



MACROPROYECTO

CLIMA ORGANIZACIONAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN LOS DEPARTAMENTOS DE CALDAS, RISARALDA, QUINDÍO Y CHOCÓ. 2019

JUAN JOSÉ LÓPEZ GALEANO

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
MANIZALES - 2020**

INFORME FINAL

**CLIMA ORGANIZACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS
ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA
COMPLEJIDAD DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA. 2019**

JUAN JOSÉ LÓPEZ GALEANO

Tesis de grado para optar al título de Magister en Gestión de la Calidad en Salud.

Directores

Cristhian Guillermo Naranjo Herrera.

Alba Lucia Paz Delgado.

María del Carmen Vergara Quintero

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
MANIZALES
2020**

RESUMEN DEL PROYECTO

El objetivo general de la investigación es determinar la asociación entre el clima organizacional y la seguridad del paciente en instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad del departamento de Risaralda, 2019. Para ello, se realizó un estudio de asociación a través de encuesta aplicada a los trabajadores de los servicios de urgencias, hospitalización y del área administrativo de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad del departamento de Risaralda, complementada con la realización de entrevistas a varios de los participantes, basadas en la técnica de la asociación de palabras.

Los principales resultados muestran que en la dimensión del clima organizacional los niveles de satisfacción más altos se ubicaron en el nivel estratégico y operativo en torno a la comunicación (81% y 72,7%), mientras que en el nivel táctico fue el liderazgo (81,8%)

Frente a la percepción de la seguridad del paciente, en el nivel estratégico el 83% considera satisfactorio el monitoreo de la situación, el nivel táctico lo hace al 75% para el liderazgo, el apoyo mutuo y el aprendizaje organizacional, mientras que para el nivel operativo el 67,7% en la comunicación es el más satisfactorio para la seguridad del paciente.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre algunos aspectos del clima organizacional y la seguridad del paciente ($P < 0,05$), en tanto las relaciones entre los empleados del área son de cooperación y respeto; en el área donde se labora se trabaja en equipo para lograr un alto desempeño y alcanzar los objetivos del servicio; el jefe inmediato trata a los empleados con respeto, dignidad y aprecio; se confía en la capacidad que tienen los directivos de la entidad para gestionarla y alcanzar resultados; se cuenta con los recursos necesarios para cumplir a cabalidad con las funciones y responsabilidades y la institución elabora informes soportados en registros de las actuaciones realizadas e información verificable.

A partir de los hallazgos encontrados y de la discusión de resultados efectuada, se concluye que entre niveles organizacionales (Estratégico, táctico y operativo) respecto del Clima

Organizacional existen similitudes entre las percepciones de las dimensiones liderazgo y comunicación, siendo el nivel estratégico quien mejor percibe el clima organizacional en su totalidad. Por otra parte, existen diferencias entre la percepción de la seguridad del paciente en función de las dimensiones del clima organizacional, siendo la relación condiciones de trabajo quien presenta calificaciones más heterogéneas, donde el nivel estratégico presenta niveles de satisfacción altos en comparación con los del nivel táctico y operativo.

Finalmente, existen asociación significativa entre algunos aspectos del clima organizacional y la seguridad del paciente, siendo los aspectos indagados en la dimensión relaciones quienes presentaron mayor numero.

Palabras Claves: Clima organizacional, seguridad del paciente, dimensiones del clima.

ABSTRACT

CONTENIDO

1	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA Y ANTECEDENTES	9
2	ANTECEDENTES	14
3	JUSTIFICACIÓN.....	22
4	REFERENTE TEÓRICO.....	24
4.1	MARCO CONCEPTUAL	24
4.2	MARCO NORMATIVO	46
4.3	MARCO CONTEXTUAL.....	49
5	OBJETIVOS.....	51
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	51
5.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	51
6	METODOLOGÍA	52
7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	57
8	RESULTADOS.....	58
8.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:	58
8.1	ESTADO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL	62
8.2	SEGURIDAD DEL PACIENTE.	70
8.3	SOCIACIÓN ENTRE EL CLIMA ORGANIZACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	80
8.4	ASOCIACIÓN DE PALABRAS.....	86
9	DISCUSIÓN.....	91
10	CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO ..	95
10.1	CONCLUSIONES	95
10.2	RECOMENDACIONES.....	97
10.3	LIMITACIONES	98
11	REFERENCIAS	99
12	ANEXOS.....	108

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. CONCEPTO CLIMA ORGANIZACIONAL.....	25
TABLA 2. RED PÚBLICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA.	49
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN Y MUESTRA.....	52
TABLA 4. DIMENSIONES Y VARIABLES DEL ESTUDIO	53
TABLA 5. RECODIFICACIÓN DE RESPUESTAS.....	55
TABLA 6. RECODIFICACIÓN DE RESPUESTAS CUANTITATIVAS.....	55
TABLA 7. RANGO DE EDAD (%).....	58
TABLA 8. GENERO (%)	59
TABLA 9. NIVEL EDUCATIVO (%)	59
TABLA 10. RANGO DE ANTIGÜEDAD EN AÑOS	60
TABLA 11. TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL (%).....	61
TABLA 12. CONSOLIDADO CLIMA ORGANIZACIONAL POR DIMENSIONES. (%)	62
TABLA 13. RELACIONES ENTRE COMPAÑEROS, EQUIPOS Y ÁREAS DE TRABAJO (%).....	63
TABLA 14. RELACIONES CON JEFE INMEDIATO Y DIRECTIVOS. (%).....	64
TABLA 15. LIDERAZGO. (%).....	65
TABLA 16. CONDICIONES DE TRABAJO. (%)	67
TABLA 17. MOTIVACIÓN. (%).....	68
TABLA 18. COMUNICACIÓN. (%).....	69
TABLA 19. CALIFICACIÓN DE LA SEGUIDA DEL PACIENTE.	71
TABLA 20. LIDERAZGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. (%)	72
TABLA 21. CONDICIONES DE TRABAJO, MOTIVACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. (%).....	73
TABLA 22. RELACIONES CON EL JEFE INMEDIATO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. (%)	75
TABLA 23. COMUNICACIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. (%)	76
TABLA 24. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL. (%).....	79
TABLA 25. ASOCIACIÓN ENTRE LA VARIABLE RELACIONES Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	81
TABLA 26. ASOCIACIÓN ENTRE LA VARIABLE LIDERAZGO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	82

TABLA 27. ASOCIACIÓN ENTRE LA VARIABLE CONDICIONES DE TRABAJO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	83
TABLA 28. ASOCIACIÓN ENTRE LA VARIABLE MOTIVACIÓN Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	84
TABLA 29. ASOCIACIÓN ENTRE LA VARIABLE COMUNICACIÓN Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	84
TABLA 30. ASOCIACIÓN APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	85
TABLA 31. PALABRAS ASOCIADAS CON EL CLIMA ORGANIZACIONAL.....	87
TABLA 32. PALABRAS ASOCIADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	88
TABLA 33. PALABRAS ASOCIADAS CON EL CLIMA ORGANIZACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	89
TABLA 34. CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	108

1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA Y ANTECEDENTES

La seguridad del paciente es un tema que en los últimos años se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, afectando a todas las instituciones prestadores del servicio de salud en todos sus niveles de atención, tanto públicas como privadas, causando enfermedades, lesiones y en el peor de los casos la muerte, que ocurren como consecuencia de errores en la prestación del servicio. Al respecto, la Organización Mundial de la salud (OMS) ha lanzado alertas por lo que hoy en día la seguridad del paciente es un tema obligatorio, que debe promover las “buenas prácticas” en la atención en salud.

A pesar de lo indicado por la OMS, en nuestro país los problemas de inseguridad en las entidades prestadoras de salud son muy comunes debido a la falta de sensibilización, la notificación inadecuada o nula, la falta de unificar métodos de identificación, el poco interés en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, la exigencia de responsabilidad por parte del profesional, sistemas de información deficientes, discrepancia en los propósitos específicos de los actores y un sistema de salud que limita una buena prestación con calidad del servicio, entre otras razones.

Ante las situaciones mencionadas el “ambiente laboral” de las organizaciones día tras día se vuelve más imperativo para los empresarios y gerentes del área de la salud, principalmente en lo que respecta al talento humano, ya que este es un factor que puede ser valorado en las organizaciones, donde se observa el comportamiento diario del prestador de servicio de salud y la forma como este interactúa en la institución tanto para el desarrollo de sus funciones como con los usuarios externos.

Sobre el particular, Peña et al. (1) encontraron una relación entre el clima organizacional de los equipos directivos y el desempeño de los servidores de salud, mientras que un estudio efectuado en hospitales europeos por Kristensen et al. (2) encontró asociaciones positivas entre la implementación de sistemas de gestión de la calidad y el trabajo en

equipo, en el que se realiza que cuanto mayor es la brecha entre las percepciones de los líderes, y los clínicos de primera línea con respecto a la cultura de seguridad, más se están cometiendo errores en la línea de frente, poniendo en peligro la seguridad del paciente. Por el contrario, el compromiso de los líderes y la participación del equipo interdisciplinario (aspectos contemplados en el clima organizacional) han demostrado ser eficaces en la mejora del trabajo en equipo y del clima de seguridad.

El ofrecer y generar un buen servicio al cliente y a las personas que acuden a una institución específica permite que estas superen sus expectativas, lo cual conlleva a un valor agregado dentro de la organización, da un estatus de herramienta fundamental en el servicio para mejorar sus procesos y procedimientos y de conservar las medidas tomadas para el buen desempeño; no obstante lo anterior, si no se sabe cultivar y generar ambientes sanos y agradables de trabajo se puede llegar a crear confusión e inconformidad tanto de la persona interna de la institución como la del usuario externo, independientemente de su calidad.

En tal sentido, Escobar et al. (3) encontraron, al analizar la relación entre el entorno laboral y el síndrome de Burnout de los profesionales de Enfermería con la calidad de los cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud coincidentes en los estudios SENECA y RN4CAST, que en general no se relacionaron los eventos adversos con el entorno laboral, pero sí en algunos aspectos estos tenían algún compromiso con algunas infecciones nosocomiales, se relacionaba con un mejor entorno laboral, lo cual se debe a la falta de una adecuada dotación y recursos. Se ve esta tesis respaldada en los estudios de Aiken et al. (4) a través de éste determinaron la asociación entre la relación paciente enfermero y la mortalidad del paciente, el fracaso en el rescate (muerte tras complicaciones) entre los pacientes quirúrgicos, y los factores relacionados con la retención de la enfermera. Por su parte Kirwan et al (5) exploró la relación entre la práctica de enfermería y la especificación de la seguridad del paciente, las salas en las que trabajan, y los números de los eventos adversos reportados en el servicio de enfermería, teniendo en cuenta la relación enfermera paciente. Estos dos estudios indican que una adecuada dotación de trabajadores representa un aspecto importante para reducir la mortalidad y que

un ambiente de trabajo adecuado entre las enfermeras que realizan prácticas positivas mejora los resultados de seguridad del paciente.

En la misma línea resulta muy importante el aporte de Clarke et al. (6) al determinar los efectos de la dotación de trabajadores de enfermería y de la organización de enfermería en la probabilidad de heridas por agujas en las enfermeras del hospital, en tanto los análisis presentados sugirieron que las exposiciones a patógenos de las enfermeras del área hospitalaria transmitidos por la sangre, se asociaron con las características organizativas y los niveles de trabajadores en las unidades hospitalarias donde trabajaban. Los riesgos individuales de las enfermeras fueron lesiones cutáneas con objetos punzocortantes usados, estos accidentes se relacionaban con las características de nivel agregado de sus unidades hospitalarias que se caracterizaba por climas pobres de trabajo, lo que generaba un aumento de los riesgos laborales ocasionando lesiones y en otros casos, se estaba cerca de producir accidentes. Las discusiones previas de estos problemas conllevan a tener una adecuada observación de los factores anteriores de manera más precisa, y de igual manera proporciona algunas directrices concretas para los gerentes de primera línea y los líderes en las medidas a tener en cuenta para evitar dichas situaciones.

Al continuar con la revisión de la literatura de clima organizacional, en algunos artículos se puede observar que una íntima relación entre los trabajadores profesionales y el usuario que asiste al servicio de salud, afecta tanto positiva como negativamente. Esto refleja un asunto relativo pues depende en buena medida del clima organizacional interno, el cual se refleja al exterior de la institución.

Eklöf et al. (7) realizaron un estudio donde identificaron las condiciones y procesos organizacionales y sociopsicológicos que los médicos y enfermeras suecos percibían como importantes para la seguridad del paciente y/o de los trabajadores, junto con las conductas participativas de seguridad tanto en la atención hospitalaria como en los hogares para ancianos. Los resultados muestran que la organización y la psicología social son procesos estrechamente relacionados entre sí, creado mediante un control centralizado,

especialmente cuando este control causa estrés en el nivel de la unidad.

De forma similar, Ridelberg et al (8), en sus resultados explora factores influyentes en el manejo, y la complejidad del sistema de salud, donde por su complejidad y naturaleza ningún grupo o individuo puede manejar los problemas que la misma profesión implica, especialmente cuando se está en estado de estrés. Aunque los hospitales tratan de garantizar la seguridad de los pacientes, no son completamente exitosos y los problemas que pueden aparecer durante los procedimientos y estancias hospitalarias siguen siendo un inconveniente importante en la industria del cuidado de la salud, tal como afirman Katz et al. (9).

Además de lo expresado, diversos estudios han establecido la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de salud en hospitales. Rovithis et al. (10), Santiago et al. (11), Torres et al. (12) y Alvarado-Gallardo. (13). En ellos se demostró una correspondencia curvilínea entre los procedimientos percibidos, y el desempeño de seguridad de la unidad respectiva. Las instituciones destinan dinero y tiempo para proyectar e implementar normas y procedimientos encaminados en la seguridad del paciente. Las diferentes variables utilizadas en estos estudios muestran una relación significativa, por la que se le debe dar toda la importancia del caso, en la medida en que pueden contribuir a lograr instituciones de salud realmente de calidad, con los menores índices de eventos adversos. Todos los resultados de dichos estudios permiten identificar la percepción que tienen los profesionales de la salud en el reporte de incidentes, actitudes para el trabajo de equipo, comunicación, y coordinación entre los equipos de trabajo, y una estrecha relación entre ellos. Todos estos indicadores demuestran que se tiene una cultura de los prestadores de salud sobre la seguridad del paciente. Esto lo ratifica Greenslade et al (14) cuando el propósito del estudio fue probar el modelo de que el clima de servicio aumentaría el esfuerzo, y el desempeño de los grupos de enfermería y, a su vez, aumentaría la satisfacción del paciente. Ausserhofer et al. (15) Su interés fue explorar la relación entre el clima de seguridad, y los resultados en los pacientes de los hospitales suizos en la atención aguda; ajustándose a las principales variables organizativas: el

paciente, la enfermera y co-variables relacionadas con el hospital. La hipótesis establecida por ellos no fue significativamente relevante; aunque la relación entre el clima de seguridad, y la mejora de la seguridad y la calidad de los pacientes, se encuentra íntimamente relacionado con las políticas de salud.

Finalmente, se puede decir que existe una relación estrecha entre un buen clima laboral, y la cultura organizacional respecto al costo beneficio de la satisfacción y la seguridad del paciente, donde se observa que a una mayor calidad en el servicio prestado, y la atención percibida por los pacientes tiende a incrementar su grado de satisfacción, y a disminuir los eventos adversos asociados a la prestación del servicio.

La calidad con la que se brinde un servicio al paciente es de suma importancia para las instituciones prestadores de salud, ya que se puede contar con un conocimiento amplio y profundo del tratamiento, o del procedimiento a realizar, pero si esto no va encaminado a una cultura organizacional donde se ofrece un trato digno, oportuno y con calidad, eficiente y eficaz, el paciente no quedará satisfecho y es susceptible a presentarse algún tipo de evento adverso de la consulta. Por estas razones y frente a la realidad que no solo se vive internacionalmente si no en nuestro país y aun cerrando más el círculo en el departamento de Risaralda, no se ha realizado estudios que relacionen el clima organizacional con la seguridad del paciente en hospitales de segundo nivel de atención donde se cuenta con una amplia gama de actividades y procedimientos que incluyen la interacción entre los prestadores del servicio y los que requieren del mismo; surgiendo la pregunta de investigación. ¿Qué relación existe entre el Clima Organizacional y la Seguridad del Paciente en las entidades públicas de servicio de salud de mediana complejidad en el departamento de Risaralda?

2 ANTECEDENTES

Estudios a nivel internacional evalúan las dimensiones del clima organizacional, entre las que se resaltan los siguientes 6: fuerzas motivacionales, proceso de comunicación, toma de decisiones, planificación, relaciones sociales y control, las cuales alteran los procesos de atención en los hospitales según Aldana–González et al (16).

Estudios como el de Alvarez-Montoya (17) muestra la variable comunicación dentro del clima organizacional como aspecto importante en el fortalecimiento de los procesos internos, asimismo el estudio realizado por Ortiz-Sánchez (18) donde buscaban conocer los aspectos del liderazgo en el clima organizacional en una empresa de Risaralda, encontrando resultados significativos en dicho aspecto que injiere en el clima laboral y su importancia de trabajar dichos aspectos mediante capacitaciones.

En Creta (Grecia), se realizó una investigación de corte transversal que planteó como objetivo identificar la cultura operativa de la organización en general y dentro de los niveles de las organizaciones de atención de la salud. Se distribuyeron casi equitativamente en los niveles primarios (33,3%), secundarios (32,5%) y terciarios (34,2%). La mayoría de los encuestados (44,6%) había estado dentro de la organización por más de 10 años, y el 77% eran graduados de Universidades o Institutos Educativos Tecnológicos. Este estudio concluyó que la cultura agresiva/defensiva era dominante en los tres niveles de los servicios de salud (10). El clima organizacional tiene impacto directo en el rendimiento y la eficacia de las instituciones de atención de salud. Es también importante, tener en cuenta la situación actual de crisis financiera en salud la cual disminuye los estímulos de la organización y produce alteraciones en la misma.

Estudios similares en la región, demuestran las dificultades laborales y administrativas del sector hospitalario y la influencia de las quejas de los usuarios dentro del modelo de atención para mejorar el servicio a partir de la calidad y la dignada laboral, condiciones de trabajo que alteran el clima organizacional. (19)

Las empresas poseen un activo importante, que a su vez requiere de mejoramiento, este es llamado capital humano, estudios como el López-Córdoba AJ; Guerrero-Narváez AM; Gómez-López CM; et al (20) y Flórez-Quiro A; Toledo-Rojas N; Ospina Nieto Y (21) demuestran que la satisfacción laboral está directamente relacionada con el buen clima laboral y por lo contrario no existe satisfacción laboral cuando las autoridades no contribuyen en la realización personal y profesional, siendo la motivación un aspecto importante en el clima laboral.

Otros estudios han evidenciado la influencia del ambiente organizacional en la seguridad del paciente como el realizado realizado en el 2017 por Olds et al. (18), en el que se determinó si el clima de seguridad hospitalaria y el ambiente de trabajo hacen contribuciones comparables o distintas a la mortalidad del paciente. Este estudio dio como resultado que el aumento en el buen ambiente de trabajo se asocia con una disminución de 8.1% en las probabilidades de mortalidad. Se encontró que la percepción del clima de seguridad no predice la mortalidad de los pacientes más allá del efecto del entorno del trabajo. Vale la pena resaltar, que el ambiente de trabajo influencia las probabilidades de mortalidad tanto si se evalúa de manera independiente como asociado con otras variables.

Otro estudio que arroja resultados similares es el de Pisfil-Samamé y Parraguez-Carrasco (19), estudio descriptivo correlacional, que tuvo como objeto determinar la influencia del clima laboral en la calidad de la atención al cliente de la Universidad de Lambayeque. Se determinó que el clima laboral influye en la calidad de la atención al cliente, por lo que las relaciona directamente. Otra evidencia es el estudio realizado por Alvarado (13) denominado “Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de salud de un hospital nacional de Lima” cuyo objetivo fue analizar las relaciones que existen entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que existe en el Centro Médico Naval con la finalidad de generar alternativas viables que permitan mejorar significativamente la calidad de la atención a los pacientes que concurren allí. El análisis correlacional arrojado por este estudio entre el clima

organizacional y la cultura de seguridad del paciente, indican que existen correlaciones significativas entre los totales de estas variables.

Un estudio realizado por Töner et al. (22) donde correlaciona las condiciones del clima de seguridad del paciente a nivel trabajadores con respecto a las condiciones de los grupos de trabajo muestra que tanto los recursos de trabajo, los requisitos de trabajo, como la confianza en la cohesión en la unidad de salud es importante para todos los aspectos del entorno de seguridad. Estos estudios nos muestran que paralelamente a la seguridad del paciente, la seguridad del trabajador de salud es un factor de relevancia que deber ser también considerado para mantener un buen clima organizacional.

También el trabajador administrativo de las instituciones de salud ha sido considerado como factor importante en la seguridad del paciente. En la investigación realizada por Peña (1) con el objetivo de identificar la relación entre el clima organizacional de los equipos directivos y el desempeño de los servicios de salud, el desempeño se valoró por el logro de indicadores a través de correlación y regresión múltiple. Se evaluaron 34 jefaturas de servicios de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. De 862 participantes, 238 (27.6%) evaluaron el clima de sus organizaciones con nivel alto. Se muestra una correlación positiva entre clima organizacional y desempeño, y se concluyó que el clima organizacional de las jefaturas de servicios de prestaciones médicas se relaciona con el desempeño en la atención a la salud. Este estudio nos demuestra que para garantizar la seguridad del paciente, el clima organizacional del equipo directivo debe ser considerado de igual manera que los trabajadores de atención en salud.

Algunos estudios enfocan la seguridad del paciente con relación a la atención médica. Una investigación determinó la relación entre el clima de seguridad de los pacientes y el clima de seguridad en el trabajo en la atención de la salud, estudio de tipo descriptivo. La muestra consistió en 1154 enfermeras, 886 enfermeras asistentes y 324 médicos, organizados en 150 unidades de trabajo dentro de los hospitales (117 unidades), atención primaria (5 unidades) y atención de ancianos (28 unidades) en el oeste de Suecia, lo que representó el 56% de la

muestra original. Los resultados indicaron que el clima de seguridad del paciente y el clima de seguridad laboral están fuertemente relacionados a nivel de unidad y que los mismos procesos organizacionales pueden ser importantes para el desarrollo de ambos tipos de clima organizacional (22). Kristensen (2) investigó las asociaciones del sistema de gestión de calidad con el trabajo en equipo y el clima de seguridad y describió y comparó las diferencias en las percepciones del clima del trabajo en equipo y el clima de seguridad entre los líderes clínicos y los clínicos de primera línea, a través de un estudio de enfoque transversal de múltiples métodos. El análisis de datos incluyó métodos de regresión descriptiva y multinivel sobre la implementación del sistema de gestión de calidad en siete países europeos incluida las encuestas de cultura de la seguridad del paciente en 3622 líderes clínicos y 4903 clínicos de primera línea. El resultado permitió determinar que el clima del trabajo en equipo fue reportado como positivo por el 67% de los líderes clínicos y el 43% de los clínicos de primera línea. El clima de seguridad fue percibido como positivo por el 54% de los líderes clínicos y el 32% de los clínicos de primera línea. En este estudio se resalta la importancia de una actitud positiva frente al trabajo en equipo y el clima de seguridad tanto de los líderes como del resto de los trabajadores.

Existe una fuerte evidencia acerca del clima organizacional y la seguridad del paciente en estudios realizado con los trabajadores de enfermería, Un estudio cualitativo transversal, tuvo como objetivo buscar la relación en el entorno del área en el que las enfermeras practican y los resultados específicos de seguridad del paciente, utilizando las variables de nivel del área y las variables de nivel de enfermería, donde realizaron encuestas que incorporal la escala del entorno de práctica del índice de trabajo de enfermería, estudio que con sus resultados apoyo otros hallazgos de la investigación donde manifiestan que un ambiente de práctica positiva mejoran los resultados de seguridad del paciente, especialmente a nivel de sala, donde se encontraron factores como el ambiente de práctica y la proporción de enfermeras con niveles que impactaron significativamente los resultados de seguridad. Los modelos desarrollados para este estudio produjeron el 76% y el 51% de las varianzas entre estos resultados. Los resultados pueden utilizarse para mejorar la seguridad de los pacientes con hospitales mediante la demostración de factores a nivel de la

sala que permitan a las enfermeras llevar a cabo eficazmente este aspecto de su función (5).

Greenslade (14) en su estudio sobre los factores organizativos que impactan en la satisfacción del paciente: un examen transversal del clima de servicios y los vínculos con el esfuerzo y desempeño de las enfermeras, se analizaron 156 enfermeras, 28 supervisores y 171 pacientes, se realizó un modelo de ecuaciones estructurales para probar la relación propuesta, el estudio dio como resultado que el clima de servicios se asoció con el esfuerzo realizaron en el cuidado técnico y los comportamientos extra roles, el esfuerzo que ejercieron las enfermeras predijo su desempeño según lo calificaron los supervisores, finalmente el desempeño de las tareas fue un predictor significativo de la satisfacción de los pacientes, donde finalmente se concluyó que las directivas de los hospitales y las enfermeras desempeñan un rol importante en la satisfacción del paciente.

Estudios cualitativos de las percepciones de las enfermeras, buscó explorar factores importantes para la seguridad del paciente, tal como lo perciben las enfermeras registradas en la atención hospitalaria general en Suecia. Se reclutaron 11 enfermeras y 1 enfermero, para entrevistas individuales por medio de muestreo intencional. Como resultados las enfermeras identificaron 22 factores que influyeron en la seguridad del paciente en siete categorías: "factores del paciente", "factores individuales del trabajadores", "factores del equipo", "factores de tarea y tecnología", "factores del entorno laboral", "factores organizativos y de gestión" y 'factores de contexto institucional'. Doce de los 22 factores funcionaron como facilitadores y barreras, seis factores se percibieron solo como barreras y cuatro solo como facilitadores, lo que indica que se requieren iniciativas complejas y multifacéticas para abordar los problemas de seguridad del paciente (8).

El estudio realizado por Clarke (6), determinó los efectos de la dotación de trabajadores de enfermería y la organización de enfermería sobre la probabilidad de lesiones por pinchazos en las enfermeras de los hospitales. Estudio de tipo transversal donde analizamos datos retrospectivos de 732 y datos prospectivos de 960 enfermeras sobre exposición a pinchazos de aguja y casi fallos durante diferentes períodos de 1 mes en 1990 y 1991. Los niveles de

trabajadores y los datos de la encuesta sobre el clima laboral y los factores de riesgo de pinchazos con aguja fueron recolectados en 40 unidades en 20 hospitales, lo que dio como resultado Las enfermeras de las unidades con baja dotación de trabajadores y climas organizacionales pobres en general tenían el doble de probabilidades que las enfermeras en unidades bien equipadas y mejor organizadas para informar sobre los factores de riesgo, las lesiones por pinchazos de aguja y los casi accidentes.

La investigación realizada por Escobar (3) con el objetivo de analizar la relación entre el entorno laboral y el síndrome de burnout de los profesionales de enfermería con la calidad de los cuidados para la seguridad del paciente, estudio de tipo descriptivo se compararon datos de 984 historias de pacientes, 1.469 encuestas a pacientes y 1.886 encuestas a profesionales del estudio. Se compararon datos de eventos adversos relacionados con los cuidados, percepción de la seguridad del paciente y de los profesionales, con el ambiente trabajo y el burnout. Las instituciones que fomenten un entorno laboral favorable tendrán pacientes que perciban una mayor seguridad de los cuidados. Además, una adecuada gestión de los recursos podría disminuir la aparición de eventos adversos como el dolor.

Las percepciones y actitudes acerca del clima organizacional por parte del trabajadores de atención en salud tiene una valiosa importancia en la seguridad del paciente, así, Lambrou et al. (26), Examino las percepciones de las enfermeras y los médicos sobre el ambiente profesional y su asociación con la seguridad de los pacientes, en los departamentos públicos de emergencias de Chipre, estudio que mostró que los médicos y las enfermeras tienen diferentes percepciones especialmente lo que se refiere a relación de trabajadores, con relación a la seguridad de los pacientes, ambos grupos profesionales comparten percepciones similares. Por otro lado, el estudio cuantitativo de tipo descriptivo realizado por Brasaitė et al. (27), en el oeste de Lituania entre médicos jefes de enfermeras y auxiliares de enfermería, con el objetivo de evaluar la situación general con respecto a las actitudes de los profesionales con respecto a la seguridad de los pacientes y si existe diferencia basada en los antecedentes de los participantes, los resultados mostraron actitudes de seguridad positivas, se relacionaron especialmente con los niveles de

satisfacción laboral de los encuestados. La edad avanzada de un entrevistado se asoció con la forma en que evaluaron su clima de trabajo en equipo, su clima de seguridad, su satisfacción en el trabajo y la percepción de su manejo. La profesión, la unidad de trabajo, la duración de la experiencia laboral, la información recibida sobre la seguridad del paciente durante la educación, la educación continua y los turnos de trabajo se asociaron con varias áreas de actitud de seguridad.

El estudio que tuvo como objetivo identificar las condiciones y procesos organizacionales y social – psicológico que los médicos y enfermeras suecos percibieron como importantes para la seguridad del paciente y/o del trabajadores y el comportamiento participativo de la seguridad, resultados indicaron que la sobrecarga cuantitativa, la complejidad cognitiva y emocional excesiva, la falta de apoyo social y el buen trabajo en equipo, la inestabilidad organizacional y la desconfianza y frustración con la forma en que se manejaban las organizaciones de salud, causó deterioro de la función relacionada con el estrés en los trabajadores. Estos aspectos también contribuyen a los riesgos. La buena seguridad se asoció con los recursos y rutinas adecuadas, el aprendizaje en el lugar de trabajo y los gerentes y colegas de nivel de unidad de apoyo (7).

Finalmente, una investigación para evaluar la percepción de los profesionales de la salud sobre el clima y la cultura de seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y la relación entre los instrumentos Hospital SurveyonPatient Safety Culture (HSOPSC) y el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), demostró, que existen diferencias en la percepción de la seguridad del paciente entre las UCI, lo que confirma la existencia de micro culturas locales. El estudio no muestra que la SAQ y la HSOPSC son equivalentes (11). Este estudio nos muestra que a pesar de que se ha demostrado correlación entre el clima organizacional y la seguridad del paciente, la percepción de estos factores por parte de los trabajadores de salud no es homogénea.

Referente a la seguridad del paciente en la región, Restrepo-Vásquez A; Escobar-Montoya JI. (28) estudio si la existencia de políticas y protocolos ayudan a prevenir los errores en la atención en salud, donde halló la importancia de la existencia de los protocolos en

instituciones seguras, pero encontró que la dificultad para la adherencia se encuentra en la rotación del personal por las condiciones laborales.

La seguridad del paciente es una prioridad de salud pública y en el departamento de Risaralda un estudio de la calidad de la prestación del servicio, mostro cuatros ejes importantes para el mejoramiento del mismo: coordinación de actores, fortalecimiento institucional, gestión del talento humano en salud y la participación social. (29)

Los estudios de Cañas-Buitrago CL; Cancimanse DC; Erazo-Lema JC (30) y Cañas-Buitrago CL; Cancimanse DC; Erazo-Lema JC (31) resaltan la importancia del aprendizaje organizacional mediante capacitaciones por medio de ayudas audiovisuales y charlas educativas que sensibilizan al personal en manejos a la seguridad del paciente, de igual manera como el aprendizaje a partir del error o fallas cometidas durante la prestación de salud mejorar la cultura de seguridad.

Todos los estudios encontrados, evidencian que la seguridad del paciente puede ser influenciada por múltiples factores, entre ellos el clima organizacional que a su vez puede estar sujeto a cambios internos como las actitudes y percepciones del trabajadores administrativo y asistencial de las instituciones de salud, pero también puede ser alterado por factores externos como la situación financiera y las particularidades propias de cada paciente.

3 JUSTIFICACIÓN

La investigación propuesta fue novedosa en tanto a partir de la concepción del talento humano como eje central de las organizaciones, aborda la relación, muy poco explorada, entre el clima organizacional y la seguridad del paciente en instituciones de salud de Segundo Nivel, discriminada en diversos servicios y por niveles organizativos (estratégico, táctico y directivo), con el agregado de poder efectuar comparaciones entre entidades de diferentes departamentos del país.

Igualmente, pertinente dado su profunda conexión con las líneas de investigación de los grupos de investigación vinculados al proyecto y con el objeto de estudio de la Maestría en la que se produce: Gestión de la Calidad en Salud. Así, en la línea de investigación en gestión organizacional interesan los procesos, condiciones y capacidades que en una entidad hacen posible el logro de resultados y competitividad, por lo que indagar el clima organizacional, dada su conexión con el desempeño, es materia de interés y, dado que el estudio se enfocó en instituciones de salud, enlazarlo con la seguridad del paciente, tema contemplado en las políticas y normativas existentes para el sector en Colombia y a nivel mundial, haciendo evidente su relación con la línea de investigación en políticas y sistemas de salud.

Además, se trató de un tema útil, en tanto los resultados obtenidos proporcionan información valiosa para la toma de decisiones y la posterior realización de acciones de mejoramiento en las entidades de salud, orientadas a la mejora del clima organizacional y de la seguridad del paciente, a partir de una gestión más efectiva del talento humano que en ellas labora. Por otra parte, el referente teórico construido y la metodología del estudio pueden servir de base para la exploración, a futuro de trabajos sobre temática en otros departamentos o en otros niveles de prestación del servicio, para solo citar este par de posibilidades.

De igual manera constituye un importante aporte de la academia para las instituciones de salud de departamento de Risaralda, teniendo en cuenta que aunque la seguridad del paciente es considerada un principio fundamental y componente crítico de la gestión de la calidad, los indicadores de eventos adversos del departamento han evidenciado niveles altos de fallas en la atención en salud y que se requiere conocer cuales aspectos podrían mejorar dichos resultados, sirviendo de herramienta para la alta gerencia a la hora de analizar y crear acciones de mejoramiento fundamentado en la evidencia empírica y aspectos específicos en aspectos tales como: la planeación estratégica, el mejoramiento del clima organizacional y la transformación cultural alrededor de la seguridad del paciente. (32)

4 REFERENTE TEÓRICO

4.1 MARCO CONCEPTUAL

CLIMA ORGANIZACIONAL

Este capítulo aborda la importancia, el concepto y los componentes del clima organizacional, con especial interés en hacer explícita su conexión con la conducta de los individuos y grupos de trabajo y por ende en su desempeño, así como en la medición de dicho clima en las organizaciones.

Concepto e importancia.

Las personas, individual y colectivamente consideradas son el alma de la organización. De hecho, las empresas son creaciones humanas y solamente pueden operar a través de los seres humanos que la integran y con quienes tienen algún tipo de intercambio, como clientes o proveedores. Ello implica que, en definitiva, los resultados que pueda alcanzar la empresa dependen en gran medida del talento de quienes en ella laboran, pues sus conocimientos, habilidades, valores, actitudes y relaciones condicionan no solo la consecución de los recursos financieros, físicos, tecnológicos o de cualquier otra índole que la empresa requiere para desarrollar con éxito su objeto social, sino, sobre todo, la capacidad para combinarlos y aplicarlos de la forma más inteligente y provechosa posible.

Para que dicho talento se exprese y pueda ser aprovechado en beneficio de la empresa, es esencial contar con un adecuado clima organizacional en el que los empleados, considerados individualmente y por grupos o áreas de trabajo, encuentren condiciones óptimas de trabajo, un ambiente sano y seguro para desarrollar sus funciones, así como claridad estratégica y apoyo por parte de la gerencia en un marco de respeto, comunicación y propósitos compartidos.

El estudio de dicho clima permite conocer el comportamiento individual y grupal de los trabajadores en la organización y a partir de sus resultados, proceder al diseño de

mejoras/intervenciones con el propósito de construir un excelente ambiente de trabajo que redunde en una mayor eficiencia y eficacia en la organización (33). En similar sentido, Koontz et al. (34), señalan que un clima organizacional favorable genera compromiso y pertenencia, incrementa la motivación, lo cual se traduce en mayor desempeño, por lo que conocer las percepciones de los empleados acerca de las condiciones en las que laboran resulta esencial para la sostenibilidad de las mismas.

Un clima organizacional inadecuado, como se desprende al mirar en contraste lo que sostienen diversos autores (35) deteriora la productividad, incrementa la rotación de trabajadores y afecta negativamente variables críticas para el desempeño como el compromiso, la actitud de servicio y la consecución de resultados.

Para diversos autores el clima organizacional es considerado un concepto multidimensional que se configura a partir de las características propias de cada organización, las cuales se articulan en dimensiones alrededor de aspectos físicos, estructurales, de condiciones laborales y de características de las personas que laboran para la organización, junto con las relaciones que se dan entre estas (36, 37, 38)

Tras contrastar en la literatura especializada (Tabla 1), puede afirmarse que el clima organizacional es el conjunto de percepciones compartidas que las personas se forman acerca de las realidades del trabajo y de la organización, y es con base en tales percepciones que juzgan lo que pasa y deciden cómo actuar al respecto.

Tabla 1. Concepto clima organizacional

AUTOR Y AÑO	CONCEPTO
Schneider y Hall, citados en Santana y Araujo, (39)	Conjunto de percepciones que una organización tiene de sus políticas, prácticas y procedimientos que son compartidos por sus miembros en torno al ambiente laboral.
Koys y DeCotiis, (40)	Fenómeno perceptual duradero, construido con base en la experiencia, multidimensional y compartido por los miembros de una organización, cuya función principal es orientar y regular los comportamientos individuales de

AUTOR Y AÑO	CONCEPTO
	acuerdo con los patrones determinados por ella.
Silva, (35)	Aquel que define y determina una imagen que las personas asumen como real y representativa de la organización que, aunque proviene de percepciones, trasciende a los individuos, conformando una totalidad.
Álvarez, (41)	El clima organizacional hace referencia a características como los valores, las normas, las actitudes y los sentimientos percibidos por las personas sobre la institución de la cual forman parte.
Rodríguez, (42)	Las percepciones que comparten los miembros de la organización respecto del trabajo, el ambiente físico en que tiene lugar, las relaciones entre los trabajadores que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales que afectan a dicho trabajo.
Zohar y Luria, (43)	Una percepción compartida del empleado en cuanto a la calidad de entorno, el comportamiento esperado y recompensa dentro de la organización.
Reinoso y Araneda, (44)	Percepciones que comparten los miembros de una organización respecto del ambiente en que se desenvuelven.
Menezes y Gomes, (45)	Conjunto de percepciones compartidas por individuos sobre el entorno de organización en el cual ellos trabajan.
Franklin y Krieger, (46)	Interpretación, traducción y accionar de los colaboradores con relación a la cultura de la organización en un momento determinado.
Segredo, (47)	El ambiente donde las personas haya facilidades o dificultades para aumentar o disminuir su desempeño, la percepción que se tiene acerca de ellas y la influencia que ejercen las estructuras organizativas y los factores internos o externos en el logro de objetivos.
Morera, Artavia y Zúñiga, (48)	Percepciones compartidas por los colaboradores de una organización en su entorno laboral, entendiéndolas como el proceso cognitivo (recibir, procesar e interpretar información) permitiéndole a una persona atribuir un significado particular a un conjunto de estímulos, partiendo de un esquema propio de creencias, valores y actitudes.

Fuente: elaboración propia

Componentes

No existe unanimidad en lo que respecta a los factores, variables o dimensiones que componen el clima organizacional, pues tanto en su número, agrupación, denominación y consideración acerca de su orden o importancia se encuentran diversidad de propuestas o

acercamientos, tal como se desprende del recorrido que se efectúa a continuación:

Moos (49) considera como dimensiones del clima organizacional los siguientes: compromiso, cohesión, apoyo, autonomía, organización, presión, claridad, control, innovación y comodidad; mientras que Litwin y Stinger (50) proponen nueve dimensiones: estructura, responsabilidad, recompensa, desafío, relaciones, cooperación, estándares, conflictos e identidad.

Posteriormente Brunet (51) plantea que el clima organizacional está relacionado con variables tan importantes del medio, como el tamaño, la estructura de las organizaciones y la administración de los recursos humanos, que son extrínsecas al empleado, pero también se relaciona con variables intrínsecas como las aptitudes, las actitudes y las motivaciones del empleado. Además, también lo hace con variables resultantes como la satisfacción y la productividad, vinculadas a las interacciones entre las variables intrínsecas y las extrínsecas previamente mencionadas.

Bajo esta lógica, parece claro que la comprensión del clima de una organización se deriva de tres aspectos: psicológicos (comportamiento de las personas), de estructura de la organización y de la dinámica de los procesos internos. De hecho, se encuentran en la literatura especializada dimensiones, factores o variables estrechamente relacionadas con estos aspectos.

Por su parte, James y James (52) consideran que el clima organizacional está compuesto por cuatro factores: en primer lugar, por el estrés derivado del desempeño del rol asignado y la falta de armonía; en segundo lugar, por el trabajo desafiante y la autonomía; en tercer lugar, por la calidad del liderazgo y el soporte al desempeño, y finalmente, por la cooperación entre los miembros de la organización y la calidad de las relaciones de amistad. Es de anotar que esta composición surge en el marco de la exploración que realizan del proceso de atribución de significados a los eventos organizativos percibidos.

Koys y DeCotiis (40) llevaron a cabo una investigación empírica tomando como base los factores de clima organizacional contenidos en diferentes instrumentos diseñados para su evaluación, tomando como base que este lo componen ocho factores: autonomía en el trabajo, cohesión, confianza, soporte al desempeño, presión en el trabajo, reconocimiento y valoración de las contribuciones en el trabajo, justicia e innovación; sin embargo, los resultados obtenidos llevaron a descartar el soporte al desempeño y la justicia por tratarse de constructo de naturaleza compleja que, para ellos, no coinciden con aquellos que explican o resultan del clima social de la organización.

Puente-Palacios (53) analiza un conjunto de instrumentos de evaluación del clima organizacional y encuentra al respecto falta de homogeneidad y consenso entre los investigadores de este campo de conocimiento, si bien evidencia el papel central dado a las relaciones interpersonales, advirtiendo acerca del riesgo de reducir el clima organizacional a este aspecto bajo el malentendido uso de la denominación “clima social de la organización”.

Por su parte, Martins et al. (54) constataron también que instrumentos psicométricos validados y aplicados en diversos estudios contemplaban como componentes del clima organizacional aspectos tales como recompensa, riesgos y seguridad, innovación, reconocimiento y retroalimentación, flexibilidad, cohesión, relacionamiento entre superior y empleado, control, soporte del jefe, liderazgo, claridad y promociones, presión en el trabajo, apoyo y autoestima, mientras que en el trabajo desarrollado por Patterson et al., (55), se identificaron 17 factores entre los que cabe mencionar el esfuerzo, la calidad, la eficiencia, el soporte del supervisor y el despliegue de habilidades.

Las dimensiones contempladas para el clima organizacional según Patterson et al (56) pasan a ser 19, así: Bienestar de los empleados, autonomía, participación, comunicación, énfasis en el entrenamiento, integración, apoyo de la supervisión, formalización, tradición, flexibilidad, innovación, foco en lo exterior, reflexión, claridad, esfuerzo, eficiencia, calidad, presión por producir y retroalimentación acerca del desempeño.

Reinoso y Araneda (43), basados en las dimensiones que con mayor frecuencia se presentan para medir el clima organizacional, contemplaron 7, a saber: autonomía, estructura, aspectos físicos, recompensa, consideración, calidez y apoyo.

Santa Eulalia y Sampedro (57) consideran que, en general, los estudios de clima organizacional analizan la influencia sobre la conducta humana de los elementos estructurales característicos y permanentes de la organización, como el tamaño de la organización, la estructura organizativa, la complejidad de sus diversos sistemas, los estilos de liderazgo y las orientaciones hacia las metas.

Cardona y Zambrano (58) realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre instrumentos de evaluación del clima organizacional encontrando un grupo de ocho dimensiones que se repiten en la mayoría de ellos (entre 21 encontradas) y que en su orden, son: toma de decisiones, claridad organizacional, liderazgo, interacción social, motivación institucional, sistema de recompensas e incentivos, apertura organizacional y supervisión.

Tras una extensa revisión bibliográfica, Bustamante-Ubilla et al. (59), determinaron la existencia de un total de 105 dimensiones de la más diversa índole para dar cuenta de los componentes del clima organizacional, que luego redujeron a 71 mediante el uso de tablas de contingencia y métodos de comparación y contrastación. Como tal magnitud atenta contra la posibilidad de identificar y medir dicho clima de manera efectiva, procedieron a la realización de grupos focales para valorar las variables relevantes, lo que permitió acotar la cifra a 14 dimensiones, a saber: estructura, responsabilidad, recompensa, riesgo, calidez, apoyo, administración del conflicto, identidad, estilo de supervisión, motivación laboral, estabilidad laboral, oportunidad de desarrollo, comunicación y equipos y distribución de personas y material. Dichas dimensiones son indagadas a través de 71 afirmaciones bajo una escala tipo Liker.

Tras una atenta revisión de los diferentes planteamientos sobre el particular, se puede

afirmar que aún con denominaciones o agrupaciones diversas, la gran mayoría termina contemplando cinco características, factores o dimensiones fundamentales, que al ser indagadas proporcionan un panorama bastante completo del clima organizacional, a saber:

Relaciones sociales y de autoridad.

Liderazgo.

Condiciones de trabajo.

Motivación.

Comunicación

Las Relaciones interpersonales refieren a la interacción recíproca entre dos o más personas en la empresa y pueden ser de carácter social (entre compañeros y empleados en general con un rasgo más de tipo horizontal) o marcadas por la autoridad (las que se tienen con los jefes o líderes, de tipo vertical y en el que entran en juego la jerarquía y la autoridad). Por tanto, en esta dimensión se abordan la calidad y frecuencia de las relaciones entre compañeros, grupos y áreas de trabajo, mientras que las relaciones de autoridad abordan los mismos elementos, pero con referencia a los jefes inmediatos y los líderes de la empresa. El respeto, la consideración, el aprecio mutuo, los conflictos y el buen trato son los aspectos más representativos que suele incluir esta dimensión.

El liderazgo contempla la influencia y credibilidad, junto con el apoyo y orientación brindada a los colaboradores en un marco de claridad organizativa: qué es y para dónde va la organización. Implica también la indagación acerca de la competencia comunicativa y para la toma de decisiones, con especial interés acerca de la transparencia y criterios con que los jefes y líderes deciden y actúan cotidianamente.

Las condiciones de trabajo indagan acerca del tipo de vinculación, el salario, los horarios y cargas de trabajo, la presión por alcanzar resultados y la percepción de estabilidad y de oportunidades de promoción o de hacer carrera en la empresa. También se ocupan de lo relativo a la salud y la seguridad en el puesto de trabajo y de la coherencia existente entre lo que demanda el cargo, las condiciones en las que se realiza la labor y la compensación

recibida.

Si bien en el marco de las condiciones de trabajo se incluye la capacitación que brinda la organización a sus empleados, en esta investigación se destaca la creciente importancia del tema del aprendizaje en el escenario actual de la sociedad del conocimiento y, por tanto, aborda la formación recibida, el error como fuente de aprendizaje y mejora, la realización de preguntas y cuestionamientos que puedan llevar a cambios positivos y la discusión abierta acerca de incidentes o eventos adversos, puesto que es posible y necesario aprender de la experiencia.

La motivación reúne aspectos como la identidad y el sentido pertenencia a la organización, el grado de compromiso existente y la satisfacción que se tiene por trabajar en ella y desempeñar el cargo/rol asignado. Por tanto, incluye el amplio campo de las actitudes y de los valores, poderosos factores que condicionan el comportamiento de las personas.

La comunicación considera la veracidad, claridad, confiabilidad y oportunidad de la información acerca del direccionamiento estratégico, el funcionamiento y los resultados de la organización, así como la retroalimentación que reciben los empleados acerca de su trabajo y desempeño y si pueden expresar libremente sentimientos, ideas, posturas o informar de errores, sin temor a represalias. Examina también la existencia de diversos canales de comunicación junto con la disposición a escuchar, conversar y compartir información a través del lenguaje verbal, escrito y corporal.

Como se observa, las dimensiones planteadas, además de recoger aspectos contemplados repetidamente en la literatura especializada sobre clima organizacional también responden a una agrupación con sentido y coherencia en tanto reúne diversos elementos o aspectos a veces dispersos o considerados por separado, cuando en realidad son cercanos y caben en un marco general de referencia que, en este caso, es cada dimensión planteada.

Medición:

A partir de lo previamente descrito es palpable que el clima organizacional es un concepto que refiere a un conjunto de intangibles (motivos, valores, conductas, entre otros) en un escenario particular de trabajo que se percibe de múltiples maneras por quienes allí laboran y donde se hace necesario identificar aquellos aspectos en los que coinciden o tienen una lectura común.

Dada esta característica, la identificación del estado del clima organizacional constituye un reto y demanda la utilización de técnicas e instrumentos adecuados para el abordaje de las percepciones de los seres humanos. En tal sentido, para la medición del clima organizacional es frecuente el uso de instrumentos como los cuestionarios, apoyados por entrevistas y grupos focales (48) cuyos resultados permiten realizar un análisis descriptivo de las percepciones y valorar posibles acciones en la mejora del clima organizacional. Precisan dichos autores que los instrumentos más utilizados para medir el clima organizacional son los cuestionarios estructurados y que los resultados obtenidos por esta vía pueden ser apoyados por entrevistas semiestructuradas.

La estructura que normalmente aparece al observar los diversos cuestionarios utilizados para la medición del clima organizacional (Cardona y Zambrano) (60) es la de partir de un conjunto de dimensiones (factores o variables) que, como se ha establecido antes no es uniforme, para desglosarlas en aspectos, elementos o indicadores en cuyo número o denominación también se difiere, con la inclusión de una escala, mayormente de tipo Likert, como opción de respuesta a cada enunciado o ítem contemplado.

Destaca también la exigencia de explicitar la validez y la confiabilidad del instrumento para lo cual se utiliza el juicio de expertos, la prueba piloto y el alpha de Cronbach de manera recurrente, todo ello complementado con una clara exposición acerca de la población y muestra indagadas y del procesamiento realizado a los datos. Sobre el particular se es concluyente en que ha de trabajarse al menos con un grupo estadísticamente representativo puesto que el clima organizacional son percepciones compartidas y solo así pueden generalizarse los resultados. Finalmente, se hace hincapié en la necesidad de efectuar

análisis de tipo multivariado dado que el clima organizacional es un fenómeno multidimensional.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Este capítulo aborda el concepto y la importancia de la seguridad del paciente, la Cultura de Seguridad del Paciente y sus dimensiones y la relación entre clima organizacional y seguridad del paciente.

Concepto e importancia.

La Seguridad del paciente es considerada como una de las seis dimensiones o atributos de Calidad de los Servicios de Salud y surge como una iniciativa mundial, desde el reporte de “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos en el año 2001 y en el 2004 con la Organización Mundial de la Salud (OMS), dando origen a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es promover y estandarizar acciones que brinden mayor seguridad y menor riesgo en la prestación de los servicios de salud. (71)

Se considera la seguridad del paciente una prioridad en la atención sanitaria, en la cual el riesgo es potencial por la confluencia de factores inseparables a la actividad clínica; por esta razón no se puede garantizar a ausencia de la aparición de un evento adverso.

Siendo la Seguridad del Paciente una labor compleja, requiere el compromiso de todos los actores que influyen en la existencia de la prestación del servicio de salud. Dicho esto, las actuaciones de los implicados se deben dar a tres niveles: a nivel institucional, garantizando un mínimo riesgo en la actividad clínica, mediante sistemas organizados y funcionales; a nivel profesional, aplicando los protocolos de atención clínica basada en evidencia científica, para minimizar el riesgo en la atención, y a nivel político-social aunando esfuerzos entre instituciones y organizaciones internacionales y nacionales para lograr que

estos riesgos sean evitables creando una normatividad encaminada a regular el comportamiento general de todos los involucrados.

De acuerdo con las revisiones realizadas, se ha encontrado que no existe una definición universal sobre Seguridad del Paciente. Como se dijo anteriormente, está implícito que los errores pueden ser inevitables debido a la complejidad de la atención en salud. Sin embargo, muchos pueden ser evitables si se establecen barreras para minimizar los riesgos de dicha atención y evitar que los errores causen daño al paciente. Gluck en el 2012 manifiesta que la seguridad del paciente es una manera de hacer las cosas y la reconoce como una disciplina emergente (62). Emmanuel y Col, la definen como una disciplina dentro del sector salud que aplica métodos científicos de seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud es considerado también un atributo de los sistemas de atención a la salud (62), minimizando la incidencia e impacto de eventos adversos y maximizando la recuperación de estos (63).

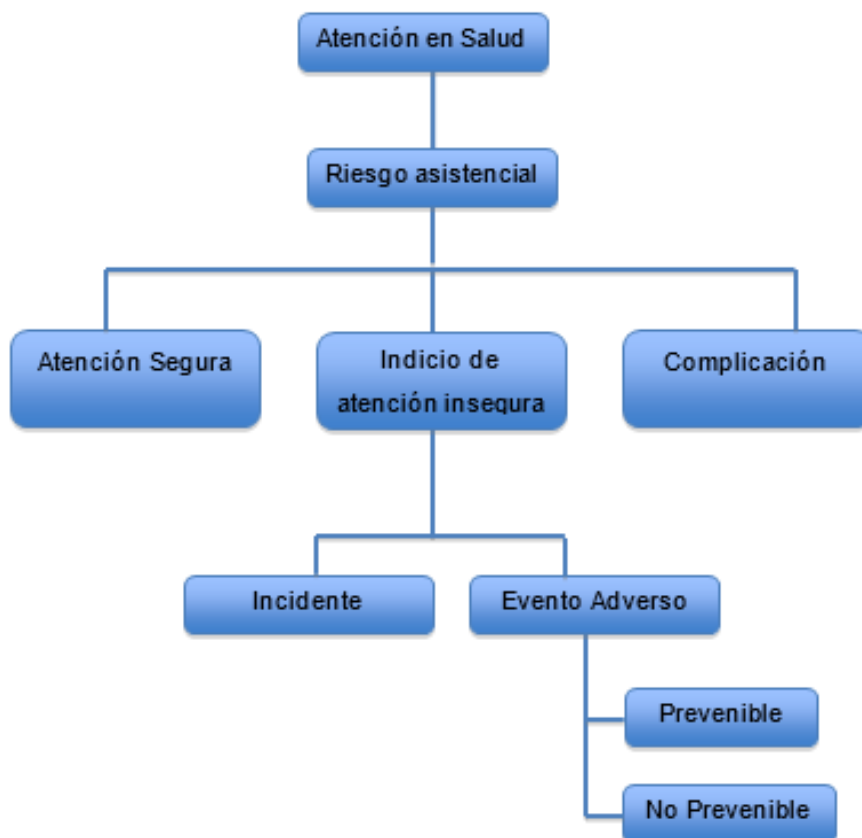
En sentido estricto, se puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención en salud recibida (64).

La definición más actual de seguridad, es aquella ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera la seguridad del paciente como “ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud” (65).

El Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, en la Guía Técnica: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, define la seguridad del paciente como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobada que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (66).

Para efectos de comprender algunos conceptos clave de seguridad del paciente, se presenta el diagrama 1 de la atención en salud, que permite identificarlos en relación con las fallas en la atención.

Ilustración 1. Atención en salud



Fuente: Elaboración propia

La atención en salud, se refiere a los servicios recibidos por un individuo o una población con el fin de generar promoción, mantenimiento, monitorización o restablecimiento de la salud. Esta atención, puede ser segura o existir algún indicio de atención insegura. Se está frente a una atención segura cuando la condición del resultado entre el producto de entrada y salida no presenta ninguna falla inherente al mismo servicio. Cuando existe una circunstancia que puede alertar sobre el incremento del riesgo o que se presente un incidente o un evento adverso, se expresa como la aparición de un indicio de atención

insegura.

Por otro lado, dentro del riesgo asistencial, se encuentra la complicación la cual consiste en un resultado clínico no esperado pero que no se puede atribuir a la atención, siendo esta complicación resultado de la misma enfermedad o dependiente de las condiciones del paciente, existiendo una atención en salud segura.

Frente a un indicio de atención insegura, se pueden presentar dos determinantes: la primera, el Incidente, cuando se evidencia la existencia de un fallo en la atención en salud pero se identificó antes de producir un daño (close call), o cuando el error se produce pero no causa ningún daño (near miss); la segunda y en la que realmente se concentra todo el análisis de la atención insegura es el Evento Adverso, incidente cuyo resultado se traduce en un daño al paciente ya sea físico, social o psicológico. Un Evento Centinela es un Evento Adverso grave que genera un daño físico o psicológico permanente e incluso la muerte. El evento adverso puede ser prevenible, en el caso en que se pudo haber evitado con la aplicación adecuada de los estándares en el cuidado asistencial disponibles en el momento, y no prevenible, cuando se presenta aún frente a la aplicación adecuada de los estándares en el cuidado asistencial disponibles en el momento.

La Seguridad del Paciente debe ser prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, siendo los incidentes y eventos adversos quienes alertan sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad. Sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

El daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno

nuevo. El registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. La respuesta en aquellos días era clara y exclusivamente punitiva (por ejemplo, se le cortaba la mano a un cirujano). Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, uno en el cual el éxito (una atención más segura) es determinado por lo bien que los profesionales médicos trabajan en equipo, qué tan efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y que tan cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo de la atención (67)

Hasta 1 de cada 10 pacientes sufre daños mientras reciben atención médica. Aproximadamente 43 millones de incidencias de seguridad del paciente ocurren cada año. Los errores de medicación cuestan en el mundo aproximadamente 42 mil millones de dólares al año. (68)

Establecer por qué ocurren los eventos adversos, llevará a identificar estrategias para reducir su incidencia. Múltiples factores contribuyen para que un evento adverso ocurra, entre los que se encuentran: la complejidad en la atención en salud, la deficiencia en los sistemas de atención, la vulnerabilidad de las barreras defensivas y la falibilidad humana, siendo esta última una parte inevitable de la condición humana. Así sea los trabajadores de salud altamente capacitado y entrenado en seguridad del paciente, incide de manera adicional el entorno trabajador, el entorno del paciente y de la institución, pudiendo llevar a un conjunto equivocado de circunstancias y condicionando el comportamiento humano a inducir a errores durante la atención (62).

El propósito de la atención en salud aparte de la necesidad primaria por la que se atiende un paciente, es prevenir la ocurrencia de situaciones que afectan la seguridad del paciente y evitar que esto conlleve a un evento adverso.

En la realidad de los servicios asistenciales, los incidentes son aproximadamente 300 veces más frecuentes que los eventos adversos y por lo tanto, saber qué pasó en su ocurrencia ofrece en teoría una mejor oportunidad de conocer los errores que están sucediendo en los

puestos de trabajo.

Frecuentemente los errores que llevan a incidentes y/o eventos adversos ocurren porque los procesos institucionales no han sido diseñados considerando el probable error, o porque son ambiguos y se prestan para interpretación confusa, cuando las personas deben recurrir a su propio criterio y el mismo no es el adecuado. De esta manera es de esperarse que ocurran errores y por lo tanto, castigar a las personas involucradas en el error es una conducta injusta. Otorgar inmunidad inicial no significa generar impunidad. El análisis del evento adverso reportado debe traducirse en actividades tendientes a evitar que el mismo evento se repita (66).

Conociendo que la gran mayoría de los eventos adversos que suceden realmente se reportan, claramente los hospitales necesitan una manera más efectiva de identificar eventos que causan daño a los pacientes para determinar la severidad del daño e iniciar las acciones enfocadas a minimizar sus consecuencias (66).

A la seguridad del paciente aun siendo un tema antiguo ya que es inherente al tratamiento, no se le había prestado la atención que requería. Últimamente al observar que este proceso es mucho más complejo que la misma atención ya que depende de factores multifactoriales, se han creado políticas encaminadas a promover cambios en el sistema de salud a nivel mundial. En Colombia las acciones e implementación de la Política de Seguridad del Paciente, están lideradas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, cuyo objetivo principal es evitar que ocurran situaciones en la atención en salud que puedan afectar la seguridad del paciente, reduciendo y en lo posible eliminando la ocurrencia de algún tipo de evento adverso con la finalidad de contar con instituciones seguras. Por esta razón, en junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.

La Seguridad del Paciente siendo un elemento diferenciador en las instituciones de salud en la actualidad, se fundamenta en el desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente, la

cual es la expresión máxima de la alineación de los procesos asistenciales y administrativos enfocados en el paciente y su familia. La creación y logro de estos niveles de cultura, requieren de un enfoque sistemático, organizado y planeado; es por esto que se hace necesaria en la redefinición de los objetivos pretendidos y la homogenización del conocimiento en los trabajadores de salud propendiendo así, por el establecimiento de objetivos estratégicos enfocados en la Seguridad del Paciente y la conformación de programas visibles y efectivos (68).

La cultura es un conjunto de conocimientos, costumbres y grado de desarrollo, a través del cual se expresa un grupo social en un momento determinado; es decir, la forma cómo un grupo de personas hace las cosas, y ésta puede cambiar según el espacio y el tiempo por lo tanto no es constante (69).

Desde el punto de vista organizacional, se define la cultura de seguridad como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia (66).

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su búsqueda por crear una cultura de seguridad del paciente encaminada a la calidad, ha creado y facilitado herramientas y metodologías para disminuir al máximo la ocurrencia de un evento adverso, enfocadas a identificar y analizar los procesos para contribuir en la mejora de los mismos.

Las metodologías recomendadas son: el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efecto entre otros. Después de tener una estrategia bien estructurada lo ideal es crear un proceso de reflexión continuo y sistemático, sobre todos los actores del sistema.

La cultura de la seguridad integra varios elementos tales como información, confianza, aprendizaje, organización flexible y trabajo en equipo. Lograr que estos elementos actúen

de forma sinérgica requiere (70):

Tener conciencia: saber que está pasando a través de sistemas de notificación, indicadores de seguridad, rondas de seguridad y otras fuentes de datos.

Mejorar la comunicación entre profesionales, servicios y turnos de trabajo. Debemos hablar y escribir más, con precisión, de forma estructurada y considerando la información que es útil y necesaria para mejorar la seguridad del paciente.

Analizar retrospectivamente los incidentes y eventos adversos, revisando sistemáticamente los factores contribuyentes.

Supervisar y normalizar tareas y procedimientos.

Inclusión de la seguridad en la agenda institucional de directivos y profesionales, incorporando la seguridad en la misión, visión y valores de los centros asistenciales.

Asumir el principio de que pequeños pasos son necesarios para lograr grandes cambios. La mejora de la cultura de la seguridad se cambia poco a poco y a medio y largo plazo. La perseverancia es determinante en este sentido.

Es por esto por lo que el liderazgo juega un papel primordial en la creación y aplicación de una cultura de seguridad. Las organizaciones que han logrado cambios significativos en la cultura de seguridad, cuentan con líderes gerenciales, administrativos y clínicos altamente comprometidos con la seguridad del paciente. El liderazgo de enfermería también juega un papel esencial en el establecimiento de una cultura de seguridad y en el mejoramiento de los resultados clínicos, ya que estos líderes mejoran la seguridad al afectar directamente los flujos de trabajo y los procesos de atención al paciente hospitalizado (62).

El mayor atributo de las organizaciones con una adecuada cultura de seguridad, es la existencia de mejores resultados clínicos y menos errores en la atención. Adicionalmente,

estas mismas organizaciones poseen una buena capacidad de aprendizaje continuo de sus propios errores cuando el paciente resulta afectado. Igualmente se debe valorar la transparencia y se debe fomentar la divulgación de los eventos adversos (62).

La base de las estrategias y herramientas que se utilicen en una institución con el fin de mejorar el desempeño y la seguridad del paciente parte de la adquisición de las cuatro habilidades básicas: 1) liderazgo: capacidad para dirigir y coordinar las actividades de los otros miembros del equipo; 2) monitoreo de la situación: el proceso de revisar de manera activa elementos situacionales para tomar conciencia de las condiciones en que funciona el equipo; 3) apoyo mutuo: la habilidad de anticiparse a las necesidades de otros miembros del equipo y apoyarlas a través de un conocimiento preciso acerca de sus responsabilidades y carga de trabajo; y, 4) comunicación: el proceso por el cual la información se intercambia de forma clara y precisa entre los miembros del equipo (62).

Desde el año 2009, se ha aplicado una encuesta desarrollada por la Unidad de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en España, iniciando en el mismo Complejo Hospitalario y aplicado en diferentes Hospitales de ese país. Lo expuesto por los elaboradores de la encuesta, es que de la aplicación de la misma se espera extraer datos muy importantes para planificar de forma adecuada las actuaciones precisas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las variables aplicadas en el cuestionario a resolver, se enfocan directamente en las variables del clima de seguridad.

Dado lo anterior, para el presente estudio investigativo se tomó como base dicha encuesta, pero desarrollando algunos cambios con la intención de generar un enfoque más acorde a la intencionalidad de la investigación.

RELACIÓN ENTRE CLIMA ORGANIZACIONAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

El análisis de los estilos de cultura organizacional facilita la comprensión de las normas de comportamiento en las instituciones de salud. Estos comportamientos generan un clima organizacional que tiene impacto directo en el rendimiento y la eficacia de las instituciones de atención en salud. Es también importante tener en cuenta las situaciones actuales de crisis financiera pues el déficit en el financiamiento de la atención en salud puede ser un estímulo que produce alteraciones en la cultura organizacional. El clima organizacional predominante es regular, y la dimensión método de mando es la que predomina. (10, 16)

El clima laboral influye en la calidad de la atención al cliente; de otro lado, el análisis de la asociación entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que existen asociación significativa entre estas variables. Se ha determinado que la relación entre el clima de seguridad de los pacientes y el clima de seguridad en el trabajo en la atención de la salud, están fuertemente relacionados a nivel de unidad, y que los mismos procesos organizacionales pueden ser importantes para el desarrollo de ambos tipos de clima organizacional; se resalta la importancia de una actitud positiva frente al trabajo en equipo y el clima de seguridad tanto de los líderes como de todo el trabajadores en general, Sin embargo, La percepción del clima de seguridad no predice la mortalidad de los pacientes más allá del efecto del entorno del trabajo. (2, 13, 22,23, 26)

Es fuerte la correlación entre las condiciones climáticas de seguridad del paciente en la atención y cuidado con respecto al nivel de clima de seguridad del personal asistencial con respecto a las condiciones de los grupos de trabajo. Es posible hablar de un clima de seguridad global, que cubre tanto la seguridad de los pacientes, como la seguridad del personal asistencial. También se ha demostrado, que los recursos de trabajo, los requisitos de trabajo, las confianzas en la cohesión en la unidad de salud son importantes para garantizar el entorno de seguridad. De esta forma, la seguridad del personal de salud es un factor de relevancia que debe ser también considerado, paralelamente a la seguridad del paciente para mantener un buen clima organizacional (23)

También el personal administrativo de las instituciones de salud ha sido considerado como

factor importante en la seguridad del paciente; el clima organizacional de los directivos de servicios de prestaciones médicas se relaciona con el desempeño en la atención a la salud. Por tanto, el clima organizacional del equipo directivo debe ser considerado de igual manera que trabajadores de atención en salud. (1)

En cuanto a la seguridad del paciente en relación a la atención individual del trabajadores de salud, existe una fuerte evidencia acerca del clima organizacional y la seguridad del paciente producida en estudios realizado con los trabajadores de enfermería, estudio que con sus resultados apoya otros hallazgos de la investigación donde manifiestan que un ambiente de practica positiva mejora los resultados de seguridad del paciente, especialmente a nivel de sala, donde se encontraron factores como el ambiente de práctica y la proporción de enfermeras con niveles que impactaron significativamente los resultados de seguridad. También, se evidencia que el clima de servicios se asocia con el esfuerzo realizado en el cuidado técnico realizado por las enfermeras, y sus comportamientos extra roles, el desempeño de las tareas puede predecir significativamente la satisfacción de los pacientes, donde se concluye que las enfermeras desempeñan un rol importante en la satisfacción del paciente (14).

Las percepciones y actitudes acerca del clima organizacional por parte del personal de atención en salud tienen una valiosa importancia en la seguridad del paciente. Los médicos y las enfermeras tienen diferentes percepciones especialmente en lo que se refiere a relación de trabajadores. Sin embargo, con relación a la seguridad de los pacientes, ambos grupos profesionales comparten percepciones similares. Las percepciones de las enfermeras, identifican factores facilitadores y barreras para mejorar la seguridad de los pacientes en múltiples niveles del sistema, lo que indica que se requieren iniciativas complejas y multifacéticas para abordar los problemas de seguridad del paciente.

Uno de los factores que se puede resaltar es la relación paciente-enfermero con respecto a la mortalidad del paciente, pues se ha demostrado que cada paciente adicional por enfermera se asocia con un aumento del 7% en la probabilidad de morir dentro de los 30

días de la admisión y un aumento del 7% en las probabilidades de fracaso en el rescate (muerte tras complicaciones). Cada paciente adicional por enfermera se asocia con un aumento del 23% en las probabilidades de Síndrome de Burnout y un 15% en las probabilidades de insatisfacción laboral. También, la baja dotación de trabajadores de enfermería y climas organizacionales pobres, tienen el doble de probabilidades para incrementar los factores de riesgo de lesiones por pinchazos de aguja y accidentes, que las enfermeras en unidades bien equipadas y mejor organizadas.

Las instituciones que fomentan un entorno laboral favorable tienen pacientes que perciben una mayor seguridad de los cuidados. Además, una adecuada gestión de los recursos podría disminuir la aparición de eventos adversos como el dolor. (3, 4, 8, 25)

Con respecto a las actitudes de los profesionales en relación a la seguridad de los pacientes se ha evidenciado que actitudes de seguridad positivas, se relacionan con los niveles de satisfacción laboral. La profesión, la unidad de trabajo, la duración de la experiencia laboral, la información recibida sobre la seguridad del paciente durante la educación, la educación continua y los turnos de trabajo, se asocian con varias áreas de actitud de seguridad. La sobrecarga cuantitativa, la complejidad cognitiva y emocional excesiva, la falta de apoyo social y el buen trabajo en equipo, la inestabilidad organizacional y la desconfianza y frustración con la forma en que se manejaban las organizaciones de salud, causa deterioro de la función relacionada con el estrés en el trabajadores. Estos aspectos contribuyen al aumento de los riesgos. La buena seguridad se asocia con los recursos y rutinas adecuadas, el aprendizaje en el lugar de trabajo y los gerentes y colegas de nivel de unidad de apoyo. (7, 26)

Finalmente, se ha demostrado que existen diferencias en la percepción de la seguridad del paciente pues a pesar de que se ha demostrado la correlación entre el clima organizacional y la seguridad del paciente, la percepción de estos factores por parte del personal de salud no es homogénea. (11)

Todos los estudios encontrados, evidencian que la seguridad del paciente puede ser influenciada por múltiples factores, entre ellos el clima organizacional que a su vez puede estar sujeto a cambios internos como las actitudes y percepciones del trabajadores administrativo y asistencial de las instituciones de salud, pero también puede ser alterado por factores externos como la situación financiera y las particularidades propias de cada paciente.

4.2 MARCO NORMATIVO

La Constitución Política de Colombia de 1991 (71) quien fijo como competencia del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud y la Ley 100 de 1993 del Sistema General de Seguridad Social en salud SGSSS (72), con sus respectivas regulaciones y reformas, han sido la base del sistema de salud actual; donde la puesta en marcha de políticas, planes, programas en salud, tienen como prioridad mejorar la prestación de servicios de salud, siendo la calidad un atributo fundamental de la atención integral, en aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

Recientemente con la Ley 1715 de 2015, Ley Estatutaria de la salud (73), se busca garantizar una prestación de servicios de salud y de tecnologías, estructuradas sobre una concepción integral de la salud, facilitando que se mejore el acceso a los servicios de salud, con énfasis en la autonomía médica, para trabajar en la seguridad del paciente, bajo esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica para una atención en salud más segura.

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) Resolución 429 del 17 de febrero de 2016 (74), cuyo objetivo primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo. El Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados, a través de las Redes integrales de servicios (RIAS), significando con ello, una atención necesaria, suficiente y segura para resolver las necesidades de salud de la población lo más cercano a los lugares donde transcurre su cotidianidad.

En tal sentido, la evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud han estado presentes en los postulados y desarrollos de la reformas de salud en Colombia

desde su concepción; lo cual ha sido reflejado más específicamente con el Decreto 1011 de 2006, que define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud (SOGC) (75), establece los criterios para mejorar el acceso y la prestación de servicios de salud en el SGSS, a través del desarrollo de cuatro componentes: 1) El Sistema Único de Habilitación como las condiciones mínimas de ingreso al sistema con la actual resolución 2003 de 2014, 2) El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación, 3) El Sistema Único de Acreditación (Resolución 123 de 2012 - Resolución 2082 de 2014), hacia niveles de excelencia en las características principales de la calidad, y 4) en el sistema de información para la calidad de la atención a la salud (Resolución 1446 de 2006), con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema.

Frente a las políticas que han surgido para garantizar una prestación de servicios de salud con calidad y seguridad, en el año 2008, se expidió por parte del Ministerio de la Protección Social la Política de Seguridad del Paciente liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, para dar respuesta a lo promulgado por la OMS en la Alianza mundial por la seguridad del paciente.

En tal sentido, se promueve la Política de Seguridad del Paciente con el propósito de desarrollar e implementar un modelo eficaz de alerta temprana en la prevención para minimizar un daño que puede ser prevenible. Por lo tanto, desde junio de 2008 el Ministerio de la Protección Social expide los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Estos lineamientos contienen unos principios orientados a las acciones e implementación de las Políticas de Seguridad del Paciente. Estas acciones son enfocadas a la atención centrada en el usuario, eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad; cultura de seguridad de paciente en un ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, para lograr cambios, en un entorno de confianza entre pacientes y profesionales; Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un

problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores, Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados, entre otros (76).

Al ser la Política de Seguridad del paciente parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, es transversal a todos sus cuatro componentes, entendida como el conjunto de acciones y estrategias que ofrece el SOGC para proteger a los pacientes de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud. En principio el componente de habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad definió como requisito mínimo por parte de los prestadores de servicios de salud, la implementación de un programa de seguridad del paciente así como también las guías técnicas de buenas prácticas de Seguridad del Paciente. (Ministerio de la Protección Social, 2010), que hacen referencia a las buenas prácticas para disminuir infecciones, para realizar cirugías seguras, para asegurar la administración de medicamentos, entre otros.

4.3 MARCO CONTEXTUAL

Caracterización del Departamento de Risaralda

El departamento de Risaralda está localizado en la región Central de Colombia, en el conocido "Triángulo de Oro", por su ubicación en medio de las tres principales ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín y Cali). Está conformado por 14 municipios, Pereira, la Capital, 19 corregimientos, 95 inspecciones de policía, numerosos caseríos y sitios poblados. Según proyecciones del DANE para el año 2018 el total de la población en el departamento de Risaralda fue 978.173 habitantes. Los municipios con mayor porcentaje de habitantes por área de residencia urbana/rural son en su orden La Virginia con 98.3%, seguido por Dosquebradas con 95.8% y Pereira con 84.5% (77).

La Red pública de prestación de servicios de salud del departamento de Risaralda, está conformada por 16 prestadores de servicios de salud; en Pereira, la capital tres instituciones de 1, 2 y 3 nivel de atención; del nivel 2, uno en Dosquebradas y otro en la Virginia; y del nivel 1 en los otros 11 municipios. La institución de nivel 2 de atención del municipio de Pereira cuenta con el servicio de internación psiquiátrica y por ende no cuenta con los servicios de urgencias y hospitalización general, lo que no se intervendrá. Por esta razón, el estudio investigativo se realizará en los hospitales de los municipios de Dosquebradas y La Virginia (Tabla 2).

Tabla 2. Red pública de prestación de servicios de salud del departamento de Risaralda.

MUNICIPIO	PRESTADOR	CARACTER	NIVEL
APIÁ	Hospital San Vicente de Paul	Municipal	1
BALBOA	Hospital Cristo Rey	Municipal	1
BELÉN DE UMBRÍA	Hospital San José	Municipal	1
DOSQUEBRADAS	Hospital Santa Mónica	Departamental	2
GUÁTICA	Hospital Santa Ana	Municipal	1
LA CELIA	Hospital San José	Municipal	1
LA VIRGINIA	Hospital San Pedro y San Pablo	Departamental	2
MARSELLA	Hospital San José	Municipal	1
MISTRATÓ	Hospital San Vicente de Paul	Municipal	1
PEREIRA	Hospital Universitario San Jorge	Departamental	3

PEREIRA	Salud Pereira	Municipal	1
PEREIRA	Hospital Mental Universitario	Departamental	2
PUEBLO RICO	Hospital San Rafael	Municipal	1
QUINCHÍA	Hospital Nazareth	Municipal	1
SANTA ROSA DE CABAL	Hospital San Vicente de Paul	Municipal	1
SANTUARIO	Hospital San Vicente de Paul	Municipal	1

Fuente: REPS – Minsalud año 2017

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el clima organizacional y la seguridad del paciente en instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad del departamento Risaralda, 2019.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el estado del clima organizacional en los trabajadores involucrado en la atención en salud en instituciones públicas prestadoras de servicio de salud de mediana complejidad del departamento de Risaralda.
- Describir e interpretar las percepciones relacionadas con la seguridad del paciente en los trabajadores involucrado en la atención en salud en instituciones públicas prestadoras de servicio de salud de mediana complejidad del departamento de Risaralda.
- Establecer las relaciones entre el clima organizacional y la seguridad del paciente en los trabajadores involucrado en la atención en salud en instituciones públicas prestadoras de servicio de salud de mediana complejidad del departamento de Risaralda.

6 METODOLOGÍA

Enfoque:

Se realizó un proyecto desde un enfoque mixto debido a que se relacionó características cualitativas y cuantitativas del objeto de investigación, con énfasis cuantitativo.

Tipo de estudio:

Proyecto de alcance asociativo. Su propósito fue medir las variables de Clima organizacional y Seguridad del paciente y establecer las posibles relaciones entre las variables de ambos componentes.

Población y muestra:

Estuvo determinada por las dos Instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad de la Red pública de Risaralda. El universo del estudio tal como se aprecia en la Tabla 3 está compuesto por 98 empleados que laboran en los servicios de hospitalización, urgencias y trabajadores administrativos con injerencia en estos servicios. Se realizó el estudio con una muestra de 61 trabajadores como se observa en la Tabla 3. Los criterios para el cálculo de la muestra fueron los siguientes: garantizara al menos, un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 7%, junto con la inclusión forzosa de trabajadores del nivel estratégico, dado que se trata de muy pocos colaboradores y debido a la no aceptación en la no realización de la encuesta sobre un estimado de 77. Además, se tuvo la inclusión forzosa de trabajadores del nivel estratégico, dado que se tratan de muy pocos colaboradores.

Tabla 3. Distribución población y muestra

MUNICIPIO	NIVEL	POBLACIÓN	MUESTRA
Dosquebradas	Nivel Estratégico	12	8
	Nivel Táctico	3	1
	Nivel Operativo	42	27
	Total	57	36
Virginia	Nivel Estratégico	2	2
	Nivel Táctico	2	1
	Nivel Operativo	35	22

	Total	39	25
--	--------------	-----------	-----------

Fuente: Elaboración propia.

Operacionalización de variables:

Para la operacionalización de las variables se tuvieron en cuenta la dimensión sociodemográfica con 11 variables y la dimensión de clima organizacional y seguridad del paciente con 8 variables, las cuales se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 4. Dimensiones y variables del estudio

DIMENSIÓN	VARIABLE
SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad
	Nivel Educativo
	Sexo
	Antigüedad en la empresa
	Horas laboradas
	Nivel organizativo
	Trabajadores en el que hace parte
	Área en la que labora
	Distribución de horas semana
	Posición laboral
	Tipo de vinculación
CLIMA ORGANIZACIONAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Calificación del estado actual de la seguridad
	Relaciones entre compañeros, equipos y áreas de trabajo
	Relaciones con jefe inmediato y directivos
	Liderazgo
	Condiciones de trabajo
	Motivación
	Comunicación
Aprendizaje Organizacional	

Fuente: Elaboración propia

La operacionalización de las variables se representa en el **Anexo 1** Categorización de las variables.

Técnicas e instrumentos de recolección de información:

Se aplicaron dos técnicas:

En primer lugar, se aplicó una encuesta que dio cuenta de las características del clima organizacional y de seguridad del paciente. Se usó como instrumento un cuestionario cerrado para aplicar al personal asistencial, administrativo y de apoyo de los servicios de urgencias y hospitalización. El instrumento fue adaptado del cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 (**Anexo 2**).

Seguidamente se diseñó una guía de entrevista (**Anexo 3**), basada en la metodología de asociación libre de palabras, de acuerdo a Abric (78), la asociación libre permite reducir la dificultad o límite de la expresión discursiva, en el que a partir de un término inductor el sujeto expresa adjetivos o términos que relaciona, y posteriormente definen el significado de dichas palabras, permitiendo conocer de manera espontánea lo que se piensa sobre lo estudiado; la cual se aplicó a 10 personas participantes de la encuesta profundizando la relación existente entre las características del clima organizacional y de seguridad del paciente.

Procedimiento para la recolección de la información:

Se solicitó autorización a las Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas de segundo nivel de complejidad del departamento de Risaralda

Posterior al permiso se obtuvo el consentimiento informado de los trabajadores asistenciales de los servicios de urgencias y hospitalización y trabajadores administrativos y de apoyo con injerencia en los servicios que deseaba participar en el estudio.

Se procedió a la aplicación y recolección de la encuesta en cada una de las instituciones de manera individual y garantizando confidencialidad en sus respuestas; obtenidas estas encuestas se aplicó encuesta semi estructurada en el personal que deseó participar en la investigación que permitió conocer las primeras cinco palabras que los trabajadores vinculan cuando se les pregunta por el clima organizacional, la seguridad del paciente y relacionada entre ambas, así como el porqué de la asociación.

Ordenamiento de datos:

Se diseñó una base de datos con la información de la encuesta en el programa informático SPSS versión 22, El cual contenía las 11 variables sociodemográficas, 2 ítems cuantitativas con la calificación de la seguridad del paciente, 54 aspectos de clima organizacional y 27 aspectos de seguridad del paciente en escala tipo liker.

Posterior a la consolidación de la base, se agrupó los 54 aspectos de clima organizacional y los 27 aspectos de seguridad del paciente en función de las dimensiones del clima organizacional, Asimismo se recodificaron las respuestas con el propósito de mejorar el análisis y la interpretación de los datos (Tabla 5).

Tabla 5. Recodificación de respuestas.

Opción de respuesta	Recodificación
Nunca	Insatisfactorio
Rara vez	
Algunas veces	Aceptable
Mayoría de veces	Satisfactorio
Siempre	

Fuente: Elaboración propia

De igual manera la Tabla 6 muestra la recodificación realizada a las respuestas cuantitativas referente a la calificación de la seguridad del paciente en la institución y servicio convirtiendo el valor numérico a escala ordinal con el fin de aplicación de pruebas estadísticas correlacionales que dieran cuenta al tercer objetivo de la investigación.

Tabla 6. Recodificación de respuestas cuantitativas

Opción de respuesta	Recodificación
1	Baja
2	
3	Media
4	Alta
5	

Fuente: Elaboración propia.

Se diseñó una base de datos en Microsoft Office Excel con las palabras y significado recolectado en la entrevista semiestructurada, que posteriormente se categorizó cada palabra según la dimensión que correspondía en función del clima organizacional.

Plan de análisis:

Se realizó un análisis uni y bivariado de los aspectos sociodemográficos con respecto al nivel organizacional (Estratégico, Táctico y Operativo).

Seguidamente se hizo un análisis bivariado de los aspectos de clima organizacional y seguridad del con respecto al nivel Estratégico, Táctico y Operativo.

Posteriormente se realizaron pruebas estadísticas de chi cuadrado para determinar la asociación entre los aspectos del clima organizacional que afectan la percepción sobre la seguridad del paciente, determinando como una asociación estadísticamente significativa cuando el valor de chi cuadrado es menor a 0,05.

Por último, se realizó el análisis de las entrevistas con el propósito de conocer las palabras en orden de aparición y su significado que tiene para los empleados de las instituciones referentes al clima organizacional, la seguridad del paciente y las que relacionan con ambas en función de las dimensiones del clima organizacional, aplicando la metodología de Abric (78).

7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Investigación considerada de acuerdo con la resolución 08430 de 1993 como investigación sin riesgo, que corresponde a estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, razón por la cual no se afectarán las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio; entre lo que se considera la revisión de documentos, registros institucionales, entrevistas, encuestas y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta.

Se diligenciará consentimiento informado a cada encuestado (**Anexo 4**), mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

8 RESULTADOS

El presente capítulo expone y analiza los resultados obtenidos en la investigación, mediante un análisis uni y bivariado acorde con los objetivos planteados. Dichos resultados se dividen en cinco bloques (8.1. Características sociodemográficas, 8.2. Clima organizacional, 8.3. Seguridad del paciente, 8.4. Relación del clima organizacional y seguridad del paciente, 8.5. Asociación de palabras)

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

A continuación, se relacionan los aspectos de edad, género, antigüedad laboral, nivel educativo y tipo de contratación, en función de los niveles organizacionales con el propósito de dar un panorama de la muestra.

Tal como se aprecia en la Tabla 7, en el nivel estratégico el 100% de los trabajadores se encuentran por debajo de los 50 años de edad, siendo el mayor porcentaje las personas entre 31 y 40 años (6 de cada 10 personas) quienes ocupan los cargos directivos y por ende encargados de la toma de decisiones institucionales, creación de políticas y fomento de conductas organizacionales en el trabajo.

El nivel táctico se encontró distribuidos en dos grupos extremos de rangos de edad, es decir el grupo de personas más jóvenes y adultas de la muestra de manera homogénea, a diferencia del nivel operativo donde a pesar de existir una distribución más heterogénea de la muestra entre los cuatro grupos de rango de edad, coincide con el nivel estratégico donde el mayor porcentaje se ubica en los empleados entre 31 y 40 años.

Tabla 7. Rango de edad (%)

NIVEL ORGANIZACIONAL	RANGO DE EDAD	PORCENTAJE
Estratégico	Menos de 30 años	25,0
	Entre 31 y 40 años	62,5
	Entre 41 y 50 años	12,5
Táctico	Menos de 30 años	50,0
	51 o más	50,0
Operativo	Menos de 30 años	28,6
	Entre 31 y 40 años	38,8

	Entre 41 y 50 años	22,4
	51 o más	10,2

Fuente: Elaboración propia.

La distribución en general tan heterogénea proporciona a las organizaciones el logro de las metas institucionales de una manera más ágil y dinámica. El contar con una alta gerencia joven, permite una gestión clínica basada en los avances tecnológicos y clínicos lo cual ayuda a la innovación y creatividad de las empresas en combinación con las experiencias de las personas con mayor edad.

La gestión del talento humano tiene como reto en las organizaciones de salud diseñar programas de beneficio enfocados a los intereses de los trabajadores, la Tabla 8 muestra que el 71% (7 de cada 10) del total de la muestra son personas del sexo femenino, este factor es de resaltar en el diseño de estos planes de teniendo en cuenta que para las mujeres la compensación del trabajo va más enfocada a tiempo libre con la familia.

Tabla 8. Genero (%)

NIVEL ORGANIZACIONAL	SEXO	PORCENTAJE
Estratégico	Femenino	77,8
	Masculino	22,2
Táctico	Femenino	50,0
	Masculino	50,0
Operativo	Femenino	88,0
	Masculino	12,0

Fuente: Elaboración propia.

Este factor es más evidente en el nivel operativo donde la razón de género (4 mujeres por cada hombre) es muy común en el área de la salud y considerando que este nivel se ubican las técnicas en enfermería (Tabla 9) que a nivel mundial son oficios mayoritariamente realizado por ellas.

Tabla 9. Nivel educativo (%)

NIVEL ORGANIZACIONAL	NIVEL DE EDUCACIÓN	PORCENTAJE
Estratégico	Técnico	22,2
	Profesional	22,2
	Especialista	44,4
	Maestría	11,1
Táctico	Profesional	50,0

	Especialista	50,0
Operativo	Secundaria	8,0
	Técnico	46,0
	Tecnológico	10,0
	Profesional	28,0
	Especialista	6,0
	Especialización clínica quirúrgica	2,0

Fuente: Elaboración propia.

En el nivel estratégico el 50% de muestra presentan un nivel de posgrado siendo importante la adquisición de mayor conocimiento en los niveles superiores debido a que ayuda a la toma de decisiones y observando la Tabla 10 revela que en este nivel más de la mitad llevan 26 años o más en la institución, estas circunstancias se traduce en una estabilidad laboral en los cargos directivos y la consecución de metas institucionales por estandarización de procesos y procedimientos a través de los años.

Llama la atención con respecto a la Tabla 11 donde en este mismo nivel 7 de cada 10 personas están vinculadas por prestación de servicio, este fenómeno muy común en el sector debido a los sobrecostos (cesantías, prestaciones sociales, horas extras y vacaciones) de los contratos laborales para las empresas, lo cual optan por legalizar este tipo de contratos de mayor cuantía por esta modalidad.

Tabla 10. Rango de antigüedad en años

NIVEL ORGANIZACIONAL	Años en la Institución	PORCENTAJE
Estratégico	Menos de 1	11,1
	Entre 4 y 6	22,2
	Entre 21 y 25	11,1
	26 o más	55,6
Táctico	26 o más	100,0
Operativo	Menos de 1	20,0
	Entre 1 y 3	8,0
	Entre 4 y 6	10,0
	Entre 7 y 10	18,0
	Entre 11 y 15	8,0
	Entre 16 y 20	4,0
	Entre 21 y 25	4,0
	26 o más	28,0

Fuente: Elaboración propia.

Al igual que en el nivel estratégico la Tabla 10 revela en el nivel táctico existe estabilidad, pero teniendo en cuenta los datos suministrado por la Tabla 11 es causa de las garantías y beneficios que posee el nivel debido al tipo de contratación laboral.

Contrastante lo sucedido en el nivel operativo donde más de la mitad de los empleados llevan menos de 10 años en la institución, siendo esta la población la más fluctuante debido a que en ella se encuentran las personas con nivel académico inferior (Tabla 9) y son ellas las que con los años buscan mayor oportunidades laborales y académicas.

Tabla 11. Tipo de vinculación laboral (%)

NIVEL ORGANIZACIONAL	TIPO DE VINCULACIÓN	PORCENTAJE
Estratégico	Contrato por prestación de servicios	77,8
	Carrera Administrativa (Nombramiento y posesión)	11,1
	Otro: Cooperativa	11,1
Táctico	Otro: Cooperativa	100,0
Operativo	Contrato de trabajo a término indefinido	28,0
	Contrato de trabajo a término fijo de 1 a 3 años	8,0
	Contrato de trabajo a término fijo inferior a 1 años	8,0
	Contrato por prestación de servicios	24,0
	Carrera Administrativa (Nombramiento y posesión)	10,0
	En provisionalidad	8,0
	Libre nombramiento y remoción	2,0
Otro: ¿Cuál?	12,0	

Fuente: Elaboración propia.

Consecuente a las características encontradas en el nivel estratégico podemos inferir que las políticas y directrices han permanecido varios ciclos en la organización aspecto fundamental para la consecución de metas y generación de cultura organizacional y son dictadas por profesionales calificados.

Referente al nivel táctico es de resaltar el tipo de contratación (Tabla 11) y los años de antigüedad (Tabla 10) causantes del fortalecimiento en el liderazgo y la continuidad de los procesos a largo plazo.

Finalmente, el nivel operativo son los trabajadores de cara al usuario y en él, se observa más rotación del personal, obligando a las empresas a realizar mayores inversiones (tiempo y dinero) en capacitación, selección, inducción y entrenamiento de personal. Lo que no permite un funcionamiento continuo de los procesos y no garantiza un nivel de transformación cultural adecuado, por tal motivo el diseño de estrategias de retención del personal fuera del salario y tipo de contratación es el mayor reto para las organizaciones actualmente.

8.1 ESTADO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

Para identificar el estado del clima organizacional en los trabajadores involucrados se abordan las dimensiones en las que se encuentran las relaciones, liderazgo, condiciones de trabajo, motivación, comunicación.

De igual manera se presenta segmentado por los niveles organizacionales (estratégico, táctica y operativo) y las respuestas agrupadas bajo valores insatisfecho a quienes respondieron nunca o rara vez, aceptable para quienes contestaron a veces y satisfecho cuando las respuestas fueron muchas veces o siempre. Para efectos del clima organizacional ideal, se espera que la mayoría de los trabajadores se encuentre satisfecho con las condiciones que se investigan.

A continuación, se presenta la Tabla 12, la cual consolida los porcentajes satisfactorios de la percepción del clima organizacional en las instituciones públicas de segundo nivel del departamento de Risaralda, con el fin de dar un panorama global del estado del clima el cual más adelante se precisará de manera más detallada.

Tabla 12. Consolidado clima organizacional por dimensiones. (%)

Dimensión	Nivel estratégico	Nivel táctico	Nivel Operativo
Relaciones	71	50,4	58,5
Liderazgo	80,8	81,8	63,6
Condiciones de trabajo	74,2	22,7	55,5
Motivación	63,3	55	67,9
Comunicación	81	78,6	72,7

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 12 resalta que en la dimensión comunicación 7 de cada 10 trabajadores se encuentran satisfechos con los aspectos evaluados, siendo esta la mejor calificada seguida por el liderazgo y motivación.

Desglosando la tabla por niveles, se observa que para el nivel estratégico y operativo la comunicación presenta los niveles superiores (81% y 72,7%) y el nivel táctico el liderazgo (81,8%). Llama atención la percepción general del clima organizacional del nivel estratégico el cual, en comparación a los otros dos, percibe niveles superiores al 60% del personal. A continuación, se describen y analizan a mayor detalle cada una de las dimensiones en función de los niveles.

Relaciones

Las relaciones laborales permiten una correcta cohesión entre los diferentes funcionarios y niveles organizacionales, la Tabla 13 muestra que a nivel general que 6 de cada 10 trabajadores consideran buenas las relaciones entre los compañeros, equipos y áreas de trabajo, sobresaliendo un poco el nivel estratégico con un promedio de 69,8%, al igual que el trato hacia los empleados con respeto, dignidad y aprecio por parte de los directivos y jefes inmediatos, fue acorde en los tres niveles, con un nivel de satisfacción sobre el 80% (Tabla 14)

Tabla 13. Relaciones entre compañeros, equipos y áreas de trabajo (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
Los empleados de la institución ayudan entre sí, de manera positiva y respetuosa	0,0	33,3	66,7	0,0	50,0	50,0	8,0	42,0	50,0
Las relaciones entre los empleados del área son de cooperación y respeto	0,0	11,1	88,9	0,0	50,0	50,0	4,1	26,5	69,4
Las diferentes unidades de la institución cooperan entre ellas.	0,0	55,6	44,4	6,3	43,8	50,0	5,2	46,6	48,3
En la institución se trabaja en equipo para alcanzar un alto desempeño y lograr los objetivos misionales	11,1	22,2	66,7	0,0	50,0	50,0	6,0	44,0	50,0
En el área donde labora se trabaja en equipo para lograr un alto desempeño y alcanzar los objetivos del servicio.	0,0	11,1	88,9	0,0	50,0	50,0	4,1	30,6	65,3

Los conflictos o problemas que surgen entre los compañeros y áreas de trabajo se solucionan de manera ágil y satisfactoria.	0,0	22,2	77,8	0,0	50,0	50,0	14,3	22,4	63,3
Cuando los compañeros se enteran de que he cometido algún error, no lo utilizan en mi contra.	11,1	33,3	55,6	0,0	0,0	100,0	16,3	24,5	59,2
TOTAL, PROMEDIO	3,2	27,0	69,8	0,9	42,0	57,1	8,3	33,8	57,9

Fuente: Elaboración propia.

Para el 88,9% del nivel estratégico es satisfactorio la cooperación entre los compañeros del área y de igual manera el alto desempeño para lograr los objetivos del servicio (Tabla 13), no obstante, el nivel estratégico es quien da cuenta de una buena percepción de las relaciones dentro del equipo trabajo, fundamental para un excelente clima laboral.

Cuando los compañeros se enteran de que alguien ha cometido algún error, en el nivel táctico el 100% consideran que no lo utiliza el hecho en su contra, a diferencia de los otros dos niveles donde solo el 50% de los ellos concuerdan con el nivel. Este aspecto es fundamental dentro del clima organizacional porque revela una buena cooperación entre los equipos observándose una valoración positiva a esta dimensión del clima organizacional.

Tabla 14. Relaciones con jefe inmediato y directivos. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
Los directivos de la entidad apoyan y estimulan a los empleados.	0,0	44,4	55,6	0,0	100,0	0,0	18,0	34,0	48,0
Mi jefe inmediato apoya y estimula a sus colaboradores.	0,0	33,3	66,7	50,0	50,0	0,0	12,2	22,4	65,3
Los directivos de la entidad promueven la iniciativa y la participación de los empleados en la toma de decisiones.	0,0	33,3	66,7	0,0	100,0	0,0	20,0	36,0	44,0
Mi jefe inmediato promueve la iniciativa y la participación de sus colaboradores en la toma de decisiones.	0,0	44,4	55,6	50,0	0,0	50,0	12,0	30,0	58,0
Los directivos de la entidad tratan a los empleados con respeto, dignidad y aprecio.	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	16,3	83,7
Mi jefe inmediato trata a sus colaboradores con respeto, dignidad y aprecio.	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	2,0	14,0	84,0
Los conflictos o problemas que surgen entre los empleados y los directivos/jefes se solucionan de manera ágil y satisfactoria.	0,0	11,1	88,9	0,0	0,0	100,0	8,0	30,0	62,0
Cuando se comete algún error, los empleados no temen que se busque un culpable o se refleje en sus expedientes.	22,2	33,3	44,4	50,0	50,0	0,0	28,0	44,0	28,0
TOTAL, PROMEDIO	2,8	25,0	72,2	18,8	37,5	43,8	12,5	28,3	59,1

Fuente: Elaboración propia.

Para los tres niveles la cooperación entre las diferentes unidades de la institución no es el ideal, mostrado en la Tabla 13 con valores estadísticos menor o igual al 50% de satisfacción en todos, a pesar de existir por parte de los directivos estímulo un adecuado trato (Tabla 14) siendo este un riesgo para las instituciones en salud, partiendo del hecho que es indispensable la comunicación adecuada entre los diferentes áreas para alcanzar las metas propuestas y a su vez porque la entrada de muchos procesos es la salida de otro, el cual se puede ver bloqueada sin no existe una relación adecuada.

Llama la atención el grado de insatisfacción observado en la Tabla 14 (estratégico 22,2%, táctico 50% y operativo 12,5%) relacionado con el temor a la búsqueda de culpables que se refleje en los expedientes cuando se comete algún error, aspecto causante de el ocultamiento de daños o fallos laborales que no ayudan a encontrar causa-raíz de distintas circunstancias laborales.

Liderazgo

Un factor importante en el clima es el relacionado con el que interviene en las conductas de los empleados, este atributo denominado liderazgo es reunido en 11 aspectos (Tabla 15), donde el 75% de la muestra se encuentra satisfecho con esta dimensión lo que indica que en general la orientación, apoyo y credibilidad de los líderes inmediatos y directivos es buena.

Tabla 15. Liderazgo. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
Confío en la capacidad que tienen los directivos de la entidad para gestionarla y alcanzar resultados	0,0	11,1	88,9	0,0	0,0	100,0	8,0	26,0	66,0
Confío en la capacidad que tiene mi jefe inmediato para gestionar su servicio/unidad y alcanzar resultados	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	6,0	18,0	76,0
Considero que existen criterios justos y claros para decidir sobre la continuidad, el retiro o cualquier cambio en las condiciones de trabajo de los trabajadores de la institución	22,2	22,2	55,6	0,0	0,0	100,0	12,0	38,0	50,0
Los directivos y jefes dan claridad acerca del futuro de la entidad y sobre mi contribución para alcanzar lo que ésta desea	0,0	33,3	66,7	0,0	50,0	50,0	12,0	26,0	62,0

Existe coherencia entre las acciones de los directivos y los jefes inmediatos y lo que se me exige o debo hacer en mí puesto de trabajo	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0	12,2	30,6	57,1
Las decisiones en la institución obedecen a criterios transparentes y propios de gestión administrativa, en lugar de hacerlo a influencias, presiones o intereses particulares	0,0	22,2	77,8	0,0	0,0	100,0	18,4	22,4	59,2
Los directivos brindan apoyo, acompañamiento y orientación a los empleados	0,0	22,2	77,8	0,0	0,0	100,0	12,0	24,0	64,0
Mi jefe inmediato brinda apoyo, acompañamiento y orientación a sus colaboradores	0,0	11,1	88,9	0,0	50,0	50,0	12,0	16,0	72,0
Siento que los directivos de la institución tienen amplia y positiva influencia en mi comportamiento y desempeño	0,0	11,1	88,9	0,0	50,0	50,0	6,3	31,3	62,5
Los directivos deciden y actúan de forma coherente con el direccionamiento estratégico de la institución	0,0	11,1	88,9	0,0	50,0	50,0	8,0	24,0	68,0
El jefe del área donde laboro articula la gestión de la misma con el direccionamiento estratégico de la institución	0,0	11,1	88,9	0,0	0,0	100,0	6,3	31,3	62,5
TOTAL PROMEDIO	2,0	17,2	80,8	0,0	18,2	81,8	10,3	26,1	63,6

Fuente: Elaboración propia.

Los tres niveles consideran que los jefes inmediatos gestionan adecuadamente el área logrando los objetivos, de la misma forma articulados con el direccionamiento institucional.

En el nivel estratégico 8 de cada 10 trabajadores confían y se consideran satisfecho con el actuar coherente, de acompañamiento y apoyo de los jefes de área que influye positivamente a los empleados, este aspecto es de gran valor, teniendo en cuenta que el logro de autogestión en los diferentes niveles requiere de gran confianza del nivel directo hacia los demás.

En el nivel operativo el 50% de la muestra considera que existen criterios justos y claros para decidir sobre la continuidad, el retiro o cualquier cambio en las condiciones de trabajo del trabajadores de la institución, siendo un factor relevante debido a que fue el aspecto con menor satisfacción dentro el nivel en la dimensión liderazgo y coherente con los resultados expuesto en la Tabla 10, dan cuenta la rotación del trabajadores es un factor de característico de este nivel.

Condiciones de trabajo

Para un buen desarrollo de un clima laboral no solo se requieren las condiciones sociales, sino también una serie de aspectos tecnológicos, ambientales y organizaciones que aporten

al desarrollo laboral y eviten consecuentemente enfermedades psicosociales y clínicas al cliente interno

La Tabla 16 a nivel general muestra que frente a esta dimensión podemos observar la diferencia estadísticamente significativa en el los tres niveles y su grado de satisfacción, observando con respecto al nivel estratégico cuyo porcentaje de satisfacción (74,2%) sobrepasa en 18,7 puntos porcentuales al nivel operativo (55,5%) y 51,5 puntos porcentuales a el nivel táctico, todo esto considerando que en dicho nivel pertenecen los trabajadores con mayor nivel de autoridad institucional y satisfechos con la remuneración.

Tabla 16. Condiciones de trabajo. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
La jornada de trabajo es adecuada (duración, turnos, horarios)	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	8,2	36,7	55,1
Considero que cuando alguien está sobrecargado de trabajo recibe ayuda de sus compañeros	11,1	33,3	55,6	0,0	50,0	50,0	20,4	40,8	38,8
Cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe inmediato no pretende que trabajemos más rápido	33,3	0,0	66,7	0,0	100,0	0,0	24,0	30,0	46,0
El nivel de exigencia o presión que recibo para realizar mi trabajo con eficiencia y eficacia es el adecuado	0,0	44,4	55,6	0,0	100,0	0,0	16,7	25,0	58,3
Mi puesto de trabajo no es monótono y rutinario	11,1	22,2	66,7	0,0	50,0	50,0	20,8	37,5	41,7
Las condiciones en las que realizo la labor son sanas y seguras	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	14,3	10,2	75,5
Considero que en esta entidad hay estabilidad laboral	37,5	12,5	50,0	0,0	100,0	0,0	16,3	14,3	69,4
Cuento con los recursos necesarios para cumplir a cabalidad con mis funciones y responsabilidades (dispositivos e insumos, presupuesto e información)	0,0	22,2	77,8	0,0	50,0	50,0	10,0	28,0	62,0
El área donde laboro cuenta con el trabajadores suficiente en cantidad y calidad para la adecuada prestación del servicio	33,3	11,1	55,6	0,0	100,0	0,0	22,4	30,6	46,9
La remuneración (pago) que recibo es equivalente/proporcional al trabajo y aporte que realizo	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	14,3	22,4	63,3
En general, el ambiente de trabajo es ideal (positivo, agradable, estimulante)	0,0	11,1	88,9	0,0	100,0	0,0	12,2	34,7	53,1
TOTAL PROMEDIO	11,5	14,3	74,2	0,0	77,3	22,7	16,3	28,2	55,5

Fuente: Elaboración propia.

En el aspecto de jornada laboral, los niveles estratégicos y tácticos considera en igual medida su nivel de satisfacción (100%), mientras que el operativo el 50% de los encuestados considera que no lo son, esto teniendo en cuenta que en el nivel operativo se ubican los trabajadores asistenciales cuyo horario en general está programado por cuadros de turnos que involucran turnos día y noche de 12 horas, festividades y fines de semana.

A propósito del nivel operativo el aspecto con mayor nivel de satisfacción sobre el promedio del nivel es con respecto a las condiciones de trabajo sanas y seguras, en concordancia con el nivel estratégico, esto un valor importante desde el punto de vista de seguridad y salud en el trabajo donde la gestión a los riesgos internos permite mejores condiciones que aportan al clima organizacional.

Motivación

Los aspectos expuestos en la Tabla 17 releja los aspectos que incentivan a las personas a laboral de la mejor manera los resultados del estudio demuestran que en general 3 de cada 5 personas consideran estar motivados en su labor, en mayor medida los niveles organizacionales estratégicos y operativos que se encuentran sobre el promedio general, ante todo con en el aspecto relacionado con la superación trabajadores y profesional.

Es de resaltar que en los 3 niveles más del 90% de los trabajadores valoran su trabajo y los satisfacen, pero en oposición a este aspecto la mayoría empelados han considerado la opción de retirarse de la entidad y tener mejores condiciones.

Tabla 17. Motivación. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
Hacer mi trabajo me produce un sentimiento de satisfacción trabajadores.	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	2,0	8,0	90,0
La institución nos hace sentir que somos parte importante de ella, tanto para su funcionamiento como para el logro de sus resultados.	0,0	11,1	88,9	0,0	50,0	50,0	6,0	34,0	60,0
Quienes trabajan aquí se sienten identificados con la misión, visión, valores y objetivos de la institución.	11,1	33,3	55,6	0,0	0,0	100,0	6,0	22,0	72,0

Los empleados de la entidad son leales a ésta y a sus usuarios	0,0	44,4	55,6	0,0	50,0	50,0	8,0	24,0	68,0
En esta entidad se promueve a los empleados laboralmente y su mejora como ser humano.	11,1	44,4	44,4	0,0	50,0	50,0	14,0	30,0	56,0
Los empleados se sienten orgullosos de trabajar para esta institución.	11,1	22,2	66,7	0,0	50,0	50,0	4,0	20,0	76,0
Los empleados creen que su futuro en la organización es positivo.	0,0	55,6	44,4	0,0	50,0	50,0	10,2	22,4	67,3
Siento que mi trabajo me permite realizarme trabajadores y profesionalmente.	0,0	0,0	100,0	0,0	50,0	50,0	4,0	14,0	82,0
Los empleados se esmeran por cumplir con sus tareas y metas, al punto que realizan esfuerzos adicionales desinteresadamente.	11,1	33,3	55,6	50,0	0,0	50,0	10,0	18,0	72,0
Los empleados no consideran la opción de retirarse de la entidad para tener mejores condiciones y oportunidades.	22,2	55,6	22,2	50,0	50,0	0,0	24,0	40,0	36,0
TOTAL PROMEDIO	6,7	30,0	63,3	10,0	35,0	55,0	8,8	23,2	67,9

Fuente: Elaboración propia.

Para el nivel estratégico y operativo la motivación laboral va ligado a que su trabajo les ayuda a desarrollarse trabajadores y profesionalmente dándoles mayor sentido de pertenencia y compromiso institucional de igual manera reflejado en la satisfacción general.

Comunicación

Los resultados expuestos en la Tabla 18 revelan la dimensión comunicación donde alrededor del 75% de los trabajadores consideran que es satisfactoria, con mayor porcentaje en el nivel estratégico siendo este el que considera que la información escrita tales como procesos informes y registros son confiables y los canales que proporciona para la comunicación son adecuados y respetuosos.

Tabla 18. Comunicación. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
Recibo retroalimentación acerca de la forma en que hago mi trabajo y cómo puedo mejorarlo.	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0	10,0	20,0	70,0
La institución comunica y hace comprensibles a los empleados su misión, visión, estrategias, políticas, valores y objetivos.	0,0	22,2	77,8	0,0	0,0	100,0	8,0	16,0	76,0
Se estimula y presta atención a la expresión de sentimientos, nuevas ideas o posturas diferentes/críticas en general.	0,0	44,4	55,6	0,0	50,0	50,0	18,0	18,0	64,0
Se cuenta con instrucciones y procedimientos precisos para desarrollar la labor.	0,0	11,1	88,9	0,0	0,0	100,0	4,2	12,5	83,3

En la institución se tienen diversos canales para compartir información de manera precisa y confiable.	0,0	11,1	88,9	0,0	0,0	100,0	8,0	16,0	76,0
La institución elabora informes soportados en registros de las actuaciones realizadas e información verificable.	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	4,1	22,4	73,5
La comunicación verbal y escrita es precisa y respetuosa de la condición de los seres humanos.	0,0	11,1	88,9	0,0	100,0	0,0	12,0	22,0	66,0
TOTAL PROMEDIO	0,0	19,0	81,0	0,0	21,4	78,6	9,2	18,1	72,7

Fuente: Elaboración propia.

Los canales de comunicación escritos sobresalen en los tres niveles organizacionales, evidenciados en los aspectos correspondientes a la elaboración de informes y a la existencia de instrucciones y procedimientos precisos para el desarrollo de la labor con unos niveles de satisfacción general en 91,1% y 90,7% correspondiente.

Con respecto a los aspectos que involucran sentimientos, ideas y posturas solo el 50% de la muestra consideran que se estimulan y se tiene en cuenta, siendo más representativo en el nivel táctico donde solo el 1 de cada 2 personas percibe que puede expresar sus sentimientos libremente y en concordancia con el aspecto de la comunicación en la institución es precisa y respetuosa a la condición de los seres humanos donde este nivel percibe la comunicación aceptable.

Considerando que solo el 3% del total de los trabajadores ubicado en el nivel estratégico, se encuentra insatisfecho con aspectos de esta dimensión podríamos concluir que la percepción frente a la veracidad, confiabilidad y oportunidad de la información por los diferentes canales es la adecuada.

8.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE

A continuación, se presenta y analiza la calificación dada por los trabajadores a la seguridad del paciente, para posteriormente describir los principales hallazgos al respecto en función de las dimensiones del clima organizacional (liderazgo, comunicación, condiciones de trabajo, entre otras), como preámbulo al establecimiento de la relación entre ambas.

La Tabla 19 muestra la calificación de la seguridad del paciente agrupada por niveles organizativos, donde el promedio más alto corresponde a la seguridad a nivel de la institución en su conjunto, relegando al segundo lugar a la presentada en los servicios indagados en el estudio, sin que ninguna pase de lo aceptable, por lo que en temas de salud existen brechas de calidad amplias que han de ser superadas para evitar que se produzca un daño del paciente.

Tabla 19. Calificación de la seguida del paciente.

Calificación de la seguridad del paciente	Nivel Estratégico	Nivel Táctico	Nivel Operativo	Total Promedio
	Media	Media	Media	
En el servicio	3,83	3,00	3,74	3,52
En la institución	3,78	4,00	3,86	3,88

Fuente: Elaboración propia.

Este nivel aceptable demuestra que las instituciones públicas han venido trabajando por en seguridad del paciente a través de los años, pero diferentes circunstancias interfieren los logros en calidad, lo que implica que podría desencadenar en ciertos momentos un evento de seguridad.

Para la presentación de los siguientes resultados se agruparon las respuestas recopiladas en tres categorías: insatisfecho (nunca y rara vez), aceptable (algunas veces) y satisfecho (muchas veces y siempre), en atención a que entre más alta sea la frecuencia con que se presenten las situaciones indagadas en el estudio, más se corresponden con las condiciones de un clima organizacional adecuado. Además, se mantiene la mirada desde los tres niveles organizativos ya antes reseñados.

Liderazgo y seguridad del paciente

El liderazgo, en el marco de la seguridad del paciente, fue calificado de manera satisfactoria en los tres niveles organizacionales (Tabla 20), arrojando un promedio de satisfacción del 72%, mientras que el de insatisfacción es inferior al 8%, por lo que hay el comportamiento de los aspectos del liderazgo asociados a la seguridad del paciente, es bueno.

Tabla 20. Liderazgo en seguridad del paciente. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
Los directivos de la institución muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	0,0	11,1	88,9	0,0	0,0	100,0	6,0	16,0	78,0
Los directivos de la institución se interesan por la seguridad del paciente solo cuando ha ocurrido un evento adverso en un paciente	22,2	11,1	66,7	0,0	100,	0,0	46,9	20,4	32,7
Mi jefe inmediato se interesa por la seguridad del paciente	0,0	25,0	75,0	0,0	0,0	100,0	4,3	8,5	87,2
Mi jefe inmediato no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que se presentan en el servicio	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0	10,0	20,0	70,0
TOTAL PROMEDIO	5,6	20,1	74,3	0,0	25,0	75,0	16,8	16,2	67,0

Fuente: Elaboración propia.

Los más altos índices de satisfacción refieren a que los directivos, con hechos, muestran que la seguridad del paciente es una de sus prioridades y que los jefes inmediatos se interesan también por esta (satisfacción promedio del 88%), por lo que se envía un mensaje claro sobre su importancia, se da ejemplo a los colaboradores para cuidarla y se configura un escenario en pro de dicha seguridad que parte desde la cabeza misma de las entidades. Ello se ratifica al sumarle que, con una buena frecuencia, los jefes inmediatos no pasan por alto los problemas que se presentan en cada servicio en materia de seguridad del paciente.

Aunque la mayoría de los integrantes del nivel estratégico sienten que los directivos solo se interesan de los temas de seguridad cuando ocurre un evento adverso, la percepción en los demás niveles es diferente dado que para quienes laboran en el nivel táctico eso solo ocurre a veces y para el nivel operativo, en casi la mitad de los casos, no pasa.

Tal contradicción preocupa, puesto que los directivos son el eje principal a la hora de tomar decisiones en pro de la seguridad, asignar recursos y responsables a la misma y de brindar las condiciones que la promuevan y garanticen (políticas, directrices...). Además, en las instituciones de salud seguras el tema de seguridad del paciente va desde la plataforma donde se identifican, gestionan y monitorean los riesgos, ciclo en el que el liderazgo, por parte de directivos, debe estar presente, comprometido y actuar de manera coherente y

proactiva. En definitiva, el panorama encontrado es positivo en el mensaje y la actuación previa para preservar la seguridad del paciente.

Condiciones de trabajo, motivación y seguridad del paciente

La dimensión del clima organizacional, relativa a las condiciones de trabajo, es la que presenta las percepciones más negativas al vincularla con la seguridad del paciente, particularmente en los niveles táctico y operativo, donde en promedio el 46% de los trabajadores no se encuentran satisfechos (tabla 23); es decir, en casi la mitad de los casos, las conductas o condiciones ideales esperadas, no están presentes.

Tabla 21. Condiciones de trabajo, motivación y seguridad del paciente. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
Siento que el exceso de carga de trabajo no me impide proporcionar una atención adecuada a los pacientes	11,1	22,2	66,7	0,0	50,0	50,0	29,5	29,5	40,9
El ritmo de trabajo no se aumenta si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	0,0	11,1	88,9	50,0	0,0	50,0	31,9	38,3	29,8
La institución estimula el trabajo en pro de la seguridad del paciente.	0,0	12,5	87,5	0,0	50,0	50,0	8,0	30,0	62,0
Me siento comprometido y motivado para trabajar en pro de la seguridad del paciente.	0,0	11,1	88,9	0,0	50,0	50,0	2,0	4,0	94,0
TOTAL PROMEDIO	2,8	14,2	83,0	12,5	37,5	50,0	17,9	25,5	56,7

Fuente: Elaboración propia

Los ítems más críticos son los relativos a al exceso de carga de trabajo y al incremento del ritmo de trabajo en función de la atención y la seguridad del paciente. En el primer caso, más de la mitad de quienes se ubican en los niveles táctico y operativo consideran que con bastante frecuencia el exceso de carga laboral les impide proporcionar una adecuada atención a los pacientes, incrementando el riesgo de seguridad, mientras que, en el segundo, la proporción de quienes, en esos mismos niveles, consideran que el ritmo de trabajo se aumenta e por consiguiente implique sacrificar la seguridad del paciente, sube a 6 de cada 10. Aunque en el nivel estratégico ello ocurre en 3 de cada 10 casos, tampoco es una cifra que de tranquilidad al respecto.

Como quiera que el exceso de carga de trabajo produce fatiga, general un estrés adicional y exige responder a diversas demandas y actores de forma simultánea o en mayor cantidad y rapidez, es posible que el desempeño no sea el adecuado, al sacrificar el detalle o la precisión, en detrimento de la atención y la seguridad del paciente. Por eso, no es de extrañar que se incremente el ritmo de trabajo, aún a sabiendas del riesgo que implica para cumplir con parámetros y condiciones de seguridad, máxime si se combina mayor velocidad con cargas más elevadas de trabajo.

Los indicadores acerca de la dimensión motivación son menos negativos, pero carecen de homogeneidad ante las amplias diferencias encontradas entre los tres niveles organizativos: Una amplia mayoría de los trabajadores del nivel estratégico sienten que la institución estimula, de forma reiterada, trabajar en pro de la seguridad del paciente, mientras que en el nivel operativo ello se percibe por 6 de cada 10 trabajadores y en el nivel táctico solo lo creen la mitad lo creen. De manera similar ocurre con el compromiso y la motivación que se tiene para trabajar en pro de la seguridad del paciente: en el nivel estratégico es muy frecuente (83%), mientras que en el táctico y operativo tal frecuencia apenas se ubica por encima de la mitad (53% en promedio).

Si un número importante de los trabajadores con más contacto directo con el paciente (niveles operativo y táctico) no están satisfechos con la carga de trabajo, el ritmo de su ejecución, sienten que no se les estimula lo suficiente para trabajar en pro de la seguridad del paciente y tampoco presentan niveles de compromiso y satisfacción suficiente, se configura un escenario laboral inadecuado para la preservación de la seguridad del paciente y da la calidad en su atención. Tales circunstancias pueden restarle peso o reducir la influencia que en su comportamiento pudieran tener otras variables del clima organizacional de comportamiento positivo.

Relaciones con el jefe inmediato y seguridad del paciente

La Tabla 22 muestra los aspectos relacionados con la disposición de los jefes inmediatos a reconocer conductas de sus colaboradores en pro de la seguridad del paciente, como

aspectos importantes a la hora de evitar la materialización de eventos o al reportarlos cuando sucedan.

Tabla 22. Relaciones con el jefe inmediato y seguridad del paciente. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
Mi jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	11,1	11,1	77,8	0,0	50,0	50,0	4,0	24,0	72,0
Mi jefe inmediato tiene en cuenta, las sugerencias que hace el empleado para mejorar la seguridad del paciente.	0,0	22,2	77,8	0,0	0,0	100,0	6,0	20,0	74,0
TOTAL PROMEDIO	5,6	16,7	77,8	0,0	25,0	75,0	5,0	22,0	73,0

Fuente: Elaboración propia

En general, en 3 de cada 4 ocasiones los jefes inmediatos expresan su satisfacción cuando los colaboradores intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente y, en igual proporción, tienen en cuenta las sugerencias efectuadas por los trabajadores para mejorarla. Tanto la participación como el reconocimiento son valiosos para fomentar un comportamiento orientado a la seguridad del paciente, no solo porque representan escenarios en los cuales se puede proponer y opinar, a partir del conocimiento, la experiencia y la creatividad, sino porque las sugerencias brindadas pueden conducir a la implementación futura de ajustes y mejoras. De igual forma, la satisfacción expresada a los colaboradores por sus esfuerzos al respecto genera un reforzamiento positivo que invita a repetir y perfeccionar la conducta dirigida a reducir y hasta a eliminar riesgos en la seguridad del paciente, así como a resolver con mayor eficiencia y eficacia los problemas que surjan en dicho ámbito.

Comunicación y la seguridad del paciente

La comunicación en la seguridad del paciente es vista desde todos los ángulos de la información iniciando con la documentación escrita (políticas, paquetes instruccionales, programa de seguridad del paciente) hasta el reporte de eventos de seguridad. La Tabla 23 muestra los aspectos indagados, en los que el mayor nivel de satisfacción, en promedio, se

ubica en el nivel estratégico (80%), seguido del operativo (67%) y luego, sin alcanzar el 50%, del táctico.

Tabla 23. Comunicación en la seguridad del paciente. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
La institución brinda información clara, veraz y oportuna sobre sus procesos y los resultados alcanzados en la seguridad del paciente.	0,0	22,2	77,8	0,0	0,0	100,0	6,0	26,0	68,0
En esta institución se puede opinar sobre la seguridad del paciente, libremente y sin temor a represalias.	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	8,0	20,0	72,0
Los compañeros de trabajo, jefes y directivos están dispuestos a escuchar, conversar y compartir información acerca de la seguridad del paciente.	0,0	11,1	88,9	0,0	50,0	50,0	8,0	16,0	76,0
No se pierde información de los pacientes cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra(o).	11,1	11,1	77,8	50,0	50,0	0,0	19,1	21,3	59,6
En los cambios de turno no se pierde información sobre la atención que ha recibido el paciente.	11,1	33,3	55,6	50,0	50,0	0,0	15,2	30,4	54,3
Cuando los trabajadores ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	0,0	22,2	77,8	0,0	100,0	0,0	14,6	27,1	58,3
Cuando se notifica algún incidente, se nos informa qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	0,0	12,5	87,5	0,0	0,0	100,0	18,8	16,7	64,6
Se informa al área en la que laboro, los errores que ocurren en la prestación del servicio.	0,0	22,2	77,8	0,0	50,0	50,0	16,3	14,3	69,4
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	11,1	0,0	88,9	0,0	50,0	50,0	10,2	14,3	75,5
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	12,5	12,5	75,0	0,0	100,0	0,0	10,6	17,0	72,3
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	0,0	22,2	77,8	0,0	100,0	0,0	10,4	14,6	75,0
TOTAL PROMEDIO	4,2	15,4	80,4	9,1	50,0	40,9	12,5	19,8	67,7

Fuente: Elaboración propia

El aspecto que genera la mayor satisfacción es el referido a que en la institución se puede opinar libremente y sin temor a represalias, sobre la seguridad del paciente (90% del total de la muestra), hecho consistente con hallazgos previos sobre la comunicación en general en las entidades estudiadas y acerca de la disposición de directivos y jefes inmediatos, que como ya se ha expresado, constituye una fortaleza. En los demás casos, no hay una postura afín entre los diferentes niveles.

Por ejemplo, en el nivel estratégico se observa una satisfacción superior cercana al 90% en torno a la disposición de los compañeros de trabajo, jefes y directivos a escuchar, conversar y compartir información acerca de la seguridad del paciente, o que cuando se notifica algún incidente, se les informa qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo y porque se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. En esos temas, el nivel operativo supera ligeramente el 70% en promedio y el táctico alcanza el 66%. La brecha en la efectividad de la comunicación y la frecuencia con la que las actuaciones mencionadas se presentan, es amplia y necesita ser cubierta, más allá que la mayoría de los trabajadores esté concentrada en el lado positivo, ¿O acaso el que casi 4 empleados de los niveles de mayor contacto con el cliente no estén satisfechos sobre el particular no ameritan una intervención pronta y efectiva?

En el nivel táctico la satisfacción más alta (75% en promedio) está en que los compañeros de trabajo, jefes y directivos están dispuestos a escuchar, conversar y compartir información acerca de la seguridad del paciente y en que se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente junto con los que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haberlo dañado. En el nivel estratégico la satisfacción es mayor (85%), pero desciende al 33% en el táctico. Siendo este último nivel el que enlaza los otros dos, la menor frecuencia identificada constituye un ruido para la comunicación que debe ser controlado mediante el cierre de las brechas identificadas. De otra forma se tenderá a la ruptura o distanciamiento entre la concepción, el modelo, la cultura y los resultados esperados de la entidad y la operación cotidiana que ha de respetarlos y hacer posible su logro.

Al comparar los tres niveles, el táctico es el menos satisfecho en los aspectos de la comunicación abordados desde la seguridad del paciente, al punto que ninguno de los que en él laboran están satisfechos con un buen número de aspectos consultados: Que no se pierda información de los pacientes cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra (o); que en los cambios de turno no se pierda información sobre la atención que ha recibido el paciente; que cuando los trabajadores ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, pueda hablar de ello con total libertad; que se notifiquen

los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente y que se notifican aquellos que no han tenido consecuencias adversas, aunque podrían haber dañado al paciente.

De nuevo se infiere que, dada su posición y la naturaleza de la labor, el trabajador del nivel táctico requiere estar informado de los eventos e incidentes que se produzcan en torno a la seguridad del paciente y han de ser quienes coordinen la información y el registro pertinente de lo que ocurre con ellos ante cambios de turnos o de unidad o servicio, por razones básicas de control y aseguramiento de la calidad. Por tanto, si la frecuencia en que ello se da no es alta, aumenta la posibilidad de no poder identificar, valorar e intervenir efectivamente los riesgos de seguridad del paciente. Lo mismo es aplicable a la falta de notificación de los errores que pudieran causar daño al paciente. Por su parte, en el nivel operativo más del 40% no está satisfecho con las pérdidas de información a las que se ha hecho referencia y en igual proporción al nivel estratégico cuando se dan por cambios de turno.

Aunque en general la comunicación ligada a la seguridad del paciente se percibe, al menos en su mayoría con un nivel entre bueno y aceptable, al detallarse por asuntos específicos y niveles organizativos, la perspectiva cambia ante la identificación de brechas amplias que de no cerrarse le restarán efectividad, a pesar de partir del reconocimiento que la institución brinda información clara, veraz y oportuna sobre sus procesos y los resultados alcanzados en la seguridad del paciente, que cuenta con un promedio de satisfacción del 82%.

Aprendizaje organizacional

Dentro del ciclo de calidad en salud el aprendizaje organizacional revela los resultados de la gestión, siendo el proceso de retención y transferencia de las habilidades, conocimientos y buenas prácticas dentro de la organización. La Tabla 24 muestra que un rasgo destacado de las instituciones objeto de estudio en lo referido a la cultura de seguridad, centrada en el intercambio del conocimiento y el aprendizaje sobre los errores o fallos en tanto en la mayoría de los casos se observan resultados satisfactorios (69% en promedio); no obstante, es pertinente resaltar que el nivel operativo se ubica por debajo del promedio mientras los dos restantes lo superan.

Tabla 24. Aprendizaje organizacional. (%)

ASPECTOS	Nivel Estratégico			Nivel Táctico			Nivel Operativo		
	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho
La institución realiza actividades de formación dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	0,0	22,2	77,8	0,0	50,0	50,0	10,0	24,0	66,0
El aprendizaje de los fallos en la atención al paciente se utiliza para evitar que ocurran de nuevo.	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0	8,0	18,0	74,0
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	0,0	22,2	77,8	0,0	0,0	100,0	10,2	30,6	59,2
El trabajador no teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta en la seguridad del paciente.	22,2	44,4	33,3	0,0	50,0	50,0	20,4	36,7	42,9
En el área donde laboro se discute de qué manera se puede evitar que un incidente o evento adverso vuelva a ocurrir.	0,0	22,2	77,8	0,0	0,0	100,0	10,2	34,7	55,1
Las acciones de formación en seguridad del paciente cuentan con la participación de todo el trabajadores	0,0	0,0	100,0	0,0	50,0	50,0	8,0	26,0	66,0
TOTAL PROMEDIO	3,7	24,1	72,2	0,0	25,0	75,0	11,1	28,3	60,5

Fuente: Elaboración propia

Si se tiene en cuenta que el aprendizaje es el proceso por el cual el ser humano, individual y colectivamente adquiere y/o desarrolla conocimientos, habilidades y actitudes a partir de lo cual modifica su conducta para decidir y actuar de forma más inteligente, la ausencia de elevados niveles de satisfacción y con ello de una mayor frecuencia del mismo, indicará, simultáneamente, la disminución de oportunidades de crecimiento trabajadores y de mejora institucional.

Debido a ello, se juzga como una debilidad el que menos del 60% de los trabajadores del nivel táctico estén satisfechos con la evaluación realizada para comprobar la efectividad de los cambios efectuados para mejorar la seguridad del paciente y con la discusión en sus áreas de trabajo acerca de la manera en que se puede evitar que un incidente o evento adverso vuelva a ocurrir. Peor aún, con que solo el 43% lo esté con que el personal no tema hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta en la seguridad del paciente, aspecto en el que el nivel estratégico se ubica en un 33% y el táctico en un 50%, siendo el de peor percepción entre los indagados.

En la práctica, lo anterior deviene en que se actúa distinto sin validar si es mejor o conveniente y que falta más apertura y discusión sobre cómo evitar la recurrencia de actuaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente. Sin embargo, todos en el nivel táctico y casi el 80% en el estratégico consideran que sí se evalúan los cambios, contraste que lleva a pensar que, en lugar que no ocurra con frecuencia, más bien no se les comunique a quienes laboran a nivel operativo, los resultados de la evaluación efectuada, lo cual permitiría ganar en confianza y claridad. Comentario similar cabe con relación a la discusión en las áreas de trabajo previamente referida.

Siete de cada diez personas en el nivel táctico consideran que la experiencia sobre los fallos ocurridos en la atención del paciente evita que ocurran nuevamente, siendo este aspecto el mejor calificado en concordancia con las acciones de formación propiciada por la institución y respaldadas por la participación del trabajadores que presentan índices aceptables ya que en promedio el 65% del trabajadores reconoce que la institución realiza con bastante frecuencia actividades de formación dirigidas a mejorar la seguridad del paciente que cuentan con la participación de todos los trabajadores (72%).

8.3 SOCIACIÓN ENTRE EL CLIMA ORGANIZACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los resultados encontrados establecen la asociación entre las variables del clima organizacional y la percepción del nivel de seguridad del paciente en las instituciones objeto de estudio. A efectos de determinar la asociación estadística (chi cuadrado), se llevó a cabo un análisis de tipo bivariado con la totalidad de los aspectos del clima organizacional indagados con una calificación de insatisfactorio, aceptable y satisfactorio y la calificación dada por los trabajadores a la seguridad del paciente en bajo, medio y alto. Es pertinente destacar que, tanto para los servicios indagados como para las entidades globalmente consideradas, la calificación obtenida da cuenta de un nivel aceptable (promedio de 3.7).

Los resultados que a continuación se presentan indican que existen asociaciones positivas entre algunos aspectos del clima organizacional y la seguridad del paciente, algunas de ellas

altamente significativas. Tal situación soporta el planteamiento desarrollado en este estudio según el cual entre mejor es el clima organizacional, mejor lo es la seguridad del paciente, con el valor agregado de identificar los aspectos que, en cada variable contemplada del clima organizacional, tienen alta incidencia en la seguridad del paciente (chi cuadrado inferior a 0.05). A tal fin, se procede a examinar dicha relación de manera individualizada, es decir, a partir de las variables del clima organizacional consideradas en el estudio:

Relaciones con compañeros, jefes y entre unidades o áreas

Los resultados de la Tabla 25 muestran una asociación existente entre las relaciones con compañeros, jefes, unidades o áreas y la seguridad del paciente, que es positiva y estadísticamente significativa (entre más alta sea una, más alta será la otra, o viceversa, si una disminuye, la otra también), por lo que entre más satisfechos estén los empleados con la cooperación y respeto existente entre los compañeros de área, mejor ha de ser la seguridad del paciente.

Tabla 25. Asociación entre la variable relaciones y la seguridad del paciente.

ASPECTOS	X ²
Las relaciones entre los empleados del área son de cooperación y respeto	0,001
Las diferentes unidades de la institución cooperan entre ellas para garantizar la seguridad del paciente	0,014
En la institución se trabaja en equipo para alcanzar un alto desempeño y lograr los objetivos misionales	0,033
En el área donde labora se trabaja en equipo para lograr un alto desempeño y alcanzar los objetivos del servicio	0,004
Mi jefe inmediato trata a sus colaboradores con respeto, dignidad y aprecio	0,000
Mi jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	0,044

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta que el sector salud tiene circunstancias particulares debido al número de usuarios por profesional y consecuentemente a que los pacientes pueden permanecer más de las horas laboradas por el profesional, es de vital importancia las buenas relaciones en los servicios que ayuden a evitar que la información del paciente no se pierda en cambios de turnos, unidades o servicios y porque para la debida prestación del servicio se requiere de la coordinación y del complemento entre ellos, en tanto una sola persona no es

la encargada de efectuar todos los procesos que implica (diagnóstico, intervención, trámites para la atención, entre otros)

En coherencia con el anterior comentario, el aspecto de trabajo en equipo contempla la ayuda en la carga laboral, el compartir información vital y la cooperación para integrar y garantizar el óptimo desarrollo de las actividades propias del servicio, por lo que una mayor frecuencia de trabajo colaborativo o en red influye directa y positivamente en la seguridad del paciente (Tabla 25).

Esta conexión no es de extrañar, pues las instituciones requieren trabajar en equipo en todos los niveles para el desarrollo de los objetivos organizaciones y maximizar la aplicación de recursos, apoyarse en el cumplimiento de políticas, normas y directrices, en este caso relativas a la seguridad del paciente. Estas relaciones deben sustentarse a partir del trato respetuoso y digno por parte de los jefes inmediatos, de esta manera estará más dispuesto está el personal a cuidar la seguridad del paciente en el marco de una atención centrada en el usuario y en la que se incorpora la calidez.

Liderazgo

Como la seguridad del paciente es uno de los objetivos primordiales a nivel mundial en las instituciones de la salud, los trabajadores requieren de la confianza de los directivos para desplegar todo su potencial con seguridad, sintiéndose empoderados y respaldados (Tabla 26)

Tabla 26. Asociación entre la variable liderazgo y la seguridad del paciente.

ASPECTOS	X ²
Confío en la capacidad que tienen los directivos de la entidad para gestionarla y alcanzar resultados	0,000
Confío en la capacidad que tiene mi jefe inmediato para gestionar su servicio/unidad y alcanzar resultados	0,041
Los directivos deciden y actúan de forma coherente con el direccionamiento estratégico de la institución y la seguridad del paciente	0,038
El jefe del área donde laboro articula la gestión de la misma con el direccionamiento estratégico de la institución y la seguridad del paciente	0,029
Los directivos de la institución muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	0,006

Fuente: Elaboración propia.

La confianza que los directivos depositen en sus empleados los empodera e inicia la autogestión y regulación, dos factores importantes en el sector debido a que las decisiones que se toman en todos los niveles repercuten en la salud o complicación de un usuario. Asimismo, optimiza el uso de recursos y favorecimiento de iniciativas, por lo que se gana en eficiencia y se favorece la eficacia en la atención, en lugar de la dependencia y concentración de las decisiones y actuaciones en una o pocas personas.

Condiciones de trabajo

La Tabla 27 muestra que la disponibilidad de recursos es un factor importante en la seguridad del paciente, puesto que si las personas y equipos de trabajo no poseen las condiciones e insumos mínimos para realizar su trabajo de un modo adecuado, aséptico y bio-seguro, se atenta contra la atención segura, a pesar incluso de los esfuerzos que se realicen por garantizarla.

Tabla 27. Asociación entre la variable condiciones de trabajo y la seguridad del paciente.

ASPECTOS	X ²
La jornada de trabajo es adecuada (duración, turnos, horarios)	0,053
Considero que en esta entidad hay estabilidad laboral	0,017
Cuento con los recursos necesarios para cumplir a cabalidad con mis funciones y responsabilidades en torno a la seguridad del paciente (dispositivos e insumos, presupuesto e información)	0,000

Fuente: Elaboración propia.

El aspecto de las condiciones laborales más representativo es respecto a los recursos necesarios en la correcta prestación del servicio en tanto la carencia de dispositivos, información o elementos para el desarrollo laboral limita o impide el debido aprovechamiento de los conocimientos, habilidades y actitudes del personal en pro de la seguridad del paciente, pues no se trata de lo que se desea hacer, sino de contar con los recursos suficientes, disponibles en el momento oportuno y con la calidad requerida para no poner en riesgo al paciente.

Llama la atención los aspectos relacionados con la jornada de trabajo y estabilidad laboral, cuyas condiciones influyen en el correcto funcionamiento de las organizaciones y al igual que lo expuesto en capítulos anteriores, muestra una asociación significativa con la

seguridad del paciente de la que se infiere que turnos extensos producen agotamiento en el personal y aumenta el riesgo de ocurrencia de eventos adversos de seguridad.

Motivación

En la Tabla 28 puede observarse que los trabajadores con sentido de pertenencia institucional (identidades con la misión, visión, valores y objetivos) y el conservar el principio de lealtad hacia esta y los usuarios crean un ambiente apropiado y de mayor calidad dentro de la atención segura.

Tabla 28. Asociación entre la variable motivación y la seguridad del paciente.

ASPECTOS	X ²
Quienes trabajan aquí se sienten identificados con la misión, visión, valores y objetivos de la institución sobretodo en torno a la seguridad del paciente	0,011
Los empleados de la entidad son leales a ésta y a sus usuarios	0,016

Fuente: Elaboración propia.

Ello ocurre ante la existencia de políticas, directrices, normas y, en general, un conjunto de aspectos que promueven la seguridad del paciente y que están arraigados en la cultura de las organizaciones estudiadas, de manera que se valora el actuar en el marco de la prestación de un servicio de salud que minimice o elimine los riesgos.

Comunicación

En la gestión de las entidades de salud la elaboración, presentación y utilización de registros e informes es crucial para el control y el ajuste, en función de la mejora de las decisiones y actuaciones futuras. Como se aprecia en la Tabla 29, existe una relación significativa y positiva de este aspecto con la seguridad del paciente.

Tabla 29. Asociación entre la variable comunicación y la seguridad del paciente.

ASPECTOS	X ²
La institución comunica y hace comprensibles a los empleados su misión, visión, estrategias, políticas, valores y objetivos con relación a la seguridad del paciente	0,050
La institución elabora informes soportados en registros de las actuaciones realizadas e información verificable	0,006

Fuente: Elaboración propia.

La seguridad del paciente requiere de seguimiento y registros de fallos e incidentes con el fin de mejorar la gestión del riesgo y aprender de los errores. Cuando las instituciones registran y realizan seguimientos rigurosos y verídicos, poseen una mayor percepción e información de la seguridad del paciente y establecen un escenario en el que con certeza se provee un insumo crítico para el conocimiento y, por tanto, para un comportamiento inteligente orientado a minimizar los riesgos en la seguridad del paciente, por ejemplo, al evitar la repetición de errores o su ocurrencia al corregir aquello que genera incidentes.

Aprendizaje Organizacional

Varios de los aspectos contemplados en el aprendizaje organizacional tienen asociación con la seguridad del paciente (Tabla 30. Asociación Aprendizaje organizacional y seguridad del paciente Tabla 30), por lo que la realización de actividades formativas en dicha temática junto con el uso de lo aprendido de los errores al respecto para evitar su recurrencia entre los cuales destacan, es de gran importancia, no solo por la incorporación del ‘know-how’ y el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, sino porque lo que se aprende permite modificar el comportamiento y optimizar el desempeño sobre el particular, tanto a nivel individual como grupal y organizativo.

Tabla 30. Asociación Aprendizaje organizacional y seguridad del paciente

ASPECTOS	X ²
La institución realiza actividades de formación dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	0,000
El aprendizaje de los fallos en la atención al paciente se utiliza para evitar que ocurran de nuevo	0,000
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	0,011
En el área donde laboro se discute de qué manera se puede evitar que un incidente o evento adverso vuelva a ocurrir	0,048

Fuente: Elaboración propia.

Es de señalar la importancia que representa el que no solo se produzcan ajustes en el comportamiento a partir de lo aprendido en ambientes formales (acciones formativas) y no formales (experiencia - error), así como al discutir la manera en que se puede evitar que un incidente o evento adverso vuelva a ocurrir, todo ello complementado con la acertado

proceder mediante el cual se evalúa la efectividad de los cambios implementados en pro de mejorar la seguridad del paciente y, de ser necesario, ajustar de nuevo hasta optimizar.

Tras el recorrido efectuado, se evidencia que la totalidad de las dimensiones del clima organizacional tienen una directa y significativa asociación con la seguridad del paciente, que, según lo expresado, se concentra en aspectos específicos que las entidades pueden y deben gestionar, acorde con el propósito, naturaleza y alcance del servicio que prestan.

8.4 ASOCIACIÓN DE PALABRAS

Los resultados que a continuación se presentan son producto de las entrevistas llevadas a cabo bajo la metodología de asociación de palabras, que comienza por realizar una serie de preguntas alrededor del tema de investigación, permitiendo conocer las primeras cinco palabras que vinculan los trabajadores de las instituciones con respecto al clima organizacional, la seguridad del paciente y la relación entre ambas variables, para luego indagar por qué consideran que existe tal vínculo o asociación.

Estas palabras se codificaron según las dimensiones a las que pertenecen y se presentan en el orden en que fueron expresadas por los trabajadores, de esta manera se puede establecer la importancia dada a cada una de ellas

Relacionadas con el clima organizacional

La Tabla 31 muestra el orden en que los entrevistados mencionaron las palabras, agrupadas según la dimensión del clima organizacional al que hacen referencia; es decir, bajo la columna denominada d1 se ubican las que dijeron en primer lugar y bajo la columna denominada 5 las que expresaron al final, en cada uno de los casos, totalizando cuántos de ellos hicieron referencia a la dimensión específica que se señala en la primera columna de la tabla. En mayor número y en los primeros lugares, los trabajadores relacionaron el clima con palabras de la dimensión relaciones haciendo alusión a la confianza, el apoyo, el equipo de trabajo, las relaciones y el respeto, seguidas de la dimensión motivación cuyo número fue aumentado respecto a las demás dimensiones a partir de las dadas en tercer lugar y las siguientes, refiriéndose a igualdad, motivación y pertenencia.

Tabla 31. Palabras asociadas con el clima organizacional.

DIMENSIONES	NIVEL					TOTAL
	1	2	3	4	5	
Aprendizaje Organizacional					1	1
Comunicación	2			1	1	4
Condiciones de trabajo				1		1
Liderazgo		2	2		1	5
Motivación	2	1	3	4	4	14
Relaciones	5	6	4	1	2	18

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión relaciones se define el trabajo en equipo cuando en “la institución cada uno desempeña unas funciones de acuerdo a su profesión u oficio, cada uno de ellas van encaminada a un mismo objetivo, en el cual todos dependemos de todos para el desarrollo de los objetivos corporativos de la institución” (Entrevistado 4) resaltando el vínculo que tiene el trabajo coordinado y complementario entre los distintos cargos para el buen clima organizacional y fundamentado en el compañerismo, respeto y tolerancia.

Asimismo, otra palabra fundamental que surge en esta dimensión es el apoyo, ya que “se necesita del apoyo de todos para trabajar adecuadamente” (Entrevistado 1), teniendo en cuenta que se requiere de la colaboración de los compañeros para un buen desarrollo del clima organizacional.

Dentro de la dimensión motivación, se encuentra la pertenencia, como lo indican los entrevistados: “importante el interés de los trabajadores por la institución y compañeros, esto mejora el clima organizacional” (Entrevistado 2), “mi trabajo lo debo realizar con agrado de una manera correcta, pensando siempre en el equipo y no de manera individual, debo apropiarme de mi trabajo y hacerlo con ética, queriendo lo que hago y no viéndolo como una imposición u obligación sino como algo que me va ayudar a crecer cada día más como profesional” (Entrevistado 4), siendo coherentes estas palabras con los niveles de satisfacción altos en cuanto al clima organizacional de la institución en el apartado cuantitativo.

Igualmente surgió la palabra reconocimiento como lo expresa un trabajador: “cuando se valora y se le hace reconocimiento al trabajador por su labor, se siente más motivado” (Entrevistado 8), lo cual muestra la importancia de los incentivos en el trabajo y la consideración en el trato para un buen clima organizacional.

Relacionadas con la seguridad del paciente

Las dimensiones que resaltan cuando se indaga por la seguridad del paciente están relacionadas con la comunicación y las relaciones, en su orden, como se observa en la Tabla 32, con seis repuestas para la comunicación, en su gran mayoría ubicadas en las primeras que fueron mencionadas, seguida de las relaciones, cuya mención emerge de la mitad hacia el final de las palabras expresadas.

Tabla 32. Palabras asociadas con la seguridad del paciente.

DIMENSIONES	NIVEL					TOTAL
	1	2	3	4	5	
Aprendizaje Organizacional		1			1	2
Comunicación	3	2		1		6
Condiciones de trabajo		1				1
Liderazgo	1	1				2
Relaciones		1	2	1	1	5

Fuente: Elaboración propia.

Las palabras más dominantes encontradas en la dimensión comunicación se refieren a la información y a la comunicación propiamente dicha, esta última como lo indican unos entrevistados “es indispensable la comunicación asertiva entre el equipo de trabajo, paciente y su familia, para poder estar todos en pro del bienestar del paciente” (Entrevistado 6) y “la comunicación evita eventos adversos e incidentes” (Entrevistado 9), demostrando que referente a la seguridad del paciente, los trabajadores han entendido que los medios de comunicación y la forma de dar y recibir información influyen a la hora de evitar un evento de seguridad.

Referente a la dimensión relaciones, la palabra que los trabajadores asocian con la seguridad del paciente en mayor medida es el cuidado entendida como “la seguridad del

paciente requiere del cuidado de todos y cada uno de los actores que hacen parte del sector de la salud” (Entrevistado 3).

Relacionadas con el clima organizacional y la seguridad del paciente

Las palabras que los entrevistados vinculan al relacionar el clima organizacional y la seguridad del paciente, son agrupadas en mayor porcentaje en las dimensiones comunicación, motivación y relaciones.

La Tabla 33 muestra el número de palabras asociadas según el orden en que fueron expresadas, en donde sobresale la dimensión relaciones con un total de 12 palabras, el valor más alto de la tabla, confirmando que dicha dimensión está asociada con las dos variables de esta investigación (clima y seguridad), particularmente en lo que respecta a la confianza, el trabajo en equipo, el respeto y la colaboración.

Tabla 33. Palabras asociadas con el clima organizacional y la seguridad del paciente.

DIMENSIONES	NIVEL					TOTAL
	1	2	3	4	5	
Aprendizaje Organizacional					1	1
Comunicación	1	1	3	1	2	8
Condiciones de trabajo		2	1		1	4
Liderazgo	1		1		1	3
Motivación	2	2	2	3	1	10
Relaciones	4	2	2	4		12

Fuente: Elaboración propia.

Cuando se indaga por una palabra asociada con las dos variables dentro de la dimensión relaciones, se observa que: “a un buen equipo mejor clima organizacional, buenas estrategias para la seguridad del paciente” (Entrevistado 9), “los compañeros de trabajo se preocupan por las personas que trabajan en la empresa y por los usuarios y cuando el turno esta duro se quedan apoyando” (Entrevistado 1). A ello se ha de sumar la colaboración, en un marco solidario, pues “somos seres sociables y requerimos de los demás para poder cumplir nuestros objetivo o en caso de requerir ayuda necesitamos de los demás para que nos ayuden a salir adelante ante las situaciones que se pueden presentar en la vida” (Entrevistado 4). Se resalta entonces, la importancia de las buenas relaciones en el comportamiento laboral y su influencia en pro de instituciones seguras.

En el segundo lugar de las dimensiones que los entrevistados asocian con el clima y la seguridad del paciente, se encuentra la motivación con 10 respuestas, seguida por la comunicación con 8. En torno a la motivación, se hizo referencia a la pertenencia al considerar que el “tener sentido de pertenencia por la entidad donde se labora, genera un desempeño efectivo de las metas establecidas” (Entrevistado 3) y al compromiso, porque “el trabajo y el cuidado del paciente debe ser la prioridad en el quehacer diario de la institución, el cual debe ser realizado con responsabilidad y entrega” (Entrevistado 4), siendo un aspecto clave cuando se habla de buen clima y seguridad, pues el sentirse identificado con la misión y visión institucional contribuye a un mejor trabajo en pro de la seguridad del paciente.

En la dimensión comunicación, manifestaron que es “la clave para evitar trastornos tanto en clima organizacional como en seguridad del paciente, a través de una buena entrega de turno” (Entrevistado 6) o la “buena comunicación mejor ambiente laboral y buenas prácticas” (Entrevistado 9), representa un factor relevante para el buen trato entre los compañeros y a su vez el envío de información precisa evita la ocurrencia de errores en salud.

Cabe resaltar que, aunque las demás dimensiones contempladas en el estudio para dar cuenta de la relación abordada surgieron en menor número, también fueron mencionadas, por lo que el panorama general, al igual que lo ocurrido en el apartado cuantitativo del estudio, muestra que existen relaciones entre las dimensiones del clima organizacional y la seguridad del paciente, por lo que han de ser objeto de intervención por las instituciones en pro del mejoramiento continuo.

9 DISCUSIÓN

Referente al clima organizacional los resultados encontrados en este estudio frente a los aspectos como las relaciones y el trabajo en equipo son satisfactorio entre la misma área de trabajo (70%), mientras que el porcentaje cuando se habla entre distintas dependencias es más bajo (40%), similar a lo encontrado en el estudio de Alvarez-Amontoya (17) con 68% de satisfacción en el trabajo en equipo entre la misma dependencia y un 32% en las relaciones entre las dependencias.

En un estudios departamental efectuado en una en institución de salud de primer nivel se percibió el clima laboral como no óptimo, el cual consideran inflexible e intranquilo, siendo la dimensión liderazgo de procesos la variable con mayores deficiencias, percibiendo una atmosfera laboral incierta, caracterizada por la falta de motivación, trabajo en equipo, sentido de partencia y liderazgo (19), en concordancia con lo encontrado en el estudio hecho por López-Cordoba et al (20) donde se destacaron problemas particulares en la dimensión liderazgo. Estos dos estudios se alejan de la percepción encontrada en esta investigación en las instituciones de mediana complejidad, el cual mostro un clima organizacional aceptable y satisfactorio en varios aspectos de sus dimensiones.

Lo indagado sobre la seguridad del paciente muestra que la percepción es aceptable observando valores altos frente al conocimiento global de las políticas, procedimientos alrededor de procesos seguros, los cuales de igual manera se ven reflejados en el estudio de análisis de la implementación de la política de seguridad del paciente realizado por Restrepo-Vásquez, et al (28), que mostró que más del 70% de los participantes conocen las políticas de seguridad del paciente, herramienta básica institucional para generar cultura de seguridad y establecer un entorno seguro de la atención en salud.

El estudio realizado por Velez-Bermudez (29) halló en sus resultados que el talento humano, las tecnologías de la información y la sostenibilidad financiera del sistema, son aspectos fundamentales para la consecución de clínicas y hospitales seguros y enfocar los esfuerzos en la humanización de la atención no solo con el paciente sino también con el

personal de la salud, siendo esta última una de las dimensiones que emergió de la investigación realizada, muy cercana a las relaciones interpersonales, la cual presenta un grado de satisfacción alto cuando se percibe una buena seguridad del paciente.

Otro estudio similar en la región indagó sobre aspectos de la cultura de seguridad del paciente y en los resultados obtenidos resalta que el 91 % de los encuestados piensa que los directivos toman medidas necesarias en pro de la seguridad de los pacientes, y que los directivos están comprometidos en el tema de seguridad del paciente, observándose tal circunstancia en la plataforma y en los objetivos estratégicos institucionales (30), similar a lo encontrado en esta investigación, en la que 7 de cada 10 trabajadoras en la dimensión liderazgo se encuentran satisfechos con los aspectos indagados.

El análisis de la relación entre las dimensiones del clima organizacional y la seguridad del paciente permite a las instituciones de salud identificar variables claves para el mejoramiento de la calidad de vida laboral (calidad para el cliente interno) y calidad en el servicio (calidad en cliente externo), esto debido a la influencia directa que tienen diferentes aspectos del clima organizacional en la seguridad del paciente.

Los resultados encontrados coinciden con el estudio realizado por Alvarado-Gallardo, en el que se determinó, mediante correlaciones estadísticamente significativas, que ciertos aspectos del clima organizacional (Comunicación, ambiente y condiciones, remuneración) influyen en la cultura de la seguridad del paciente, por lo que las instituciones de salud deben apostar al trabajo en los aspectos del clima que pueden contribuir al logro de instituciones seguras y con altos niveles de calidad en salud (13)

En tal sentido, se ha encontrado semejanza con las investigaciones realizadas por López-Valencia DM y Torres V M, Torres L M, et al., quienes hallaron que la cultura de seguridad del paciente se ve influenciada por variables del clima organizacional, entre las más importantes el sentido de pertenencia, la estabilidad y las relaciones interpersonales, esta última, identificada en este estudio tanto en la parte cualitativa como cualitativa como determinante en el clima organizacional y la seguridad del paciente. (12, 79)

Se ha de reflexionar sobre los aspectos del clima organizacional que son de gran importancia desde el contexto de la seguridad de los pacientes, tales como la detección, información y reporte de eventos de seguridad (eventos adversos e incidentes) en el proceso de atención. En este sentido, la manifestación de los trabajadores frente al temor por buscar culpables cuando se comete algún error o que éste sea utilizado en su contra, es una condición negativa que no solo altera el clima laboral, si no la seguridad de los pacientes

Al respecto, en el estudio efectuado por Merino-Plazza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castello MR, et al (83), preocupa el hallazgo que el 51,8% de los participantes sientan que en su área de trabajo es difícil hablar abiertamente si perciben algún problema con el cuidado al paciente, por los efectos negativos que ello implica para el clima organizacional y para dicha seguridad. Por eso es muy positivo lo encontrado en este proyecto, pues en temas de seguridad del paciente más del 90% considera que puede opinar libremente, sin temor a represalias.

En esta investigación se estableció una asociación estadísticamente significativa entre aspectos como la cooperación y respecto a los empleados, el trabajo en equipo para alcanzar objetivos y el trato respetuoso de los jefes inmediatos a los empleados, aspectos de la dimensión relaciones que afectan la satisfacción y el compromiso para una atención segura, resultados igualmente destacados por Peña-Viveros R, et al. (1)

Al continuar la revisión de la literatura especializada, estudios realizados por Escobar-Aguilar G, Gomez-Garcia T, Ignacio-Garcia y colaboradores (3), resaltan el liderazgo como variable directamente relacionada con la seguridad del paciente, lo cual es corroborado por la asociación altamente significativa encontrada en esta investigación entre la confianza en los directivos de la entidad para gestionar y alcanzar resultados y la seguridad del paciente, que es uno de los propósitos esenciales de las instituciones de salud.

En el caso del estudio realizado por Torres V M, Torres L M, Solís, los resultados indican que existen correlaciones significativas entre la disponibilidad de recursos y la cultura de seguridad del paciente, tal como se encontró en esta investigación entre la dimensión condiciones de trabajo y la seguridad del paciente ($P < 0,001$).

Los resultados generados en el estudio son congruentes con lo encontrado por Ramiez-Montaldo R, Castro-Bravo R, Nuñez-Mori IS, et al., cuyos hallazgos constataron la existencia de una relación significativa entre el clima laboral y la cultura de seguridad del paciente en variables como la autorrealización, el involucramiento laboral, la supervisión, la comunicación y las condiciones laborales, pues aunque en algunos casos la denominación dada a variables y aspectos difiera un poco entre ambos estudios, se apuntó a aspectos similares en todos los casos; por ejemplo, mientras en uno se llamó involucramiento laboral, en el otro se hizo referencia al compromiso y en lugar de autorrealización se optó por motivación, con la claridad de abordar, más allá de las denominaciones asignadas, aspectos comunes.

Lo hallado en la investigación efectuada acerca de las relaciones interpersonales también es corroborado por estudios como el llevado a cabo por Amorim-Rbeiro IC, Cunha KC, (82), en el que se concluye que para que exista un correcto nivel de seguridad del paciente es necesario un trato con respeto, armonía y dignidad por parte de los jefes inmediatos.

Los resultados del estudio realizado por Blanco-Bezerra, et al., mostraron mejor percepción de los dominios del clima evaluados (liderazgo, condiciones laborales y solución de conflictos) en el nivel operativo con el menor grado de insatisfacción, mientras que es mayor en los niveles superiores, muy relacionado con los hallazgos de este estudio, donde el nivel operativo es quien tiene índices más altos de insatisfacción frente a las condiciones laborales (83).

En definitiva, de forma consistente con la literatura y los estudios referidos en esta investigación, se puede afirmar que diversos aspectos de las dimensiones que componen el clima organizacional (liderazgo, relaciones interpersonales, comunicación, aprendizaje organizacional, condiciones de trabajo y motivación) tienen relación con la seguridad del paciente, proporcionando evidencia empírica específica al respecto, tanto desde el punto de vista cuantitativo, como cualitativo.

10 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este capítulo contiene las conclusiones derivadas del estudio realizado en función de los objetivos planteados para la investigación. También incluye un conjunto de recomendaciones dirigidas a las instituciones de salud y a la universidad y programa académico en el que fue desarrollada. Finalmente, da cuenta de las limitaciones encontradas.

10.1 CONCLUSIONES

Frente al primer objetivo específico “Identificar el estado del clima organizacional en los trabajadores involucrado en la atención en salud en instituciones públicas prestadoras de servicio de salud de mediana complejidad del departamento de Risaralda”, se concluye que el estado del clima organizacional es aceptable existiendo diferencias significativas entre los distintos niveles organizacionales (estratégico, táctico y operativo), donde el nivel operativo es el que presenta menor grado de satisfacción.

Frente a las fortalezas del clima organizacional, el nivel estratégico y el operativo consideran los aspectos de la comunicación con el mejor grado de satisfacción (81% y 72,7%), en tanto que para el nivel táctico los aspectos con mayor nivel de satisfacción son encontrados en la dimensión liderazgo (81,8%). En general, Para el nivel estratégico el estado del clima organizacional es cercano a bueno y en los otros dos niveles existe similitud en las buenas percepciones de las dimensiones liderazgo y comunicación.

Con respecto a las debilidades, es de resaltar que la percepción de los trabajadores referente los aspectos indagados en la dimensión motivación no fue la espera, donde en promedio 5 de cada 10 personas no se perciben que la institución brinde las herramientas para el mejoramiento de las capacidades laborales y personales, lo que injiere en la poca visualización a futuro en la organización y considerar buscar otras opciones laborales.

Con relación al segundo objetivo específico “Describir e interpretar las percepciones relacionadas con la seguridad del paciente en los trabajadores involucrado en la atención en

salud en instituciones públicas prestadoras de servicio de salud de mediana complejidad del departamento de Risaralda”, se concluye que existe una percepción aceptable que se incrementa levemente en el nivel táctico donde mejora la percepción global de la seguridad en la institución.

El análisis diferencial entre los niveles estratégico, táctico y operativo, respecto a la percepción de la Seguridad del Paciente, indica que existen diferencias en la percepción frente a los diversos aspectos que fueron contemplados, ubicándose los niveles de satisfacción más altos en el nivel estratégico en torno a las condiciones laborales, mientras que en el nivel táctico es el aprendizaje organizacional y en el operativo la comunicación, los aspectos que más influyen en una buena seguridad del paciente.

Sobre el tercer objetivo específico “Establecer las relaciones entre el clima organizacional y la seguridad del paciente en los trabajadores involucrado en la atención en salud en instituciones públicas prestadoras de servicio de salud de mediana complejidad del departamento de Risaralda”, se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre las dimensiones del clima organizacional y la seguridad del paciente, lo que implica que cuando uno de ellos mejora el otro también lo hace, o que si uno decrece, ocurre igual con el otro. Como se ha señalado en los resultados obtenidos, en cada dimensión del clima organizacional hay aspectos más asociados con la seguridad del paciente que otros, siendo este grado de detalle uno de los aportes del estudio llevado a cabo.

La dimensión relaciones tuvo la mayor figuración en la asociación de palabras, en particular en los siguientes aspectos: Las relaciones entre los empleados del área son de cooperación y respeto; En el área donde labora se trabaja en equipo para lograr un alto desempeño y alcanzar los objetivos del servicio; encontrado en la misma dimensión (relaciones) con los valores una asociación estadísticamente significativa podemos identificar esta como la de mayor influencia en la seguridad del paciente.

10.2 RECOMENDACIONES

Con el fin de mejorar el clima organizacional y la seguridad del paciente, se recomienda a las instituciones de salud, lo siguiente:

- Seguir trabajando, bajo criterios de monitoreo y mejora continua, en las diferentes dimensiones del clima organizacional asociadas a la seguridad del paciente con especial énfasis en el nivel operativo, con el fin de que aspectos relevantes del clima organizacional contribuyan a preservar dicha seguridad.
- Es importante diseñar un buen programa de capacitaciones que ayude al fortalecimiento de habilidades blandas, con el propósito de mejorar en todos los aspectos del clima organizacional que inciden en la seguridad del paciente.
- Se sugiere seguir evaluando el clima organizacional en las diferentes unidades permitiendo identificar los aspectos que alteran el clima y diseñar programas de mejoramiento partiendo de diagnósticos precisos y oportunos. Asimismo, incluir aspectos evaluados en el estudio dentro de las herramientas institucionales para la transformación cultural en pro de la seguridad del paciente.

A la Universidad Autónoma de Manizales y en particular al programa de Maestría en Gestión de la Calidad en Salud, se sugiere lo siguiente:

- Promover la realización de más investigaciones con respecto al tema propuesto en entidades de salud de diferentes niveles de complejidad y al mismo nivel en los demás departamentos del orden nacional con el propósito de contar con mayor evidencia empírica que permita dar cuenta de la situación real en torno al clima organizacional y la seguridad del paciente, incluso para orientar la política pública al respecto.
- Realizar este estudio en instituciones de salud de carácter privado, para proceder luego a efectuar comparaciones.

- Dar mayor despliegue al tema del clima organizacional en la malla curricular, dada la profunda y directa asociación que tiene con la seguridad del paciente. Ello permitirá que los estudiantes adquieran un conocimiento emergente con poca evidencia empírica en el contexto colombiano y, en consecuencia, tomar conciencia de la necesidad de trabajar en aspectos ligados al talento humano que influyen en la seguridad del paciente.

10.3 LIMITACIONES

En el desarrollo del proyecto se hizo evidente la dificultad para contar con el tiempo necesario y la disposición de algunas de las fuentes para la aplicación de los instrumentos, lo que ocasionó retrasos en la recolección de información durante el trabajo de campo.

Debido al tipo de estudio, el alcance de la investigación y la metodología contemplada, los resultados obtenidos con la investigación solo son válidos y aplicables a las instituciones que participaron en la misma. Debido a ello, no se pueden generalizar.

Es deseable, en pro del procesamiento de los datos y el análisis de correlaciones, contar con un mayor número de observaciones (encuestas) y de entrevistas que permitan un panorama más amplio para su interpretación.

11 REFERENCIAS

1. Peña-Viveros R, Hernández-Hernández DM, Vélez-Moreno AML, García-Sandoval MG, Reyes-Tellez MA, Ureña-Bogarin. EL. Clima organizacional de equipos directivos y su relación con los resultados en la atención a la salud. *Salud pública Méx.* 2015; 57(6): 528-536.
2. Kristensen S, Hammer A, Bartels P, Sunol R, Groene O, Thompson C, et al. Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care.* 2015; 23(6): 499-506.
3. Escobar-Aguilar G, Gomez-Garcia T, Ignacio-Garcia E, Rodriguez-Escobar J, Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparacion de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enfermeria Clinica.* 2013; 23(3): 103-113.
4. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 2002 octubre 288(16): 1987-1993.
5. Kirwan M, Matthews A. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *Internacional Journal of nursing studies.* 2013; 50: 253-263.
6. Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH. Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. *Am J Public Health.* 2002 Jul; 92(7): 1115-9.
7. Eklöf M, Törner M, Pousette A. Organizational and socialpsychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety: A critical incident study among doctors and nurses. *Safety science.* 2014 December; 70: 211-221.

8. Ridelberg M, Roback K, Nilsen P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. *BMC nursi*. 2014 Aug; 13: 23.
9. Katz-Navon T, Naved E, Stern Z. Safety climate in health care organizations: A multidimensional approach. *Academy of management journal*. 2005 Dec; 48(6): 1075-1089.
10. Rovithis M, Linardakis M, Merkouris A, Patiraki E, Vassilaki M, Philalithis A. Organizational culture among levels of health care services in Crete (Greece). *Appl Nurs Res*. 2017 Aug; 36:9-18.
11. Santiago TH, Turrini RN. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Feb; 49:123
12. Torres V M, Torres L M, Solís N R, Grajeda M A, Danielli R J, Coronel A E. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de salud de un hospital nacional de Lima. *Revista IIPSI Facultad de psicología UNMSM*. 2016; 19(1): 135-146
13. Alvarado-Gallardo CM. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de salud del centro médico naval. Tesis de magister: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima 2014
14. Greenslade JH, Jimmieson NL. Organizational factors impacting on patient satisfaction: A cross-sectional examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance. *International journal of nursing studies*. 2011 Oct; 48(10): 1188-1198.
15. Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen MA, De Geest S, Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50: 240–252

16. Aldana-Gonzalez OL, Hernandez-gonzales MS, guirre-Bautista DE, Hernández-Solózano S. Clima organizacional en una unidad de segundo nivel de atención. *Revista enfermería Inst Mex del seguro social*. 2009: 91-96.
17. Alvarez-Amontoya CA. Fortalecimiento de la identidad y el clima organizacional en la contraloría general de Risaralda. Universidad católica popular de Risaralda.
18. Ortiz-Sánchez AM. Factores de liderazgo transformacional que impactan el clima organizacional de la corporación batuta de Risaralda. Universidad tecnológica de Pereira. 2017
19. Carmona-Arias VM; Jaramillo-Correa EM. Estudio de clima organizacional en la E.S.E Hospital San Jorge de Pereira. Universidad tecnológica de Pereira. 2010
20. López-Córdoba AJ; Guerrero-Narváez AM; Gómez-López CM; et al. Clima y satisfacción laboral en los empleados de la corporación mi IPS de santa Rosa de Cabal, Risaralda y Chinchiná, Caldas. Universidad Católica de Manizales. 2017)
21. Flórez-Quiro A; Toledo-Rojas N; Ospina Nieto Y. Clima laboral y motivación impacto que tiene el clima laboral en la motivación que impera en los colaboradores de la planta IPS de la ciudad de Pereira-Risaralda
22. Olds DM, Aiken LH, Cimiotti JP, Lake ET. Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross sectional study. *International journal of nursing studies*. 2017 Sep; 74: 155-161.
23. Pisfil-Samane CS, Parraguez-Carrasco MB (dir). Clima laboral y su influencia en la calidad de atención al cliente en la universidad de lambayeque. Tesis. Universidad e lambayeque. 2017.
24. Töner M, Eklöf M, Larsman P, Pousette A. Säkerhetsklimat i vard och omsorg. Bakomliggande faktorer och betydelse för travajadoressäkerhet och patientsäkerhet. Göteborgs universitet. 2013.

25. Pousette A, Larsman P, Eklöf M, Törner M. The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare a multi-level investigation. *Journal of safety research*. 2017; 61: 187-198.
26. Lambrou P (Doctoral Student), Papastavrou E (Assistant Professor), Merkouris A (Associate Professor – Deputy Chair Acting Dean, School of Health Sciences), Middleton N (Assistant Professor). Professional environment and patient safety in emergency departments. *International Emergency Nursing*. 2015; 23: 150-155.
27. Brasaite I, Kaunonen M, Martinkenas A, Suominen T. Healthcare professional's knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2016: 30-50.
28. Restrepo-Vásquez A; Escobar-Montoya JI. Análisis de la implementación de la política de seguridad del paciente en la utilización de los medicamentos en dos instituciones de nivel I y II del departamento de Risaralda, Pereira. Universidad libre seccional. 2014
29. Velez-Bermudez CP. Política pública departamental de seguridad del paciente. Universidad tecnológica de Pereira. 2016
30. Cañas-Buitrago CL; Cancimanse DC; Erazo-Lema JC. Cultura de seguridad del paciente, hospital Santa Ana de Gúatica, Risaralda. Fundación Universitaria Área Andina. 2018
31. Guasarave FG; Rivas-López MY; Vallejo-Noguera N; Vargas-Ceron B. Seguridad del paciente en el servicio de hospitalización del hospital san José de Marsella, Risaralda. Fundación Universitaria Área Andina. 2018
32. Rodríguez-Reyes AJ; Ortega-Herrera LG. Indicadores en seguridad del paciente en Colombia. Universidad Santo Tomás. 2018
33. Mujica de González, M., Pérez de Maldonado, I., y Ontiveros, Y. Ajuste del indicador de gestión universitaria basado en el clima organizacional utilizando ecuaciones estructurales. *Revista EDUCARE* 2011; 15 (1): 3-28.

34. Koontz H, Weihrich H, Cannice M. Administración una perspectiva global y empresarial. 14 ed. Mexico DF: MC Graw hill; 2012.
35. Silva, M. El clima en las organizaciones: teoría método e intervención. Barcelona: PPU; 1992.
36. Lewin, K., Lippit, R. and White, R. Patterns of aggressive behavior in experimentally created «social climates». Journal of Social Psychology 1939; 10: 271–299.
37. Brunet, L. El clima de trabajo en las organizaciones: definición, diagnóstico y consecuencias. México: Trillas; 1992.
38. Singh, P., y Loncar, N. Antecedents of pay satisfaction in a unionized environment. Relations Industrielles/Industrial Relations 2010, 65 (3): 470-490.
39. Santana, P y Araujo, Y. Clima y cultura organizacional: ¿dos constructos para explicar un mismo fenómeno? En: Asociación Europea de Dirección y Economía de Empresa (comp). Decisiones basadas en el conocimiento y en papel social de la empresa. Mayorca: AEDEM. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2486886>
40. Koys, D. y Decotiis, T. Inductive measures of psychological climate. Human Relations, 44 (3): 265-285. 1991.
41. Álvarez, G. El constructo clima organizacional: concepto, teorías, investigaciones y resultados relevantes. Revista Interamericana de Psicología Ocupacional, 11 (1,2), 27-30. 1992.
42. Rodríguez, D. Diagnóstico Organizacional. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile. 2004.
43. Zohar, D. Y Luria, G. A multilevel model of safety climate: Cross-level relationship between organization and group-level climates. Journal of Applied Psychology, 90, 616-628, 2005.

44. Reinoso Alarcón, H. y Araneda Cea, B. Diseño y validación de un modelo de medición del clima organizacional basado en percepciones y expectativas. *Revista Ingeniería Industrial* 2007, 6 (1): 39-54.
45. Menezes, I. G. Y Gomes, A.C.P. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. *Psychology Review*, 16 (1), 158-179, 2010.
46. Franklin, E y Krieger, M. *Comportamiento Organizacional. Enfoque para América Latina*. México: Pearson, 2011.
47. Segredo, A.M. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (2), 385-393, 2003.
48. Morera Vargas, I., Ávila Artavia, A. y Zúñiga Arias, G. Aplicación de técnicas multivariadas en el análisis del Clima Organizacional de una Municipalidad en Costa Rica. *Revista Abra*, 36 (53): 1-21, 2016.
49. Moos, R.H. e Insel, P.M. *The Work Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1974.
50. Litwin, G. y Stinger, H. *Organizational Climate*. New York: Simon & Schuster; 1978.
51. Brunet, L. *El clima de trabajo en las organizaciones*. México: Trillas; 1987.
52. James, L. A. y James, L.R. Integrating work environment perceptions: explorations into the measurement of meaning. *Journal of Applied Psychology* 1989, 74 (5): 739-751.
53. Puente-Palacios, K. E. Abordagens teóricas e dimensões empíricas do conceito de clima organizacional. *Revista de Administração* 2002, 37 (3): 96-104.
54. Martins, M. C. F., Oliveira, B., Silva, C. F., Pereira, K. C. y Souza, M. R. Construção e validação de uma escala de medida de clima organizacional. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* 2004, 4 (1): 37-60.

55. Patterson, M., Warr, P. y West, M. Organizational climate and organizational productivity: the role of employee affect and employee level. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77: 193-216, 2004.
56. Patterson, M.G., West, M.A., Shackleton, VIV J., Dawson, J.F., Lawthom, R, Maitlis, S., Robinson, D.L. y Wallace, A.M. Validating the organizational climate measure: links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26: 379–408, 2005.
57. Santa Eulalia, J. y Sampedro, B. Clima organizacionales en instituciones de atención primaria en salud. *Revista Médica Electrónica*, 34 (5), 606-619, 2012.
58. Cardona Echeverri, D. y Zambrano Cruz, R. Revisión de instrumentos de evaluación de clima organizacional. *Estudios Gerenciales* 2014, 30: 184–189.
59. Bustamante-Ubilla, M., Grandón Avendaño, M. y Lapo Mazac, M. Caracterización del clima organizacional en hospitales de alta complejidad en Chile. *Estudios Gerenciales* 2015, 31: 432–440.
60. Cardona Echeverri, D. y Zambrano Cruz, R. Revisión de instrumentos de evaluación de clima organizacional. *Estudios Gerenciales*, 30: 184–189, 2014.
61. Gallo-Franco DM, Ruiz-cruz GL. Seguridad en la atención del paciente una herramienta fundamental de los servicios de salud. Universidad católica de manizales. 2014.
62. Gluck PA. Seguridad del paciente: Cierta avance y numerosos retos. *Revista obstetricians and gynecologists*. 2012; 120:1149-59.
63. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What exactly is patient safety? In: *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. AHRQ; 2008. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/. Retrieved January 25, 2012. En: Gluck.

- Seguridad del Paciente: Cierta Avance y Numerosos Retos. *Obstet Gynecol* 2012; 120:1149-59).
64. Vincent CA, Lee ACH, Hanna GB. Patient Safety alerts: a balance between evidence and action. *Archives of disease in childhood fetal and neonatal edition*. 2006; 91(5).
 65. World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2009. (WHO Technical Report).
 66. Ministerio de la Protección Social. Guía técnica, buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Dirección general de calidad de servicios, unidad sectorial de normalización. 2010.
 67. Organización Mundial de la Salud. Preamble a las soluciones para la seguridad del paciente. The joint commission international. 2017.
 68. Ministerio de Salud Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud. 2007.
 69. Ministerio de Salud Colombia. observatorio de la calidad de la atención en salud disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>. 2012.
 70. World Health Organization. Patient safety. Disponible en: www.who.int/patientsafety
 71. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991.
 72. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS.
 73. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751 de 2015. Ley Estatutaria de la Salud.
 74. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud.

75. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOGC.
76. Ministerio de la protección social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. 2008.
77. Ministerio de salud de Colombia. Análisis de la situación de salud ASIS Risaralda. 2018.
78. Abric, JC. “Metodología de recolección de las representaciones sociales”. En Abric J. C. (coordinador). Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán. pp. 53- 74. 2001
79. López-Valencia DM, Rios-Villegas SM, Vélez Escobar L. Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención Medellín 2008. Tesis de especialización. Universidad de Antioquia. 2008
80. Ramiez-Montaldo R, Castro-Bravo R, Nuñez-Mori IS, Villar-Carbajal E. Relación entre clima laboral y cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Herminio Valdizan de Huánuco 2017. Universidad DE Huánuco
81. Amorim-Rbeiro IC, Cunha KC. Evaluación del clima de seguridad del paciente en un hospital quirúrgico oftalmológico. Rev, de enfermería global. 2018 oct, 52: 316-322
82. Merino-Plazza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castello MR, Morro-Martin MD, Martinez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. Gaceta Sanitaria. Julio-agosto 2018. 32(4). 352-361.
83. Blanco-Bezerra T, Duarte-Valim M, Costa-Santos E, Dourado-Alves de Lima J, Cesar-Ribeiro A. Percepción del equipo de enfermería del clima de seguridad organizacional de un hospital público. Revista enfermería Global. Enero 2019. 53(1). 86-102.

12 ANEXOS

ANEXO 1. Caracterización de las variables.

Tabla 34. Caracterización de las variables.

DIMENSIÓN	VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	INDICADOR
SOCIODEMOGRÁFICAS	EDAD	Rango de edad, en años, en el que actualmente se encuentra	1. Menos de 30 2. Entre 31 y 40 3. Entre 41 y 50 4. 51 o más
	NIVEL EDUCATIVO	1. Máximo nivel educativo que ha alcanzado 2. Si actualmente se está formando, marque una X al frente del nivel respectivo	1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico 4. Tecnológico 5. Profesional 6. Especialista 7. Especialización Clín. Quirúrgico 8. Maestría 9. Doctorado 10. Postdoctorado
	SEXO	Sexo al que corresponde	1. Femenino 2. Masculino
	ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA	Rango de antigüedad, en años, que usted tiene en la empresa	1. Menos de 1 año 2. Entre 1 y 3 años 3. Entre 4 y 6 años 4. Entre 7 y 10 años 5. Entre 11 y 15 años 6. Entre 16 y 20 años 7. Entre 21 y 25 años 8. 26 o más años
	HORAS LABORADAS	Habitualmente cuál es el número de horas por usted laboradas	1. Turno/Día 2. Semanales 3. Otra, cual:
	NIVEL ORGANIZATIVO	En qué nivel organizativo se ubica su cargo	1. Estratégico 2. Táctico 3. Operativo
	TRABAJADORES EN EL QUE HACE PARTE	Usted forma parte del trabajadores	1. Asistencial 2. Administrativo 3. apoyo
	ÁREA EN LA QUE LABORA	Unidad/Servicio en el que labora	1. Urgencias 2. Hospitalización 3. Administrativa

	DISTRIBUCIÓN DE HORAS EN UNA SEMANA	Si usted es trabajadores asistencial, especifique la distribución de dichas horas en una semana promedio de trabajo (continuas o discontinuas y tenga en cuenta la disponibilidad)	
	POSICIÓN LABORAL	Posición laboral en su servicio (cargo o rol que desempeña)	1. Gerencia/Dirección 2. Médico General 3. Enfermería 4. Auxiliar de Enfermería 5. Bacteriólogo 6. Regente Farmacia 7. Médico Especialista 8. Técnico 9. Otro, Cuál:
	TIPO DE VINCULACIÓN	Tipo de Vinculación Laboral que posee con la institución	1. Contrato de trabajo a término indefinido 2. Contrato de trabajo a término fijo de 1 a 3 años 3. Contrato de trabajo a término fijo inferior a 1 año 4. Contrato por prestación de servicios 5. Carrera Administrativa (Nombramiento y posesión) 6. En Provisionalidad 7. Libre nombramiento y remoción 8. Otro: ¿Cuál?
CLIMA ORGANIZACIONAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Calificación de la seguridad del paciente en el servicio. Calificación de la seguridad del paciente en la institución.	
	RELACIONES ENTRE COMPAÑEROS, EQUIPOS Y ÁREAS DE TRABAJO	1. Los empleados de la institución se ayudan entre sí, de manera positiva y respetuosa. 2. Las relaciones entre los empleados del área son de cooperación y respeto. 3. Las diferentes unidades de la institución cooperan	1. Nunca. 2. Rara vez. 3. Algunas veces. 4. Mayoría de veces. 5. Siempre.

		entre ellas para garantizar la seguridad del paciente.	
		4. En la institución se trabaja en equipo para alcanzar un alto desempeño y lograr los objetivos misionales	
		5. En el área donde labora se trabaja en equipo para lograr un alto desempeño y alcanzar los objetivos del servicio.	
		6. Los conflictos o problemas que surgen entre los compañeros y áreas de trabajo se solucionan de manera ágil y satisfactoria.	
		7. Cuando los compañeros se enteran de que he cometido algún error, lo utilizan en mi contra.	
	RELACIONES CON JEFE INMEDIATO Y DIRECTIVOS	1. Los directivos de la entidad apoyan y estimulan a los empleados.	
		2. Mi jefe inmediato apoya y estimula a sus colaboradores.	
		3. Los directivos de la entidad promueven la iniciativa y la participación de los empleados en la toma de decisiones.	
		4. Mi jefe inmediato promueve la iniciativa y la participación de sus colaboradores en la toma de decisiones.	
		5. Los directivos de la entidad tratan a los empleados con respeto, dignidad y aprecio.	
		6. Mi jefe inmediato trata a sus colaboradores con respeto, dignidad y aprecio.	
		7. Los conflictos o problemas que surgen entre los empleados y los directivos/jefes se solucionan de manera ágil y satisfactoria.	
		8. Mi jefe inmediato expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	
			1. Nunca. 2. Rara vez. 3. Algunas veces. 4. Mayoría de veces. 5. Siempre.

		<p>9. Mi jefe inmediato tiene en cuenta, las sugerencias que hace los trabajadores para mejorar la seguridad del paciente.</p>	
		<p>10. Cuando se comete algún error, los empleados temen que se busque un culpable o se refleje en sus expedientes.</p>	
	<p>LIDERAZGO</p>	<p>1. Confío en la capacidad que tienen los directivos de la entidad para gestionarla y alcanzar resultados.</p>	<p>1. Nunca. 2. Rara vez. 3. Algunas veces. 4. Mayoría de veces. 5. Siempre.</p>
<p>2. Confío en la capacidad que tiene mi jefe inmediato para gestionar su servicio/unidad y alcanzar resultados.</p>			
<p>3. Considero que existen criterios justos y claros para decidir sobre la continuidad, el retiro o cualquier cambio en las condiciones de trabajo de los trabajadores de la institución.</p>			
<p>4. Los directivos y jefes dan claridad acerca del futuro de la entidad y sobre mi contribución para alcanzar lo que ésta desea</p>			
<p>5. Existe coherencia entre las acciones de los directivos y los jefes inmediatos y lo que se me exige o debo hacer en mi puesto de trabajo.</p>			
<p>6. Las decisiones en la institución obedecen a criterios transparentes y propios de gestión administrativa, en lugar de hacerlo a influencias, presiones o intereses particulares.</p>			
<p>7. Los directivos brindan apoyo, acompañamiento y orientación a los empleados en lo relativo a la seguridad del paciente.</p>			
<p>8. Mi jefe inmediato brinda apoyo, acompañamiento y orientación a sus colaboradores, en especial en asuntos de seguridad del paciente.</p>			

		<p>9. Siento que los directivos de la institución tienen amplia y positiva influencia en mi comportamiento y desempeño con relación a la seguridad del paciente.</p> <p>10. Los directivos deciden y actúan de forma coherente con el direccionamiento estratégico de la institución y la seguridad del paciente.</p> <p>11. El jefe del área donde laboro articula la gestión de la misma con el direccionamiento estratégico de la institución y la seguridad del paciente.</p> <p>12. Los directivos de la institución muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.</p> <p>13. Los directivos de la institución se interesan por la seguridad del paciente solo cuando ha ocurrido un evento adverso en un paciente.</p> <p>14. Mi jefe inmediato se interesa por la seguridad del paciente.</p> <p>15. Mi jefe inmediato pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que se presentan en el servicio.</p>	
	CONDICIONES DE TRABAJO	<p>1. La jornada de trabajo es adecuada (duración, turnos, horarios).</p> <p>2. Siento que el exceso de carga de trabajo me impide proporcionar una atención adecuada a los pacientes</p> <p>3. Considera que cuando alguien está sobrecargado de trabajo recibe ayuda de sus compañeros para preservar la seguridad del paciente.</p> <p>4. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe inmediato pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.</p>	<p>1. Nunca.</p> <p>2. Rara vez.</p> <p>3. Algunas veces.</p> <p>4. Mayoría de veces.</p> <p>5. Siempre.</p>

		<p>5. El ritmo de trabajo no se aumenta si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.</p> <p>6. El nivel de exigencia o presión que recibo para realizar mi trabajo con eficiencia y eficacia cuidando la seguridad del paciente es el adecuado.</p> <p>7. Mi puesto de trabajo es monótono y rutinario.</p> <p>8. Las condiciones en las que realizo la labor son sanas y seguras.</p> <p>9. Considero que en esta entidad hay estabilidad laboral.</p> <p>10. Cuento con los recursos necesarios para cumplir a cabalidad con mis funciones y responsabilidades en torno a la seguridad del paciente (dispositivos e insumos, presupuesto e información)</p> <p>11. El área donde laboro cuenta con los trabajadores suficientes en cantidad y calidad para la adecuada prestación del servicio</p> <p>12. La remuneración (pago) que recibo es equivalente/proporcional al trabajo y aporte que realizo.</p> <p>13. En general, el ambiente de trabajo es ideal (positivo, agradable, estimulante).</p>	
	MOTIVACIÓN	<p>1. Hacer mi trabajo me produce un sentimiento de satisfacción trabajadores.</p> <p>2. La institución nos hace sentir que somos parte importante de ella, tanto para su funcionamiento como para el logro de sus resultados.</p> <p>3. Quienes trabajan aquí se sienten identificados con la misión, visión, valores y objetivos de la institución sobretodo entorno a la seguridad del paciente</p> <p>4. Los empleados de la entidad son leales a ésta y a sus usuarios.</p>	<p>Frecuencias1. Nunca. 2. Rara vez. 3. Algunas veces. 4. Mayoría de veces. 5. Siempre.</p>

		<p>5. En esta entidad se promueve a los empleados laboralmente y su mejora como ser humano.</p> <p>6. Los empleados se sienten orgullosos de trabajar para esta institución.</p> <p>7. Los empleados creen que su futuro en la organización es positivo.</p> <p>8. Siento que mi trabajo me permite realizarme trabajadores y profesionalmente.</p> <p>9. Los empleados se esmeran por cumplir con sus tareas y metas, al punto que realizan esfuerzos adicionales desinteresadamente.</p> <p>10. Los empleados consideran la opción de retirarse de la entidad para tener mejores condiciones y oportunidades.</p> <p>11. La institución estimula el trabajo en pro de la seguridad del paciente.</p> <p>12. Me siento comprometido y motivado para trabajar en pro de la seguridad del paciente.</p>	
	COMUNICACIÓN	<p>1. La institución brinda información clara, veraz y oportuna sobre sus procesos y los resultados alcanzados en la seguridad del paciente.</p> <p>2. Recibo retroalimentación acerca de la forma en que hago mi trabajo y cómo puedo mejorarlo en pro de la seguridad del paciente.</p> <p>3. La institución comunica y hace comprensibles a los empleados su misión, visión, estrategias, políticas, valores y objetivos con relación a la seguridad del paciente.</p> <p>4. En esta institución se puede opinar libremente y sin temor a represalias.</p> <p>5. Se estimula y presta atención a la expresión de sentimientos, nuevas ideas o</p>	<p>1. Nunca.</p> <p>2. Rara vez.</p> <p>3. Algunas veces.</p> <p>4. Mayoría de veces.</p> <p>5. Siempre.</p>

	<p>posturas diferentes/críticas en general y, en particular, en torno a la seguridad del paciente.</p>	
	<p>6. Se cuenta con instrucciones y procedimientos precisos para desarrollar la labor cuidando la seguridad del paciente.</p>	
	<p>7. En la institución se tienen diversos canales para compartir información de manera precisa y confiable.</p>	
	<p>8. La institución elabora informes soportados en registros de las actuaciones realizadas e información verificable.</p>	
	<p>9. Los compañeros de trabajo, jefes y directivos están dispuestos a escuchar, conversar y compartir información acerca de la seguridad del paciente.</p>	
	<p>10. La comunicación verbal y escrita es precisa y respetuosa de la condición de los seres humanos.</p>	
	<p>11. Se pierde información de los pacientes cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra(o).</p>	
	<p>12. En los cambios de turno se pierde información sobre la atención que ha recibido el paciente.</p>	
	<p>13. Cuando el trabajadores ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.</p>	
	<p>14. Cuando se notifica algún incidente, se nos informa qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.</p>	
	<p>15. Se informa al área en la que laboro, los errores que ocurren en la prestación del servicio.</p>	
	<p>16. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.</p>	

		17. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	
		18. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	
	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	1. La institución realiza actividades de formación dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1. Nunca. 2. Rara vez. 3. Algunas veces. 4. Mayoría de veces. 5. Siempre.
		2. El aprendizaje de los fallos en la atención al paciente se utiliza para evitar que ocurran de nuevo.	
		3. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	
		4. El trabajadores teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta en la seguridad del paciente.	
		5. En el área donde laboro se discute de qué manera se puede evitar que un incidente o evento adverso vuelva a ocurrir.	
		6. Las acciones de formación en seguridad del paciente cuentan con la participación de todo el trabajadores	

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Encuesta española

Encuesta sobre seguridad de los pacientes y clima laboral Unidad de Calidad Asistencial del Complejo Hospitalario de Albacete

Su opinión es muy importante para todos

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de la seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, así como aspectos relacionados con el clima laboral y le llevará unos 15 minutos completarla.

Esta encuesta es estrictamente confidencial, 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.

Sección A: Características de los encuestados

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

1. Sexo: Mujer Hombre
2. Edad:.....
3. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?.....
4. ¿En qué año empezó a trabajar en este Hospital?.....
5. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?.....
6. Responsabilidad sobre dirección de equipos: Si No
7. Situación laboral: Fijo Interino Laboral Temporal
8. Régimen de trabajo: Turno fijo de mañana Turno rotatorio mañana/tarde Turno rotatorio mañana/tarde/noche.
9. Trabaja los días festivos: Si No
10. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este Hospital?.....
11. Número de guardias de presencia física al mes:
12. Enfermedad crónica: Si No
13. ¿Toma medicamentos para dormir, o para ansiedad o depresión?: Si No
14. ¿Ha sido Vd vacunado contra la gripe en la última campaña? Si No
15. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? Si No
16. ¿Cuál es su principal servicio/unidad de trabajo?. Marque una sola respuesta.

Anestesiología/Reanimación	
Cirugía	R a d i o l o g í a
Farmacia	Rehabilitación
Laboratorio Medicina	Salud Mental/Psiquiatría
Interna Obstetricia y Ginecología Admisión	Servicio de Urgencias UCI (cualquier tipo)
Nefrología	Neurología
Urología	Traumatología
Oncología	Hemodiálisis
Pediatría	Otro, por favor, especifique:.....
Obstetricia y Ginecología	
17. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?. Marque una sola respuesta.

Gerencia/Dirección	
Administración	Médico
Auxiliar de enfermería.	Médico residente
Enfermera	Fisioterapeuta
Farmacéutico	Técnico (Laboratorio, Radiología)
Farmacéutico residente	Otro, por favor, especifique:.....

Sección B: Su Servicio o Unidad

Servicio o Unidad donde pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
18. El personal sanitario se apoya mutuamente					
19. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
20. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para terminarlo.					
21. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
22. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
23. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
24. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal					
25. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra					
26. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
27. No se producen más fallos por casualidad					
28. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					
29. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa buscan un "culpable".					
30. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
31. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
32. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente					
33. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
34. En esta unidad hay problemas con la seguridad de los pacientes.					
35. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
36. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
37. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
38. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad de los pacientes.					
39. Mi superior/jefe pasa s p o r a l t o los problemas de seguridad del paciente que ocurren de forma repetida.					

Sección C: Su Hospital

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su Hospital.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
40. La gerencia o la Dirección del Hospital facilita un ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente.					
41. Los servicios /unidades de este Hospital se coordinan bien entre ellos.					
42. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando se trasladan de un servicio a otro.					
43. Hay buena cooperación entre los servicios del centro que necesitan trabajar conjuntamente.					
44. En los cambios de turno se pierde, con frecuencia, información importante de los pacientes durante los cambios de turno.					
45. Suele resultar incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
46. El intercambio de información entre los servicios/unidades e s h a b i t u a l m e n t e p r o b l e m á t i c o .					
47. La Gerencia o Dirección del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
48. La Gerencia/Dirección del Hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente después de que haya ocurrido un suceso adverso en un paciente.					
49. Los servicios/unidades del Hospital trabajan de forma coordinada para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
50. Los cambios de turno provocan problemas en la atención de los pacientes.					

Sección D: Comunicación en su Servicio/Unidad

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad?

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
51. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
52. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
53. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.					
54. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
55. En mi Servicio/Unidad, discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
56. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo parece haberse hecho de forma incorrecta.					
57. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente					
58. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
59. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					
60. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.					
61. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde					
62. Se elaboran informes o resúmenes de historia clínica de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, radiografías, etc.).					
63. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.					
64. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención al paciente.					
65. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.					
66. En los pacientes terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes terminales)					
67. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con estos tratamientos. (Contestar solo si en su unidad se administra quimioterapia)					
68. Antes de que firme el consentimiento informado se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado					

Sección D: Información complementaria sobre Seguridad del Paciente

69. Por favor, califique, de 0 a 10 el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad

0 Mínima seguridad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Máxima seguridad

70. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos? Si No

71. En el último año, ¿cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias?

Sección F: Clima laboral

72. Califique, por favor, de 0 a 10 el grado de satisfacción general con su trabajo.

0 Mínima satisfacción	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Máxima satisfacción

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
73. Estoy orgulloso de trabajar en este Hospital					
74. Las condiciones físicas (temperatura, luz, ruido) en las que desarrollo mi trabajo son adecuadas.					
75. La formación proporcionada por el Hospital o por mi Servicio es adecuada.					
76. En general, la relación profesional con mi superior directo es adecuada.					
77. El jefe de servicio/unidad deposita de forma adecuada la confianza en los subordinados					
78. El jefe de servicio/unidad utiliza de manera constructiva las ideas de los subordinados					
79. El jefe de servicio/unidad toma las decisiones en función del interés de los pacientes.					
80. En general, me siento responsable de los objetivos de nuestra Organización.					
81. Con las tareas y responsabilidades que se me asignan en el servicio, el grado de aprovechamiento de mi capacidad profesional es adecuado.					
82. Mi servicio/unidad va a poder satisfacer mis expectativas de promoción y desarrollo profesional.					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
83. En mi servicio/unidad se valora a las personas en función de la calidad en el cumplimiento de sus responsabilidades profesionales.					
84. En mi hospital se valora a las personas en función de la calidad en el cumplimiento de sus responsabilidades profesionales.					
85. La retribución que recibo me parece adecuada al trabajo realizado y la responsabilidad.					
86. En general, la comunicación entre distintos niveles del Hospital (directivos, jefes de servicio, subordinados) es la adecuada.					
87. La comunicación procedente de los subordinados se transmite de forma adecuada a los directivos o jefes de servicio.					
88. A través del servicio los subordinados reciben información suficiente y adecuada sobre las decisiones tomadas por la Dirección del Hospital.					
89. Mi superior directo trata con el equipo los proyectos y cuestiones que afectan al servicio, sección o unidad y propicia la participación.					
90. En general, existe mucha resistencia a marcarse metas u objetivos en las tareas a desarrollar.					
91. El grado de conocimiento sobre los objetivos de mi servicio/unidad es adecuado.					
92. El grado de conocimiento sobre los objetivos del Hospital es adecuado.					
93. La evaluación de los resultados que obtenemos es responsabilidad del equipo directivo del Hospital.					
94. La evaluación de los resultados que obtenemos se utiliza para solucionar problemas.					

Sección G: Encuesta de Maslach

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados siguientes:

	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
95. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
96. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
97. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							

	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
98. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.							
99. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
100. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
101. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							
102. Siento que mi trabajo me está desgastando.							
103. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
104. Siento que me he hecho más duro con la gente.							
05. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
106. Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
107. Me siento frustrado en mi trabajo.							
108. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
109. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
110. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
111. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
112. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
113. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
114. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							

	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
115. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
116. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.							

117. Finalmente, si le parece conveniente puede añadir cualquier comentario relacionado con la seguridad del paciente o del clima laboral que no haya sido tratado previamente:

Gracias por completar este cuestionario

Su ayuda será muy útil

Personas de contacto para cualquier aclaración:

Unidad de Calidad Asistencial

Francisco Medrano González fmedrano@gescam.jccm.es

Carlos García Fernández cgfernandez@sescam.jccm.es

Consolación Sahuquillo Talaya csahuquillo@sescam.jccm.es

Anexo 3. Guía de entrevista.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
MAESTRIA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA EVALUACIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



8. Mencione 5 palabras con las que usted relaciona la SEGURIDAD DEL PACIENTE en su institución

SEGURIDAD DEL PACIENTE	
1	
2	
3	
4	
5	

9. Me podría decir porqué relaciona estas 5 palabras con la SEGURIDAD DEL PACIENTE en su institución

SEGURIDAD DEL PACIENTE	
1	
2	
3	
4	
5	

10. Mencione 5 palabras con las que usted relaciona el CLIMA ORGANIZACIONAL CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE en su institución

CLIMA ORGANIZACIONAL CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
1	
2	
3	
4	
5	

11. Me podría decir porqué relaciona estas 5 palabras con el CLIMA ORGANIZACIONAL CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE en su institución

CLIMA ORGANIZACIONAL CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
1	
2	
3	
4	
5	

¡Gracias por su valiosa colaboración!

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
MAESTRIA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA EVALUACIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



PRESENTACIÓN: La presente entrevista hace parte de la investigación sobre gestión de la calidad en salud

INSTRUCCIONES: La entrevista que está a punto de responder es de CARÁCTER ANÓNIMO; no es necesario su nombre, esperamos pueda contestar esta encuesta con mucha honestidad y transparencia.

PARTE 1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:

Fecha de diligenciamiento:

Nombre del Departamento en el que se ubica la organización:

1. Sexo	2. En qué nivel organizativo se ubica su cargo	3. Usted forma parte del personal:	4. Unidad/Servicio en el que labora:	5. Tipo de vinculación
1. Femenino	1. Estratégico	1. Asistencial	1. Urgencias	1. Contrato de trabajo a término indefinido
	2. Táctico	2. Administrativo	2. Hospitalización	2. Contrato de trabajo a término fijo de 1 a 3 años
3. Contrato de trabajo a término fijo inferior a 1 año				
2. Masculino	3. Operativo	3. Apoyo	3. Administrativa	4. Contrato por prestación de servicios
				5. Carrera Administrativa (Nombramiento y posesión)
	6. En Provisionalidad			
				7. Libre nombramiento y remoción
				8. Otro: ¿Cuál?

PARTE II. CLIMA ORGANIZACIONAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:


6. Mencione 5 palabras con las que usted relaciona el CLIMA ORGANIZACIONAL en su institución:

CLIMA ORGANIZACIONAL	
1	
2	
3	
4	
5	

7. Me podría decir por qué relaciona estas 5 palabras con el CLIMA ORGANIZACIONAL en su institución

CLIMA ORGANIZACIONAL	
1	
2	
3	
4	
5	

Anexo 4. Consentimiento Informado.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES	CÓDIGO: GIN-FOR-016
		VERSIÓN: 1
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO : 04/JUN/2015

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PUBLICA

INVESTIGACIÓN:

Título:
 "Clima organizacional y seguridad del paciente en las entidades prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad en los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío y Chocó. 2019".

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, estudiantes de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Encuesta ___ Entrevista ___ Grupo Focal _____

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos del Clima Organizacional y la seguridad del paciente en mi servicio y en la institución.
- Autorizo a los investigadores para que realicen grabación de la entrevista (según aplique), con el objetivo de facilitar la transcripción de la información suministrada.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.


Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma
 Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:

HUELLA

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 096 del día 09 del mes de abril de 2019

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES	CÓDIGO: GIN-FOR-016
		VERSIÓN: 1
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO : 04/JUN/2015

RESUMEN DEL PROYECTO

Nombre Macroproyecto: "Clima organizacional y seguridad del paciente en las entidades prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad en los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío y Chocó. 2019".

Objetivo General:

Determinar la relación entre el clima organizacional y la seguridad del paciente en instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad de los departamentos de Caldas, Chocó, Quindío y Risaralda, 2019.

Objetivos específicos:

- Identificar el estado del clima organizacional en el personal involucrado en la atención en salud en instituciones públicas prestadoras de mediana complejidad de los departamentos de Caldas, Chocó, Quindío y Risaralda.
- Describir e interpretar las percepciones relacionadas con la seguridad del paciente en el personal involucrado en la atención en salud en instituciones públicas prestadoras de mediana complejidad de los departamentos de Caldas, Chocó, Quindío y Risaralda.
- Establecer las relaciones entre el clima organizacional y la seguridad del paciente en el personal involucrado en la atención en salud en instituciones públicas prestadoras de mediana complejidad de los departamentos de Caldas, Chocó, Quindío y Risaralda.

Justificación:

La investigación propuesta es novedosa en tanto a partir de la concepción del talento humano como eje central de las organizaciones, aborda la relación, muy poco explorada, entre el clima organizacional y la seguridad del paciente en instituciones de salud de Segundo Nivel, discriminada en diversos servicios y por niveles organizativos (estratégico, táctico y directivo), con el agregado de poder efectuar comparaciones entre entidades de diferentes departamentos del país.

Es pertinente dado su profunda conexión con las líneas de investigación de los grupos de investigación vinculados al proyecto y con el objeto de estudio de la Maestría en la que se produce: Gestión de la Calidad en Salud. Así, en la línea de investigación en gestión organizacional interesan los procesos, condiciones y capacidades que en una entidad hacen posible el logro de resultados y competitividad, por lo que indagar el clima organizacional, dada su conexión con el desempeño, es materia de interés y, dado que el estudio se enfoca en instituciones de salud, enlazarlo con la seguridad del paciente, tema contemplado en las políticas y normativas existentes para el sector en Colombia y a nivel mundial, hace evidente su relación con la línea de investigación en políticas y sistemas de salud.

Además, es útil, en tanto los resultados obtenidos proporcionarán información valiosa para la toma de decisiones y la posterior realización de acciones en las entidades de salud, orientadas a la mejora del clima organizacional y de la seguridad del paciente, a partir de una gestión más efectiva del talento humano que en ellas labora. Por otra parte, el referente teórico construido y la metodología del estudio pueden servir de base para la exploración, a futuro de trabajos sobre temática en otros departamentos o en otros niveles de prestación del servicio, para sólo citar este par de posibilidades.

Procedimientos: Estudio con enfoque mixto, exploratorio correlacional, en Instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana complejidad de la Red pública de los departamentos de Caldas, Chocó, Quindío y Risaralda. Se aplicará una encuesta al total del personal asistencial directivo y de apoyo de los servicios de Urgencias y Hospitalización; entrevista al personal directivo y líderes de los procesos y grupo focal según los resultados anteriores.

Riesgos esperados: Teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, esta es una investigación sin riesgo, que corresponde a estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, razón por la cual no se afectarán las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran.