

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE UNA INSTITUCIÓN DE
CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA DE CALI EN EL 2020

XIMENA DINAS MONTOYA



UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
JUNIO DE 2020

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE UNA INSTITUCIÓN DE
CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA DE CALI EN EL 2020

XIMENA DINAS MONTOYA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Magíster en
Administración en Salud.

ASTOLFO LEON FRANCO HERRERA

Director

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
JUNIO DE 2020

Nota de aceptación

El presente trabajo de grado ha sido aceptado como requisito parcial para obtener el título de **MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD** otorgado por la Universidad del Valle, Santiago de Cali.

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santiago de Cali, enero 13 de 2021

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO.....	8
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
2. JUSTIFICACIÓN.....	21
3. ESTADO DEL ARTE.....	22
4. MARCO DE REFERENCIA.....	31
4.1 MARCO TEÓRICO.....	31
4.1.1 Modelo de Reason de la causalidad o modelo del queso suizo.....	32
4.1.2 Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.....	33
4.1.3 Encuesta AHRQ.....	36
4.1.4 Reseña histórica de la teoría administrativa.....	40
4.1.5 Teoría de las Relaciones Humanas.....	42
4.2 MARCO NORMATIVO.....	46
5. OBJETIVOS.....	51
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	51
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
6. METODOLOGÍA.....	52
6.1 TIPO DE ESTUDIO - DISEÑO.....	52
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	52
6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	53
6.3.1 Criterios de inclusión.....	53
6.3.2 Criterios de exclusión.....	53
6.4 DISEÑO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	53
6.5 VARIABLES.....	53
6.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	57

6.7 PLAN DE ANÁLISIS	57
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	59
8. RESULTADOS	62
9. DISCUSIÓN	77
9.1 Aportes al campo de la Administración en Salud	83
10. CONCLUSIONES	84
11. RECOMENDACIONES	86

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de Reason de la causalidad o modelo del queso suizo	33
Figura 2. Modelo de causalidad de errores y eventos adversos.....	34
Figura 3. Marco de trabajo dimensiones de cultura de seguridad del paciente. ...	39
Figura 4. Relación de la teoría de las relaciones humanas y las dimensiones de la encuesta de cultura de seguridad del paciente.	46
Figura 5. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.....	48
Figura 6. Objetivos de la política de seguridad del paciente.....	49
Figura 7. Distribución en frecuencia (n) de la edad según sexo.	62
Figura 8. Número de eventos adversos o incidentes presentados en los últimos 12 meses.....	66
Figura 9. Relación estrato socioeconómico y el que los empleados estén de acuerdo en temer que los errores que cometen consten en sus expedientes.	73
Figura 10. Relación estrato socioeconómico y el que los empleados estén de acuerdo en temer que los errores que cometen consten en sus expedientes.	74

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Teorías administrativas y sus principales enfoques.	41
Tabla 2. Normatividad relacionada con la seguridad del paciente.	47
Tabla 3. Operacionalización de variables.	54
Tabla 4. Distribución porcentual de las variables socioeconómicas y demográficas de la población incluida en la investigación.	63
Tabla 5. Profesión u oficio del personal participante en la investigación.....	64
Tabla 6. Aspectos laborales relacionados con los funcionarios incluidos en la investigación.	65
Tabla 7. Dimensión: Su área/Unidad de trabajo, n (%).	67
Tabla 8. Dimensión: Su jefe / Supervisor, n (%).	69
Tabla 9. Dimensión: Comunicación, n (%).	70
Tabla 10. Dimensión: Frecuencia de sucesos notificados, n (%).	71
Tabla 11. Dimensión: Grado de seguridad del paciente, n (%).	71
Tabla 12. Dimensión: Servicio/unidad/área de trabajo de su centro, n (%).	72

GLOSARIO

Definición de conceptos aplicados a Seguridad del paciente (1).

Atención a la salud: servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Atención segura: aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y de minimizar los riesgos.

Barrera de seguridad: una práctica segura que se lleva a cabo en una unidad de salud, que se desprende de un análisis de los eventos adversos ocurridos y que tiene como objetivo principal prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento de esta naturaleza.

Calidad de la atención médica: otorgar al usuario atención médica con oportunidad, seguridad y competencia, ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo utilizando los medios disponibles. Es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

Cirugía segura salva vidas: estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico.

Condiciones peligrosas: todo conjunto de circunstancias (exceptuando la enfermedad, la afección o el trastorno por el que el paciente está recibiendo

atención, tratamiento y servicios) definidas por el establecimiento de atención médica que aumentan significativamente la probabilidad de un daño.

Cuasi falla: falta o error que no ocurrió.

Cuasi incidente: evento que casi ocurrió, o que ocurrió, pero del que nadie tiene conocimiento. Evento que podría haber tenido consecuencias no deseadas, pero no las tuvo porque no alcanzó al paciente, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna.

Cultura de la seguridad: es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.

Daño leve: incidente que causa un daño mínimo al paciente. (evento adverso).

Daño moderado: incidente que causa un daño significativo, pero no permanente. (evento adverso).

Daño severo: incidente que tiene como resultado un daño permanente. (evento centinela).

Daño relacionado con la atención a la salud: perjuicio derivado de la acción u omisión de profesionales de la salud durante la prestación de un servicio y el cual no se debe a enfermedad o lesión subyacente.

Discapacidad: cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un error, no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto daño pasado o presente.

Error médico: conducta clínica equivocada en la práctica médica o por cualquier profesional de la salud como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto.

Evento: algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

Evento centinela: hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.

Evento adverso: incidente que produce daño leve o moderado al paciente.

Mejora del sistema: resultado o efecto directo de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.

Prácticas seguras: serie de recomendaciones de buena práctica para los profesionales de la salud, que se aplican en distintos ámbitos de la atención encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos.

Seguridad del paciente: conjunto de acciones interrelacionadas que tienen como objetivo prevenir y reducir los eventos adversos, que implican un daño al paciente como resultado de la atención médica que recibe.

RESUMEN

Para la Organización Mundial de la Salud en todos los países del mundo, independientemente de su nivel de desarrollo, anualmente mueren millones de pacientes por motivos de una atención insegura en los servicios de salud. Aunque estos eventos no son acciones intencionales de los profesionales de la salud, estos pueden generar lesiones incapacitantes y hasta la muerte a los pacientes, por tal motivo los procesos y procedimientos de la atención en salud se han convertido en una problemática y además una prioridad en los sistemas de salud de todo el mundo.

La cultura de seguridad del paciente es un concepto que se define como una agrupación de valores y normas comunes de los miembros de una misma institución, que involucra un paradigma mental compartido que le da un lugar muy importante a la seguridad como un objetivo común, de manera que los individuos y la organización deben mostrar un compromiso con las diferentes actividades, estrategias y propuestas metodológicas contempladas en el programa de seguridad del paciente desarrollado en el interior de la organización. .

El objetivo de esta investigación es determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de una institución de cirugía plástica y estética de Santiago de Cali en el 2020. Esta investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo, en la cual se realizará un estudio descriptivo transversal en el año 2020, utilizando como instrumento de recolección de datos la versión española del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia.

Palabras claves: seguridad del Paciente, cultura de seguridad del paciente, calidad asistencial, cirugía plástica y estética.

ABSTRACT

For the World Health Organization, in all countries of the world, regardless of their level of development, millions of patients die annually due to unsafe care in health services. Although these events are not intentional actions of health professionals, they can generate disabling injuries and even death to patients, for this reason the processes and procedures of health care have become a problem and also a priority in health systems around the world.

The culture of patient safety is a concept that is defined as a grouping of common values and norms of the members of the same institution, which involves a shared mental paradigm that gives a very important place to safety as a common goal, of Thus, individuals and the organization must show a commitment to the different activities, strategies and methodological proposals contemplated in the patient safety program developed within the organization. .

The objective of this research is to determine the perception of the culture of patient safety in the healthcare and administrative staff of an institution of plastic and aesthetic surgery in Santiago de Cali in 2020. This research has a quantitative approach, in which A descriptive cross-sectional study will be carried out in 2020, using the Spanish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture adapted by the quality management research group of the University of Murcia as a data collection instrument.

Key words: patient safety, culture of patient safety, quality of care, plastic and cosmetic surgery.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta que la calidad de la atención en salud no es una temática nueva ya que se habla de seguridad del paciente desde hace más 50 años, en la actualidad no existe una definición unánime que describa exactamente el concepto de seguridad del paciente. Quizá la definición más acorde para relacionar la prevención del daño a los pacientes es el principio hipocrático "*Primum non nocere*", lo que significa "ante todo no hacer daño", que es el principio fundamental del personal que presta servicios de salud (2). Para la OMS la seguridad del paciente "es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable" (3). Para el Ministerio de Salud y Protección Social, "la seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de minimizar sus consecuencias" (4). Según lo planteado por las instituciones anteriormente mencionadas, lo importante en todas las organizaciones de salud es generar estrategias para prevenir los errores, aprender de los mismos y generar una cultura de seguridad que involucre no solo a los profesionales de la salud sino también a pacientes, directivas y todos los actores que estén implícitos en los procesos de calidad de la atención en salud. El informe "errar es de humanos" realizado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999, en el cual se concluyó que de 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de este país como consecuencia de los eventos adversos presentados en la atención asistencial, fue lo que encendió las alarmas y posicionó a los eventos adversos en una de las principales causas de muerte, incluso por encima de enfermedades como el cáncer de mama, VIH (Sida) y los accidentes automovilísticos (5). Este estudio marca un antes y un después con respecto a la temática de la seguridad del paciente, lo que ha hecho que se incremente la investigación sobre el tema y de igual manera se generen iniciativas para actuar sobre los riesgos evitables y que estos se convirtieran en una prioridad para los sistemas de salud.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo millones de pacientes sufren eventos adversos que les generan lesiones incapacitantes e incluso la muerte, como resultado de las prácticas médicas inseguras. La ausencia de procedimientos seguros en la atención sanitaria es un problema mundial de salud pública que afecta a todos los países independientemente del nivel de desarrollo en el que se encuentre (6).

Como resultado de diferentes estudios en donde se identificó esta problemática, la OMS en el año 2004 oficializó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual tenía como objetivo “lograr mejoras importantes para los pacientes de países ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, en todos los rincones del mundo”. Esta alianza se creó con el fin de responder a la “Resolución WHA55.18, adoptada por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002”, por medio de la cual se convocó a los países miembros a darle una mayor importancia a la problemática de la seguridad del paciente y la calidad en la atención de los servicios de salud. Esta solicitud incluye los lineamientos para que la seguridad del paciente se convierta en una prioridad de salud pública (7).

La importancia de dimensionar las características de la incidencia de los eventos adversos es el primer eslabón que se debe escalar para ofrecer soluciones y así propender por disminuir la carga de enfermedad ocasionada por los riesgos que se desenlazan de la atención que se ofrece en los servicios de salud. El cometer errores normalmente va a estar ligado a la condición humana en todas las actividades que se realizan y la medicina no es la excepción. De esta manera la respuesta primaria del ser humano al cometer un error es buscar un culpable y castigarlo, pero este modo de actuar no es el apropiado para desarrollar dentro de las organizaciones una cultura que garantice que el error no se va a volver a presentar, por el contrario, esto aleja al personal a reportar y como consecuencia de esto se pierde la oportunidad de encontrar el error, analizarlo y aprender de él para evitar que se vuelva a presentar. Por esta razón es muy importante dentro de las organizaciones de salud generar y mantener a lo largo del tiempo una cultura de seguridad del paciente que contribuya a posicionar la seguridad como un objetivo común a

perseguir de manera que los individuos y la organización en general estén comprometidos con los programas de seguridad del paciente liderados desde el “Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido en la Decreto 1011 de 2006, que tienen como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afectan la seguridad del paciente y reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (8).

En la actualidad a nivel mundial la tendencia de realizarse cirugías plásticas es cada vez mayor, las personas en buenas condiciones de salud voluntariamente deciden practicarse este tipo de procedimientos, buscando mejorar su apariencia física y/o ajustarse a los estereotipos de belleza actuales o aumentar su autoestima (9).

Cuando nos referimos a procedimientos estéticos, estos se clasifican en quirúrgicos y no quirúrgicos, dentro de los quirúrgicos encontramos los procedimientos no invasivos en los que se encuentran las prácticas y embellecimiento corporal y por otra parte los procedimientos invasivos que corresponden a los que son relacionados con la medicina estética (9).

Las actividades de embellecimiento corporal hacen referencia a todos los procedimientos no invasivos los cuales son utilizados para embellecer el cuerpo con el objetivo de limpiarlo, modificar su aspecto o mantenerlo en buen estado con o sin la utilización de productos cosméticos (9).

Los procedimientos invasivos son los que realiza un profesional de la medicina en donde se traspasa la piel mediante inyecciones intradérmicas y/o subcutáneas, o se introduce un tubo o un dispositivo médico (9).

Los procedimientos quirúrgicos son los relacionados con las cirugías estéticas, y estos son realizados en los servicios de cirugía estética en donde el médico especialista en cirugía plástica y estética, u otra especialidad quirúrgica es el responsable de realizar tratamientos quirúrgicos con finalidad estética corporal, facial o capilar (9).

Los procedimientos quirúrgicos en estética como en cualquier especialidad tienen riesgos, unos con bajos riesgos y otros con un nivel más alto de riesgo, por ejemplo

podemos citar procedimientos que va desde masajes corporales, depilación con láser y llegar hasta cirugías complejas como abdominoplastias, lipoesculturas y la combinación de varios procedimientos que hacen que estos se conviertan en un riesgo potencial de complicaciones para los pacientes, los riesgos pueden relacionarse con diferente factores, entre ellos la calidad de los productos, formación y experiencia del profesional, condición y estado de salud del paciente, numero de procedimientos practicados de manera simultánea, tiempo quirúrgico, técnicas y tecnologías aplicadas, entre otros (9).

“En el 2014 la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética publicó estadísticas sobre los procedimientos estéticos en todo el mundo, estimando un total de cirugías plásticas estéticas de 9.645.395, mientras que de procedimientos estéticos no quirúrgicos se practicaron 10.591.506 para un total de procedimientos estéticos quirúrgicos y no quirúrgicos de 20.236.901. Los países con mayor número de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos estéticos se encuentran: Estados Unidos (4.064.571); Brasil (2.058.505); Japón (1.260.351); Corea del Sur (980.313); México (706.072); Alemania (533.622); Francia (416.148) Colombia (357.115)” (10). Los procedimientos más comunes son la cirugía de párpados (blefaroplastia), aumento de senos y lipoescultura y dentro de los no quirúrgicos encontramos aplicación de toxina botulínica, ácido hialurónico, depilación (10).

Dependiendo del procedimiento que se realicen los pacientes pueden presentar lesiones leves y/o complicaciones que pueden ocasionar la muerte, con la particularidad que estos procedimientos son electivos y en pacientes sanos, lo cual genera un impacto social y medico muy alto cuando terminan en complicaciones graves y en la muerte (10).

La ISAPS (La Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética), en diciembre de 2019 publico los resultados de su Encuesta Internacional Anual sobre Procedimientos Estéticos/Cosméticos que mostró un aumento general del 5,4% en procedimientos cosméticos realizados en 2018 (9).

La encuesta dio a conocer algunos aspectos importantes de la encuesta global del 2018. Los tratamientos no invasivos como rellenos aumentaron en un 10,4%,

significativamente más que las operaciones estéticas que tuvieron una leve disminución del 0,6%. El aumento de mamas ocupa el primer lugar entre las operaciones más frecuentes. Esto representa un crecimiento de 6,1% en comparación con el año anterior y del 27,6% en comparación con 2014 (9).

Los procedimientos quirúrgicos que más aumentaron fueron liposucción y abdominoplastia, los dos con un aumento del 9% en comparación del año 2017.

Los tratamientos en donde se utiliza la toxina botulínica fue el que más aumento desde el 2017 con un incremento de 17,4%, seguido de los tratamientos de relleno con ácido hialurónico con un 11,6% (9).

Dentro de los principales países que realizan procedimientos estéticos, tenemos que EE. UU y Brasil, representan el 28,4% del total de procedimientos estéticos realizados en todo el mundo, y los países restantes son (México, Alemania, India, Italia, Argentina, Colombia, Australia y Tailandia. Según estos resultados Colombia ocupa el octavo lugar a nivel mundial en donde más se realizan este tipo de procedimientos (9).

Según datos del documento Turismo de salud: cirugías estéticas, un mercado potencial para la exportación de servicio, las ciudades que más reciben turistas que llegan en el objetivo de realizarse procedimientos quirúrgicos son Bogotá Medellín, Bucaramanga y Cali (11).

En Cali hay 76 Instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética (12). La institución objeto de estudio se encuentra ubicada en el sur de la ciudad de Santiago de Cali y es uno de los centros más reconocidos en esta ciudad, esta institución es una organización con una gran trayectoria, que fue fundada en el año 1990, es decir lleva 30 años en el mercado prestando los servicios de cirugías plásticas y otros complementarios como los masajes posquirúrgicos, terapias en cámara hiperbárica, y otros servicios como la hotelería para los pacientes extranjeros, ofreciendo así un servicio integral en donde los pacientes encuentran en un mismo lugar una atención integral que va desde su cirugía hasta la recuperación completa de la misma. Esta institución en la actualidad

cuenta con 7 salas de cirugía en las cuales se realizan alrededor de 3600 cirugías anuales.

En 2003 el National Quality Forum (NQF) de Estados Unidos publicó un documento tomado del consenso entre sus integrantes, sobre las primeras 30 "prácticas seguras" que las instituciones que atienden a los pacientes deberían implementar a su interior para mejorar la seguridad de los pacientes. Crear una cultura de seguridad fue clasificada como la primera práctica a implementar. En 2004 la agencia para la investigación de la calidad de atención en salud (AHRQ) definió la herramienta para evaluar el grado de clima de cultura de seguridad de las instituciones y desde entonces hasta ahora, es la más utilizada en todo el mundo. Ambas organizaciones consideran la cultura de seguridad como un indicador estructural básico que favorece la implementación de buenas prácticas clínicas e, incluso, la utilización efectiva de otras estrategias, como la notificación de incidentes y aprendizaje con los problemas (13).

La herramienta consta de 12 dimensiones: Aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la unidad/servicio, notificación de eventos relacionados con la seguridad, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad/servicio, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, retroalimentación y comunicación sobre los errores, trabajo en equipo entre unidades/servicios, percepción global de seguridad, dotación de personal, respuesta no punitiva a los errores y transparencia ante los errores. Las preguntas son respondidas mediante escala de Likert (14).

La cirugía plástica es una actividad asistencial dependiente de los resultados clínicos y por lo tanto, propensa a que se generen insatisfacciones de los pacientes y consecuentemente reclamaciones de orden médico legales. Adicionalmente, no existe, a hoy en la literatura internacional, estudios que evalúen la cultura de

seguridad el paciente en instituciones prestadoras de servicios de cirugía plástica. Estos factores representan un problema latente para la institución y por ello, determinar el grado de clima de cultura de seguridad del paciente se hace necesario.

En concordancia con los planteamientos anteriores este trabajo tiene el interés de determinar y analizar cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal en una institución de cirugía plástica y estética de la ciudad de Cali, mediante la utilización del cuestionario "Hospital Survey on Patient Safety Cultura" (HSOPSC) de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) el cual se ha traducido a diferentes idiomas entre ellos al español. Fue validado en español y utilizado en España por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia con α de Cronbach que oscilo entre 0,64 a 0,88 (14).

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de una institución de Cirugía Plástica y Estética en Cali en el 2020?

2. JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención en salud. La seguridad es un tema que progresivamente se ha convertido en un asunto de interés general en el área de la salud. De ahí la importancia de evidenciar estudios de investigación relacionados con el tema, que permitan describir la realidad al interior de las organizaciones de salud con respecto a las creencias, valores y diferentes actitudes que tienen los individuos y la organización frente al compromiso de posicionar la seguridad del paciente como un objetivo común en la institución, y que esta haga parte fundamental de la cultura organizacional desarrollada al interior de ésta.

Los estudios de percepción se realizan para promover en las organizaciones una cultura institucional de seguridad del paciente en la práctica profesional con el objetivo de brindar el mayor grado de satisfacción y bienestar a los pacientes y hacer de las instituciones de salud organizaciones altamente confiables. Con los resultados que se generen de este estudio se obtendrá unos beneficios para la institución en los que se pondrán en evidencia las necesidades y vacíos dentro de la institución que conduzcan a implementar estrategias en busca de la calidad de la atención en salud, exigencia no solo legal, sino también ética, para quienes laboran en este ámbito.

3. ESTADO DEL ARTE

En las últimas décadas y en el mundo entero la seguridad del paciente se ha considerado como un problema de salud pública. Esta temática encendió las alarmas desde que el instituto de salud de Estados Unidos (EEUU) dio a conocer el informe “Errar es humano”, en el cual se definió que los eventos adversos presentados por la atención clínica generaban en este país alrededor de 48,000 a 94,000 muertes al año derivados de los procesos inseguros de la prestación de servicios en salud e incluso estas cifras eran superiores a la mortalidad asociada por enfermedades como el cáncer de mama, VIH/Sida y los accidentes automovilísticos (5). La problemática de los eventos adversos es generalizada para países desarrollados y en desarrollo, y se presenta en todos los niveles de atención razón por la cual la OMS decidió formar una alianza con los líderes mundiales de la salud con la finalidad de disminuir la morbilidad, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de los errores de la atención en salud.

En Colombia el SOGCS (Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud) (8), establece cinco características, la seguridad es una de estas; así mismo en el 2008 se convierte en una política nacional que tiene como objetivo disminuir e incluso eliminar la ocurrencia de eventos adversos y de esta manera contar en el ámbito nacional con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (15).

La seguridad del paciente está fundamentada en dos líneas de pensamiento: 1) La teoría del error de Reason y, 2) La cultura de seguridad del paciente (16). Teniendo en cuenta estos dos constructos se justifica la importancia de evaluar la cultura de seguridad en el interior de las instituciones de salud. Como se menciona anteriormente el desarrollo de una cultura organizacional hace parte de la columna vertebral de la seguridad del paciente y por consiguiente ayuda a que las organizaciones se conviertan en instituciones altamente confiables, que finalmente es el objetivo de los procesos de calidad de la atención en salud.

A continuación, se relacionan los diferentes estudios que se han realizado analizando la prevalencia de los eventos adversos y la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial en diferentes servicios de salud en contextos nacionales e internacionales.

El estudio IBEAS es un estudio muy importante que se realizó en 5 países de Latinoamérica: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Este fue un trabajo colaborativo de varias organizaciones tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de los países participantes. El objetivo principal del estudio era tener claridad en la prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica; el diseño de este estudio fue observacional analítico de corte transversal, la muestra estimó que fuera de 2000 pacientes por cada país y los resultados encontraron los siguientes hallazgos:” La prevalencia global de pacientes con algún evento adverso fue de un 10,5%. La prevalencia de EA fue de 11,85%”. Los eventos adversos detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. Los 5 eventos adversos más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica (8,2%), úlceras por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y sepsis o bacteriemia (5%), acumulando un total del 36,2% de los eventos adversos identificados” (17).

En el estudio que realizó Pozo & Padilla (18), en el 2012, el cual consistió en evaluar la cultura de seguridad en los profesionales del Área Sanitaria Norte de Málaga-Antequera (ASNM), adscrita al Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la junta de Andalucía (España), la metodología utilizada en este estudio fue descriptiva transversal por medio de la cual se recogieron los resultados del nivel de cultura de seguridad utilizando una muestra aleatoria de 247 profesionales sanitarios, el instrumento utilizado fue la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) de la *Agency for Healthcare Research and Quality*

(AHRQ) adaptada al castellano. Se analizaron 176 encuestas con una tasa de respuesta del 71,2%. El 50% califican el clima de seguridad como muy bueno, el 37% como aceptable y el 7% como excelente. Como fortalezas destacan las dimensiones «trabajo en equipo dentro de las unidades» (80,8%) y «expectativas y acciones de la dirección» (80,5%). Como oportunidades de mejora se identifican las dimensiones «dotación de personal» (37,9%), «respuesta no punitiva a los errores» (41,6%) y «notificación de eventos adversos» (49,0%).

En el estudio realizado por Castañeda y cols., en el 2013 en el Hospital General del Sistema de Salud, en Tampico, Tamaulipas, México (19), se utilizó la encuesta para el análisis de la cultura de la seguridad de la *Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR*. Los resultados obtenidos en este estudio fueron los siguientes: como fortalezas encontramos las dimensiones de trabajo en equipo en la unidad/servicio y aprendizaje organizacional. Con respecto a la mejora continua se identificó la dotación de personal, respuesta no punitiva a los errores, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, percepción de seguridad, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades y franqueza de la comunicación. El clima de seguridad fue evaluado con una media de 7,35. El mayor porcentaje no reporta eventos adversos asociados a la atención para la salud.

En el estudio de Meléndez y cols., en el 2014 (20), se realizó en un hospital pediátrico en México. Se utilizó la encuesta sobre seguridad del paciente en hospitales del sistema nacional de salud de México validado y adaptado en México por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, (CONAMED) en 2009, con los resultados obtenidos se logró evidenciar como fortaleza dotación de personal (93%), frecuencia de eventos notificados (85%), aprendizaje organizacional (83%) y percepción de seguridad (79%). Las dimensiones percibidas como oportunidad de mejora correspondieron a: trabajo en equipo en hospital (10.1%) y problemas en cambio de turno (10.1%), expectativas y acciones de la dirección (10.5%), *feedback* (17.8%), franqueza en la comunicación (24.3%), trabajo en equipo en la

unidad/servicio (35.6%), apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (31.6%) y respuesta no punitiva al error (43.7%).

En la investigación realizada en Brasil en el 2014 por los autores, Barbosa y cols., (21), el instrumento utilizado fue el Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ), validado para el idioma portugués de Brasil. Los resultados en este estudio con respecto al primer dominio el relacionado al clima del trabajo en equipo obtuvieron un resultado de 62,29, lo que indica una buena percepción del clima de trabajo en equipo. En el dominio dos, en que se evalúa el clima de seguridad, hubo una puntuación insatisfactoria, con puntuación de 63,67. El dominio tres, relacionado a la satisfacción en el trabajo, obtuvo puntaje satisfactorio de 80,22. El dominio 4 referente a la percepción del estrés obtuvo puntuación 62,85. El dominio referente a las condiciones de trabajo presentó baja puntuación, 53,29. La menor media observada entre los dominios fue la que relaciona la percepción de la gerencia de la unidad y del hospital.

El siguiente estudio se realizó en una institución en Argentina en el 2015, por los autores Ramos, Coca y Abeldaño (22). Los cuales identificaron que las áreas de fortaleza correspondieron al aprendizaje organizacional/ mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal. El instrumento de recolección de la información fue la versión española del instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia.

En 2015, Martínez y col. (23). Realizaron un estudio en el personal de enfermería en instituciones de nivel I, II, III y IV de atención en el departamento de Antioquia en convenio con la Corporación Universitaria Adventista.

Los resultados en general de estas instituciones presentaron algunas variaciones al calificar el grado de seguridad en cada una de las instituciones. En la institución de nivel I, el resultado fue el 60,1% del personal de enfermería percibe entre 3 y 7 puntos sobre 10; en el hospital nivel II el 62,6% del personal la calificación esta entre 5 y 7 puntos sobre 10; en las instituciones de nivel III y IV, el 33,3% del personal

manifestó que el nivel de seguridad de su servicio es de 6 a 7 puntos sobre 10 y el 66% entre 8 y 9 puntos sobre 10. El instrumento utilizado para la recolección de la información fue encuesta diseñada por la *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ).

En Colombia en la ciudad de Medellín en el año 2015 se realizó un estudio acerca del clima de la seguridad del paciente en el Hospital General de Medellín (24), con una muestra de 348 personas utilizaron como instrumento la encuesta de la *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ). Con base en lo anterior se encontró, una calificación global del clima de seguridad del paciente, reportada del 80,4% esta calificación se cataloga como excelente y muy bueno. Con respecto a la dimensión de la frecuencia de eventos reportados en un 70,7% de las personas respondió que los eventos relacionados con la seguridad del paciente (SP) se notificaron “siempre” o “la mayoría de veces”, la percepción del personal con respecto a la seguridad obtuvo un porcentaje de 62%, en la dimensión que tiene como objetivo conocer la percepción de los participantes sobre la importancia que le dan los jefes de servicio y supervisores a la SP, un 74,1% de los participantes manifestó que las acciones implementadas por ellos contribuyen a la SP. Con respecto al aprendizaje organizacional el 86,3% identificó la existencia e implementación de un plan de mejoramiento continuo sistemático. La exploración de la dimensión de “Trabajo en equipo en el área/servicio” evidenció la cohesión, comportamiento y cooperación existente entre el personal de las áreas y servicios de la organización tendientes a contribuir con la SP. Un 73,3% de los participantes reveló que existe un despliegue positivo de la dimensión. Sobre la franqueza en la comunicación el 59% de los encuestados determinó que existe apertura en la comunicación de las diferentes situaciones o eventos que afectan la atención del paciente y la relación laboral. Dimensión de retroalimentación y comunicación sobre errores el 79,1% de los encuestados estimó que el Hospital cuenta con procesos de retroalimentación, en la dimensión de respuesta no punitiva a los errores el 46,8% de los participantes respondió de forma positiva, lo que evidencia que el personal teme y se preocupa por las consecuencias de un error en la prestación del servicio; con respecto a la

dotación de personal el 48,3% de los participantes respondió positivamente; en la dimensión de apoyo de la gerencia el 91,6% de los participantes estuvo de acuerdo en que la gerencia tiene como prioridad la SP. En el trabajo en equipo entre las áreas el 71,3% de los participantes afirmó que existe una buena articulación entre las áreas y servicios, por último, en la dimensión de cambios de turnos se evidencia que el 61,9% de los encuestados afirmó que los procesos de información e interacción son efectivos, pero más de la tercera parte (38,1%) entregó respuestas neutras y negativas.

En este estudio se evaluó el clima de seguridad del paciente en un hospital filantrópico de Minas Gerais (Brasil) (25). Estudio de enfoque cuantitativo realizado con una muestra de 198 profesionales de salud, el instrumento utilizado fue la encuesta de *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Los resultados en general en cuanto al clima de seguridad del paciente fueron de (69,5), la percepción de los profesionales en la institución fue negativa. El dominio de satisfacción en el trabajo obtuvo mayor puntuación (81,98), la dimensión de trabajo en equipo el resultado fue de (71,17), el clima de seguridad (70,12), la percepción de estrés fue de (68,03), la percepción de la gerencia en la unidad y en el hospital (62,15), las condiciones de trabajo (71,14). “En conclusión, la identificación de variables predictoras es una importante herramienta para la implementación de una cultura de seguridad, favoreciendo calidad de la asistencia y reducción de eventos adverso.

En el 2017, se realizó un estudio en el servicio de urgencias de una Institución prestadora de servicio de salud de cuarto nivel de complejidad, en la ciudad de Bucaramanga (26). El instrumento que se eligió es la encuesta “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” (HSPSC) desarrollado por la *Agency for Healthcare Research*. Los resultados encontrados en este estudio se relacionan a continuación. En la dimensión de eventos notificados solo el 60.4%, expresó que hay un reporte apropiado de eventos adversos, por lo que esta dimensión no se puede considerar como una fortaleza, la dimensión de percepción en la seguridad del paciente en su conjunto es considerada como fortaleza dado el porcentaje de respuestas positivas con un 78.12%. Se puede observar que el 85,43% del personal percibe que las

acciones de la dirección favorecen la seguridad del paciente, llegando a considerarse esta dimensión como una fortaleza. La dimensión de aprendizaje organizacional/mejora continua, esta se considera otra oportunidad de mejoramiento con un 71,8%. La dimensión de trabajo en equipo por seguridad del paciente presenta una fortaleza con un 78,9%. El resultado de esta dimensión es preocupante ya que el 54,16 % hace referencia en que no hay franqueza en la comunicación considerándose una oportunidad de mejora en la institución. El 55% de los encuestados dice que la retroalimentación y comunicación sobre los errores de seguridad no son adecuadas, esto se convierte una debilidad para la institución. Esta dimensión de respuesta no punitiva a errores presenta un 54,2% preguntas positivas, lo que determina que la institución debe trabajar por mejorar este aspecto. La dimensión de dotación de personal presenta el 49,25 % respuestas positivas siendo esta una debilidad institucional, la dimensión apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente con el 76% de su resultado se considera una fortaleza institucional según los criterios de la encuesta. La dimensión de trabajo entre unidades/servicio, esta se considera otra oportunidad de mejoramiento con un 64,1 %. Los cambios de turno o transición entre servicios es el 66.7 % según los criterios de la encuesta son una oportunidad de mejora en la institución. La dimensión del manejo de los medicamentos en el servicio el 59.3 % del total de resultados de las variables da como oportunidad de mejora institucional.

La investigación de la Universidad de Santander acerca de la cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil, en el 2018, utilizó el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety*, versión en español (27). Dentro de los resultados del estudio se encuentran: frecuencia de eventos notificados 62,03%, percepción de seguridad 65,27%, expectativas y acciones de la dirección/ /supervisión que favorecen la seguridad 71,53%, aprendizaje organizacional/mejora continua 75,90%, trabajo en equipo dentro de la unidad//servicio 90,28%, franqueza en la comunicación 34,26%. *Feed-back* y comunicación sobre errores 65,74%, respuesta no punitiva a los errores 40,74%, dotación de personal 65,97%, Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del

paciente 75%, 73,61%, problemas en cambios de turno y transición entre servicios 74,30%.

En el estudio realizado en 6 centros quirúrgicos de Antioquia (Colombia), el cual se realizó durante el periodo comprendido entre noviembre de 2016 a noviembre de 2018, a 514 trabajadores del área de la salud, y en el cual se utilizó la encuesta el Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Resultados:** En una escala de cero a diez, el promedio del clima de seguridad en los servicios de cirugía es 8. El 62% de las respuestas sobre la percepción de la cultura de la seguridad fue positiva. Las de mayor puntuación fue: aprendizaje organizacional/mejora continua en 82,94% de los trabajadores; en el trabajo en equipo en el servicio, 82,94%. Las de menor puntuación fueron: respuesta no punitiva a errores 46,25%; y franqueza en comunicación 45,38%. Se detectaron fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad de los pacientes. En cuanto a las Fortalezas: el Aprendizaje organizacional/mejora continua y el Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (14). Con respecto a la evidencia de los estudios que se han realizado a lo largo de esta década acerca de la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de las instituciones de salud, se puede identificar que los resultados varían de acuerdo con las instituciones, los servicios, el tamaño de la institución, la estructura organizacional. Se logra evidenciar que existen múltiples factores que influyen en la percepción del personal, lo que probablemente plantea que la cultura en el interior de las organizaciones es tan heterogénea como las personas que laboran en cada una de estas. De ahí la importancia de conocer los valores, las actitudes, los comportamientos de los equipos de trabajo, para identificar el clima organizacional y realizar los ajustes necesarios para que la dinámica del grupo no se altere y se continúe con el propósito de mantener fortalecido el objetivo principal, que es disminuir el riesgo de los errores derivados de la prestación de los servicios de salud. Cambiar la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias es un reto complejo, ya que no existe una receta mágica conductual para desarrollar una cultura organizacional perfecta, según las teorías de enseñanza orientadas a educar

personas adultas se ha demostrado que no se trata de decirle al profesional que hacer sino implicarlo en el aprendizaje a través de su propia experiencia.

4. MARCO DE REFERENCIA

En el siguiente apartado se exponen los diferentes conceptos y referentes teóricos en los cuales se delimita este trabajo de investigación, en primera instancia se abordará una breve historia de la teoría de la administración y la descripción de sus cinco etapas, a continuación la teoría de la relaciones humanas propuesta por Elton Mayo y la importancia del experimento de Hawthorne; en segundo lugar, se describirán conceptos como el clima organizacional, cultura de seguridad del paciente y la importancia de estos en el interior de las organizaciones de salud. Por último, el marco normativo en el cual se delimita la política de seguridad del paciente en Colombia y como se debe desplegar a las instituciones de salud que finalmente son las que ejecutan los lineamientos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el país.

4.1 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 y 2) La cultura de seguridad (28).

La teoría del error de Reason: hace referencia a que “*el ser humano es falible y por lo tanto a pesar de los esfuerzos que se realizan por evitar los errores estos continuaran presentándose, lo que hace necesario que los procesos asistenciales se reorganicen de una manera en la cual se generen barreras más fuertes para evitar situaciones de riesgo o se implementen estrategias de identificación anticipada de los errores más frecuentes en la prestación de los servicios de salud*” (28).

La cultura de seguridad del paciente: “*Es el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de*

manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente” (28).

4.1.1 Modelo de Reason de la causalidad o modelo del queso suizo. James T. Reason, después de estudiar varios sucesos catastróficos propuso en 1990 el modelo del queso suizo, por medio del cual explica la forma del porque ocurren fallas, desastres y fallas en sistemas complejos. Por lo tanto, es un modelo que funciona muy bien para realizar el análisis, gestión y prevención de riesgos (29).

Según la representación gráfica de Reason, cualquier componente de una organización puede considerarse un segmento del queso. Por ejemplo, la administración es un segmento, la infraestructura otro, la asignación de recursos, el programa de seguridad, los controles de calidad, la cultura, el liderazgo y así sucesivamente todos los elementos que conforman un sistema. Pero estos elementos no son perfectos, siempre tienen debilidades y falencias. Por lo tanto, estos componentes se representan como las lonchas del queso suizo y los agujeros del queso hacen referencia a esas deficiencias que son las que en determinados momentos se alinean en cada segmento y pueden desencadenar un evento, accidente o desastre. Es importante tener en cuenta que en este modelo se asume que las pequeñas fallas pueden llevar a grandes eventos (29).

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

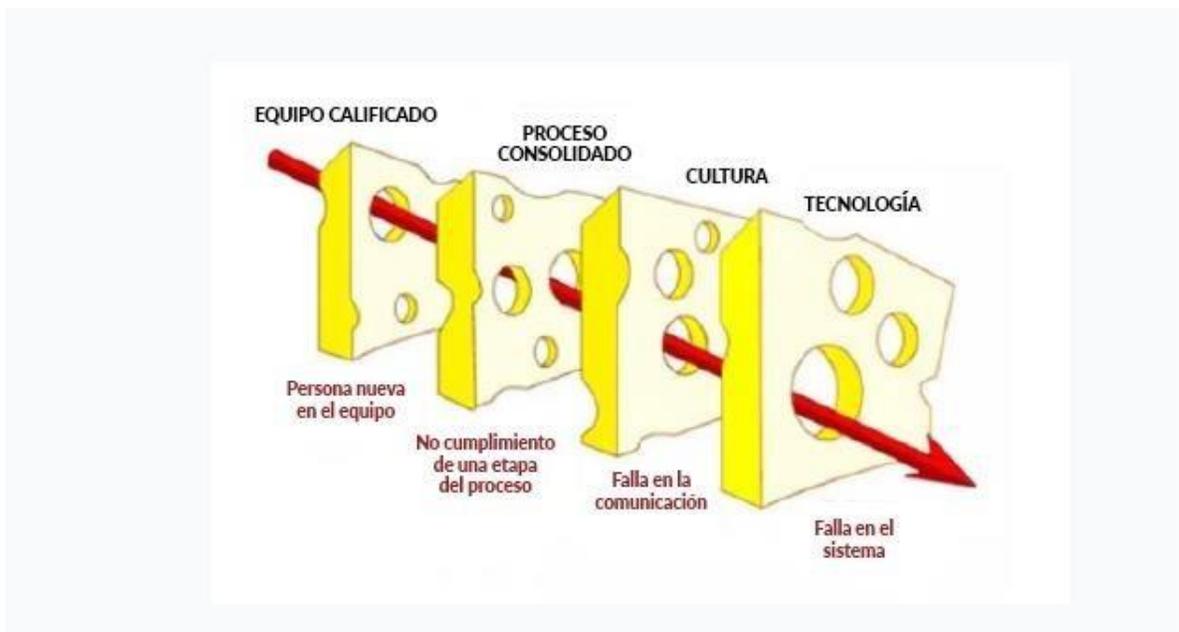
- ✓ Los accidentes normalmente se presentan cuando convergen varios factores.
- ✓ Los factores pueden ser individuales, organizativos o sistémicos,
- ✓ Las fallas que pueden llevar a que se desencadene un evento catastrófico, cuando se presentan de manera aislada no tienen un impacto significativo.
- ✓ Errar es de humanos y por lo tanto se deben diseñar sistemas que mitiguen estos errores.

- ✓ 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.

Según el modelo los accidentes se presentan por la combinación de dos factores, las fallas latentes y las activas (30).

La falla activa es cuando no se cumple con un procedimiento estándar o cualquier otra actividad que eventualmente se requiera. Las fallas latentes son las fallas que se encuentran en los procesos, procedimientos, maquinas o cualquier otra cosa. Estas son fallas que esperan ser activadas por una falla activa (30).

Figura 1. Modelo de Reason de la causalidad o modelo del queso suizo

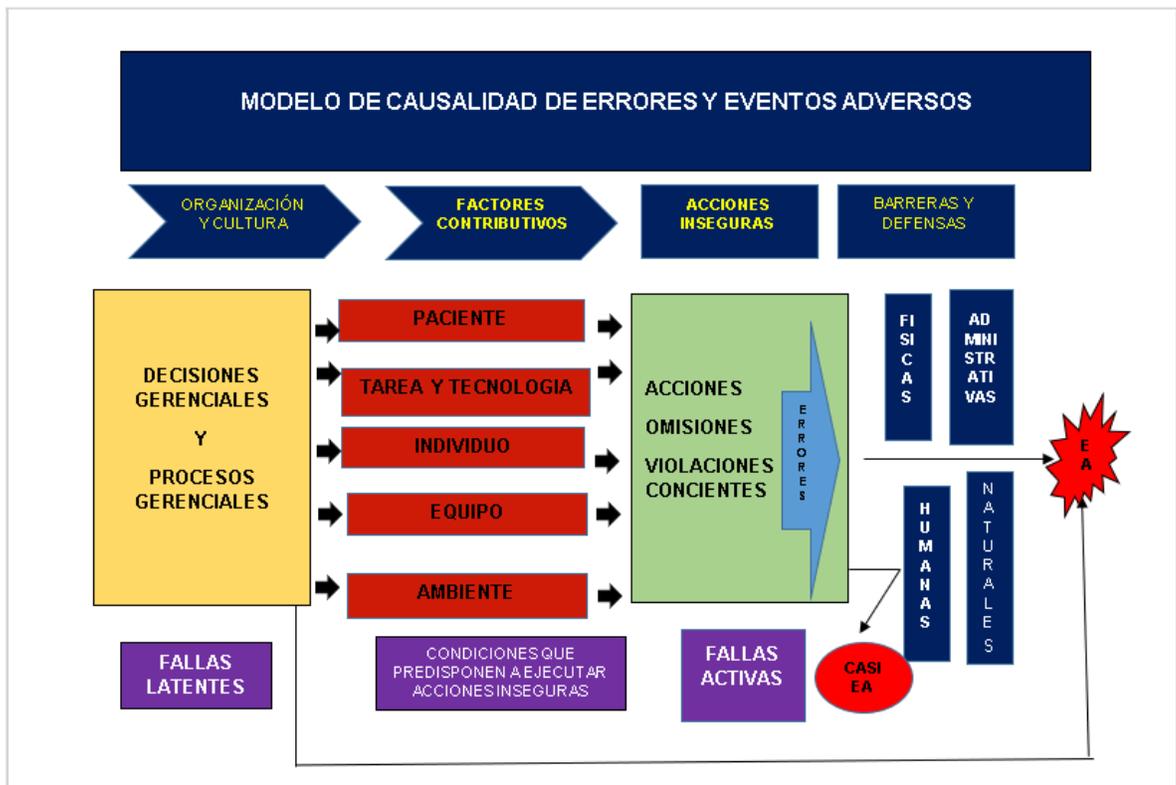


Fuente: (29).

4.1.2 Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos. La teoría en la cual se basa este modelo tiene sus fundamentos en investigaciones realizadas en sectores diferentes al de la salud. En industrias como la nuclear, la aviación y la del petróleo la investigación en accidentes es una rutina establecida. Los expertos en el tema han logrado desarrollar diferentes métodos de análisis de los cuales

algunos han sido adaptados para el uso clínico – asistencial (26). Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason el cual esta aplicado a la causalidad de errores y eventos adversos, para comprender mejor la ocurrencia de incidentes podemos revisar a detalle el diagrama que se adjunta a continuación.

Figura 2. Modelo de causalidad de errores y eventos adversos.



Fuente:(30).

En el gráfico anterior se encuentra plasmado el modelo de causalidad de errores y eventos adversos, en este modelo las decisiones que se toman a nivel de la alta gerencia de la organización son desplegadas hacia abajo por medio de diferentes canales departamentales y finalmente llegan y afectan los sitios de trabajo, generando ciertas condiciones que pueden condicionar diferentes conductas inseguras (30).

Para realizar el análisis de cada uno de estos elementos es imprescindible revisarlos detalladamente y por separado, iniciando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron hasta llegar a la cultura y los procesos organizacionales. Lo primero que se debe realizar dentro del proceso de análisis es la identificación de las acciones inseguras en que y como incidieron las personas que tienen a cargo ejecutar esa tarea (cirujano, enfermera, anestesiólogo, etc.) Las acciones u omisiones son todas las actividades realizadas por el personal asistencial que tienen el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso para seguir es reflexionar con respecto al contexto institucional en general y cuáles fueron las circunstancias en que se cometió el error, a lo que llamamos los factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen al personal a realizar acciones inseguras que pueden estar relacionadas con diferentes factores como la carga laboral y fatiga, pericia, conocimiento, experiencia inadecuada, procesos de inducción deficientes, entorno laboral estresante, cambios abruptos en el interior de la organización, mala programación de turnos, niveles de comunicación bajos, inadecuados mantenimiento de infraestructura y equipos. Todas estas situaciones pueden afectar el adecuado desempeño de los empleados de una organización y aumentan la probabilidad de que se cometan errores y se afecten los resultados para los pacientes (30).

En el primer eslabón de los factores contributivos se encuentran los del paciente. Las condiciones de salud del paciente juegan un papel muy importante en el proceso de atención y sus resultados. Además, otros factores como los son el lenguaje, su personalidad, sus creencias religiosas, su estado mental, son factores que pueden afectar una comunicación asertiva con los prestadores. La manera de planear y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden afectar de igual manera la calidad de la atención. Los factores del individuo (prestador) tales como el conocimiento, la experiencia, el cansancio, la salud mental y física también pueden desencadenar posibles escenarios para que se presenten incidentes o eventos en el proceso de atención del usuario. En la actualidad la atención en salud es muy compleja ya que está compuesta por la participación de más de un individuo

lo que requiere que haya una adecuada coordinación entre ellos; es decir la atención en salud depende más de un equipo que de un individuo. Por esta razón es tan importante que el personal de salud tenga claro que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. El ambiente físico como (ruido, la luz, el espacio), el social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que también afectan el desempeño de los individuos. Las decisiones tomadas desde las directivas de la institución influyen en los equipos de trabajo. Estas tienen que ver por ejemplo con las políticas del personal temporal, la educación continua, los procesos de entrenamiento, disponibilidad de equipos y suministros necesarios para la prestación los servicios de salud. Es claro que la organización se desempeña en un entorno del cual no puede sustraerse. Como lo es el contexto económico y normativo la relación que tienen con las instituciones externas (30).

4.1.3 Encuesta AHRQ. Otro de los hitos de la seguridad del paciente es la cultura de seguridad del paciente que se identifica en el interior de las instituciones de salud, esta se mide por medio de la encuesta de ***Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)***, en la cual se relacionan 12 dimensiones que definen cuales son las fortalezas, debilidades y aspectos por mejorar de las organizaciones con respecto a este tema.

Dimensiones de la cultura de seguridad que mide el cuestionario. El cuestionario AHRQ original se agrupa en 12 dimensiones, con esta se busca obtener la percepción que tienen los profesionales que responden el cuestionario sobre cada ítem y dimensión. Tanto en la versión original como la adaptada al español, este es un cuestionario auto administrado y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos. A continuación, se describen el significado de cada una de las dimensiones (31).

Frecuencia de eventos notificados: se notifican los errores siguientes:

- ✓ Errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente,
- ✓ Errores sin daño potencial para el paciente y
- ✓ Errores que podían haber provocado daño al paciente, pero no lo hicieron.

Trabajo en equipo en la unidad/servicio: apoyo entre los profesionales de la unidad o servicio entre sí, trato respetuoso y conjuntamente como un equipo.

Dotación de personal: hace referencia a la disposición personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.

Percepción de seguridad: lo que piensan los empleados con respecto a que los procedimientos y sistemas implementados en la organización son buenos y en el momento de prevenir errores y no existen problemas de seguridad del paciente.

Franqueza en la comunicación: es la manera como los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y sienten libertad de comentarlo con los profesionales de mayor autoridad.

Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente: las directivas de la institución favorecen un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y resalta la seguridad del paciente como una prioridad.

Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad: los responsables toman en consideración las sugerencias de las unidades/servicio que favorecen la seguridad profesional encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de seguridad del paciente.

Retroalimentación y comunicación sobre errores: es la realimentación hacia los profesionales de los errores que ocurren, de los cambios que sean implementado y comentan la manera de prevenir los errores.

Trabajo en equipo entre áreas: las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.

Aprendizaje organizacional/mejora continua: existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.

Respuesta no punitiva a los errores: los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizaran en contra suya y que los errores no constaran en su expediente personal.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios: para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades se generan problemas en la transferencia de información que pueden terminar en eventos adversos.

Los resultados de la encuesta se miden con la escala de Likert, esta es un instrumento psicométrico en el cual la persona que responde la encuesta indica si está de acuerdo o en desacuerdo acerca de un ítem, afirmación o declaración. Estos instrumentos son más utilizados para la medición en ciencias sociales. La escala de Likert “surgió en 1932 cuando su creador Rensis Likert (1903-1981) publicó un informe en el que exponía como usar un tipo de instrumento para la medición de actitudes” (32). “Originalmente, este tipo de instrumentos consistía en una colección de ítems, la mitad expresando una posición acorde con la actitud a medir y la otra mitad en contra. Cada ítem iba acompañado de una escala de valoración ordinal. Esta escala incluía un punto medio neutral, así como puntos a izquierda y derecha, originalmente de desacuerdo y de acuerdo, con opciones de respuesta numéricas de 1 a 5. La escala de alternativas aparecía en horizontal, uniformemente espaciadas, al lado del ítem e incluyendo las etiquetas numéricas” (32).

Teniendo en cuenta el referente teórico anteriormente expuesto se realizó una adaptación del modelo propuesto por James Reason integrando como variables, las dimensiones que se evalúan en la encuesta *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*.

Figura 3. Marco de trabajo dimensiones de cultura de seguridad del paciente.



Fuente: adaptado

En el modelo adaptado encontramos la siguiente estructura, **las decisiones gerenciales y los procesos gerenciales** se despliegan hacia debajo de manera que se extienden a todos los sitios de trabajo, aquí se relacionan las dimensiones que tienen implícitas actividades en donde están inmersas los temas puntuales que tienen que ver con los procesos gerenciales como los son el apoyo de la gerencia al mantenimiento de la política de seguridad del paciente, acciones de la dirección (como actúan los superiores dentro de los grupos de trabajo), el apoyo de la alta gerencia en todo lo concerniente al aprendizaje organizacional y la mejora continua en los programas de seguridad del paciente. A continuación, tenemos los **factores contributivos** que hacen referencia a las acciones que se desarrollan al interior de la organización que tienen que ver directamente con los procesos asistenciales que afectan la seguridad del paciente; pero son elementos esenciales en los resultados de la percepción que tienen los empleados con la cultura de SP, en la organización. Por lo tanto, tienen relación con las dimensiones de frecuencia de eventos

reportados, respuesta no punitiva a los errores, franqueza en la comunicación. *feedback* y comunicación sobre errores, trabajo en equipo entre unidades, trabajo en equipo en la unidad/servicio. **Las acciones inseguras** son las fallas que se pueden presentar durante la atención de los pacientes y tiene relación con las dimensiones de los problemas que se pueden presentar en los cambios de turno, debido a una entrega inadecuada, olvidos en la medicación, la dotación del personal. **Las barreras** se crean con el fin de mitigar los errores y evitar que se presenten los eventos adversos, dentro de estas tenemos las físicas, administrativas, humanas y naturales.

Todo este andamiaje es el que está representado dentro del interior de la organización como los procesos, procedimientos, estrategias, indicadores, etc. Para el cumplimiento del objetivo principal que es la seguridad del paciente. La interrelación de todo esto es lo que genera o crea la percepción de la seguridad en la organización y finalmente lo que se trasmite a los usuarios de la organización.

4.1.4 Reseña histórica de la teoría administrativa. Antes de plantear la teoría de las relaciones humanas es importante realizar una breve reseña histórica de la evolución de la teoría de la administración.

La teoría de la administración se puede decir que en ciertos aspectos es una consecuencia de la teoría de las organizaciones. La teoría de la administración se dedica al estudio de la administración de las organizaciones en términos generales y particulares, es una teoría que constantemente genera nuevos conocimientos y amplía su espectro de aplicación. El desarrollo de esta teoría fue dándose paulatinamente con las escuelas y teorías administrativas con aspectos y variables que se consideraron pertinentes con el fin de solucionar la problemática que se presentaba en aquella época cuando se originaron cada una de estas etapas. La historia de la teoría administrativa se puede resumir en cinco etapas diferentes y cada una de estas se destaca por un aspecto importante en la administración (33).

Tabla 1. Teorías administrativas y sus principales enfoques.

ÉNFASIS	TEORIAS ADMINISTRATIVAS	PRINCIPALES ENFOQUES
En las tareas	Administración científica	Racionalización del trabajo en el nivel operacional
		Organización formal
En la estructura	Teoría clásica Teoría neoclásica	Principios generales de la administración Funciones del administrador
	Teoría de la burocracia	Organización formal burocrática Racionalidad organizacional
	Teoría estructuralista	Enfoque múltiple: Organización formal e informal, Análisis intraorganizacional y análisis interorganizacional
En las personas	Teoría de las relaciones humanas	Organización informal, Motivación, liderazgo, comunicación y dinámica de grupo.
	Teorías del comportamiento organizacional	Estilos de administración, Teoría de las decisiones Integración de los objetivos organizacionales e individuales
	Teoría del desarrollo organizacional	Cambio organizacional planeado Enfoque de sistema abierto.

Fuente: adaptado de Libro de Administración procesos administrativo. 3ra edición Idalberto Chiavenato.

Como lo describe el cuadro anterior la teoría de las relaciones humanas tiene énfasis en las personas y sus principales enfoques son la organización informal, la motivación, el liderazgo, la comunicación y la dinámica de grupo.

4.1.5 Teoría de las Relaciones Humanas. Según el relato del autor Idalberto Chiavenato en su libro “La introducción a la teoría general de la administración”, la teoría de las relaciones humanas surge en Estados Unidos como consecuencia del resultado de experimento de Hawthorne, que desarrollo el Dr. Elton Mayo y sus colaboradores. Este fue un movimiento que se revoluciono y se opuso a los conceptos de la Teoría Clásica de la Administración la cual tenían un énfasis en la organización racional del trabajo, sin tener en cuenta que el rendimiento del trabajo no solo se lograba con la racionalización, sino que era importante tener en cuenta la motivación y satisfacción de las necesidades básicas de los trabajadores (34).

La teoría de las relaciones humanas consta de cuatro características principales:

1. **La necesidad de humanizar y democratizar la administración**, esta característica hace referencia a cambiar los conceptos mecanicistas de la teoría clásica administrativa. Esta teoría se reveló como un movimiento estadounidense con el objetivo de popularizar los conceptos administrativos (34).
2. **El desarrollo de las ciencias humanas**, las ciencias que tuvieron mayor influencia en esta característica fu la psicología y la sociología, influenciado de una manera intelectual la aplicación de esta en las organizaciones industriales. Las ciencias humanas permitieron gradualmente los inconvenientes implícitos en la teoría administrativa clásica (34).
3. **Las ideas de la filosofía pragmática de John Dewey y de la psicología dinámica de Kurt Lewin**, estos autores fueron fundamentales para fortalecer el humanismo en la administración. Elton Mayo es considerado el fundador de la escuela; Dewey, indirectamente y Lewin de manera más directa, contribuyeron bastante su concepción (34).
4. **Las conclusiones del experimento de Hawthorne**, realizado entre 1927 y 1932 coordinado por Elton Mayo fue lo que afecto los postulados de la Teoría Clásica de la Administración.

Los principales representantes del enfoque humanístico son:

- ✓ Elton Mayo- (26 de diciembre de 1880 – 7 de septiembre de 1949) Psicólogo, profesor e investigador, quien realizó estudios enfocados en la importancia de la sociología organizacional y la psicología en los ambientes laborales (35).
- ✓ John Dewey- (1859/10/20 - 952/06/01), Filósofo y psicólogo estadounidense, reconocido como uno de los fundadores de la pedagogía progresista (36).
- ✓ Kurt Lewin- (1890/09/09 - 1947/02/12), Psicólogo estadounidense cursó estudios de Medicina en Friburgo de Brisgovia y Biología en Múnich, doctorándose en Filosofía por la Universidad Berlín en 1916. En 1924, realizó estudios sobre recuerdo de tareas incompletas (37).

El experimento de Hawthorne. Este experimento se inició en Estados Unidos en 1924, cuando la academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos quiso verificar la relación que existía entre la productividad y la iluminación en el área de trabajo. Elton Mayo en 1923 había dirigido una investigación en una fábrica textil que presentaba una problemática de rotación de personal anual del 250%, intentó implementar estrategias de incentivos, pero ninguno fue efectivo. Inicialmente introdujo periodos de descanso, dejó la libertad a los trabajadores cuando deberían parar las máquinas y contrató una enfermera. A corto plazo se notó un cambio en el clima organizacional en donde se evidenció un espíritu de solidaridad en el grupo, esto aumentó la producción y disminuyó la rotación. En 1927 el Consejo Nacional de Investigaciones inició un experimento en una fábrica de la Western Electric Company, situada en Chicago, en el barrio de Hawthorne, que tenía como finalidad determinar cuál era la relación que tenía la intensidad de la iluminación y la eficiencia de los obreros en la producción. Este estudio fue dirigido por Elton Mayo quien también aplicó estudios de la fatiga, los accidentes de trabajo, la rotación del personal y el efecto de las condiciones físicas del trabajo sobre la productividad de los trabajadores. Esta investigación se prolongó hasta 1932, debido a que los investigadores identificaron que los resultados del experimento fueron afectados por variables psicológicas, motivo por el cual intentaron neutralizar el factor psicológico,

finalmente el experimento se suspendió a causa de la crisis de 1929. Los resultados de este experimento fueron fundamentales para la teoría administrativa lo que sacudió los principios de la teoría clásica que en ese momento era dominante en el contexto organizacional (33).

- ***El nivel de producción es resultado de la integración social.*** Con esta investigación se logró determinar que el nivel de producción del empleado no se da por la capacidad fisiológico y física, como lo afirmaba la teoría clásica, sino por las normas grupales y las expectativas sociales (33).
- ***El comportamiento social de los trabajadores.*** El experimento de Hawthorne permitió comprobar que los empleados no reaccionan de manera aislada como individuos sino como miembros de un grupo (33).
- ***Las recompensas y sanciones.*** El grupo de investigadores pensaban que la motivación económica era secundaria para el rendimiento del trabajador. De acuerdo con la teoría de las relaciones humanas, lo que motiva principalmente a los empleados es que lo reconozcan a nivel social y su participación en los grupos sociales que están a su alrededor (33).
- ***Los grupos informales.*** Mientras que en la teoría clásica la preocupación era que existiera la formalización de la organización de una manera jerárquica, que infundiera autoridad, responsabilidades, especialización de la tarea, estudio de tiempos y movimientos etc. Los autores humanistas se enfocaron en los grupos informales, el comportamiento social de los empleados, sus actitudes, expectativas, en donde la empresa pasa a ser vista como una organización social que se compone de diferentes grupos informales y que no en todas las ocasiones coinciden con la organización formal (33).
- ***Las relaciones humanas.*** Son muy importantes dentro de los grupos de trabajo ya que en estos espacios es donde los individuos aprenden a desarrollar habilidades para convivir en un grupo social y en donde se aprende a desarrollar relaciones humanas que le permiten interactuar con

diferentes tipos de personalidades y adaptarse a las diferentes situaciones que se presentan en el diario vivir de una organización (33).

- **La importancia del contenido del cargo.** Mayo y sus colaboradores encontraron que la especialización del trabajo no es la manera más eficiente de dividir el trabajo, ya que realizar una misma tarea durante mucho tiempo la convierte en una situación monótona y aburridora lo que afecta negativamente la actitud del trabajador y disminuye su satisfacción y eficiencia (33).
- **Énfasis en los aspectos emocionales.** En la teoría de las relaciones humanas es muy importante tener en cuenta aspectos emocionales e irracionales del comportamiento humano. De ahí que algunos autores los denominan sociológicos de la organización (33).

En conclusión, es importante tener en cuenta que las organizaciones no deben tratar a los empleados uno a uno como si fueran repúblicas independientes sino como miembros de grupos sociales en donde sus actitudes están influenciadas por conductas grupales. De ahí nace la necesidad de generar un buen clima organizacional en el interior de las instituciones ya que un personal motivado trabaja en pro de cumplir los objetivos de la organización en la que se encuentra laborando. Otro tema relevante en el surgimiento de esta teoría es la concepción del hombre como un ser social que en la administración científica el hombre se consideraba con un concepto de hombre *economicus*, es decir la motivación se basaba en la compensación salarial, a diferencia de la teoría de las relaciones humanas en donde la motivación económica es secundaria, según esta teoría lo que motiva al trabajador es la necesidad de reconocimiento, de aceptación social y de la participación activa de los grupos sociales con los que convive en su entorno laboral. En el gráfico que se observa a continuación se puede identificar la relación de los cuatro grandes constructos de la teoría de las relaciones humanas la comunicación, el liderazgo, la organización informal y la motivación, con las dimensiones descritas en la encuesta de la cultura de seguridad del paciente, en donde se evalúan dichas

dimensiones y posteriormente se identifica en que aspectos podrían fallar las instituciones de salud en los procesos de calidad establecidos en el interior de la organización.

Figura 4. Relación de la teoría de las relaciones humanas y las dimensiones de la encuesta de cultura de seguridad del paciente.



Fuente: elaboración propia

4.2 MARCO NORMATIVO

La normatividad aplicable para la seguridad del paciente en los servicios e instituciones de salud en Colombia es emitida por el Ministerio de Salud y de la Protección social; y es de obligatorio cumplimiento por aquellas entidades que prestan cualquier tipo de servicio de salud.

Tabla 2. Normatividad relacionada con la seguridad del paciente.

Normatividad	
Decreto 1011 de abril 03 de 2006	<i>“Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, el cual está integrado por cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Sistema Único de Acreditación (SUA), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), y el Sistema de Información para la Calidad en Salud” (8).</i>
Resolución 1043 de abril 03 de 2006.	<i>“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones” (38). Derogada por la Resolución 1441 de 2013.</i>
Resolución 1446 de 8 mayo de 2006	<i>“Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” (39).</i>
Junio de 2008	<i>Se expide la Política de seguridad del paciente en Colombia. “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente” (15).</i>
Resolución 1441 de 6 mayo de 2013	<i>“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de servicios de Salud para habilitar servicios y se dictan otras disposiciones”(40). Derogada por la Resolución 2003 de 2014.</i>
Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014	<i>“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud” (41). Derogada por la Resolución 3100 de 2019.</i>
Resolución 3100 de 25 de noviembre de 2019.	<i>“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”(42).</i>

Lineamientos de la implementación de la política de seguridad del paciente.

En Colombia, se promueve la política de seguridad del paciente, liderada por el SOGCS, que ofrece los lineamientos a seguir con el objetivo de prevenir la presencia de eventos que puedan afectar la seguridad del paciente, con el fin de contar con servicios e instituciones de salud seguras y competitivas a nivel nacional e internacional (15).

Para garantizar el propósito de ofrecer una atención segura, es importante que todos los actores en el sistema sanitario estén involucrados en la práctica de esta política, pero es necesario el compromiso y la colaboración de todos para promover, sensibilizar y coordinar acciones que conlleven a generar logros efectivos (15).

Para el cumplimiento de esto es relevante establecer unos principios transversales que direccionen todas las acciones a implementar.

Figura 5. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.

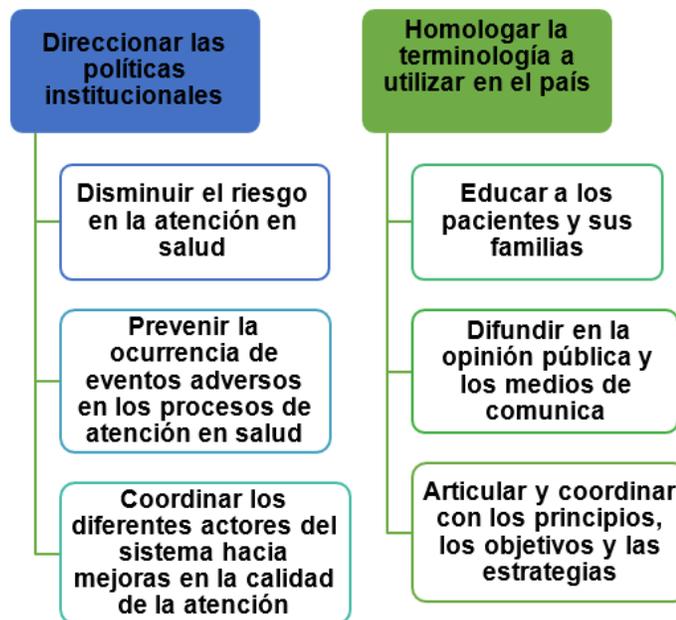


Fuente: adaptado de Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente.

Los principios en que está orientada la política de seguridad del paciente inician con la Importancia de los resultados obtenidos en seguridad alrededor del paciente. La Cultura de seguridad son las actividades que se realizan para ofrecer un ambiente de confidencialidad y de confianza a los pacientes, profesionales, aseguradores y

la comunidad. Por ende, estos principios hacen parte integral del SOGC además de ser transversales en todos sus componentes. El cuarto principio hace referencia a la multicausalidad, por la cual se identifica que la seguridad del paciente es un problema sistémico y por lo tanto se deben involucrar diferentes actores y departamentos y procesos de las organizaciones. La validez es la manera de impactar la política por medio diferentes metodologías e instrumentos basados en la evidencia científica disponible. El sexto y séptimo principio están relacionados con involucrar a los pacientes en las acciones de mejora propuestas para el buen desarrollo de la seguridad del paciente, y con los profesionales de la salud reconocer el componente ético de la atención brindada por el profesional (15).

Figura 6. Objetivos de la política de seguridad del paciente.



Fuente: adaptado de Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente.

De la misma manera en que la implementación de la política de seguridad del paciente tiene unos lineamientos por los cuales se deben guiar las instituciones de salud, también deben cumplir con los objetivos de ésta, que están encaminados a seguir toda una ruta que incluye diferentes actividades para fortalecer el programa de seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción del personal asistencial y administrativo de la cultura de seguridad del paciente en una institución de cirugía plástica y estética de Cali en el año 2020.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente la población participante en la medición de la percepción de la cultura de seguridad del paciente en la institución objeto de estudio.
- Evaluar la percepción del personal asistencial y administrativo con relación a las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente como la notificación de eventos, el trabajo en equipo, la percepción de seguridad, la comunicación, el apoyo de la gerencia, expectativas y acciones de la dirección para mejorar la seguridad del paciente, retroalimentación y comunicación sobre los errores, aprendizaje organizacional, respuesta no punitiva a los errores, dotación del personal.
- Identificar las oportunidades de mejora en las dimensiones en las cuales la organización debe enfocarse para mejorar la cultura de la seguridad del paciente.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO - DISEÑO

Esta investigación se realizó por medio de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en el año 2020, con el personal asistencial y administrativo de la institución objeto de estudio.

Área de estudio. El estudio se desarrolló en una institución prestadora de servicios de salud, de segundo nivel, que presta servicios de cirugía plástica y estética, y otros servicios complementarios como hospitalización, masajes posquirúrgicos, terapia en cámara hiperbárica. Esta institución está ubicada en el sur de la ciudad de Santiago de Cali, cuenta con una planta física con 6 quirófanos, área de recuperación y hospitalización; contigua a la infraestructura hospitalaria, cuenta con el servicio de hotelería para los pacientes extranjeros.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población objetivo: empleados de la institución.

Población de estudio: 100% del personal asistencial y administrativo de la institución, para el estudio se contó con la participación de 79 empleados de los cuales 57 pertenecen al estamento asistencial y 22 al administrativo.

Definición de conceptos de población de estudio.

Personal administrativo: personal administrativo que tenga contacto con los pacientes y/o que esté involucrado en los procesos asistenciales (secretaría de programación, recepcionista, facturación).

Personal asistencial: enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, instrumentadoras quirúrgicas, médicos generales, cirujanos plásticos, médicos anesthesiólogos, químico farmacéutico, regente y auxiliar de farmacia.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.3.1 Criterios de inclusión.

- Personal con contrato a término fijo inferior a un año
- Médicos Especialistas externos.

6.3.2 Criterios de exclusión.

- Personal en vacaciones o licencias de maternidad.
- Personal pasante en formación.
- Personal que se niegue participar en la investigación.

6.4 DISEÑO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Selección de la muestra: 100% del personal asistencial y personal administrativo que cumpla los criterios de inclusión.

6.5 VARIABLES

Las variables definidas para esta investigación son las siguientes:

- **Variable dependiente:** percepción de la cultura de seguridad del paciente.
- **Variables independientes:** variables demográficas de la población (Profesión, área de servicio, tiempo de desempeño en la profesión, antigüedad en la institución, antigüedad en el servicio, número de horas trabajadas, edad, sexo). 12 dimensiones de la encuesta (AHQR). Ver cuadro de operacionalización de variables.

Tabla 3. Operacionalización de variables.

Variable	Descripción	Tipo de variable	Nivel de medición	Valores permitidos - códigos
Edad	Edad del empleado	Cuantitativa	Razón	18- 80
Sexo	Sexo del empleado	Cualitativa	Nominal	1- Masculino
				2- Femenino
Estrato social	Estrato social del empleado	1,2,3,4,5,6	Razón	1,2,3,4,5,6
Nivel Educativo	Nivel educativo del empleado	Cualitativa	Nominal	Bachiller Técnico Tecnología Profesional pregrado. Postgrado especialista Postgrado Magister
Profesión u oficio	Título obtenido en una universidad, institución técnica.	Cualitativa	Nominal	1- Auxiliar de enfermería 2- Enfermero profesional 3- Medico Gral. 4- Médico especialista 5- Instr.Quirúrgico 6-Personal Administrativo
Ámbito hospitalario	Área al cual pertenece el empleado	Cualitativa	Nominal	a- Laboratorio clínico b- prequirúrgico c- Quirúrgico d- Post quirúrgico e- Gestión farmacéutica g- Personal Administrativo h- Otros
Tiempo de desempeño en la profesión u oficio	Tiempo de desempeño en la profesión u oficio	Cuantitativa	Razón	0- 35 años
Antigüedad en la institución	Años laborando en la institución	Cuantitativa	Razón	0-30 años
Antigüedad en el servicio	Años laborando en el servicio	Cuantitativa	Razón	0-20 años
Número de horas de trabajo a la semana.	Horas laboradas en una semana	Cuantitativa	Razón	20-80 Horas

Variable	Descripción	Tipo de variable	Nivel de medición	Valores permitidos - códigos
Frecuencia de eventos notificados	Eventos notificados por el personal asistencial	Cualitativa	Ordinal	1- Nunca 2- Rara vez 3- Algunas veces 4- La mayoría de las veces 5- Siempre
Percepción de seguridad	Percepción de seguridad del paciente que tienen los empleados en la institución.	Cualitativa	Ordinal	1- Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4- De acuerdo 5- Muy de acuerdo
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad.	Acciones de las directivas para favorecer la seguridad del paciente en la institución.	Cualitativa	Ordinal	1- Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4- De acuerdo 5- Muy de acuerdo
Aprendizaje organizacional/ mejora continua	Mejoramiento continuo en los procesos de la institución	Cualitativa	Ordinal	1- Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4- De acuerdo 5- Muy de acuerdo
Trabajo en equipo en el área/servicio	Trabajo en equipo entre el personal de la institución en un área o servicio específico.	Cualitativa	Ordinal	1- Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4- De acuerdo 5- Muy de acuerdo
Franqueza en la comunicación	Comunicación asertiva entre los empleados y directivos de la institución.	Cualitativa	Ordinal	1- Nunca 2- Rara vez 3- Algunas veces 4- La mayoría de las veces 5- Siempre

Variable	Descripción	Tipo de variable	Nivel de medición	Valores permitidos - códigos
Respuesta no punitiva a los errores	No buscar culpables al presentarse errores.	Cualitativa	Ordinal	1- Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4- De acuerdo 5- Muy de acuerdo
Dotación de personal	Tener el personal suficiente para realizar todo el trabajo en las áreas de la institución.	Cualitativa	Ordinal	1- Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4- De acuerdo 5- Muy de acuerdo
Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	Cualitativa	Ordinal	1- Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4- De acuerdo 5- Muy de acuerdo
Trabajo en equipo entre áreas	Buena cooperación entre las áreas/servicios del hospital que necesitan trabajar juntas.	Cualitativa	Ordinal	1- Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4- De acuerdo 5- Muy de acuerdo
Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios	La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área/servicio a otro	Cualitativa	Ordinal	1- Muy en desacuerdo 2- En desacuerdo 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4- De acuerdo 5- Muy de acuerdo
Grado de seguridad del paciente	Valoración general en seguridad del paciente.	Cualitativa	Ordinal	1- Malo 2- Pobre 3- Aceptable 4- Bueno 5-Excelente

Fuente: elaboración propia.

6.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó por medio de la aplicación de la encuesta “*Hospital Survey on Patient Safety Cultura*” (HSOPSC) de la *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ) versión en español, la cual evalúa doce dimensiones. Esta encuesta se aplicará a los profesionales de la salud y al personal administrativo de la institución objeto de estudio.

La encuesta (anexo A) se diligenció de manera virtual y se compartió con los participantes de la investigación por medio de correo electrónico o WhatsApp, adjunto a la encuesta se enviará el consentimiento informado (anexo B) en donde se explica el objetivo de la investigación y aceptación en la participación de ésta. Se relaciona el enlace por medio del cual se accedía a la encuesta disponible en la plataforma de Google.

Se realizó una prueba piloto con población externa a la institución con similares características, estimando que fuera un 10% de la población que se iba a encuestar, con el objetivo de identificar el grado de entendimiento de los contenidos del instrumento de recolección de datos, estimar el tiempo para su diligenciamiento y ajustar las dudas que puedan surgir para resolver el cuestionario.

El procesamiento y análisis de los datos se hizo en el programa Epi info.

6.7 PLAN DE ANÁLISIS

El análisis exploratorio de datos se realizó con los resultados obtenidos del cuestionario de cultura de seguridad del paciente que se diseñó por medio de la plataforma de Google.

Análisis estadísticos por objetivos

Objetivo 1: se realizaron tablas de frecuencias para las variables sociodemográficas cualitativas como sexo, nivel de escolaridad, profesión, área de servicio, estas permitirán obtener los porcentajes de cada una de las categorías con sus respectivos intervalos de confianza.

Para las variables cuantitativas como la edad, antigüedad en la institución, antigüedad en el servicio, número de horas trabajadas, edad, tiempo de desempeño en la profesión se estimarán medidas de tendencia central (mediana, media, moda), medidas de dispersión (desviación estándar y la varianza). Según la distribución de las variables; los análisis se complementarán con histogramas o diagrama de barras según el caso.

Objetivo 2: la evaluación de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente se realizó por medio de la encuesta diseñada por la de la *Agency of Health Care Research and Quality* (AHRQ). El análisis se realizará por medio de tablas de frecuencias en los que se estimarán los porcentajes para cada categoría de las variables de estudio, lo análisis se complementarán con gráficos de barras o torta según el caso.

Se hicieron cruces de variables comparando la percepción de los trabajadores asistenciales y administrativos con relación a cada una de las dimensiones; también se cruzó la percepción según principales variables sociodemográficas como género, área de trabajo, antigüedad, etc. Para tal propósito se emplearon tablas de contingencia acompañada con las respectivas pruebas de significancia estadística a un nivel de significancia del 5%, algunas comparaciones se optaron por pruebas no paramétricas como la prueba de Kruskal-Wallis, estas pruebas se utilizaron cuando se compara la escala de percepción con las variables cualitativas.

Objetivo 3: se entregaron los resultados obtenidos en la investigación en un informe ejecutivo a la gerencia evidenciando los hallazgos encontrados con respecto a las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que se deben fortalecer en la institución.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la presente investigación se tienen en cuenta las consideraciones de la Declaración de Helsinki, y lo establecido en la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, en la cual esta investigación se clasifica con riesgo mínimo según lo definido en el artículo 11, numeral b de esta Resolución. La investigación también está catalogada como riesgo mínimo teniendo en cuenta que al utilizar como instrumento de recolección de datos una encuesta virtual existe el riesgo de hackear la información, o que se pueden presentar fallas en el software y hardware (43).

“ARTICULO 11. “Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: b) Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.” (39).

Para el desarrollo de esta investigación, se cuenta con el permiso de la institución, la información que se obtenga será de carácter confidencial, en caso de necesitar

datos tales como números de cédulas, números de historias clínicas, se utilizarán códigos encriptados y estos no se darán a conocer a ningún tercero.

El reclutamiento de los participantes se realizará de la siguiente manera:

- Se realizó una reunión virtual con las personas encargadas de las diferentes áreas de la institución, subgerente asistencial, coordinadora de cirugía, coordinadora de calidad y subgerente administrativa, este encuentro se realizará con el fin de explicar el proyecto, el objetivo de la investigación y la manera en que se hará la recolección de datos.
- Una vez se realice la socialización con las coordinadoras de área por medio de estas personas se compartirá la información al resto del personal para identificar las personas que deseen participar en la investigación y de esta manera sean contactadas por la investigadora principal vía telefónica, con el fin de aclarar alguna duda y continuar con el envío del link con la encuesta por el medio que prefiera el participante e-mail o WhatsApp, por este mismo medio se enviará la copia del consentimiento informado a cada uno de los participantes.

La información obtenida en esta investigación será protegida por la investigadora, utilizando claves y encriptando la información, bloqueando el computador con clave y utilizando códigos para identificar las entrevistas para que no se exponga la identidad de los participantes. La información quedará guardada en el computador de la investigadora. El tiempo que se guardará la información será el tiempo que dure el desarrollo del proyecto.

Los sujetos que participan en la investigación lo harán de manera voluntaria y sin ningún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación con la investigadora.

Para contar con la autorización de los participantes se adjunta con la encuesta el consentimiento informado diseñados en la plataforma de Google, en donde se

explicarán el objetivo de la investigación y se aclararán las dudas que puedan tener los participantes. La recolección de la información se realizará por medio de la encuesta que se compartirá con los participantes de esta investigación por medio electrónico vía e-mail o por WhatsApp. Los datos de identificación serán tratados anónimamente y serán reemplazados por códigos con el fin de mantener la confidencialidad de estos.

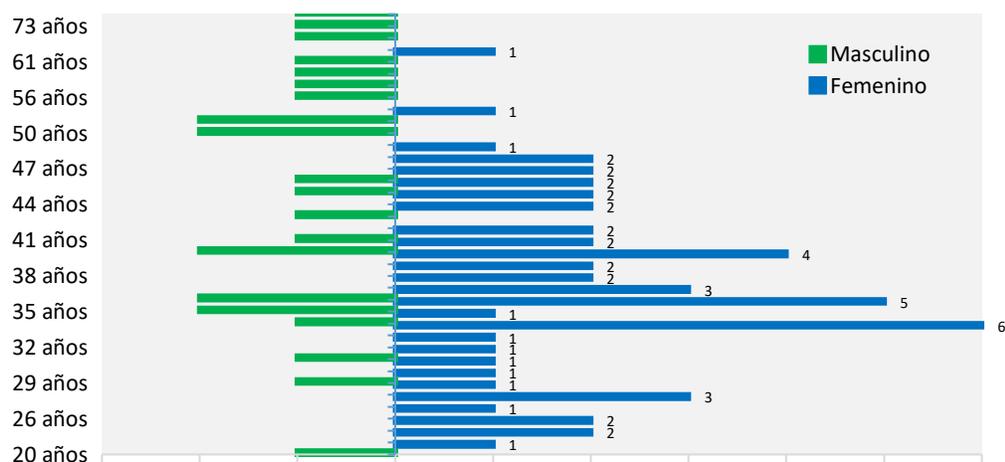
Una vez se supere el proceso de la revisión del anteproyecto por el comité de profesores y se realicen los cambios pertinentes, se procederá a presentar el comité de ética de la Universidad del Valle ya de esta manera continuar con la recolección de datos, el procesamiento de estos, análisis de la información y por último presentar los resultados.

8. RESULTADOS

Para la obtención de los resultados se buscó la participación de los 93 funcionarios de los que se tenía conocimiento se encontraban laborando durante la época en la que se desarrolló la investigación; después de 25 días de haber realizado la entrega del link que contenía la encuesta a través de correo electrónico, vía WhatsApp y, de haber solicitado colaboración al área de recursos humanos para recordarles a todos los funcionarios la importancia del diligenciamiento de la encuesta, sólo se obtuvo la respuesta de 85 trabajadores y de éstos, 79 aceptaron participar voluntariamente en la investigación mediante la aprobación del consentimiento informado.

Para el total de los 79 funcionarios que participaron en la investigación, se encontró para la edad (la variable presentaba una distribución no normal) una mediana de 39 años (RI: 34 – 46 años); cuando esta variable fue analizada según el sexo, las mujeres presentaron una mediana de 37 años (RI: 33-42 años) y los hombres de 45 años (RI: 36 – 56 años). La distribución de la edad según sexo por frecuencia se presenta en la figura 7, dejando ver que existe un mayor número de mujeres entre 34 y 40 años, mientras que en los hombres la distribución es homogénea.

Figura 7. Distribución en frecuencia (n) de la edad según sexo.



Para las demás variables socioeconómicas y demográficas se dio prevalencia de funcionarios de sexo femenino (68,35%), que tenían ubicadas sus viviendas en el estrato 3 (34,18%), con una carrera técnica como máximo nivel educativo (35,44%), tal como se observa en la tabla 4 donde, además, se detallan cada una de estas variables.

Tabla 4. Distribución porcentual de las variables socioeconómicas y demográficas de la población incluida en la investigación.

Variable	Valores	n	%	IC 95%
Sexo	Femenino	54	68,35	56,92 - 78,37
	Masculino	25	31,65	21,63 - 43,08
Estrato socioeconómico	Estrato 1	4	5,06	1,40 - 12,46
	Estrato 2	15	18,99	11,03 - 29,38
	Estrato 3	27	34,18	23,87 - 45,71
	Estrato 4	9	11,39	5,34 - 20,53
	Estrato 5	11	13,92	7,16 - 23,55
	Estrato 6	13	16,46	9,06 - 26,49
Nivel educativo	Bachiller	2	2,53	0,31 - 8,85
	Técnico	28	35,44	25,00 - 47,01
	Tecnológico	7	8,86	3,64 - 17,41
	Pregrado	21	26,58	17,27 - 37,72
	Especialización	17	21,52	13,06 - 32,20
	Maestría	4	5,06	1,40 - 12,46

En la encuesta también se identificaron variables de tipo laboral que permitieron encontrar que el personal participante de la investigación, en su mayoría, estuvo conformado por auxiliares de enfermería (15,19%; n=12), personal circulante (13,92%; n=11), cirujanos plásticos (12,66%; n=10), anestesiólogos (10,13%; n=8) e instrumentadores quirúrgicos (8,86%; n=7); el personal restante correspondió a personal auxiliar en diferentes áreas quirúrgicas y administrativas, y profesionales para áreas específicas relacionadas con el manejo de la clínica (tabla 5). La unidad de trabajo a la que se encontraban adscritos fue principalmente la quirúrgica

(53,16%), seguida de la administrativa (27,85%), encontrándose también otros como la unidad posquirúrgica (7,59%), gestión farmacéutica (5,06%), laboratorio clínico (3,80%) y otros (2,53%).

Tabla 5. Profesión u oficio del personal participante en la investigación.

Valores	n	%
Administrador/a	2	2,53
Anestesiólogo/a	8	10,13
Área de sistemas	3	3,80
Auxiliar Administrativo	1	1,27
Auxiliar Caja	1	1,27
Auxiliar Central	1	1,27
Auxiliar Compras	1	1,27
Auxiliar Enfermería	12	15,19
Auxiliar Farmacia	4	5,06
Auxiliar Lavandería	2	2,53
Bacteriólogo/a	3	3,80
Biomédico	1	1,27
Circulante	11	13,92
Cirujano plástico	10	12,66
Contador/a	4	5,06
Diseño gráfico	1	1,27
Electricista	1	1,27
Esteticista	1	1,27
Fisioterapeuta	2	2,53
Hotelería y turismo	1	1,27
Instrumentador/a quirúrgico/a	7	8,86
Publicista	1	1,27
Recepcionista	1	1,27

Otros aspectos de tipo laboral también fueron identificados en la investigación, encontrándose con mayor frecuencia trabajadores pertenecientes al estamento asistencial (72,15%), que tenían entre 1 y 5 años de haberse vinculado a la institución (44,30%); que llevaban entre 1 y 5 años trabajando en su actual especialidad (24,05%), mismo tiempo que se lleva trabajando en la actual unidad/servicio (46,84%), respecto al tiempo trabajado semanalmente, el 67,09% de funcionarios indican hacerlo entre 40 y 59 horas, que además el 73,42% manifiestan tener contacto directo con los pacientes y, finalmente 96,20%

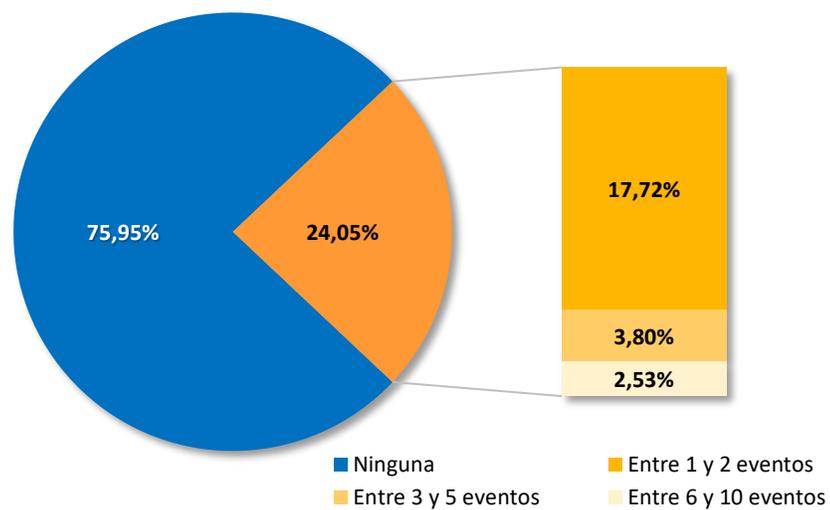
reconocen que en el centro sí existe un procedimiento estandarizado para poder realizar la notificación de incidentes o eventos adversos relacionados con el paciente, tal como se evidencia en la tabla 6.

Tabla 6. Aspectos laborales relacionados con los funcionarios incluidos en la investigación.

Variable	Valores	n	%	IC 95%
Estamento al que pertenece	Asistencial	57	72,15	60,93 – 81,65
	Administrativo	22	27,85	18,35 – 39,07
Antigüedad en la institución	Menos de 1 año	6	7,59	2,84 - 15,80
	De 1 a 5 años	35	44,30	33,12 - 55,92
	De 6 a 10 años	10	12,66	6,24 - 22,05
	De 11 a 15 años	16	20,25	12,04 - 30,80
	De 16 a 20 años	8	10,13	4,47 - 18,98
	21 años o más	4	5,06	1,40 - 12,46
Tiempo trabajando en la actual especialidad	Menos de un Año	2	2,53	0,31 - 8,85
	De 1 a 5 Años	19	24,05	15,14 - 34,98
	De 6 a 10 Años	17	21,52	13,06 - 32,20
	De 11 a 15 Años	18	22,78	14,10 - 33,60
	De 16 a 20 Años	13	16,46	9,06 - 26,49
	21 años o más	10	12,66	6,24 - 22,05
Tiempo trabajando en la actual servicio / unidad	Menos de 1 año	6	7,59	2,84 – 15,80
	De 1 a 5 años	37	46,84	35,51 – 58,40
	De 6 a 10 años	9	11,39	5,34 – 20,53
	De 11 a 15 años	14	17,72	10,04 – 27,94
	De 16 a 20 años	9	11,39	5,34 – 20,53
	21 años o más	4	5,06	1,40 – 12,46
Cuántas horas a la semana labora	Menos de 20 horas	8	10,13	4,47 – 18,98
	20 a 39 horas	18	22,78	14,10 – 33,60
	40 a 59 horas	53	67,09	55,60 – 77,25
Tiene contacto directo con pacientes	No	21	26,58	17,27 – 37,72
	Si	58	73,42	62,28 – 82,73
Existe en el centro un procedimiento para notificación de incidentes o eventos adversos	Si	76	96,20	89,30 – 99,21
	No	3	3,80	0,79 – 10,70

La presencia de eventos adversos durante los últimos 12 meses se dio en una baja proporción, pues sólo fue reportado por el 25,05% de los trabajadores, de los cuales resaltan, el reporte realizado entre 1 y 2 veces de casos (17,72%), como se puede observar en la figura 8.

Figura 8. Número de eventos adversos o incidentes presentados en los últimos 12 meses.



En una segunda etapa de la encuesta “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” (HSOPSC) de la *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ) versión en español, se evaluaron otros aspectos clasificados en diferentes dimensiones; la primera de ellos **Su área/Unidad de trabajo**, dejó ver que el 62,03% están de acuerdo en que el personal sanitario se apoya mutuamente, en que se tiene suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (40,51%), que se trabaja en equipo para terminar cuando se tiene mucho trabajo (59,49%), el personal se trata con respeto (62,03%) y que se tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (38,24%); aunque también están de acuerdo que el personal de la unidad trabaja más horas de lo conveniente con relación al cuidado del paciente (38,24%) y que sienten temor que los errores cometidos puedan constar en sus

expedientes (37,97%); otros aspectos relacionados con esta dimensión se observan en la tabla 7.

Tabla 7. Dimensión: Su área/Unidad de trabajo, n (%).

Servicio/ unidad/ área de trabajo de su centro	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.	2 (2,53)	2 (2,53)	12 (15,19)	49 (62,03)	14 (17,72)
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	2 (2,53)	21 (26,58)	20 (25,32)	32 (40,51)	4 (5,06)
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	0 (0,00)	8 (10,13)	7 (8,86)	47 (59,49)	17 (21,52)
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	0 (0,00)	2 (2,53)	1 (1,27)	49 (62,03)	27 (34,18)
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	3 (3,80)	13 (16,46)	21 (26,58)	31 (38,24)	11 (13,92)
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	0 (0,00)	2 (2,53)	11 (13,92)	54 (68,35)	12 (15,19)
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	3 (3,80)	21 (26,58)	29 (36,71)	22 (27,85)	4 (5,06)
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	4 (5,06)	37 (46,84)	22 (27,85)	13 (16,46)	3 (3,80)
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	0 (0,00)	2 (2,53)	7 (8,86)	55 (69,62)	15 (18,99)
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	6 (7,59)	38 (48,10)	14 (17,72)	18 (22,78)	3 (3,80)
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	2 (2,53)	10 (12,66)	19 (24,05)	37 (46,84)	11 (13,92)
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	2 (2,53)	35 (44,30)	29 (36,71)	11 (13,92)	2 (2,53)
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	0 (0,00)	7 (8,86)	16 (20,25)	48 (60,76)	8 (10,13)

Servicio/ unidad/ área de trabajo de su centro	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	3 (3,80)	33 (41,77)	23 (29,11)	15 (18,99)	5 (6,33)
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	4 (5,06)	14 (17,72)	15 (18,99)	45 (56,96)	1 (1,27)
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	2 (2,53)	20 (25,32)	21 (26,58)	30 (37,97)	6 (7,59)
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	13 (16,46)	42 (53,16)	15 (18,99)	7 (8,86)	2 (2,53)
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	2 (2,53)	3 (3,80)	15 (18,99)	49 (62,03)	10 (12,66)

La siguiente dimensión está relacionada con **Su Jefe/Supervisor**, en la cual se encontró que el personal estaba de acuerdo con que el supervisor hace comentarios favorables ante un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos (63,29%) y con que el jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (72,15%); por otra parte, aunque también valorado como positivo, resaltan los trabajadores que indican estar en desacuerdo al indicar que, ante la presión por el aumento del trabajo el jefe quiere un trabajo más rápido aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes (67,09%) y ante la afirmación que el superior no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes, aunque estos sean recurrentes (67,09%), tal como se detalla en la tabla 8.

Tabla 8. Dimensión: Su jefe / Supervisor, n (%).

Su Jefe / Supervisor	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	0 (0,00)	9 (11,39)	7 (8,86)	50 (63,29)	13 (16,46)
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	0 (0,00)	2 (2,53)	6 (7,59)	57 (72,15)	14 (17,72)
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	11 (13,92)	53 (67,09)	11 (13,92)	2 (2,53)	2 (2,53)
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	19 (24,05)	53 (67,09)	3 (3,80)	3 (3,80)	1 (1,27)

La tercera dimensión se enfoca en **la Comunicación**; esta puede ser una de las de mayor cuidado al interior de la organización, y en este caso se evidenciaron dos ítems donde se puede realizar las intervenciones; la primera de ellas es que el personal manifiesta que rara vez se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores (39,24%) y que sólo algunas veces el 32,91% de los funcionarios discute la forma en la que se pueden prevenir los errores para evitarlos a futuro (tabla 9).

Tabla 9. Dimensión: Comunicación, n (%).

Comunicación	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	1 (1,27)	16 (20,25)	23 (29,11)	24 (30,38)	15 (18,99)
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	0 (0,00)	4 (5,06)	34 (43,04)	23 (29,11)	18 (22,78)
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	1 (1,27)	20 (25,32)	29 (36,71)	15 (18,99)	14 (17,72)
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	7 (8,86)	31 (39,24)	25 (31,65)	13 (16,46)	3 (3,80)
5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	0 (0,00)	10 (12,66)	26 (32,91)	26 (32,91)	17 (21,52)
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	13 (16,46)	30 (37,97)	28 (35,44)	5 (6,33)	3 (3,80)

Una dimensión que también se incluyó, es la denominada **Frecuencia de Sucesos Notificados**, en ésta se encontró que la mayoría de aspectos evaluados requieren intervención; así, predominan los funcionarios que indican que rara vez y algunas veces, los errores que pueden afectar al paciente se notifican, antes de afectar al paciente (27,85%), aunque no tengan potencial de dañar al paciente (26,58%) y aunque no se dañe al paciente (29,11%), cifras que pueden ser verificadas en la tabla 10.

Tabla 10. Dimensión: Frecuencia de sucesos notificados, n (%).

Frecuencia de sucesos notificados	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	1 (1,27)	22 (27,85)	15 (18,99)	23 (29,11)	18 (22,78)
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	1 (1,27)	21 (26,58)	21 (26,58)	18 (22,78)	18 (22,78)
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?	4 (5,06)	22 (27,85)	23 (29,11)	16 (20,25)	14 (17,72)

Otra dimensión es la denominada **Grado de seguridad del paciente**; no obstante, ésta sólo es evaluada a través de un solo ítem en el cual se encontró que los profesionales valoran el grado de seguridad del paciente en la institución como muy bueno (62,03%), como se observa en la tabla 11.

Tabla 11. Dimensión: Grado de seguridad del paciente, n (%).

Grado de seguridad del paciente	Malo	Pobre	Aceptable	Muy bueno	Excelente
1. Dele a su servicio/unidad/área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (12,66)	49 (62,03)	20 (25,32)

Para la dimensión denominada **Su Centro (Hospital)** los funcionarios manifiestan en todos los casos (ítems de evaluación) estar de acuerdo con que el centro propicia un ambiente laboral con seguridad para el paciente (59,49%), con la cooperación entre las unidades/servicios que necesitan trabajar juntos (50,63%), con las acciones de la dirección para dar prioridad a la seguridad de paciente (50,63%) y con el hecho que las diferentes unidades trabajan juntas y coordinadas para proveer el mejor cuidado a los pacientes (53,16%). También se encontraron funcionarios

que indicaron estar en desacuerdo con la falta de coordinación entre unidades (37,97%), entre otras que se detallan en la tabla 12.

Tabla 12. Dimensión: Servicio/unidad/área de trabajo de su centro, n (%).

Su centro (Hospital)	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	1 (1,27)	3 (3,80)	4 (5,06)	47 (59,49)	24 (30,38)
2. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	15 (18,99)	30 (37,97)	17 (21,52)	14 (17,72)	3 (3,80)
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.	11 (13,92)	39 (49,37)	21 (26,58)	7 (8,86)	1 (1,27)
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.	1 (1,27)	4 (5,06)	20 (25,32)	40 (50,63)	14 (17,72)
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	12 (15,19)	39 (49,37)	22 (27,85)	6 (7,59)	0 (0,00)
6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios /unidades.	9 (11,39)	50 (63,29)	16 (20,25)	3 (3,80)	1 (1,27)
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.	10 (12,66)	47 (59,49)	15 (18,99)	5 (6,33)	2 (2,53)
8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	1 (1,27)	2 (2,53)	8 (10,13)	40 (50,63)	28 (35,44)
9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	15 (18,99)	43 (54,43)	13 (16,46)	5 (6,33)	3 (3,80)
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	1 (1,27)	3 (3,80)	11 (13,92)	42 (53,16)	22 (27,85)
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	15 (18,99)	45 (56,96)	16 (20,25)	1 (1,27)	2 (2,53)

Para evaluar la percepción de los trabajadores, se consideraron cada uno de los ítems donde fueron identificadas valoraciones negativas por parte de los funcionarios de la organización en cada dimensión y se relacionaron con las diferentes variables socioeconómicas y laborales (anexo C); de esta manera, sólo se encontraron estadísticas significativas en dos relaciones: el estrato socioeconómico y el que los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes ($p=0,001$); dejando ver que a medida que incrementa el estrato es mayor la cantidad de los funcionarios que están de acuerdo con este temor (figura 9); y otra relación entre el estrato socioeconómico y que cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado? ($p=0,0350$); donde fue evidente que a medida que es mayor el estrato se incrementa la tendencia a reportar solo algunas veces (figura 10).

Figura 9. Relación estrato socioeconómico y el que los empleados estén de acuerdo en temer que los errores que cometen consten en sus expedientes.

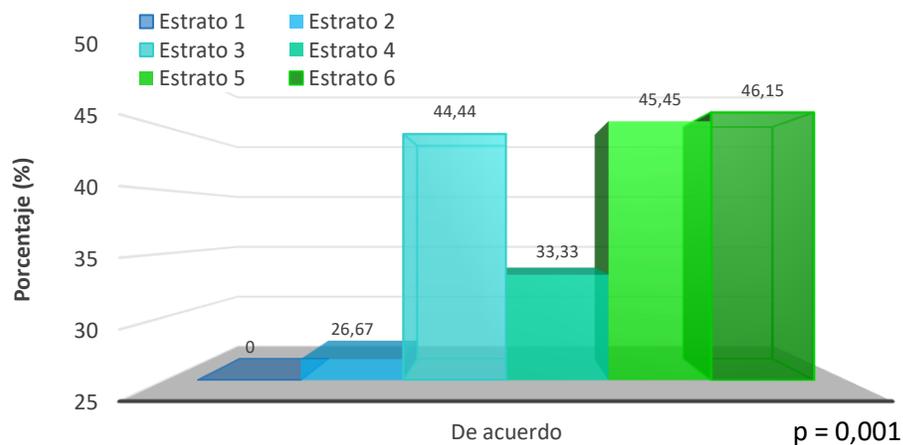
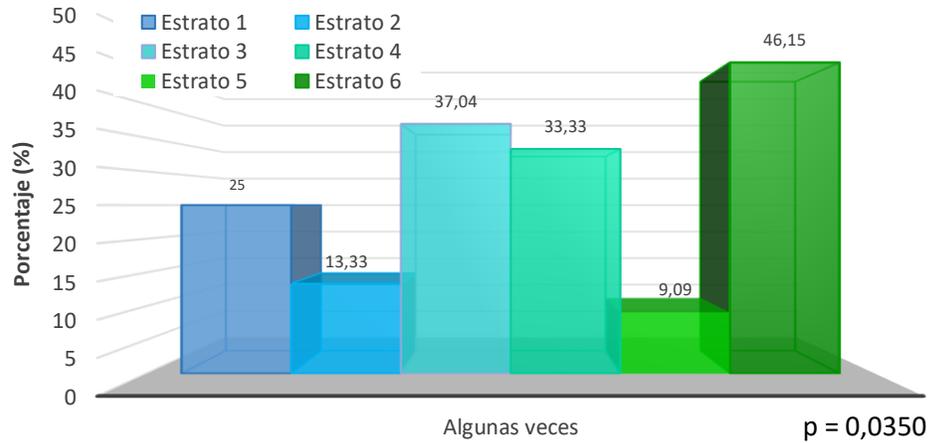


Figura 10. Relación estrato socioeconómico y cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?



Habiendo identificado los principales aspectos donde la institución está presentando debilidades según la percepción del trabajador, se planteó un plan de acción para el mejoramiento de la política de seguridad del paciente con enfoque en el reporte de eventos adversos/incidentes por los funcionarios de la institución de cirugía plástica y estética.

Tabla 10. Plan de acción para el mejoramiento de la política de seguridad del paciente con enfoque en el reporte de eventos adversos/incidentes por los funcionarios de la institución de cirugía plástica y estética.

Dimensión	Falencia (percibida por los funcionarios)	Solución	Tiempo para la ejecución	Responsable
Su área / Unidad de trabajo	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	1- Contar con personal de disponibilidad en las temporadas altas en donde hay un gran flujo de pacientes, para lograr realizar cuadros de turnos y organizar horarios	Mediano plazo	Gerencia Recursos humanos
	Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar capacitaciones referentes al tema de seguridad del paciente con el objetivo de concientizar al personal que el reportar los incidentes y eventos adversos son para evitar futuros eventos y de estas experiencias podemos mejorar nuestros procesos para disminuir o de ser posible eliminar que se presenten eventos adversos en los servicios de salud. 2. Incentivar la creación de una verdadera cultura de seguridad del paciente, en el interior de la institución. 3. Aclarar desde las directivas y jefes de proceso que el reporte de los incidentes y eventos adversos no son punitivos, por el contrario, aportan para mejorar la atención que se presta a los usuarios. 	Corto plazo	Recursos humanos - Comité de Seguridad del paciente
Comunicación	El personal rara vez se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	1. Crear canales de comunicación asertiva por medio de los cuales el personal sea proactivo y haga aportes a los líderes con el fin de incentivar el mejoramiento continuo en los procesos de la institución.	Mediano plazo	Recursos humanos – Departamento de comunicaciones.
	En esta unidad, algunas veces se discute cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder	1. Crear espacios en donde se analicen los incidentes y/o eventos presentados para que el personal operativo comente y opine como desde su experiencia en el día a día identifique de qué manera se puede trabajar en equipo para disminuir la posibilidad que se cometan errores en el momento de la atención en salud brindada a los pacientes.	Mediano plazo	Comité de seguridad del paciente.
Frecuencia de sucesos notificados	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, la frecuencia con la que es notificado, sólo es algunas veces	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recordar la existencia del procedimiento para notificación de incidentes o eventos adversos; el cual deberá ser fortalecido por medio de capacitaciones a todo el personal. 2. Recalcar la característica de anonimato del reporte para evitar sesgos de información y sub-reportes. 3. Establecer cronograma trimestral con reuniones para todo el personal donde se esclarezcan y den a conocer sucesos de gran trascendencia relacionados con este tema. 	Largo plazo (máximo 1 año)	Comité de seguridad del paciente. Recursos humanos
	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, la frecuencia con la que es notificado sólo es algunas veces	<ol style="list-style-type: none"> 4. Elaborar pendones, folletos o demás herramientas, que muestren prácticas seguras en los servicios, implementando de manera simultánea listas de chequeo para velar por su cumplimiento. 5. Asignar un Líder de seguridad de paciente, que se encargará de fortalecer la cultura del reporte. 	Largo plazo (máximo 1 año)	Departamento de comunicaciones.

Existen también recomendaciones y observaciones aportadas por los funcionarios que vale la pena recalcar, entre ellas:

- Que existiese una mayor participación en la información de la seguridad del paciente para el personal administrativo.
- Hay un sub reporte en los eventos... *“puedo hacer el análisis de las situaciones presentadas día a día cuando “me entero”. Infortunadamente algunas pasan “por debajo” sin enterarme por el temor que se siente del personal para hacer el reporte respectivo y su análisis de causa. Cuando se presentan situaciones agudas, acudimos al Protocolo de Londres que nos permite clarificar y evidenciar si hubo francamente un evento adverso o sencillamente ha sido un incidente que nos apoya a minimizar los errores. Respetuosamente considero que algunas preguntas pueden ser ambiguas y ello dar una respuesta de cuerdo a la interpretación de quién a diligencia”.*
- Más actividades de todo el equipo reunido para revisar algunos casos que hayan pasado, simulacro y capacitaciones.
- Capacitaciones continuas en el tema de seguridad del paciente.
- Se debe *“de concientizar más al personal de los riesgos que los pacientes corren después de un procedimiento quirúrgico en nuestras instalaciones, por un objeto mal ubicado, por líquidos en los pisos, por ruidos de labores que se estén ejecutando, ponernos en los zapatos de los pacientes y lo que no queremos que nos pase”.*
- En el turno de la tarde colocar 2 auxiliares cuando sobrepase los 3 pacientes ya que se debe atender también servicio de hotel.
- Mejorar el mobiliario de la institución, algunos ya están muy viejos.
- Socializar protocolos en todas las área asistencial y administrativa. Ser más enfáticos en el manejo de pacientes programados y previas listas se chequeo a las historias clínicas desde prequirúrgica hasta cirugía y su evolución pos quirúrgica. Las listas de chequeo son con frecuencia omitidas.
- Afianzar los protocolos de seguridad del paciente en el área quirúrgica.
- Incentivar constantemente la cultura del reporte.

9. DISCUSIÓN

La cultura de seguridad del paciente es trascendental para cualquier institución dedicada a la salud; más cuando lo que se busca es alcanzar estándares altos de calidad que sirvan de referencia para el medio en el que se desempeñan las organizaciones. Aquí, es importante recalcar la trascendencia que tiene la notificación, mejora y adaptabilidad ante eventos adversos o incidentes que pudieran ocurrir en la práctica diaria; en esta investigación, desde la percepción de los funcionarios, la notificación de errores con o sin potencial de dañar al paciente es realizada con una baja frecuencia, y es expresado así por más del 50% de los trabajadores que hicieron parte de la investigación; incluso, entre las respuestas abiertas, fueron varios

los casos en los que se expresó la existencia reconocida de un subreporte de este tipo de sucesos en la organización; lo expresan igual Marfan y cols (2017), para ellos fue claro que en la institución intervenida se venía dando un subreporte en los sucesos adversos que incluían incidentes y eventos, pero además de los que produjeron daño al paciente, se supo que también existía un subreporte en los incidentes que no produjeron daño al paciente (44). Estos estudios fueron contrarios a la investigación de Castañeda y cols. (2013) quienes encontraron el reporte en el 67,2% y respuestas positivas para esta dimensión (15). Es meritorio recordar que el incumplimiento de los cuidados pautados es un aspecto que desfavorece el proceso de monitorización de la calidad (44).

Diferentes dimensiones pueden ser analizadas para ver la profundidad de las problemáticas o fortalezas que se encuentran en una institución; en este estudio se encontró como fortaleza el tener una buena interacción con el jefe de área (con porcentajes superiores al 60% de favorabilidad) lo que facilita el trabajo dentro de las unidades, llega a generar un buen clima laboral, que se puede traducir en un buen desempeño profesional; también se presentó una buena interacción entre los grupos de trabajo (con valoraciones positivas superiores al 80%), lo que facilita las funciones durante las jornadas y potencia la capacidad de responder a las

eventualidades, y el contar con una institución que tiene la capacidad en infraestructura, administrativa y de recurso humano para responder a las necesidades de pacientes y del mismo personal que labora en la institución (con valoraciones positivas aportadas por más del 90% de los funcionarios). El trabajo en equipo parece ser una fortaleza sentida en varias investigaciones, sucediendo así en la desarrollada por Castañeda y cols. (2013) al indicar respeto y solidaridad del personal para trabajar en situación normal y de sobredemanda con un 82,1% (19); en la ejecutada por Skodová y cols. (2011) quienes resaltan que obtuvieron un 66,95% de respuestas positivas para la dimensión del trabajo en equipo, indicando que las relaciones interpersonales intraunidad tales como el respeto, la ayuda mutua, la colaboración y la ayuda se dan y son valoradas entre el personal que intervinieron(45).

En contraposición a los puntos fuertes, también existen aspectos que requieren mejora. La investigación de Pozo y Padilla (2013), abarca un punto importante que también fue identificado en esta investigación, ellos recalcan como una oportunidad en la institución donde desarrollaron el proyecto, la dotación de personal (37,9%) (18) y es que en la inclusión de un mayor número de profesionales puede encontrarse una alternativa para la disminución de los eventos adversos que en ocasiones pudiesen ocurrir por sobrecarga en las labores diarias, lo que en esta investigación fue uno de los aspectos a intervenir, pues un porcentaje importante de trabajadores (52,16%) indicaron que en su unidad trabajan más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente. Achury y cols. (2017) presentan un planteamiento que ha sido ya verificado, y es que un trabajador en salud que haya realizado más de 15 horas continuas de labor puede presentar cansancio físico relevante, lo cual afecta la calidad del cuidado y, en el caso que aquí se está abordando, llevar a la ocurrencia de eventos adversos (46). Entonces, tras la intervención de Gómez y cols. (2011), quedó esclarecido que es insuficiente el personal que trabaja en la organización y aunado a esto, el alto flujo de personal ocasional, percibidos se presentan como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente(47). Difieren de esta dinámica, los hallazgos de López,

Puentes y Ramírez (2016) con su investigación realizada en un hospital público de Villeta (Cundinamarca) que encontraron que sus profesionales consideraban estar laborando un número de horas/semana adecuado, en relación con los periodos de descanso-vigilia que garantizan un nivel de alerta necesario en el personal asistencial, aunque existen ocasiones donde el personal puede percibir una sobrecarga laboral(48).

Pérez y cols. (2014), al igual que esta investigación dejan ver la asociación que puede tener la cantidad de personal disponible y la carga laboral, pues en su investigación se encontraron trabajadores que manifestaban que con frecuencia debían trabajar en “forma de crisis” tratando de hacer mucho y muy rápidamente, lo cual fue valorado con 233 puntos negativos y 56 positivos; lo que a la vez sirvió para extrapolar el hecho de encontrar un valor de 67.9 puntos negativos en la dimensión Dotación de personal, pues según la percepción de los médicos pasantes que estos autores incluyeron en su estudio, en los hospitales donde realizaron su internado médico, no hay suficiente personal que logre cubrir los requerimientos de trabajo de las diferentes instituciones, por lo que lleva a un aumento en la carga de trabajo en el personal preexistente (49).

Pozo y Padilla (2013) también hacen referencia a la necesidad de respuesta no punitiva a los errores (41,6%), lo que indica que es una oportunidad el recalcarles a los funcionarios que no serán castigados por la notificación de errores durante la práctica (18); dicha situación de preocupación es una constante para los trabajadores del sector salud de cualquier institución y en este centro estético no es la excepción, pues el 45,45% temen que los errores cometidos sean parte de sus expedientes, lo que podría afectar su vida profesional; también sucede en la investigación de Castañeda y cols. (2013), pues la respuesta no punitiva a los errores es manifestada por el 36,9% de los funcionarios (19), y en la de Ramírez y González (2017), alcanza el 61,7% (50). En el caso de Pérez y cols. (2014) recalcan esta dimensión con un énfasis especial, pues la percepción de los profesionales es que los errores son castigados fuertemente en las instituciones, lo que a su vez se convierte en un reflejo para otras dimensiones, como la Frecuencia de eventos

notificados(19); y es que el temor a la respuesta punitiva de los errores radica se fundamenta en el temor mismo a la pérdida de credibilidad como profesional, a la falta de seguridad jurídica en caso de demanda judicial o, simplemente, al hecho de desconocer que existen sistemas de notificación dentro del hospital (51).

Esta situación de temor es una gran barrera en la notificación de eventos adversos e incidentes y, puede pensarse que es la causante de los casos de subreporte dentro de las instituciones de salud, como sucedió en esta investigación, al ser notificado de manera directa por diferentes funcionarios a través de las observaciones adicionales que permitía hacer la encuesta utilizada en este estudio. Esta afirmación también es presentada en la investigación de Ocampo y Trejos (2019), manifestando que, el no reporte de eventos adversos está asociado no solo al miedo punitivo, sino a la omisión de dicha actividad, al ser considerada poco importante o no tener el conocimiento de la adherencia a la cultura del programa de seguridad del paciente de cada institución(52). Pérez y cols. (2014) indican que aun cuando en las instituciones se mantenga una alta prioridad en términos de seguridad del paciente, es frecuente encontrar la no transmisión al personal de la necesidad de notificación para la mejora continua en términos de seguridad del paciente; esto lleva a que no se dé una activa notificación de eventos adversos e incidentes(19). Por ello, coincidiendo con los hallazgos de nuestra investigación, a pesar de encontrar valores altos en la dimensión apoyo de la gerencia, se pierde validez si se considera la baja notificación de eventos, como consecuencia de la respuesta punitiva a los errores.

Aun así, también existen investigaciones donde se no se han encontrado reportes de fortalezas (51), lo que indica que a pesar de las falencias que se pudieran encontrar dentro de la institución aquí evaluada, sí existe una cultura de seguridad de los pacientes que es inherente a los profesionales y a las directivas mismas.

Al comparar los resultados de Maya y Marín (2016) de la investigación realizada en seis servicios quirúrgicos en Antioquia encontramos cierta similitud con los resultados de nuestra investigación, en donde las fortalezas fueron la dimensión de organizacional/mejora continua (82,94%) y el Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (82,94%), y las de menor puntuación fueron: respuesta no punitiva a errores 46,25%; y franqueza en comunicación 45,38% (14). Se encuentra que los resultados son similares ya que la evaluación fue realizada en un servicio quirúrgico lo que da cuenta que, en dimensiones como la comunicación generalmente en este tipo de servicios es mas compleja que en otros, pero con respecto al trabajo en equipo se identifica que esta dimensión es más fuerte en esta área según lo que evidencian los resultados.

Finalmente, la comunicación es una alternativa para la identificación de problemáticas e implementación de mejoras, pues hace parte integral de las gestiones que deben realizarse (53); empresas de seguros recalcan en la trascendencia de este aspecto pues la comunicación entre las partes del proceso, incluido el paciente, afectan seriamente la seguridad de la atención y se han convertido en una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional en instituciones en general y en las áreas de alto riesgo en particular, entre las que resalta cirugía (53); no obstante, como quedó claro en esta investigación, este es un aspecto donde hay una gran falencia pues cerca del 50% del personal siente aprehensión para cuestionar decisiones de sus superiores o para discutir sobre la prevención de errores; lo que es una gran falencia si se tiene en cuenta que los eventos adversos e incidentes pueden presentarse por fallas de comunicación e interpretación entre el personal de salud y el paciente, pero también entre los diversos miembros del equipo sanitario, por problemas comunicacionales entre médico-paciente, médico-enfermera y médico-médico (54).

En esta investigación varias fueron las limitantes para la obtención de la información; la primera fue la extensión de la encuesta, la cual generaba rechazo por parte del personal, que durante la jornada de trabajo manifestaba tener pocos espacios y tiempos limitados para actividades diferentes a las labores contractuales;

la segunda fue el temor a la identificación, muchos funcionarios sienten aprehensión a contestar la encuesta con total sinceridad por temor a ser identificados, aun cuando se les garantice la confidencialidad y, posteriormente, perder sus empleos, y, en tercer lugar estaba la falta de disposición para contestar la encuesta.

9.1 Aportes al campo de la Administración en Salud

Teniendo en cuenta que uno de los pilares fundamentales de la atención en salud es la calidad de los servicios que se prestan en las instituciones, es importante medir las diferentes variables que inciden en la calidad del servicio, el personal de las instituciones de la salud constituye un elemento fundamental para generar resultados de calidad, por lo tanto, medir la percepción de la cultura de seguridad del paciente nos permite afianzar dicha política en el interior de la organización. Una variable muy importante es el reporte de incidentes de la atención en salud; el incentivar la cultura del reporte permite identificar situaciones que pueden llevar a eventos adversos, y por ende determinar posibles errores que al evitarlos disminuye los costos asociados a la no calidad. Adicionalmente fortalecer el programa de seguridad del paciente facilita liderar al interior de las organizaciones la implementación de metodologías existentes en relación con el análisis y la gestión del riesgo.

Esta investigación nos aportara datos objetivos para lograr aspectos tales como: la búsqueda activa de eventos adversos, implementación del reporte de eventos, metodologías para investigar dichos eventos, diseño, implementación y seguimiento de las acciones de mejora en los procesos institucionales, y finalmente desarrollar actividades para promover, mantener y mejorar una cultura de seguridad.

10. CONCLUSIONES

La investigación realizada tenía como propósito determinar la cultura de seguridad del paciente en una clínica de cirugía plástica y estética de la ciudad de Santiago de Cali, en el 2020. Para lograr este objetivo se utilizó el instrumento de medición que ha sido empleado en varios países alrededor del mundo y cuenta con diez dimensiones.

En esta investigación se encontraron varias dimensiones percibidas como fortalezas para la institución, ellas son Su jefe/supervisor, que se enfoca en la buena interacción que se tiene con éste durante la jornada laboral y en la buena respuesta que se obtiene de parte de él cuando la carga laboral se incrementa o cuando se presenta un problema; otra dimensión fue la percepción del grado de seguridad del paciente, pues para la mayoría de los funcionarios los estándares laborales llevan a que el paciente esté atendido con un máximo de seguridad; la tercera dimensión, y tal vez la más relevante por su gran fortaleza, fue Servicio/unidad/área de trabajo, pues en esta queda en evidencia que el centro tiene una estructura administrativa muy fuerte y que garantiza el adecuado funcionamiento de las demás áreas.

La dimensión Su área/Unidad de trabajo, a pesar de tener algunos puntos para corregir, sirve para destacar la importancia del trabajo en equipo que aquí se está ejecutando y que lleva la obtención de los buenos resultados en cuanto a la seguridad del paciente y la no ocurrencia de eventos adversos e incidentes en la institución. En esta dimensión lo que si necesita intervención es el tiempo laborado, pues para más de la mitad de los funcionarios, se excede el tiempo laborado que resultaría conveniente para el cuidado del paciente, lo que lleva a una de las recomendaciones aquí planteadas y es la necesidad de contar con personal adicional en temporadas donde hay mayor demanda de procesos estéticos. También se requiere trabajar fuertemente en que los empleados tengan conocimiento que reportar los eventos adversos o los incidentes no acarrea acciones punitivas, por tanto, no serán puestas en sus expedientes o serán usadas en su contra afectando su actividad laboral.

La dimensión comunicación es tal vez la que requiere de mayor atención en la institución, aquí se encontró que el personal no se siente en libertad de cuestionar decisiones provenientes de sus superiores y que no se tiene una práctica frecuente para la discusión en la forma de prevenir errores para que no vuelvan a suceder. Esta puede estar conjugándose con la dimensión frecuencia de sucesos notificados que también presenta falencias, pues fue notorio que los funcionarios no están realizando esta actividad con la intensidad que requiere la cultura de seguridad del paciente, muchas veces fue evidente que esto no se realizó porque falta mayor conocimiento en lo que es un evento adverso, la diferenciación que tiene con un incidente, y la importancia de notificar incluso aquellos que parecen no significativos. Por último, aunque la presencia de eventos adversos y/o incidentes es percibida como baja en la institución, la realidad es que para varios funcionarios es evidente la existencia de un sub reporte que puede estarse presentando por temor profesional a las consecuencias, por la falta de conocimiento del protocolo, por no reconocer la necesidad de la notificación o por no considerar ciertos sucesos como eventos adversos o incidentes, es decir que faltaría un mayor énfasis en la capacitación del personal sobre este importante aspecto del cuidado del paciente y empezando por los conceptos básicos que debe manejar el programa.

11. RECOMENDACIONES

Como se sugirió en el Plan de acción para el mejoramiento expuesto en los resultados se requiere:

A nivel institucional, contar con un listado de profesionales disponible para cubrir las épocas de mayor demanda de servicios, y así no sobrecargar al profesional vinculado a la institución.

Definir un programa de capacitaciones permanentes en torno al tema de seguridad del paciente, con un enfoque en las dimensiones donde se presentaron las mayores debilidades y de las que destacan el temor a las respuestas punitivas y la no notificación de eventos adversos.

Realizar continuamente inducciones y reinducciones periódicas respecto al tema de la seguridad del paciente en todos y cada uno de los servicios de la institución con el objetivo de aplicar todo este conocimiento en la práctica diaria en la prestación del servicio de salud.

Evaluar la efectividad de las capacitaciones para asegurar los resultados de estas, con el fin de interiorizar los conceptos en el personal asistencial.

Fomentar la notificación interna y la discusión en equipo de los errores que se puedan presentar durante la prestación del servicio.

Manejar el tema de seguridad del paciente de manera grupal y no de forma individual, de esta manera el personal no se sentirá cohibido por el miedo a las represarías en el momento de reconocer que ha cometido un error, fomentando a la vez la notificación de los eventos adversos y conociendo los errores que se cometen en los servicios y de esta manera actuar sobre las causas para evitar que se repitan en el futuro.

Generar espacios para la socialización de las acciones de mejora implementadas con todo el equipo de trabajo.

Establecer y dar a conocer los canales de reporte de eventos adversos, junto con el comité encargado del mismo, es decir implementar “canales de comunicación asertiva” junto con el líder de seguridad del paciente.

Finalmente, se recomienda a la organización fomentar la creación y el mantenimiento de una cultura de seguridad del paciente en la institución, desarrollando diferentes actividades como establecer y mantener un liderazgo que promueva constantemente la cultura de seguridad, comunicar los resultados y discutirlos con el personal asistencial con el fin de tener en cuenta sus opiniones y transformarlas en mejoras de los procesos asistenciales, capacitar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y de los principios de reducción de errores, crear programas amigables de notificación y aprendizaje para identificar y analizar los incidentes y las situaciones de riesgo que se presentan constantemente en los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Delgado Bernal M et al. Glosario de términos aplicados a. Secr Salud Mex [Internet]. 2015;14. Available from:
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf
2. García Alegria J. Seguridad del paciente. Actual Medica. 2019;807:131–3.
3. Organización Mundial de la Salud. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. 2009. Available from:
https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
4. Ministerio de la Protección social. Promoción de la cultura de seguridad del paciente [Internet]. Bogotá; 2009. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
5. Villareal Pere JZ. Medicina Universitaria. Medicina (B Aires) [Internet]. 2011; Available from: www.elsevier.es/en/node/2090153
6. OMS. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento y mejor uso, para una atención más segura. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2008;1:3. Available from:
https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
7. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. “Pacientes en Defensa de su Seguridad” [Internet]. 2016. p. 3–5. Available from:
http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/
8. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 3 abril de 2006. [Internet]. 2006 p. 17. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO_1011_DE_2006.pdf
9. ISAPS (Sociedad Internacional de cirugía plástica estética). Reciente estudio internacional muestra que la cirugía estética continúa aumentando en todo el mundo El total de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos aumentó en

- 5,4% en 2018 Hanover,. Informe Encuesta Internacional y anual sobre procedimientos estéticos /cosméticos. 2019. p. 1–9.
10. Laverde MISN, Valbuena Y, P AMBR. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública [Internet]. 2016. Available from: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD_.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_INFECCIONES_ASOCIADAS_A_LA_ATENCION_EN_SALUD_.pdf)
 11. Arcila S, Giraldo D. Turismo de salud : cirugías estéticas , un mercado potencial para la exportación de servicios Health tourism : aesthetic surgeries as a potential market. 2019;72–86.
 12. Analisis De Situación De Salud (ASIS) Dirección de Epidemiología y Demografía. 2018;
 13. Catarina A, Oliveira DS, Jesus P, Hernández S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals Cultura de segurança do paciente e fatores associados em uma rede de hos. 2013;29(2):283–93.
 14. Maya ÁMS, Marín DMR. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia Patient. Rev Cuid. 2020;11(2):1–14.
 15. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la Implementación de la política de seguridad del paciente. 2008;
 16. DR. CRISTIÁN ROCCO DAG. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. 2017;11.
 17. Prevalencia De Efectos Adversos En Hospitales De Latinoamérica Estudio Ibeas : Prevalencia De Efectos Adversos. 2007;1–167.
 18. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Rev Calid Asist. 2013;28(6):329–36.
 19. Castañeda-Hidalgo H, Rosalinda GH, Juanana Fernanda González Salinas MPZ, Gloria AP, Ana Pérez Angélica A. PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE

- ENFERMERÍA. Cienc Y Enferm. 2013;77–88.
20. Melendez Mendez MC. Percepcion Del Personal De Enfermeria Hacia La Cultura De Seguridad En Un Hospital Pediatrico En México. Rev Cuid. 2014;5(2).
 21. Barbosa MH. et. al. . Percepción de enfermeros brasileños acerca de la seguridad del paciente. Rev Cubana Enferm. 2018;34:1–15.
 22. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Enfermería Univ. 2017;14(1):47–53.
 23. Reyes CRM, Durango JA, Correa SMA, Palacio DMG. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Civilizar Ciencias Soc y humanas. 2017;33:277–92.
 24. Castañeda Jaramillo Stephany Carolina; Henao Mazo Y. Clima de seguridad del paciente Hospital General de Medellin. Universidad de Antioquia; 2015.
 25. Magalhães de Lima Felipe Henrique, Almeida Pereira Isabelle Christine, Luiz Raíssa Bianca, Barbosa Maria Helena GFMB. Clima de seguridad del paciente en un hospital de enseñanza Minas Gerais. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:1–7.
 26. Díaz Estévez Jeymee Bibiana JSLSSMA de los A. 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.
 27. Bravo Gomez Moises Alfonso, Arboleda de perez Ligia Betty, Arguello Diana Carina, Becerra Moreno Xiomara, Vega Peñaranda Milton, Oyola Naranjo Dora Janette RCR. Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil. Rev Cubana Enferm. 2020;36:1–21.
 28. Rocco C, Garrido A. Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(5):785–95. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864017301268>

29. Monise Carla. Modelo del queso suizo [Internet]. 2019. Available from: <https://blogdelacalidad.com/modelo-de-queso-suizo-para-el-analisis-de-riesgos-y-fallas/>
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Londres [Internet]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES CLINICOS.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES_CLINICOS.pdf)
31. Ministerio de Sanidad España. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. 2005.
32. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: Un estado de la cuestión. *Rev Electron Investig Educ.* 2018;20(1):38–47.
33. Chiavenato I. ADMINISTRACION Proceso Administrativo. 3a. Révalo LS Iano A, editor. Bogota; 2001. 436 p.
34. Idalberto C. Introduccion a la teoria general de la administracion. 7th ed. Noe Islas Lopez, editor. Bogota; 2007. 589 p.
35. Historia Biografia.com [Internet]. Available from: <https://historia-biografia.com/elton-mayo/>
36. Biografía de John Dewey. Quién es, vida, historia, bio resumida [Internet]. [cited 2020 Jun 29]. Available from: [https://www.buscabiografias.com/biografia/verDetalle/3174/John Dewey](https://www.buscabiografias.com/biografia/verDetalle/3174/John%20Dewey)
37. Biografía de Kurt Lewin . Quién es, vida, historia, bio resumida [Internet]. [cited 2020 Jun 29]. Available from: [https://www.buscabiografias.com/biografia/verDetalle/9922/Kurt Lewin](https://www.buscabiografias.com/biografia/verDetalle/9922/Kurt%20Lewin)
38. Ministerio de la Protección Social. Resolucion numero 1043. 2006 p. 5.
39. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 1446 De 8 Mayo De 2006. Minist La Protección Soc [Internet]. 2006;1–83. Available from: http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/vinculos/ips/R_1446-06_Anexo_Indicadores_Calidad.pdf

40. Otálvaro Marín B, Vergara Argotty C. Evaluación Política Pública de Juventud de Cali (Colombia). *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv.* 2016;14(1):1.
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003. 2014 p. 225.
42. Ministerio de Salud y protección Social. Resolución No. 3100. 2019. p. 230.
43. Ministerio de Salud República de Colombia. Resolución N° 008430 [Internet]. Constitución Política de Colombia 1993 p. 19. Available from: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
44. Marfán L, Pedemonte JC, Sandoval D, Ferdinand C, Camus L LH. De la anestesia a la seguridad de la atención: experiencia de 6 años en el análisis de reportes de incidentes en un hospital universitario. *Rev Med Chile.* 2017;448.
45. Skodová M, Velasco MJ FM. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calid Asist.* 2011;26(1):33–8.
46. Achury D, Rodríguez S, Díaz J, Gómez J, Gómez A, Díaz JE, Mesa S, Eslava C CA. Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia). *Salud Uninorte.* 2017;33(2):105-117.
47. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E SA. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc enferm.* 2011;17(3):97–111.
48. López V, Puentes MA R AL. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. *Univ del Rosario, Fac Adm.* 2016;
49. Pérez JA, Jaramillo CM, Olvera LD, Burgos LA, Pastrana AA, González AI, Delgado M, Márquez HG RF. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *Rev CONAMED.* 2014;19(2):52–8.

50. Ramírez ME GA. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería Univ.* 2017;14(2):52–8.
51. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit.* 2019;(xx).
52. Ocampo D TL. Percepción del personal de salud sobre causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de imágenes diagnóstico, de la sede circunvalar de IDIME S.A. 2019.
53. Vítolo F. Problemas de comunicación en el equipo de salud. Biblioteca Virtual Noble. Available from:
http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/63.pdf
54. Salud. OP de la. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. [Internet]. Available from:
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf

ANEXOS

ANEXO A. Encuesta sobre la Seguridad del Paciente

Instrucciones

Esta encuesta recoge la opinión acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 15 minutos completarla.

Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

Definiciones

• Un “suceso” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, efecto adverso o actuación fuera de protocolo, sin importar si el resultado daña al paciente o no.

• “Seguridad del paciente” se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes efectos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados.

Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

En esta evaluación, piense en su “unidad” como el área de trabajo, servicio, departamento o área clínica del centro donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este centro? Seleccione UNA respuesta.

Ámbito hospitalario

- a. Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Area de urgencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otros

Ámbito Atención Primaria

- o. Medicina de familia
- p. Pediatría de familia
- q. Enfermería comunitaria
- r. Otros

Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo de su centro...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad	1	2	3	4	5
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1	2	3	4	5
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	1	2	3	4	5
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	1	2	3	4	5
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	1	2	3	4	5
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	1	2	3	4	5
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	1	2	3	4	5
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	1	2	3	4	5

12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	1	2	3	4	5
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	1	2	3	4	5
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	1	2	3	4	5
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	1	2	3	4	5
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	1	2	3	4	5
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	1	2	3	4	5

Dimensión: Su jefe / Supervisor

Su Jefe / Supervisor	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	1	2	3	4	5
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	1	2	3	4	5

Dimensión: Comunicación, n (%).

Comunicación	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	1	2	3	4	5
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	1	2	3	4	5
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	1	2	3	4	5
5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	1	2	3	4	5
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	1	2	3	4	5

Dimensión: Frecuencia de sucesos notificados

Frecuencia de sucesos notificados	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	1	2	3	4	5
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	1	2	3	4	5
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?	1	2	3	4	5

Grado de seguridad del paciente

Grado de seguridad del paciente	Malo	Pobre	Aceptable	Muy bueno	Excelente
1. Dele a su servicio/unidad/área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente	1	2	3	4	5

Dimensión: Servicio/unidad/área de trabajo de su centro, n (%)

Su centro (Hospital)	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
2. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	1	2	3	4	5
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.	1	2	3	4	5
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.	1	2	3	4	5
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	1	2	3	4	5
6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios /unidades.	1	2	3	4	5
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.	1	2	3	4	5
8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	1	2	3	4	5
9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	1	2	3	4	5
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	1	2	3	4	5
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	1	2	3	4	5

ANEXO B. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para participación de investigación “Percepción del personal asistencial y administrativo sobre la cultura de seguridad del paciente en una clínica de cirugía plástica y estética de Cali en el 2020.

Le invitamos a participar en la investigación sobre percepción del personal asistencial y administrativo sobre la cultura de seguridad del paciente en una clínica de cirugía plástica y estética de Cali 2020. Dirigida por Ximena Dinas Montoya investigadora de la Facultad de Salud Pública de la Universidad del Valle, bajo la asesoría del profesor Astolfo

Franco especialista en el tema y con previa autorización de la gerencia de la institución. Usted será uno (a) de las personas que nos brindarán su valiosa información. Para el desarrollo de esta investigación se espera que participen en este estudio 100 personas. Los beneficios que obtendrán los participantes de esta investigación son beneficios intangibles relacionados con un mejor conocimiento del entorno laboral y la oportunidad de su mejoramiento en el entorno de la seguridad del paciente en su institución.

Este consentimiento se da a usted para ayudarlo a entender las características del estudio, de tal modo que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida a la encargada del estudio que le aclare sus inquietudes.

El objetivo de este estudio es establecer la percepción del personal asistencial y administrativo sobre la cultura de seguridad del paciente en la institución de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Agencia para la investigación de la calidad y el cuidado de la salud (AHRQ) de los Estados Unidos. Diligenciar esta encuesta tarda aproximadamente 15 minutos. Se solicita brindar información sincera y actualizada.

Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias para su situación financiera, su empleo o su reputación. No se dará ninguna compensación económica por participar en este estudio.

Los datos se tratarán de manera anónima, no se divulgará ninguna información sobre usted, toda la información obtenida se manejará de manera encriptada. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad.

Si tiene alguna duda sobre esta encuesta, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la aplicación de esta o después de hacerla, para ello puede contactarse con la investigadora que conduce este proyecto. La investigadora no tiene conflicto de intereses y ninguna vinculación con la institución objeto de estudio.

Cualquier inquietud por favor comunicarse con:
Secretaria del CIREH (Comité Institucional de Revisión de Ética Humana) teléfono
518 56 77 o al correo electrónico: eticasalud@correounivalle.edu.co

Cualquier inquietud para el desarrollo de la encuesta por favor comunicarse con:
Ximena Dinas Montoya (Investigador principal) celular: 316-5781384 o al correo
electrónico: ximena.dinas@correounivalle.edu.co

CONSENTIMIENTO DEL SUJETO DEL ESTUDIO: He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento. Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Autoriza la utilización de sus datos en futuros estudios con fines académicos previa aprobación de un comité de ética. **SI** _____ **NO** _____

ANEXO C. Relaciones entre las variables socioeconómicas y laborales con la percepción de los funcionarios en los ítems de las dimensiones donde se encontraron valoraciones negativas

Dimensión: Su área/Unidad de trabajo							
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.							
Variable	Valores	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	p
Sexo	Femenino	3,79	16,67	24,07	38,89	16,67	0,8546
	Masculino	4,00	16,00	32,00	40,00	8,00	
Estrato socioeconómico	Estrato 1	0,00	25,00	50,00	0,00	25,00	0,3879
	Estrato 2	0,00	13,33	40,00	26,67	20,00	
	Estrato 3	0,00	18,52	14,81	55,56	11,11	
	Estrato 4	11,11	11,11	33,33	22,22	22,22	
	Estrato 5	18,18	9,09	18,18	45,45	9,09	
	Estrato 6	0,00	23,08	30,77	38,46	7,69	
Nivel educativo	Bachiller	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,3201
	Técnico	0,00	25,00	14,29	42,86	17,86	
	Tecnológico	0,00	0,00	42,86	28,57	28,57	
	Pregrado	9,52	9,52	28,57	42,86	9,52	
	Especialización	5,88	11,76	29,41	47,06	5,88	
	Maestría	0,00	50,00	25,00	0,00	25,00	
Antigüedad en la institución	Menos de 1 año	0,00	33,33	16,67	33,33	16,67	0,122
	De 1 a 5 años	5,71	17,14	37,14	17,14	22,86	
	De 6 a 10 años	0,00	30,00	20,00	50,00	0,00	
	De 11 a 15 años	0,00	0,00	18,75	75,00	6,25	
	De 16 a 20 años	12,50	12,50	25,00	50,00	0,00	
	21 años o más	0,00	25,00	0,00	50,00	25,00	
Antigüedad en la especialidad	Menos de un Año	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,1323
	De 1 a 5 Años	0,00	36,84	31,58	21,05	10,53	
	De 6 a 10 Años	5,88	0,00	35,29	35,29	23,53	
	De 11 a 15 Años	0,00	11,11	27,78	50,00	11,11	
	De 16 a 20 Años	7,69	7,69	7,69	61,54	15,38	
	21 años o más	10,00	30,00	10,00	40,00	10,00	
Tiene contacto directo con pacientes	No	0,00	9,52	47,62	28,57	14,29	0,1110
	Si	5,17	18,97	18,97	43,10	13,79	
Horas semanales laboradas	Menos de 20	12,50	12,50	37,50	25,00	12,50	0,5802
	20 a 39 horas	5,56	27,78	27,78	33,33	5,56	
	40 a 59 horas	1,89	13,21	24,53	43,40	16,98	
Presencia de eventos adversos o incidentes en los últimos 12 meses	Ninguna	1,67	13,33	26,67	45,00	13,33	0,1731
	Entre 1 y 2 eventos	7,14	21,43	35,71	14,29	21,43	
	Entre 3 y 5 eventos	33,33	33,33	0,00	33,33	0,00	
	Entre 6 y 10 eventos	0,00	50,00	0,00	50,00	0,00	
Estamento al que pertenece	Asistencial	5,26	17,54	19,30	45,61	12,28	0,0951
	Administrativo	0,00	13,64	45,45	22,73	18,18	

Dimensión: Su área/Unidad de trabajo							
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.							
Variable	Valores	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	p
Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes							
Sexo	Femenino	1,85	22,22	27,78	40,74	7,41	0,8441
	Masculino	4,00	32,00	24,00	32,00	8,00	
Estrato socioeconómico	Estrato 1	0,00	0,00	25,00	0,00	75,00	0,001*
	Estrato 2	0,00	53,33	20,00	26,67	0,00	
	Estrato 3	0,00	22,22	29,63	44,44	3,70	
	Estrato 4	11,11	0,00	44,44	33,33	11,11	
	Estrato 5	0,00	18,18	27,27	45,45	9,09	
	Estrato 6	7,69	30,77	15,38	46,15	0,00	
Nivel educativo	Bachiller	0,00	0,00	50,00	50,00	0,00	0,5728
	Técnico	0,00	21,43	28,57	42,86	7,14	
	Tecnológico	0,00	14,29	28,57	42,86	14,29	
	Pregrado	4,76	33,33	23,81	28,57	9,52	
	Especialización Maestría	0,00	30,00	29,41	29,41	5,88	
Antigüedad en la institución	Menos de 1 año	16,67	50,00	16,67	16,67	0,00	0,1455
	De 1 a 5 años	2,86	22,86	17,14	45,71	11,43	
	De 6 a 10 años	0,00	40,00	10,00	40,00	10,00	
	De 11 a 15 años	0,00	18,75	31,25	50,00	0,00	
	De 16 a 20 años	0,00	12,50	62,50	12,50	12,50	
	21 años o más	0,00	25,00	75,00	0,00	0,00	
Antigüedad en la especialidad	Menos de un Año	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,5163
	De 1 a 5 Años	0,00	31,58	21,05	36,84	10,53	
	De 6 a 10 Años	0,00	41,18	5,88	41,18	11,76	
	De 11 a 15 Años	5,56	11,11	33,33	44,44	5,56	
	De 16 a 20 Años	0,00	23,08	30,77	38,46	7,69	
21 años o más	10,00	20,00	40,00	30,00	0,00		
Tiene contacto directo con pacientes	No	0,00	19,05	28,57	42,86	9,52	0,8212
	Si	3,45	27,59	25,86	36,21	6,90	
Horas semanales laboradas	Menos de 20	0,00	25,00	37,50	12,50	25,00	0,0591
	20 a 39 horas	11,11	33,33	27,78	27,78	0,00	
	40 a 59 horas	0,00	22,64	24,53	45,28	7,55	
Presencia de eventos adversos o incidentes en los últimos 12 meses	Ninguna	3,33	25,00	28,33	36,67	6,67	0,9284
	Entre 1 y 2 eventos	0,00	21,43	28,57	42,86	7,14	
	Entre 3 y 5 eventos	0,00	33,33	0,00	33,33	33,33	
	Entre 6 y 10 eventos	0,00	50,00	0,00	50,00	0,00	
Estamento al que pertenece	Asistencial	3,51	28,07	24,56	36,84	7,02	0,7618
	Administrativo	0,00	18,18	31,82	40,91	9,09	

Dimensión: Comunicación							
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad							
Variable	Valores	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	p
Sexo	Femenino	11,11	42,59	31,48	11,11	3,70	0,3508
	Masculino	4,00	32,00	32,00	28,00	4,00	
Estrato socioeconómico	Estrato 1	0,00	25,00	25,00	50,00	0,00	0,1423
	Estrato 2	20,00	33,33	33,33	13,33	0,00	
	Estrato 3	3,70	44,44	37,04	14,81	0,00	
	Estrato 4	0,00	33,33	33,33	11,11	22,22	
	Estrato 5	18,18	63,64	0,00	18,18	0,00	
	Estrato 6	7,69	23,08	46,15	15,38	7,69	
Nivel educativo	Bachiller	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,2586
	Técnico	3,57	46,43	39,29	10,71	0,00	
	Tecnológico	14,29	14,29	14,29	57,14	0,00	
	Pregrado	19,05	28,57	33,33	9,52	9,52	
	Especialización	5,88	47,06	23,53	17,65	5,88	
	Maestría	0,00	25,00	50,00	25,00	0,00	
Antigüedad en la institución	Menos de 1 año	0,00	50,00	16,67	33,33	0,00	0,7170
	De 1 a 5 años	14,29	34,29	28,57	20,00	2,86	
	De 6 a 10 años	0,00	50,00	50,00	0,00	0,00	
	De 11 a 15 años	12,50	37,50	31,25	6,25	12,50	
	De 16 a 20 años	0,00	50,00	25,00	25,00	0,00	
	21 años o más	0,00	25,00	50,00	25,00	0,00	
Antigüedad en la especialidad	Menos de un Año	0,00	50,00	0,00	50,00	0,00	0,5172
	De 1 a 5 Años	15,79	47,37	21,05	15,69	0,00	
	De 6 a 10 Años	5,88	35,29	47,06	11,76	0,00	
	De 11 a 15 Años	5,56	27,78	38,89	16,67	11,11	
	De 16 a 20 Años	15,38	53,85	7,69	23,08	0,00	
	21 años o más	0,00	30,00	50,00	10,00	10,00	
Tiene contacto directo con pacientes	No	14,29	42,86	23,81	14,29	4,76	0,7812
	Si	6,90	37,93	34,48	17,24	3,45	
Horas semanales laboradas	Menos de 20	0,00	37,50	25,00	25,00	12,50	0,7238
	20 a 39 horas	5,56	33,33	38,89	22,22	0,00	
	40 a 59 horas	11,32	41,51	30,19	13,21	3,77	
Presencia de eventos adversos o incidentes en los últimos 12 meses	Ninguna	8,33	40,00	31,67	16,67	3,33	0,7364
	Entre 1 y 2 eventos	14,29	35,71	35,71	7,14	7,14	
	Entre 3 y 5 eventos	0,00	33,33	0,00	66,67	0,00	
	Entre 6 y 10 eventos	0,00	50,00	50,00	0,00	0,00	
Estamento al que pertenece	Asistencial	7,02	42,11	28,07	19,30	3,51	0,5429
	Administrativo	13,64	31,82	40,91	9,09	4,55	

Dimensión: Comunicación							
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad							
Variable	Valores	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	p
En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.							
Sexo	Femenino	0,00	14,81	27,78	35,19	22,22	0,5124
	Masculino	0,00	8,00	44,00	28,00	20,00	
Estrato socioeconómico	Estrato 1	0,00	0,00	0,00	25,00	75,00	0,1770
	Estrato 2	0,00	0,00	26,67	53,33	20,00	
	Estrato 3	0,00	14,81	33,33	37,04	14,81	
	Estrato 4	0,00	33,33	22,22	22,22	22,22	
	Estrato 5	0,00	18,18	54,55	9,09	18,18	
	Estrato 6	0,00	7,69	38,46	30,77	23,08	
Nivel educativo	Bachiller	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,1113
	Técnico	0,00	14,29	25,00	46,43	14,29	
	Tecnológico	0,00	0,00	42,86	28,57	28,57	
	Pregrado	0,00	19,05	28,57	33,33	19,05	
	Especialización	0,00	11,76	58,82	11,76	17,65	
	Maestría	0,00	0,00	0,00	50,00	50,00	
Antigüedad en la institución	Menos de 1 año	0,00	0,00	50,00	0,00	50,00	0,1947
	De 1 a 5 años	0,00	5,71	31,43	42,86	20,00	
	De 6 a 10 años	0,00	20,00	20,00	50,00	10,00	
	De 11 a 15 años	0,00	31,25	37,50	18,75	12,50	
	De 16 a 20 años	0,00	12,50	37,50	12,50	37,50	
	21 años o más	0,00	0,00	25,00	50,00	25,00	
Antigüedad en la especialidad	Menos de un Año	0,00	0,00	50,00	0,00	50,00	0,1070
	De 1 a 5 Años	0,00	5,26	31,58	47,37	15,79	
	De 6 a 10 Años	0,00	11,76	29,41	52,94	5,88	
	De 11 a 15 Años	0,00	33,33	33,33	11,11	22,22	
	De 16 a 20 Años	0,00	7,69	38,46	15,38	38,46	
	21 años o más	0,00	0,00	30,00	40,00	30,00	
Tiene contacto directo con pacientes	No	0,00	0,00	23,81	47,62	28,57	0,0758
	Si	0,00	17,24	36,21	27,59	18,97	
Horas semanales laboradas	Menos de 20	0,00	0,00	50,00	37,50	12,50	0,7234
	20 a 39 horas	0,00	16,67	38,89	22,22	22,22	
	40 a 59 horas	0,00	13,21	28,30	35,85	22,64	
Presencia de eventos adversos o incidentes en los últimos 12 meses	Ninguna	0,00	15,00	30,00	33,33	21,67	0,1896
	Entre 1 y 2 eventos	0,00	7,14	57,14	21,43	14,29	
	Entre 3 y 5 eventos	0,00	0,00	0,00	33,33	66,67	
	Entre 6 y 10 eventos	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	
Estamento al que pertenece	Asistencial	0,00	17,54	31,58	29,82	21,05	0,2050
	Administrativo	0,00	0,00	36,36	40,91	22,73	

Dimensión: Frecuencia de sucesos notificados							
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?							
Variable	Valores	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	p
Sexo	Femenino	0,00	24,07	25,93	27,78	22,22	0,3447
	Masculino	4,00	32,00	66,67	12,00	24,00	
Estrato socioeconómico	Estrato 1	0,00	25,00	0,00	25,00	50,00	0,2580
	Estrato 2	0,00	13,33	20,00	20,00	46,67	
	Estrato 3	0,00	25,93	40,74	22,22	11,11	
	Estrato 4	0,00	22,22	22,22	33,33	22,22	
	Estrato 5	0,00	54,55	18,18	27,27	0,00	
	Estrato 6	7,69	23,08	23,08	15,38	30,77	
Nivel educativo	Bachiller	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,0954
	Técnico	32,14	28,57	32,14	17,86	21,43	
	Tecnológico	0,00	0,00	14,29	57,14	28,57	
	Pregrado	0,00	19,05	28,57	33,33	19,05	
	Especialización	5,88	52,94	23,53	5,88	11,76	
	Maestría	0,00	0,00	25,00	25,00	50,00	
Antigüedad en la institución	Menos de 1 año	0,00	33,33	0,00	33,33	33,33	0,4984
	De 1 a 5 años	0,00	20,00	25,71	28,57	25,71	
	De 6 a 10 años	10,00	10,00	30,00	10,00	40,00	
	De 11 a 15 años	0,00	37,50	31,25	18,75	12,50	
	De 16 a 20 años	0,00	50,00	25,00	12,50	12,50	
	21 años o más	0,00	25,00	50,00	25,00	0,00	
Antigüedad en la especialidad	Menos de un Año	0,00	0,00	50,00	0,00	50,00	0,7965
	De 1 a 5 Años	0,00	36,84	10,53	31,58	21,05	
	De 6 a 10 Años	5,88	5,88	41,18	23,53	23,53	
	De 11 a 15 Años	0,00	33,33	22,22	16,67	27,78	
	De 16 a 20 Años	0,00	30,77	30,77	23,08	15,38	
	21 años o más	0,00	30,00	30,00	20,00	20,00	
Tiene contacto directo con pacientes	No	0,00	14,29	28,57	23,81	33,33	0,4868
	Si	1,72	31,03	25,86	22,41	18,97	
Horas semanales laboradas	Menos de 20	0,00	50,00	25,00	25,00	0,00	0,3072
	20 a 39 horas	5,56	33,33	16,67	16,67	27,78	
	40 a 59 horas	0,00	20,75	30,19	24,53	24,53	
Presencia de eventos adversos o incidentes en los últimos 12 meses	Ninguna	0,00	26,67	28,33	23,33	21,67	0,4716
	Entre 1 y 2 eventos	7,14	21,43	28,57	14,29	28,57	
	Entre 3 y 5 eventos	0,00	33,33	0,00	66,67	0,00	
	Entre 6 y 10 eventos	0,00	50,00	0,00	0,00	50,00	
Estamento al que pertenece	Asistencial	1,75	31,58	22,81	19,30	24,56	0,3105
	Administrativo	0,00	13,64	36,36	31,82	18,18	

Dimensión: Frecuencia de sucesos notificados							
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?							
Variable	Valores	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	p
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?							
Sexo	Femenino	3,70	25,93	25,93	25,93	18,52	0,3774
	Masculino	8,00	32,00	36,00	8,00	16,00	
Estrato socioeconómico	Estrato 1	0,00	0,00	25,00	25,00	50,00	0,0350*
	Estrato 2	6,67	6,67	13,33	33,33	40,00	
	Estrato 3	3,70	37,04	37,04	14,81	7,41	
	Estrato 4	0,00	22,22	33,33	11,11	33,33	
	Estrato 5	0,00	54,55	9,09	36,36	0,00	
	Estrato 6	15,38	23,08	46,15	7,69	7,69	
Nivel educativo	Bachiller	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,0774
	Técnico	7,14	21,43	35,71	21,43	14,29	
	Tecnológico	0,00	24,29	14,29	42,86	28,57	
	Pregrado	0,00	28,57	23,81	23,81	23,81	
	Especialización	11,76	52,94	23,53	5,88	5,88	
	Maestría	0,00	0,00	75,00	25,00	0,00	
Antigüedad en la institución	Menos de 1 año	33,33	33,33	16,67	16,67	33,33	0,5707
	De 1 a 5 años	20,00	17,14	34,29	25,71	20,00	
	De 6 a 10 años	20,00	10,00	40,00	20,00	20,00	
	De 11 a 15 años	12,50	43,75	18,75	18,75	12,50	
	De 16 a 20 años	12,50	62,50	25,00	0,00	12,50	
	21 años o más	25,00	25,00	25,00	25,00	0,00	
Antigüedad en la especialidad	Menos de un Año	0,00	0,00	50,00	0,00	50,00	0,5691
	De 1 a 5 Años	5,26	36,84	10,53	31,58	15,79	
	De 6 a 10 Años	5,88	5,88	47,06	23,53	17,65	
	De 11 a 15 Años	5,56	33,33	27,78	5,56	27,78	
	De 16 a 20 Años	0,00	30,77	30,77	23,08	15,38	
	21 años o más	10,00	40,00	30,00	20,00	0,00	
Tiene contacto directo con pacientes	No	4,76	14,29	33,33	23,81	23,81	0,5839
	Si	5,17	32,76	27,59	18,97	15,51	
Horas semanales laboradas	Menos de 20	0,00	50,00	25,00	25,00	0,00	0,7258
	20 a 39 horas	5,56	33,33	27,78	11,11	22,22	
	40 a 59 horas	5,66	22,64	30,19	22,64	18,87	
Presencia de eventos adversos o incidentes en los últimos 12 meses	Ninguna	3,33	25,00	30,00	25,00	16,67	0,1565
	Entre 1 y 2 eventos	14,29	42,86	7,14	7,14	28,57	
	Entre 3 y 5 eventos	0,00	33,33	66,67	0,00	0,00	
	Entre 6 y 10 eventos	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	
Estamento al que pertenece	Asistencial	7,02	28,07	28,07	19,30	17,54	0,7871
	Administrativo	0,00	27,27	31,82	22,73	18,18	