



ACUERDO NO. _____ CON FECHA DEL _____ DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE
AGUASCALIENTES

**“EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI Y
HOSPITALIZACION DE UNA CLINICA EN SANTA MARTA”**

TESIS PARA: MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA

NOMBRE DEL ALUMNO: MARGARITA DE JESUS CABAS SANCHEZ

DIRECTOR DE TESIS: NANTLI ASHIMA RODRIGUEZ MURGUIA

ASUNTO: Carta de liberación de tesis.

Aguascalientes, Ags., 19 de octubre de 2022.

LIC. ROGELIO MARTÍNEZ BRIONES
UNIVERSIDAD CUAUHTÉMOC PLANTEL AGUASCALIENTES
RECTOR GENERAL

P R E S E N T E

Por medio de la presente, me permito informar a Usted que he asesorado y revisado el trabajo de tesis titulado:

“Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en UCI y Hospitalización de una clínica en Santa Marta”

Elaborado por **Margarita de Jesús Cabas Sánchez**, considerando que cubre los requisitos para poder ser presentado como trabajo recepcional para obtener el grado de **Maestría en Ciencias de la Enfermería**.

Agradeciendo de antemano la atención que se sirva a dar la presente, quedo a sus apreciables órdenes.

ATENTAMENTE



Dra. Nantli Ashina Rodríguez Murguía
Directora de tesis

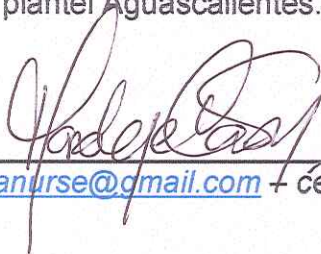
A Quien Corresponda
Presente

Asunto: Responsiva de integridad académica

Yo, **Margarita de Jesús Cabas Sánchez**, con matrícula MMCO19317, egresado del programa Maestría en Ciencias de la Enfermería, de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes, identificado con IFE-INE o CC, N.º 57.429.493, pretendo titularme con el trabajo de tesis titulado: “Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en UCI y Hospitalización de una clínica en Santa Marta”.

Por la presente Declaro que:

- 1.- Este trabajo de tesis, es de mi autoría.
- 2.- He respetado el Manual de Publicación APA para las citas, referencias de las fuentes consultadas. Por tanto, sus contenidos no han sido plagiados, ni ha sido publicado total ni parcialmente en fuente alguna. Además, las referencias utilizadas para el análisis de la información de este Trabajo de titulación están disponibles para su revisión en caso de que se requiera.
- 3.- El Trabajo de tesis, no ha sido auto-plagiado, es decir, no ha sido publicado ni presentado anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4.- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presentan en el trabajo de tesis, constituirán aporte a la realidad investigada.
- 5.- De identificarse fraude, datos falsos, plagio información sin citar autores, autoplagio, piratería o falsificación, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes, Instituto de Educación de Aguascalientes, la Secretaría de Educación Pública, Ministerio de Educación Nacional y/o las autoridades legales correspondientes.
6. Autorizo publicar mi tesis en el repositorio de Educación a Distancia de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes.



(marcasanurse@gmail.com + cel: 3016427747)

INDICE GENERAL

Resumen	I
Abstract	II
Dedicatoria	III
Agradecimientos.....	IV
Introducción	1
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Formulación del problema	5
1.1.1. Contextualización	6
1.1.2. Definición del problema	9
1.2. Pregunta de investigación.....	14
1.3. Justificación	15
1.3.1. Convivencia	17
1.3.2. Relevancia social	18
1.3.3. Implicaciones practicas	19
1.3.4. Utilidad metodológica.....	20
1.3.5. Viabilidad.....	21
1.4. Hipótesis.....	23
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	25
2.1. Teoría que fundamenta el trabajo.....	26
2.2. Atención asistencial al paciente	27
2.2.1. análisis conceptual de la seguridad del paciente	28
2.2.2. Estudios empíricos de la seguridad	32
CAPITULO III MÉTODO.....	42
3.1. Objetivos	43
3.1.1. Objetivo general	43
3.1.2. Objetivos específicos.....	43
3.2. Participantes	44
3.2.1. Criterios de inclusión.....	44
3.2.2. Criterios de exclusión	44
3.2.3. La muestra	45
3.3. Escenario	45

3.4. Instrumento de recolección de información	46
3.5 Procedimiento.....	48
3.5.1. Recolección de datos	48
3.6. Diseño del método.....	48
3.6.1. Diseño.....	48
3.6.2. Alcance de estudio.....	49
3.6.3. Momento de estudio	49
3.7. Operacionalización de la variable	49
CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
4. Resultados	55
4.1. Integración de datos	55
4.2. Datos sociodemográficos	55
CAPITULO V DISCUSIÓN DE RESULTADOS	99
5. Discusión de resultados.....	100
5.1. Conclusiones	109
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	114

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Género del área de UCI y Hospitalización masculinos y femeninos	556
Figura 2. Rango de edad de los participantes	566
Figura 3. Unidad de trabajo donde desempeña.....	57
Figura 4. Profesión.....	58
Figura 5. Tiempo de servicio	¡Error! Marcador no definido.
Figura 6. Tiempo de labor en su área (UCI y hospitalización).....	61
Figura 7. Horas trabajadas en la institución en la semana.	61
Figura 8. Tiempo de experiencia en la actual especialidad o profesión	62
Figura 9. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.....	63
Figura 10. Tenemos suficiente personal para todo el trabajo.	64
Figura 11. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, se trabaja en equipo.	65
Figura 12. En esta unidad la gente se trata con respeto.	66

Figura 13. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	67
Figura 14. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente. ...	68
Figura 15. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	69
Figura 16. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	70
Figura 17. Los errores han llevado a cambios positivos.	71
Figura 18. Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	722
Figura 19. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 20. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	73
Figura 21. Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente.	75
Figura 22. El personal se preocupa de los errores que cometen sean guardados en expedientes.	76
Figura 23. Tenemos problemas con la seguridad de los en esta unidad.	77
Figura 24. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir.	78
Figura 25. Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de la seguridad de los pacientes.	¡Error! Marcador no definido.
Figura 26. supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 27. Cuando la presión de incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aun si esto significa simplificar las labores de trabajo.	81
Figura 28. Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 29. La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	¡Error! Marcador no definido.
Figura 30. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	¡Error! Marcador no definido.
Figura 31. Se nos informa de los errores que se cometen en esta unidad.;	¡Error! Marcador no definido.
Figura 32. El personal se siente libre de cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	¡Error! Marcador no definido.

Figura 33. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores que no se vuelven a cometer.....	87
Figura 34. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien... ¡Error! Marcador no definido.	
Figura 35. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿Qué tan a menudo es reportado?	¡Error! Marcador no definido.
Figura 36. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Qué tan frecuente es reportado?	90
Figura 37. Las acciones de la dirección que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	¡Error! Marcador no definido.
Figura 38. La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después que ocurre un incidente adverso.	¡Error! Marcador no definido.
Figura 39. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 40. Los cambios de turnos si son problemáticos para los pacientes en este hospital.	94
Figura 41. Cuando se comete un error y es descubierto, pero no tiene el potencial para dañar al paciente ¿qué tan frecuente es reportado?	955

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	49
Tabla 2 Correlación de Pearson entre área y profesión .9 ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 3 Correlación de Pearson entre área y tiempo de experiencia laboral	97

Resumen

Los eventos adversos que ocurren dentro del sistema con eventualidades recurrentes, promueven el realizar investigación acerca de la seguridad del paciente. La problemática dimensional de seguridad del paciente se manifiesta a nivel mundial en los distintos niveles de atención sanitaria protagonizando eventos adversos de alta concurrencia, que en distintos casos provoca la muerte del paciente, el personal sanitario es responsable de velar por el estado de salud de los usuarios, para ello, se debe realizar procesos coordinados, encaminados a favorecer el bienestar y la seguridad de los pacientes, resaltando el rol del trabajador como un recurso de alto valor en los ambientes organizacionales.

El objetivo de la investigación es Correlacionar la cultura de seguridad del paciente en las áreas de UCI y hospitalización con el nivel profesional y con la experiencia laboral en una institución referida por el equipo disciplinar en una institución privada de la ciudad de Santa Marta en el primer semestre de 2022. Se aplicó el cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales a 35 participantes a través de un estudio de tipo transversal, no experimental, correlacional en donde los resultados determinaron que no existe una correlación de la cultura de seguridad en el paciente en las áreas con la profesión y tampoco con la experiencia laboral, concluyendo que se debe fomentar y estimular a los integrantes que laboran en el ámbito de la salud para hacer compromiso en velar por la seguridad del paciente respaldando estrategias que construyan acciones benéficas de calidez.

Palabras claves: *adversos, seguridad, pacientes, salud.*

Abstract

Adverse events that occur within the system with recurrent eventualities, promote research on patient safety. The dimensional problem of patient safety is manifested worldwide in the different levels of health care, leading to high-concurrence adverse events, which in different cases cause the death of the patient, the health personnel is responsible for ensuring the health status of patients. users, for this, coordinated processes must be carried out, aimed at promoting the well-being and safety of patients, highlighting the role of the worker as a resource of high value in organizational environments.

The objective of the research is to correlate the patient safety culture in the ICU and hospitalization areas with the professional level and with the work experience in an institution referred by the disciplinary team in a private institution in the city of Santa Marta in the first semester of 2022. The questionnaire on patient safety in hospitals was applied to 35 participants through a cross-sectional, non-experimental, correlational study where the results determined that there is no correlation of safety culture in the patient in the areas with the profession and neither with work experience, concluding that members who work in the field of health should be encouraged and encouraged to make a commitment to ensure patient safety by supporting strategies that build charitable actions of warmth .

Keywords: adverse, safety, patients, health.

Dedicatoria

A mi mamá y a mi hija Sofía, esto es por ellas, mi motivación...y a Francisco por tu apoyo.

Agradecimientos

A Gloria Marina por su valioso apoyo y colaboración, a la Clínica Perfect Body, su personal administrativo y asistencial y su gerente el Dr. Hernando Estrada, por abrirme sus puertas y permitirme realizar este estudio.

Introducción

Mediante el proceso del oficio del cuidado sanitario se presentan eventos adversos que ocurren dentro del sistema con eventualidades seguidas, llevando a la necesidad de hacer investigación acerca de la seguridad del paciente, como variante de un procedimiento que está asociada directamente con la estabilidad y la vida del paciente teniendo como integrante la conceptualización y la base teórica-operacional de la salud pública (Gómez et al., 2011). La definición de cultura en la seguridad por Rocco & Garrido (2017 p. 6), dice que la cultura y seguridad del paciente es “el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir”. Esta definición enfocada a los profesionales de la salud en las actitudes y acciones de sus funciones como trabajadores de la salud y el ejercicio de sus funciones mediante las actividades del cuidado.

En la búsqueda de la necesidad de proteger la vida de los pacientes se instaura un manual estratégico para resolver la problemática de los eventos adversos que estropean la vida del paciente, entre ellos se destaca algunos modelos como programas sanitarios, garantías de cobertura universal y primar por la atención primaria (Muiño et al., 2017). Los servicios de salud están estrechamente relacionados con aspectos cognoscitivos de la institución de salud y otros necesarios para el adecuado desempeño de la profesión, entre ellos la relación profesional-paciente y la estrecha relación que debe existir entre asistencia- investigación-docencia y administración (Urbina, 2011).

En este sentido, la investigación expuesta en este documento permite conocer el panorama de la seguridad del paciente, que manifieste el comportamiento de la seguridad del paciente pues, presentando un interrogante de ¿Cuáles son los factores asociados con la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Perfect Body de la ciudad de Santa Marta? Con el fin de hallar resultados que confirmen la existencia del compromiso de los profesionales con respecto a la seguridad del paciente así mismo, la ejecución mediante una situación adversa que este dentro de su actividad laboral; la interacción de los profesionales prestadores del servicio de salud asumen unos estándares avalados por la OMS, la cual indica que la seguridad del paciente debe reducir y mitigar el riesgo del daño a la vida es decir, reducir el error a pesar de ser una condición de cualquier individuo a errar (Rocco & Garrido, 2017).

La relevancia del conocimiento teórico-científico fortalece y considera la actitud de la práctica del buen cuidado, es más, la necesidad de constituir estos elementos permite garantizar un servicio profesional eficiente; que contribuya al buen cuidado, la calidad y seguridad del paciente desde una perspectiva disciplinar que les brinde satisfacción y permita obtener resultados óptimos en los pacientes (Rojas & Durango, 2010).

El objetivo de esta investigación es comparar la cultura de seguridad del paciente en una institución referida por el equipo disciplinar de la unidad de cuidados intensivos y hospitalización en una institución privada de la ciudad de Santa Marta en el primer semestre de 2022. Pero, para ilustrar esta investigación las categorías están segmentadas por capítulos, el capítulo uno está dirigido a la parte conceptual que construye la teoría básica del estudio desprendiendo la problemática como recurso informativo incluyendo a la sociedad (pacientes) como la afectada; mientras el capítulo

dos menciona los soportes es decir, las evidencias de estudios relacionados con la seguridad del paciente para que permita discutir la posición de los objetivos y sus resultados; en el capítulo tres ya está dirigido a la ejecución de la búsqueda de los objetivos o sea, el método a seguir para el caso de la investigación como recurso se utilizó la encuesta, procesando los datos con ayuda tecnológica; en el capítulo cuatro ya se empieza a ver el comportamiento del estudio pues, los resultados de la recolección de los datos dan repuesta a la evaluación de la seguridad del paciente y finalmente el capítulo cinco habla de la interpretación de los resultados respondiendo a las hipótesis y pregunta de investigación planteada revisando los estudios anteriores para dar paso a las recomendaciones y conclusiones que posibiliten de manera lógica tener claro lo ocurrido durante todo el proceso de estudio.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.

1.1. Formulación del problema

La problemática dimensional de seguridad del paciente se manifiesta a nivel mundial en los distintos niveles de atención sanitaria protagonizando eventos adversos de alta concurrencia, en este capítulo se especifica la problemática con una definición puntual teniendo presente acontecimientos históricos de la seguridad del paciente. Se evidencia el estudio de algunos autores que han evaluado la seguridad del paciente en instituciones de salud (Camargo et al., 2014). En la profesión de la enfermería la competitividad laboral es una herramienta vital para el cuidado cuyo objetivo es promover la recuperación, prevenir enfermedades y mantener la salud de los seres humanos comprometiendo al profesional de enfermería en una misión con sentido y visión humanística (Urbina, 2011).

1.1.1. Contextualización

El comportamiento de los pacientes en los centros asistenciales comprende un razonamiento que nace con la calidad asistencial de los profesionales de la salud, desde la perspectiva de una cultura calidosa y segura que muestra ser parte de los hábitos asistenciales; por ende, la comodidad del profesional en tener un buen clima laboral, influye en la buena calidad y seguridad al paciente como símbolo o instrumento de la optimización del servicio del paciente (Terán, 2020). En la calidad y seguridad del paciente en organizaciones de salud el patrón principal es disminuir el daño al paciente en los procesos de atención pues, según la Organización mundial de la Salud (OMS) “la seguridad del paciente es un servicio sanitario” es decir, limpio, de calidad que requiere de esfuerzo pero con diversas acciones colectivas como gestión de calidad, seguridad y los riesgos ambientales que están inmersos a la desestabilización de la calidad y seguridad del paciente (Valencia et al., 2021).

La mejor manera del cuidado según Terán (2020), es contar con un talento humano con capacidad profesional y humanística en la formación de los valores éticos. Identificando los factores anómalos que se encuentran en el ambiente laboral como participes de una inseguridad y mala calidad asistencial al paciente, concerniendo la posibilidad del maltrato al buen estado de la salud del paciente. Por tanto, la seguridad del paciente es un problema que prevalece en la salud pública. Dado la irresponsabilidad de prevenir procesos erróneos correspondientes a los sistemas de salud fallidos por la ineficacia de los controles y la gestión de las practicas fundamentales en la optimización del desarrollo de una calidad y seguridad al paciente en todas las áreas de una entidad hospitalaria.

Para ilustrar mejor la temática la calidad y la seguridad del paciente es necesario dejar claro la definición de la calidad y seguridad del paciente por ende, la presentación de definir una idea se requiere de la puntualidad entre los valores, el conocimiento científico y la disciplina humanística para la operación de la calidad y seguridad del paciente ante una sociedad grande, multidimensional y demandante que originalmente pretende atención medica de calidad, con garantías de procesos y acciones de un alto nivel de calidad en el manejo del paciente a cargo del personal de enfermería y auxiliares que desempeñan un rol fundamental en situaciones como uso adecuado de medicación o prevención a caídas incidentales.

En realidad la problemática de esta tesis corresponde a muchos profesionales de la salud que pretenden y se esfuerzan en hacer su labor asistencial pero muchos de ellos no lo logran debido a la ejecución es decir, a la práctica que implementa es decir, las estrategias quizás no son las correctas sobre todo cuando la complejidad de salud del paciente es más severa pero, cabe estimar que la mayoría de los errores no son individuales si no del sistema completo ya sea porque no existe una coalición en el sistema, del mismo modo entra a jugar el valor de los recursos que terminan siendo limitados para la ejecución de la labor asistencial (Fondahn et al., 2017).

En lo que respecta a la incidencia de la seguridad y calidad del paciente en organizaciones de salud el personal de atención directo al paciente y los administrativos se encuentran de cierta manera involucrados por la complejidad sanitaria pues, les corresponde obtener un nivel de preparación con un clima organizacional laboral de máximo nivel esto con el fin de establecer un conjunto de acciones, que promuevan la

seguridad y calidad del paciente moderadamente correspondiente a la excelencia del servicio (Terán, 2020).

Según la OMS se estima que en el mundo hay alrededor de 28 millones de profesionales de enfermería, sin embargo existe todavía un déficit de 5,9 millones de profesionales de enfermería en países como África, en Asia y en el mediterráneo oriental como también en algunos países de América latina, esto debido a la baja remuneración salarial y condiciones laborales que obligan a muchos de estos profesionales a emigrar a otros países en búsqueda de una mejor compensación, las enfermeras desempeñan un papel importante en la atención centrada a la persona siendo actores clave en los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios de tal forma que establece un rol relevante para la seguridad y calidad en la atención de los pacientes y reducir así los resultados de los eventos adversos. Tal es el caso que la ciencia del cuidar se entiende como: “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, continuos, seguros e integrales, en la atención en salud de las personas; que se sustentan en un conocimiento sólido que permite ofrecer, cuidados basados en la evidencia científica y demostrar su capacidad para cambiar de forma favorable el curso de la enfermedad o la mejora de las condiciones de salud de la población” (León, 2006).

Estudios demuestran que a mayor número de enfermeros dedicados a la atención directa al paciente menor es la incidencia de eventos adversos, es decir que el aumento de un paciente en la carga laboral de un enfermero, se asocia con altas probabilidades de mortalidad, como también se ha demostrado que las auxiliares de enfermería no reemplazan la atención brindada por las profesionales, es así que como los objetivos

principales dentro de las organizaciones es mejorar la calidad en la atención, deberían incluir dentro de sus planes organizacionales aumentar el número de profesionales de enfermería, la preocupación de los cuidados de calidad se remonta a la época de Florence Nightingale. Donabedian (1980) definió la calidad de los cuidados como “la capacidad de alcanzar el mayor beneficio posible deseado teniendo en cuenta los valores de los individuos y de las sociedades”.

A nivel de América la OPS ha determinado que toda la fuerza laboral en salud corresponde a enfermería con más del 60% de la población y más de 5 millones de las enfermeras están en América, es decir aproximadamente el 25% de la existencia a nivel mundial, enfermería se considera importante porque genera nuevos conocimientos científicos que influyen en la práctica clínica gestionando los servicios, programas de salud y cuidados al individuo y su familia permaneciendo siempre en la primera línea de atención. Febré, N., Mondaca-Gómez, et ál. (2018) se preguntaron si “¿La falta de profesionales enfermeros en la atención cerrada, podría disminuir la calidad del cuidado?” demostrando que en Chile existe la necesidad de evaluar la gestión de enfermería ya que carecen de indicadores que permiten comprender y gestionar el proceso de enfermería del cuidado y si este mantiene la seguridad del paciente, por lo que es determinante que en Chile las enfermeras desarrollen y validen los indicadores clínicos que se enfoquen a la seguridad, eficacia y efectividad de la atención ofrecida basándose en la evidencia científica.

1.1.2. Definición del problema

Desde muchos años la salud ha venido teniendo problemas dentro del contorno asistencial de los que se logra resaltar, se presenta la seguridad del paciente por lo

menos Velasco (2019), menciona en su trabajo de grado que la seguridad del paciente está en una “ola creciente” tanto así, que estima que uno de cada 10 pacientes es víctima de la atención médica, cifra que deja en entre dicho la calidad y servicio del cuidado, por lo menos en países en vía de desarrollo el 77% de los daños se da por aplicación de los medicamentos que provienen de lugares ilegítimos, a esto se le suma la mala o falta de infraestructura acompañada de la poca asistencia cultural del personal asistencial.

De esta manera, Mir (2018), no se queda atrás con una versión parecida a la de Velasco advirtiendo que la atención asistencial sigue estando en entredicho con las muertes anuales de por lo menos 251.454 muertes anuales el resultado de los eventos adversos en los hospitales de los EEUU, convirtiéndose en la tercera causa de muerte en el país. Lo que quiere decir, que la dimensión de la problemática es realmente preocupante, por tanto, la complejidad de la situación amerita estudios exhaustivos, además, que no solo en EEUU, sino también en Europa, Asia, América la cuestión es a nivel mundial el riesgo de la calidad y la seguridad del paciente.

Existen distintos casos que han promovido la seguridad y calidad del paciente para destacar la problemática, se trae a colación los casos de Libby Zion en 1984, Betsy Lehman y Josie King en 1994 que fallecieron a causa de la inseguridad y mala calidad asistencial; es así como se empezaron a promover la mejora de la calidad del paciente teniendo referencia los casos mencionados, lo cierto es que otros casos e información perteneciente a la IOM también dieron paso a estudiar y evaluar el tema de la seguridad y calidad del paciente (Fondahn et al., 2017).

Aunque, debe quedar claro que desde hace años o más bien décadas las alianzas entre centros asistenciales de salud para mejorar la calidad del paciente ha estado

vigente en pro de intercambiar escenarios reportando eventos adversos que no hacen parte de la responsabilidad de una sola persona dejando claro que las actividades del proceso de atención en salud están ligeramente asociadas con el riesgo (León, 2006).

Terán (2020), comprende la ineficiencia de las organizaciones de salud en cuanto a la seguridad del paciente por una brecha que no compacta y es la relación médico-paciente; cifras altas que preocupan a la OMS en cuanto a fallecidos por causas accidentales, enfermedades o heridas que se llevan por lo menos unas 2 millones de personas entre hombres y mujeres que provocan la toma de estudios para establecer medidas que disminuyan el riesgo de muertes ocasionadas por esta situaciones, que finalmente proponen aplicar recomendaciones sobre todo en lo que respecta al clima laboral por lo menos la organización panamericana de la salud (OPS), los miembros de la organización tienen el deber ético y moral de aplicar las sugerencias, para tener un lugar de trabajo que garantice un ambiente tranquilo y satisfactorio para que no influya en la calidad de atención médica en los sistemas de salud del país.

La capacidad de encontrar una problemática en cualquier investigación está asociada con lo que quiere darse a conocer, es decir de manera explicativa llevar al contexto una particularidad de algo que no está bien dentro de una actividad, y que golpea a la sociedad de forma negativa, en el caso de esta investigación se tiene una problemática de salud, cuya orientación es la salud del paciente entonces, la idea es identificarla a partir de la literatura expuesta.

Para dar inicio a revelar el problema de estudio se comenzara mencionando la participación de profesionales de la salud en la asistencia médica, pues, básicamente la sociedad demanda el mal estado de salud por lo que es necesario acudir a los hospitales

donde se encuentran los profesionales que están preparados para asistirlos los cuales deben tener características de desempeño competente en la excelencia del marco asistencial; dicho esto, se define el problema argumentado que la calidad y la seguridad del paciente es una asociación médico-paciente que está ligado al clima laboral esta calidad está sujeta a labores en los procesos de atención en salud, relación interpersonal, las acciones clínicas de revisión y los diagnósticos.

Definida de otra manera el problema pues, la mala calidad y seguridad del paciente en la salud proviene de poca colaboración y negligencia asistencial médica acompañada del sistema siendo este, una situación de salud pública actual como se dijo anteriormente, puesto que la complejidad del cuidado en cualquier área de hospitalización existe el riesgo de los eventos no deseados que pueden producir lesiones graves físicas y psicológicas además, que no comprende de estratificación social (Mir, 2018); la seguridad y salud del paciente es un problema porque es antigua y porque es una causa de muerte en el mundo, pretendiendo ocupar cifras alarmantes para la salud del paciente. Para la seguridad de los pacientes la atención sanitaria responde a un paciente libre de lesión.

Ahora bien, los eventos adversos forman parte de los problemas en la práctica clínica, o sea, que las anomalías clínicas llegan a ser un agente participativo negativo de la seguridad del paciente, en cuanto a esos resultados adversos es frecuente que el daño trascorra en la asistencia sanitaria al igual que por la práctica clínica. Por eso, sería prudente afirmar que “la seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento

adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” conociendo las características del cuidado asistencial (Velasco, 2019).

Todo esto parece confirmar que en las intervenciones de los profesionales de enfermería están orientadas a la actuación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), para realizar mecanismos que den respuestas a las necesidades básicas de los pacientes para su recuperación garantizando la calidad y su seguridad del paciente (Ventura, 2018); razón por la cual el servicio asistencial lleva la razón evaluativa la disminución del riesgo del sufrimiento del paciente desde las observaciones directa e indirectas que viabilizan la evolución y el estado del paciente.

En breve, la atención del servicio termina siendo un producto que se utiliza para que el paciente mejore su salud y este tiene la potestad para evaluar la calidad y la seguridad, esto no quiere decir que el paciente es el señalador evaluativo de la buena o mala calidad del servicio pero, si el más influyente a la hora de estimar la calidad y la seguridad del mismo (Terán, 2020); cada estudio de intervención de la satisfacción del paciente realiza un avance a la mejora de la calidad, al rol de los profesionales de lo que está bien o mal para el proceso del cuidado sanitario, después de que el mismo Terán (2020), supone que “la calidad es un imperativo ético, debe darse en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, ya sea en el primer nivel de atención como en los Centros y Hospitales de II y III nivel y Centros Hospitalarios de Especialidad médicas, con un clima laboral adecuado y con personal empoderado de su trabajo”.

Toda esta recopilación de ideas que están asociadas a la seguridad y calidad del paciente en las organizaciones de salud permite tener una orientación legítima y transparente del sistema de salud, del desempeño de los profesionales y del problema

que no acaba, a pesar de estudios realizados y de estrategia implementadas por organizaciones como la OMS y otras entidades que están interesadas en disminuir las muertes por incidentes adversos de la calidad y seguridad del paciente (Peñas, et al., 2017).

Como se indicó en los párrafos anteriores la voluntad de los profesionales no garantizan que el paciente reciba las intervenciones adecuadas o bueno si, pero con las estrategias y métodos pertinentes como los debidos protocolos, guías, planes, programas que orientan a ese personal de enfermería a intervenir en las situaciones que se presenten entre ellos, la de dirigirse a la familia con la prudencia y la educación necesaria que también puede identificar un conjunto de problemas que ocurre normalmente en una situación determinada (Ventura, 2018). De modo que el problema de la seguridad y calidad del paciente en organizaciones de salud requiere de trabajo profesional mostrando factores claves como falta de registro de eventos la limitación de la presentación de medidas correctivas (Penas et al., 2017), sin embargo, la pertinencia en determinar que procesos de la atención del paciente está originando el cuello de botella se hace elemental para minimizar errores estimando el grado defectuoso de la complejidad del proceso. El problema de la calidad y seguridad del paciente en organizaciones de la salud fomenta una inestabilidad del sistema porque repercute a la desconfianza del usuario que solo busca mejorar su estado de salud en beneficio del mismo y de sus familiares (Fondahn et al., 2017).

1.2. Pregunta de investigación

Dentro de las investigaciones realizadas para la elaboración de esta tesis se pudo hacer un análisis de la problemática con la participación de las herramientas

proporcionadas durante las clases del mismo modo, de la experiencia como enfermera en la labor asistencial, por tanto, se ha logrado identificar interrogantes asociados a la problemática de la evaluación de la cultura de la calidad y seguridad del paciente en organizaciones de salud. Esta es la siguiente:

¿Cómo se relaciona el grado de profesión y la experiencia laboral con la cultura de seguridad del paciente de los asistentes sanitarios del área de UCI y de hospitalización de la Clínica Perfecto Body de la ciudad de Santa Marta?

1.3. Justificación

La contribución de elementos científicos, la práctica que representa el conocimiento y el compromiso ético-humano, permiten la construcción de profesionales de enfermería de una manera integral por tal motivo, nace la necesidad de constituir estos elementos para dar garantía de un servicio profesional eficiente; que contribuya al buen cuidado, la calidad y seguridad del paciente entonces, la relevancia de fortalecer la salud con bases teóricas y científicas son consideradas favorables en la práctica del cuidado desde la perspectiva disciplinar que les brinde satisfacción y permita obtener resultados óptimos en los pacientes (Rojas & Durango, 2010).

Porque en teoría, la búsqueda de dar respuesta a los individuos ante los problemas de orden de salud que repercute en el social y en el económico, promueve la descentralización del bienestar en los que se encuentran inmersos los eventos adversos que de alguna manera están relacionados con las prácticas clínicas de los productos y del sistema (Velasco, 2019). Rojas & Durango (2010), mencionan que la implementación de herramientas para la ejecución de la labor asistencial incluye el proceso de atención

de enfermería (PAE) como su principal elemento para brindar confianza al paciente y sus familiares. De este modo, la aplicación de este instrumento debe ser primordial en todas las áreas de los centros asistenciales teniendo en cuenta los grados de complejidad.

Velasco (2019), argumenta que, para la OMS en 2018, los eventos adversos realizados por los profesionales de la salud han provocado amenazas a la seguridad del paciente. Estas fallas en ocasiones llegan a registrar secuelas de grado inferior que no son registradas pues, suelen pasar inadvertidas, pero en algún momento existen secuelas de mayor grado que resultan en lesiones graves físicas o psicológicas tanto así que pueden ocasionar la muerte del paciente, realmente la seguridad del paciente está caracterizada como la prevención, mejora y disminución de resultados adversos que se originan a consecuencia de la atención de salud.

En efecto, la magnitud de la complejidad del tema que se aborda en este estudio pues considerando en el estudio de Mir (2019) dice que en:

“la actualidad, existen evidencias que reflejan que la atención sanitaria sigue siendo peligrosa, mostrando cifras de 251.454 muertes anuales el resultado de los eventos adversos en los hospitales de los EEUU, convirtiéndose en la tercera causa de muerte en el país. Estos datos reflejan una magnitud del problema cinco veces mayor” (Mir, 2018, p. 7).

Se trae a colación esta cita porque en primera instancia no es lejana a la actualidad si de fecha se trata y en otra instancia porque es un dato de uno de los países que se espera por sus condiciones de desarrollo científico, social, político y demás no sea tan preocupante entonces, lo que quiere decir es que es una situación de carácter global.

Es prudente considerar la relación que tiene la investigación con las prioridades de esta región y del país por lo menos la seguridad del paciente surge con la información documentada de la incidencia de eventos adversos, que tienen impacto negativo en salud por lo menos según Gómez et al. (2011), presenta que esto se reveló en la asamblea mundial de la salud en el 2002 informando sobre los altos costos que estos eventos dejan en provisiones y las oportunidades del servicio de salud del mismo modo, afectando a la vigilancia y el mantenimiento del bienestar del paciente esta situación está explícita desde el año 2000 a partir de la publicación del libro “errar es de humano” advirtiendo el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. Entre las causas deja ver los medicamentos adulterados, baja calidad de los medicamentos, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente.

1.3.1. Convivencia

La falta de garantías en una investigación que perjudica el proceso, por eso durante la contextualización de los eventos cómplices se indica el beneficio del desarrollo de la tarea, lo que quiere decir, que para este estudio la conveniencia de su aplicación es diversa ya que emite distintos aspectos, entre ellos el aspecto de la salud, porque permite a las organizaciones de salud conocer el estado de la misma en cuanto a la seguridad y calidad de sus pacientes recordando que es el deber ser de una entidad de prestación asistencial; no es fácil para el sistema resolver este tipo de problemática tal vez por motivos de formación que vulneran la calidad del sistema de salud, otros aspectos que se suman sería aspectos de orden económico, cada vez que un paciente es vulnerado por la calidad y seguridad asistencial emite una demanda económica que

no es beneficiosa para el sistema si mal es, la oferta del servicio (Mir, 2018). Según Sánchez et al (2019), la responsabilidad no es solo de una persona, sino que el proceso de atención en salud tiene por sí mismo un riesgo que incluye factores intrínsecos, extrínsecos y del sistema, que dificulta la asistencia médica integral y de calidad que son promotores de la reducción del riesgo, daños innecesarios que padecen los pacientes en la atención sanitaria.

1.3.2. Relevancia social

Para los fines de la justificación la relevancia social es un subtema alterno que se involucra en la prestación del servicio sanitario por eso se señaló en uno de los párrafos anteriores, cada vez que se evalúa la problemática donde los individuos están involucrados existe la posibilidad de inmiscuir el marco social; advirtiendo el compromiso que repercute en una necesidad del derecho a la salud, permaneciendo el compromiso social, por razones de desarrollo en la toma de medidas para la calidad y seguridad de las personas, se enfatiza que la complejidad de los errores de seguridad y calidad del paciente en la atención sanitaria evidencian la concienciación de las probabilidades de sesgos el desarrollo de las directrices sanitarias (Fondahn et al., 2017).

Por lo pronto, autoridades como el estado y organizaciones de salud en la sociedad tienen la responsabilidad de brindar condiciones apropiadas a los pacientes y dar razón a sus familiares sobre todo cuando se refiere a personas vulnerables de bajos recursos económicos para la seguridad de los pacientes (Velasco, 2019), registrado esto, la investigación mejorará la evaluación de la seguridad y atención de los pacientes a través de la notificación de los eventos adversos e incidentales que se realicen en los lugares de asistencias médicas, para brindar estándares de calidad de atención en

cualquier área de los centros asistenciales. Así mismo, permitirá ser un recurso para la toma de decisiones y establecer estrategias en pro de una cultura adecuada en el servicio asistencial.

1.3.3. Implicaciones practicas

La utilidad de los recursos pedagógicos permite generar iniciativa que recalca Fondahn et al (2017), en su manual donde hace mención a la facilidad de suministrar desarrollo educativo por medio de los estudios científicos frente a un tema directamente de seguridad sanitaria, en la utilidad de abordar iniciativas educativas que permitan colaborar con la formación del servicio de enfermería, médico y hospitalario dando paso a mejoras en la calidad y seguridad del paciente además, que asegura la formación de generaciones futuras como estudiantes de medicinas y profesionales sanitarios con conocimientos de la importancia del servicio de la calidad y seguridad del paciente.

Cada vez que se realiza una investigación el aspecto mejor bonificado es el aspecto educativo, debido a la importancia de hacer estudio es decir, de realizar investigación de comprender cómo los eventos son evaluados durante un análisis espacio-temporal, que en casos se ve a simple vista y en otros son subalternos de las practicas asistenciales, por eso se señala el valor educativos como la enseñanza que deja cada notificación de la problemática en la seguridad y calidad del paciente; la educación es una constante en evolución por tanto, busca elementos que le permitan solucionar los problemas de origen científico y practico que dado las condiciones del sistemas son representados por cuestiones notables como el entender de forma íntegra al paciente (Velasco, 2019).

1.3.4. Utilidad metodológica

Los procesos de formación metodológicos fomentan la evaluación crítica que analiza, discierne, evalúa y juzga la construcción de los conocimientos en base al método científico para la elaboración de las investigaciones; por esta razón, la relevancia de la metodología en esta investigación hace mención al raciocinio de sus beneficiarios (Aranda, 2008); el cual promete experiencias investigativas donde se tienen en cuenta elementos esenciales como el sujeto, el objeto y el método, claro está que el sujeto en este caso será el investigador el cual emprende con preguntas que en su desconocimiento teórico alberga respuestas hipotéticas por tanto, requieren de una explicación basada en evidencias, en fundamentos teóricos que expongan la seriedad del estudio, mientras el objeto trata en si de lo que el investigador desea saber o sea, de aquello que quiere conocer si existe o es una imaginación y se llega al punto del método. De la metodología que se refiere a ese proceso o la ruta por el cual el investigador debe seguir entonces, estos son los mecanismos que lleva al investigador a darle esa relevancia a la metodología como miembro de la investigación en la seguridad y calidad del paciente en organizaciones de salud (Nel, 2010).

La búsqueda de interpretar los fenómenos sociales hace parte de llegar a estos límites investigativos para descubrir la naturaleza del objeto de estudio bajo el dominio de la verdad que necesita saberlo una sociedad determinada.

1.3.5. Viabilidad

Existen obstáculos que pueden desmotivar a un investigador si se refiere a la disponibilidad de los recursos económicos, tiempo, compromisos sociales y las herramientas para el desarrollo de la investigación esto se entiende como las dificultades entre otras cosas. Cuando se acentúa la idea principal uno de los interrogantes a relucir del investigador es ¿qué tan viable es esta investigación? o será que ¿si sirve? y ¿para qué? Entonces, en toda la estructuración de la información que se tiene y la importancia para un profesional de enfermería evaluar la calidad y seguridad del paciente se hace viable para su conocimiento teórico además, que para este caso cuenta con el apoyo en el lugar que labora el investigador eso ya empieza a ser un punto a favor es decir, ya conoce su área de estudio, en todo caso tiene evidencias practicas del estado de la atención sanitaria actual no solo desde el punto de vista bibliográfico si no experimental y local, que refleja que está en peligro la seguridad y atención del paciente. Ahora veamos que, el alto riesgo que existe de lesionar a un paciente, concierne en la importancia del abordaje de éstos previo a su ocurrencia, de ahí la importancia de visualizarlos antes de que suceda el hecho y no que la asistencia sanitaria no asegure la causa de mortalidad y morbilidad (Mir, 2018, p.9).

Desde luego, sirve como herramienta de implementación en la práctica así mismo para dar a conocer esos elementos que mejoren la calidad del servicio asistencial, que presenta problemas inherentes a la atención en salud representando una situación prioritaria, en resumidas cuentas, porque la seguridad del paciente es principio fundamental y ético de la atención sanitaria en este sentido, pertenece a la calidad del servicio, su viabilidad se reduce porque es importante tener conocimiento de las

consecuencias de la mala atención del cuidado y la seguridad del paciente, porque son cientos de millones de casos al año de eventos con consecuencias graves, el dejar pacientes discapacitados y muertes y lo mejor del caso que muchos de estos casos son prevenibles entonces, son millones de eventos al año que pueden derivar en discapacidades y fallecimientos, muchos de ellos prevenibles estas consideraciones, fundamentan la respuestas a la viabilidad del estudio porque los errores acarrear una considerable carga económica en los países debido a los gastos por concepto médico y hospitalario, discapacidades resultantes, pérdida de ingresos y necesidad de reconocer compensaciones (Peñas et al., 2017).

Con respecto a la duración del estudio se hace viable debido al conocimiento y al acceso del área de estudio, por tanto, es accequible, además, que el personal de servicio de la entidad hospitalaria interactúa con el investigador por lo que labora en ese lugar y permite que la información de los incidentes pueda realizar de manera más fluida es básicamente un punto a favor para el investigador pues, le permite disminuir entre otras cosas algunos costos económicos que implique la investigación. En este orden de ideas, la viabilidad de la investigación entorna a una balanza positiva, aunque se deja claro que si bien es cierto el gasto económico que pertenece al investigador no es impedimento para el desarrollo de la investigación puesto que los recursos a consumir en el estudio no son de cifras exageradas, sin embargo, el investigador comprende que para realizar esta u otra investigación se requiere de los recursos económicos.

1.4. Hipótesis

H₀: la cultura de seguridad del paciente NO está relacionada con la profesión ni con la experiencia laboral en la Clínica Perfect Body Medical Center en el área de unidad de cuidados intensivos y hospitalización.

H_i: la cultura de seguridad del paciente está relacionada con la profesión con la profesión y también con la experiencia laboral en la Clínica Perfect Body Medical Center en el área de unidad de cuidados intensivos y hospitalización.

La mala calidad en la atención y los problemas que esto acarrea crean barreras entre los individuos y sus familias para el acceso a los servicios de salud especialmente a la población vulnerable, cuando hay una buena atención, oportuna y asequible se evita la consecución de eventos adversos y mortalidad, es menester realizar evaluaciones al personal asistencial y establecer la adherencia a los protocolos y herramientas que permitan analizar y concientizar a todo el equipo interdisciplinario que se debe satisfacer las necesidades de salud de los individuos y las comunidades como derecho primordial contribuyendo a la equidad y el bienestar, teniendo en cuenta que: cuando no hay una conjetura y existe desintegración en el sistema de salud repercute a inestabilidad en acceso al servicio de salud facilitando la inconformidad de los usuarios (OMS 2019).

Es por esto que se debe evaluar permanentemente al equipo de salud para retroalimentar y reportar las fallas y errores en la atención con el fin de mejorar y hacer cumplir lo que ya por directrices de la Organización Mundial de la Salud se determinó desde el año 2014 con “la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura

universal de salud (documento CD53/5, Rev. 2 y resolución CD53.R14 P. 17), con la que se resolvía avanzar en el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad”.

En síntesis, la conceptualización de la seguridad del paciente ha sido personificada como la prevención y el análisis de los registros de eventos adversos que presta los asistentes sanitarios, teniendo presente la problemática que manifiesta un problema de salud pública. Que afecta directamente a la sociedad, debido a ciertos movimientos o factores que inciden y vulneran la prestación del servicio con errores e inseguridad, destruyendo la confianza por la vida. Dentro de los individuos involucrados en los hechos están los profesionales de la salud debido a que están llamados a nivel institucional y personal de algunas iniciativas que buscan la disminución de eventos adversos.

En síntesis, la conceptualización de la seguridad del paciente ha sido personificada como la prevención y el análisis de los registros de eventos adversos que presta los asistentes sanitarios, teniendo presente la problemática que manifiesta un problema de salud pública. Que afecta directamente a la sociedad, debido a ciertos movimientos o factores que inciden y vulneran la prestación del servicio con errores e inseguridad, destruyendo la confianza por la vida. Dentro de los individuos involucrados en los hechos están los profesionales de la salud debido a que están llamados a nivel institucional y personal de algunas iniciativas que buscan la disminución de eventos adversos.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

Las enfermeras son las protagonistas en el proceso de seguridad del paciente y este inicia con Florence, quien fue la creadora de la enfermería moderna y en el año 1863 planteo que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas, si comparamos tratamientos con resultados” (Raso & Hernández, 2013 p.3), fue ella quien inicio la investigación de la inseguridad en los hospitales y demostró que la formación de las enfermeras en estos aspectos podía mejorar los resultados en estas instituciones y por ende hacer el entorno más seguro para el paciente, en aquella época su idea era que además de la formación en el deber ser de la enfermería, también era función de las enfermeras la de proveer vigilancia para así identificar complicaciones y actuar a tiempo con el objetivo de finiquitar un mal resultado al paciente promoviendo la necesidad de crear entornos seguros.

En este capítulo está expuesto la fundamentación de la investigación debido a que informa acerca de las investigaciones empíricas de la seguridad del paciente, insistiendo en las conceptualizaciones. Las investigaciones empíricas de autores que transmiten distintos criterios referentes a la seguridad del paciente empleando información que argumente la investigación.

2.1. Teoría que fundamenta el trabajo

La implementación de la atención integral del cuidado de los pacientes se presenta a partir de alianzas bilaterales en centros hospitalarios que tienen como objetivo mejorar la seguridad y calidad del paciente pues, con el intercambio técnico entre el personal sanitario ofrecen una interacción bidireccional con herramientas que soportan los

procesos de atención de enfermería (PAE) en la seguridad del paciente para encontrar soluciones a la situación de salud pública (Barrientos et al., 2018); como el tiempo avanza, la calidad asistencial ha ido situándose lentamente en el centro de algunas de las organizaciones de salud en el sistema sanitario pues según Gonzales et al (2017), el monitoreo, la medición y la calidad de la seguridad del paciente en unidad de cuidado intensivo presenta un gran reto para las organizaciones de salud debido a los eventos adversos que ocasionan riesgos físicos, psicológicos incluso riesgos letales.

Por tanto, la serie de sucesos entre las que están la mala atención de calidad y seguridad del paciente causan entre el 20% y el 40% de todo el gasto en salud, dejando claro, que se malgasta a causa de una atención de calidad deficiente (Barrientos et al., 2018). Que suma la complejidad de las enfermedades vulnerando la actuación del sistema de salud y deteriorando la calidad asistencial (Martínez et al., 2017).

En Colombia por lo menos sobre el costo de las Infecciones del Torrente Sanguíneo (Bacteriemias) una causa de la deficiencia atención sanitaria trae consigo costos directos de la atención que aumentan la magnitud del problema, se recalca este evento debido a que es uno de los eventos adversos más graves asociados a la atención integral de estos pacientes, ocasionando una elevada morbilidad, mortalidad y costos por atención (Zavala & Gonzales, 2019).

2.2. Atención asistencial al paciente

El proceso de atención en enfermería es una técnica basada en la sistematización que necesita la intervención humanística del profesional, tanto sus habilidades y actitudes de manera racional dirigidas a un individuo, familias y a una comunidad;

haciendo parte de la calidad del cuidado. Por tanto, su actividad corresponde a la realización de un planteamiento de salud dinámico desde la técnica hasta la práctica (Caro & Guerra, 2011). La naturaleza del proceso de atención de enfermería en los casos clínicos es de carácter interactivo dentro del plan de cuidados.

Ahora bien, dentro de la calidad del cuidado se crea el modelo de una integración que permite la sistematización del proceso de enfermería a través de competencias exigentes, en las que se desarrolla componentes técnicos hasta un desarrollo personal; estos roles que desempeña el profesional componen un marco para el diseño de los criterios de los resultados medibles, cuya obtención coherente lleva a alcanzar la excelencia en la práctica profesional. Pues, la calidad de un servicio de salud, parte del nivel de competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales (Marquetti, 2016).

2.2.1. análisis conceptual de la seguridad del paciente

La calidad y seguridad del cuidado se le atribuye al sistema de salud según (Romero, 2009) como las características del sistema de atención integral de salud, y para llevar a cabo su trabajo se necesita de la reorganización de un equipo, es evidente que puede ser mejorada y esto se debe a los estudios científicos realizados y a la experiencia del profesional en la práctica de la enfermería. La evaluación de la percepción de la calidad de la atención que percibe el paciente es una valoración clave de calidad asistencial, que es aceptada en la ciencia, la seguridad y calidad del paciente son términos que tienen la ruta de actividades orientadas a reducir y eliminar los eventos adversos que se producen como consecuencia de la no utilización del PAE ocasionando

cambio cultural e la culpabilidad de los profesionales por sus errores cometidos (Aranaz & Moya, 2009).

Los pacientes requieren atención de calidad que alberguen resultados positivos para las organizaciones de salud y para la sociedad porque la responsabilidad de la salud pública está inscrita en los actores de la salud, desde el manejo de medicamentos que no muestran grados de complejidad para su uso hasta los más volátiles que presentan riesgos para el paciente algunos factores a tener en cuenta tales como: la cantidad de dosis, las horas de medicación, ajustes de dispositivos y atención monitoreada. (Barrientos et al., 2018).

El servicio asistencial en la salud consiste en conservar el bienestar de los individuos, fundamentado el principio de la calidez y seguridad del paciente haciendo énfasis en mitigar situaciones adversas que resultan de las consecuencias en las labores del proceso de atención a la salud, esta temática ha venido trascendiendo durante la década de los 70 con investigaciones científicas y aplicación técnica, en miras de conseguir un uso adecuado de los recursos asistenciales (Aranaz & Moya, 2009). Por su parte, Cantillo (2007), sostiene que la necesidad de sentir la ausencia del miedo, del peligro, el caos, la ansiedad y demás factores establece una comodidad en el paciente en una institución hospitalaria pues, para un paciente el hecho de estar en un hospital ya le origina preocupación, por ende, sumarle una más por algún resultado adverso debido a la asistencia médica proporciona una alteración en el tratamiento de su enfermedad.

Ahora bien, se considera que la seguridad del paciente radica en evitar lesiones que agraven la salud del paciente reduciendo las fallas ocasionadas por el servicio

asistencial insistiendo en la presencia de dos fundamentos de calidad asistencial tales como:

- i. La teoría del error de Reason: Asume que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores.
- ii. . La cultura de seguridad (CS): Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad y, por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar (Rocco & Garrido, 2017, p.2).

Para González et al. (2018), la calidad del servicio es una constante para los profesionales de la salud, la aplicación de errores en el servicio presenta ingredientes que suman problemas de salud pública en el mundo, por ende, la reducción de los riesgos es la ficha para lograr la asistencia aceptable que se consolida desde la colectividad de los profesionales de la salud. En efecto, la calidad del servicio incrementa la probabilidad de vida de las personas y disminuye los actos de ocasionar un daño durante un plan de acción en la inconsistencia del bienestar de la salud del paciente, si se observa que lo errores vienen acompañados de problemas ya sea en la práctica, procedimental y del sistema llegando a una concepción de principios éticos y morales estimando las acciones de carácter humanístico por el respeto de la dignidad humana (Ramos, 2015).

Por otro lado, el sistema de salud en ocasiones no está diseñado para evitar los errores de los profesionales ya sea por falta de información, infraestructura y personal óptimo que alteran la complejidad de la seguridad y calidad del paciente haciendo difícil la prevención, convirtiendo el servicio asistencial en un dinamismo negativo en cuanto a una representatividad sanitaria, aumentando la incidencia de eventos adversos y la negligencia en pacientes (Miguez et al., 2017).

Es relevante conocer la sensibilidad de un experimento que está cuestionado por la ruta de sus variables, ellas llevan el proceso metodológico, siguiendo ciertas reglas determinadas; la importancia de una variable alude a la participación que tiene en el experimento pues, las variables al ser medidas producen la dinámica que llevan al investigador a conocer sus resultados, los mismos que darán respuesta a una hipótesis, por ello las variables tienen características únicas que determinan el destino de la investigación. Con esto se considera lo dicho por Urbina (2011), en las acciones que desarrollan los enfermeros para la seguridad del paciente y evitar riesgos, que van desde el ordenamiento de la unidad de cuidado, ayudar para suplir sus necesidades fisiológicas, el buen uso de los fármacos, establecer la comunicación con los familiares del paciente así mismo, con los miembros del equipo de salud y por supuesto las normas higiénicas y epidemiológicas que representan las características metodológicas del proceso de enfermería. De igual manera, el que hacer médico también repercute en avanzar en la calidad y seguridad del paciente con programas de gestión y políticas que identifiquen problemas tales como eventualidades adversas en el servicio sanitaria (Arreola, 2013).

De este modo la seguridad del paciente requiere que desde la labor clínica se profundice en él y se complemente con la aplicación del método científico en la

sustentación de su teoría investigativa a partir de la observación del problema, hasta la formación de una conclusión como valoración integral (Martínez, 2003), por ende la argumentación del profesional corresponde a un proceso basado en evidencias científicas fomentando el pensamiento crítico en la transformación de un sistema excelente y a mejorar el sistema en cuanto a los eventos adversos. En el estudio que aluden Ayuso et al. (2017), en la gestión de la calidad del cuidado aciertan con la mejora del cuidado pero con fluidez continua, a través de una ruta sistemática y con modelo de calidad externa que promueve la práctica segura de los profesionales de la salud, pues al mismo tiempo Ortega y colaboradores (1999), sostuvieron que el proceso de atención de enfermería condiciona al método científico por el cual la enfermera(o) identifica los problemas y/o necesidades afectadas, con el objetivo de satisfacerles o estimularles al individuo.

2.2.2. Estudios empíricos de la seguridad

La divulgación de estudios elaborados permite discutir y comparar resultados que defiendan la tesis planteada puesto que la valorización directa de los fenómenos adversos requiere de la divulgación para ser analizado por expertos sobre la calidez asistencial y así optimizar el sistema de salud pública, que encabeza las directrices del funcionamiento sanitario por lo pronto, se dará el paso a conocer estudios basados en la seguridad del paciente.

Granel et al. (2022), en España, hicieron una análisis en donde dedujeron que los sistemas mal organizados con un liderazgo inadecuado hacen que las organizaciones no sean capaces de prevenir eventos adversos por el límite en el desarrollo de la cultura de seguridad, por lo cual afirman que si el personal médico desconoce los procesos son

incapaces de prevenirlos, de tal manera que realizaron un estudio en varios países europeos en donde encontraron que en algunos como Croacia y Hungría no hay apoyo, respeto y trabajo en equipo como atributos normativos institucionales, la dotación de personal y la carga laboral fueron identificadas como áreas de mejora, las prácticas de seguridad del paciente observadas o las perspectivas de las entrevistas fueron inconsistentes con una cultura de seguridad positiva, teniendo en cuenta también que influye y/o pueden estar relacionadas con la cultura nacional o la estructura del sistema de salud.

A su vez Azyabi et al. (2022), encontraron que la posición del personal y la región geográfica tienen una influencia variable en la cultura de seguridad del paciente, las percepciones de estas y la frecuencia en la notificación de eventos adversos permitiendo la reducción de errores médicos, y el aumento de la productividad entre el personal de atención médica, este fue el primer paso para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Para el año siguiente se reporta el trabajo de Llacsá et al. (2021), en la gestión de la seguridad del paciente y calidad del cuidado de los profesionales de enfermería que laboran en un hospital de Lima (Perú), aplicando un método con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo observacional de corte transversal, conformada por 52 enfermeras; la técnica utilizada fue la encuesta, conformada por 42 preguntas. Los datos obtenidos a través de los cuestionarios fueron procesados con el programa SPSS versión 25. Los resultados indicaron con respecto a la gestión de seguridad 42.3% medio, 32.7% bajo y 25% alto, calidad de cuidado 40.4% bajo, 30.8% medio y 28.8% alto y como conclusiones

determinaron que si existe relación entre la gestión de seguridad y la calidad de atención en profesionales de enfermería.

Batista et al. (2021), encontraron diferencias entre el personal médico y de enfermería en relación a la cultura de seguridad del paciente quirúrgico, siendo enfermería el personal con más respuestas positivas, sin embargo son necesarias acciones para fortalecer la seguridad del paciente teniendo en cuenta que servicios complejos como el quirúrgico, progresivamente requieren planificación operativa y logística, tecnologías avanzadas y equipos interdisciplinarios, estos son inherentes al proceso de trabajo ante posibles repercusiones en la prestación de cuidados seguros y de calidad.

Acto anterior, una de las investigaciones un poco más recientes está la de Mogollón et al. (2020), quienes elaboraron una descripción de la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes de enfermería a través de un estudio de tipo transversal y descriptivo, con una mayoría en la muestra de sexo femenino y con una porcentualidad alta acerca del conocimiento de la seguridad del paciente concluyendo que la cultura de seguridad del paciente es de carácter técnico que debe llevarse a la práctica.

Siguiendo con otras investigaciones realizadas en el Perú, Flores (2020), muestra un estudio desde lo cuantitativo con participantes profesionales de enfermería entre licenciados y técnicos en la unidad de cuidados intensivos con un muestreo no probabilístico. El objetivo fue analizar la cultura de seguridad de los pacientes en el personal de enfermería de la UCI de un hospital en Lima; en cuanto al diseño metodológico fue observacional de tipo descriptivo y de corte transversal, los participantes fueron el personal de enfermería, la técnica utilizada para la recolección de

datos fue la encuesta, constituida por 42 preguntas utilizando la escala Likert, para el análisis de datos el software utilizado fue SPSS 25.0, los resultados determinaron que no existe una cultura de seguridad de los pacientes concluyendo y recomendando la elaboración herramientas a través de estrategias que permitan obtener la cultura de la seguridad del paciente.

En el mismo año, Chegini et al. (2020) en Irán, plantearon una investigación “Cultura de seguridad entre las enfermeras de emergencia de hospitales públicos y privados de Tabriz, una investigación comparativo”, el objetivo fue hacer una valoración la cultura de seguridad de los pacientes en los departamentos de emergencia de hospitales 16 públicos y privados, el instrumento utilizado fue el cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales, la muestra del estudio estuvo compuesta por 256 participantes, la investigación determinó que el discernimiento de la cultura de seguridad era pobre en todas las dimensiones por lo tanto concluyeron y recomendaron que debe mejorar, optimizar e incrementar algunos factores dentro de ellos la logística, infraestructura y fortalecimiento del cuidado asistencial.

Damas (2020), en su trabajo determinó la relación entre cultura de seguridad del paciente y la cultura organizacional en el personal de enfermería. Realizando un estudio de enfoque cuantitativo, tipo de investigación aplicada, de diseño no experimental y de nivel correlacional, de corte transversal realizado en el Hospital San Bartolomé durante el mes de agosto del 2019 donde participaron 100 enfermeras que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos aplicó dos instrumentos para cada variable. Encontró que el 97% fueron mujeres, 44% fueron menores de 35 años de edad, el 54% fue soltero, el 75% fue nombrado y el 38% fue del área de

hospitalización. Encontró relación significativa entre cultura de seguridad del paciente y la cultura organizacional pero no encontró relación con las dimensiones ambiente empresarial, sistema de comunicación, gerencial ni administrativo.

Dado el caso en Colombia por lo menos sobre el costo de las Infecciones del Torrente Sanguíneo (Bacteriemias) una causa de la deficiencia atención sanitaria trae consigo costos directos de la atención que aumentan la magnitud del problema, se recalca este evento debido a que es uno de los eventos adversos más graves asociados a la atención integral de estos pacientes, ocasionando una elevada morbilidad, mortalidad y costos por atención (Zavala & Gonzales, 2019).

Echando un vistazo a Mohseny et al. (2019), en donde se señala que la seguridad del paciente es la prevención y la mejora de los resultados desfavorables del proceso de atención médica, reducir y erradicar estos errores se ha convertido hoy en día en la prioridad mundial, por tanto es necesario adoptar una actitud integral en donde el trabajo en equipo es clave para la satisfacción del paciente por la atención hospitalaria, esta evaluación se hizo entre estudiantes de medicina con el fin de estudiar la percepción que tenían los médicos internos, se concluyó en este estudio que una de las principales fallas encontradas fue que la información del paciente no fue comunicada correctamente en los turnos rotativos generando fallas en la información y poniendo en peligro la seguridad del paciente.

Siguiendo en el mismo año Martínez (2019), determino el conocimiento del enfermero sobre seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. Utilizó el tipo de investigación cuantitativa, diseño no experimental y descriptivo. La muestra estuvo

conformada por 78 enfermeros con la especialidad en emergencia y desastres, con un mínimo de dos años trabajando en el servicio de emergencia del HNGAI, se empleó el muestreo aleatorio simple. La técnica utilizada fue la encuesta, que evaluó dimensiones enfocadas a la prevención de eventos adversos como: caídas, administración incorrecta de medicamentos, úlceras por presión, infecciones nosocomiales. Los resultados indicaron que los enfermeros del servicio de emergencia del HNGAI tienen un conocimiento medio sobre la seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos. Concluyendo que los profesionales de enfermería están en riesgo de cometer errores involuntarios o eventos adversos, los cuales van a afectar el estado de salud inicial del paciente trayendo consigo posibles complicaciones, negligencias y demás errores.

En Perú también Pariona (2018), construyó una investigación denominada “Cultura de seguridad de los pacientes en la UCI Quemados - Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja” presentando el objetivo de determinar la cultura de seguridad del paciente que poseen los enfermeros. Fue un estudio descriptivo, no experimental y de corte transversal, con una muestra de 50 enfermeros con el instrumento de Cultura de Seguridad del paciente de la Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ) traducida al español por Gascón y Saturno, concluyó que es necesario instaurar acciones tácticas que optimicen la cultura de seguridad en los profesionales enfermeros.

Para Torrecillas en el año 2018 en el mismo Perú estuvo a cargo del estudio basado en la “Cultura de seguridad del paciente de la unidad quirúrgica entre enfermeras y médicos que laboran en la Clínica San Pablo – Surco” con el objetivo de comparar el nivel de cultura de seguridad del ciudadano entre enfermeras y médicos, fue un estudio hipotético deductivo, cuantitativo, básico y no experimental de corte transversal de nivel

comparativo descriptivo. La población lo constituyeron enfermeras y médicos del quirófano, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia constituida por cirujanos y enfermeras, concluyó que no hay discrepancias significativas en la cultura de seguridad de los pacientes entre enfermeras y médicos.

En otro estudio Díaz (2018), a través de su investigación “Cultura de seguridad del paciente en trabajadores de la UCI del Hospital San José del Callao” tuvo como objetivo determinar la cultura de seguridad del ciudadano según la percepción de los trabajadores sanitarios de la UCI del centro hospitalario San José, fue un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y prospectivo de corte transversal, la muestra lo conformaron todos los miembros de la UCI, quienes trabajaron por lo menos seis meses ,la conclusión fue que la fortaleza hallada de esta unidad es la notificación de los eventos adversos que realiza el personal.

En ese mismo año Núñez (2018), elaboró su investigación “Cultura de seguridad del paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes – Chiclayo” con el objetivo de conocer el nivel de la Cultura de seguridad del paciente y reconocer oportunidades y fortalezas, desde el enfoque descriptivo de corte transversal en el cual utilizó la encuesta HSOPSC de la AHRQ versión española, la muestra estuvo conformada por 121 enfermeras y concluyó que la cultura de seguridad del paciente fue considerada como una debilidad (44.31%) y se debe plantear planes de mejora para superarla.

Siguiendo con los aportes científicos se menciona lo hecho por Bielostozky et al. (2018) en el área local (Colombia) en su investigación llamada “Percepción del personal asistencial sobre cultura de seguridad del paciente en el servicio de la unidad de cuidados

intensivos neonatal en una IPS de Barranquilla” presentando como objetivo evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de la unidad de cuidados intensivos neonatal. Utilizando la metodología cuantitativa, descriptiva transversal, con una n= 62 trabajadores; utilizando como instrumento la encuesta Agency of Health care Research and Quality (AHRQ) versión en español, en cuyos resultados se identificaron fortaleza: Aprendizaje organizacional, notificación de eventos, trabajo en equipo y apoyo de la gerencia del hospital en cuanto a la seguridad del paciente se tiene. Y como plan de mejora se identificó: franqueza en la comunicación, feedback y comunicación, respuestas no punitivas a los errores, trabajo en equipo con las otras áreas, problemas en cambio de turno y/o transiciones entre los servicios, dotación de personal y apoyo de la organización administrativa dentro del servicio. Se concluyó que el promedio global de respuestas negativas 24,5% respuestas neutras 23,7% y positivas el 51,9% para un total global de la adherencia de las políticas de seguridad, bajo la estrategia de la cultura de la seguridad del paciente clasificándose en oportunidad de mejora.

Por otro lado, Fontenele et al. (2017) en Brasil realizaron una investigación “Valoración de la cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos de Brasil” cuyo objetivo fue valorar la cultura de seguridad en tres hospitales estatales, fue una investigación transversal en las salas quirúrgicas y clínicas, centros ambulatorios, centros quirúrgicos, unidades de cuidados intensivos (UCI) y unidades de emergencia de tres hospitales, un total de 573 profesionales participaron en el estudio, concluyeron que los profesionales subcontractados mostraron una mejor apreciación de la cultura de seguridad que los profesionales de planta, el personal con educación superior presentó

una mejor percepción de los factores estresantes que el personal con el grado de instrucción de secundaria superior.

Mientras que, Figueiredo & D'Innocenzo (2017), manifiestan en su estudio que es fundamental fomentar una cultura de seguridad para establecer estrategias que aseguren la prestación de cuidados libres de daños, la falta de comprensión del error en los profesionales puede generar vergüenza y miedo debido al momento de reportar los eventos acontecidos, por eso es menester que las instituciones de salud, específicamente la parte gerencial, entienda que estas situaciones se presentan por fallas en el sistema y no solamente por negligencia o incompetencia del personal, por lo cual es imperativo identificar las fallas existentes y procurar buscar las medidas preventivas y no buscar culpables

El profesional de enfermería constantemente enfrenta situaciones relacionadas con las condiciones clínicas de los pacientes, la gestión de los recursos humanos y con aspectos tecnológicos que a menudo generan estrés, lo cual puede influir en la seguridad de la asistencia sanitaria, por tanto, se hace necesario reconocer los procesos y las fallas estableciendo medidas con el fin de prevenir la ocurrencia de errores y mejorar la comunicación con el personal involucrado en el proceso de atención. La percepción y supervisión del personal de enfermería influye positivamente sobre los gestores y administradores de enfermería para identificar las debilidades y limitaciones que existen en las instituciones para así implementar las estrategias que propendan hacia la construcción de una cultura de seguridad (Tondo & Guirardello, 2017).

Por último, lo realizado por Mira et al. (2016), quienes hicieron una comparación a través de un estudio conversacional de las enseñanzas que reciben los estudiantes

de enfermería y los de medicina de tres universidades con la seguridad del paciente, se observó que los estudiantes establecen buena comunicación con el paciente también, que están de acuerdo con la inestabilidad del error, por lo tanto sugieren que se debe seguir formando a los estudiantes para que sean profesionales capaces de sobrellevar retos adversos.

Se concluye que la seguridad del paciente es vulnera el bienestar de los usuarios como consecuencia de malos manejos y poco uso de modelos y estrategias del cuidado. Los estudios empíricos llevan a tener una visión de la obtención de resultados y conclusiones de la investigación pues, en breve permiten el acompañamiento informativo y divulga que puede llegar a realizarse o no la seguridad del paciente en una institución; en la observación de los registros empíricos se logran apreciar que las metodologías son similares por tanto esta investigación no se salva de la misma.

CAPITULO III MÉTODO

La ruta de aprendizaje en una investigación retoma la seguridad de cómo, cuándo y porque se realiza una estrategia metodológica teniendo, presente el objetivo, es decir, que se desea descubrir; el camino para evaluar la seguridad del paciente necesita la elaboración de un plan estratégico que posibilite el conocimiento desde la percepción del investigador para que el lector llegue a una conclusión racional. En este capítulo se expone las acciones estructurales de cómo llegar al resultado en la evaluación de la seguridad del paciente, y así procurar de condensar de manera lógica la tesis planteada.

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo general

Correlacionar la cultura de seguridad del paciente en las áreas de UCI y hospitalización con el nivel profesional y con la experiencia laboral en una institución referida por el equipo disciplinar en una institución privada de la ciudad de Santa Marta en el primer semestre de 2022.

3.1.2. Objetivos específicos

Explorar la percepción del personal de enfermería y el equipo multidisciplinar del área de cuidados intensivos y del área de hospitalización acerca de la cultura de seguridad del paciente, durante el primer semestre del 2022, mediante el instrumento cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales.

Describir la cultura de seguridad del paciente, en las dimensiones descritas por el instrumento de 8 secciones en área de trabajo, supervisor, comunicación, frecuencia de instrumentos reportados, grado de seguridad del paciente, hospitalidad, hospitalidad

continua, número de incidentes reportados e información general desde el punto de vista del personal del área de cuidados intensivos y de hospitalización durante el primer semestre de 2022.

Identificar la relación de la seguridad del paciente en área de hospitalización y en la Unidad de Cuidados Intensivos con la profesión y la experiencia laboral mediante los análisis estadísticos.

3.2. Participantes

Para esta actividad se contó con la presencia de personal de la salud entre ellos auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, enfermeros jefes y médicos conformando un grupo de 35 personas, todos ellos conformaron el grupo de estudio por que laboran en la organización de salud y cumplieron con los criterios de inclusión.

3.2.1. Criterios de inclusión

Personal que labora en el área de cuidados intensivos y hospitalización dentro de la organización de salud.

- Profesionales de enfermería
- Auxiliares de enfermería
- Médicos generales.
- Fisioterapeutas

3.2.2. Criterios de exclusión

- Personal administrativo.

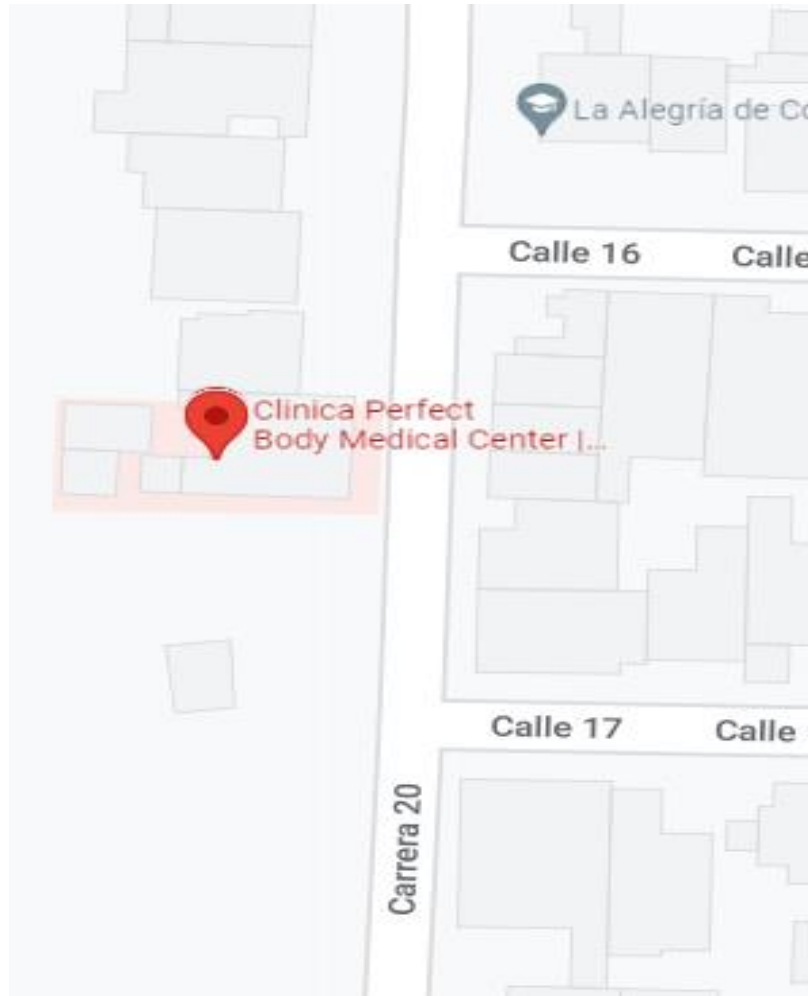
- Personal que labore en áreas diferentes a la parte asistencial.

3.2.3. La muestra

La población fue de 35 participantes por tanto al ser pequeño el tamaño poblacional la muestra es la misma de la institución en estudio.

3.3. Escenario

Para esta investigación se tuvo en cuenta un solo escenario: la Clínica Perfect Body Medical Center que es una IPS de mediana y alta complejidad que presta servicios hospitalarios y ambulatorios a pacientes con patologías agudas y crónicas, cirugía estética y otros servicios complementarios ubicada en la carrera 20# 15-110 barrio Jardín de la ciudad de Santa Marta, sus usuarios son clientes de medicina prepagada, particulares, usuarios con seguro internacional de salud, y administradoras de riesgos laborales.



Tomado

de:

<https://www.google.com/maps/place/Clinica+Perfect+Body+Medical+Center+%7C+Santa+Marta/@11.238002,74.191581,19z/data=!4m5!3m4!1s0x8ef4f50cfac3dd1d:0x4e2dbe207f7629d8!8m2!3d11.2393387!4d-74.1921535>

3.4. Instrumento de recolección de información

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario de carácter ordinal con preguntas sociodemográficas y preguntas de selección múltiple y única respuesta acerca de ítems directamente asociados al cuestionario sobre la seguridad del paciente en las instituciones de salud, este instrumento consta de ocho dimensiones, la primera

interroga acerca del área o unidad de trabajo con dieciocho preguntas, la segunda dimensión hace referencia al supervisor o coordinador, y consta de cuatro preguntas, seguidamente la tercera dimensión guarda relación con la comunicación con seis preguntas, la cuarta dimensión indaga sobre la frecuencia de los incidentes reportados y consta de tres preguntas, seguidamente se encuentra la quinta dimensión que cuestiona el grado de seguridad del paciente que se considera que existe en la institución para el encuestado, posteriormente se encuentra la sexta dimensión en la cual se valora la opinión acerca del hospital o institución y encontramos con esta once preguntas, la dimensión siete cuestiona el número de incidentes reportados con seis preguntas y por último está la octava dimensión que abarca información general acerca del encuestado con seis preguntas, para un total de 55 preguntas. Dentro de los interrogantes asociados a la cultura del paciente se plantean los eventos adversos en sus constantes reportes; en la etapa de recolección las respuestas fueron estilo escala Likert.

La necesidad de garantizar la consistencia interna de la covariación que se encuentran en los ítems del cuestionario lleva a esta investigación emplear un test o prueba de confiabilidad, para este se considera la aplicación del Alfa de Cronbach que desde el soporte científico de Rodríguez & Reguant (2020), validando su estudio a través del alfa de Cronbach con resultados de 0.758 sostienen que la fiabilidad de su investigación es positiva así mismo, consideran que sirve de soporte metodológico para investigaciones.

3.5 Procedimiento

Para lograr el propósito de la investigación se realizó un estudio de tipo comparativo de corte transversal, con modalidad de encuesta, desarrollado entre marzo y abril de 2022, luego de tener el presupuesto y adecuar el Medical Center de la ciudad de Santa Marta, una vez obtenida la autorización se coordinó tiempo y se pidió autorización a la gerencia y recursos humanos de la Clínica Perfect Body así como a los participantes del estudio para la aplicación del cuestionario previo consentimiento informado, se aplicó a las enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, médicos y fisioterapeutas.

3.5.1. Recolección de datos

La recolección de los datos se llevó a cabo durante el mes de abril en el servicio de unidad de cuidados intensivos y hospitalización de la Clínica Perfect Body Medical Center, cuando se abordó a los participantes del estudio se les dio a conocer el objetivo, seguidamente la autorización para participar en el estudio y firmaron su consentimiento, explicando de manera concisa el llenado del instrumento con la técnica de la encuesta que fue respondida en presencia de Margaritas Cabas investigadora del estudio, teniendo presente el turno de los participantes para no estropear su horario laboral.

3.6. Diseño del método

3.6.1. Diseño

Esta investigación es cuantitativa, no experimental, los datos recolectados son analizados y procesados para que permita conocer la cultura de seguridad del paciente en organizaciones de salud referida por el personal de enfermería en una organización

de salud y las variables no son manipuladas se contextualizan tal y como se llevó a cabo la investigación (Castañeda et al., 2018).

3.6.2. Alcance de estudio

Es un estudio de tipo correlacional porque se involucraron dos áreas asistenciales dentro de la institución, el área de hospitalización y la de UCI recaudando la información causal y explicativa de la cultura de seguridad en el paciente que permitió comprobar las hipótesis planteadas (Camargo et al., 2014).

3.6.3. Momento de estudio

La investigación es de tipo transversal y observacional las características del estudio son específicamente de examinar la correlación entre variables como el área de UCI y hospitalización con el tiempo de experiencia laboral y el nivel profesional de los cuidadores de la asistencia sanitaria durante un tiempo dado (Rodríguez & Mendivelso, 2018), en este estudio el investigador busca identificar la frecuencia de los eventos adversos notificados y otras variables asociadas con la seguridad del paciente.

3.7. Operacionalización de la variable

Las variables contienen indicadores que caracterizan la integración de los eventos adversos, desde los componentes de tipo cualitativo véase en la Tabla 1.

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Medición	Tipo/ Escala	Indicadores
----------	------------------------	-------------	----------	--------------	-------------

Seguridad del paciente	Ausencia de accidentes prevenibles producidos por la atención que se brinda. El objetivo del trabajo es determinar la vinculación de las competencias genéricas con las acciones que realiza el personal de enfermería para la seguridad del paciente	-Seguridad en el trabajo. -Frecuencia de sucesos identificados. -Seguridad comunicativa.	(1) algunas veces. (2) La mayoría de tiempo. (3) Nunca. (4) Rara vez. (5) Siempre	Ordinal polotomica	-Ambiente de trabajo.(Evaluación positiva del compañerismo) -Seguridad del paciente.(Actitudes positivas, adecuado y adecuado uso) - Información de errores.(inconsistentes) -Información oportuna de eventos adversos.
Profesión	Profesión de los participantes	Médico Auxiliar de enfermería Enfermera Fisioterapeuta	Ordinal		
Experiencia laboral	Tiempo de servicio en el área de la salud	Menos de 1 año 1-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años 21-más	Ordinal	Tiempo de servicio	
Área	Área en la que se desempeña	UCI Hospitalización	Nominal		

3.8 Análisis de datos

Para facilitar el tiempo de los participantes todos los datos fueron transcritos en Excel luego exportados al programa SPSS versión 25.0. Se realizaron en totalidad 35 cuestionarios utilizando el programa Microsoft forms para la recolección de los datos de los participantes. Con las respuestas inscritas para la medición, la prueba estadística de correlación que se utilizó fue la de Pearson, que mide el grado de asociación lineal entre dos variables (Dagnino, 2014); con un nivel de confianza de 0.05 para juzgar el resultado estadístico.

3.9 Consideraciones éticas

Se aplicó el estudio teniendo en cuenta la ley colombiana del ministerio de la protección social, la resolución 8430 de 1993 de (octubre 4) en el capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en donde se cita el artículo 5 que dice: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”. Además del artículo 7 que resalta que “Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación”. Y el artículo 8: “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”.

Durante el recorrido de la investigación se tuvo presente los principios éticos y el comportamiento confidencial de la investigación. Los participantes recibieron las instrucciones explicativas entendiéndose que como se cita también en el artículo 4 de esta resolución que el consentimiento Informado (Anexo 1) es un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna” por lo cual la investigadora resolvió dudas de los participantes a lo largo del proceso de investigación usando como herramienta el aprendizaje obtenido durante su transcurso por la academia y por supuesto la experiencia en la labor de enfermería.

El instrumento está especificado para personas que laboran en el ámbito hospitalario recolectando información de los factores sociodemográficos y laborales, de igual manera la experiencia y la calidad de los cuidados, entre otros, para conocer la influencia sobre las conductas y actuaciones de las enfermeras que propician la seguridad del paciente. Pero antes de ejecutar las actividades del estudio el anteproyecto de la investigación fue enviado a consideración por el comité de ética de las instituciones para su respectiva evaluación, luego de la respuesta se procedió a la recolección de datos; los resultados fueron procesados para ser sustentados ante las entidades correspondiente de área de estudio. De igual manera declaro que no tengo ningún conflicto de interés. Se anexa formato de acuerdo de confidencialidad. .

En este capítulo se observó el plan para llegar a obtener los resultados, la ruta estuvo dirigida, teniendo presente el tipo de investigación transversal y comparativa en

cuanto a las dos unidades, con indicadores de escalas ordinales y nominales asumiendo medidas de tipo escala Likert. También, se determinó el valor de N= 35 identificando los dos lugares de observación el área de UCI y hospitalización, la recolección de los datos se llevó a cabo a través de la herramienta del cuestionario con intervenciones sociodemográficas y preguntas acerca de los eventos adversos que influyen en la seguridad del paciente.

CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los procesos metodológicos tienen la finalidad de conocer la estimación del comportamiento de variables dependientes e independientes y como estas se relacionan para ejecutar una actividad, en este capítulo se conocerá el resultado de esa metodología que lleva a concluir el logro de los objetivos planteados; tras la secuencia de esta dinámica, las variables suelen tener una dirección ordinal o nominal que pueden ser medidas con escalación Likert como es el caso de esta investigación y así ser más explícitas a la hora de sus interpretación así mismo, la ejecución de pruebas estadísticas que llevan a sintetizar de forma análoga la naturaleza de la problemática.

4. Resultados

4.1. Integración de datos

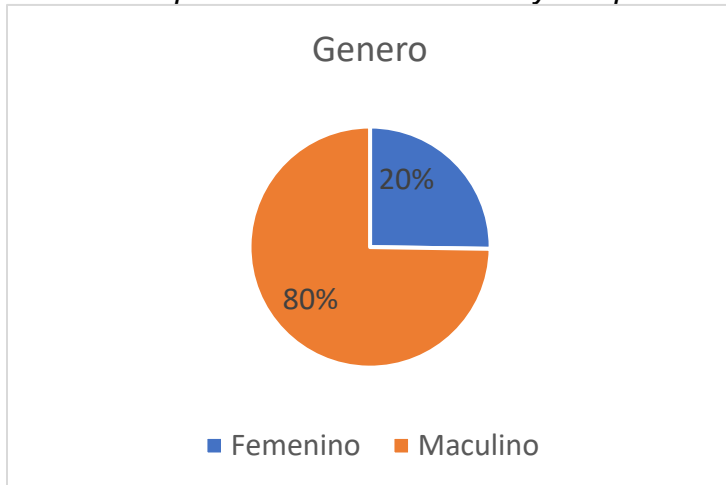
Se realizaron en totalidad 35 cuestionarios para 35 participantes utilizando el programa Microsoft forms para la recolección de los datos de los participantes, con la prueba estadística de correlación de Pearson se midió el grado de asociación lineal entre dos variables (Dagnino, 2014), obteniendo un nivel de confianza de 0.05 para juzgar el resultado estadístico, calculado en el programa SPSS por los datos proporcionados por el instrumento encuesta sobre la seguridad de los pacientes en las instituciones de salud, en cada uno de los participantes de la clínica Perfect Body.

4.2. Datos sociodemográficos

En la Figura 1 se encuentra la cantidad porcentual de los participantes que laboran en el área de UCI y hospitalización.

Figura 1.

Género del personal de área de UCI y Hospitalización



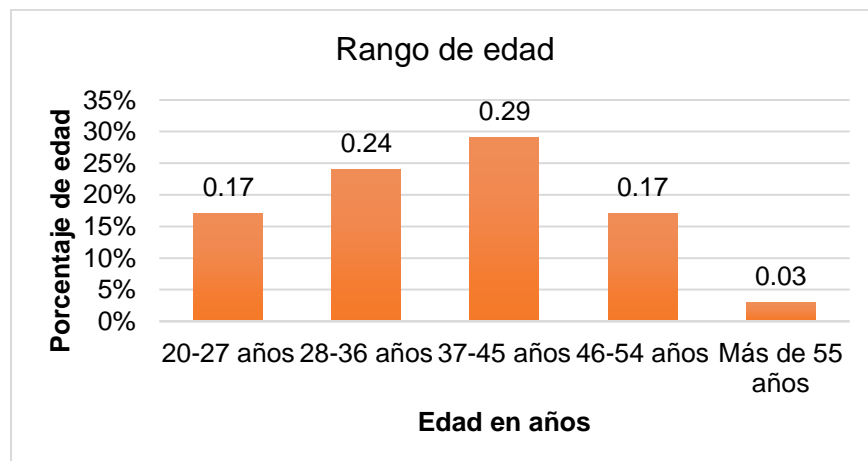
Fuente: elaboración propia

La Figura 1 representa un mayor porcentaje femenino (28 mujeres y 7 hombres), en este sentido los datos obtenidos demuestran que la mayor parte de los participantes son mujeres.

En la Figura 2 se encuentra el rango de edades de los participantes que laboran en UCI y hospitalización.

Figura 2.

Rango de edad de los participantes



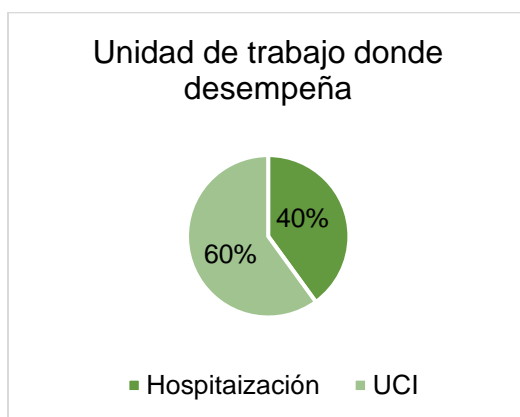
Fuente: elaboración propia

La Figura 2 representa la edad de los participantes donde casi el 30% están en el rango de 46-54 años es decir 10 personas, en este sentido, los resultados determinan un rango de edad bastante adulta.

En la Figura 3 se encuentra en cantidades porcentuales la unidad donde se desempeñan los participantes en las unidades de hospitalización y UCI

Figura 3

Unidad de trabajo donde desempeña



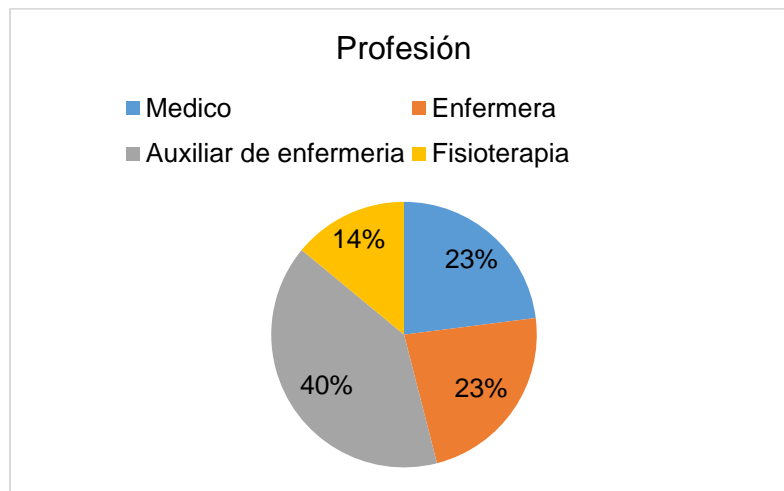
Fuente: elaboración propia

La Figura 3 representa mayor porcentualidad de participantes en el área de hospitalización, indicando que en UCI los participantes son menos.

En la Figura 4 se muestra en cantidades porcentuales las profesiones que ejercen los participantes en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 4

Profesión de los participantes



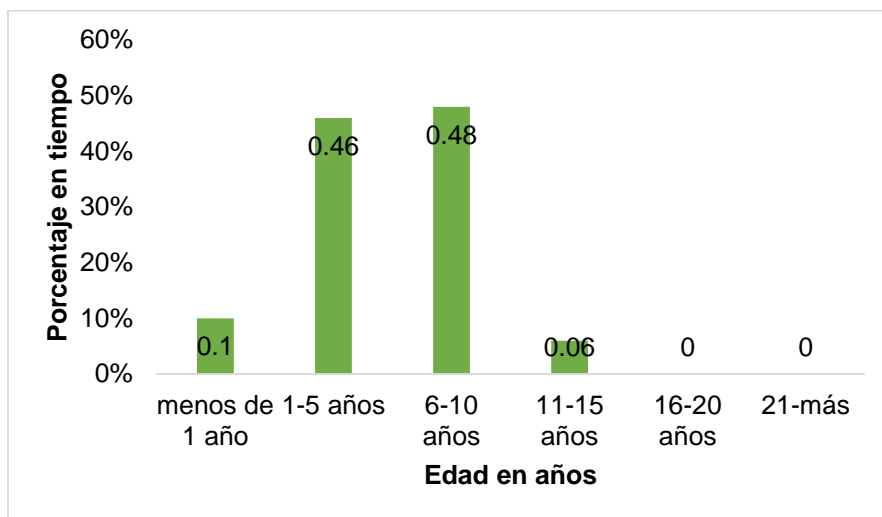
Fuente: elaboración propia

La Figura 4 representa una mayor porcentualidad de los participantes de auxiliar de enfermería, indicando que el personal asistencial con más participación en el área de UCI y hospitalización son los auxiliares de enfermería, y una menor participación de los fisioterapeutas.

En la Figura 5 se encuentra el tiempo de servicio en años de los participantes en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 5

Tiempo de servicio



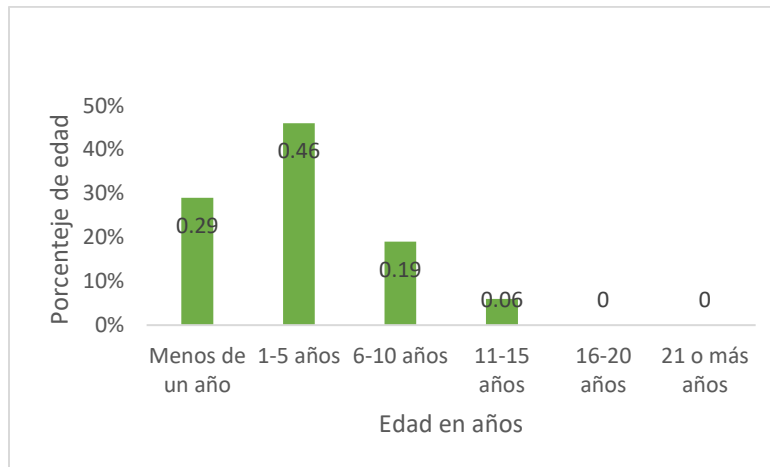
Fuente: elaboración propia

La Figura 5 representa una mayor experiencia laboral entre los 1-5 y 11-15 años es decir más del 90% de los participantes cuentan con experiencia considerable en el servicio asistencial.

En la Figura 6 se encuentra el tiempo que llevan los participantes en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 6

Tiempo de labor en su área (UCI y Hospitalización)



Fuente: elaboración propia

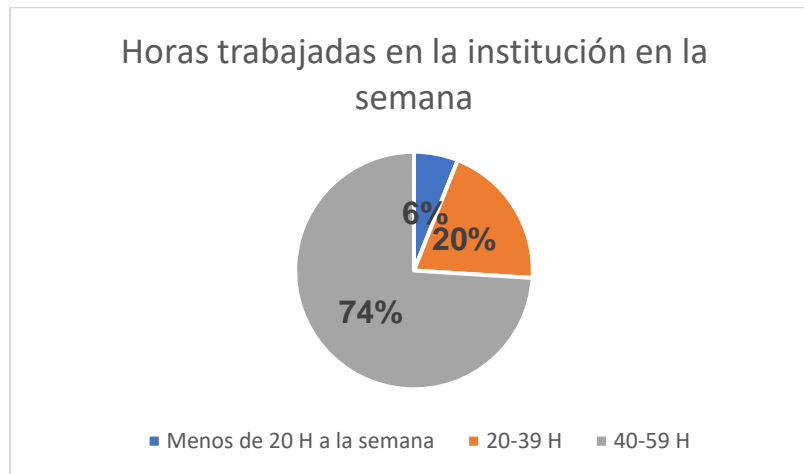
La Figura 6 representa que casi el 50% tiene experiencia de 1-5 años, indicando una experiencia ligeramente considerable.

Área de desempeño laboral

En la Figura 7 se encuentra el tiempo en horas trabajadas semanalmente en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 7

Horas trabajadas en la institución en la semana



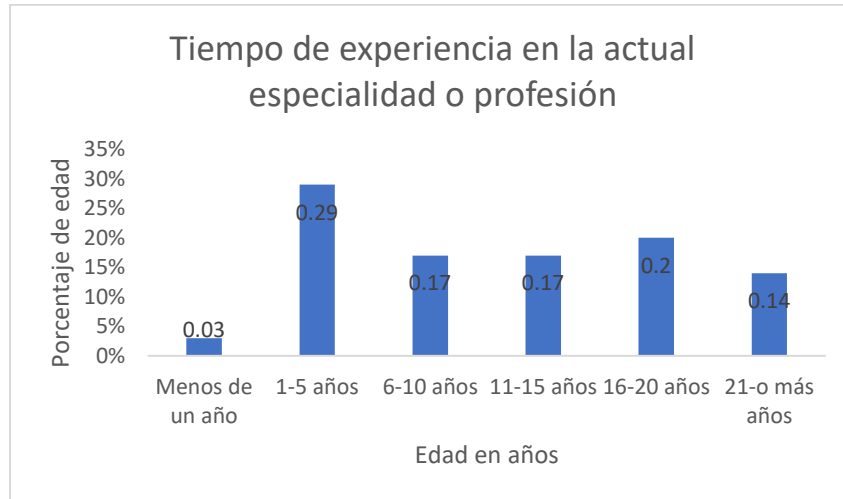
Fuente: elaboración propia

La Figura 7 representa una intensidad horaria de los participantes mayor indicando que las horas de labor semanal son significativas en el desempeño y la seguridad del paciente, en este sentido los resultados indican que existe recarga laboral en los participantes.

En la Figura 8 se muestra en cantidad porcentual la experiencia de los participantes en la labor asistencial en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 8.

Tiempo de experiencia en la actual especialidad o profesión



Fuente: elaboración propia

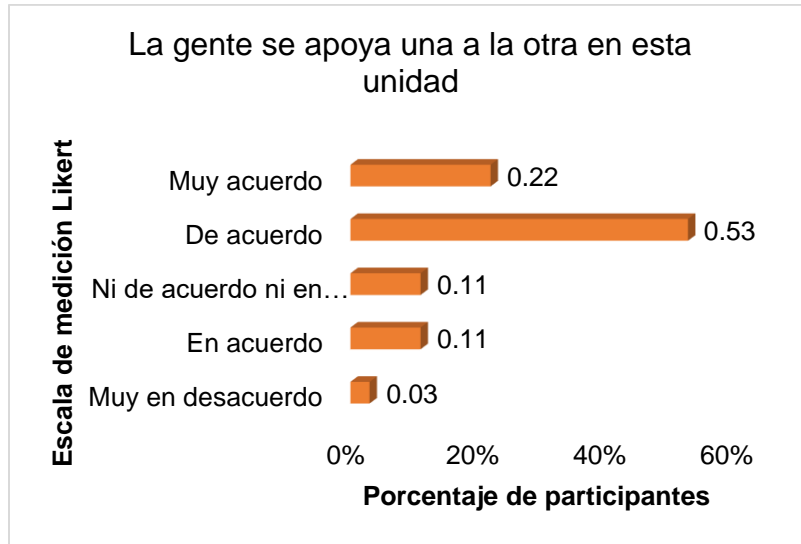
La Figura 8 representa poca experiencia en las áreas de labor pues, la porcentualidad del rango de años es muy baja, en este sentido los resultados indican que existe poca experiencia laboral de los participantes.

Aspecto unidad/área de trabajo

En la Figura 9 se encuentra el grado de apoyo entre una unidad y otra en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 9

La gente se apoya una a la otra en esta unidad



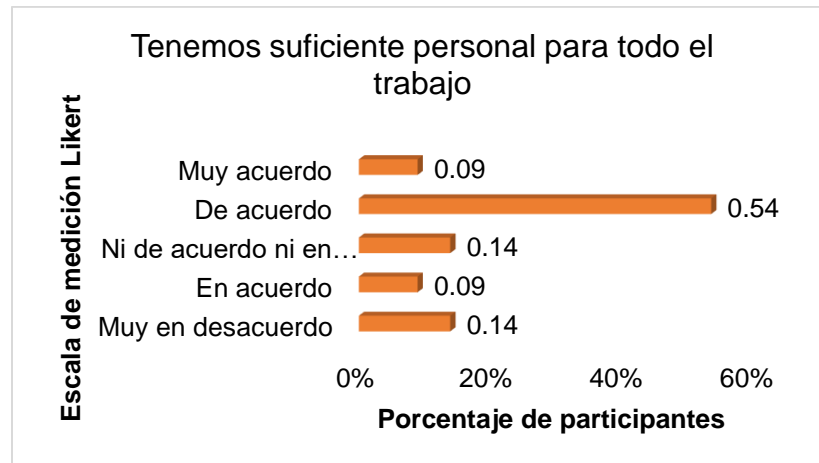
Fuente: elaboración propia

En la Figura 9 se puede apreciar que en su mayoría están de acuerdo en la existencia del apoyo entre una unidad y otra, en este sentido los resultados indican que existe compañerismo entre los participantes de cada unidad.

En la Figura 10 se encuentra la cantidad necesaria porcentual de los trabajadores que se necesitan en las áreas de UCI y de hospitalización.

Figura 10

Tenemos suficiente personal para todo el trabajo



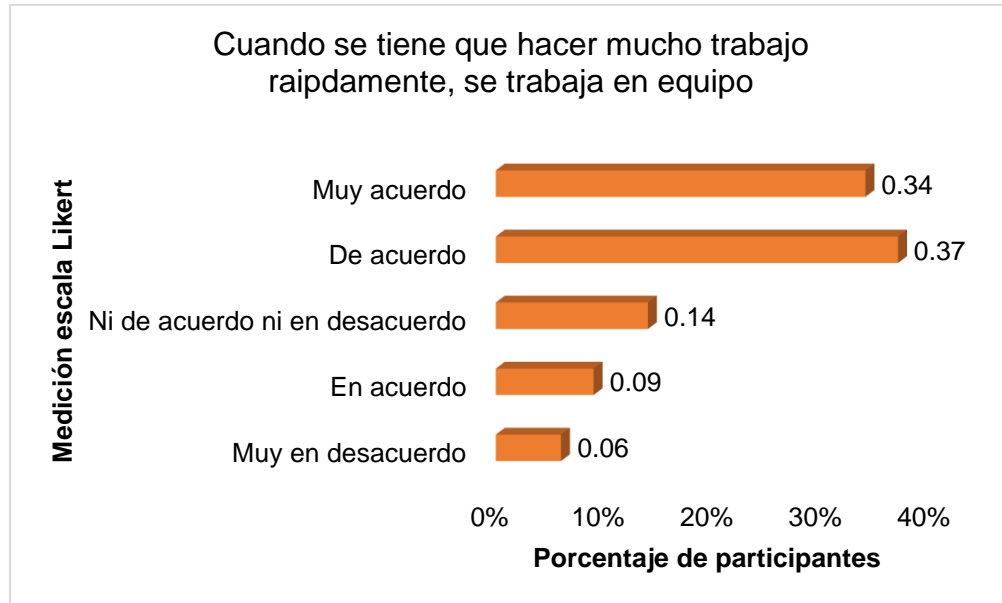
Fuente: elaboración propia

La Figura 10 representa que la mayoría de los participantes están de acuerdo con que se tiene el personal suficiente para el trabajo en las áreas de la clínica, en este sentido, los resultados indican que si hay conformidad con la cantidad de personal que hay en cada área de trabajo.

En la Figura 11 se muestra si existe trabajo en equipo.

Figura 11

Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, se trabaja en equipo



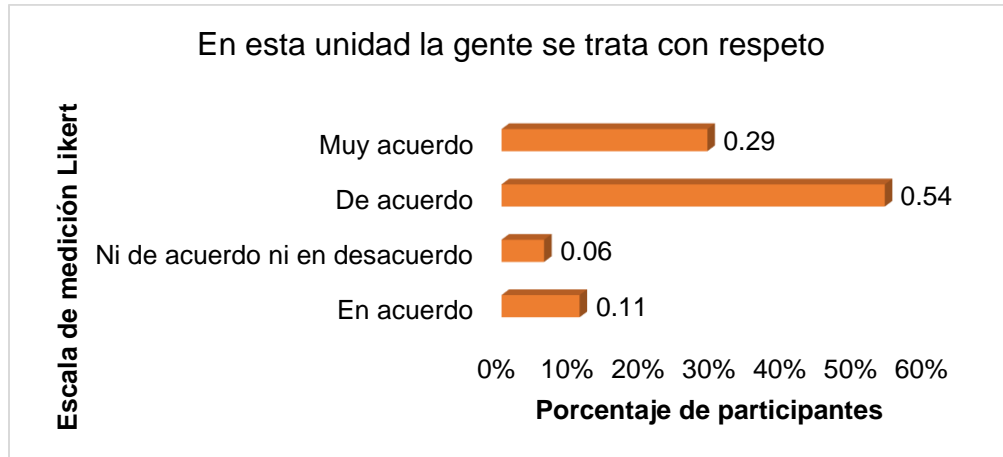
Fuente: elaboración propia

La Figura 11 representa que la mayoría están de acuerdo y muy de acuerdo con que si existe un trabajo equipo cuando se requiere de rapidez cuando hay mucho trabajo en las áreas, en este sentido, el apoyo grupal es positivo.

En la Figura 12 se encuentra la porcentualidad de los participantes que llevan un trato adecuado en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 12

En esta unidad la gente se trata con respeto



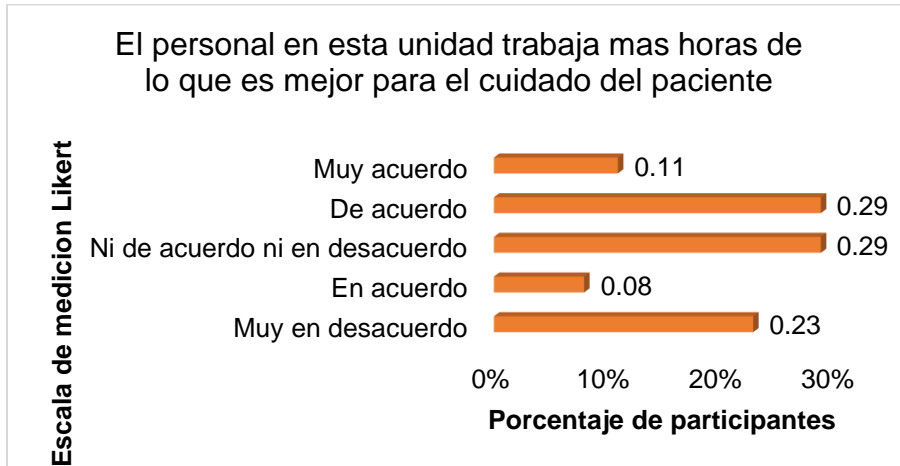
Fuente: elaboración propia

En la Figura 12 el trato de los participantes entre ellos indicando que la mayor parte si se trata con respeto es decir que existe un buen ambiente laboral teniendo presente que en su mayoría están respaldados por un valor importante.

En la Figura 13 se encuentra en cantidad porcentual la observación de horas trabajadas por el personal asistencial en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 13

El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.



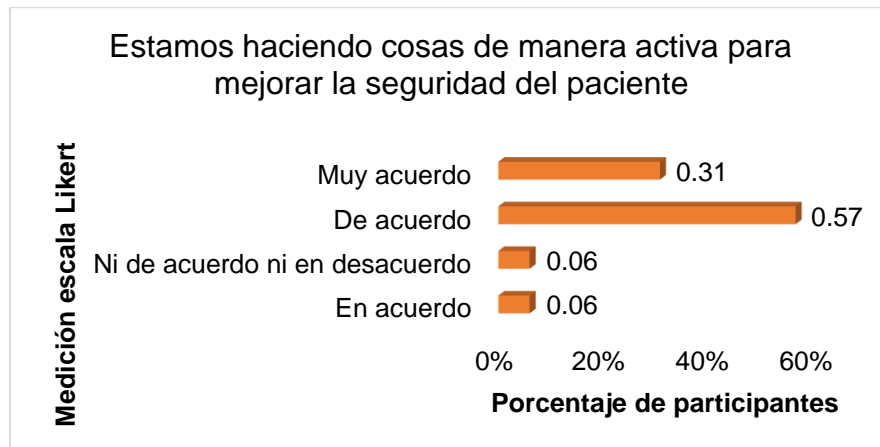
Fuente: elaboración propia

La Figura 13 representa una contrariedad con respecto al personal que trabaja más influyendo en la seguridad del paciente pues casi el 30% con el otro 30% indica que están de acuerdo y de desacuerdo ni en desacuerdo es decir no hay una respuesta concreta con respecto a las horas de trabajo en pro del cuidado del paciente.

En la Figura 14 se encuentra la porcentualidad de las actividades en mejoras de la seguridad del paciente en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 14

Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.



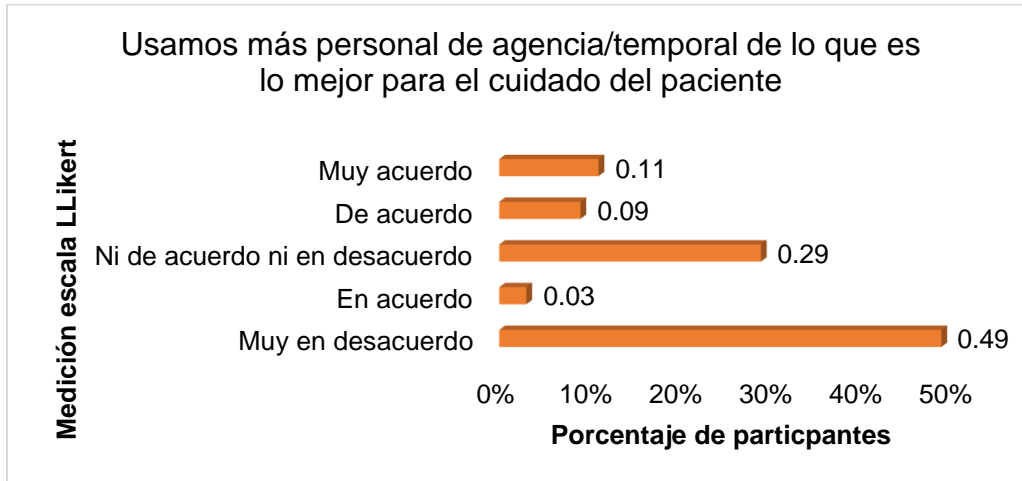
Fuente: elaboración propia

La Figura 14 representa un logro positivo con respecto a las actividades para mejorar la seguridad del paciente pues más del 50% indica que, si están de acuerdo con que, sí se están haciendo labores en este sentido, los resultados indican que la seguridad del paciente se está teniendo presente.

En la Figura 15 se encuentra la porcentualidad de uso del personal contratado para el cuidado del paciente en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 15

Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente



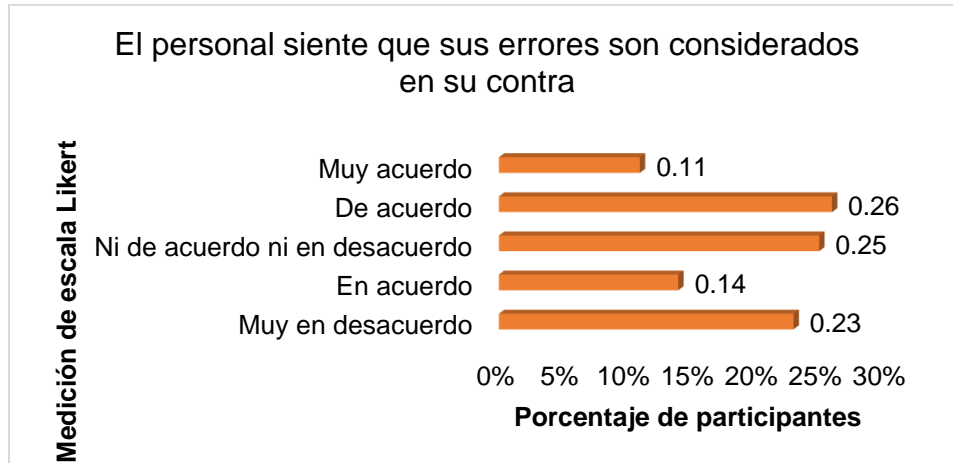
Fuente: elaboración propia

La Figura 15 representa el uso del personal que se considera mejor para el cuidado indicando que casi el 50% están muy en desacuerdo con que se usa ese tipo de personal.

En la Figura 16 se encuentra la porcentualidad de culpabilidad de los errores y que son usados para perjudicarlos en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 16

El personal siente que sus errores son considerados en su contra



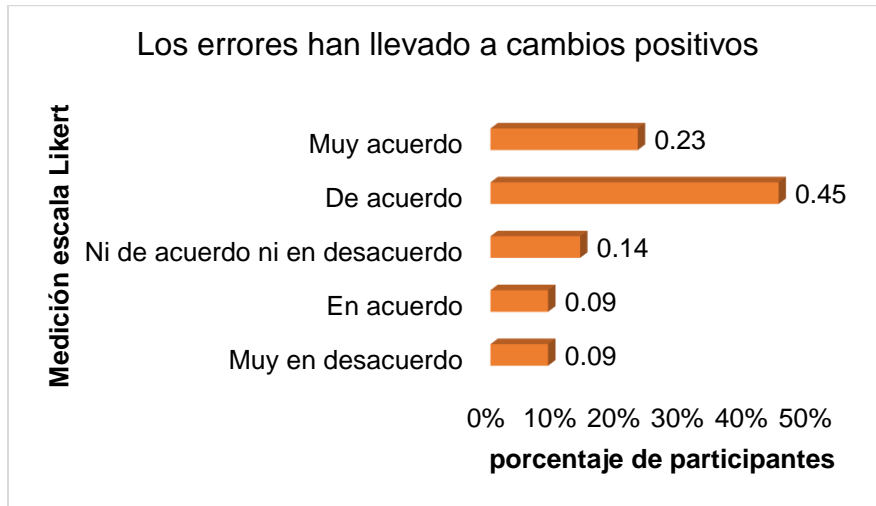
Fuente: elaboración propia

La Figura 16 representa que la mayoría están de acuerdo con que los errores adversos cometidos sí son usados en su contra, es decir, que los participantes se sienten intimidados cuando cometen un error puesto que puede ser utilizado para tomar medidas en contra de ellos.

En la Figura 17 se encuentra la porcentualidad de las decisiones cuando se cometen errores en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 17

Los errores han llevado a cambios positivos



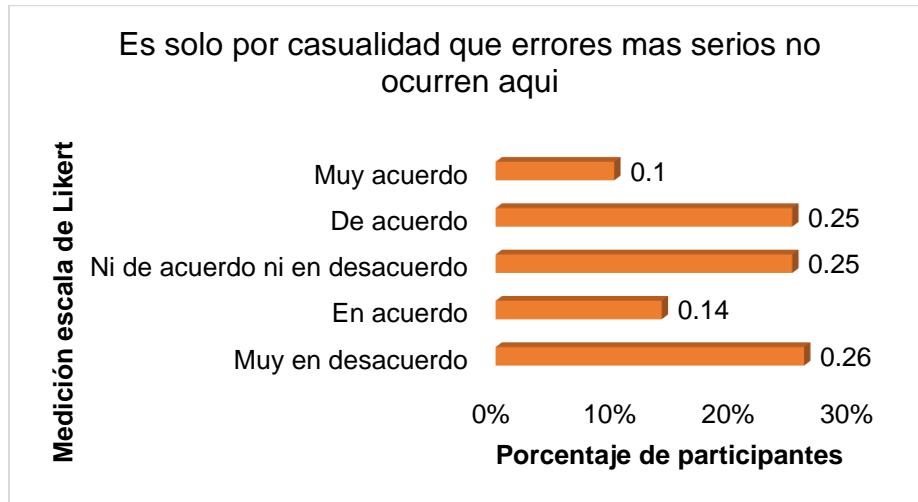
Fuente: elaboración propia

La Figura 17 representa realmente los errores han producido cambios positivos en los participantes, indicando que se adaptan mejores para ya sea la prevención o la disminución de errores en el cuidado del paciente.

En la Figura 18 se encuentra la porcentualidad de eventualidades de los errores en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 18

Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí



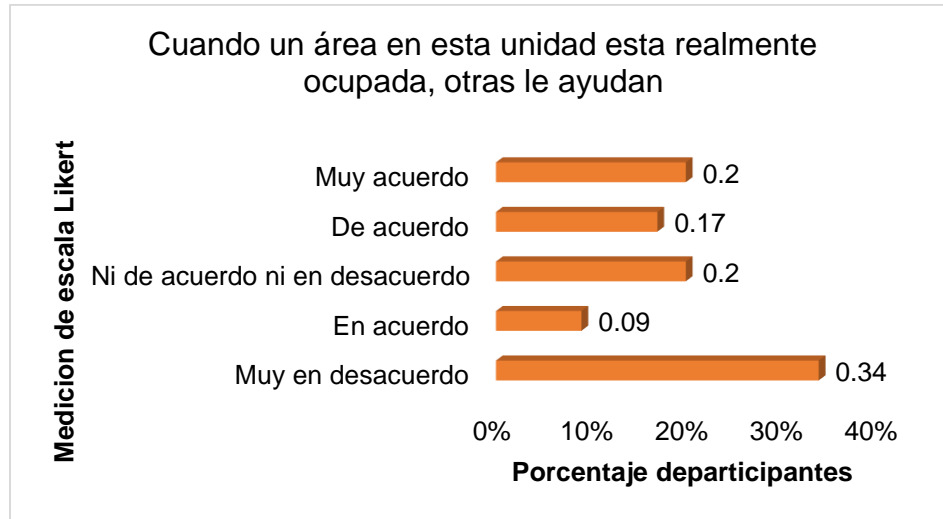
Fuente: elaboración propia

La Figura 18 representa un mayor porcentaje de participantes están muy desacuerdo en que no es casual que errores con alta complejidad no ocurran aquí, es decir no son netamente accidental los errores serios cometidos.

En la Figura 19 se encuentra la porcentualidad del apoyo del personal entre sí en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 19

Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan



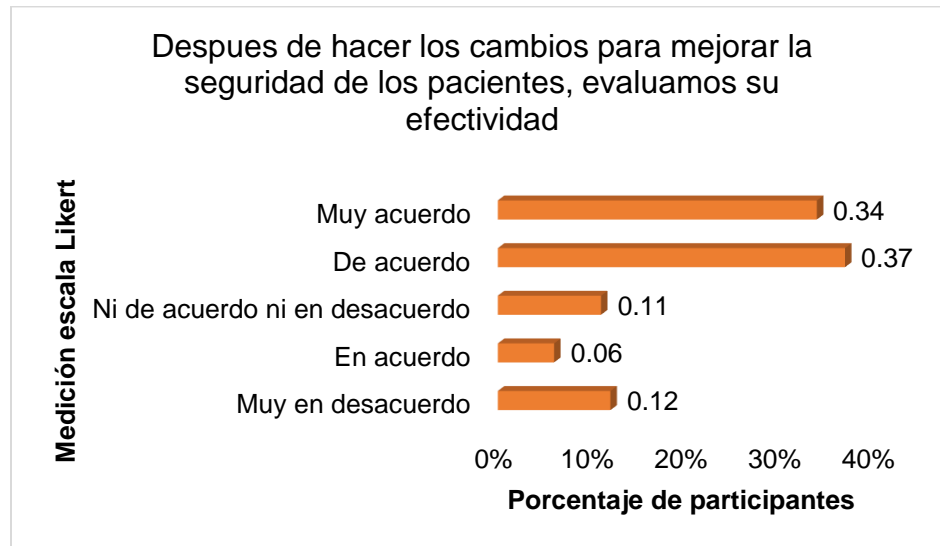
Fuente: elaboración propia

La Figura 19 indica que la mayoría de los participantes están en desacuerdo pues, no son ayudados cuando algunas áreas están ocupadas, en este sentido los resultados indican que cuando las áreas están ocupadas no tienen mucha ayuda.

En la Figura 20 se encuentra la evolución efectiva de los cambios cuando se trata de mejorar la seguridad del paciente en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 20

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



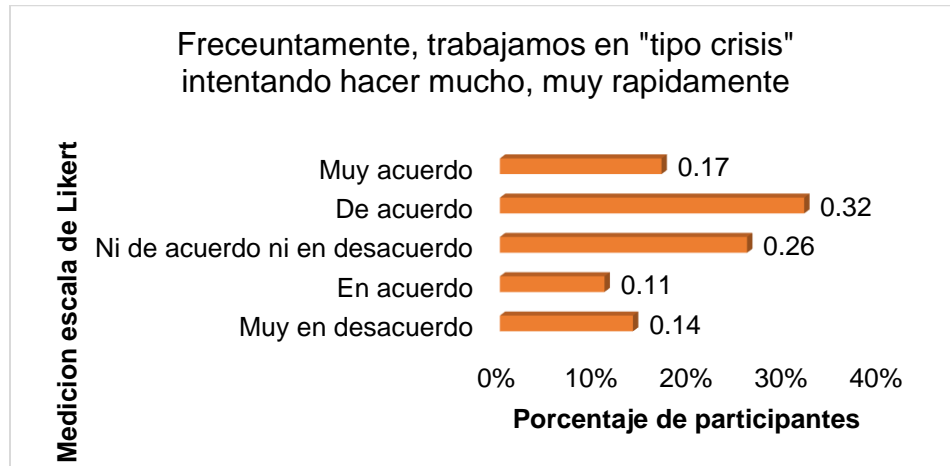
Fuente: elaboración propia

La Figura 20 representa la seguridad de las evaluaciones que se realizan cuando se reestructura o se realizan cambios que corresponden a la seguridad del paciente con una valoración positiva de los participantes, en este sentido los resultados indican que los cambios efectuados tienen un seguimiento evaluativo por el personal correspondiente.

En la Figura 21 se encuentra la porcentualidad de la rapidez cuando se trabaja en etapas críticas en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 21

Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente



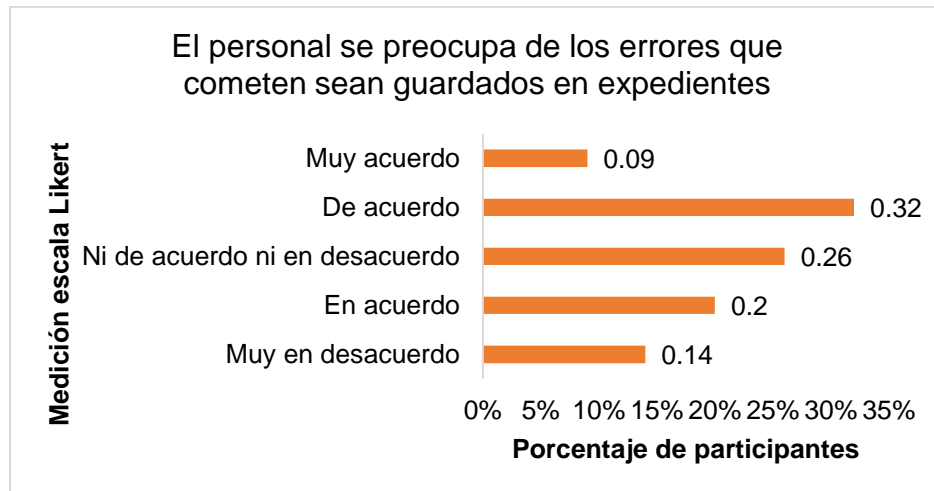
Fuente: elaboración propia

La Figura 21 representa la rapidez del trabajo de los participantes cuando hay crisis en la clínica, indicando que la mayor parte está de acuerdo que sí hay rapidez a la hora de las situaciones difíciles dentro de la institución, en este sentido los resultados revelan que el trabajo en dificultades se concluye con una rapidez aceptable

En la Figura 22 se encuentra la porcentualidad de los expedientes de la concurrencia de los eventos adversos en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 22.

El personal se preocupa de los errores que cometen sean guardados en expedientes



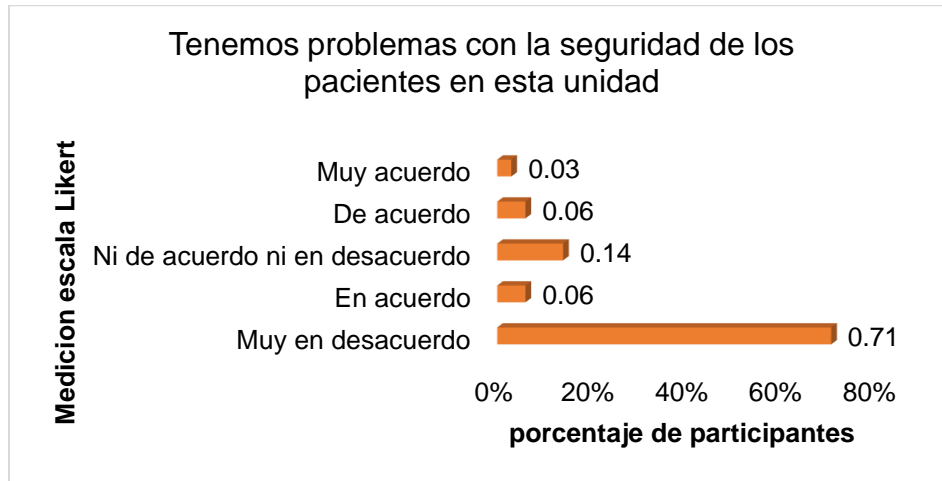
Fuente: elaboración propia

La Figura 22 representa por lo menos un poco más del 30% de los participantes están de acuerdo en preocuparse por guardar los expedientes de los eventos adversos reportados, en este sentido los resultados indican que si hay preocupación por conservar el historial de las eventualidades adversas.

En la Figura 23 se encuentra la porcentualidad de los problemas en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 23

Tenemos problemas con la seguridad de los en esta unidad



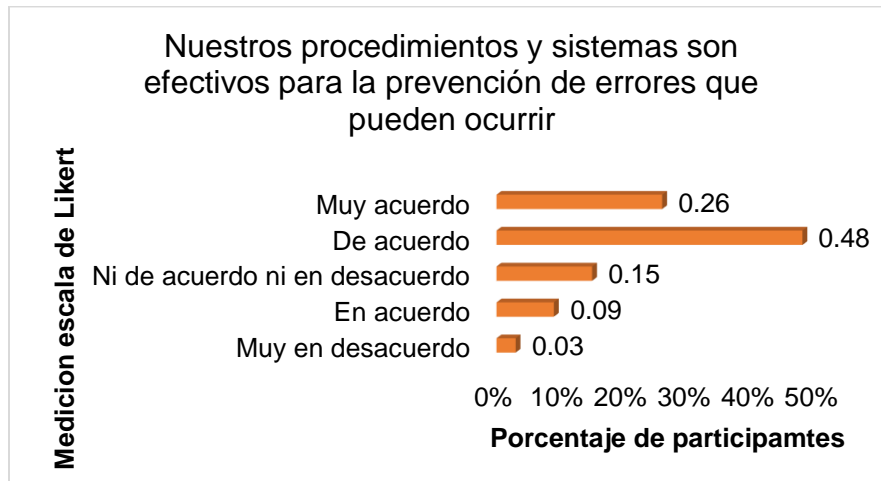
Fuente: elaboración propia

La Figura 23 representa un resultado negativo con respecto a la existencia de los problemas con la seguridad de los pacientes, es decir, la mayoría de los participantes afirman que no tienen problemas con la seguridad de los pacientes en esas unidades.

En la Figura 24 se encuentra la porcentualidad de aquellos procedimientos efectivos en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 24

Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir



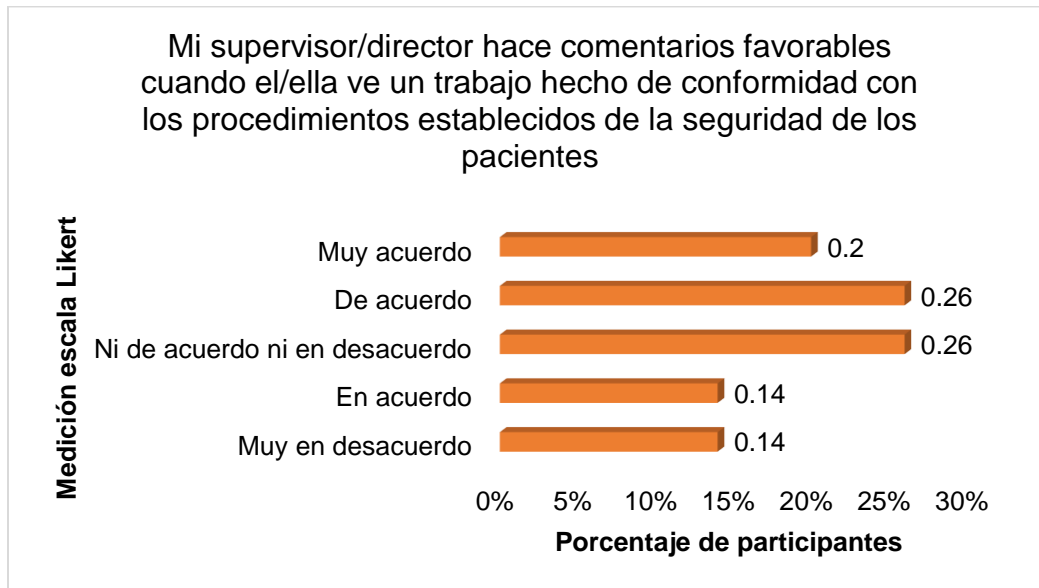
Fuente: elaboración propia

La Figura 24 representa la efectividad de actividades realizadas para la prevención indicando que los participantes están de acuerdo que los procedimientos si son efectivos para prevenir eventos adversos, en este sentido los resultados indican que las programaciones asistenciales para la prevención del cuidado en un alto porcentaje son efectivas.

En la Figura 25 se encuentra la porcentualidad de los comentarios favorables del director o supervisor en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 25

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



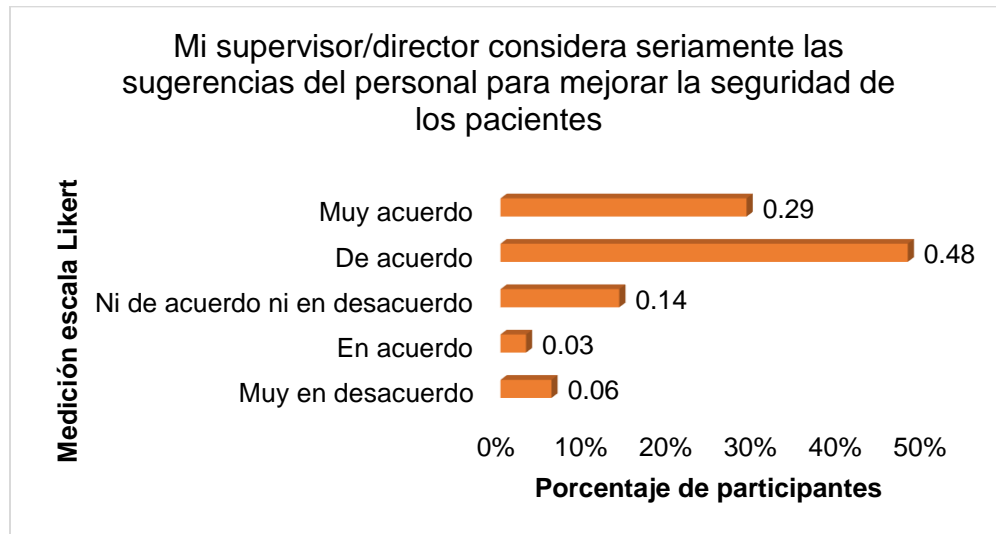
Fuente: elaboración propia

La Figura 25 representa una inestabilidad de los resultados teniendo en cuenta que los participantes están en de acuerdo en la misma totalidad que están en desacuerdo, en este sentido los resultados no son netamente explícitos a la hora de lograr saber si el director/supervisor hace cometarios positivos de los procedimientos que se establecen en la seguridad del paciente.

En la Figura 26 se encuentra la cantidad porcentual de la aceptación por parte de los directivos de las opiniones del personal en mejora de la seguridad de los pacientes en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 26

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



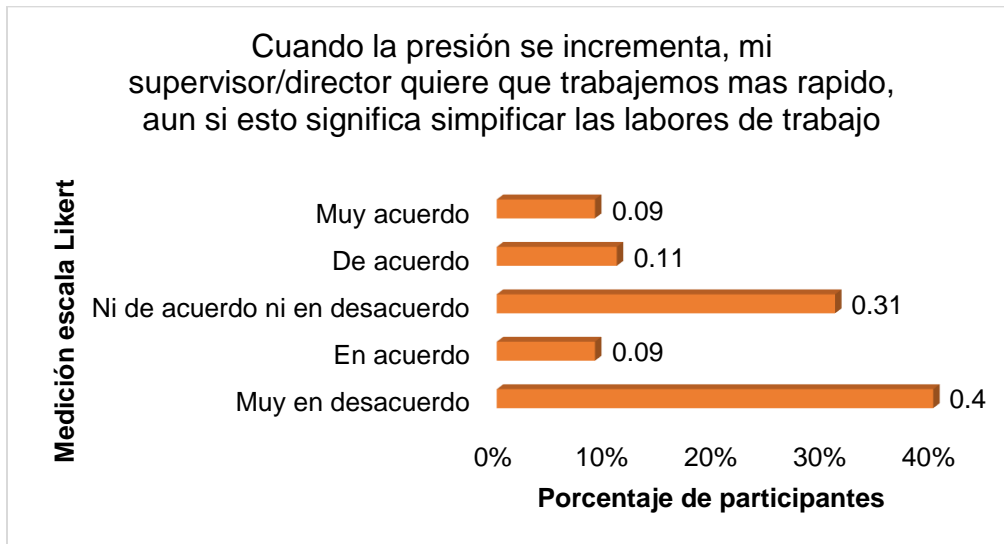
Fuente: elaboración propia

La Figura 26 representa las apreciaciones o consideraciones positivas con un índice alto de aceptación por parte de los directivos con respecto a lo que sugiere el personal para mejorar la calidad del paciente en este sentido, los resultados indican que el personal es tenido en cuenta para mejorar la seguridad del paciente.

En la Figura 27 se encuentra la cantidad porcentual de la exigencia del director en el incremento de las labores en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 27

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



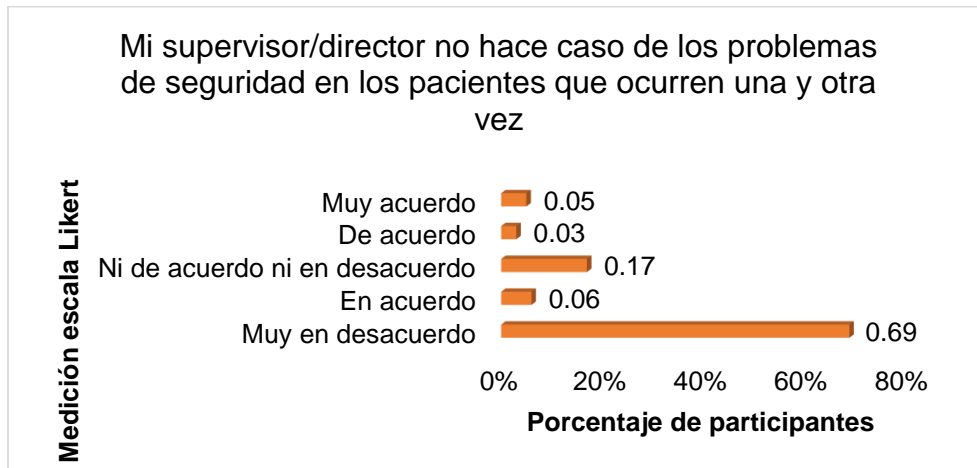
Fuente: elaboración propia

La Figura 27 representa una “neutralidad” de los participantes con respecto a si hay incremento de las exigencias cuando hay mucho trabajo por partes de sus superiores. En este sentido, los resultados indican no hay una respuesta ni positiva ni negativa en lo que respecta a los directivos por incremento de labores.

En la Figura 28 se encuentra la cantidad porcentual del compromiso de supervisor/director de los problemas de seguridad en los pacientes en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 28

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



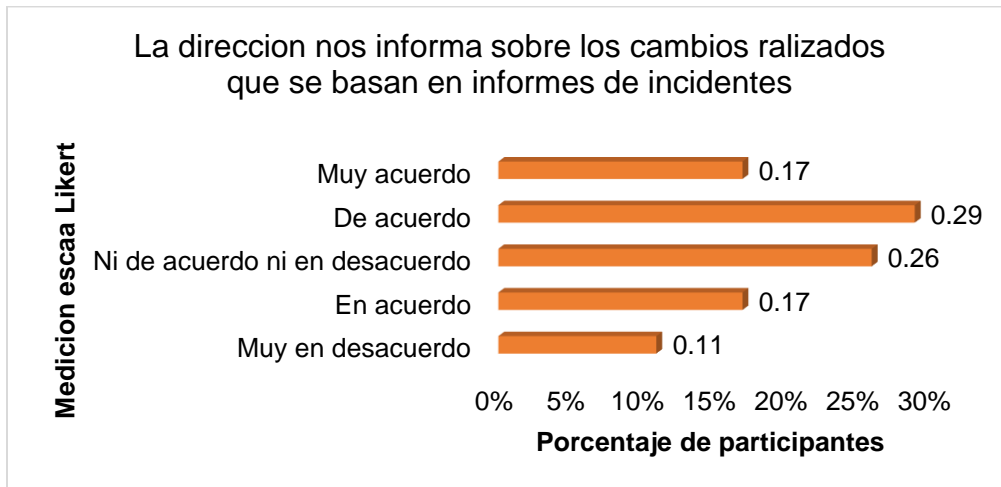
Fuente: elaboración propia

La Figura 28 representa el compromiso de supervisor/director con la seguridad del paciente indicando que, si tienen presente las dificultades de la seguridad en los pacientes, en este sentido, los resultados afirman que apenas la minoría alrededor de un solo participante comentó que no hacen caso los directivos a la seguridad del paciente.

En la Figura a 29 se encuentra la porcentualidad de los informes de eventos adversos que son sometidos a evaluaciones en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 29

La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes



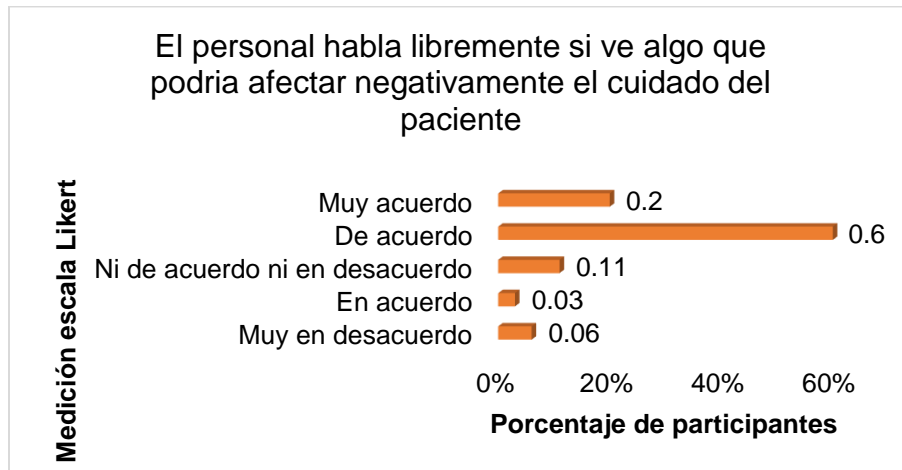
Fuente: elaboración propia

Esta Figura 29 representa una comunicación un poco pobre con respecto a los cambios que se realizan con base a los eventos adversos que son informados por parte de la dirección de la clínica en este sentido, los resultados indican que la comunicación no se hace relevante en cuanto a los cambios y decisiones que se toman de los incidentes reportados por parte de la dirección.

En la Figura 30 se encuentra la cantidad porcentual de comentarios sobre el cuidado del paciente en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 30

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



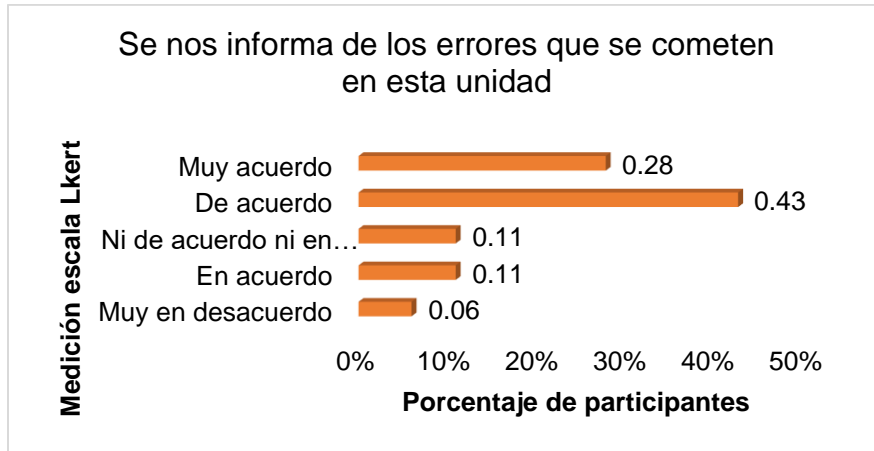
Fuente: elaboración propia

La Figura 30 representa un índice alto a cerca de la libre expresión de temas que afecten el cuidado del paciente en este sentido, los resultados indican que la mayoría están de acuerdo que se habla libremente de este tema.

En la Figura 31 se encuentra la cantidad porcentual de los informes de eventos adversos en la unidad de hospitalización y UCI.

Figura 31

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



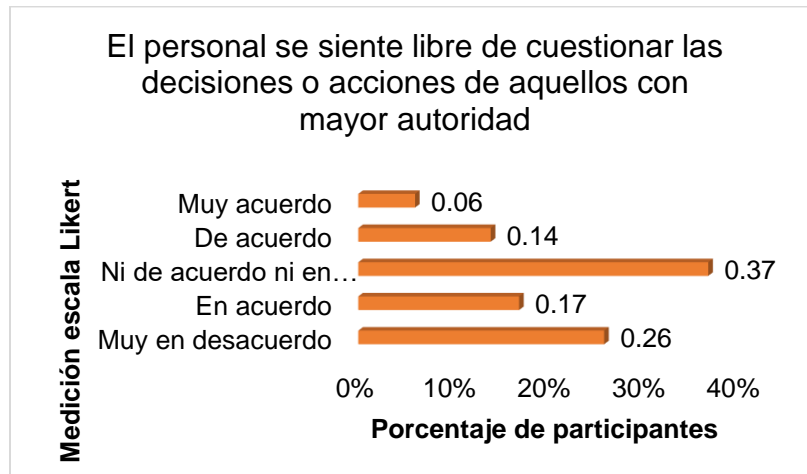
Fuente: elaboración propia

La Figura 31 representa que, si existe información hacia los que laboran cada unidad de los errores que se cometen, En este sentido los resultados indican que la unidad se encarga de hacerles saber de aquellos eventos irregulares que suceden en la unidad.

En la Figura 32 se encuentra la cantidad porcentual de comentarios del personal en a las decisiones de sus superiores en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 32

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



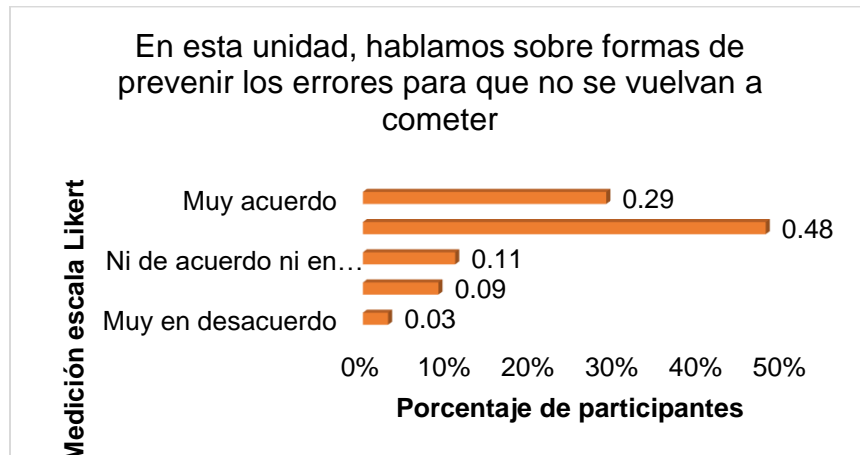
Fuente: elaboración propia

La Figura 32 representa un indicador neutral debido a que los participantes no están seguros de sentirse libres de opinar sobre las decisiones de sus superiores.

En la Figura 33 se encuentra la cantidad porcentual de las opiniones de los participantes para prevenir los eventos adversos en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 33

En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores que no se vuelven a cometer.



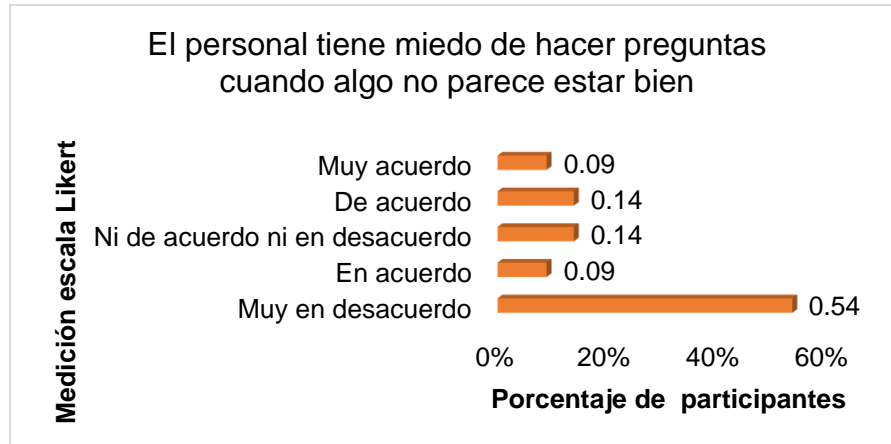
Fuente: elaboración propia

La Figura 33 representa un alto valor del dialogo que se conforma con el personal para mitigar los errores adversos que afectan la seguridad del paciente en este sentido, los resultados indican que el que la mayoría de los participantes están a favor de prevenir los errores que dañen la seguridad del paciente.

En la Figura 34 se encuentra la cantidad porcentual de los participantes que le temen a cuestionar las malas decisiones en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 34

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



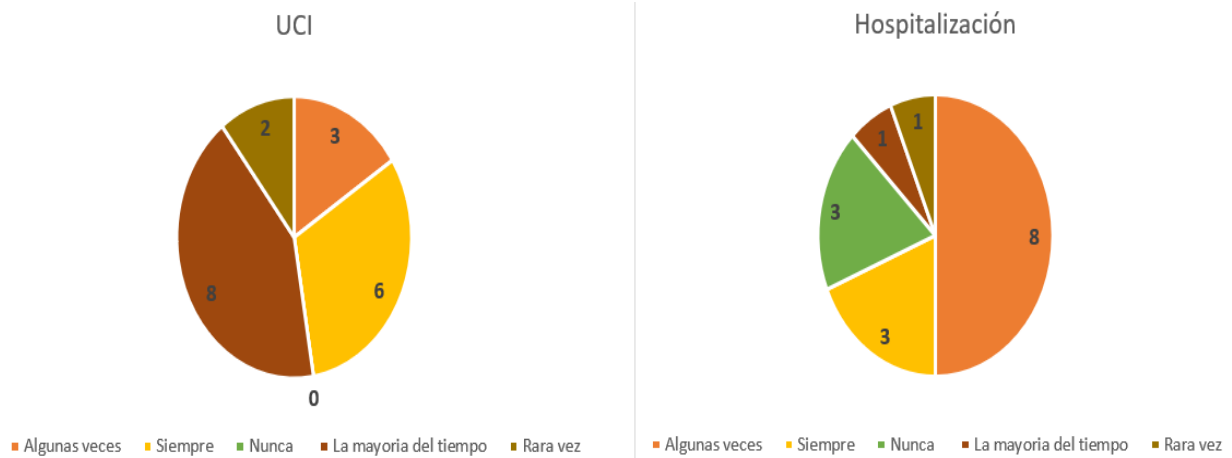
Fuente: elaboración propia

Esta Figura 34 representa la autoridad de los empleados para hacer sus preguntas cuando no están de acuerdo con algunas decisiones, es decir, no tiene temor a preguntar u opinar de las decisiones que se toman.

En esta Figura 35 se encuentra la frecuencia en la que se reporta un error que afecta al paciente por área (UCI y hospitalización).

Figura 35

*Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente
¿Qué tan a menudo es reportado? En UCI y en Hospitalización*



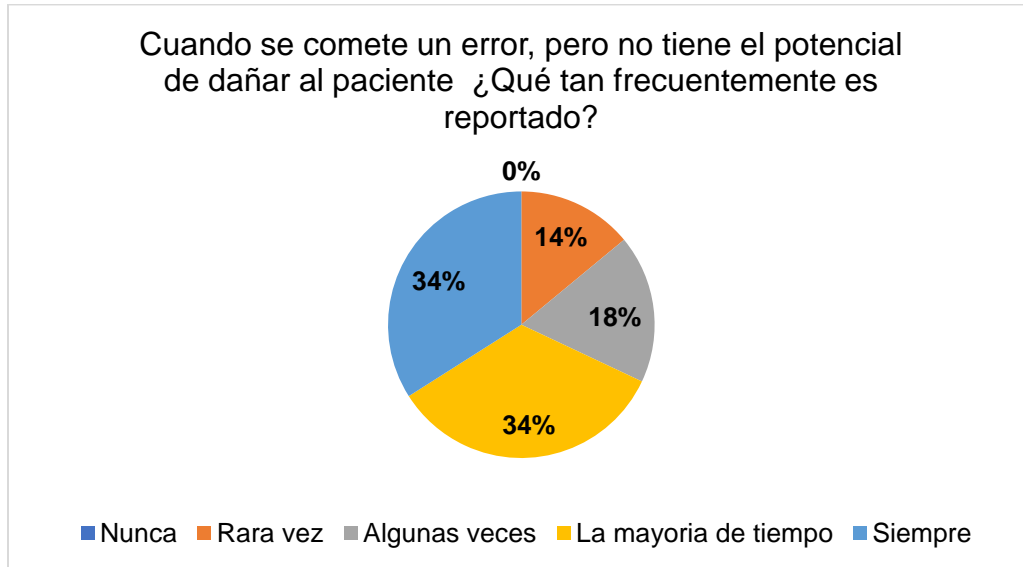
Fuente: elaboración propia

La Figura 35 representa el área de UCI el reporte se hace la mayoría del tiempo es decir es positivo el balance, mientras en el área de hospitalización algunas veces se hacen los reportes y se corrigen indicando que la reacción ante los errores cometidos tiene un poco de deficiencia con respecto a la UCI. En este sentido los resultados indican que en UCI hay un mayor cuidado con corregir los errores.

En la Figura 36 se encuentra la cantidad porcentual de la frecuencia de los errores reportados en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 36

Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Qué tan frecuente es reportado?



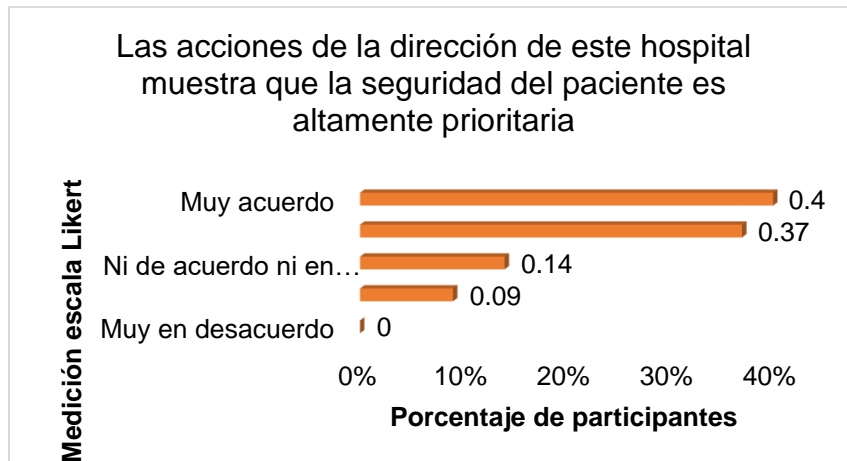
Fuente: elaboración propia

Esta Figura 36 representa una eficiencia de los reportes de eventos adversos cuando no tiene la variación de dañar al paciente, es decir, si ven la necesidad de reportar un error cuando no tiene grado de complejidad por tanto no omiten el reporte puesto que la mayoría de participantes menciona que lo hacen siempre o la mayoría de tiempo.

En la Figura 37 se encuentra la cantidad porcentual en la importancia que le da el director a la seguridad del paciente en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 37

Las acciones de la dirección que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.



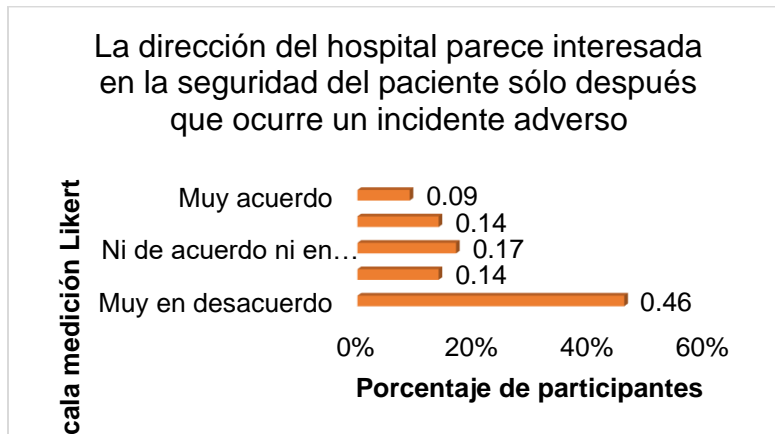
Fuente: elaboración propia

La Figura 37 indica que la dirección médica de la clínica tiene prioridad en la seguridad del paciente, indicando que la mayoría de los participantes están muy de acuerdo y de acuerdo que sí existe relevancia. Estos resultados indican que 14 participantes están muy de acuerdo y 11 de acuerdo con que las acciones de la dirección que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

En la Figura 38 se encuentra la cantidad porcentual del interés en los errores por parte de la dirección en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 38

La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después que ocurre un incidente adverso



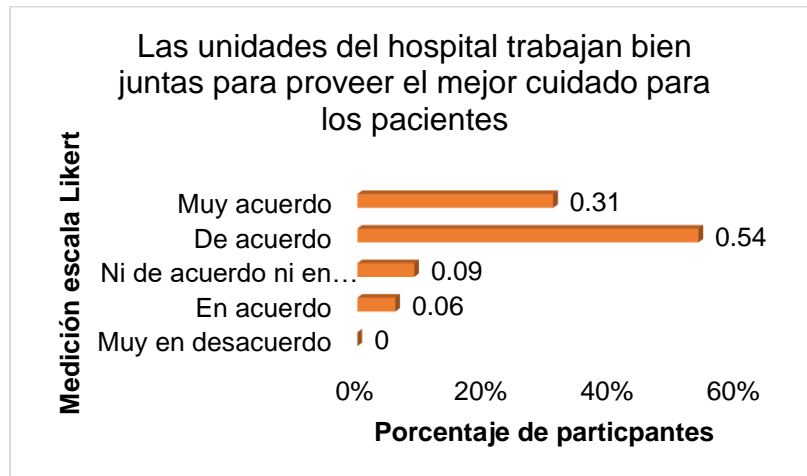
Fuente: elaboración propia

La Figura 38 representa que existe un interés antes de que ocurra el error teniendo presente que la mayoría de los participantes sostienen que están en muy desacuerdo por la preocupación solo después del incidente.

La Figura 39 muestra si existe el trabajo en equipo para promocionar el cuidado del paciente en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 39

Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.



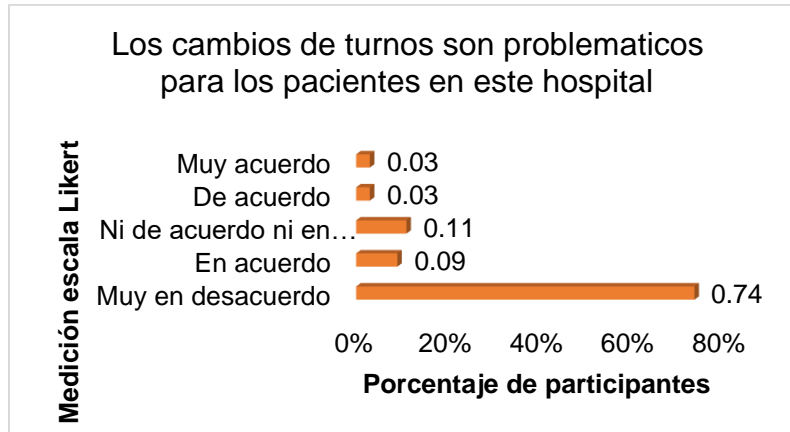
Fuente: elaboración propia

La Figura 39 representa en su gran mayoría que los participantes están dudosos con respecto a la existencia del trabajo en equipo, por lo tanto, estos resultados indican que la mayoría de participantes no están de acuerdo ni en desacuerdo si realmente se da el trabajo en equipo cuando de la seguridad del paciente se trata.

En la Figura 40 se encuentra la cantidad porcentual de la opinión de los participantes cuando hay cambios de turnos en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 40

Los cambios de turnos si son problemáticos para los pacientes en este hospital.



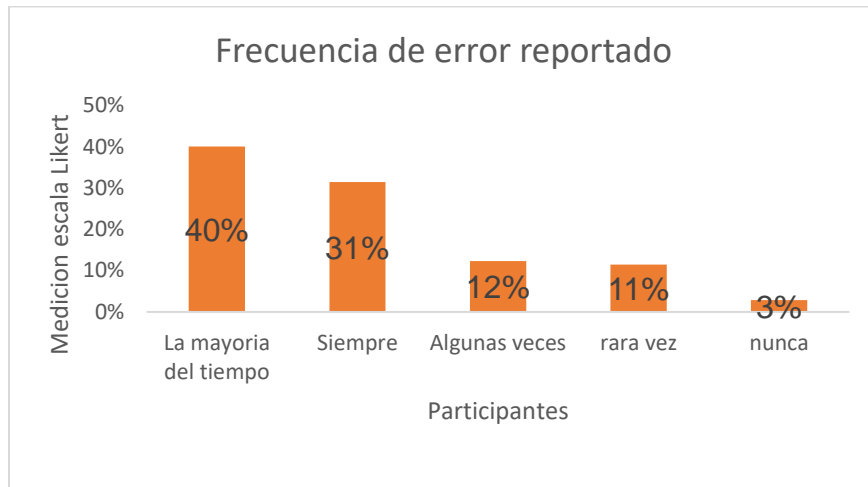
Fuente: elaboración propia

La Figura 40 representa una significativa comprensión con los cambios de turnos teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes no se molestan cuando hay rotación de turnos, en este sentido los resultados indican que no debe haber problemas por la rotación de labores asistenciales.

En la Figura 41 se encuentra la cantidad porcentual de los errores reportados que son recubiertos en las unidades de hospitalización y UCI.

Figura 41

Cuando se comete un error y es descubierto, pero no tiene el potencial para dañar al paciente ¿qué tan frecuente es reportado?



Fuente: elaboración propia

La Figura 41 representa que la mayoría de participantes reportan los errores de bajas consecuencias para los pacientes así sean descubiertos, en este sentido los resultados indican que lo importante es reportar las fallas sin importar el grado de dificultades y si es corregido o no.

Análisis inferencial

En la Tabla 2 se encuentra el P valor y la relación entre el área y la profesión de los asistentes de la salud en las unidades de hospitalización y UCI.

Tabla 2*Correlación de Pearson entre área y profesión*

	Área	Profesión
P-valor (nivel de significancia)	0.488	0.488
Coefficiente de correlación	0.121	0.121

En la Tabla 2 indica que el valor de p es 0.488 por lo cual no hay correlación, es decir, que no guarda relación la profesión con el área de hospitalización ni de UCI, debido a que si P valor es mayor a 0.05 no hay relación y si es menor si existe relación

En la Tabla 3 se encuentra el p-valor y la relación entre el área y el tiempo de servicio de los asistentes de la salud en las unidades de hospitalización y UCI

Tabla 3*Correlación de Pearson área y tiempo de experiencia laboral*

	Área	Tiempo de experiencia
P valor (nivel de significancia)	0.281	0.281
Coefficiente de correlación	-0.187	-0.187

En la Tabla 3 indica que existe un nivel de correlación nula (0.281) además, el valor P calculado es 0.281 mayor a 0.05 por tanto el área y el tiempo de experiencia no se correlacionan con el área en que se desarrollan las actividades asistenciales.

En esta fase de los resultados se evaluó la relación entre el área con el tiempo de experiencia y la profesión en UCI y en hospitalización se observó en distintas graficas integradas que no existía la correlación lineal entre las variables. Con los resultados demográficos se demostró que la mayoría de los asistentes hacen parte del género femenino así mismo, los auxiliares de enfermería son los mayores contratados para ambas áreas.

De los hallazgos obtenidos a través del cuestionario como herramienta para obtener la información se detectó una edad solida de los participantes 37-45 años en su mayoría indicando edades maduras, interviniendo más en áreas de hospitalización que en UCI; en su mayoría, los participantes están en la profesión técnica de auxiliar de enfermería contando que la gran parte de los asistentes de salud comprenden una experiencia adecuada en su tiempo de servicio y específicamente de 1-5 años en el área específica donde se encuentra.

Con respecto a su dedicación en la labor, se encuentra una larga jornada laboral pues, se encontró la intensidad horaria semanal por encima de las 40 horas; sin embargo, cuentan con un apoyo entre una unidad y otra, la cual indica la existencia de suficiente personal para las actividades asistenciales así mismo, el acompañamiento entre ellos mismos como es el trabajo equipo, se ejecuta de manera positiva teniendo presenta los protocolos de educación como es el respeto y valores humanos; la insistencia de mejorar el cuidado de la seguridad del paciente se nota con el trabajo en la intensidad horaria

como se menciona al comienzo de este párrafo que incita a mejorar el cuidado con los empleados de la misma clínica. La importancia se trata en hacer el trabajo bien hecho bajo la situación indicada, sin presiones por parte de los directivos/supervisores respetando la forma de trabajo de los asistentes.

Dentro los errores adversos cometidos, los participantes en su mayoría aseguran que han traído cambios positivos en cuanto a la toma de decisiones que la clínica toma para disminuir y evitar los errores, haciendo un balance evaluativo de la efectividad de los cambios efectuados ya se sugerido por el personal asistencial o por los mismos supervisores o directivos, por tanto, se considera la opinión de los participantes ya sea auxiliar, enfermero jefe, médico o especialista.

En los problemas de seguridad del paciente los directores/supervisores están presente cuando ocurren dichos problemas respondiendo a la atención que debe tenerse para realizar los informes puesto, que tienen la libertad de hacerlo, los subalternos cuentan con libertad de expresar libremente algún suceso que tienda hacer negativo en la seguridad del paciente, es por eso que la mayoría de los participantes comentan que si están enterados de los errores que se cometen dentro de la clínica de igual forma, se hacen comentarios de cómo prevenir y disminuir los errores, es más, tienen el espacio para hacer preguntas libremente de las situaciones adversas que se presentan.

Ahora bien, siendo específico en el área de hospitalización la mayoría de los participantes mencionan que algunas veces es reportado el error que se comete, mientras que en UCI la mayoría de tiempo se reporta, por tanto, cuando el error daña al paciente casi siempre se reporta; de este modo se prioriza la seguridad del paciente en su gran mayoría según los participantes encuestados.

CAPITULO V DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con la intención de obtener conocimiento de la calidad asistencial y profundizar la eventualidad de eventos adversos es pertinente describir los resultados originados en esta, del mismo modo, compararlos con estudios realizados desde el panorama nacional e internacional con el fin de observar las características distintas o similares en la práctica de la profesión asistencial. En el diseño del marco lógico el proceso indica que el ejercicio expuesto es similar a la de muchos autores compartiendo recomendaciones y resultados teniendo claro que están dirigidas a minimizar la exposición de riesgos; este capítulo informa los detalles de los resultados y el vínculo con otros estudios como se menciona en la parte superior del texto.

5. Discusión de resultados

Entendiendo la definición de la cultura en seguridad del paciente como aquellas acciones periódicas del equipo de enfermería, que procura disminuir y mitigar el daño a la salud del paciente durante la atención asistencial (Cañas et al., 2018). Esta investigación evaluó la cultura de la seguridad del paciente en terapia intensiva y hospitalización dirigida al personal asistencial en una clínica de Santa Marta, a través de una correlación brindando la posibilidad de informar e investigar las fallas en la atención asistencial de salud que permita tomar medidas y decisiones que mejoren, reduzca y corrijan el riesgo de eventos adversos teniendo en primicia la atención al usuario y la protección de la vida.

El proceso de los datos estuvo a cargo del software SPSS quien permitió realizar un análisis de los resultados pues, se logró conocer que no existe una relación entre las áreas de UCI y hospitalización con la experiencia laboral ni con la profesión del personal

asistencial de la Clínica Perfect Body haciendo breve conjetura de ninguna correlación entre estas variables en la cultura en la seguridad del paciente en la clínica Perfect Body en la ciudad Santa Marta.

Esta investigación está asociada con el trabajo de Granel et al (2019), mencionando que los resultados con respecto al desconocimiento de los procesos del cuidado por parte de los asistentes de salud, conducen a la incapacidad de prevenir eventos adversos, de igual manera la comunicación que existe entre el personal asistencial, el paciente o familiar del paciente interviene en la consistencia de la cultura; otro de los aspectos a mencionar son las acciones como la carga laboral en horas semanales a los que se ven sometidos los trabajadores de la salud en la Clínica Perfect Body llegan a hacer consecuencias de la posible no existencia en seguridad del paciente; estos aspectos mencionados terminan repercutiendo en el sistema de salud; si se analizan desde la rigidez emocional y físico de los trabajadores de la salud en las labores.

No obstante, en esta evaluación de la cultura de la seguridad del paciente en UCI y en hospitalización se conoció que algunas variables que están sujetas al trabajo asistencial se mantienen sujetas a las acciones del personal de atención, entre ellas la intensidad horaria y el tiempo de experiencia en años, determinando que la recarga de labores influyen en las habilidades para el desempeño además, que se considera que la experiencia en la profesión de los participantes en su mayoría no sobrepasa el rango de 1-5 años en la unidad asignada, este factor puede ocasionar la regulación de una cultura buena, regular o mala en la seguridad del paciente sin embargo, la experiencia laboral en general esta con un rango de mayor consideración entre 6-10 años. Esta situación termina siendo desequilibrada, pero “ojo” claro si es que el conocimiento y la aplicación

de la seguridad del paciente debe ser independiente a la experiencia en la labor, rango de edad, tiempo en el área de cuidado y demás variables que hemos mencionado en este documento, es decir, el hecho de ser un asistente de salud tiene el deber de conocer y aplicar la seguridad del paciente y conocer todas sus ventajas y desventajas de su aplicabilidad.

El análisis de los resultados reveló de manera negativa el empleo y el conocimiento de la seguridad del paciente en los participantes de hospitalización, pues, se identificó por medio de las pruebas estadísticas que los participantes de la institución de salud Clínica Perfect Body en las áreas de hospitalización no reportan de manera persistente los eventos adversos. Algo similar al estudio realizado por Granel et al. (2022), quienes reportaron que el personal médico desconoce los procesos y son incapaces de prevenirlos, siendo inconsistentes con la cultura de seguridad positiva.

El análisis de los resultados estadísticos en la prueba no paramétrica de Pearson demostró que en las unidades de trabajo analizadas las variables no tienen una relación lineal decir la relación es nula, por tanto, estos datos inferenciales logran determinar que no hay correlación entre el área con el nivel de estudio y tampoco con la experiencia laboral. Un poco diferente con lo ocurrido en el trabajo de Baptista et al. (2021), pues a diferencia de esta investigación encontraron una relación entre el personal médico y el de enfermería en las dos áreas que estudiaron con la evaluación de la cultura de seguridad del paciente, teniendo resultados con respuestas más favorables, argumentando incluso que el proceso es llevado de la mano con tecnología, logística y equipos con una planificación interdisciplinar en el marco de las exigencias del cuidado; las transformaciones sistemáticas fueron de gran ayuda para la satisfacción de los

asistentes y por supuesto de los pacientes, logrando el objetivo de su trabajo y el agrado como científicos

Dentro del marco demográfico el personal femenino es el actor empleado con mayor frecuencia resultados que yacen en la historia, teniendo presente que estas actividades sobre todo en la labor del auxiliar y el profesional de enfermería es más común tanto así que se demostró durante los hallazgos obtenidos en la investigación, para el caso de las edades se obtuvo un rango de 37-45 años teniendo experiencias máximas de 6-10 años siendo la mayor parte de participantes auxiliares de enfermería, estos resultados permiten estimar que los participantes cuentan con experiencia suficiente en la práctica, relacionado a lo reportado por Flores (2020), quien indica que los funcionarios femeninos son en su mayoría los que laboran en la institución haciendo una lógica analogía de lo que se ha demostrado en muchas investigaciones; para no irnos tan lejos, en presencia del estudio de Flores (2020), el uso de su técnica es similar a la investigación presente utilizando los mismos métodos y herramientas llegando a la demostración que no existe una cultura de seguridad de los pacientes por supuesto, en el caso de hospitalización la cual tomaron como área especial de estudio, concluyendo y recomendando la elaboración herramientas a través de estrategias que permitan obtener la cultura de la seguridad del paciente.

Siguiendo con la implementación de la seguridad del paciente, Chegini et al (2020), encontró en su estudio el estado de pobreza en la seguridad del paciente siendo enfático con la parte infraestructural, logística y por supuesto el cuidado asistencia lo cual permite ser coherente sobre todo con el aspecto logístico y el cuidado asistencial, de manera idónea estos aspectos repercuten en la seguridad del cuidado, pero si se lleva a

colación o comparación con el estudio presente se logra notar que la infraestructura es adecuada en la clínica Perfect Body de la ciudad de Santa Marta; ahora bien, haciendo el minucioso análisis de antecedentes se identificó que Mogollón et al (2020), tuvo en su reporte solo la participación femenina y demostró con una porcentualidad considerablemente alta que sí se cumple la seguridad del paciente como es el caso de la UCI, esta investigación permite ser positivos en la búsqueda de la disminución y la mejora del servicio de salud que “glorifique” el bienestar del paciente, igualmente se destaca una excelente noticia en un área de máximo cuidado, por lo que reporta unas buenas condiciones en todo lo que respecta a la seguridad del paciente, que a partir de temas que se encuentran inmersos al igual que el estudio presente .

Del mismo modo Torrecillas (2018), hizo la comparación entre enfermeras y médicos de la cultura y seguridad del paciente pues, prácticamente bajo los mismos estándares metodológicos de esta investigación, dio la razón que no existe diferencias significativas del conocimiento y la empleabilidad de la cultura y seguridad del paciente entre enfermeras y médicos algo similar a lo que se ha visualizado en esta investigación en la hospitalización para este caso, en unidades distintas pero con profesionales parecidos, llegando a la comprensión de una seguridad del paciente independiente de sus operarios, es decir no depende de una profesión el tener el conocimiento del cuidado en la seguridad del paciente sino de un número de elementos que se han venido mencionando en esta investigación, pues cuando se habla de estrategia, de salud pública, de modelos, experiencia y otras más; lo que cabe mencionar es que los encuestados no están medidos bajo el nivel profesional si no bajo el conocimiento y la ejecución de la seguridad del paciente, el personal asistencial está comprometido en la

detección de errores que registren y notifiquen los problemas de seguridad que eviten eventos continuos, teniendo presente que es una gestión de riesgos ya que son actividades de manipulación humana que conlleva a un margen de error, por lo tanto el sistema de salud tiene el compromiso de buscar estrategia que impidan la eventualidad de los errores adversos (Muiño et al., 2007).

Las preguntas adicionales basadas en respuestas con medidas escala Likert como: *Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿Qué tan a menudo es reportado?; Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Qué tan frecuentemente es reportado?; La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después que ocurre un incidente adverso.* Son las que permiten el desglose y la conclusión de este estudio pues los eventos son frecuentemente reportados, la dirección se interesa en alto porcentaje en la seguridad del paciente, entre estos interrogantes y todos los expuestos deducen que realmente si existe la seguridad del paciente en gran medida en el área de hospitalización y en UCI, de manera directa quizás no se visualiza dichos resultados pero, analíticamente, se comprende que si hay una seguridad en el paciente debido al alto porcentaje de positivismo por parte de los encuestados, que de manera coherente se dieron a la implementación y la realización de la encuesta.

De los hallazgos obtenidos a través del cuestionario como herramienta para obtener la información se detectó una edad solida de los participantes 37-45 años en su mayoría indicando edades maduras, interviniendo más en áreas de hospitalización que en UCI; en su mayoría, los participantes están en la profesión técnica de auxiliar de enfermería contando que la gran parte de los asistentes de salud comprenden una

experiencia adecuada en su tiempo de servicio y específicamente de 1-5 años en el área específica donde se encuentra, siendo un tiempo prudencial para la prestación del servicio y el conocimiento del cuidado.

Con respecto a su dedicación en la labor, se encuentra una larga jornada laboral pues, se encontró la intensidad horaria semanal por encima de las 40 horas; sin embargo, cuentan con un apoyo entre una unidad y otra, la cual indica la existencia de suficiente personal para las actividades asistenciales así mismo, el acompañamiento entre ellos mismos como es el trabajo equipo, se ejecuta de manera positiva teniendo presente los protocolos de educación como es el respeto y valores humanos; la insistencia de mejorar el cuidado de la seguridad del paciente se nota con el trabajo en la intensidad horaria como se menciona al comienzo de este párrafo que incita a mejorar el cuidado con los empleados de la misma clínica. La importancia se trata en hacer el trabajo bien hecho bajo la situación indicada, sin presiones por parte de los directivos/supervisores respetando la forma de trabajo de los asistentes.

Dentro los errores adversos cometidos, los participantes en su mayoría aseguran que han traído cambios positivos en cuanto a la toma de decisiones que la clínica toma para disminuir y evitar los errores, haciendo un balance evaluativo de la efectividad de los cambios efectuados ya sea sugerido por el personal asistencial o por los mismos supervisores o directivos, por tanto, se considera la opinión de los participantes ya sea auxiliar, enfermero jefe, médico o especialista. La participación de los miembros asistenciales es una característica confiable para la mejora de la seguridad del paciente, ya que impulsa al buen deber ser de la enfermería para la satisfacción de los pacientes. Cada vez que se toma decisiones es importante tener presente los distintos conceptos e

ideas del personal que día a día está bajo el cuidado de los pacientes, el uso de estas estrategias permite la unión y un compromiso en conjunto de operación en cuanto al servicio asistencial para fines de mejora evitando y minimizando el caso de eventos adversos.

En los problemas de seguridad del paciente los directores/supervisores están presente cuando ocurren dichos problemas respondiendo a la atención que debe tenerse para realizar los informes puesto, que tienen la libertad de hacerlo, los subalternos cuentan con libertad de expresar libremente algún suceso que tienda a hacer negativo en la seguridad del paciente, es por eso que la mayoría de los participantes comentan que si están enterados de los errores que se cometen dentro de la clínica de igual forma, se hacen comentarios de cómo prevenir y disminuir los errores, es más, tienen el espacio para hacer preguntas libremente de las situaciones adversas que se presentan.

Ahora bien, siendo específico en el área de hospitalización la mayoría de los participantes mencionan que algunas veces es reportado el error que se comete, mientras que en UCI la mayoría de tiempo se reporta, por tanto, cuando el error daña al paciente casi siempre se reporta; de este modo se prioriza la seguridad del paciente en su gran mayoría según los participantes encuestados. Contando con el trabajo en equipo

Quizás unas de las variables que influyen en la aplicabilidad de la seguridad del paciente es la intensidad horaria puesto, que los participantes en su mayoría (70%), tiene entre 40-59 horas en la semana para ambas áreas, de labor; cuestión que afecta el tiempo de descanso de los profesionales y cuidadores de la salud, insistiendo en la disminución de la capacidad lucida 100% del cuidador. Con el reporte del 70% de los

participantes, se reconoce un cargo de horas de labor para proteger al paciente de la seguridad.

Por otra parte los análisis de los datos con respecto al compañerismo del grupo revelo de manera positiva que trabajan en unión en “tipo crisis” de ese modo el supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes para la toma de medidas correctivas, incluso comentan que no hay presión de laborar rápido cuando el trabajo se incrementa; y el supervisor/director si hace caso en los problemas de los pacientes que ocurren una y otra vez es decir, que el supervisor es un agente que procura por la seguridad del paciente.

Distintos autores señalan en sus trabajos que si se aplica la seguridad del paciente, como es el caso del área de UCI bajo las modalidades de programación estratégica sanitaria, que cumpla con actividades administrativas y prácticas de la salud pública, desde la promoción y prevención del cuidado así mismo, la voluntad del sistema de salud adoptando su principal objetivo basado en la atención primaria sumado a eso los suministros, financiación, infraestructura y demás aspectos que repercuten en la calidad asistencial (Estepa et al., 2016).

En vista de que no existe la relación entre el área con la experiencia laboral no con la profesión, pues se demuestra que para la seguridad del paciente no hay una dependencia entre esas variables ya que la capacidad del conocimiento como asistente de salud va más allá de su tiempo de servicio y de su profesión, claro porque esto no determina la calidad, la seguridad ni la asistencia pues, quien determina la seguridad del paciente son el buen servicio en todos los estándares de posición, llámese logístico, de personal, infraestructura; el sistema consiente es el primer paso, los actores estuvieron

en el ojo de estudio al igual que esta investigación pues coinciden que la seguridad del paciente es un conjunto de elementos que se acoplan para llevar a cabo una razón y es la razón del buen estado del paciente.

5.1. Conclusiones

El marco referencial de la investigación con respecto al discernimiento del personal asistencial en el área de UCI y hospitalización evidenció un diagnóstico positivo para la cultura de seguridad del paciente presentado episodios que promueven y satisfacen el buen cuidado destacándose acciones como los reportes con frecuencia de los errores, opinando de manera libre y respetuosa acerca de la mejora, para la calidez de la atención así mismo, el trabajo en equipo con los compañeros. Validando uno de los objetivos propuestos, de la investigación el cual era el de explorar la percepción del personal de enfermería y el equipo multidisciplinar del área de cuidados intensivos y del área de hospitalización acerca de la cultura de seguridad del paciente, durante el primer semestre del 2022. Respecto a otro de los objetivos, la descripción e identificación de la relación entre el área con la profesión y la experiencia laboral que de forma estadística se halló una relación nula con ambas variables ejecutando de tal manera la insistencia de conocer y evaluar la seguridad del paciente en la Clínica Perfect Body de la ciudad de Santa Marta.

En términos generales el estudio determinó que se acepta la hipótesis nula, es decir, no hay una relación lineal entre el área con la profesión y el tiempo de experiencia. Sin embargo, los datos permitieron descubrir que la seguridad es buena, pero requiere de mejoras, la cual implica trabajo como estrategias y modelos de gestión dentro del

sistema de la clínica Perfect Body, los participantes en su mayoría contribuyen con la mejora del cuidado haciendo los reportes, opinando en aspectos que permitan la disminución de los errores. Estos indicadores representan un sentido de pertenencia bueno por parte de los asistentes de salud, puesto que cada vez que se reporta un error se opina para disminuirlo y de cierta manera se empieza a fomentar la cultura de la seguridad y el cuidado, bajo los criterios acertados de las situaciones que se presenten sin la intención de ofender a sus inferiores o superiores dentro del plantel de salud.

Esta investigación es una notificación base para fomentar y estimular a los integrantes que laboran en el ámbito de la salud para hacer compromiso en velar por la seguridad del paciente respaldando estrategias que construyan acciones benéficas de calidez. Como por ejemplo preguntarse ¿cuáles son los elementos esenciales de calidad? y ¿cuáles son las metas de las garantías del cuidado? entre otros que se asocian al bienestar del paciente, salvaguardando los estándares de calidad desde la organización operativa, científica y técnica.

Entre los soportes se pudo establecer que la seguridad del paciente presenta una breve o poca decadencia en la unidades de hospitalización, debido a los pocos reportes de incidentes que se cometen y que pueden causar daño al paciente, lo que impide llevar un registro de control a las autoridades asistenciales de los cuidados pertinentes que salvaguarden la vida y la estabilidad en la salud del paciente; actualmente la institución en estudio no cuenta con los altos protocolos aun así está en proceso competitivo en el desarrollo de acciones, pues procuran en tener un buen ambiente laboral con buena coordinación y una buena cooperación entre ellos.

Mientras que en el área de UCI la mayoría de tiempo es reportado los eventos adversos, haciendo la conjetura que en comparación del área de hospitalización brindan una atención asistencial más eficaz, aunque la eficacia realmente debería ser de la evaluada por “siempre” puesto que siempre se debe reportar los reportes que dañen la vida del paciente, es decir ambas están en oportunas mejoras. Cada vez que se caracteriza o se evalúa la seguridad del paciente se evidencia la valoración de los recursos humanos, principal elemento para el cuidado de salud de las personas. Tras el compromiso humanístico en el desarrollo de la actividad sanitaria, la construcción de la calidad del cuidado está en manos del buen servicio asistencial basados en estrategias y modelos propios que interpreten la necesidad de la salud pública, si es bien sabido la seguridad del paciente es un problema de salud pública que se divulga con los reportes de los eventos adversos.

Basados en la experiencia a lo largo de estos años en donde debido a los errores cometidos y las fallas no corregidas en la atención de los pacientes la OMS establece que la seguridad del paciente es un principio fundamental inherente a todas las instituciones prestadoras de salud, por tanto, los protocolos establecidos en cada organización y los lineamientos creados para que se gestione la cultura de seguridad del usuario o cliente es el principal objetivo para garantizar una atención con calidad de tal manera que, atraiga al cliente interno y externo y vender servicios de salud con la certeza y confianza de que se está ofreciendo un buen servicio del cuidado asistencial. La metodología planteada permitió conocer la caracterización de los profesionales y el conocimiento acerca de la seguridad del paciente identificando las eventualidades de los errores y lo que se ejecuta en la operabilidad del profesional.

Con todo lo experimentado y lo soportado en esta investigación, cabe señalar el aporte que deja a los miembros de la salud y a la sociedad en general esta investigación, debido a los complejos sistemas de salud que debe someterse la sociedad en la ocurrencia de los eventos adversos; muchos integrantes de la sociedad desconocen los derechos de la salud digna pues, el funcionamiento de este sistema depende de una bancada de origen público y privado acompañado de los modelos y de las estrategias realizadas por organismos como la OMS que ayudan a la gestión de la salud pública; estas consideraciones no difieren de economía, política ni aspectos sociales. Siguiendo con la contribución de esta investigación en el campo de la enfermería la seguridad del paciente está sujeta a los procesos estructurales y metodológicos que se deben seguir para disminuir y mitigar eventos adversos que repercutan o sean consecuencia de muerte.

Finalmente, se recomienda seguir realizando este tipo de investigaciones para que informen y reporten las situaciones en las instituciones de salud pública y privada también, realizar investigaciones más específicas que coadyuven a las administraciones públicas en el buen manejo y cuidado del paciente; invitar a la comunidad asistencial a ser cuidadoso y seguir las normas del cuidado para que el paciente, familia y la comunidad estén seguras, esta es una tarea que debe tener un sentido sostenible en el tiempo cuyo propósito sea la disminución de la mortalidad humana y la seguridad de los mismos.

Para culminar esta conclusión de manera objetiva y crítica se logró comprender que la seguridad del paciente, para la profesión de enfermería es una responsabilidad que compromete a un equipo asistencial, pues la importancia de reportar eventos

adversos demuestran que hace parte del origen de la búsqueda de la mejora, claro está, que la información que aquí se detalló y los resultados obtenidos sugieren que para ambas áreas asistenciales se necesita seguir unos estándares, crear normas y reglas que estén directamente asociadas con la seguridad del paciente, dar garantía por medio de barreras de seguridad ya que en esta investigación se demostró que la seguridad no es 100% excelente y que no se relaciona con el área de desempeño, la experiencia ni la profesión, por lo tanto, como análisis FODA se menciona que la fortaleza en esta investigación que se basó en la comunicación de los asistentes de salud, dentro de las oportunidades se encuentra que hay una libre expresión de ideas y opiniones acerca de los eventos adversos, permitiendo llevar la voz a posibles soluciones, las debilidades pues corresponde a la poca preocupación para que los registros de eventos adversos no se lleven a un almacenamiento y dentro de las amenazas corresponde a que esas eventos no reportados terminen siendo altamente consecuentes en la vida del paciente ocasionando un débil sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aranaz, J. M., & Moya, C. (2011). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist*, 26(6), 331-2.
- Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. *Revi*
- Azyabi, A., Karwowski, W., Hancock, P., Wan, T. T. H., & Elshennawy, A. (2022). Assessing Patient Safety Culture in United States Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4).
- Batista, J., Cruz, E. D. d. A., Alpendre, F. T., da Silva, D. P., Brandão, M. B., & Gabriel, C. S. (2021). Differences between nursing and medical professionals regarding the surgical patient safety culture. *Enfermería Global*, 20(3).
- Bielostozky Silva, J., Gomez Blanco, N., Porra Bentacour, D., & Portillo Guerrero, F. (2018). Percepción del personal asistencial sobre cultura de seguridad del paciente en el servicio de la unidad de cuidados intensivos neonatal en una IPS de Barranquilla.
- Borja 2018 [Internet]. Universidad César Vallejo. Universidad Cesar Vallejo;
- Camargo Tobias, G., Queiroz Bezerra, A. L., Silvestre Branquinho, N. C., & de Camargo Silva, A. E. B. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermeria global*, 13(33), 336-348.
- Cañas Buitrago, C. L., Castañeda Cancimanse, D., & Erazo Lema, J. C. (2018). Cultura de seguridad del paciente, hospital Santa Ana de Guática, Risaralda 2018.
- Caro, S. E., & Guerra, C. E. (2011). *El proceso de atención a enfermería. Notas de clase*.

- Castañeda Barón, M. I., Fuentes Ramírez, M. V., & Vásquez Herrera, A. (2018). Revisión crítica: evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano.
- Castañeda-Hidalgo, H., Garza Hernández, R., González Salinas, J. F., Pineda Zúñiga, M., Acevedo Porras, G., & Aguilera Pérez, A. (2013). Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 77-88.
- Cervantes, V. (2005). Interpretaciones del coeficiente alpha de Cronbach. *Avances en medición*, 3(1), 9-28.
- Cruz Almaguer, A. Y., Medina González, I. & Ávila Sánchez, M. (2020). Relaciones entre la gestión del riesgo y el proceso de atención de enfermería para su integración práctica. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2).
- Dagnino, J. (2014). Coeficiente de correlacion lineal de pearson. *Chil Anest*, 43(1), 150-153.
- Damas Castillo, K. K. (2020). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA ORGANIZACIONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL, LIMA-PERÚ 2019.
- Diaz Marcos JA (2018). Cultura de seguridad del paciente en trabajadores de la unidad de cuidados intensivos Hospital San José Callao 2017 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 218 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/4625>

Dolci, G. E. F., Suárez, J. R., Castolo, M. C., Jaimes, A. C., Suárez, E. Z., & Gas, H. A. (2008). Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente. *Revista Conamed*, 13(3), 38-56.

Escobar Pérez, B., Lobo López, M. M., & Salas Turrens, J. (2009). Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia: Estudio de campo en un hospital de primer nivel.

Estepa del Árbol, M., Moyano Espadero, M., Pérez Blancas, C., & Crespo Montero, R. (2016). Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enfermería Nefrológica*, 19(1), 63-75.

Febré, N., Mondaca-Gómez, K., Méndez-Celis, P., Badilla-Morales, V., Soto-Parada, P., Ivanovic, P., ... & Canales, M. (2018). Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 278-287.

Flores Lara, Y. I. (2020). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL EN LIMA–2020.

Fondahn, E., Lane, M., & Vannucci, A. (2017). Seguridad Del Paciente. Manual Washington® de Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente. <https://tdnet-fulltext.s3.amazonaws.com/>

Fontenele Lima De Carvalho RE, Parente Arruda L, PinheiroDo Nascimento

G. E. F., Suárez, J. R., Castolo, M. C., Jaimes, A. C., Suárez, E. Z., & Gas, H. A. (2008). Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente. *Revista Conamed*, 13(3), 38-56.

Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 97-111.

González-Méndez, M. I., & López-Rodríguez, L. (2017). Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico. *Enfermería Clínica*, 27(2), 113-117.

Granel-Giménez, N., Palmieri, P. A., Watson-Badia, C. E., Gómez-Ibáñez, R., Leyva-Moral, J. M., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2022). Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 939. MDPI AG.

Hernández, M. D. J. P. (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*, 10(2), 62-66.

<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/23105>

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf

J Barrientos, M Hernández y R.A Zarate (2018). Factores relacionados con la seguridad y la calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado. *Enfermería Universitaria*, vol. 16, núm. 1, pp. 52-62, 2019

Latino-Am Enferm [Internet]. 2017;25:1–8. Available from:

- Laura Llacsá, F. P., & Astete Ariza, P. (2021). Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado en profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima-2019.
- León Román, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana de enfermería*, 22(3), 0-0.
- Lima, F. D. S. S., Souza, N. P. G., Freire de Vasconcelos, P., Aires de Freitas, C. H., Bessa Jorge, M. S., & De Souza Oliveira, A. C. (2014). Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*, 13(35), 293-309.
- Marquetti, M. R., Gibson, D. C. F., Cáceres, A. B. P., & Cáceres, M. A. P. Estrategia de intervención educativa para el mejoramiento profesional de enfermería en los cuidados intensivos coronarios de urgencia. Hospital universitario Calixto García. 2016.
- Martínez Figueroa, R. F. (2019). Conocimiento del enfermero sobre seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2019.
- Martínez Tovar, A., Rojas Cartillo, X., Rosas Vargas, L., Zárate Grajales, R. A., & Flores Mora, L. F. (2017). Florence Nightingale, pionera en el modelo de gestión. *Revista CuidArte*, 6(11), 44-52.
- Mir Abellan R. (2018). Impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente. diposit.ub.edu.

- Mira, J. J., Guilabert, M., Vitaller, J., & Ignacio, E. (2016). Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(3), 141-145.
- Mogollon, I. C. M., Maroto, M. M., & González, A. R. Á. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2), 1-14.
- Mohseny, M., Montazeri, M., Farshidmehr, P., Mahmoudabadi, H. Z., Rahimpour, E., Zamanpour, N., & Hassanpour, K. (2019). Evaluation of patient safety culture in medical students. *Revista Latinoamericana De Hipertension*, 14(5), 644-650.
- Muiño Míguez, A., Jiménez Muñoz, A. B., Pinilla Llorente, B., Durán García, M. E., Cabrera Aguilar, F. J., & Rodríguez Pérez, M. P. (2007, December). Seguridad del paciente. In *Anales de medicina interna* (Vol. 24, No. 12, pp. 602-606).
- Muiño Míguez, A., Jiménez Muñoz, A. B., Pinilla Llorente, B., Durán García, M. E., Cabrera Aguilar, F. J., & Rodríguez Pérez, M. P. (2007, December). Seguridad del paciente. In *Anales de medicina interna* (Vol. 24, No. 12, pp. 602-606).
- NK, Lopes Sampaio R, Silva Nunes Cavalcante ML, Pinto Costa AC.
- Numpaqué-Pacabaque, A., & Rocha-Buelvas, A. (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 715-720.
- Núñez Samaniego (2018) El. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú - 2018 [Internet].

Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo; [cited 2020 Jul 23]. Available from:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2481/1/TL_NuñezSamaniegoEric.pdf.

PAHO. (2019). 57.o Consejo directivo. 71.a sesión del comité regional de la OMS para las Américas: Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025

Pariona Rosas SL. Cultura de seguridad del paciente en la unidad de

Pedraza-Melo, N. A., Lavín-Verástegui, J., González-Tapia, A., & Bernal-González, I. (2014). Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC. *Entramado*, 10(2), 76-89.

Peñas Felizzola, O., Parra Esquivel, E., & Gómez Galindo, A. (2017). Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional. *Revista Salud*

Raso, M. E. R., & Hernández-Corral, S. (2013). Breves aspectos de la enfermería según Florence Nightingale. *Revista de Enfermería Neurológica*, 12(1), 45-47.

Rodríguez-Rodríguez, J., & Reguant-Álvarez, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 13(2), 1-13.

Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.

- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista médica sanitas*, 21(3), 141-146.
- Romero, C. M. (2009). Seguridad y calidad en Medicina Intensiva. *Medicina intensiva*, 33(7), 346-352.
- Soule, B. M. (2011). Seguridad del paciente. *Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC. Portadown (UK): International Federation of Infection Control*, 1-16.
- Terán Terán, J. J. (2020). Clima laboral y calidad de atención en salud en el centro de salud tipo a IESS. Cotacachi (Master's thesis).
- Tondo, J. C. A., & Guirardello, E. d. B. (2017). Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70(6), 1284-1290.
- Urbina Laza, O. (2011). Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3), 239-247.
- Valencia, M. L. J., Alvarado, A. L. A., Arciniegas, C. N. M., Galán, A. V. L., Jiménez, V. A. M., & García, C. I. P. (2021). Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. *Revista Cuidarte*, 12 (1)
- Ventura Reyes, R. S. (2018). Calidad de las intervenciones de enfermería en niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, de Mayo-Septiembre 2017.

Zavala, M. O. Q., & González, R. M. T. (2019). Investigación en enfermería en unidad de cuidado intensivo del adulto: Una revisión de literatura. *Horizonte de Enfermería*, 30(1), 76-87.

<https://www.google.com/maps/place/Clinica+Perfect+Body+Medical+Center+%7C+Santa+Mar+ta/@11.238002,74.191581,19z/data=!4m5!3m4!1s0x8ef4f50cfac3dd1d:0x4e2dbe207f7629d8!8m2!3d11.2393387!4d-74.1921535>

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD, FORMATO DE EVALUACIÓN

CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su institución de salud y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo. Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco. Tenga en cuenta que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados, que los datos no le serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

- Uringatomia

1. He leído y doy mi consentimiento *

- Sí
- No

2. Escriba su nombre y apellidos completo *

3. Escriba el área o unidad de trabajo den de se desempeña *

- Hospitalización
- Unidad de cuidados Intensivos

4. Escriba a que género pertenece *

- Masculino
- Femenino

5. Escriba a que rango de edad pertenece *

- Entre los 20 y 27 años
- Entre los 28 y 36 años
- Entre los 37 y 45 años
- Entre los 46 y 54 años
- Mas de 55 años

6. Seleccione cual es su profesión: *

- Medico
- Enfermera
- Auxiliar de Enfermería
- Fisioterapeuta

7. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes

<https://forms.office.com/pages/designpages2.aspx?lang=es-CO&origin=OfficeDotCom&route=Start&subpage=design&id=bcM2j0W5k2BvV9LF3...> 2/14

afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre un cuadro. *

	Muy en desacuerdo	En acuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Muy en desacuerdo	En acuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente

8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.

9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.

10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.

11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.

12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.

13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes,

Muy en desacuerdo En desacuerdo **Ni en acuerdo, ni en desacuerdo** De acuerdo Muy de acuerdo

evaluamos su
electividad.

14.
Frecuenteme
nte,
trabajamos
en "tipo
crisis"
intentando
hacer mucho,
muy
rápidamente.

15. La
seguridad del
paciente
nunca se
sacrifica por
hacer más
trabajo.

16. El
personal se
preocupa de
que los
errores que
cometen
sean
guardados en
sus
expedientes.

17. Tenemos
problemas
con la
seguridad de
los pacientes
en esta
unidad.

18. Nuestros
procedimient
os y sistemas
son efectivos
para la
prevención
de errores
que puedan
ocurrir.

8. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes

afirmaciones sobre su supervisor/director inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre un cuadro. *

	Muy en desacuerdo	En acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Muy en desacuerdo	En acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

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

9. ¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre un cuadro. *

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

1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.

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

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

4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de

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

aquellos con
mayor
autoridad.

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

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

10. En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Indique su respuesta marcando sobre un cuadro. *

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Por favor, asigne a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque una respuesta. *

- Excelente
- Muy bueno
- Aceptable
- Pobre
- Malo

12. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital. Indique su respuesta marcando sobre un cuadro. Piense en Su hospital *

	Muy en desacuerdo	En acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren	<input checked="" type="radio"/> Muy en desacuerdo	<input type="radio"/> En acuerdo	<input checked="" type="radio"/> Ni en acuerdo ni en desacuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Muy de acuerdo

de una
unidad a otra.

4. Hay buena
cooperación
entre las
unidades del
hospital que
necesitan
trabajar
juntas.

5. El personal
en esta
unidad
trabaja más
horas de lo
que es mejor
para el
cuidado del
paciente.

6.
Frecuenteme
nte es
desagradable
trabajar con
personal de
otras
unidades en
este hospital.

7. A menudo
surgen
problemas en
el
intercambio
de
información a
través de
unidades de
este hospital.

8. Las
acciones de
la Dirección
de este
hospital
muestra que
la seguridad
del paciente
es altamente
prioritaria.

Ni en
acuerdo ni
en
desacuerdo

Muy en En acuerdo De acuerdo Muy de
desacuerdo acuerdo desacuerdo acuerdo

9 | 2

1. 2/2

Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.

10. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.

11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.

13. En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes ha llenado y enviado? Marque una respuesta *

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

14. Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución? *

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 6 a 10 años
- De 11 a 15 años
- de 16 a 20 años
- 21 años o más

15. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad? *

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 6 a 10 años
- De 11 a 15 años
- De 16 a 20 años
- 21 años o más

16. Típicamente, cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución? *

- Menos de 20 horas a la semana
- De 20 a 39 horas a la semana
- De 40 a 59 horas a la semana

17. En su posición laboral, ¿típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? *

- Sí, típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- NO, típicamente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.

18. ¿Cuánto tiempo lleva usted de experiencia en su actual especialidad o profesión? *

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 6 a 10 años
- De 11 a 15 años
- De 16 a 20 años
- 21 años o más

19. Gracias por su colaboración!

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.



ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD, RESULTADOS

CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

35

Respuestas

17:37

Tiempo medio para finalizar

Cerrado

Estado

1. He leído y doy mi consentimiento (0 punto)



2. Escriba su nombre y apellidos completo (0 punto)

35

Respuestas

Respuestas más recientes

"Niriam machado jimenez"

"Jorge Luis Lindarte Angarita."

"Cindy mazo baza "

1 encuestados (3%) respondieron **Aida luz Parra Cabezas** para esta pregunta.

VANESSA CAMARGO URIBE
 Patricia Esther Garcia
 Martha Charris Jimenez
 Leidis Capachero
 Yomaira clarena bermudez
 LILIANA PERTUZ VIDES
 Fuentes gomez
 Carolina Ariza Ayenda
 Maria libia ariza
 José mantilla cam
 Aida luz Parra Cabezas
 Carolina Benjumea Oj
 Ana Astrid Martinez fontalvo
 Yaneth garizao florez
 Zaira sauri
 Zulma maria barranco c

3. Escriba el área o unidad de trabajo den de se desempeña (0 punto)



4. Escriba a que género pertenece (0 punto)



5. Escriba a que rango de edad pertenece (0 punto)



6. Seleccione cual es su profesión: (0 punto)

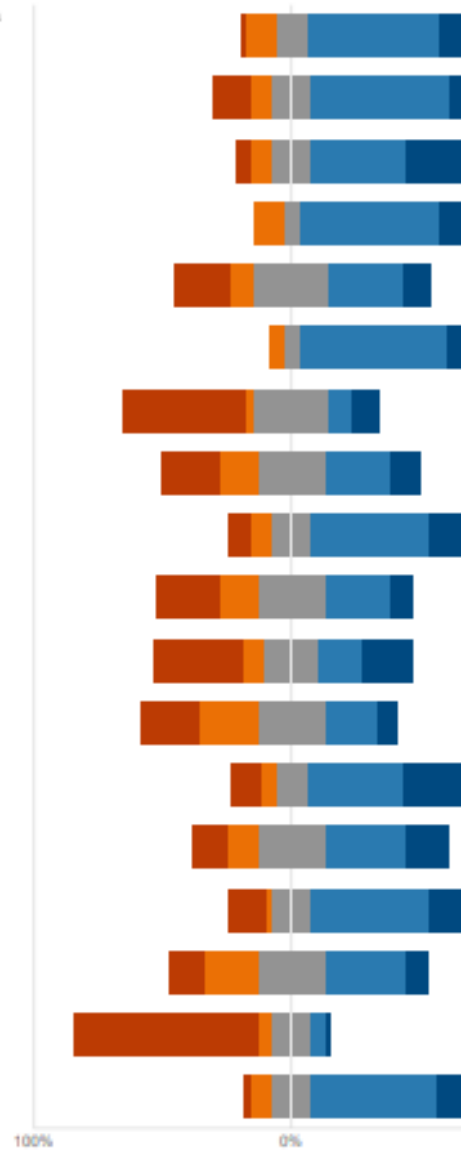


7. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre un cuadro. (0 punto)

Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en desacuerdo, ni en desacuerdo De acuerdo
 Muy de acuerdo

1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para...
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurran aquí.
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.
14. Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.

18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos



8. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/director inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre un cuadro. (0 punto)

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



9. ¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre un cuadro. (0 punto)

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



10. En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Indique su respuesta marcando sobre un cuadro. (0 punto)

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



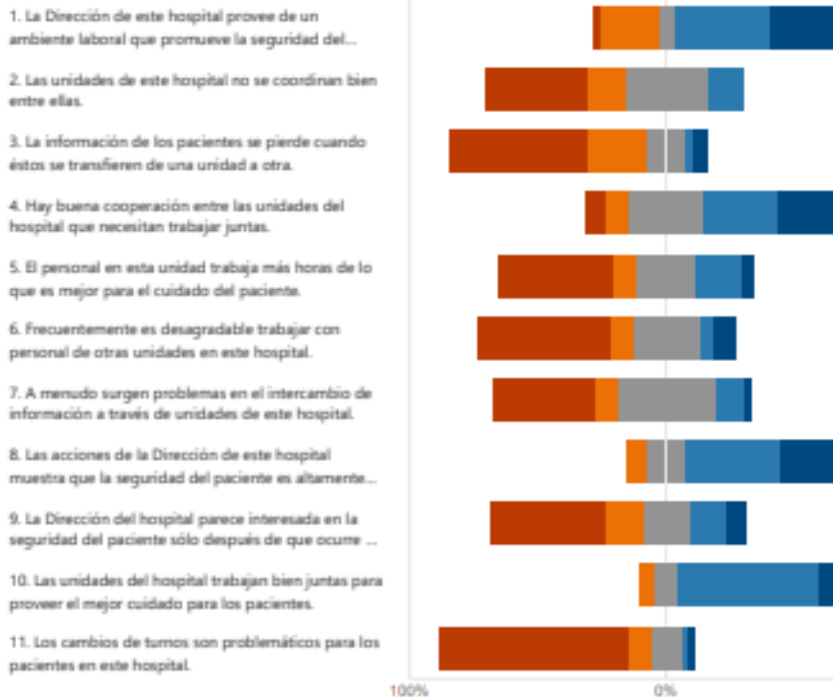
11. Por favor, asigne a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque una respuesta. (0 punto)

● Excelente	11
● Muy bueno	17
● Aceptable	7
● Pobre	0
● Malo	0

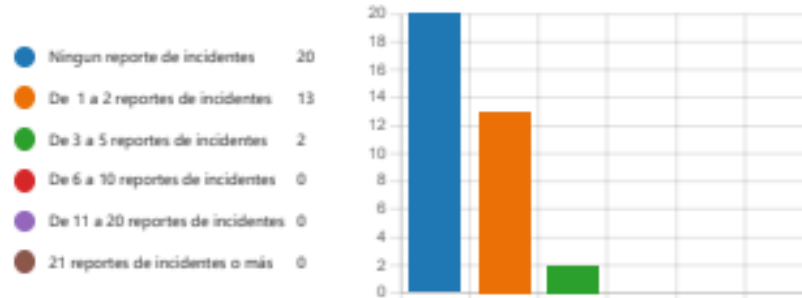


12. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital. Indique su respuesta marcando sobre un cuadro. Piense en Su hospital (0 punto)

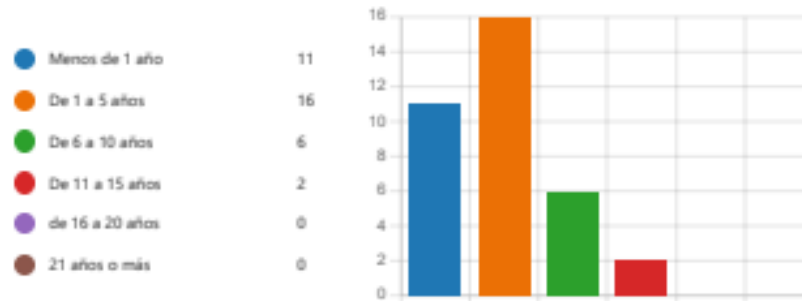
■ Muy en desacuerdo
 ■ En desacuerdo
 ■ Ni en desacuerdo ni en desacuerdo
 ■ De acuerdo
 ■ Muy de acuerdo



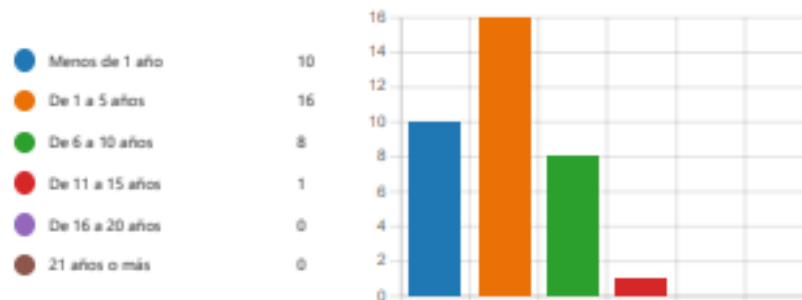
13. En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes ha llenado y enviado? Marque una respuesta (0 punto)



14. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución? (0 punto)



15. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad? (0 punto)



16. **Tipicamente, cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?** (0 punto)

- Menos de 20 horas a la semana 2
- De 20 a 39 horas a la semana 7
- De 40 a 59 horas a la semana 26



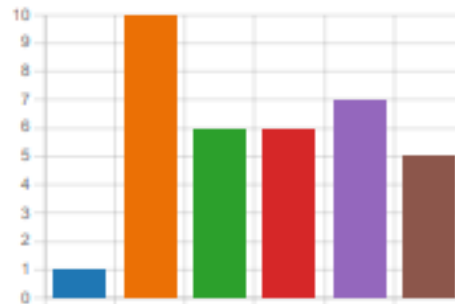
17. **En su posición laboral, ¿típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?** (0 punto)

- Sí, típicamente tengo interacción... 35
- NO, típicamente NO tengo inter... 0



18. **¿Cuánto tiempo lleva usted de experiencia en su actual especialidad o profesión?** (0 punto)

- Menos de 1 año 1
- De 1 a 5 años 10
- De 6 a 10 años 6
- De 11 a 15 años 6
- De 16 a 20 años 7
- 21 años o más 5



19. Gracias por su colaboración! (0 punto)

23
Respuestas

Respuestas más recientes
"Ok"

4 encuestados (17%) respondieron **GRACIAS** para esta pregunta.



insist
buena
Listo
orden
deficiencias
na
orden