de incidentes reportes



En su area/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿que tan a menudo son reportados?

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

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- siempre

2. cuando se comenten errores, pero no tiene el potencial de daño al paciente, ¿que tan frecuente es reportado?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces

Imagen: autor propio

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

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- siempre

Después de la sección 5 Ir a la siguiente sección



Imagen: autor propio

Sección 6 de 9

Seccion B: Numero de incidencia reportados

Descripción (opcional)

1. En los pasados 12 meses, ¿Cuantos reportes de incidentes ha usted llenado y enviado? Marca una respuesta

- Ningun reporte de incidente
- De 1 a 2 reportes de incidente
- De 3 a 5 reportes de incidente
- De 6 a 10 reportes de incidente
- De 11 o mas reportes de incidente

Después de la sección 6 Ir a la siguiente sección

Imagen: autor propio

Sección 7 de 9

Seccion C: Su supervisor / director

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/director o la persona a la que usted reporta directamente. Indice una opción por cada situación.

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

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

Imagen: autor propio

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

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

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

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

Imagen: autor propio

The screenshot shows a survey interface with a navigation bar at the top containing 'Preguntas', 'Respuestas', and 'Configuración'. The main content area displays question 4: '4. Mi superior/ director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.' Below the question are four radio button options: 'Muy en desacuerdo', 'En desacuerdo', 'Ni de acuerdo ni en desacuerdo', and 'Muy de acuerdo'. To the right of the question is a vertical toolbar with icons for zooming in (+), zooming out (-), erasing (Eraser), text (T), image (Image), video (Video), and a list icon. Below the question is a dropdown menu with the text 'Después de la sección 7 Ir a la siguiente sección'. At the bottom, there is a purple tab labeled 'Sección 8 de 9' and a white box titled 'Sección D: Comunicación' containing the text: '¿Que tan a menudo pasa lo siguiente en su area/unidad de trabajo? indique una opcion en cada situacion.'

Imagen: autor propio

1. La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informe de incidencia.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- siempre

Imagen: autor propio

2. El personal habla libremente si veo algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- siempre

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

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- siempre

Imagen: autor propio

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

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- siempre

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

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- siempre

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

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- siempre

Después de la sección 8 Ir a la siguiente sección

Imagen: autor propio

Sección E: Grado de seguridad del paciente



Descripción (opcional)

Por favor, dele a su area/unidad de trabajo un grado general con respecto a la seguridad del paciente. Marque una respuesta.

- Muy bueno
- Aceptable
- Pobre
- Malo

Por favor no dude en anotar cualquier conocimiento que tenga sobre como se hace o podria hacer el trabajo en su en la institucion que podria influir en la seguridad del paciente.

Texto de respuesta largo

Imagen: autor propio