

**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL CENTRO DE SALUD  
SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA, 2023**

**MARÍA CAMILA FAJARDO CRUZ  
VIVIANA HERNÁNDEZ CUARÁN**

**UNIVERSIDAD MARIANA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
SAN JUAN DE PASTO  
2024**

**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL CENTRO DE SALUD  
SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA, 2023**

**MARÍA CAMILA FAJARDO CRUZ  
VIVIANA HERNÁNDEZ CUARÁN**

**Informe de trabajo de grado presentado como requisito  
para optar al título de Magister en Administración en Salud**

**Asesora:  
Mg. YOMAIRA PATRICIA YÉPEZ CAICEDO**

**UNIVERSIDAD MARIANA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
SAN JUAN DE PASTO  
2024**

## CONTENIDO

	pág.
1. RESUMEN DE LA PROPUESTA	7
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	7
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3. JUSTIFICACIÓN	12
1.4. OBJETIVOS	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos	14
1.5. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	15
1.5.1. Antecedentes	15
1.5.1.1. A nivel internacional	15
1.5.1.2. A nivel nacional	18
1.5.1.3. A nivel regional	21
1.5.2. Marco teórico	23
1.5.3. Marco conceptual	29
1.5.4. Marco contextua	32
1.5.5. Marco legal	33
1.6. METODOLOGÍA	37
1.6.1. Enfoque	37
1.6.2. Tipo de estudio	37
1.6.3. Diseño del estudio	37
1.6.4. Población	37
1.6.4.1. Criterios de inclusión	37
1.6.4.2. Criterios de exclusión	38
1.6.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información	38
1.6.6. Proceso de recolección, análisis e interpretación de la información	40
1.6.7. Plan de tabulación y análisis de datos	40
1.6.8. Consideraciones éticas	41
2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	43
2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	43
2.2. PERCEPCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	44
2.3. RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DIMENSIONES Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	58
2.4. DISCUSIÓN	60
3. CONCLUSIONES	66
4. RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	75

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Eventos adversos Nariño, años 2021-2022	8
Tabla 2. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de la institución del personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	43
Tabla 3. Distribución porcentual de la dimensión expectativas y acciones del supervisor o del administrador según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	45
Tabla 4. Distribución porcentual de la dimensión aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	46
Tabla 5. Distribución porcentual de la dimensión trabajo en equipo dentro de las áreas según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	47
Tabla 6. Distribución porcentual de la dimensión actitud de comunicación abierta según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	48
Tabla 7. Distribución porcentual de la dimensión retroalimentación y comunicación sobre el error según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	48
Tabla 8. Distribución porcentual de la dimensión respuesta no punitiva al error según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	49
Tabla 9. Distribución porcentual de la dimensión personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	50
Tabla 10. Distribución porcentual de la dimensión apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	51
Tabla 11. Distribución porcentual de la dimensión trabajo en equipo entre las áreas del hospital según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	51

Tabla 12. Distribución porcentual de la dimensión transiciones y no intervenciones del hospital según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	52
Tabla 13. Distribución porcentual de la dimensión percepciones generales de la seguridad según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	53
Tabla 14. Distribución porcentual de la dimensión frecuencia de reporte de eventos según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	54
Tabla 15. Distribución porcentual del número de eventos reportados según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	55
Tabla 16. Distribución porcentual del grado de seguridad del paciente según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	55
Tabla 17. Clasificación de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	56
Tabla 18. Relación entre la percepción de las dimensiones y características sociodemográficas	58

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cronograma de actividades	76
Anexo B. Presupuesto	77
Anexo C. Consentimiento informado.	78
Anexo D. Cuestionario de percepción de la cultura de seguridad del paciente	80
Anexo E. Oficio por parte de la institución para aplicación de encuestas.	84

## **1. RESUMEN DE LA PROPUESTA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La seguridad del paciente se refiere a la prevención y reducción de riesgos de daño o lesión durante la atención médica. Su objetivo es garantizar que los pacientes reciban atención correcta y segura, evitando fallas médicas, infecciones, caídas y errores en la administración de medicamentos. En general, la seguridad del paciente busca minimizar los riesgos y prevenir daños innecesarios durante el proceso de atención médica (1).

La cultura de seguridad del paciente surge de los valores individuales y grupales que afectan las acciones y el desempeño de una organización de salud. Incluye percepciones de seguridad, frecuencia de eventos reportados y el nivel general de seguridad para los pacientes. Para evaluarla adecuadamente, es crucial adoptar un enfoque sistémico que tome en cuenta las percepciones de los individuos dentro de la organización de salud (2).

En este sentido, en el ámbito de la salud, los sistemas son inherentemente complejos y están influenciados por diversos factores, como los profesionales médicos, los pacientes, la tecnología y las políticas de salud. Esta complejidad aumenta el riesgo de errores y efectos adversos para los pacientes. Desafíos como la falta de coordinación y la ausencia de estándares unificados representan amenazas significativas para la seguridad del paciente. Dada la importancia crucial de la atención médica y la creciente complejidad del sistema de salud, es imperativo abordar la seguridad del paciente para prevenir errores y mitigar cualquier impacto negativo en la salud (3).

Considerando la importancia de la seguridad del paciente, se destaca que a “nivel mundial, 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Además, el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos” (4), lo anterior indica que existen algunas limitaciones que impiden una atención segura en los usuarios, lo cual está enfocado específicamente en la atención primaria y ambulatoria en particular (4).

En Latinoamérica, al tener en cuenta el panorama de seguridad del paciente se encontró que una de las causales de los eventos adversos está relacionada con la ocurrencia del error humano (5), es decir, que los eventos se generaron de manera innecesaria al paciente, asimismo, están relacionados con malas o descuidadas prácticas de los profesionales en salud por la falta de adherencia a los protocolos, inadecuado manejo de los niveles de estrés y excesiva carga de trabajo, lo cual disminuye la calidad de atención hacia el paciente, y por tanto, es un factor de riesgo que incrementa la ocurrencia de eventos adversos (6).

Por otro lado, en la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, versión 2, publicada en 2015, se enfoca en la seguridad del paciente, particularmente en el contexto colombiano. Se observó que la tasa de eventos adversos alcanzó el 13.1%. Dentro de este porcentaje, el 27.3% se relacionó con pacientes menores de 15 años, mientras que el 27.7% ocurrió durante la realización de procedimientos médicos. Es importante destacar que la mayoría de los hospitales analizados contaban con algún tipo de acreditación, a diferencia de lo observado en otros países (7). Este panorama evidencia que incluso los hospitales con acreditación en Colombia enfrentan altos índices de eventos adversos, lo que indica un problemática persistente en el país (7).

Basándose en el Departamento de Nariño, tomando como referencia la información suministrada por el Observatorio de Calidad en Salud (ONCAS) en cuanto a seguridad del paciente, se evidenció:

**Tabla 1. Eventos adversos Nariño, años 2021-2022**

<b>Evento</b>	<b>Proporción de eventos 2021</b>	<b>Proporción de eventos 2022</b>
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.	0.49	0.62
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.	0.16	0.11
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa.	0.15	0.06
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización.	1.56	2.00
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias.	1.66	2.00
Tasa de úlceras por presión	2.71	2.73
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	0.49	0.62

Fuente: ONCAS, 2022



Según estos datos, se ha dado un aumento notable en la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización, pasando de 0.49 en 2021 a 0.62 en 2022. Aunque la proporción de eventos adversos en urgencias ha disminuido ligeramente de 0.16 en 2021 a 0.11 en 2022, sigue siendo un indicador importante. Además, la tasa de caídas de pacientes en todos los servicios ha aumentado en 2022 en comparación con 2021, lo que indica un incremento preocupante en las caídas de pacientes. Por otro lado, la tasa de úlceras por presión se ha mantenido relativamente constante, con un ligero aumento de 2.71 en 2021 a 2.73 en 2022, destacando la necesidad continua de priorizar la prevención de estas úlceras en la atención médica

De este modo, fomentar una cultura positiva en torno a la seguridad del paciente en las instituciones de salud emerge como un requisito fundamental para minimizar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Esto implica aprender de manera proactiva de los errores, rediseñar procesos para lograr una mejora continua y establecer una estructura con herramientas que contribuyan a elevar la seguridad y calidad de la atención. La identificación prioritaria de eventos adversos y fuentes de riesgo debería ser una práctica común en todos los hospitales (8).

En consonancia con la promoción de una cultura de seguridad del paciente, donde se reconocen los diversos factores que contribuyen a los incidentes y se toman en consideración los sucesos que los preceden (1). Estos últimos años han sido testigos de avances significativos en el desarrollo de esta cultura, lo que ha llevado a una comprensión más profunda de su significado, enriqueciéndolo con matices y encontrando métodos sólidos para su medición, hasta cierto punto (1).

Según el estudio de Ramón Mir-Abellán titulado: “actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas”, se evidencia como las actitudes de los trabajadores hospitalarios hacia la seguridad del paciente se ven influenciadas por diversas variables sociodemográficas y profesionales. El análisis revela diferencias significativas en función del área de trabajo, la categoría profesional y las horas de dedicación laboral, observándose una percepción más favorable entre el personal de enfermería y en los servicios ambulatorios. Asimismo, se destaca que el personal a jornada parcial tiende a notificar con mayor frecuencia los incidentes. Estos hallazgos resaltan la importancia de tomar en cuenta estas variables al diseñar estrategias de mejora en seguridad del paciente (9).

A pesar de los esfuerzos por promover una cultura de seguridad, es importante reconocer que incluso el personal altamente capacitado puede cometer errores graves, a pesar de que la gran mayoría de incidentes no tienen un origen intencional

ni se deben a la falta de competencia por parte de los profesionales que ofrecen servicios. La prestación de atención médica centrada en la seguridad del paciente implica combinar conocimientos médicos con los principios de la epidemiología (factores de riesgo), habilidades de comunicación y una actitud humanista, habilidades consideradas esenciales para los profesionales de la medicina (10).

Un ejemplo de estos esfuerzos se encuentra en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, en el Departamento de Nariño, donde se implementó un programa de seguridad del paciente en 2020. Este programa cuenta con un Coordinador de Seguridad del Paciente, cuyo rol es fundamental para promover una cultura de seguridad en la institución y gestionar la implementación de políticas y procedimientos necesarios para garantizar el cuidado de los usuarios. La colaboración de todo el equipo sanitario, incluyendo médicos, enfermeras, responsables de farmacia y otros profesionales, es esencial para el funcionamiento del programa, que establece protocolos específicos para identificar, registrar y analizar incidentes y eventos adversos durante la atención médica, además de fomentar una cultura de aprendizaje continuo (11).

A través de estas medidas, el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E. se esfuerza por brindar una atención médica segura y de calidad, involucrando a todos los miembros del equipo en la promoción de la seguridad del paciente. Sin embargo, una revisión detallada de los registros internos reveló una notable ausencia de documentación de incidentes y eventos adversos en áreas como odontología, vacunación, laboratorio y consulta externa. En contraste, se observó que la mayoría de los registros estaban concentrados en los servicios farmacéutico y de urgencias. Esta limitación en la cobertura del programa de seguridad del paciente señala la necesidad de ampliar su alcance para abarcar todas las áreas relevantes del centro de salud (11).

Al comparar las prácticas del centro de salud San Bartolomé con los estándares nacionales e internacionales de seguridad del paciente, se evidenció una falta de adherencia a las recomendaciones para la gestión integral de incidentes y eventos adversos en todas las áreas de atención médica. Esta situación genera serias preocupaciones sobre posibles impactos negativos en la calidad de la atención médica brindada a los pacientes en el centro de salud, y sus consecuencias se pueden manifestar de diversas formas, como errores en la prescripción de medicamentos, comunicación ineficaz entre los profesionales sanitarios y los pacientes, falta de seguimiento adecuado y otros problemas relacionados con la seguridad, la salud y la eficacia de la atención.

Estos problemas se identificaron como áreas de preocupación en el centro de salud y respaldan la necesidad de abordar de manera integral la cultura de seguridad del paciente a través de este estudio. Lo anterior, de acuerdo con el reporte que genera el informe emitido por el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) para el período 2022-2024, que presenta una evaluación trimestral, en el que sitúa la cultura de seguridad del paciente en la Institución, en un 61%, que representa una puntuación “deficiente” (11).

En detalle, en el marco del Programa de Aseguramiento de la Calidad y la Mejora Continua (PAMEC), se evaluaron diversos aspectos cruciales. Estos incluyeron el registro de incidentes y eventos adversos, la comunicación interna, el seguimiento de protocolos de seguridad y la capacitación del personal. Según los resultados de esta evaluación, se identificaron aspectos críticos que requieren atención urgente durante el trimestre. Se destaca la falta de un registro adecuado de incidentes y eventos adversos, así como deficiencias en la comunicación interna entre el personal de salud.

Por otra parte, dentro de esta evaluación, dentro del estándar asistencial de atención centrada en el usuario; Se ha identificado una oportunidad de mejora significativa en la promoción de la cultura de seguridad tanto para el cliente interno como externo. Actualmente, se evidencia un cumplimiento del 60% en este aspecto. Es crucial implementar estrategias efectivas para elevar este porcentaje y así garantizar un entorno más seguro y confiable para todos los usuarios del centro de salud.

Además, se evidencia una carencia de enfoque tanto a nivel individual como organizacional para minimizar el riesgo de daño para los pacientes. La falta de intervención efectiva en las percepciones del personal de salud podría tener consecuencias graves. Esto podría resultar en una atención deficiente, aumentando la probabilidad de errores médicos y eventos adversos, lo que afectaría negativamente la salud y el bienestar de los pacientes y erosionaría la confianza en el sistema de salud. Además, la falta de abordaje de estas percepciones podría obstaculizar la implementación de mejoras continuas en la seguridad del paciente, perpetuando así los riesgos y problemas existentes en la atención médica (11).

La información presentada anteriormente resalta la importancia de comprender, interpretar y evaluar las percepciones que poseen los trabajadores del Centro de Salud San Bartolomé en relación con la seguridad del paciente con el fin de propiciar estrategias orientadas a la reducción del riesgo de daño que un paciente pueda experimentar durante la prestación de servicios de atención médica.

En este sentido, según la teoría de Gestalt, el ser humano toma sus decisiones a partir de su percepción o interpretación de la realidad, con base en diferentes formas o figuras mentales creadas a partir de lo captado por los sentidos a lo largo de la vida en el contexto familiar, social y cultural. Conocer estas percepciones permitiría identificar elementos a intervenir en las actuaciones del personal a la hora de prestar el servicio de salud a los pacientes, elementos que se consideran cruciales para minimizar el riesgo de daño durante su atención médica, y representan oportunidades significativas para impulsar acciones de mejora continua en pro de la seguridad del paciente (11).

Los resultados obtenidos, muestran la necesidad de comprender, interpretar y evaluar las percepciones que poseen los trabajadores del Centro de Salud San Bartolomé en relación con la seguridad del paciente con el fin de propiciar estrategias orientadas a la reducción del riesgo de daño que un paciente pueda experimentar durante la prestación de servicios de atención médica.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, 2023?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

La seguridad del paciente implica una evaluación continua y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud, con el objetivo de diseñar e implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. Este enfoque busca prevenir y mitigar posibles daños a los pacientes, requiriendo un esfuerzo colaborativo y una responsabilidad compartida entre todos los actores involucrados en la atención en salud. Al dar prioridad a la seguridad del paciente y aplicar medidas para reducir los riesgos, los funcionarios del hospital pueden mejorar la calidad de la atención y fomentar mejores resultados sanitarios, garantizando la seguridad de los pacientes (12)

Este proceso implica la identificación temprana de los riesgos y la adopción de medidas preventivas para minimizar la posibilidad de que ocurran errores o eventos adversos. Para lograr este objetivo, es importante que los sistemas de atención en salud cuenten con políticas de seguridad efectivas que se diseñen e implanten de manera continua. Estas políticas pueden incluir desde protocolos de seguridad,

sistemas de alerta temprana, hasta la actualización constante de los profesionales de la salud en prácticas seguras y actualizadas (13).

En el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, se ha identificado una importante falta de conocimiento en cuanto a la cultura de seguridad del paciente entre el personal de la institución. Durante la evaluación trimestral del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) correspondiente al período 2022-2024, el programa de seguridad del paciente del centro de salud fue marcado como deficiente en el segundo trimestre del año 2023, obteniendo una calificación del 61%. Este resultado subraya la necesidad urgente de abordar este tema para fortalecer la política de seguridad del paciente en la institución y facilitar la toma de decisiones informadas para mejorar la calidad del servicio salud ofrecido (11).

Considerando los planteamientos anteriores, la cultura de seguridad del paciente destaca la necesidad de recopilar información directa del personal del Centro de Salud San Bartolomé en Córdoba. Se enfoca en aspectos como las expectativas y acciones del supervisor, el aprendizaje organizacional, el trabajo en equipo, la comunicación abierta y la retroalimentación sobre errores. También se abordan temas como la respuesta no punitiva al error, el apoyo institucional, el trabajo en equipo entre áreas y la frecuencia de reporte de eventos adversos. Los hallazgos obtenidos permitirán identificar y mejorar los aspectos negativos encontrados, contribuyendo así al beneficio de la salud y el bienestar de los usuarios.

El desarrollo de la investigación se considera útil, para el personal del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, ya que, a través de los hallazgos obtenidos, se podrán plantear estrategias destinadas a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, permitiendo cumplir con lo establecido en la política y, en última instancia, beneficiar a los mismos al tomar decisiones centradas en lograr su satisfacción. De igual manera, la realización de este estudio conlleva a beneficios importantes al personal de la institución, debido a que proporcionará una visión más amplia sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente. Esto posibilitará realizar ajustes pertinentes con base a los resultados del estudio. Además, será un valioso aporte al facilitar la corrección de las deficiencias identificadas durante el proceso de investigación.

El estudio, se considera novedoso, puesto que, hasta la fecha no se ha llevado a cabo ningún análisis que aborde la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba. Este enfoque surge como respuesta a la necesidad identificada en la institución de mejorar la atención en salud de sus pacientes, lo que lo convierte en un valioso aporte para futuras investigaciones con características similares.

Igualmente, el desarrollo del estudio se considera viable y factible, porque se cuenta con el aval y autorización de las directivas del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, más aún, teniendo en cuenta que con los hallazgos se tomarán las decisiones pertinentes enfocadas en mejorar la calidad de atención y por ende la seguridad del paciente.

#### **1.4. OBJETIVOS**

**1.4.1. Objetivo general.** Determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, 2023.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente al personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé del municipio de Córdoba.
- Identificar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal vinculado laboralmente en el Centro de Salud San Bartolomé del municipio de Córdoba.
- Explorar las posibles relaciones entre la percepción de la cultura de seguridad del paciente y las variables sociodemográficas del personal vinculado laboralmente en el Centro de Salud San Bartolomé del municipio de Córdoba.

## 1.5. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

### 1.5.1. Antecedentes

**1.5.1.1. A nivel internacional.** En el año 2023, en México, se llevó a cabo un estudio titulado "Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente" en un hospital público de Saltillo, Coahuila. Este estudio exploró la relación entre la cultura de seguridad, las horas de trabajo semanales y los incidentes ocurridos en el último año entre el personal de enfermería, utilizando un enfoque descriptivo correlacional. Los resultados revelaron debilidades en la mayoría de estas dimensiones, evidenciando la necesidad de mejoras. Se destacó la importancia de utilizar estos hallazgos para fortalecer la seguridad del paciente en entornos hospitalarios, enfatizando la relevancia de la acción gerencial en la implementación de medidas para garantizar el bienestar de los pacientes (14).

En el año 2023, en Indonesia, se llevó a cabo un estudio titulado "Cultura de seguridad del paciente, prevención de infecciones y seguridad del paciente en el quirófano: perspectiva de los trabajadores de la salud" (15). Los resultados revelaron áreas con respuestas positivas, como aprender de los errores y la colaboración entre el equipo. Sin embargo, se identificaron aspectos calificados más bajos, como la falta de personal y el ritmo excesivo de trabajo que compromete la seguridad. Finalmente, se destaca la necesidad de mejoras continuas en la cultura de seguridad del paciente, especialmente fortaleciendo el aprendizaje organizacional y considerando estrategias para garantizar la seguridad de los pacientes.

En Estados Unidos, en 2023, se llevó a cabo un estudio titulado "Respaldar una cultura de seguridad del paciente: revisiones de eventos de seguridad del paciente dirigidas por residentes en un programa de capacitación de residencia en patología" (16). Este examinó la participación de los residentes en la notificación de eventos y los resultados de las revisiones, resaltando la implementación de soluciones propuestas. Las revisiones condujeron a diversas soluciones durante las presentaciones, basadas en análisis de causas y acciones identificadas. El estudio subraya la importancia de fomentar una cultura de seguridad del paciente en el entorno de la patología, esencial para cumplir con los estándares de acreditación. En resumen, el estudio insta a seguir mejorando la seguridad del paciente en patología mediante estrategias organizacionales y preventivas eficaces.

En un estudio llevado a cabo en Túnez en 2022, se realizó una evaluación exhaustiva de la cultura de seguridad del paciente en 15 Unidades de Cuidados

Intensivos (UCI), utilizando un enfoque de métodos mixtos (17). Los resultados mostraron que todas las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente tenían puntuaciones inferiores al 50%. El "trabajo en equipo" fue el aspecto más desarrollado (48.8%), mientras que la "frecuencia de notificación de eventos" (20.8%), la "comunicación" (22.2%) y la "respuesta no punitiva al error" (19,7%). En conclusión, el estudio destaca la imperiosa necesidad de mejorar la cultura de seguridad del paciente en las UCI, proponiendo la implementación de sistemas de gestión de calidad y notificación de errores como estrategias efectivas para lograrlo.

En un estudio publicado en Corea del Sur en el año 2022, titulado "Experiencias de enfermeras de práctica avanzada sobre la cultura de seguridad del paciente en la atención sanitaria domiciliar hospitalaria: un estudio descriptivo cualitativo" (18). Se exploró la percepción de las enfermeras en relación con la seguridad del paciente en el contexto de la atención domiciliar. Se identificaron subcategorías como el compromiso de las enfermeras, instituciones asociadas y el gobierno con la seguridad del paciente, destacando la necesidad de promover una cultura de seguridad para garantizar una transición segura desde los hospitales de cuidados intensivos a la atención domiciliar. Además, se subrayó la importancia de la comunicación efectiva con los cuidadores y la creación de asociaciones comunitarias para mejorar la seguridad y la calidad asistencial en el hogar.

En el año 2021, en Perú, se llevó a cabo un estudio titulado "Gestión de calidad del cuidado y cultura de seguridad del paciente en personal de enfermería de un Instituto Nacional Lima" (19). El objetivo principal fue investigar la correlación entre la gestión de calidad del cuidado y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de un instituto nacional en Lima. Con un enfoque cuantitativo y un diseño transversal no experimental, el estudio reveló una correlación negativa de baja magnitud (-0.338), refutando la hipótesis nula y respaldando la hipótesis alternativa. En síntesis, se encontró una asociación significativa entre la gestión de calidad del cuidado por parte del personal de enfermería y la cultura de seguridad del paciente (19).

En la investigación realizada por Aquino Ramírez en Perú durante el año 2021, bajo el título "Cultura de seguridad del paciente y calidad de atención en Clínica San Juan de Dios, Lima 2021" (20). Se empleó un enfoque correlacional con análisis estadístico utilizando SPSS v22 para evaluar la relación entre variables y dimensiones. A pesar de ello, los resultados obtenidos indicaron que no se encontró una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la calidad de atención en la Clínica San Juan de Dios ( $p > 0,05$ ). Se sugiere realizar más estudios similares para mejorar la gestión del riesgo sanitario y fortalecer la cultura de seguridad del paciente y organizacional en la clínica.



En un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú, en 2021, se investigó la percepción del personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en el Centro Quirúrgico (21). Aunque se destacó la capacidad de establecer contacto directo con los pacientes, los resultados fueron mayormente neutrales en relación con la cultura de comunicación y seguridad. Sin embargo, se resaltó el compromiso y proximidad al paciente, así como el aprendizaje organizacional positivo como aspecto sobresaliente. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el entorno quirúrgico para garantizar una atención óptima y segura.

En un estudio realizado en Argentina en 2021, se examinó la percepción del personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución del conurbano bonaerense (22). Los resultados mostraron una respuesta mayormente neutral a positiva, aunque se identificaron problemas significativos en la dimensión relacionada con la cultura de seguridad a nivel hospitalario, destacándose dificultades en cambios de turno, transiciones entre unidades y trabajo en equipo. La percepción del personal fue mayormente negativa, resaltando la falta de franqueza en la comunicación, las bajas expectativas y acciones del equipo directivo, y las deficiencias en el trabajo en equipo como áreas críticas a mejorar.

En un estudio realizado en Perú en 2020, se examinó el nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y la notificación de eventos adversos en un hospital de nivel I en la provincia de Ferreñafe, Lambayeque, durante 2015 (23). Los resultados mostraron una percepción mayormente neutral a negativa de la cultura de seguridad, destacando una asociación significativa entre la gestión para la seguridad del paciente y la frecuencia de incidentes reportados con la falta de notificación de eventos adversos. Se enfatiza la necesidad de una mayor colaboración y apoyo de la dirección para mejorar y fomentar una cultura de seguridad adecuada en entornos hospitalarios, garantizando una atención médica más segura y de calidad para los pacientes.

En un estudio llevado a cabo en Cuba en 2020, se evaluó la cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno-infantil (24). Con el objetivo de valorar las dimensiones de dicha cultura. El análisis reveló diferencias significativas entre grupos de profesionales según sexo, formación académica y experiencia laboral en otras instituciones. Además, se observó que la mitad de los encuestados calificaron la seguridad del paciente en su servicio con una puntuación entre 8 y 9 en una escala del 1 al 10. Se identificaron como fortalezas la dimensión de aprendizaje organizacional y mejora continua, el trabajo

en equipo y el apoyo gerencial en seguridad del paciente, subrayando su importancia para garantizar una atención quirúrgica segura y de calidad.

En el año 2020, en Perú, se llevó a cabo un estudio sobre la cultura de seguridad del paciente en enfermeras del hospital regional docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú, que ofreció una visión detallada del entorno hospitalario. Se identificaron áreas críticas, como la frecuencia de eventos adversos y la percepción global, que requieren atención. Además, se destacaron oportunidades significativas de mejora en aspectos como el trabajo en equipo, el aprendizaje organizacional y la comunicación sobre errores. Estos resultados resaltan la importancia de implementar estrategias para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, tanto a nivel individual como organizacional, con el objetivo de garantizar una atención de calidad y prevenir eventos adversos (25).

En un estudio llevado a cabo en 2020 en Indonesia, se examinó el papel del trabajo en equipo en la mejora de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital X de Bekasi (26). Con un enfoque analítico de causalidad, se determinó que el trabajo en equipo fue la variable independiente más significativa, influyendo tanto parcial como simultáneamente en la cultura de seguridad del paciente. Este hallazgo destaca la importancia crítica del trabajo en equipo en la creación y el mantenimiento de una cultura de seguridad efectiva en los servicios hospitalarios, enfatizando la necesidad de involucrar a todos los miembros del equipo en iniciativas de mejora continua para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

En un estudio realizado en Ecuador en 2020, se exploró la cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería, describiendo la percepción y práctica de los estudiantes durante su formación técnica. La mayoría de los estudiantes tenían una percepción positiva sobre el error, pero no llegaron a una conclusión sobre la necesidad de discutirlo. Además, la mayoría reconoció el factor humano en el error y consideró importante involucrar a los pacientes en el proceso. Los hallazgos revelan que, en la práctica, la mayoría no identificó correctamente al paciente y ninguno percibió una respuesta punitiva ante errores en la simulación. Esto resalta la importancia de fortalecer la cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería para asegurar una atención segura y de calidad. (27).

**1.5.1.2. A nivel nacional.** En el año 2023, en Montería, Colombia, se realizó una investigación que examinó el papel de la auditoría en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente en las Empresas Sociales del Estado (ESE) de primer nivel (28). A través de un enfoque documental, se resaltó que el rol del auditor va más allá de la identificación de cambios, impulsando el mejoramiento continuo y garantizando el cumplimiento de estándares para una atención segura y de calidad.

Esto refuerza la importancia de la auditoría como herramienta clave en la promoción de la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica en las ESE de Colombia.

En Bogotá, en el año 2023, se realizó un estudio sobre la adherencia a la política de seguridad del paciente en salas de cirugía de un hospital de segundo nivel en Pamplona, Norte de Santander, durante el periodo 2022-2023 (29). Se resaltó la importancia de la Cultura de Seguridad en la minimización del daño durante la atención médica, enfocándose en sensibilizar y formar a los profesionales de la salud para fomentar una conciencia de seguridad en su práctica diaria. Este enfoque, especialmente en el servicio de cirugía, destaca la necesidad de una cultura de seguridad sólida para garantizar una atención médica segura y de calidad para todos los pacientes.

En Bogotá, en 2023, se realizó un estudio sobre el papel del auditor en el seguimiento del programa de seguridad del paciente en Colombia (30). Se resaltó la importancia de medidas respaldadas por evidencia científica para reducir el riesgo de eventos adversos en la atención médica. Se concluyó que la auditoría es crucial para gestionar la calidad y seguridad en salud, enfatizando la necesidad de un enfoque sistemático y basado en evidencia para garantizar una atención médica segura y de calidad para todos los pacientes.

En Pereira, durante el año 2022, se realizó un estudio con el objetivo de identificar estrategias para mejorar la adherencia a la política de seguridad del paciente y garantizar una atención segura y de calidad (31). Se concluyó que es factible implementar acciones dirigidas a pacientes, especialistas y organizaciones de salud, como mejorar los planes de atención, la formación en prácticas seguras y la institucionalización de protocolos de seguridad. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la seguridad del paciente desde múltiples frentes, involucrando tanto a los proveedores de atención médica como a las instituciones de salud en la implementación de medidas concretas para garantizar una atención segura.

En Bogotá, durante el año 2022, se llevó a cabo un estudio enfocado en identificar experiencias exitosas en seguridad del paciente para prevenir eventos adversos en América Latina durante el periodo comprendido entre 2010 y 2020 (32). El objetivo era identificar prácticas exitosas en seguridad del paciente en la región para adaptarlas en Colombia. Se destacaron estrategias específicas aplicadas en el país y se compararon con otros países latinoamericanos. Se enfatizó la necesidad de fortalecer el programa de seguridad del paciente en Colombia mediante la revisión

y adopción de medidas exitosas de otros países para mejorar la calidad de la atención médica y reducir errores.

Durante el año 2021 en Bucaramanga, se investigó la relación entre la percepción de la cultura de seguridad del paciente y el grado de seguridad percibido por los funcionarios de una Institución de Salud de tercer nivel de atención, durante el período 2015-2019 (33). La mayoría eran personal asistencial, con la unidad de cuidado intensivo destacada. Se encontró que la seguridad del paciente se relaciona directamente con la seguridad percibida por el personal, destacando la importancia de intervenciones como la notificación de eventos adversos y el trabajo en equipo para fortalecer la seguridad en las instituciones de salud.

En Bucaramanga, en el año 2021, se llevó a cabo un estudio “clima de seguridad en los servicios quirúrgicos de cuatro instituciones de salud en Santander” (34). El estudio reveló altas percepciones positivas en prácticas seguras, dotación de personal y aprendizaje organizacional, pero también señaló áreas de mejora, como la respuesta no punitiva al error, carga de trabajo, comunicación y transiciones entre servicios. Se encontró asociación entre bajos puntajes en comunicación y contratación gremial, y los trabajadores expresaron sentirse juzgados al reportar eventos adversos. Estos hallazgos destacan la importancia de abordar las deficiencias para asegurar un entorno quirúrgico seguro y de calidad.

El estudio realizado en Medellín en 2020 evaluó la cultura de seguridad en seis centros quirúrgicos de Antioquia utilizando el Hospital Survey on Patient Safety Culture. Los resultados mostraron un promedio de 8 en el clima de seguridad, con un 62 % de respuestas positivas sobre la cultura de seguridad. Se identificaron áreas bien valoradas como el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo, pero también se destacaron debilidades en la respuesta no punitiva a errores y la franqueza en la comunicación. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer aspectos específicos de la cultura de seguridad del paciente para mejorar la calidad y seguridad de la atención quirúrgica (35).

En Bogotá, en 2020, se realizó un estudio descriptivo sobre la percepción del usuario en el servicio de urgencias de una institución de salud de segundo nivel (36). El estudio encontró una estrecha relación entre la percepción general de seguridad del paciente y la humanización del servicio. Sin embargo, identificó áreas de mejora como la comunicación, el conocimiento de derechos y deberes, la explicación del diagnóstico y la prevención de eventos adversos. Se resaltó la importancia de fortalecer la confianza en el profesional y el papel activo del paciente en su propio cuidado. Se propusieron estrategias para mejorar la comunicación

asertiva, la seguridad del paciente y la relación médico-paciente, con el objetivo de mejorar la atención de salud y centrarla en el paciente.

En Montería, durante el año 2020, se llevó a cabo un estudio sobre el impacto de la infraestructura de las instituciones de salud en la seguridad del paciente (37). Se destaca la importancia de la auditoría en la evaluación de la calidad del servicio de salud y la relación entre la infraestructura de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los eventos adversos. La evaluación de la infraestructura permite identificar posibles fallos y tomar medidas preventivas. En resumen, este estudio enfatiza la necesidad de considerar la infraestructura como un factor clave en la promoción de la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica en las IPS.

**1.5.1.3. A nivel regional.** En Pasto en el año 2023, se realizó un estudio de investigación que identificaron la Cultura de seguridad del paciente en el personal administrativo y asistencial de una IPS (38). Utilizaron una metodología observacional, cuantitativa, descriptiva y transversal. Se resalta los resultados donde indicaron que la percepción de la cultura de seguridad del paciente se encuentra en un nivel medio, con puntuaciones inferiores al 75% y superiores al 50%. En dicha investigación se encontró que la institución tiene oportunidades de mejora en todas las dimensiones evaluadas, reconociendo tanto debilidades como fortalezas, y destacando la necesidad de adoptar estrategias para mejorar la calidad de la atención y alcanzar sus objetivos.

Pasto, 2022, “estrategias de fortalecimiento para mejorar la seguridad clínica del paciente en el servicio de internación en la IPS privada de la ciudad de Pasto” (39). Se destaca la necesidad urgente de mejorar la cultura de seguridad del paciente, identificando una debilidad principal en la falta de capacitación continua del personal en Guías de Práctica Clínica. Esta carencia afecta la implementación de prácticas seguras para prevenir eventos adversos e incidentes en la atención médica. Además, se observó una deficiencia en la gestión de incidentes y eventos adversos debido a la falta de identificación de barreras de seguridad y análisis de causas efectivos. Los resultados destacan la necesidad de mejorar la formación y capacitación del personal para asegurar una atención médica segura y de calidad en el servicio de hospitalización.

El estudio "Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una clínica del municipio de Pasto – Nariño", realizado en 2021, reveló una percepción positiva en la Clínica Proinsalud. Se destacaron áreas como el trabajo en equipo, el trato respetuoso y las acciones proactivas de la organización para prevenir errores. El compromiso tanto del personal como de la administración en abordar problemas

recurrentes resalta una cultura enfocada en la seguridad del paciente. Estos resultados sugieren un entorno de atención médica seguro y de calidad, donde se prioriza la prevención de riesgos y la mejora continua en la atención al paciente (40).

En el departamento de Nariño, municipio de La Florida, durante el año 2021, se llevó a cabo una investigación sobre la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Centro Hospitalario. Se encontró que la mayoría de los incidentes no son reportados, lo que refleja dificultades en este aspecto. La percepción global de la seguridad del paciente fue moderada, indicando la necesidad de mejoras para brindar una atención de calidad. Aunque la valoración del nivel de seguridad del paciente fue mayormente favorable, con la mayoría calificándolo como "excelente" o "aceptable", se identificaron áreas de mejora. Estos hallazgos resaltan la importancia de seguir trabajando para garantizar una atención médica óptima y segura para todos los pacientes (41).

En el año 2021, en Nariño, se realizó un estudio detallado sobre la cultura de seguridad del paciente en la IPS UNIPA (unidad indígena del pueblo Awa) durante el período de 2020 II a 2021 I (42). Este análisis, mediante un cuestionario especializado, destacó la necesidad de ajustes en la atención médica y el personal involucrado para elevar los niveles de seguridad y disminuir los riesgos en los protocolos. Con un enfoque observacional descriptivo, se identificaron necesidades en el cuidado de la salud y se evaluó el impacto de medidas preventivas para reducir enfermedades en la comunidad. Se resaltó la importancia de fortalecer la percepción de seguridad del paciente con estrategias enfocadas en mejorar la atención médica.

Durante el año 2021, en Pasto, se realizó un estudio sobre la relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente y el conocimiento (43). La metodología empleada se basó en un enfoque empírico-analítico, permitiendo un análisis profundo de los datos recopilados. Los resultados revelaron diversas formas de relación entre los lineamientos institucionales y el conocimiento del personal, variando según el área de desempeño y el nivel organizacional. La falta de comprensión uniforme del riesgo representa un desafío para la gestión integral de la seguridad del paciente. Se enfatiza la necesidad de coordinación entre los niveles organizacionales para abordar esta brecha y mejorar la percepción de seguridad del paciente.

**1.5.2. Marco teórico.** Es importante tener en cuenta para el abordaje del tema de la seguridad del paciente las teorías en las cuales esta fundamenta la seguridad asistencial: 1) La teoría del error de Reason 2) El Diagrama de Ishikawa o espina de pescado y 3) La cultura de seguridad. A continuación, se describen las tres teorías principales que sustentan su relevancia para la investigación sobre la percepción de seguridad del paciente.

La teoría del error de Reason y el Modelo de Reason de la causalidad están estrechamente relacionados en la comprensión de las fallas en sistemas complejos y en la prevención de desastres en el ámbito de la salud.

La teoría del error de Reason aborda la predisposición del individuo a cometer errores, a pesar de los intentos por prevenirlos. Esto implica la necesidad de reestructurar los procesos de asistencia para establecer barreras más sólidas que eviten situaciones de riesgo, así como la adopción de estrategias que anticipen la identificación de los errores más comunes en la prestación de servicios de salud (44).

Por otro lado, el Modelo de Reason de la causalidad también conocido como el modelo del queso suizo, introducido por James T. Reason en 1990, se presenta como una herramienta poderosa para entender las fallas en sistemas complejos y prevenir desastres (45). En este modelo, cada componente de una organización, como la administración, la infraestructura, los recursos asignados, el programa de seguridad y otros, se representa como una loncha de queso. Sin embargo, todos estos elementos tienen debilidades, representadas por los agujeros en el queso. Cuando estos agujeros se alinean en varios segmentos, pueden surgir eventos adversos. Es fundamental reconocer que las pequeñas fallas pueden conducir a consecuencias significativas en este modelo. Esta representación gráfica proporciona una manera efectiva de analizar y gestionar riesgos en sistemas complejos (45).

James Reason aportó varias ideas que llevaron a la construcción de la teoría del queso suizo.

- **Los accidentes normalmente se presentan cuando convergen varios factores:** Esto significa que los eventos adversos generalmente no son causados por una sola falla, sino por la interacción de múltiples factores que se combinan en un momento específico. Por ejemplo, un paciente puede experimentar una caída en un hospital debido a una combinación de piso resbaladizo, falta de supervisión y debilidad física (46).

- **Los factores pueden ser individuales, organizativos o sistémicos:** Esta idea reconoce que los factores que contribuyen a los accidentes pueden originarse a nivel individual (como errores humanos), organizativo (como políticas deficientes) o sistémico (como problemas en los procesos de atención médica). Por ejemplo, la falta de capacitación del personal de enfermería (individual), una cultura de trabajo deficiente en el hospital (organizativa) o la falta de integración entre sistemas de registro de pacientes (sistémica) pueden contribuir a errores en la administración de medicamentos (46).
- **Las fallas que pueden llevar a que se desencadene un evento catastrófico, cuando se presentan de manera aislada no tienen un impacto significativo:** Esta idea resalta que las fallas individuales pueden no ser graves por sí solas, pero cuando se combinan con otras, pueden desencadenar eventos catastróficos. Por ejemplo, un pequeño error en la dosificación de un medicamento puede no ser grave si se detecta y se corrige a tiempo. Sin embargo, si se combina con una falta de supervisión y comunicación ineficaz, puede resultar en un daño grave al paciente (46).
- **Errar es de humanos y por lo tanto se deben diseñar sistemas que mitiguen estos errores:** Esta idea reconoce la inevitabilidad de los errores humanos y enfatiza la importancia de diseñar sistemas que minimicen su impacto. Por ejemplo, implementar sistemas de doble verificación en la administración de medicamentos puede ayudar a detectar y corregir errores antes de que lleguen al paciente (46).
- **Los factores que contribuyen a un accidente son latentes, es decir que están alineados pero inactivos esperando el detonante que los desencadene en cualquier momento:** Esta idea destaca que las condiciones subyacentes que contribuyen a los accidentes (llamadas "fallas latentes") pueden estar presentes en un sistema de atención médica sin manifestarse hasta que se activa un evento desencadenante. Por ejemplo, la falta de mantenimiento adecuado de un equipo médico puede ser una falla latente que no cause problemas hasta que el equipo falle durante un procedimiento crítico (46).

Al relacionar estos conceptos con la investigación se destaca la relevancia de considerar la interacción entre los diferentes niveles de factores que influyen en la seguridad del paciente. Desde la perspectiva individual, se analiza el papel del



personal de salud y su cumplimiento de protocolos y procedimientos. A nivel organizativo, se exploran las decisiones y políticas adoptadas que pueden influir en la carga laboral, los horarios y la disponibilidad de recursos.

Desde una perspectiva sistémica, se evalúan los elementos estructurales y organizativos que configuran el entorno de atención médica, como la disponibilidad de equipos, la eficacia de los sistemas de comunicación y la cultura de seguridad. La comprensión de la convergencia de estos factores permite identificar y abordar de manera más efectiva las causas subyacentes de los eventos adversos, fortaleciendo así la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica. En resumen, este enfoque teórico proporciona una perspectiva integral para abordar los desafíos en la seguridad del paciente desde una óptica preventiva y sistémica.

**El Diagrama de Ishikawa o espina de pescado.** conceptualizado por el Dr. Kaoru Ishikawa en 1943 emerge como una valiosa herramienta para este propósito. Su diseño gráfico, que consiste en una línea central que representa el problema principal y ramificaciones que se asemejan a las espinas de un pez, facilita la identificación y el análisis de las múltiples causas que contribuyen a un problema específico. En el contexto de la seguridad del paciente, este diagrama se convierte en un recurso esencial para descomponer los eventos adversos o preocupaciones de seguridad en diversas categorías, como personas, procesos, entorno físico, políticas y procedimientos, y factores externos. Al examinar estas áreas, los profesionales de la salud pueden comprender mejor la complejidad de los problemas de seguridad y tomar medidas para abordar las causas subyacentes (47).

Este enfoque sistemático y visual promueve un análisis exhaustivo que puede conducir a soluciones más efectivas y a una mejora continua en la seguridad del paciente. Las personas, que incluyen al personal de salud, juegan un papel fundamental en la seguridad del paciente. Su competencia, capacitación y comunicación efectiva son elementos clave que influyen en la calidad y seguridad de la atención. Los procesos, por otro lado, abarcan los procedimientos clínicos, administrativos y de gestión que guían la prestación de servicios de salud. Identificar deficiencias en estos procesos es fundamental para mejorar la eficiencia y reducir los errores que puedan poner en riesgo la seguridad del paciente (47).

El entorno físico y organizativo de la atención médica también impacta en la seguridad del paciente. La disponibilidad de recursos materiales, las políticas institucionales, el diseño de los espacios de trabajo y la cultura organizativa son factores que pueden influir en la percepción de seguridad y en la ocurrencia de eventos adversos. Al integrar el análisis de estas diversas causas a través del

Diagrama de Ishikawa, se puede desarrollar una comprensión más completa de los desafíos en la seguridad del paciente y diseñar estrategias efectivas para mejorarla.

En este contexto, la cultura de seguridad del paciente. Es un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud, ya que influye directamente en la calidad y seguridad de la atención médica. Se define como el conjunto de valores, creencias y comportamientos tanto individuales como grupales que determinan la forma en que una organización de salud aborda la seguridad de sus pacientes. Esta cultura se basa en la confianza, el respeto y el compromiso con la seguridad como prioridad fundamental (48).

Sus componentes principales incluyen las percepciones de seguridad, que se refieren a cómo los profesionales de la salud y los pacientes perciben el entorno de atención en términos de seguridad y riesgo. La frecuencia de eventos reportados es otro aspecto crucial, ya que indica la disposición y la capacidad de los profesionales de la salud para identificar y comunicar eventos adversos o situaciones de riesgo. Además, el grado de seguridad general del paciente refleja el nivel de protección y cuidado que se brinda en el entorno de atención médica.

La cultura de seguridad del paciente se construye y fortalece a través de prácticas de liderazgo efectivas, una comunicación abierta y transparente, el fomento de la colaboración interdisciplinaria y el aprendizaje organizacional continuo. Es fundamental que todos los miembros del equipo de salud estén comprometidos con la seguridad del paciente y trabajen juntos para identificar, prevenir y mitigar los riesgos asociados con la atención médica. En última instancia, una cultura de seguridad sólida y positiva contribuye a mejorar la calidad de la atención, reducir los errores médicos y promover la confianza y satisfacción de los pacientes.

**Principios clave para construir una cultura de seguridad del paciente.** La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente propone tres principios clave:

- **Promover una Conciencia Activa y Vigilante:** Reconocer los errores e incidentes, aprender de ellos y plantear acciones de mejoramiento.
- **Una Cultura Abierta y Justa:** Compartir libremente información con los pacientes y sus familias, promoviendo un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente.

- **Un Enfoque Sistémico de Seguridad:** Reconocer que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal de salud involucrado. Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en el que las personas están trabajando (49).

El estudio consideró la cultura de seguridad proporcionada por el personal a los pacientes. Por tanto, el objetivo es ayudar a la institución de salud a evaluar en qué medida la cultura de seguridad de la organización comunica la importancia de la seguridad del paciente. Para lograr esto, se abordaron cuatro dimensiones: asistencial, organizativa, relaciones y gestión. Este enfoque proporcionó una evaluación del nivel de cultura presente en la institución (50).

Asimismo, en la seguridad del paciente se hace referencia a la política nacional de seguridad del paciente, cuyos principios orientadores están enfocados en alcanzar una atención segura. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos” (13). La cultura de seguridad del paciente es esencial para proporcionar una base sólida, orientar el estudio, identificar variables relevantes y justificar la importancia de la investigación. Ayuda a contextualizar los hallazgos dentro del campo más amplio de la seguridad del paciente y contribuye al avance del conocimiento en este importante ámbito de la atención médica.

En este orden de ideas, se hace referencia a la medición de la cultura de seguridad del paciente: El "Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*" es una adaptación del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), desarrollado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) en los Estados Unidos. El HSPSC es un instrumento ampliamente utilizado a nivel internacional para evaluar la cultura de seguridad del paciente en entornos hospitalarios (51).

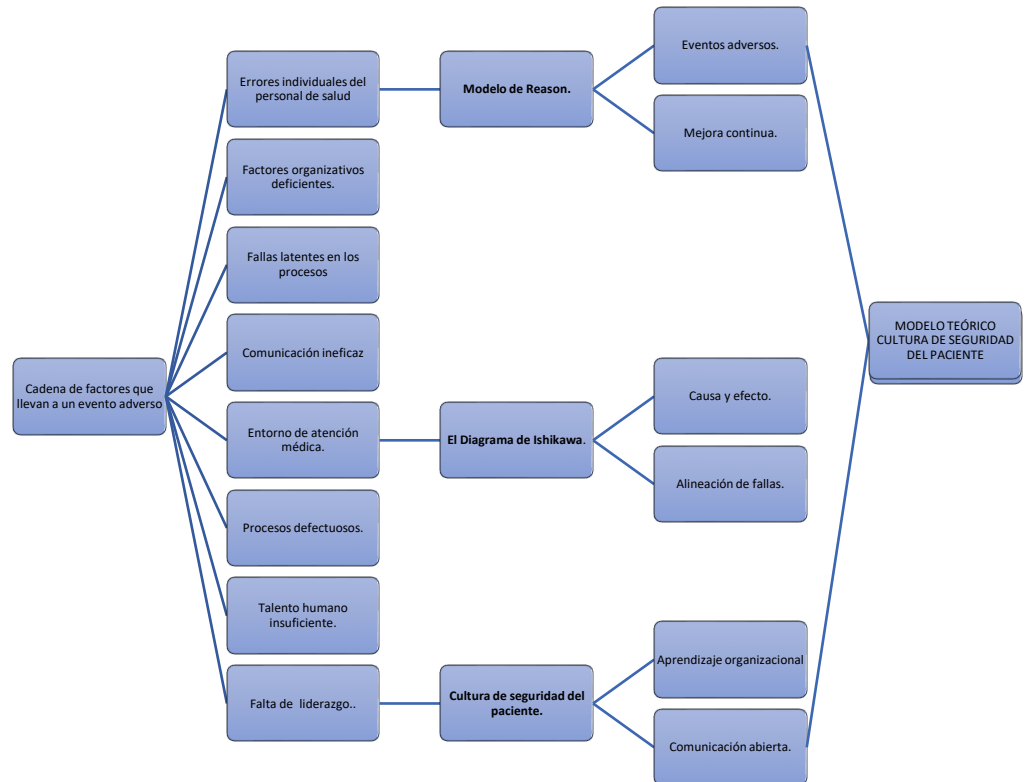
La versión española del cuestionario se ha adaptado para su aplicación en hospitales de habla hispana, con el objetivo de evaluar la percepción de los profesionales de la salud sobre la cultura de seguridad en su lugar de trabajo. El cuestionario consta de una serie de preguntas y afirmaciones relacionadas con diferentes aspectos de la seguridad del paciente, como la comunicación abierta, el trabajo en equipo, la notificación de incidentes, la gestión de errores y el aprendizaje organizacional (51)

El cuestionario se administra a los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y personal administrativo, con el fin de recopilar datos sobre sus percepciones y actitudes hacia la seguridad del paciente en el hospital y así orientar las intervenciones y mejoras necesarias. Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 12 dimensiones, distribuidas de la siguiente manera: Expectativas y acciones, aprendizaje organizacional, mejora continua, trabajo en equipo, comunicación abierta, retroalimentación, respuesta no punitiva al error, apoyo del hospital a la seguridad del paciente, colaboración entre áreas, transiciones sin interrupciones, percepción general de seguridad y reporte de eventos (51).

El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos (51).

Este instrumento proporciona una herramienta validada y estandarizada para evaluar de manera sistemática las percepciones y actitudes de los profesionales de la salud hacia la seguridad del paciente en entornos hospitalarios. Al utilizar este cuestionario, los investigadores pueden obtener datos cuantitativos sobre diferentes aspectos de la cultura de seguridad, como la comunicación abierta, el trabajo en equipo y la gestión de errores. Estos datos son fundamentales para comprender en profundidad la percepción de la cultura en seguridad del paciente dentro de una institución de salud, identificar áreas de mejora y diseñar intervenciones efectivas para promover una cultura de seguridad sólida y centrada en el paciente. Lo que contribuye significativamente al avance del conocimiento y la mejora continua de la atención médica.

**Figura 1. Modelo teórico cultura de seguridad del paciente.**



Fuente: La presente investigación – año 2024.

### 1.5.3. Marco conceptual

**Seguridad del paciente.** “Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías” (52) que ayudan a disminuir la posibilidad de generar errores humanos durante la atención de salud, con el fin de disminuir sus consecuencias o detectarlos a tiempo cuando estos ocurran.

Es de resaltar, la seguridad del paciente, la cual es fundamental en la atención médica, ya que busca proteger a los pacientes de posibles daños derivados de errores humanos durante su atención. Se basa en un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías diseñados para identificar, prevenir y corregir posibles fallos en el sistema de atención médica. Estos esfuerzos se centran en reducir la probabilidad de errores, así como en mitigar sus consecuencias en caso de que ocurran.

La importancia de la seguridad del paciente radica en su capacidad para mejorar la calidad y la eficacia de la atención médica, al tiempo que protege la salud y el bienestar de los pacientes. Al implementar medidas para promover la seguridad del paciente, se pueden reducir los riesgos asociados con la atención médica, como los errores de medicación, las infecciones nosocomiales, las caídas, entre otros.

Es necesario que los profesionales de la salud, las instituciones de salud y los responsables trabajen en colaboración para garantizar la implementación efectiva de prácticas y políticas destinadas a mejorar la seguridad del paciente. Esto implica el desarrollo de sistemas de vigilancia y reporte de eventos adversos, la formación y capacitación del personal médico en prácticas seguras, así como la implementación de tecnologías y protocolos diseñados para reducir los errores humanos.

**Cultura de seguridad del paciente.** Es el producto de valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individual tanto del personal de salud y de la organización, orientadas a reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente durante una atención (53).

En la cultura de seguridad del paciente, juega un papel fundamental los valores y actitudes, es así como éstos rigen la seguridad del paciente, ya que implica un compromiso por el bienestar del paciente y la disposición que tienen a reconocer y abordar los riesgos potenciales para la seguridad, por ello, se deben aplicar los valores de integridad, empatía, respeto hacia los pacientes con la finalidad de garantizar una atención de calidad y que esta sea segura.

Asimismo, se hace referencia a las competencias y capacitación, es decir, se enfoca en los conocimientos técnicos, habilidades clínicas, habilidades de comunicación para trabajar efectivamente en equipo. Es decir, que la capacitación está enfocada en las prácticas seguras, el manejo de equipos médicos y procedimientos estandarizados para ayudar a la reducción de posibles errores y mejorar la calidad de atención en salud.

De igual manera, la cultura organizacional que se fomente en las instituciones de salud, porque a través de ello se da prioridad a la seguridad del paciente, promoviendo la transparencia, aprendizaje continuo y la colaboración entre el equipo médico, de tal manera que se fomente la identificación y la corrección de los errores, para no ocultarlos o ignorarlos.

**Percepción de la cultura de seguridad.** Capacidad de comprender, interpretar y conocer el conjunto de características y actitudes que tienen las personas respecto a seguridad, buscando reducir al mínimo el daño que puede sufrir un paciente durante una atención en salud. Cuando existe una percepción de cultura de seguridad, las personas se vuelven responsables de sus actos y se potencia el entendimiento, se aumentan los beneficios, asegurando el tratamiento de los eventos adversos, y tomando medidas ante eventos graves presentados (54).

En este contexto, se toma en cuenta la percepción de la **cultura de seguridad del paciente del personal asistencial**, hace relación a cómo el personal de salud percibe y experimenta la importancia que adquiere la efectividad en las prácticas y políticas de seguridad en el lugar de trabajo. La percepción puede estar influenciada por factores: comunicación asertiva, gestión de riesgo, trabajo en equipo, liderazgo, capacitación en seguridad del paciente y la respuesta punitiva a los errores y los eventos adversos.

El personal asistencial percibe una cultura de seguridad del paciente, positiva cuando se sienten cómodos al reportar los errores sin temor a ser juzgados por tal evento, cuando se les brinda la capacitación adecuada para superar las situaciones que generan riesgo, promoción de la comunicación asertiva en el grupo de trabajo y cuando existe un compromiso con la seguridad del paciente. Además, la percepción negativa frente a la cultura de seguridad del paciente puede generarse cuando no hay una comunicación adecuada, no se cuenta con los recursos para brindar prácticas seguras o cuando los patrones de conducta no priorizan la seguridad del paciente.

**La percepción de la cultura de seguridad del paciente según el personal administrativo**, está basado en cómo comprenden y valoran la importancia de la seguridad del paciente en la institución de salud, es decir, cuando existe una comunicación abierta y efectiva entre los diferentes niveles de jerarquía, compromiso frente a la seguridad del paciente desde la alta dirección y cuando se promueve la participación del personal en las diferentes actividades que contribuyen a la mejora de la seguridad del paciente. Sin embargo, existe una percepción negativa por parte del personal administrativo, cuando no existe recursos que permitan las prácticas seguras, no existe apoyo de las directivas, o cuando no se da prioridad a la seguridad del paciente.

**Factores determinantes de la cultura de seguridad del paciente.** La cultura de seguridad del paciente está influenciada por múltiples factores, entre los cuales se relacionan:

Liderazgo: hace relación al compromiso y la dirección de los líderes de las instituciones de salud, los cuales son fundamentales para una cultura de seguridad del paciente, por tal motivo, el compromiso que demuestren con la seguridad del paciente, contribuye a las prácticas seguras de la organización (51).

Comunicación: se requiere una comunicación efectiva y abierta, la cual es fundamental para la seguridad del paciente, del mismo modo, ésta debe ser clara y accesible a los trabajadores de la salud, porque le permite informar sobre los eventos adversos, errores o aspectos que impiden la seguridad del paciente (51).

Aprendizaje y mejora continua: es necesario que se fomente el aprendizaje y la mejora continua, es decir, la revisión sistemática de los eventos adversos y errores para identificar las diferentes causas y tomar las medidas correctivas para la prevención de este tipo de situaciones (51).

Participación del personal: se requiere que el personal se empodere en la identificación y resolución de problemas de seguridad del paciente, es decir, realizar el reporte de eventos adversos, para contribuir a la mejora de la seguridad y participación en las actividades que favorezca la seguridad del paciente (51).

Enfoque en el paciente: en él se prioriza el bienestar y seguridad del paciente, en la toma de decisiones y acciones, es decir, centrarse en el paciente atendiendo las necesidades, preferencias y dar cumplimiento a los derechos fundamentales (51).

Recursos y apoyo: es necesario la disponibilidad de los recursos y el apoyo de la dirección para promover la cultura de seguridad del paciente, es decir, tener el personal suficiente y necesario para la implementación de los diferentes protocolos de seguridad del paciente (51).

**1.5.4. Marco contextual.** El Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E, ubicado en el municipio de Córdoba - Nariño, constituye un punto fundamental en la atención de la salud de la población local. Esta entidad, establecida mediante el acuerdo N° 10 del 21 de septiembre de 2003, posee **personería** jurídica y está adscrita al Instituto Departamental de Salud de Nariño. Ofrece servicios de atención de salud de baja complejidad tanto en la zona urbana como rural del municipio.

En términos de servicios, el centro proporciona una amplia gama de atención médica, que incluye odontología, consulta externa, promoción y mantenimiento de



la salud, citología, laboratorio clínico, consulta de enfermería, atención materno-perinatal, visitas domiciliarias, atención psicológica, urgencias, farmacia, transporte asistencial básico, y sistemas de información y atención al usuario. Además, lleva a cabo programas y acciones integradas en el plan de salud pública. Para asegurar una cobertura más amplia, La institución dispone de cuatro puestos satélites ubicados estratégicamente en los corregimientos de Los Arrayanes, Santa Brígida, San Pablo de Bijagal y en la zona oriental. En estos puntos, se llevan a cabo jornadas extramurales por parte de los profesionales que trabajan en la institución, siguiendo los cronogramas establecidos para estas salidas.

En cuanto a seguridad del paciente, el centro de salud implementa protocolos y medidas para garantizar la integridad y bienestar de quienes reciben atención médica, tales como procedimientos de control de infecciones, gestión de riesgos, y capacitación del personal en temas de seguridad y calidad asistencial. El personal que labora en el centro incluye tanto profesionales de la salud como personal administrativo. Considerando sus roles y responsabilidades en el funcionamiento del centro de salud. En términos de población, el municipio de Córdoba cuenta con una población variada, tanto en la zona urbana como rural, cuyas necesidades de salud son atendidas por el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

#### **1.5.5. Marco legal**

- **Ley 100 de 1993**

La Ley 100 de 1993 es una legislación colombiana que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el país. Esta ley busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud, así como la protección financiera de la población frente a los riesgos de enfermedad, accidente y maternidad.

Entre los aspectos principales que aborda la Ley 100 se encuentran: creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), afiliación obligatoria, creación de entidades promotoras de salud (EPS), prestación de servicios de salud y creación del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET): Este fondo tiene como objetivo garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud y redistribuir los recursos entre las EPS.

La Ley 100 de 1993, en su artículo 153 sobre el tema de la calidad, prevé que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna,

personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional (55).

- **Decreto 1011 de 2006**

El Decreto 1011 de 2006 en Colombia es una regulación que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Este decreto establece las normas y requisitos para garantizar la calidad de los servicios de salud en el país. Entre sus principales disposiciones, el Decreto 1011 aborda aspectos como la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud, la habilitación de servicios y establecimientos de salud, la certificación de calidad, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, entre otros.

El objetivo principal del Decreto 1011 es promover y asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia, garantizando que las instituciones y profesionales de la salud cumplan con estándares mínimos de calidad y brinden una atención segura y efectiva a los pacientes (56).

- **Resolución 3100 de 2019**

La Resolución 3100 de 2019 establece directrices para la promoción y el fortalecimiento de la seguridad del paciente en los servicios de salud en Colombia. Establece medidas para la identificación, prevención y manejo de eventos adversos en la atención médica, así como para la promoción de una cultura de seguridad del paciente. La resolución busca mejorar la calidad de la atención médica y reducir los riesgos para los pacientes a través de la implementación de políticas, procedimientos y programas de seguridad del paciente en las instituciones de salud del país (57).

- **Resolución 5095 de 2018**

En esta resolución se adopta “el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia, versión 3.1” (58). Así mismo, exige la implementación y evaluación de la política de seguridad de pacientes, enfocándose en la estructura funcional para la seguridad del paciente, la implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad del paciente que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición

de barreras de seguridad orientada a su mitigación. Además, la monitorización de eventos adversos, tendencias de mejora y desempeño superior, además, la inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familias (58).

De igual manera, se establece que la política de seguridad de paciente se enfoque en la medición de la cultura de seguridad, en la que se incluye la medición del clima de seguridad y se definen las herramientas para el programa de seguridad y conformación del comité de seguridad del paciente (58).

Es de resaltar que se exige la aplicación de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud, en el cual se enfoca en los procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucrar a los pacientes y sus allegados en la seguridad (58).

- **Resolución 256 de 2016**

En esta resolución se dictan las disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

Las disposiciones de esta resolución se aplicarán a 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.

La Resolución 256 de 2016, en su anexo 2, registro tipo 5 de eventos adversos solo solicita reportar los eventos adversos relacionados a la administración de medicamentos que se presenten en el Servicio de Hospitalización y/o Urgencias. Los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos que se presentes en otros servicios no se reportarán a través de esta Resolución. Sin embargo, la IPS deberá realizar la gestión y análisis de todos los eventos adversos que se presenten en los distintos servicios que tenga habilitados y realizar su debido reporte a farmacovigilancia (59)

- **Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.**

Para lograr una atención segura, no es suficiente establecer normas; estas son solo un punto de partida. Se requiere el compromiso y la cooperación de todos los involucrados para sensibilizar, promover y coordinar acciones efectivas, ya que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención médica.

En los lineamientos se establecen unos principios transversales que son aquellos que orientan las acciones a implementar, tales como: enfoque de atención centrado en el usuario, cultura de seguridad, integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, multicausalidad, validez, alianza con el paciente y su familia y alianza con el profesional de la salud (60)

- **Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.**

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

El principal objetivo, es guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para que implementen la política institucional de seguridad del paciente, aunque las recomendaciones de esta guía también pueden ser implementadas por las instituciones de salud que están exentas del SOGC en Colombia, así como cualquier otra institución en el mundo que la considere de utilidad para sus propios procesos de seguridad del paciente (61)

## 1.6. METODOLOGÍA

**1.6.1. Enfoque.** El enfoque del estudio que se utilizó fue el cuantitativo “por considerarse objetivo, en él se hace uso de datos numéricos que juegan un papel importante en la investigación, dándole impacto a la misma, fundamentado en que la investigación cuantitativa adopta la posición de que la verdad es absoluta y que cualquier realidad simple es susceptible de ser definida con un buen instrumento de medida” (62). Este enfoque se aplicó debido a que se realizó una recolección de datos basada en la medición numérica y pruebas estadísticas, es decir, que se basa en modelos de cantidad con datos numéricos. La presente investigación tiene como objetivo identificar y analizar las variables establecidas, como las características sociodemográficas y la cultura de seguridad del paciente, así como la relación entre ambas.

**1.6.2. Tipo de estudio.** En la investigación se utilizó el tipo de estudio descriptivo porque se evaluaron cada una de las variables e indicadores que se encuentran implícitos en el problema de estudio, para luego describir valorativamente los rasgos que caracterizan a cada una de las variables, y determinar la posible relación entre ellas (63). Se realizó una descripción detallada de cada uno de los resultados obtenidos, los cuales se establecieron con tablas de distribución porcentual para la posterior interpretación de los hallazgos con la relación existente entre las mismas.

**1.6.3. Diseño del estudio.** Para el desarrollo del estudio se tomó el diseño transversal, “por cuanto en él, se recolectan datos en un solo momento, con el fin de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (38), es decir, que en el estudio se recolectó la información en un período determinado, para evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba.

**1.6.4. Población y muestra.** El estudio tuvo en cuenta el censo del personal vinculado laboralmente al Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba que se encuentra vinculado laboralmente, es decir, 85 personas, de las cuales, 56 pertenecen al área asistencial y 29 al área administrativa. Al tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión el total de participantes se confirma en 75 personas, de las cuales, 56 pertenecen al área asistencial y 19 son administrativos.

**1.6.4.1. Criterios de inclusión.** Personal que labora en el área asistencial y administrativa en el centro de Salud San Bartolomé de Córdoba

#### 1.6.4.2. Criterios de exclusión

- Personas que no deseen vincularse en la investigación y no firmen consentimiento informado.
- Personas con un tiempo de ingreso menor a seis meses.
- Profesionales que asisten esporádicamente a la institución de salud como: Asesores externos, ingenieros y asesores jurídicos.

#### 1.6.4.3. Sesgos

- **Sesgos de información.** Se controlaron los sesgos de información al emplear el instrumento desarrollado y validado previamente por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad, en la versión revisada y corregida, en la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de gestión hospitalaria la cual está adentro de la política de seguridad del paciente, y de uso libre. Adicional se realizó una prueba piloto en el Centro De Salud De Resguardo Indígena De Males.
- **Sesgos de memoria.** Se aplicó el diligenciamiento de las encuestas solo al personal que se encuentra vinculado laboralmente en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba.
- **Sesgos de selección.** Para la selección de los encuestados se tuvo en cuenta a todas las personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

#### 1.6.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

**Técnica:** Para el primer y segundo objetivo, se empleó la técnica de encuestas. De acuerdo con Sampieri, esta técnica es un método de investigación que implica la recopilación de datos mediante cuestionarios estandarizados (64).

**Instrumento:** Para el primer y segundo objetivo, se utilizó el instrumento del cuestionario, que es una modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita

mediante un formato establecido y que contiene una serie de preguntas (64). El instrumento que se utilizó en el estudio fue el desarrollado por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad, conocida mejor por sus siglas en inglés, como Agency for Healthcare Research and Quality “AHRQ” versión revisada y corregida, tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de gestión hospitalaria la cual está adentro de la política de seguridad del paciente, la cual es de uso libre (65).

El instrumento consta de dos secciones, la primera aborda las características sociodemográficas e incluye variables como el área de trabajo, el tiempo empleado en la institución y en el área actual, las horas laborales semanales, el cargo, el tipo de contrato, la interacción directa con pacientes y la antigüedad en la profesión actual. La segunda sección se enfoca en la percepción de la cultura de seguridad del paciente y abarca las 12 dimensiones, así:

1. Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad: 4 ítems
2. Aprendizaje organización – mejoramiento continuo: 3 ítems
3. Trabajo en equipo dentro de las áreas: 4 ítems
4. Actitud de comunicación abierta: 3 ítems
5. Retroalimentación y comunicación sobre el error: 3 ítems
6. Respuesta no punitiva al error: 3 ítems
7. Personal: 4 ítems
8. Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente: 3 ítems
9. Trabajo en equipo entre las áreas del hospital: 4 ítems
10. Transiciones y no intervenciones del hospital: 4 ítems
11. Percepciones generales de la seguridad: 4 ítems
12. Frecuencia de reporte de eventos: 3 ítems (65)

La puntuación obtenida en cada dimensión a partir de una escala Likert de 5 puntos, permite su clasificación en fortaleza, si la puntuación de respuestas positivas es  $\geq 75\%$ , oportunidad de mejora con puntuación de respuestas positivas  $\geq 50\%$  hasta  $74.9\%$  y debilidad, con puntuación de respuestas positivas  $< 50\%$  (65).

**1.6.5.1. Prueba piloto.** Con el fin de verificar la pertinencia de los instrumentos de acuerdo con el contexto de la investigación, se realizó una prueba piloto en el Centro de Salud Resguardo Indígena de Males, similar a la del estudio, con cercanía geográfica, ubicada en la zona sur de Nariño, se aplicó a 35 trabajadores de la institución, previa autorización dada por su representante legal.

Para su aplicación se contó con el apoyo de auxiliar de enfermería, quien recibió instrucciones por parte de las investigadoras. Se garantizó la aprobación de los encuestados mediante el diligenciamiento del consentimiento informado en la cual se aplicó la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de gestión hospitalaria, no se encontraron dificultades durante la aplicación del instrumento; los trabajadores informaron que las preguntas fueron fáciles de comprender y no se omitió ninguna de ellas.

**1.6.6. Proceso de recolección de la información.** Para el desarrollo de este estudio se solicitó autorización a la gerente del Centro de Salud San Bartolomé De Córdoba La información que suministró la E.S.E fue utilizada solamente para fines investigativos. En ninguna circunstancia se incluyó en las bases de datos ninguna información que pudo afectar directa o indirectamente a los sujetos y que no serían utilizadas para otro fin que el señalado en los objetivos. Por lo tanto, se respetó las normas de protección de datos.

A los sujetos en estudio se les informó cuáles eran los objetivos de la investigación. Para la aplicación de encuestas se contó con la autorización voluntaria de la población en estudio, a través de la firma del consentimiento informado. Los participantes en estudio pudieron tener total confianza de que las respuestas en las encuestas fueron confidenciales y no se divulgaron sus nombres o datos personales.

Para el primer objetivo, que corresponde caracterizar sociodemográficamente al personal que labora en la institución y segundo objetivo; en cuanto a identificar la percepción de la cultura de seguridad del paciente; se explicó el instrumento AHRQ, en qué consistía, las posibilidades de respuesta.

La aplicación de las encuestas se llevó a cabo por auxiliar de enfermería, previa capacitación proporcionada por las investigadoras. La información recopilada se almacenó en tablas de Excel para su posterior migración al software estadístico SPSS. Este programa permitió la tabulación, análisis y posterior discusión y conclusiones.

**1.6.7. Plan de tabulación y análisis de datos.** El plan de análisis se realizó de acuerdo con los objetivos establecidos, así:

Para dar cumplimiento al primer objetivo, que corresponde a características sociodemográficas se realizó por medio de frecuencias absolutas y relativas y se representó en tablas.



En cuanto al segundo objetivo valoración de la cultura de seguridad el paciente. Los resultados se presentaron en frecuencia y porcentaje para cada dimensión del instrumento AHRQ, manteniendo su secuencia y representados mediante tablas. Para el análisis, se empleó estadística descriptiva, utilizando proporciones y porcentajes para categorizar las dimensiones como fortalezas. Si la puntuación de respuestas positivas  $\geq 75\%$ , oportunidad de mejora con puntuación de respuestas positivas  $\geq 50\%$  hasta  $74.9\%$  y debilidad, con puntuación de respuestas positivas  $< 50\%$ .

El tercer objetivo, se realizó mediante un análisis bivariado con el fin de explorar posibles relaciones entre las características sociodemográficas del personal que labora en la institución y la percepción de cultura de seguridad del paciente. Para el análisis y comparación de la relación entre las variables, se utilizó el Valor p y Prueba de chi-cuadrado. Se evaluó la relación entre la variable dependiente cultura de seguridad del paciente y las variables sociodemográficas como independientes (65).

**1.6.11. Plan de divulgación.** Una vez elaborado el informe final se procedió a socializar en la Universidad Mariana y posteriormente al gerente del Centro de Salud San Bartolome de Córdoba, de igual manera la divulgación de resultados va a contribuir a la generación de nuevo conocimiento e implementación de nuevas políticas y/ estrategias mediante el desarrollo de un artículo que dé a conocer los resultados encontrados, para que posteriormente sirvan como guía para futuras investigaciones y/o toma de decisiones.

**1.6.8. Consideraciones éticas.** En el estudio se tomó en cuenta la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, porque en él intervienen seres humanos, por ello se fundamentó en aquellos aspectos que tienen relación con el estudio:

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los criterios basados en los principios científicos y éticos que se justifiquen, prevaleció la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos, contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, fue realizado por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del representante legal.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento la investigación se clasifica en investigación sin riesgo, debido a que la aplicación de los instrumentos de recolección de la información no tendrá ningún tipo de afectación a la salud física ni mental de las personas que intervienen en el estudio.

Artículo 25. Para la realización de la investigación se hizo uso del consentimiento informado, en el caso de la investigación, en primera instancia se solicitó autorización a las directivas del Centro de Salud San Bartolomé para que permitan la realización de la misma (66)

## 2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación, se presenta la descripción de los resultados de acuerdo con los objetivos establecidos, comenzando por las características sociodemográficas, que incluyen la descripción del área de trabajo. En este sentido, en el Centro de Salud San Bartolomé, se consideró al personal vinculado laboralmente, excluyendo a profesionales que no tienen contacto directo con el paciente, como asesores externos, ingenieros y asesores jurídicos, del estudio. De esta manera, la muestra abarcó a 75 personas.

**Tabla 2. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de la institución del personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

SERVICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Área de trabajo</b>		
Área administrativa	19	25,40%
Área asistencial	56	74,60%
<b>Tiempo laborado en la institución</b>		
Menos de un año	35	46,70%
De 1 a 5 años	30	40%
De 6 a 10 años	4	5,30%
De 10 años y más	6	8%
<b>Tiempo laborando en el área</b>		
Menos de un año	35	46,60%
De 1 a 5 años	32	42,70%
De 6 a 10 años	6	8%
De 21 años y más	2	2,70%
<b>Horas a la semana trabajadas</b>		
Menos de 20 horas	4	5,30%
De 20 a 39 horas	4	5,30%
De 40 a 69 horas	60	80,10%
De 70 a 79 horas	3	4%
De 80 a 99 horas	4	5,30%
<b>Cargo</b>		
Cargo administrativo	19	25,40%
Cargo asistencial	56	74,60%
<b>Tipo de contrato</b>		
Prestación de servicios	65	86,70%
Planta	10	13,30%
<b>Interacción directa o contacto pacientes</b>		
Interacción directa (sí)	54	72%
No interacción directa (no)	21	28%

SERVICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Tiempo trabajando en la profesión</b>		
Menos de un año	35	46,70%
De 1 a 5 años	27	36%
De 6 a 10 años	10	13,30%
De 21 años y más	3	4%

Fuente: la presente investigación – año 2023

La Tabla 2 presenta una detallada distribución porcentual de las características sociodemográficas del personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba. Los resultados resaltan que el 46.7% del personal ha trabajado en la institución por menos de un año, indicando una significativa rotación de empleados. Además, se observa que el 80.1% de los empleados trabajan entre 40 y 69 horas a la semana, sugiriendo una carga laboral considerable. Respecto a las áreas de trabajo, el mayor porcentaje se concentra en el área administrativa 25.4%, seguida del programa de prevención y promoción 21.3%. Sin embargo, áreas como el laboratorio, odontología y farmacia muestran una menor representación, cada una con un 2.7%.

En términos de roles laborales, se destaca que el 86.7% del personal está contratado bajo la modalidad de prestación de servicios, en contraposición al 13.3% contratado en planta. Esto sugiere una alta proporción de trabajadores temporales o contratistas independientes en la institución. Además, el 72% del personal tiene interacción directa con los pacientes, lo que subraya la importancia de considerar la calidad de la atención brindada. En cuanto al tiempo trabajando en la profesión, se evidencia una proporción significativa de empleados con menos de un año de experiencia 46.7%, lo que podría tener implicaciones en la competencia y habilidades del personal.

## **2.2. PERCEPCIÓN CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

En la percepción de la cultura de seguridad del paciente, se tuvo en cuenta la valoración respectiva, siendo positiva para los puntajes de 4 o 5, neutro para el puntaje de 3 y negativo para el puntaje de 1 o 2.

**Tabla 3. Distribución porcentual de la dimensión expectativa y acciones del supervisor o del administrador según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

EXPECTATIVAS Y ACCIONES	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.	65	86,67	10	13,33	0	0
Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	65	86,67	9	12	1	1,33
Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.	16	21,33	20	26,67	39	52
Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.	14	18,57	10	13,33	51	68
<b>Promedio dimensión</b>	<b>52,98%</b>		<b>16,68%</b>		<b>30,34%</b>	

Fuente: la presente investigación – año 2023

En la tabla anterior, se hace referencia a la dimensión expectativas y acciones, en él se destaca que el 86.67% de los empleados reciben comentarios favorables cuando siguen los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente, reflejando un reconocimiento positivo por parte de los superiores. Además, revela que el 86.67% de los encuestados informan que sus jefes aceptan las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente, lo que sugiere una cultura organizacional abierta a la retroalimentación y la mejora continua.

Sin embargo, preocupa que el 52% de los empleados perciben que sus jefes priorizan la velocidad sobre la seguridad cuando aumenta la presión, lo que podría tener consecuencias negativas para la calidad del cuidado. Uno de los hallazgos más inquietantes es que el 68% de los empleados sienten que sus jefes no toman en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten, lo que indica una falta de abordaje efectivo de riesgos y una potencial amenaza para la seguridad del paciente.

**Tabla 4. Distribución porcentual de la dimensión aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

<b>APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	<b>Positivo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Negativo</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente	67	89,3%	3	4%	5	6,7%
El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos	67	89,3%	8	10,7%	1	1,3%
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad	57	76%	15	20%	3	4%
<b>Promedio dimensión</b>		<b>84,7%</b>		<b>11,3%</b>		<b>4%</b>

Fuente: la presente investigación – año 2023

En la tabla 4, que aborda el aprendizaje organizacional y el mejoramiento continuo, se destaca un porcentaje del 89.3% de los empleados están activamente involucrados en la mejora de la seguridad del paciente. Este alto nivel de compromiso refleja una actitud proactiva hacia la seguridad del paciente. También, el mismo porcentaje informa que el análisis de errores ha dado lugar a cambios positivos, lo que indica que se están implementando medidas correctivas efectivas como resultado de estos análisis.

Además, el 76% de los empleados evalúan la efectividad de los cambios implementados para mejorar la seguridad del paciente. Esto sugiere que se están haciendo esfuerzos conscientes para mejorar y que estos esfuerzos están siendo evaluados para garantizar su eficacia, reflejando una cultura organizacional orientada al aprendizaje y la mejora continua, lo cual es fundamental para garantizar un cuidado seguro y efectivo para los pacientes.

**Tabla 5. Distribución porcentual de la dimensión trabajo en equipo dentro de las áreas según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LAS ÁREAS	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan	54	72%	14	18,7%	7	9,3%
En esta área, la gente se apoya mutuamente.	59	78,7%	15	20%	1	1,3%
Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo	58	77,3%	17	22,7%	6	8%
En esta área, el personal se trata con respeto.	65	86,7%	9	12%	1	1,3%
<b>Promedio dimensión</b>		<b>78,7%</b>		<b>18,3%</b>		<b>5%</b>

Fuente: la presente investigación – año 2023

En la tabla anterior, se hace referencia al trabajo en equipo dentro de las áreas, se encontró que el 86.7% del personal informa que se trata con respeto en el área, siendo fundamental para tener un entorno saludable, ya que fomenta la confianza, comunicación abierta y cohesión dentro del equipo; además, el 78.7% del personal sienten que reciben apoyo de los compañeros de trabajo, favoreciendo de esta manera el estrés laboral y promoviendo un sentido de pertenencia dentro del equipo.

Asimismo, el 77.3% refieren que trabajar en equipo para manejar grandes cantidades de trabajo valora la importancia de la colaboración entre los mismos, siendo positivo porque contribuye a aumentar la eficiencia, fomentar la creatividad e innovación en la resolución de los problemas. Además, el 72% del personal manifiestan que reciben ayuda cuando el área está ocupada, lo que indica que existe colaboración y solidaridad entre el personal, manteniendo la eficiencia y calidad de atención a los usuarios.

**Tabla 6. Distribución porcentual de la dimensión actitud de comunicación abierta según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

ACTITUD DE COMUNICACIÓN ABIERTA	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente	55	73,4%	10	13,3%	10	13,3%
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	41	54,6%	26	34,7%	8	10,7%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto	10	13,3%	16	21,3%	49	65,4%
<b>Promedio dimensión</b>		47,1%		23,1%		29,8%

Fuente: la presente investigación – año 2023

La tabla revela la actitud de comunicación abierta dentro del entorno de cuidado de pacientes, donde destaca una mayoría significativa del personal 73.4% que habla libremente si percibe algún riesgo para el cuidado del paciente. Sin embargo, existe una preocupación notable en cuanto al miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto, con un preocupante 65.4% del personal manifestando esta actitud negativa. Aunque la mayoría se siente libre de cuestionar decisiones de superiores 54.6%, una proporción considerable 34.7% permanece neutral en esta práctica.

**Tabla 7. Distribución porcentual de la dimensión retroalimentación y comunicación sobre el error según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

RETROALIMENTACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE ERROR	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
El área funcional responsable del programa de seguridad del paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos	45	60%	16	21,3%	14	18,7%
Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se comenten en esta área	48	64%	16	21,3%	11	14,7%
En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer	57	76%	12	16%	6	8%
<b>Promedio dimensión</b>		66,7%		19,6%		13,7%

Fuente: la presente investigación – año 2023



La tabla anterior refleja la dimensión de retroalimentación y comunicación sobre el error en el entorno de cuidado de pacientes. Destaca que un 76% del personal participa en discusiones para prevenir fallas en la atención médica, lo que demuestra su compromiso con el aprendizaje organizacional. Además, el 64% del personal está informado sobre las fallas en la atención en salud que se cometen en el área, lo que indica transparencia en la comunicación sobre errores y es positivo para prevenir su repetición. También, el 60% del personal recibe información sobre los cambios realizados a partir de los informes de eventos, lo que contribuye a la identificación de errores y demuestra el compromiso con la mejora continua e implementación de medidas correctivas efectivas.

**Tabla 8. Distribución porcentual de la dimensión respuesta no punitiva al error según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

RESPUESTA NO PUNITIVA AL ERROR	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
El personal siente que sus errores son usados en su contra	26	34,7%	10	10,3%	39	52%
Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema	21	28%	10	10,3%	44	58,7%
Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida	44	58,7%	14	18,7%	17	22,36%
<b>Promedio dimensión</b>		40,4%		15,1%		44,4%

Fuente: la presente investigación – año 2023

En la tabla anterior se aborda la dimensión de respuesta no punitiva al error. Un 58.7% de los empleados expresan preocupación por el registro de errores en las hojas de vida, lo limita la capacidad de la organización para aprender y mejorar. Además, al informar sobre un evento adverso, el 58.7% del personal siente que la denuncia recae en la persona en lugar del problema, haciendo más difícil la notificación y prevención de situaciones similares. Asimismo, el 52% del personal opina que sus errores son utilizados en su contra, creando un ambiente de desconfianza y dificultando la comunicación abierta sobre ellos, para su identificación y corrección. En lugar de ser considerados como oportunidades de aprendizaje, se perciben como situaciones que pueden generar represalias.

**Tabla 9. Distribución porcentual de la dimensión personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

PERSONAL	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo	49	65,3%	17	22,7%	9	12,0%
El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente	34	45,3%	15	20,0%	26	34,7%
Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente	16	21,3%	22	29,3%	37	49,3%
Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente	21	28,0%	27	36,0%	27	36,0%
<b>Promedio dimensión</b>	40%		27%		33%	

Fuente: la presente investigación – año 2023

En la tabla anterior, se hace relación a la dimensión personal, se encontró que el 65.3% refieren que sienten que tienen suficiente personal para realizar el trabajo, lo que refleja una perspectiva positiva en términos de recursos disponibles. Sin embargo, casi la mitad del personal (49.3%) percibe que se usa más personal temporal de lo adecuado, lo que sugiere una posible falta de estabilidad en el equipo y puede afectar la cohesión y eficiencia del trabajo.

Asimismo, el 45.3% del personal refieren que en esta área trabajan más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente, lo que puede tener implicaciones en la seguridad del paciente y el bienestar del personal. Asimismo, se destaca que una proporción considerable del personal 28.0% reporta trabajar frecuentemente bajo situaciones de urgencia, lo que puede generar estrés y comprometer la atención centrada en el paciente.

**Tabla 10. Distribución porcentual de la dimensión apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

APOYO Y SOPORTE DEL HOSPITAL PARA LA SEGURIDAD	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	60	80%	12	16%	3	4%
Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	68	90,7%	5	6,7%	2	2,7%
La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurra un incidente o evento adverso	30	40%	13	17,3%	32	42,7%
<b>Promedio dimensión</b>	70,2%		13,3%		16,5%	

Fuente: la presente investigación – año 2023

En la tabla 10, muestra el apoyo y soporte del hospital a la seguridad. Un 90.7% del personal percibe que las medidas adoptadas por la dirección son sólidas y garantizan la seguridad y el bienestar de los pacientes, representando una prioridad alta. Además, se observa que el 80% del personal siente que la dirección promueve un ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente con prácticas y protocolos adecuados. Sin embargo, el 42.7% refiere que la dirección muestra interés solo después de que ocurre un incidente. Por lo que se sugiere un enfoque más proactivo en la identificación y mitigación de los riesgos para prevenir eventos adversos.

**Tabla 11. Distribución porcentual de la dimensión trabajo en equipo entre las áreas del hospital según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LAS ÁREAS DEL HOSPITAL	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
Las áreas de esta Institución no están bien coordinadas entre sí	14	18,7%	19	25,3%	42	56,0%
Hay buena cooperación entre las áreas de la Institución que requieren trabajar conjuntamente	55	73,3%	14	18,7%	6	8,0%
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta Institución	13	17,3%	15	20,0%	47	62,7%
Las áreas de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes	61	81,4%	10	13,3%	4	5,3%
<b>Promedio dimensión</b>	47,7%		19,3%		33%	

Fuente: la presente investigación – año 2023

En la tabla anterior se analiza la dimensión del trabajo en equipo entre las distintas áreas del hospital. Se destaca que el 56% del personal informa que las áreas de la institución no están bien coordinadas, lo que provoca retrasos en la atención. Además, el 62.7% del personal encuentra desafiante trabajar con el personal de otras áreas debido a posibles tensiones en la comunicación, dificultando la colaboración efectiva en el trabajo en equipo. A pesar de esto, el 73.3% del personal percibe una buena cooperación entre las áreas que necesitan trabajar juntas, lo que facilita la atención integral y coordinada para brindar seguridad al paciente. Asimismo, el 81.4% del personal percibe que las áreas de la institución colaboran para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.

**Tabla 12. Distribución porcentual de la dimensión transiciones y no intervenciones del hospital según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

TRANSICIONES Y NO INTERVENCIONES DEL HOSPITAL	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra	21	28,0%	16	21,3%	38	50,7%
Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno	13	17,3%	16	21,3%	46	61,4%
A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución	13	17,3%	20	26,7%	42	56,0%
Los cambios de turno en esta Institución generan problemas para los pacientes	14	18,7%	10	13,3%	51	68,0%
<b>Promedio dimensión</b>		<b>20,3%</b>		<b>20,7%</b>		<b>59%</b>

Fuente: la presente investigación – año 2023

En la tabla 12, se aborda la dimensión de transiciones y no intervenciones en el hospital, revelando aspectos preocupantes. El 68% del personal percibe que los cambios de turno generan problemas para los pacientes, lo que podría impactar negativamente su experiencia y aumentar los riesgos de errores o malentendidos. Además, el 61.4% del personal refiere que frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante estos cambios, lo cual podría afectar la continuidad del cuidado y aumentar el riesgo de errores.

Asimismo, el 56% del personal percibe problemas en el intercambio de información entre áreas de la institución, lo que indica dificultades en la comunicación y coordinación entre estas áreas, potencialmente contribuyendo a retrasos en la atención y una experiencia menos eficiente para los pacientes. Finalmente, el 50.7%

del personal menciona que la continuidad de los pacientes se ve comprometida cuando son transferidos de un área a otra, lo que sugiere una falta de coordinación y comunicación para garantizar una transición adecuada para el paciente.

**Tabla 13. Distribución porcentual de la dimensión percepciones generales de la seguridad según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

PERCEPCIONES GENERALES DE LA SEGURIDAD	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
Es solo por casualidad que acá no ocurren errores más serios	14	18,7	29	38,7	32	42,6
La seguridad del paciente nunca se compromete hacer más trabajo	25	33,3	18	24,0	32	42,7
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área	14	18,7	17	22,7	44	58,6
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir	46	61,3	22	29,4	7	9,3
<b>Promedio dimensión</b>		<b>33%</b>		<b>28,7%</b>		<b>38,3%</b>

Fuente: la presente investigación – año 2023

La anterior tabla se centra en la percepción general de la seguridad, del personal que afirma que los procedimientos y sistemas previenen eficazmente los posibles errores 61,3%. Existe confianza en los procesos y sistemas de seguridad del paciente para promover una cultura de seguridad y prevenir errores. Sin embargo, el personal reconoce problemas de seguridad en su área, con un inquietante 58,6% lo que pone de relieve la necesidad de acciones concretas para mitigar los riesgos identificados y establecer las mejores prácticas para la seguridad del paciente.

Además, el personal percibe la seguridad del paciente como un compromiso personal 42,7%, lo que indica una dedicación generalizada a garantizar una atención a la paciente segura y de calidad en situaciones difíciles. Resulta preocupante que una proporción del personal 42,6% crea que la ausencia de errores graves se debe únicamente a la casualidad, lo que sugiere una posible falta de concienciación sobre los factores de seguridad contribuyentes y la necesidad de una cultura de seguridad proactiva para abordar los riesgos potenciales.

**Tabla 14. Distribución porcentual de la dimensión frecuencia de reporte de eventos según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

FRECUENCIA DE REPORTE DE EVENTOS	Positivo		Neutro		Negativo	
	F	%	F	%	F	%
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	32	42,6%	35	46,7%	8	10,7%
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	28	37,3%	41	54,7%	6	8,0%
Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	27	36,0%	39	52,0%	9	12,0%
<b>Promedio dimensión</b>		<b>38,7%</b>		<b>51,1%</b>		<b>10,2%</b>

Fuente: la presente investigación – año 2023

La tabla demuestra que el personal notifica errores que no tienen potencial para dañar al paciente (54,7%) lo cual es positivo. Esto demuestra que el personal es consciente de la importancia de notificar los incidentes y los acontecimientos adversos. Además, una cantidad (52%) mayor del personal informó de que incluso cuando se producen errores que podrían haber causado daño al paciente, pero no lo hicieron, lo que sigue siendo importante. Los datos indican que es positivo que la mayoría del personal notifique estos acontecimientos adversos.

En cierto modo existe una situación preocupante debido a que solo el 46,7% del personal notifica con frecuencia los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, lo que significa que existe una posible falta de reconocimiento sobre la importancia de notificar este tipo de incidentes, perdiendo la oportunidad de aprender de los errores y prevenir futuras ocurrencias de estos. Esto pone de manifiesto la necesidad de concienciación y formación para garantizar que también se notifiquen los incidentes que se corrigen antes de afectar al paciente.

**Tabla 15. Distribución porcentual del número de eventos reportados según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

<b>NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
De 1 a 2 reportes	20	26,7%
De 3 a 5 reportes	6	8,0%
De 6 a 10 reportes	2	2,7%
De 11 a 20 reportes	1	1,3%
De 21 reportes o más	2	2,7%
Ningún reporte	44	58,6%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

Fuente: la presente investigación – año 2023

La tabla muestra el número de eventos reportados por el personal, que han experimentado una variedad de eventos (41,4%), como prescripción errónea de medicamentos, caídas de pacientes y administración inapropiada de medicamentos, entre otros incidentes. Esta cifra refleja los desafíos que existen en la gestión de la atención en salud, incluyendo la notificación de incidentes críticos de manera inmediatamente, mientras que otros se abordan mensualmente mediante informes facilitados por los coordinadores de área. Todo esto pone de manifiesto la necesidad de continuar mejorando la gestión de la atención médica y enfocarse en evitar que se produzcan este tipo de incidentes.

**Tabla 16. Distribución porcentual del grado de seguridad del paciente según el personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

<b>GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Excelente	19	25,3%
Muy bueno	22	29,3%
Aceptable	32	42,7%
Pobre	2	2,7%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

Fuente: la presente investigación – año 2023

La tabla hace referencia a la valoración de la percepción de la seguridad del paciente, donde se destaca una proporción considerable (54,6%) del personal que califica como excelente y muy buena lo que indica un nivel de confianza en los diferentes protocolos implantados ya que están haciendo un buen trabajo en la prevención de errores y en la promoción de la cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, se observa que una proporción (42,7%) califica como aceptable, lo que

sugiere que existen áreas de mejora en la seguridad del paciente, asimismo, existe un motivo de preocupación (2,7%) lo que consideran necesidad de mejorar, revisar prácticas y protocolos fomentando la cultura de la seguridad del paciente.

**Tabla 17. Clasificación de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba**

A continuación, se presenta la tabla, en la cual se visualiza claramente la clasificación de las doce dimensiones de acuerdo con el puntaje obtenido de la valoración de los participantes, a partir de los parámetros establecidos para que estas sean consideradas como una fortaleza ( $\geq 75\%$ ), oportunidad de mejora ( $\geq 50\%$  hasta  $74,9\%$ ) o debilidad ( $>50\%$ ).

No.	NOMBRE DE LA DIMENSIÓN	CLASIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN DE RESPUESTAS POSITIVAS		
		FORTALEZA $\geq 75\%$	OPORTUNIDAD DE MEJORA $\geq 50\%$ HASTA $74,9\%$	DEBILIDAD $<50\%$
1	Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad		52,98	
2	Aprendizaje organización	84,7		
3	Trabajo en equipo dentro de las áreas.	78,7		
4	Actitud de comunicación abierta.			47,1
5	Retroalimentación y comunicación sobre el error.		66,7	
6	Respuesta no punitiva al error.			40,4
7	Personal			40
8	Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente.		70,2	
9	Trabajo en equipo entre las áreas del hospital.			47,7
10	Transiciones y no intervenciones del hospital.			20,3
11	Percepciones generales de la seguridad.			33
12	Frecuencia de reporte de eventos.			38,7

Fuente: la presente investigación – año 2023

En la tabla anterior, se detalla la evaluación del personal del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba. El personal destaca el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo, respaldados respectivamente por el 84.7% y 78.7%, como



fortalezas de la cultura de seguridad del paciente. No obstante, se identifican áreas de mejora. El 52.88% del personal considera que las expectativas y acciones de los supervisores podrían promover mejor la seguridad del paciente. Además, el 66.7% ve oportunidades para mejorar la retroalimentación y comunicación sobre errores, y el 70.2% percibe que el apoyo del hospital a la seguridad del paciente podría ser mejor

Por otro lado, se encuentran dimensiones calificadas como debilidades. El 47.1% ve la comunicación abierta como una debilidad, lo que sugiere barreras en la comunicación interna. Además, el 40.4% señala la respuesta punitiva al error como una debilidad, lo cual indica posibles temores o culpas asociadas a los errores.

La baja calificación en transiciones y no intervenciones del personal (20.3%) sugiere deficiencias en la atención y coordinación de cuidados, mientras que las percepciones generales de seguridad (33%) y la frecuencia de reporte de eventos (38.7%) revelan una falta de confianza y una cultura de notificación de eventos menos desarrollada dentro de la institución de salud.

### 2.3. RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DIMENSIONES Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En la siguiente tabla se identifican las dimensiones en las que se encontró alguna relación con las características sociodemográficas del personal asistencial y administrativo que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, (valor  $p \leq 0.05$ ), de la siguiente manera:

**Tabla 18. Relación entre la percepción de las dimensiones y características sociodemográficas**

NÚMERO DE DIMENSIÓN	NOMBRE DE LA DIMENSIÓN	VARIABLE															
		Área Principal de Trabajo		Tiempo de Trabajo en la Institución		Tiempo de Trabajo en área actual		Horas de trabajo semanal		Tipo de Contrato		Interacción con pacientes		Tiempo de trabajo en Profesión		Tipo de Cargo	
		X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P
1	Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad	12,82	0,234	4,292	0,232	2,321	0,529	8,78	0,067	0,023	0,88	0,14	0,521	3,645	0,302	0,056	0,814
2	Aprendizaje organización	7,374	0,69	2,405	0,493	1,805	0,614	2,424	0,658	1,983	0,159	0,003	0,954	3,03	0,387	0,426	0,514
3	Trabajo en equipo dentro de las áreas.	<b>20,594</b>	<b>0,024</b>	3,836	0,28	2,474	0,48	2,9	0,575	3,129	0,077	0,863	0,353	1,311	<b>0,727</b>	2,627	0,105
4	Actitud de comunicación abierta.	7,955	0,633	6,552	0,088	3,217	0,359	<b>9,321</b>	<b>0,056</b>	0,111	0,739	0,366	0,545	4,451	<b>0,217</b>	0,180	0,671

NÚMERO DE DIMENSIÓN	NOMBRE DE LA DIMENSIÓN	VARIABLE															
		Área Principal de Trabajo		Tiempo de Trabajo en la Institución		Tiempo de Trabajo en área actual		Horas de trabajo semanal		Tipo de Contrato		Interacción con pacientes		Tiempo de trabajo en Profesión		Tipo de Cargo	
		X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P
5	Retroalimentación y comunicación sobre el error.	10,154	0,427	3,473	0,324	3,121	0,373	0,751	0,945	1,096	0,295	1,096	0,295	6,186	0,103	1,781	0,182
6	Respuesta no punitiva al error.	16,205	0,094	1,418	0,701	2,941	0,401	0,9	0,925	0,976	0,323	0,003	0,958	3,125	<b>0,373</b>	0,001	0,98
7	Personal	14,354	0,157	<b>9,557</b>	<b>0,023</b>	<b>7,834</b>	<b>0,05</b>	2,168	0,705	0,047	0,829	0,218	0,641	<b>11,634</b>	<b>0,009</b>	0,414	0,52
8	Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente.	11,235	0,34	1,282	0,733	2,878	0,411	6,402	0,171	1,002	0,317	0,061	0,804	1,127	0,771	0,014	0,908
9	Trabajo en equipo entre las áreas del hospital.	11,375	0,303	0,321	0,956	0,961	0,811	2,906	0,574	0,14	0,521	0,392	0,531	4,941	0,178	0,086	0,77
10	Transiciones y no intervenciones del hospital.	<b>20,767</b>	<b>0,023</b>	1,204	0,752	3,256	0,354	<b>16,761</b>	<b>0,002</b>	0,003	0,954	1,372	0,241	1,923	0,589	0,317	0,574
11	Percepciones generales de la seguridad.	11,269	0,337	2,872	0,412	4,411	0,22	6,457	0,166	0,863	0,353	0,107	0,744	1,437	0,697	0,199	0,655
12	Frecuencia de reporte de eventos.	15,856	0,104	1,329	0,722	3,247	0,355	1,854	0,763	0,366	0,545	1,518	0,218	3,431	0,33	<b>4,857</b>	<b>0,028</b>

Fuente: la presente investigación – año 2023

Los hallazgos de la tabla sugieren que varias características sociodemográficas del personal del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba están asociadas con su percepción de la seguridad del paciente. En particular, se observa que el área principal de trabajo influye en la percepción del trabajo en equipo ( $P=0.024$ ). Por otro lado, se destaca la actitud de comunicación abierta, con un valor significativo de ( $P=0.056$ ). Asimismo, la experiencia laboral, tanto en la institución( $P=0.023$ ), como en el área actual de trabajo ( $P=0.050$ ), está relacionada con la percepción de la dotación de personal, resaltando la relevancia de la trayectoria laboral en la seguridad del paciente ( $P=0.009$ ).

Igualmente, las prácticas relacionadas con las transiciones y no intervenciones en el proceso de atención al paciente parecen variar según el área de trabajo ( $P=0.023$ ) y las horas de trabajo semanales ( $P=0.002$ ), lo que podría indicar diferencias en la percepción de la continuidad de la atención en función de la carga laboral y la ubicación del personal. Finalmente, se encuentra una relación significativa ( $P=0.028$ ) entre el tipo de cargo y la frecuencia de reporte de eventos, lo que sugiere que el personal desempeña un papel fundamental en la promoción de una cultura de seguridad del paciente mediante la identificación y notificación de incidentes.

## **2.4. DISCUSIÓN**

La cultura de seguridad del paciente se ha considerado de amplia importancia en la atención a los usuarios en salud, porque influye en la calidad recibida por los pacientes, a través de ello, se fundamenta en minimizar errores para brindar un entorno seguro, además, se fomenta la identificación y prevención de los eventos adversos, es decir, intervenir oportunamente para evitarlos, asimismo, una percepción favorable puede contribuir a la comunicación efectiva y por ende la prevención de errores. Igualmente, si el personal de salud se siente seguro puede reportar los eventos adversos sin ningún inconveniente y por ende tomar las decisiones pertinentes para brindar atención segura, influyendo directamente en el nivel de confianza y satisfacción de estos (1).

En el presente estudio se determinó la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, siendo uno de los aspectos esenciales en la prestación de la atención con calidad, en él se tuvieron en cuenta las características sociodemográficas, en donde, la mayoría del personal ejerce cargos asistenciales respecto a los administrativos, dichos datos concuerdan con los hallazgos del estudio realizado por Betancourth y otros, donde se incluyen a 26 personas que laboran en el área administrativa y 56 en el área asistencial (41), es decir, que existe predominio del personal asistencial

puesto que atienden las necesidades del cuidado de la salud, unido a ello, por la complejidad de la atención en salud y la demanda de los servicios de salud, sin embargo, el personal administrativo es menor, considerándose que desempeñan un papel esencial en la gestión del recurso humano, coordinación de servicios, entre otros.

En este contexto, se consideró las características sociodemográficas, se evaluó el tiempo de servicio del personal, siendo este uno de los aspectos que puede influir en la percepción de la seguridad del paciente. En el caso en particular, se observó predominio de trabajadores con contratos de menos de un año y una jornada laboral de 40 horas semanales. Los hallazgos son consistentes con la investigación de Tello et al., que indica que existe mayor participación del personal entre 1 y 5 años de experiencia laborales (14), es decir, que existe alta rotación del personal en la institución y afecta de alguna manera la estabilidad en el personal de dicha institución, existiendo similitud con los resultados obtenidos.

En este orden de ideas, se hizo relación a la percepción de la cultura de seguridad del paciente, se encontró una valoración positiva (52.98%) en la dimensión expectativas y acciones del supervisor y administrador con respecto a la seguridad del paciente, coincidiendo con estudios anteriores, tal como lo reporta Lorica et al., reportando un 63% de favorabilidad en este aspecto (64) y en otra investigación realizada por Nuñez, fue del 53.33% (23). Aunque es evidente que la percepción de esta dimensión es positiva, existen áreas de mejora para promover las prácticas de la cultura de seguridad del paciente.

Desde otra dimensión de la cultura de seguridad del paciente, se encontró valoración favorable al aprendizaje organizacional enfocado en el mejoramiento continuo en la institución de salud valorada, lo cual coincide con estudios anteriores en donde se valoró positivamente a esta dimensión (68), es decir, que existen resultados similares en donde se establece consistencia en la cultura de seguridad del paciente en otras instituciones de salud en lo que respecta a la dimensión mencionada (34). En este sentido, es pertinente mencionar que existe una valoración positiva del aprendizaje organizacional centrado en la mejora continua en el Centro de Salud San Bartolomé, además, se resalta que la consistencia en esta dimensión en las instituciones de salud referenciadas, lo que indica y evidencia la importancia de la mejora continua como parte esencial para mejorar la seguridad del paciente.

Abordando la dimensión trabajo en equipo se encontró una percepción mayormente valorada como positiva en la institución de salud, lo que indica que existe un ambiente de trabajo favorable y colaborativo que aporta significativamente en la

seguridad del paciente, ya que el hecho de tener coordinación y una comunicación adecuada entre el equipo de trabajo puede garantizar resultados positivos para la atención a los usuarios.

A diferencia de la percepción del trabajo en equipo encontrada en el presente estudio, existe variabilidad en comparación con el estudio realizado por Aquino, donde se obtuvo una valoración de regular en esta dimensión (20). Esta discrepancia contrasta con lo encontrado en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, donde la percepción es valorada mayormente como positiva en la dimensión. Esto indica la existencia de fortalezas en el trabajo en equipo, sin embargo, sugiere la necesidad de mejorar todas las dimensiones de la cultura de seguridad en el paciente para contribuir a la calidad de atención y satisfacción del paciente.

Desde la perspectiva de la dimensión de actitud de comunicación abierta en el Centro de Salud San Bartolomé, cuya valoración fue positiva 47.1%, evidenciándose que el personal se siente libre de expresarse sin temor a ningún tipo de represalias. Estos hallazgos contrastan con los resultados del estudio realizado en Argentina, donde la percepción de comunicación fue baja y poco franca en el personal de salud(22). Es así como en el estudios en mención, la comunicación se destaca como un aspecto positivo, donde las prácticas han sido efectivas y se contribuye al fomento de un ambiente de trabajo colaborativo. Sin embargo, existen necesidades para continuar fortaleciendo y apoyando estas prácticas de comunicación para garantizar una atención segura y de calidad.

Del mismo modo, la evaluación de las dimensiones, se resalta una valoración positiva del 66.7% en la dimensión de retroalimentación y comunicación sobre errores. Estos hallazgos contrastan con el estudio realizado por Betancourt et al, donde se observó una deficiencia considerable en esta dimensión, obteniendo una calificación en promedio de 1.0 (41). Esto evidencia que existe una debilidad en cuenta a la escasa discusión sobre la prevención de errores y establecer los cambios para evitar futuros incidentes. Sin embargo, en el caso del presente estudio se encontró aspectos positivos de esta dimensión, siendo una aplicación efectiva de medidas para prevenir errores y promover la discusión de incidentes pasados, para mejorar la seguridad del paciente.

Con respecto a la dimensión de respuesta no punitiva al error, se encontró valoración negativa por parte del personal correspondiente al 44.4%, lo que indica que hay una percepción generada por posibles represalia al hacer el informe de los eventos adversos, dichos datos coinciden con los resultados del estudio realizado por Trili et al, ya que esta dimensión fue valorada negativamente con un 19.7% (17).

En este sentido, la percepción negativa indica la necesidad de implementar un plan de mejora en la institución para contribuir a la promoción de una cultura de seguridad del paciente que contribuya a una respuesta no punitiva, es decir, generar seguridad en el personal al reportar los eventos adversos sin temor a consecuencias por dicho hecho.

En cuanto a la dimensión del personal, se encontró una valoración positiva con el 40%, indicando que existe suficiente personal para realizar las diferentes actividades requeridas, es decir, es una fortaleza para la institución de salud. Esta situación indica que existe promoción en el trabajo en equipo entre las diferentes áreas de la institución de salud, que fue valorada positivamente en un 47.7%. Los hallazgos evidencian que si se continúa fortaleciendo esta dimensión se brindará una atención eficaz y oportuna a los pacientes, enfocándose siempre en el mejoramiento de la calidad de atención y la seguridad del paciente.

En la evaluación de la dimensión de apoyo y respaldo del hospital para la seguridad del paciente, se reveló una valoración positiva, tal y como lo refiere el Ministerio de Salud y Protección Social, donde evidencia que “existe prioridad alta en el centro de salud para garantizar la seguridad del paciente” (12). En él se resalta que el personal percibe un sólido respaldo, evidenciándose que la implementación de estrategias ha sido efectivas para generar un entorno laboral seguro, reflejándose en las diversas iniciativas y programas de capacitación relacionados con la seguridad del paciente, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos y contribuyendo a mejorar la calidad y seguridad del paciente.

Desde otra dimensión, el personal del Centro de Salud San Bartolomé valoró negativamente la dimensión de transiciones y no intervenciones del hospital, con un 59%. Se destaca que los cambios de turno en la institución generan problemas para los pacientes. Estos hallazgos se relacionan con los resultados de un estudio realizado por Betancourt et al., donde se observó un promedio de 1.8, indicando una baja participación y aspectos negativos relacionados con los cambios de turno en las instituciones de salud (39). Además, es evidente que los cambios de turno son fundamentales siempre y cuando exista una comunicación efectiva para asegurar la continuidad en la atención y seguridad del paciente, sin embargo, en el caso específico, las deficiencias en la comunicación pueden generar errores que afectan de alguna manera la calidad de la atención a los pacientes.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta fue la percepción general de la seguridad del paciente en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, fue valorada negativamente, representada en un 38.3%, evidenciándose problemas en este ámbito, sin embargo, estos hallazgos se contrastan con los resultados de un estudio

en donde se encontró la percepción en un 12% con nivel bajo de seguridad, el 66% nivel medio y el 22% nivel alto en la cultura de seguridad del paciente (69). Los resultados de los dos estudios indican una percepción negativa a la cultura de seguridad del paciente, lo que indica que existen dificultades que afectan de alguna manera la calidad y por ende la seguridad del paciente, lo que indica que se requiere de un análisis para verificar los factores que influyen para que esta percepción sea negativa y se tomen las medidas correctivas o preventivas correspondientes para contribuir a una atención segura y satisfacción del paciente.

Continuando con la percepción de la cultura de seguridad del paciente, se hace relación a la dimensión de frecuencia de reporte de eventos, el personal del Centro de Salud dio una valoración neutra, representada en un 51.1%, y se destaca que el 58.6% no realizó ningún reporte. Estos datos coinciden con un estudio realizado en Nariño, donde la mayoría de los incidentes no fueron reportados (39). Además, en cuanto al grado de seguridad del paciente según el personal, el 42.7% lo calificó como aceptable. Los hallazgos evidencian la importancia de establecer estrategias efectivas para el reporte de eventos, generándose a través de una comunicación abierta y asertiva, pretendiendo con ello garantizar la atención con calidad y seguridad a los pacientes que asisten al centro de salud.

Haciendo énfasis en la relación existente entre las características sociodemográficas con las dimensiones de percepción de la cultura de seguridad del paciente, es evidente que las dimensiones que se relacionaron fueron: trabajo en equipo, comunicación, dotación de personal, transiciones y no intervenciones, frecuencia de reportes de eventos adversos con el área principal de trabajo, tiempo trabajo institución, tiempo de trabajo en el área actual, horas de trabajo semanal, tiempo de trabajo profesión y tipo de cargo, lo anterior, se relaciona con los hallazgos del estudio, en donde se encontraron diferencias significativas entre la valoración positiva de la cultura de la calidad y variables como edad, nivel académico, antigüedad en el trabajo y horas de trabajo semanal (50). Es decir, que existen aspectos similares en las dimensiones valoradas y en las características sociodemográficas específicamente relacionadas con la antigüedad y horas de trabajo semanal.

Los hallazgos revelan una relación entre la comunicación abierta y el tiempo de trabajo, destacando cómo las jornadas prolongadas pueden afectarla. La fatiga resultante y la falta de tiempo libre pueden reducir la participación en conversaciones productivas, impactando la calidad de la comunicación laboral. Además, la experiencia laboral influye en la percepción sobre la dotación de personal, mostrando que los nuevos empleados pueden estar en proceso de adaptación, mientras que los más experimentados han desarrollado habilidades específicas que les permiten un desempeño más efectivo.



Se señala una debilidad en la gestión de transiciones y no intervenciones del hospital, relacionada con el tiempo de trabajo y el área principal de trabajo. Esto subraya la necesidad de mejorar la coordinación y comunicación entre equipos y servicios, especialmente en áreas de alto flujo de pacientes, para garantizar la seguridad y calidad de la atención médica. Es crucial promover una cultura de seguridad del paciente que involucre a todos los miembros del equipo, implementando planes específicos para detectar y notificar eventos adversos, reconociendo las diferentes perspectivas.

Relacionando con los hallazgos del estudio en donde se encontró “encontraron diferencias significativas entre la valoración positiva de la cultura de la calidad y variables como edad, nivel académico, antigüedad en el trabajo y horas de trabajo semanal (53). Es decir, que existen aspectos similares en las dimensiones valoradas y en las características sociodemográficas específicamente relacionadas con la antigüedad y horas de trabajo semanal.

### 3. CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas del personal que labora en el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba muestran una mayor vinculación del personal asistencial en comparación con el administrativo. La mayoría de los empleados tienen menos de un año de trabajo tanto en la institución como en el área específica. Además, suelen trabajar entre 40 y 69 horas por semana, ocupando diversos cargos de acuerdo con su perfil de formación. La mayoría de ellos tienen contratos por prestación de servicios y mantienen una interacción directa con los pacientes en su día a día laboral. Estas características sociodemográficas proporcionan un contexto importante para comprender la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el centro de salud.

En la percepción de la cultura de seguridad del paciente, las dimensiones que fueron valoradas como positivas son: expectativas y acciones, aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo, trabajo en equipo dentro de las áreas, actitud de comunicación abierta, retroalimentación y comunicación sobre el error, personal, apoyo y soporte del hospital para la seguridad, trabajo en equipo entre las áreas del hospital; neutro: frecuencia de reporte de eventos adversos y negativo: respuesta no punitiva al error, transiciones y no intervenciones del hospital, percepciones generales de la seguridad. Además, la mayoría del personal refiere que no realizan ningún reporte de eventos. La valoración del grado de cultura de seguridad del paciente presentó el mayor porcentaje como aceptable, en menor proporción muy buena y excelente, además un bajo porcentaje como pobre.

Al analizar la relación entre las características sociodemográficas y las distintas dimensiones de percepción de la cultura de seguridad del paciente, se revela una serie de conexiones significativas. Por ejemplo, se encontró que la percepción del trabajo en equipo estaba influenciada por factores como el tiempo en la institución y el área actual de trabajo, así como también por el tipo de cargo ocupado por el personal. La comunicación efectiva se asoció con la cantidad de horas de trabajo semanales y el tiempo en la profesión, mientras que la dotación de personal se relacionó con la frecuencia de reportes de eventos adversos en el área principal de trabajo. Además, las transiciones y no intervenciones fueron afectadas por el tipo de cargo y el tiempo en la profesión. Estas conexiones subrayan la importancia de considerar las características sociodemográficas al evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente, ya que pueden influir en cómo se perciben y se abordan diferentes aspectos de la seguridad y calidad de la atención médica.

#### **4. RECOMENDACIONES**

Al Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba:

Es pertinente realizar la capacitación al personal en seguridad del paciente, puesto que a través de ello se fortalecen las prácticas seguras, se promueve la mayor concientización de los riesgos y se generan cambios en la atención a los usuarios. Además, enfatizar en lo relacionado a la notificación de eventos, percepción de seguridad, las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

Se considera necesario la implementación de las prácticas seguras, esto se lograría a través del fomento del liderazgo y compromiso por parte de la dirección, comunicación abierta y efectiva, creación de un stand de promoción y mejora de la cultura de seguridad del paciente.

Es pertinente que las directivas del Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, realicen estudios o investigaciones enfocadas en evaluar el impacto de la cultura de seguridad del paciente, puesto que a través de los resultados se mejorarían los aspectos negativos y se fortalecerían los positivos.

A la Universidad Mariana – Maestría en Administración en Salud

Es pertinente que se continúen liderando estudios relacionados con la parte administrativa de las instituciones de salud, puesto que es uno de los aportes significativos desde la formación de los educandos y poner en práctica los conocimientos impartidos en la institución educativa.

La evaluación previa destaca la importancia de crear un plan estratégico para la organización. Este plan debe enfocarse en consolidar las fortalezas existentes, reforzar las áreas con potencial de mejora y abordar las brechas identificadas de manera específica. Para lograr esto, es esencial comenzar con un análisis detallado de los puntos fuertes, identificando las prácticas y métodos que han ayudado a mejorar la percepción actual. Para establecer una base sólida en la cultura de seguridad, estos elementos deben mantenerse y fortalecerse. Este método proactivo mejorará la percepción de seguridad de la institución y promoverá prácticas de atención más seguras y de alta calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Minsalud.gov. 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. OMS. 2019 Septiembre.
3. World Health Organization. Patient safety: global action on patient safety. *apps.who.int*. 2019 Marzo ; 72(6).
4. Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. La economía de la seguridad del paciente en la atención primaria y ambulatoria: volar a ciegas. OCDE. 2018 Abril ; 1(1).
5. Portela Romero M, González B, Calvo Rodríguez M. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica*. 2019 Septiembre .
6. Araujo Rosero OL, Guerrero Lasso PA, Matabanchoy Tulcán SM, Bastidas Jurado CF. Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. *Universidad y Salud*. 2021 Diciembre; 23(3).
7. Ministerio de Salud. Versión 2.0 de la guía técnica, buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y paquetes instruccionales, expedida por el Ministerio de Salud. [En línea].; 2015 [Citado 2023 04 21. Disponible en: <https://lc.cx/OkQKoe>.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Minsalud. s.f..
9. Ramon Mir-Abellána AFP,MLdIPM. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Mi SciELO*. 2020.
10. Ramírez de Ángel , Pérez Castro JA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2021 Abril a junio ; 19(2).

11. Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba. Reporte de PAMEC vigencia 2022-2024. E.S.E. Centro de Salud. 2023.
12. Ministerio de Salud. Ejes de la acreditación: seguridad del paciente. minsalud.org.co. 2021.
13. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente Bogotá: Minsalud; 2014.
14. Tello-García M, Pérez-Briones NG, Torres-Fuentes B, Nuncio-Domínguez JL, Pérez-Aguirre DM, Covarrubias-Solís IF. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*. 2023 Abr. - Jun; 22(70): p. 111-124.
15. Juliasih NN, Dhamanti , Semita YN, Wartiningsih , Mahmudah , Yakub. Cultura de seguridad del paciente, prevención de infecciones y seguridad del paciente en el quirófano: perspectiva de los trabajadores de la salud. *Gestión de Riesgos y Política Sanitaria*. 2023;(16): p. 1731-1738.
16. Tucker CM, Jaffe R, Goldberg A. Respaldar una cultura de seguridad del paciente: revisiones de eventos de seguridad del paciente dirigidas por residentes en un programa de capacitación de residencia en patología. *Patología Académica*. 2023 ene - Mar; 10(1).
17. Tlili MA, Aouicha , Sahli , Cheikh AB, Mtiraoui , Ajmi , et al. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en 15 unidades de cuidados intensivos: un estudio de métodos mixtos. *Investigación de servicios de salud de BMC*. 2022; 22(274): p. 1-9.
18. Lee , Lee JY, Kim HJ, Lee , Lee. Experiencias de enfermeras de práctica avanzada sobre la cultura de seguridad del paciente en la atención sanitaria domiciliar hospitalaria: un estudio descriptivo cualitativo. *Gestión de Riesgos y Política Sanitaria*. 2022; 15: p. 2297 - 2309.
19. Ordinola Maza M. Gestión de Calidad del Cuidado y Cultura de Seguridad del Paciente en Personal de Enfermería de un Instituto Nacional Lima - 2021. Tesis (optar título de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud). Lima: Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado; 2021.
20. Aquino Ramírez AN. Cultura de seguridad del paciente y calidad de atención en clínica San Juan de Dios, Lima 2021. Tesis (optar título de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud). Lima: Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado; 2021.

21. Larico Peralta Y, Rosas Itucayasi ML, Mutter Cuellar KJ. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Revista Médica Basadrina*. 2021; 15(2): p. 11 - 20.
22. Jaime NN, Gonzalez Argot J. Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense. *Rev Ciencias Médicas*. 2021; 25(5): p. 1-12.
23. Bernal Corrales FdC. Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. *Revista Científica Curae*. 2020 Ene - jun.; 3(1): p. 43 - 52.
24. Bravo Gómez MA, Arboleda de Pérez LB, Arguello DK, Becerra Moreno X, Peñaranda Vega M, Oyola Naranjo DJ, et al. Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil. *Revista Cubana de Enfermería*. 2020 Ene - Mar; 36(1): p. 1-21.
25. Nuñez Samaniego EI. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del hospital regional docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú – 2018. Tesis (optar título de Licenciado en Enfermería). Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina; 2020.
26. Febriansyah , Kusumapradja , Ahmad. El papel del trabajo en equipo en la mejora de la cultura de seguridad del paciente. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2020 abril; 9(1): p. 41-52.
27. Meléndez Mogollón IC, Macías Maroto M, Álvarez González AR. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2020; 36(2): p. 1-14.
28. Agámez Padilla DL, Barón Sotomayor BU. Rol de la auditoria en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente en las ese de primer nivel en Colombia. Proyecto de investigación. Montería: Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023.
29. Díaz Martínez D, Ortiz Correa D, Estrada FA, Mogollón Gauta K. Nivel de adherencia a la política de seguridad del paciente por parte del personal de salud en salas de cirugía de un hospital de segundo nivel. Pamplona Norte de Santander. 2022-2023. Trabajo de grado (optar título de Especialista en Gerencia de la calidad y gestión Clínica). Bogotá: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, Facultad de Ciencias Administrativas en Salud Programa de Especialización en Gerencia de la Calidad y Gestion Clinica; 2023.

30. Díaz Pacheco ML, Mateus Severiche SM. Rol del auditor en el seguimiento del programa de seguridad del paciente como herramienta para el mejoramiento de la atención en salud. Monografía (optar título de especialista en auditoría de la calidad en salud). Montería: Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023.
31. Correa Hernández LM, García Flórez V, Garay Jaramillo LJ. Adherencia al programa de seguridad del paciente. Trabajo de grado (optar título de Gerencia de la calidad y auditoría en salud). Pereira: Universidad Cooperativa de Colombia, Gerencia de la calidad y auditoría en salud; 2022.
32. Avellaneda Tovar GE, Giraldo Duque GA. experiencias exitosas en seguridad del paciente para prevenir eventos adversos en América latina entre los años 2010 a 2020. Trabajo de investigación (optar título de Especialización en Auditoría en Salud". Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte; 2022.
33. Jaimes Valencia ML, Alvarado Alvarado AL, Mejía Arciniegas CN, López Galán AV, Mancilla Jiménez VA, Padilla García CI. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. Revista Cuidarte. 2021 Ene - Abr.; 12(1): p. 1-16.
34. Fonseca-Mesa DA, Serpa Pérez PC, Arias Botero JH. Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. 2021; 53: p. 1-10.
35. Salazar Maya ÁM, Restrepo Marín DM. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. Revista Cuidarte. 2020 May- Agos; 11(2): p. 1-14.
36. García Díaz TY, Ortega Guerrero LY, Villar Rojas. Estrategias para fomentar la cultura de seguridad del paciente en el usuario y su familia en el servicio de urgencias de una institución de salud de segundo nivel de atención. Trabajo investigativo (optar título de Gerencia de la Calidad en Salud). Bogotá: Universidad del Bosque, División de Posgrados y Formación Avanzada; 2020.
37. Almanza Calderin D, Sanchez Riquett L. Impacto de la infraestructura de las instituciones de salud en la seguridad del paciente. Monografía "optar título de Especialistas en Auditoría de la Calidad en Salud). Montería: Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud; 2020.
38. Espinoza AY, Viveros Paz NS. Cultura de seguridad del paciente en el personal administrativo y asistencial de una IPS de la ciudad Pasto. Trabajo de grado

(optar título de Especialista em Administración de la Salud). Manizales: Universidad Católica de Manizales, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023.

39. Espítia Espítia MA, Zarama Bastidas ML. Estrategias de fortalecimiento para mejorar la seguridad clínica del paciente en el servicio de internación en la IPS privada de la ciudad de Pasto. Trabajo de grado (optar título de Especialistas en Gerencia de la Salud). Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Administrativas en Salud; 2022.
40. Rodríguez Santacruz AP, Rosero Martínez IN, Viveros Moncayo LN. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una clínica del municipio de Pasto – Nariño. Trabajo de grado (optar título de Administración en Salud). Manizales: Universidad Católica de Manizales, Facultad De Ciencias de la Salud; 2021.
41. Betancourth Salas LM, Chamorro Chacua AF, Ibarra Revelo LL. Percepción en cultura de seguridad del paciente en el centro hospital la Florida E.S.E. departamento de Nariño. Trabajo de Grado (optar al título de Especialista en Administración de la Salud). Cali: Universidad Católica de Manizales, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
42. Silva Bolaños YA, Chicaiza Florez JA. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en la IPS UNIPA (unidad indígena del pueblo Awa), periodo 2020 II-2021 I. Trabajo de investigación (optar el título en Administración en la Salud). Universidad Católica de Manizales, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
43. Rivera Rosero VM. Relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente con el conocimiento del personal en una institución de mediana complejidad de Pasto Nariño – Colombia, 2021. Proyecto de grado (optar título de Magister en Gestión de la Calidad en Salud). Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Salud; 2022.
44. Rocco C GA. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes. 2017 Agosto; 28(5): p. 785-795.
45. Carla M. Modelo de queso suizo para el análisis de riesgos y fallas. [En línea].; 2019 [Citado 2023 10 4. Disponible en: <https://acortar.link/Mx80ld>.
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Londres. [En línea].; 2021 [Citado 2023 agosto 25. Disponible en: <https://acortar.link/Queenjl>.
47. Nuño P. Diagrama de Ishikawa. [En línea].; 2023 [Citado 2024 01 15. Disponible en: <https://acortar.link/bfTR09>.



48. Ministerio de la protección Social de Colombia. Guía técnica "buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud" Bogotá: Minsalud; 2010.
49. Agency National Patient Safety. Seven steps to patient safety: the full reference guide London; 2004.
50. Podestá Gavilano LE, Maceda Kuljich M. Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. Horizonte Médico. 2018 Julio - septiembre; 18(3): p. 48-56.
51. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad. [En línea].; 2005 [Citado 2023 junio 01. Disponible en: <https://n9.cl/f90ng>].
52. Ministerio de la protección Social. lineamiento para la implementación dela política de seguridad del paciente Bogotá; 2008.
53. Camacho Rodríguez DE, Jaimes Carvajal NE. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. Revista Cubana de Enfermería. 2018; 34(1).
54. Estévez Díaz JB, Jiménez Sierra LS, Silva Sanabria MA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de una Institución prestadora de Servicio de Salud de cuarto nivel de complejidad, Bucaramanga, 2017. Trabajo de Grado (Especialización en Gerencia de Calidad y Auditoria en Servicios de Salud). Bucaramanga: Universidad de Santander, Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables; 2017.
55. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Diario Oficial. 1993 Diciembre 23: p. 76.
56. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Diario Oficial. 2006 Abril 3: p. 17.
57. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación. Diario Oficial. 2019 Noviembre 25: p. 11.
58. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5095 de 2018. Diario Oficial. 2018 noviembre 19: p. 81.

59. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256 de 2016. Diario Oficial. 2016: p. 2.
60. Ministerio de Salud. Lineamientos para la implementación de la política del paciente. [En línea].; 2008 [Citado 2023 julio 12. Disponible en: <https://n9.cl/6zbnm>.
61. MINSALUD. Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". [En línea].; 2010 [Citado 2023 Julio 10. Disponible en: <https://n9.cl/pvgqk>.
62. García Castaño, Roberto. Metodología de la investigación: aspectos metodológicos, paradigmas y enfoques. Cuarta edición ed. San Juan de Pasto: Universidad Mariana; 2005.
63. Hernández Sampieri R, Fernández Collado , Baptista Lucio MdP. Metodología de la Investigación. Quinta Edición ed. México D.F.: McGrawHill; 2010.
64. Sampieri RH. Metodología de la investigación. sexta edición; 9.
65. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes. [En línea].; 2005 [Citado 2023 julio 10. Disponible en: <https://n9.cl/f90ng>.
66. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993. Presidencia de la República. 1993.
67. Larico Peralta Y, Rosas Itucayasia , Jetzabel Mutter. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. Revista Médica Basadrina. 2021; 15 (2).
68. Pariona Rosas SL. Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos quemados - Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018. Tesis (Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud). Lima: Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado; 2018.

# **ANEXOS**



## Anexo B. Presupuesto

Rubro <sup>1</sup>	Justificación	Cantidad	Valor Unitario	Valor total	Financiación por las investigadoras		Financiación externa		Valor a ejecutar por año	
					Efectivo	Especie	Efectivo	Especie		
Materiales e insumos	Consentimientos informados	260	200	50.800	50.800	0	0	0	50.800	0
	Listas de chequeo	762	200	152.400	152.400	0	0	0	152.400	0
	Memoria USB	1	30.000	30.000	30.000	0	0	0	30.000	0
Recurso humano	Horas de investigador principal destinadas al trabajo	480	32.872	15.778.560	0	15.778.560	0	0	0	0
Rubro <sup>2</sup>	Justificación	Cantidad	Valor Unitario	Valor total	Financiación por las investigadoras		Financiación externa		Valor a ejecutar por año	
					Efectivo	Especie	Efectivo	Especie		
Servicios técnicos	Análisis estadístico de la información	-	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0	0	0	0	0
Salidas de campo (208)	Recolección de información en transporte urbano	5	80.000	400.000	400.000	0	0	0	400.000	0
	Alimentación	5	20.000	100.000	100.000	0	0	0	100.000	0
					Efectivo	Especie	Efectivo	Especie		
<b>Valor Parcial</b>					2.733.200	15.778.560	0	0	731.200	0

## Anexo C. Consentimiento informado.

### UNIVERSIDAD MARIANA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD INVESTIGACIÓN ESTUDIANTIL

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con la C.C \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ manifiesto que he sido invitado(a) a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se me ha dado la siguiente información:

Este documento se le entrega para que conozca las características de la investigación, y usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si tiene alguna duda, solicite a los investigadores que le aclare sus dudas, ellos le proporcionaran toda la información que necesite, antes de aceptar su participación.

En el Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba, se encuentra implementado el programa de seguridad del paciente, en el cual se identifica el reporte de incidentes y eventos adversos que ocurren en la atención a los usuarios, sin embargo, se evidencia que existen registros y análisis de los mismos; aunque en la revisión bibliográfica y a nivel institucional, no se cuenta con información relacionada con la percepción de la cultura de seguridad del paciente, lo cual evidencia que existe un vacío del conocimiento en estos aspectos, razón por la cual se decide plantear esta temática de estudio. Esto motiva a desarrollar este trabajo de investigación, porque a través de los hallazgos que de él se obtengan se plantearán estrategias enfocadas a mejorar la seguridad del paciente, permitiéndoles de esta manera cumplir a cabalidad con lo establecido en la política de seguridad del paciente y con ello se fortalece la calidad de atención.

**Objetivo y descripción de la investigación:** explorar la relación entre las características sociodemográficas y la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Centro de Salud San Bartolomé del municipio de Córdoba, 2023. Con el fin de plantearán estrategias enfocadas a mejorar la seguridad del paciente, permitiéndoles de esta manera cumplir a cabalidad con lo establecido en la política de seguridad del paciente y con ello se fortalece la calidad de atención.

**Responsables de la investigación:** El estudio está dirigido y desarrollado por: María Camila Fajardo Cruz y Viviana Hernández Cuaran estudiante de maestría en administración en salud; Cualquier duda comunicarse al número de telefónico: 3233931791 - 3114238506.

**Riesgos y beneficios: (DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 8430 DE 1193 LA CUAL SE ESTABLECEN LAS NORMAS CIENTÍFICAS, TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DETERMINA EL NIVEL DE RIESGO AL QUE SE SOMETE LA PERSONA ENCUESTADA EN EL ARTÍCULO 11 DE LA MISMA).**

La encuesta y la obtención de la información se Clasifica sin riesgo en la que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las características de la comunidad o sus factores biológicos, psicológicos o sociales que afecten el estado de salud. Los beneficios que traerá Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba no se han realizado estudios que aborden la temática que se encuentra inmersa en la investigación, la cultura de seguridad del paciente, siendo uno de los aportes significativos para posteriores estudios con características similares.

**Confidencialidad:** su identidad estará protegida, pues durante todo el estudio se utilizará un código numérico que lo diferencia de otros participantes en la investigación.

La información obtenida será almacenada EN LA UNIVERSIDAD MARIANA en una base de datos que de mantendrá por cinco años más después de terminada la presente investigación. Los datos individuales solo serán conocidos por los investigadores mientras dura el estudio, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicaran corresponden a la información general de todos los participantes.

**Derechos y deberes: (ACORDE AL RIESGO CONTEMPLADO EN LA RESOLUCIÓN 8430 SI ES RIESGO MAYOR QUE EL MISMO SE CONTEMPLARA LA RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN (ES))**

Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo ni informar las razones de su decisión si desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de esta investigación.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente que pude formular preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, he decidido participar de manera libre y voluntaria en esta investigación por lo anterior autorizo a María Camila Fajardo Cruz y Viviana Hernández Cuanan estudiantes de la universidad Mariana del programa de maestría en Administración en Salud para realizar los anteriores procedimientos.

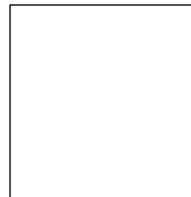
\_\_\_\_\_

Firma del participante

C.C No.

Fecha:

Huella



\_\_\_\_\_

Firma de testigo

C.C No.

Fecha:

Huella



\_\_\_\_\_

Firma de testigo

C.C No.

Fecha:

Huella



## Anexo D. Cuestionario de percepción de la cultura de seguridad del paciente

### UNIVERSIDAD MARIANA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

**Objetivo.** Caracterizar demográficamente al personal y evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial y administrativo del Centro de Salud San Bartolomé.

**Instructivo.** A continuación, encuentra una serie de preguntas, para ello solicitamos responder de acuerdo a su criterio

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	OPCIONES DE RESPUESTA
¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución? (primera pregunta)	a) Urgencias b) Odontología c) Consulta Externa d) Sala de Partos e) Programa P y M f) Esterilización g) Laboratorio h) Farmacia y suministros i) Vacunación j) Transporte de Paciente k) Enfermería. l) psicología- m) Otro: _____
¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	a) Menos de un año b) De 1 a 5 años c) De 6 a 10 años d) De 10 y mas
¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?	a) Menos de un año b) De 1 a 5 años c) De 6 a 10 años d) De 21 o mas
¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	a) < 20 horas b) 21 a 48 horas c) >48 horas
¿Cuál es su cargo en esta institución? (H4)	a) Enfermera profesional b) Enfermera auxiliar c) Médico d) Regente en farmacia e) Auxiliar (Odontología, farmacia, Laboratorio) f) Bacteriólogo(a) g) Psicólogo h) Conductor i) Auxiliar Administrativo j) Servicios Generales k) Personal de Dirección y Gerencia l) Personal de Mantenimiento m Otro: _____
¿Qué tipo de contrato tiene?	a) Nomina. b) Prestación de servicios.
En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	a) Si b) No
¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	a) Menos de un año b) De 1 a 5 años c) De 6 a 10 años d) De 21 o mas




DIMENSIONES	VALORACIÓN				
	1 Muy en Desacuer do	2 desacuerdo	3 indifere nte	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
<b>Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad</b>					
Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.					
Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.					
Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.					
<b>Aprendizaje organizacional – mejoramiento continuo</b>					
Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente					
El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos					
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad					
<b>Trabajo en equipo dentro de las áreas</b>					
Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan					
En esta área, la gente se apoya mutuamente.					
Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo					
En esta área, el personal se trata con respeto.					
<b>Actitud de comunicación abierta</b>					
El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente					
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad					
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto					
<b>Retroalimentación y comunicación sobre el error</b>					

DIMENSIONES	VALORACIÓN				
	1 Muy en Desacuerdo	2 desacuerdo	3 indifere nte	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos					
Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se comenten en esta área					
En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer					
<b>Respuesta no punitiva al error</b>					
El personal siente que sus errores son usados en su contra					
Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema					
Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida					
<b>Personal</b>					
Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo					
El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente					
Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente					
Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente					
<b>Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente</b>					
La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
Las medidas que toma la Dirección de esta Institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurra un incidente o evento adverso					
<b>Trabajo en equipo entre las áreas del hospital</b>					
Las áreas de esta Institución no están bien coordinadas entre sí					

DIMENSIONES	VALORACIÓN				
	1 Muy en Desacuerdo	2 desacuerdo	3 indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
Hay buena cooperación entre las áreas de la Institución que requieren trabajar conjuntamente					
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta Institución					
Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes					
<b>Transiciones y no intervenciones del hospital</b>					
La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra					
Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno					
A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución					
Los cambios de turno en esta Institución generan problemas para los pacientes					
<b>Percepciones generales de la seguridad</b>					
Es solo por casualidad que acá no ocurren errores más serios					
La seguridad del paciente nunca se compromete hacer más trabajo					
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área					
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir					
<b>Frecuencia de reporte de eventos</b>					
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?					
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?					
Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?					

## Anexo E. Oficio por parte de la institución para aplicación de encuestas.

 <b>CENTRO DE SALUD SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA E.S.E.</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 814.006.908-2	OFICIO	Código: DC-A-GF-04
	NIT 814.006.908-2	Versión: 01 Fecha versión: 22/05/2014 Página: 1 de 1

Córdoba, 02 de octubre del 2023.

Estudiantes.

**VIVIANA HERNÁNDEZ CUARAN.**  
**MARÍA CAMILA FAJARDO CRUZ.**

Estudiantes maestría administración en salud.  
Universidad mariana.

**Asunto:** Aceptación solicitud para desarrollo y ejecución del proyecto de investigación – Centro de salud San Bartolomé de Córdoba.

Cordial saludo.

Recibida su solicitud de realización de proyecto de investigación denominado **“PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL CENTRO DE SALUD SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA, 2023”** me permito informarle la aceptación en cuanto a esta actividad la cual se desarrollaría la sustentación y aplicación, el día 10 de octubre del 2023, en jornada de capacitaciones a las 10:30 am.

Sin otro particular atenta a cualquier inquietud.

Atentamente.

*Maryeris K. Perez P.*  
**MARYERIS PEREZ PEREZ**  
Gerente (E)  
Centro de salud san Bartolomé E.S.E

AVENIDA SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA, TELEFAX 7780085  
censanbartolomeese@gmail.com