ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PARTE DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE UN HOSPITAL ACREDITADO DE BOGOTÁ

Diana Carolina Páez Páez

Johanna Maritza Galindo Pérez

División de Posgrados y Formación Avanzada

Posgrado de Gerencia de Calidad en Salud

Universidad El Bosque

Bogotá D.C, diciembre de 2020

Hoja de identificación

Universidad	El Bosque
División – postgrado	Posgrados – Posgrado Gerencia de la Calidad en Salud
Título de la investigación	Estrategia para promover la cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidado intensivo por parte del personal asistencial de un hospital acreditado en Bogotá.
Línea de investigación	Gestión de Servicios de Calidad en Salud
Instituciones participantes	Universidad del Bosque, IPS en Bogotá.
Tipo de investigación	Posgrado
Investigadores	Diana Carolina Páez Johanna Maritza Galindo Pérez
Directora de trabajo de grado	Sofía Jácome Liévano
Asesor variables de estudio	Lilia Maritza Muñoz
Asesor para enfoque integrador	Álvaro Amaya Navas

Página de aprobación

Nota de salvedad de responsabilidad institucional

"La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia".

Agradecimientos

En primer lugar damos infinitas gracias a Dios, por habernos dado salud, fuerza y valor para culminar esta etapa de nuestras vidas.

A la Universidad El Bosque con su programa de Especialización en Gerencia de la Calidad en Salud y su staff de profesores que con su gran sabiduría se esforzaron por ayudarnos a llegar al punto en que nos encontramos.

A nuestra directors de tesis la Dra. Sofía Jácome, ya que sin su ayuda, conocimiento y motivación, no hubiese sido posible llevar a cabo este proyecto.

A la Dra. Lucero Galeano por el tiempo dedicado para asesorarnos en la realización de la estrategia de nuestro trabajo de grado.

Dedicatoria

Dios, tu amor y bondad no tienen fin, nos permites sonreír ante todos nuestros logros que son resultado de tu ayuda y cuando caemos y nos pones a prueba, aprendemos de nuestros errores y nos damos cuenta que los pones en frente nuestro para que mejoremos como personas y como profesionales.

A nuestros padres, por habernos proporcionado la mejor educación y lecciones de vida, por habernos enseñado que con esfuerzo, disciplina y constancia todo se consigue.

A nuestras familias, por su apoyo incondicional, no solo por estar presentes en esta etapa de nuestras vidas, sino acompañándonos en todo momento ofreciéndonos su amor y buscando lo mejor para nosotras.

Guía de Contenido

	Página
1. Introducción	1
2. Marco referencia	3
2.1 Marco conceptual	3
2.2 Marco normativo	25
2.3 Marco institucional	28
3. Planteamiento del problema	36
4. Justificación	39
5. Objetivos	40
5.1 Objetivo general	40
5.2 Objetivos específicos	40
6. Propósitos	41
7. Aspectos metodológicos	42
7.1 Tipo de estudio	42
7.2 Población de referencia y muestra	42
7.3 Matriz de Variables	44
7.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información	51
8. Materiales y métodos	52
9. Plan de análisis	56
10. Consideraciones y aspectos éticos	58
11. Estructura organizacional del proyecto	60

12. Cronograma 61

13. Presupuesto 66

14. Resultados 68

15. Discusión 101

16. Conclusiones 112

17. Estrategia 115

18. Bibliografía 141

19.Anexos 145

Índice de siglas

AHRQ	*Agency for Healthcare Research and Quality*
AP	*Atención Primaria*
EAP	*Equipos de Atención Primaria*
EAPB	*Empresas Administradoras de Planes de Beneficios*
EPS	*Entidad Promotora de Salud*
HC	*Historia Clínica*
HSOPSC	*Hospital Survey on Patient Safety Culture*
ICC	*Índice de correlación intraclase*
ICONTEC	*Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación*
IOE	*Institución Objeto de Estudio*
IPS	*Institución Prestadora de Salud*
JCI	*Joint Commission International*
NPSA	*National Patient Safety Agency for England and Wales*
NQF	*National Quality Forum*
OM	*Oportunidades de mejora*
OMS	*Organización Mundial de la Salud*
OPS	*Organización Panamericana de la Salud*
POS	*Plan Obligatorio de Salud*
SGSSS	*Sistema General de Seguridad Social en Salud*
SOGCS	*Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad*

SUA *Sistema Único de Acreditación*

SUH *Sistema único de Habilitación*

UCI *Unidad de Cuidados Intensivo*

Glosario

Acreditación. *Proceso para garantizar la calidad de una institución o de un programa educativo.*

Atención sanitaria: *Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.*

Calidad: *Se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas según un parámetro, un cumplimiento de requisitos de calidad.*

Calidad en salud: *La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riegos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.*

Correlación intraclase: *Mide el grado de acuerdo o consistencia entre medidas cuya varianza puede ser atribuida a: Variaciones entre experimentadores, cuando dos experimentadores realizan medidas sobre una misma muestra.*

Cultura: *Conjunto de valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo que crea un sentido de identidad y establece vínculos vitales entre los miembros de una organización y su misión.*

Cultura de seguridad: *Conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguren, como prioridad esencial, las cuestiones de seguridad en la atención.*

Deberes de los pacientes: *Responsabilidades de la persona humana relacionados con su estado de salud-enfermedad.*

Derechos de los pacientes: *Son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud-enfermedad.*

Efectividad: *Es el balance entre la eficiencia y la eficacia.*

Eficacia: *Es realizar las actividades para conseguir la meta.*

Eficiencia: *Es la capacidad de obtener los mayores resultados con la mínima inversión.*

Estrategia: *Serie de acciones muy meditadas, encaminadas hacia un fin determinado.*

Eventos adversos en salud: *Son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad.*

Gestión del riesgo: *Es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población.*

Gestión clínica: *Estrategia que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del*

momento y con la participación de profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente.

Guía de práctica clínica: *Son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada.*

Mejoramiento continuo: *Es el conjunto de todas las acciones diarias que permiten que los procesos y la empresa sean más competitivos en la satisfacción del cliente.*

Paciente crítico: *Persona que está en situación inminente del peligro de muerte.*

Percepción: *Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.*

Proceso*: Es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico*

Propiedades psicométricas: *Se trata de la disciplina que atribuye valores (cifras) a condiciones y fenómenos psicológicos para que, de este modo, resulte posible la comparación de las características psíquicas de distintas personas y se pueda trabajar con información objetiva.*

Riesgo: *Probabilidad de que un evento adverso o incidente suceda.*

Seguridad del paciente: *Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar*

el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Sostenibilidad: *Se refiere, por definición, a la satisfacción de las necesidades actuales sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer las suyas, garantizando el equilibrio entre crecimiento económico, cuidado del medio ambiente y bienestar social.*

Transformación cultural: *Se entiende por evolución cultural la transformación a lo largo del tiempo de elementos culturales de una sociedad.*

Unidad de cuidado intensivo: *Unidad hospitalaria que da una atención médica intensiva a los pacientes que padecen una situación grave de salud que pone en peligro su vida.*

Índice de tablas, gráficas y figuras

Página

Tabla 1. *Principales conceptos vinculados a la seguridad del paciente.* 8

Tabla 2. *Principales características que predisponen a la ocurrencia de fallas en las instituciones de salud.* 9

Tabla 3. *Propiedades de la cultura de seguridad (traducción al español)* 15

Tabla 4. *Dimensiones del Cuestionario sobre seguridad de los pacientes* 18

Tabla 5. *Codificación de las respuestas de la Encuesta de Seguridad del Paciente.* 19

Tabla 6. *Estándares de acreditación y su descripción.* 22

Tabla 7. *Normatividad vigente para la seguridad del paciente* 25

Tabla 8. *Distribución de camas UCI* 30

Tabla 9. *Talento humano involucrado en la atención de UCI* 31

Tabla 10. *Descripción de generalidades del proceso cuidado critico* 33

Tabla 11. *Matriz de variables* 44

Tabla 12. *Cronograma* 61

Tabla 13. *Presupuesto* 66

Tabla 14. *Resultados para variable seguridad del paciente* 86

Tabla 15. *Respuestas de percepción de cultura de seguridad a nivel de servicio UCI* 88

Tabla 16. *Resultados variable Trabajo en equipo* 89

Tabla 17. *Resultados de la variable Expectativas y acciones de la coordinación para favorecer la seguridad* 90

Tabla 18. *Resultados de la variable Aprendizaje Organizacional y Mejora Continua* 91

Tabla 19. *Resultados variable Franqueza en la comunicación* 92

Tabla 20. *Resultados de la variable Feed Back y Comunicación sobre los errores* 93

Tabla 21. *Resultados a variable Respuesta no punitiva a los errores* 94

Tabla 22. *Resultados variable Dotación de Personal* 95

Tabla 23. *Resultados de la variable Frecuencia de Eventos Notificados* 96

Tabla 24. *Resultados a los factores que afectan la cultura de seguridad a nivel de IPS* 97

Tabla 25. *Resultados de la variable Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente.* 98

Tabla 26. *Resultados de la variable Trabajo en equipo entre la unidad y demás servicios del hospital* 99

Tabla 27. *Resultados de la variable Problemas en cambios de turno y transición de pacientes a los demás servicios* 100

Gráfico 1. *Propiedades de la seguridad del paciente (diseño original)* 15

Gráfico 2. *Estructura Organizacional del proyecto* 60

Gráfico 3. *Porcentaje de rango de edades de participantes en el estudio* 69

Gráfico 4. *Porcentaje de escolaridad de participantes en el estudio* 71

Gráfico 5. *Porcentaje del cargo que desempeñan los participantes dentro de la UCI* 72

Gráfico 6. *Porcentaje de horas trabajadas de participantes en el estudio por semana* 73

Gráfico 7. *Porcentaje de tiempo que llevan trabajando los participantes en la UCI* 74

Gráfico 8. *Porcentaje de turno agendado para laborar en la UCI* 75

Gráfico 9. *Distribución edad y sexo* 76

Gráfico 10. *Distribución por escolaridad y empleo* 76

Gráfico 11. *Distribución por cargo y turno* 76

Gráfico 12. *Percepción del personal sobre el grado de seguridad en la UCI* 78

Gráfica 13. *Número de eventos reportados por el personal de salud de la unidad* 95

Figura 1. *Mapa de Procesos Hospital en estudio* 31

Figura 2. *Organigrama institución objeto de estudio* 32

Figura 3. *Nube de palabras sobre la percepción del grado de seguridad del paciente* 81

Figura 4. *Nube de palabras sobre comentarios adicionales relacionados a seguridad del paciente* 83

Figura 5. *Nube de palabras sobre comentarios adicionales sobre aspectos a mejorar en la seguridad del paciente.* 85

Listado de Anexos

Anexo 1. *Consentimiento Informado*

Anexo 2. *Instrumento de recolección de datos: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) modificado.*

Anexo 3. *Artículo*

La cultura de seguridad es definida como las creencias, actitudes y valores que el personal de salud desarrolla frente a las acciones que involucran una atención con calidad, además es reconocida por la OMS como uno de los factores determinantes para garantizar la seguridad del paciente. Es por esta razón, que se realizó la medición de la cultura de seguridad en el personal asistencial de la Unidad de Cuidado Intensivo de una IPS acreditada en Bogotá, con el objetivo de diseñar una estrategia que favorezca dicha cultura en el personal asistencial. Para esto, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo y cualitativo, aplicando la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture traducida al español, donde se evaluaron 13 variables incluyendo preguntas abiertas. Los resultados se analizaron en una plataforma dashboard, donde se identificaron fortalezas tales como, apoyo de la alta gerencia para mantener la seguridad del paciente y el desarrollo de acciones que permiten el mejoramiento continuo; de igual forma se reconocieron debilidades en cuanto al liderazgo, trabajo en equipo, acciones punitivas, percepción de seguridad, comunicación y notificación de eventos en salud, a las cuales se plantearon acciones de mejora con el fin de disminuir la presencia de eventos en salud y contribuir a la prestación de servicios con calidad. Palabras clave: Cultura de seguridad, seguridad del paciente, calidad en salud, unidad de cuidado intensivo y personal asistencial.

A safety culture is defined as the beliefs, attitudes and values that health personnel develop in the face of actions that involve quality care, it is also recognized by the WHO as one of the determining factors to guarantee patient safety. It is for this reason that safety culture was measured among the healthcare personnel of the Intensive Care Unit of an accredited Health Provider Institution in Bogotá, with the aim of designing a strategy that improves that culture among healthcare personnel. For this, a descriptive cross-sectional study was carried out with a quantitative and qualitative approach, applying the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* translated into Spanish, where 13 variables were evaluated including open questions. The results were analyzed on a dashboard platform, where strengths were identified such as, support from senior management to maintain patient safety and the development of actions that allow continuous improvement; Similarly, weaknesses were recognized in terms of leadership, teamwork, punitive actions, perception of safety, communication and notification of health events, to which improvement actions were proposed in order to reduce the presence of health events and contribute to the provision of quality services.
Keywords: Safety culture, patient safety, health quality, intensive care unit and healthcare personnel.

1. Introducción

La seguridad del paciente, hoy en día, es uno de los temas prioritarios a tratar en el sector salud. Con el pasar de los años, autores y organizaciones a nivel nacional e internacional, han estudiado la problemática de los eventos adversos relacionados con la atención en salud, bajo la primicia de "evitar actos lesivos y/o cometer descuidos que agraven la enfermedad y/o que ocasionen daños adicionales" (Rodríguez R, Losardo R, 2018, p. 2), lo que sugiere para las instituciones sanitarias, mantener en su personal asistencial una cultura de seguridad del paciente, que permita lograr el mayor beneficio para él, minimizando el riesgo y generando el menor daño posible.

La seguridad del paciente se ha considerado un atributo prioritario de la calidad de salud en todo el mundo " (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017, p. 31) , por esta razón, las instituciones de salud, en sus políticas de calidad priorizan estrategias relacionadas con la seguridad del paciente, como uno de los elementos clave para el mejoramiento continuo y es que, "existe un creciente interés en la calidad en todos los sectores, lo cual es bastante notable en el área de salud, los usuarios, gerentes y profesionales de la salud tienden a preocuparse mucho por la efectividad de sus servicios, los usuarios son cada vez más educados, informados y participativos, exigiendo calidad en la atención. Los gerentes se preocupan por el uso óptimo de sus recursos y saben que hacer las cosas bien, entre otros beneficios, disminuye los costos" (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017, p. 28).

La seguridad del paciente y la calidad van de la mano y "en muchas instituciones de salud estas estructuras funcionan de forma independiente y sin comprender que la seguridad es solo una de las dimensiones de la calidad de la atención médica" (Roque R, Guerra R, Torres R, 2018, p. 1). En efecto, el estudio de la cultura de seguridad del paciente tiene implicaciones precisas en la calidad de la atención, teniendo en cuenta que, los efectos negativos producto del comportamiento del personal de salud se traducen en planeación, ejecución, verificación y ajuste de estrategias que promuevan la transformación cultural y el mejoramiento continuo de los procesos. Una atención con calidad implica una atención con seguridad.

En la Unidad de Cuidado Intensivo, objeto del presente estudio, se evidencia una problemática relacionada con el tema, dado que se observa la presencia continua de eventos adversos y no se evidencia una adecuada presencia de Cultura de seguridad del paciente; por esta razón y dada la relevancia del tema en la calidad de prestación de servicios, éste estudio se propone realizar la medición de seguridad del paciente en el personal asistencial de la UCI, para identificar aspectos que obstaculizan la adecuada adherencia a la cultura de seguridad del paciente, que ponen en riesgo la calidad de la atención y que conllevan al incumplimiento de los objetivos estratégicos y de calidad propuestos para el servicio y para la organización. Además, pretende formular una estrategia que favorezca la promoción de una cultura seguridad del paciente positivo, con la consecuente minimización de eventos adversos y mejora continua del proceso de cuidado al paciente críticamente enfermo.

2. Marco de referencia

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Estrategia

Para abordar la temática de seguridad del paciente y poder alinear los conceptos desde el nivel gerencial de una institución de salud con el nivel operativo, se requiere de la formulación de estrategias. Este término ha sido estudiado por muchos autores, una de las definiciones más completas que se encuentra en la literatura es "proceso a través del cual una organización formula objetivos, y está dirigido a la obtención de estos. Estrategia es el medio, la vía, es el como para la obtención de los objetivos de la organización. Es el arte (maña) de entremezclar el análisis interno y la sabiduría utilizada por los dirigentes para crear valores de los recursos y habilidades que ellos controlan" (Halten K, 1987, p 1).

"La planificación es un proceso en el cual se definen de manera sistemática los lineamientos estratégicos, o líneas maestras, de la empresa u organización, y se pueden desarrollar en guías dedicadas para la acción, se asignan recursos de la manera más eficiente, y se plasman en documentos" (anónimo, 2010 p. 1).

Para la elaboración de las estrategias debe responderse a las siguientes preguntas (anónimo, 2010 p. 1):

1. ¿Quiénes somos?
2. ¿Qué capacidad tenemos y qué podemos hacer?
3. ¿Qué problemas estamos tratando?
4. ¿Qué influencia queremos causar?

5. ¿Qué asuntos críticos tenemos que responder?
6. ¿Dónde debemos situar nuestros recursos y cuáles son nuestras prioridades?

El administrador de servicios en salud requiere diseñar planes a mediano y largo plazo, estableciendo objetivos claros y definidos con proyección de acciones encaminadas al logro de los resultados de la entidad (Vargas A, 2005, p. 1). "La planeación estratégica es el proceso por el cual los dirigentes ordenan sus objetivos y sus acciones en el tiempo. De hecho, el concepto de estrategia y el de planeación están ligados indisolublemente, pues tanto el uno como el otro designan una secuencia de acciones ordenadas en el tiempo, de tal forma que se puede alcanzar uno o varios objetivos" (Sallenave,2002, p.18).

2.1.2. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente surge con los cambios evolutivos de la atención en salud, atención que se hace más complejo día tras día teniendo en cuenta el avance de la tecnología y nuevas formas de atención. Su problemática empieza a cobrar relevancia años atrás, cuando Moser (1956) llama a los eventos "las enfermedades del progreso de la medicina", haciendo referencia a las reacciones adversas asociadas a la administración de medicamentos y a los efectos provocados por los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que son expuestos los pacientes, generando algún daño secundario al manejo de su patología o problema de ingreso.

Años más adelante, EE. UU emite su informe *To err is Human: building a safer healthsystem* (Comité de Calidad del Cuidado de la Salud del Instituto de Medicina de EE. UU, 2000) donde la seguridad del paciente tomó gran importancia en la atención sanitaria, describiendo un gran número de eventos evitables relacionados con la atención sanitaria y

que animó a las organizaciones e instituciones de salud a diseñar e implementar estrategias para gestionar y minimizar el riesgo.

El Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia en su *guía de Promoción de la Cultura seguridad del paciente* (2008) describe la trayectoria a nivel mundial de esta temática: "La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) presentó una guía acerca de 30 prácticas de seguridad (National Quality Forum, 2005). La Organización Mundial de la Salud publica un informe sobre la presencia de efectos adversos en la práctica clínica (OMS, 2001) incluidas recomendaciones para su prevención y abordaje. En 2003, Canadá creó el Canadian Patient Safety Institute, así mismo, el National Health Service en el Reino Unido establece un organismo específico para la temática, la National Patient Safety Agency. La agencia británica publicó un documento titulado *7 steps to patient safety* (Suzette Woodward, 2004). En el ámbito de la Unión Europea, la seguridad del paciente se incluye entre los objetivos de diferentes programas y acciones comunitarias".

Años después, Schimmel (2003) realiza un estudio en un hospital universitario de EE.EE y pública "el 20% de los pacientes ingresados en las salas médicas experimentaron uno o más episodios adversos y el 10% tuvo un episodio prolongado o no resuelto. La gravedad de los 240 episodios fue menor en 110, moderada en 82 y mayor en 48, de los cuales 16 terminaron fatalmente", enviando una alarma para implementar programas de seguridad del paciente en los centros asistenciales.

La seguridad del paciente es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como principio fundamental de la atención sanitaria y abarca un conjunto de actividades,

valores y normas, constituidos en unos procesos y metodologías dentro de una misma organización, con la intención de evitar o eliminar el daño y prevenir la aparición de eventos adversos consecuentes a la atención sanitaria promoviendo la seguridad como objetivo común a nivel institucional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Joint Commission International (JCI) crearon las metas internacionales de seguridad del paciente, que reúnen las estrategias enfocadas en las situaciones de mayor riesgo para los usuarios o pacientes (Rev. Hosp. Niños, 2018), estas son:

a. Identificar correctamente a los pacientes

b. Mejorar la comunicación efectiva

c. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

d. Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto

e. Reducir el riesgo de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, control de antimicrobianos.

f. Reducir el daño causado por caídas.

g. Prácticas de transfusión poco seguras.

En el último informe generado por la OMS en el septiembre de 2019, se añaden las siguientes atenciones inseguras:

a. Errores en medicación.

b. Prácticas de inyección poco seguras.

c. Errores diagnósticos.

d. Errores de irradiación.

e. Septicemia.

f. Tromboembolias venosas.

g. Atención poco segura en salud mental.

Hasta la fecha, la OMS ha propuesto tres iniciativas en materia de seguridad del paciente que se describen a continuación (OMS, 2019):

a. Una atención limpia es una atención más segura (OMS, 2005), cuyo objetivo es reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria haciendo principal énfasis en el lavado de las manos.

b. La cirugía segura salva vidas (OMS, 2008), cuyo fin es reducir los riesgos asociados a la cirugía.

c. Medicación sin daño (OMS, 2017), cuyo propósito es reducir en un 50% los daños graves evitables relacionados con los medicamentos en un periodo de cinco años a nivel mundial.

Al identificar estas posibles causas de error, las instituciones diseñan dentro de su planeación estratégica lo que se conoce como *Programa de seguridad del paciente;* que incluye una metodología para la evaluación del evento, identificando sus factores desencadenantes y favoreciendo la formulación de estrategias, propias de la organización que, en conjunto con una apropiada cultura de seguridad del paciente por parte del personal asistencial, cumplen con el objetivo de minimizar el riesgo y mitigar la presencia del evento adverso, alcanzando altos niveles de calidad en la atención sanitaria.

En la tabla 1 se describen los principales conceptos vinculados a la seguridad del paciente.

Tabla 1. *Principales conceptos vinculados a la seguridad del paciente*

Concepto	Definición
Daño asociado a la Atención Sanitaria	Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente	Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que, si bien no le genera un daño directo a su salud, sí le afecta en la medida que, al ocurrir fallas en los procesos de atención, afectan en cierta medida a la persona, generalmente debido a que se prolongue su estancia hospitalaria.
Evento Adverso	Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.
Evento Adverso grave	Evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica.
Evento Adverso moderado	Si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.
Evento Adverso leve	Si ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.
Incidente con daños	Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión.
Incidente sin daños	Es aquél en que un evento alcanza al paciente, pero que no le causa algún daño apreciable.
Error	Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error de omisión), ya sea en la fase de planificación o de la ejecución.

Fuente: *Boletín CONAMED-OPS-OMS, 2015*

La tradición de gestión de seguridad (aviación, industria nuclear y otras) ha demostrado que algo esencial para tener éxito en esta área es intervenir en la psicología de la organización a través de la creación y mantenimiento de una Cultura de Seguridad entre los profesionales (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017, p. 34).

En la tabla 2 se pueden observar las principales características que predisponen a la ocurrencia de fallas en las instituciones de salud y que concluyen en la disminución de la calidad en la atención.

Tabla 2. *Principales características que predisponen a la ocurrencia de fallas en las instituciones de salud.*

- Ambientes inciertos y dinámicos
- Varias fuentes de información
- Cambios, imprecisiones y objetivos confusos.
- Necesidad de procesar información actualizada en situaciones y circunstancias que cambian rápidamente.
- Dependencia de indicadores indirectos.
- Los problemas pueden ser inexactos
- Las acciones tienen consecuencias inmediatas y múltiples.
- Momentos de estrés intenso impregnados por largos períodos de actividad rutinaria y repetitiva.
- Tecnología sofisticada con muchas redundancias.
- Interfaz compleja y a menudo confusa entre el operador y el equipo.
- Alto riesgo
- Múltiples individuos con diferentes prioridades.
- Un ambiente de trabajo altamente influenciado por las normas de algunos grupos y por la cultura organizacional.

Fuente: *Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasil, 2017*

2.1.3. Cultura de seguridad del paciente

Con el objetivo de fortalecer la seguridad del paciente, las instituciones deben fomentar la cultura de seguridad del paciente, término definido como "el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de manejo de la seguridad de una organización" (Arias-Botero JH, Gómez-Arias,2017, p. 2), características que no solo se deben evaluar en el nivel operativo, también en las coordinaciones de los procesos o servicios y de igual forma en la alta gerencia. Dentro de esta definición es importante resaltar como complemento, que la cultura no debe ser punitiva, "el personal asistencial debe reconocer los

errores como oportunidades de mejora y no ocultar su reporte por temor a ser culpabilizados" (Rocco y Garrido, 2017, p.2).

Existen organizaciones nacionales e internacionales que reconocen que la cultura de seguridad del paciente es prioridad en la calidad de la atención, entre estas están: la *National Patient Safety Agency for England and Wales* (NPSA), *Agency for Healthcare Research and Quality* (*AHRQ), National Quality Forum (NQF), La Organización mundial de la Salud (OMS)* y a nivel nacional *El Ministerio de Salud y Protección Social.* Todos encaminados a generar acciones que permitan desarrollar y mantener una cultura de seguridad adecuada en las instituciones de salud.

En un estudio realizado en España (2009) sobre medición de cultura de seguridad del paciente, definen la importancia de ésta de la siguiente manera " una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir"(Ministerio de Sanidad y Política Social España, 2009, p. 23,).

La estrategia *Una alianza mundial para una atención más segura* (OMS, 2008) reconoce 4 elementos en la cultura de seguridad del paciente: Información, confianza, organización flexible y trabajo en equipo y aprendizaje, y las interrelaciona para promover una cultura de seguridad positiva en las instituciones que garantice atención sanitaria con calidad.

Según la NQF son cuatro las prácticas para mejorar la seguridad, mediante la creación y el mantenimiento de una cultura de seguridad (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017), estas son:

Definir estructuras y sistemas de liderazgo: de acuerdo con el consenso, los líderes dirigen valores, los valores impulsan los comportamientos, y los comportamientos colectivos de los individuos en una organización definen su cultura. Por lo tanto, los líderes deben participar en el proceso de creación y transformar la cultura de seguridad del paciente, y las estructuras de liderazgo deben ser establecidas con la intención de sensibilizar, responsabilizar, habilitar y actuar a favor de la seguridad de cada uno de los pacientes atendidos.

Evaluar la cultura, informar sobre los resultados e intervenir: parte de la idea de que solo podemos mejorar lo que podemos medir. El servicio de salud debe utilizar cualquiera de los cuestionarios validados para este propósito, que abarcan las diversas dimensiones que conforman la construcción de la cultura de seguridad y llevan a cabo evaluaciones periódicas de la cultura de seguridad. Aun así, depende del servicio informar los resultados de estas evaluaciones a profesionales y gerentes, además de tomar medidas de mejora necesarias a nivel local.

*Promover el trabajo en equipo**:*** los errores debidos al mal trabajo en equipo se reconocen en los servicios de salud y en otras áreas como causas de daños y muerte, por lo que se recomienda establecer un enfoque proactivo, sistemático y organizacional para la capacitación en trabajo en equipo, desarrollar habilidades y mejorar el rendimiento del equipo para reducir daño prevenible.

Identificar y mitigar riesgos y peligros: las organizaciones que brindan servicios de salud deben identificar y mitigar sistemáticamente los riesgos y peligros relacionados con la seguridad del paciente, a través de un enfoque continuo para reducir los daños prevenibles. Esto debería incluir una serie de métodos internos, ya sean retrospectivos, concurrentes o

prospectivos para analizar el riesgo, también muestra la necesidad de que el servicio tenga un buen sistema de monitoreo que revele probables problemas de seguridad, lo que refuerza la importancia de tener indicadores fiables.

Para el análisis, desarrollo y mantenimiento de la cultura de la seguridad en las instituciones de salud, se describen 7 subculturas producto de un metaanálisis cualitativo desarrollado en EE. UU (Sammer, Lykens, Singh, Mains y Lack, 2010), que complementan las 4 prácticas para mejorar la seguridad nombradas anteriormente, estas son:

Liderazgo: los líderes deben reconocer que el entorno de salud está en alto riesgo y buscar alinear la visión, la misión, la competencia del equipo, los recursos humanos y legales de los profesionales que están a la vanguardia de la atención. El líder principal debe ser comprometido y es la clave para diseñar, promover y crear una cultura de seguridad, pero también es importante impregnar a todos los niveles de la organización.

Trabajo en equipo: debe existir el espíritu de colegialidad, colaboración y cooperación entre los ejecutivos y el personal clínico. Las relaciones deben ser abiertas, responsables y flexibles. Actualmente las instituciones de salud cuentan con tratamientos complejos, que requieren recursos tecnológicos sofisticados, esfuerzo y colaboración entre profesionales para que sea posible lograr una cultura de seguridad, haciendo referencia también, a la interdisciplinariedad.

Comunicación: en cualquier entorno donde haya un miembro individual del equipo de salud, no importa cuál sea su trabajo, tienen el derecho y la responsabilidad de hablar en nombre del paciente, es decir, abogar por el paciente. Un lenguaje claro y estructurado, con correcta comunicación, es fundamental para la promoción de una cultura de seguridad del

paciente. Un claro ejemplo de la comunicación es el método adoptado por el servicio de salud para garantizar la transferencia de información entre turnos, departamentos y unidades. Los profesionales que trabajan en la primera línea de atención quieren que los gerentes los escuchen y los reconozcan.

Aprender de los errores: la institución debe aprender de los errores y buscar nuevas oportunidades para mejorar su desempeño. Es importante que el aprendizaje comience con líderes que demuestren disponibilidad para aprender, no solo a través del análisis de datos de la propia institución de salud, sino también a través de investigaciones en otras áreas que han desarrollado y demostrado éxito en la cultura de seguridad. El aprendizaje debe ser valorado por todos los profesionales, incluido el equipo médico. La cultura de aprendizaje crea una conciencia de seguridad y promueve un entorno que brinda oportunidades de aprendizaje, la institución de salud que analiza sus datos tiene la oportunidad no solo de aprender de errores, sino también conseguir el éxito.

Justicia: la cultura de la justicia reconoce los errores como fallas en el sistema, en lugar de fallas individuales y, al mismo tiempo, no busca responsabilizar a las personas por sus acciones. Es importante determinar si las fallas son individuales o del sistema, de modo que existen algunas preguntas para tratar de identificar el tipo de falla que está sucediendo.

a. ¿La atención se desarrolló ilegalmente?

b. ¿La atención se realizó bajo la influencia del alcohol o las drogas?

c. ¿Sabía el profesional que estaba cometiendo un error?

d. ¿Es posible que dos o tres cuidadores puedan cometer el mismo error?

La cultura de la justicia se caracteriza por la verdad.

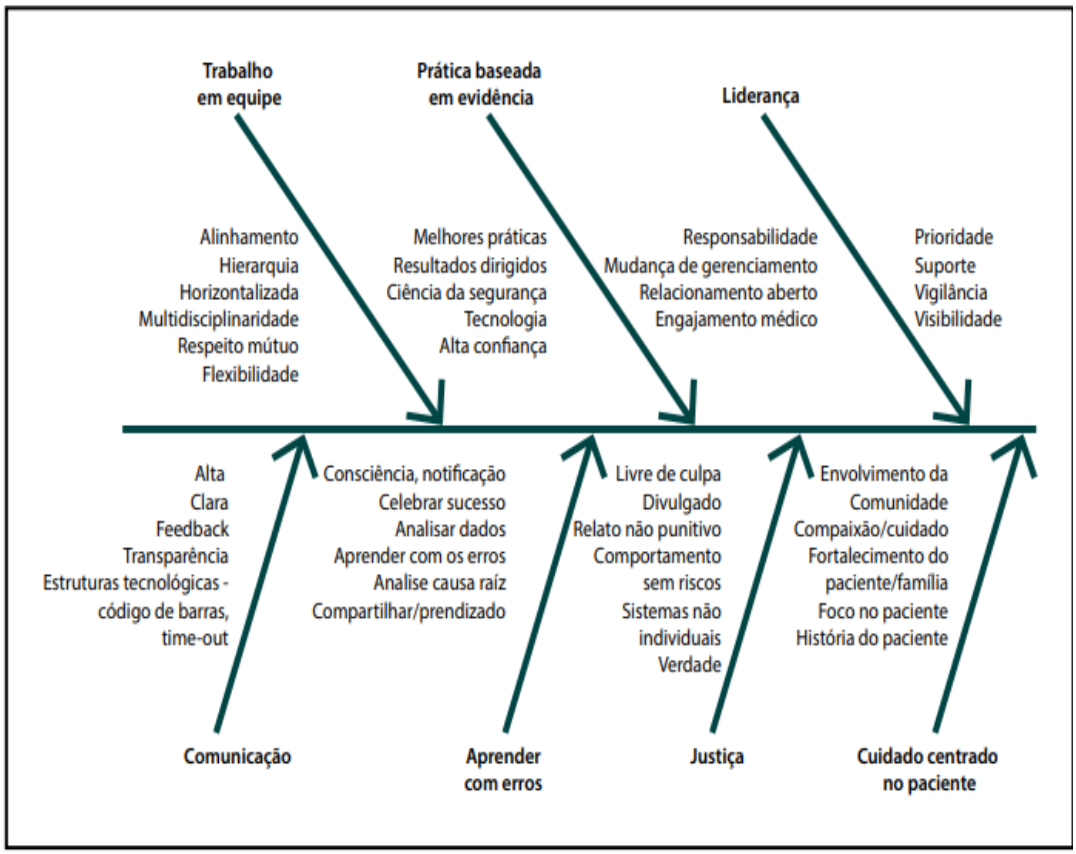
*Atención centrada en el paciente**:*** la atención debe centrarse en el paciente y su familia. El paciente no solo debe ser un participante activo en su propia atención, sino también el vínculo entre institución de salud y la comunidad. Líderes que comparten su visión de la atención centrada en la familia y la comunidad le permiten a esta sentirse orgullosa y sentirse parte del servicio de salud.

Práctica basada en evidencia: la práctica de atención al paciente debe basarse en evidencia y debe estandarizarse para evitar variaciones que ocurran en todas las situaciones. Los procesos deben estar diseñados para lograr una alta confiabilidad. Las instituciones de salud que demuestran el uso de mejores prácticas basadas en evidencia, a través de procesos estandarizados, protocolos, listas de verificación y pautas, demuestran su preocupación por desarrollar prácticas seguras.

"La promoción de la cultura de seguridad en el sistema de salud es un fenómeno complejo. Reconocer su importancia y el impacto de la cultura de seguridad en las organizaciones es imperativo para desarrollar cualquier tipo de programa de seguridad. Comprender las siete subculturas facilita la comprensión del proceso y dirige a los profesionales a una posible ruta de implementación" (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017, p. 50).

En el gráfico 1 se muestran las propiedades que se pueden evaluar en la medición y análisis de la cultura de seguridad del paciente de forma cualitativa (Sammer et al, 2010).

Gráfico 1. *Propiedades de la cultura de seguridad (diseño original)*



Fuente: *Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017*

La gráfica anterior es original del informe presentado por los autores brasileros, por esta razón y para mejor entendimiento se traducen dichas propiedades al español y se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. *Propiedades de la cultura de seguridad (traducción al español)*

Subcultura	Propiedades	
Trabajo en equipo	• Alineación • Jerarquía • Multidisciplinariedad • Respeto mutuo • Flexibilidad	Prioridad Soporte Vigilancia Visibilidad
Práctica basada en evidencia	• Mejores prácticas • Ciencia de seguridad • Tecnología • Alta confianza	

Subcultura	Propiedades	
Liderazgo	• Cambio de gestión • Relacionamiento abierto • Compromiso médico • Responsabilidades	Prioridad Soporte Vigilancia Visibilidad
Comunicación	• Alta • Clara • Retroalimentación • Transparencia • Estructuras tecnológicas-código de barras • Time-out	
Aprender de los errores	• Conciencia • Notificación • Celebrar el éxito • Analizar los datos • Análisis de causa raíz • Compartir/aprendiendo	
Justicia	• Libre de culpa • Divulgado • Informe no punitivo • Comportamiento sin riesgo • Sistemas no individualizados • La verdad	
Atención centrada en el paciente	• Participación de la comunidad • Compasión/cuidado • Fortalecimiento paciente/familia • Centrarse en el paciente • Historia del paciente	

Fuente: *adaptado de Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática, 2017*

"Crear una cultura de seguridad significa superar barreras y desarrollar un ambiente de trabajo colaborativo, en el que los miembros del equipo de atención se tratan como iguales, independientemente de función de trabajo o título. El equipo tiene respeto mutuo y confianza en cada miembro, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. El concepto es simple, pero su implementación no lo puede ser. Los cambios en la filosofía, actitud y comportamiento pueden ser necesarios. La planificación y las acciones en todos los niveles de la organización, incluido un fuerte compromiso de liderazgo, son

necesarias para crear una cultura de seguridad" (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017. P. 152).

Para la medición de la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario existen muchas escalas, dentro de ellas, la más utilizada es *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC),* que en español traduce *Encuesta Hospitalaria sobre la cultura de la seguridad del paciente,* este instrumento "fue diseñado para evaluar las opiniones del personal sobre la cultura de seguridad del paciente en entornos hospitalarios" (Sorra J, Dyer N, 2010, p. 1). Fue probada, revisada y luego lanzada por la AHRQ en el 2010, HSOPSC tiene adecuadas pruebas de criterios psicométricos, que incluyen análisis de ítems, análisis factorial exploratorio, análisis factorial confirmatorio y análisis de correlación y confiabilidad (I-Chi Chen Y Hung-Hui Li, 2010).

Joann Sorra y Naomi Dyer (2010) realizaron un estudio en EE. UU para validar las pruebas psicométricas de los elementos y compuestos de la HSOPSC, analizando los resultados obtenidos al aplicar la encuesta a 331 hospitales; se examinaron las cargas de factores de ítems, las correlaciones intraclases (ICC), los efectos de diseño, las confiabilidades de consistencia interna y los análisis de factores confirmatorios multinivel, así como las inter correlaciones entre los compuestos de la encuesta. Este estudio concluyo de la siguiente forma "Los ítems y dimensiones generales de la encuesta son psicométricamente sólidos a nivel de análisis individual, de unidad y de hospital y pueden ser utilizados por investigadores y hospitales interesados en evaluar la cultura de seguridad del paciente" Este análisis permitió la validación de la encuesta, convirtiéndose hoy en día en el instrumento de elección, en la mayoría de hospitales a nivel nacional e internacional, para la medición de la cultura de seguridad del paciente.

Esta encuesta ha tenido varias versiones según el país donde se quiere implementar, para este estudio tomaremos la versión española *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.*

Este cuestionario, de 43 ítems, la mayoría con opciones de respuesta en escala tipo Likert de 5 puntos («muy de acuerdo», «de acuerdo», «ni de acuerdo ni en desacuerdo», «en desacuerdo», «muy en desacuerdo»), identificó mediante análisis factorial exploratorio 14 dominios en la cultura de seguridad del paciente, los cuales se redujeron a 12 en el análisis factorial confirmatorio (Arias-Botero JH, Gómez-Arias RD, 2017).

En la tabla 4 se describen las 12 dimensiones incluidas en la encuesta para la medición de la cultura de seguridad.

Tabla 4. *Dimensiones de la encuesta Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.*

Criterio de evaluación	Dimensiones
Resultados De La Cultura De Seguridad	• Frecuencia de eventos notificados. • Percepción de seguridad
Dimensiones De La Cultura De Seguridad A Nivel De Unidad/Servicio	• Aprendizaje organizacional/mejora continua • Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio • Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio • Franqueza en la comunicación • Feed-back y comunicación sobre errores • Respuesta no punitiva a los errores • Dotación de personal • Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

Criterio de evaluación	Dimensiones
Dimensiones de la Cultura de Seguridad a Nivel de Todo el Hospital	• Trabajo en equipo entre unidades/servicios • Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades

Fuente: *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.*

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con tabla 5:

Tabla 5. *Codificación de las respuestas de la Encuesta de Seguridad del Paciente.*

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Fuente: *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.*

Los resultados de la encuesta permiten determinar en cada ítem fortalezas y oportunidades de mejora, que sirven como base, para el desarrollo de estrategias que permitan mejorar y mantener una cultura de seguridad del paciente, que brinde atención con calidad en las instituciones de salud.

2.1.4 Unidad de Cuidado Intensivo

De la revisión bibliográfica se puede describir que se habla de cuidado intensivo desde el año 1854 dando su origen con la guerra de Crimea, donde tuvo gran influencia Florence Nightingale al observar la necesidad de separar los soldados que se encontraban en situación de gravedad de los que solamente tenían heridas leves y dar cuidados especiales y diferenciados, de ahí en adelante, empezaron a crearse pequeñas unidades de cuidados intensivos dando cuidados a pacientes sedados y ventilados, luego, llega la forma de "respirador artificial" con la llegada de enfermedades complejas como la poliomielitis, desde entonces y hasta la fecha dichas unidades han crecido en infraestructura y avance de la tecnología con el fin de lograr la recuperación (Aguilar y Martínez, 2017)

Dentro de las definiciones de cuidado intensivo, se encuentra *"*Es una especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión y monitorización intensiva" (Ministerio de Salud y Protección Social, paquete instruccional *Reducir riesgo de la atención del paciente crítico, s.f*).

Por otro lado, el paciente crítico es definido como aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia según evolución (Sociedad Americana de Medicina Intensiva, s.f)

Estas definiciones marcan una gran importancia en la atención que debe ser brindada a este tipo de pacientes, teniendo en cuenta la vulnerabilidad en su condición actual de salud y la dependencia en actividades básicas. La calidad en este servicio demanda una cultura de seguridad positiva para el logro del objetivo principal de la unidad de cuidado de intensivo

que es la estabilización hemodinámica y la rehabilitación del paciente provocando el menor daño posible.

2.1.5 Acreditación en Salud

Teniendo en cuenta que la IPS objeto de estudio es una institución recientemente acreditada, se ofrecerá en este marco conceptual una breve descripción de los conceptos de acreditación en salud.

Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (ICONTEC, 2016).

El *Manual de Acreditación ambulatorio y hospitalario Versión 3.1,* se rige por la resolución 5095 de 20018 y su finalidad es fortalecer la atención en salud para ofrecer un mejor sistema de seguridad social en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Para que una institución de salud sea acreditada, su plataforma estratégica debe estar basada en estos 7 ejes trazadores de acreditación:

- Atención centrada en el usuario
- Gestión clínica excelente y segura
- Humanización de la atención en salud
- Gestión del riesgo
- Gestión de la tecnología

- Proceso de transformación cultural permanente
- Responsabilidad Social

Además, dentro del manual de acreditación dispuesto por el Ministerio de Salud y la Protección social se encuentran definidos los grupos de estándares obligatorios para el para el logro de la acreditación, estos se describen en la tabla 6.

Tabla 6. *Grupos de Estándares de acreditación***.**

Fuente. *Tomado del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia Versión 3.1*

2.1.6 Calidad en Salud

Existen varios autores que definen calidad y algunos de ellos específicamente es salud, ninguno con una definición completa, uno complementa al otro para lograr una definición concreta de calidad en salud.

La Organización Mundial de la Salud hace algunos años, al hablar de calidad en salud, decía: “aquella cualidad que hace que el paciente reciba el correcto diagnóstico y los servicios terapéuticos, que van a conducirle al estado de óptima salud conseguible para este paciente, según los conocimientos del momento de la ciencia médica y los factores biológicos del paciente: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, cumplimiento terapéutico, con el coste mínimo de recursos, con la exposición al mínimo riesgo posible de un daño adicional y con la máxima satisfacción del paciente”, años después actualiza esta definición quedando "La medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas "(OMS, 2017).

Se tomará para este estudio la definición del padre y pionero de la calidad en salud Avedis Donabedian (1984) quien definió calidad en la atención en salud como “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención” (Empaire G, 2010, p. 4) y aporta 3 elementos clave para el cumplimiento de los objetivos de la calidad:

Dimensión técnica: Se refiere a la atención técnica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud.

Dimensión interpersonal: Se refiere a las relaciones entre el paciente y el médico o proveedor del servicio.

Dimensión de confort o amenidades: comprenden las características propias del entorno en que se presta la asistencia médica, tales como la sala de espera agradable, sábanas limpias, temperatura agradable, etc., las cuales las describe de una manera más abstracta como comodidad, privacidad, cortesía… y las incluye dentro del manejo de las relaciones interpersonales, ya que significan interés por la satisfacción del paciente. (Donabedian, 1980).

El Ministerio de Salud y Protección Social de la Republica de Colombia, en el decreto 780 de 2015, establece y describe los 5 atributos para la calidad en la atención en salud (MINSALUD):

Accesibilidad: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.

Oportunidad: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

Satisfacción del Usuario: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

2.2 Marco Normativo

En relación con el tema de seguridad de paciente existe una normatividad importante en Colombia, la cual se describe en la tabla N°4.

Tabla 7. *Normatividad vigente para la seguridad del paciente*

Norma	Fecha	Descripción
Constitución política de Colombia	**1991**	**Titulo 1, artículo 2** "Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución (…) mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo."
Ley 100	**Diciembre 23 de 1993**	"Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". Articulo. 173. De las funciones del Ministerio de Salud, numeral 2. "Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud"

Norma	Fecha	Descripción
Ley estatutaria 1751	**Febrero 16 de 2015**	"Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" **Capítulo I, Artículo 2.** Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (…) De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.
Decreto 780	**Mayo 6 de 2016**	"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" **Parte 5, Capítulo 1.** Reglas para aseguradores y prestadores de servicios de salud. **Título 1.** Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la atención de Salud (SOGCS). **Capítulo 2. Artículo 2.5.1.2.1 "**Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados" **Artículo 2.5.1.2.2 "**Tendrá como componentes los siguientes: 1. Sistema Único de habilitación en salud 2. Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud 3. Sistema de información para la Calidad en Salud 4. Sistema único de Acreditación."
Resolución 3100	**Noviembre 25 de 2019**	"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"
Resolución 256	**Febrero 5 de 2016**	"Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud"

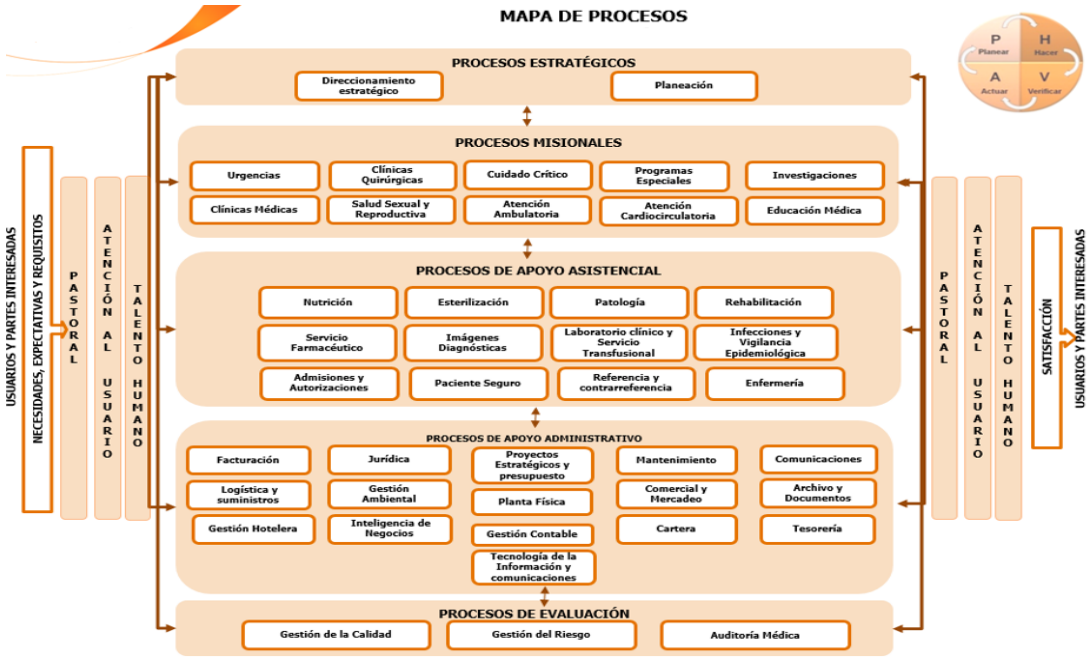
Norma	Fecha	Descripción
Resolución 5095	**Noviembre 19 de 2018**	"Por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1"
Ley 1438	**Enero 19 de 2011**	"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" **Título 1, artículo 1.** "Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud (…) para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad (…). **Capítulo VI**, Talento Humano, **Artículo 98**. De la formación continua del Talento Humano en Salud. "El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud" **Artículo 99**, "Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social".
Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.	**Junio de 2018**	"Colombia impulsa una política de seguridad del paciente liderado por SOGCS, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente"
Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.	**2007**	" (…) orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad (…) convirtiendo a la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población"

Fuente: *Información recopilada por las autoras año 2020.*

2.3 Marco Institucional

La institución objeto de esta investigación es una institución universitaria de IV nivel, acreditada y con 2 sedes para prestación de servicios de salud, que se caracteriza por tener un modelo de atención basado en el paciente y su familia en el que se buscan garantizar un proceso digno y oportuno para los usuarios. Este proceso abarca las áreas asistenciales, administrativas y de apoyo involucradas durante el proceso de atención del paciente. Cuenta con 46 procesos, los cuales se describen en su mapa de procesos (Figura 1.).

Figura 1. *Mapa de Procesos tomado de la plataforma virtual de la Institución objeto de estudio.*



Fuente: *Sistema de información Almera de la institución objeto de estudio.*

Cuenta con una promesa de valor en la cual se comprometen a prestar servicios de salud con calidad, orientados a la aplicación de prácticas seguras con trato digno, que contribuyan al bienestar de los pacientes y su familia. Su misión está basada en prestar servicios de salud con humanización e innovación y adecuado uso de recursos y a largo plazo quiere ser reconocido como líder en la atención con calidad brindando una atención integral.

Ofrece servicios médicos y quirúrgicos en:

Atención Cardiocirculatoria	Trasplante de órganos	Urgencias
Central de Esterilización	Cirugía Bariátrica	Cirugía Cardiovascular
Cirugía Seno	Cirugía de Cabeza y cuello	Cirugía de Mano
Cirugía Hepatobiliar y pancreática	Cirugía de Tórax	Cirugía General
Cirugía vascular	Cirugía Oral y Maxilofacial	Cirugía Plástica
Cuidado Crítico	Coloproctología	Consulta Externa
Farmacia	Dermatología	Dolor y Cuidado Paliativo
Ginecología y Obstetricia	Gastroenterología	Geriatría
Madre Canguro	Imágenes Diagnósticas	Laboratorio Clínico
Nefrología	Medicina Estética	Medicina Interna
Neurocirugía y cirugía de columna	Neonatología	Neumología
Nutrición	Neurofisiología y sueño	Neurología
Otorrinolaringología	Oncología y Hemato-oncología	Ortopedia
Programa de hospitalización domiciliaria	Patología	Programa B24
	Rehabilitación	Reumatología
		Urología

Está conformada por:

- Dos sedes hospitalarias
- Área de Consulta Externa
- Programas Especiales

Esta investigación se realiza específicamente en la Unidad de Cuidado Crítico, esta cuenta actualmente con un total de 94 camas distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 8. *Distribución de camas UCI*

Unidad	Número de camas
Cuidado coronario	9
Unidad de Cuidado intensivo	63
Unidad de Cuidado Intermedio	22

Fuente: *Plataforma virtual institución objeto de estudio, 2020*

En la segunda sede se cuenta también con una Unidad de Cuidados Intensivos, en donde se brinda atención a patologías que no requieren manejo quirúrgico, tales como:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC exacerbado.
- Sepsis urinaria.
- Sepsis pulmonar.
- Choque de tipo cardiogénico o séptico no quirúrgico.
- Accidentes cerebrovasculares no quirúrgicos.

El personal asistencial de la Unidad de Cuidado Intensivo está dispuesto como se muestra en la tabla 9.

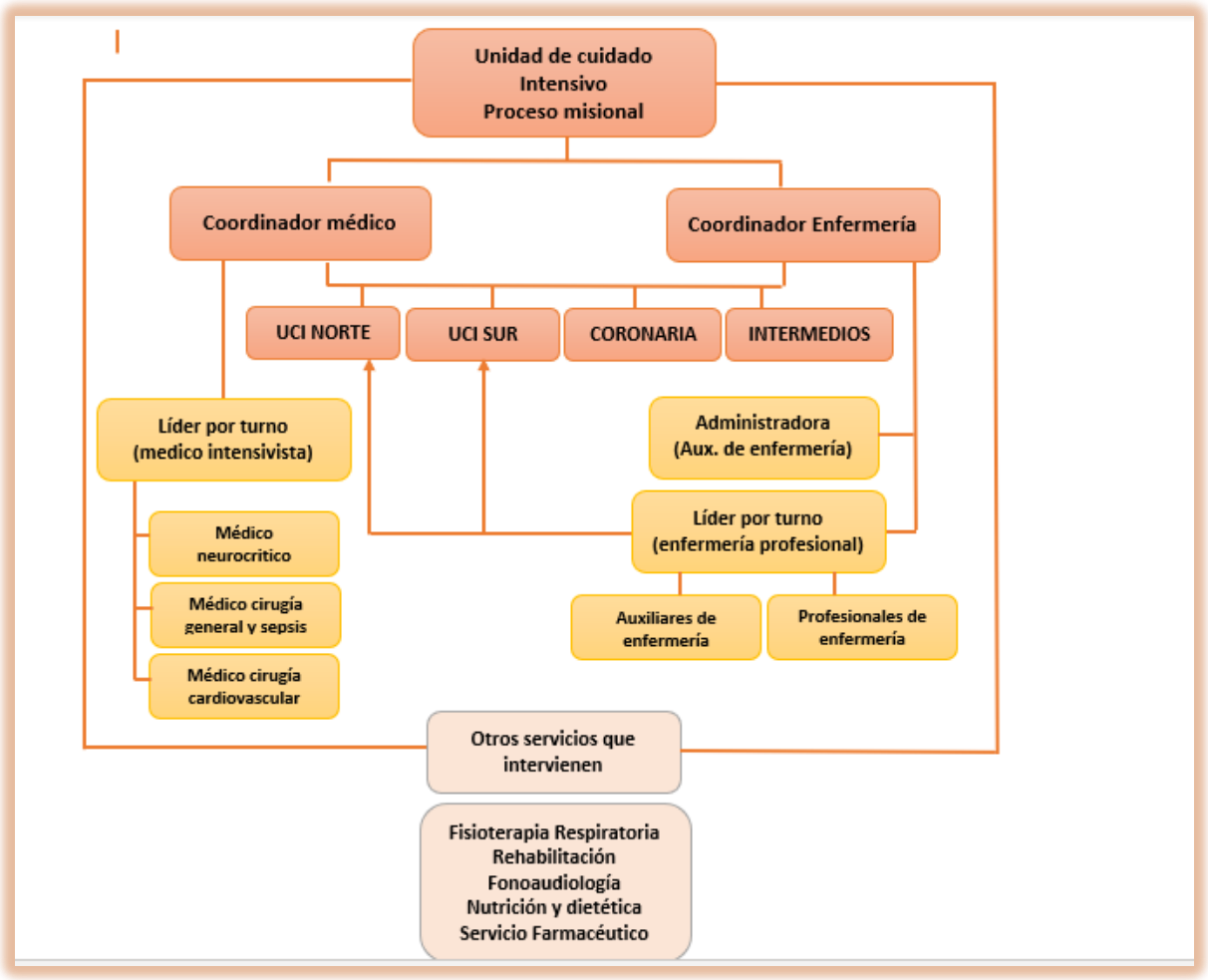
Tabla 9. *Talento humano involucrado en la atención de UCI*

Profesional	Cantidad
Médicos especialistas	40
Enfermeros profesionales (planta)	65
Enfermeros profesionales (supernumerarios)	3
Fisioterapeutas	36
Auxiliares de enfermería	150
Total	294

Fuente. *Bases de datos institución objeto de estudio, 2020*

En la figura 2 se muestra el organigrama de la unidad de cuidado intensivo de la institución objeto de estudio.

Figura 2. *Organigrama UCI institución objeto de estudio*



Fuente. *Documentos que reposan en la Coordinación UCI, 2020*

En la tabla 10 se describe el plan operativo anual 2020, los indicadores y documentos que reflejan seguridad, cultura de seguridad y calidad de la atención.

Tabla 10. *Descripción de generalidades del proceso cuidado crítico de la institución objeto de estudio*

Título	Nombre
Plan Operativo Anual (POA) 2020	*La identificación y la mitigación del riesgo es una política de Cuidado Intensivo.* *Gestión del cuidado de enfermería centrada en el paciente y su familia*
Indicadores UCI (relacionados con seguridad y dimensiones de cultura de seguridad)	Satisfacción de Cuidado Crítico Incidencia de quejas de Cuidado Crítico Adherencia a diligenciamiento de HC Adherencia a guías de práctica clínica Porcentaje de gestión de OM Porcentaje de acciones de mejora terminadas Porcentaje de autorreporte
Indicadores enfermería (relacionados con seguridad y dimensiones de cultura de seguridad)	Atributos de humanización afectados durante la atención de enfermería. Satisfacción del usuario con la atención de enfermería. Adherencia al diligenciamiento de la HC de enfermería. Cobertura de capacitación. Evaluación de capacitación Porcentaje de gestión de OM de enfermería Porcentaje de autorreporte de enfermería. Eventos en salud reportados por enfermería Adherencia a protocolos
Formatos (relacionados con seguridad y dimensiones de cultura de seguridad)	Lista de chequeo para prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Entrega de turno médico Entrega de turno enfermería Información a familiares
Riesgos (como UCI)	Tromboembolismo Reingreso a cuidado intensivo Eventos cardiorrespiratorios no identificados Neumotórax o hemotórax Retiro no programado de dispositivo Laceración o ulceración de piel Administración inoportuna, inadecuada o equivocada de hemoderivados
Riesgos (como enfermería)	Inoportuna o inadecuada atención de enfermería Debilidades de capacitación y entrenamiento del personal de enfermería Inadecuado o inoportuno traslado de paciente a otro servicio Infecciones asociadas a la atención de salud Caída de paciente Lesiones en piel Administración inoportuna, inadecuada o equivocada de hemoderivados Retiro de dispositivo no programado

Fuente: *Datos recogidos por las autoras de plataforma virtual de la institución objeto de estudio, 2020*

Dentro de la de la *política de seguridad*, cabe resaltar que la institución objeto de estudio propende por el mejoramiento continuo de los procesos de manera integral, de tal manera que vayan orientados a la seguridad y satisfacción del paciente y su familia basados en altos estándares en calidad.

La Política de seguridad del paciente tiene como finalidad dar los lineamientos en la implementación de barreras de seguridad que garanticen una atención segura, todo esto orientado a la aplicación de prácticas seguras con trato digno, que contribuyan al bienestar de los usuarios y su familia.

El despliegue de la política de seguridad del paciente en la institución integra a todos los empleados y colaboradores de los procesos asistenciales y administrativos; a través de esta se aseguran las herramientas necesarias para el reporte de incidentes y eventos adversos cuya finalidad es crear una cultura en seguridad del paciente a todos los niveles de la corporación.

Contar con un programa de *paciente seguro* provee a la institución una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, promoción de la cultura en seguridad y sistema de reporte de eventos en salud y el aprendizaje basado en problemas.

El Índice de Seguridad Hospitalaria 2015-2016 en la institución es la línea base para la medición de este indicador el cual fue comparado con los resultados que se obtengan de la siguiente medición, la cual fue realizada en el año 2018. A partir de las oportunidades de mejora identificadas, los responsables de los procesos institucionales iniciaron las acciones de mejora.

La medición del Índice de Seguridad Hospitalaria 2018 para las dos sedes de la institución objeto de estudio, fue llevada a cabo por la empresa Rescue Systems SAS entre mayo y octubre de 2018, arrojando como resultado un 70% para la sede principal, logrando así un impacto del 49% de avance con relación a la última medición de 2015. Los resultados obtenidos para los componentes estructurales, no estructural y funcional fueron alta, logrando así que la sede principal clasificara en el nivel A de seguridad hospitalaria de acuerdo con el modelo de *Hospital Seguro Frente a Desastres* de la OPS.

3. Planteamiento del problema

A partir de la problemática de la continua presencia de eventos adversos en la prestación de servicios de salud, las instituciones diseñan dentro de su Sistema de gestión y plataforma estratégica, políticas de seguridad que pretenden minimizar el riesgo en la atención, con el objetivo de reducir la incidencia de eventos adversos, prestar servicios de salud con altos estándares de calidad, lograr la satisfacción del usuario y por supuesto, la reducción de costos. Sin embargo, "en sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos" (Ministerio de la Salud y La Protección Social, 2008. p. 1).

En la institución de salud que se está estudiando, se realiza la medición de la cultura de seguridad del paciente cada 2 años analizando 6 dimensiones. Para esta evaluación se toma una población aleatoria entre administrativos, asistenciales y estudiantes en un mismo grupo poblacional de estudio; no se discrimina por servicio ni por turno. Los resultados de estas mediciones, al no ser detalladas por servicio, no permiten establecer estrategias específicas para cada uno, de forma individualizada.

La institución en estudio cuenta con varios servicios para la atención del usuario; dentro de estos, uno de los más complejos es la Unidad de Cuidado Intensivo, que para

su atención y cumplimiento de metas y teniendo en cuenta el tipo de paciente, requiere de unas condiciones y características especiales de la organización y los trabajadores, que permita la calidad en la prestación de servicios. Para este servicio, a pesar de las políticas y programas de calidad, seguridad del paciente y mejoramiento continuo, la presencia de eventos adversos e incidentes reportados y no reportados sigue siendo un problema para la atención y para la evaluación de resultados afín a los objetivos estratégicos y de calidad.

En los últimos meses del año 2019 (noviembre y diciembre) se reportaron 50 eventos adversos: para el mes de noviembre se identificaron 19 casos discriminados de la siguiente manera: administración inadecuada de medicamentos 5.26%, identificación inadecuada de paciente 10.5%, inoportunidad en la atención 5%, lesiones en piel 15,7%, retiro de dispositivo no programado 26,3% y traslado interno inadecuado 10.5%. Para el mes de diciembre se observó un incremento importante en el reporte de eventos, con un total de 31 casos reportados: caídas, error en comunicación, eventos relacionados con dispositivos y evento relacionado con atención de gestante, cada uno 3.2%, incapacidad 9.6%, lesiones en piel 12.9%, retiro no programado de dispositivos 22.5% y error en la identificación de paciente 9.67%. Para el mes de enero de 2020 se observa disminución en el reporte, pero aún, un número alto de casos, total 20: administración inadecuada de medicamentos y eventos relacionados con procedimientos diagnósticos 5%, flebitis 20%, inoportunidad en la atención 25%, lesiones en piel 10%, retiro de dispositivo no programado 20% y eventos relacionados con el traslado interno 15%.

Teniendo en cuenta estos datos y reconociendo, que promover una cultura de la seguridad, es uno de los pilares de la política de seguridad del paciente de la OMS y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, y que mantener esta cultura en el personal asistencial, quienes son la primera línea de atención garantiza atención sanitaria con calidad, para efectos de este estudio, se propone responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la estrategia a implementar para promover la cultura de seguridad del paciente por parte del personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo de un hospital acreditado en Bogotá? Esto con el fin de minimizar la ocurrencia de eventos adversos y contribuir al mejoramiento de la calidad en la atención de este servicio.

3. Justificación

La unidad de cuidado de intensivo es un servicio complejo por el tipo de pacientes, por sus diagnósticos, por las intervenciones que requieren, y en general, por la demanda que exige para sus cuidados y recuperación. Esto hace que el riesgo de ocurrencia de eventos adversos se incremente en relación con otros servicios de la institución, por esta razón, la cultura de seguridad del paciente dentro de este servicio debe ser y debe mantenerse positiva.

Este estudio se realiza porque se percibe falta de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de la Unidad de Cuidado Intensivo, lo cual se evidencia en el reporte de indicadores de incidencia de eventos adversos en salud propios de este servicio. Igualmente, se ilustra la importancia de este estudio, en la necesidad de identificar la causa raíz que contribuye a esta problemática, que fácilmente se convierte en ocurrencia de eventos adversos y por ende, en la disminución de la calidad en la prestación de servicios de salud en este servicio.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Diseñar una estrategia que promueva la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo de un hospital en Bogotá, con el fin de minimizar la ocurrencia de eventos adversos y contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de salud en este servicio.

4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar el talento humano asistencial de la unidad de cuidado intensivo a quien se va a dirigir la estrategia, en términos de variables tales como: edad, experiencia, grado de escolaridad, estudios complementarios, entre otros.
- Analizar la percepción del personal asistencial de la unidad de cuidados intensivos, en relación con la cultura de la seguridad del paciente en el servicio.
- Identificar los factores que a nivel del servicio afectan la cultura de seguridad del paciente según el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo.
- Identificar los factores a nivel del hospital que afectan la cultura de la seguridad del paciente según el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo.
- Plantear recomendaciones a la alta gerencia para la implementación de la estrategia propuesta, incluyendo indicadores de seguimiento y evaluación de la misma.

5. Propósito

Este estudio tiene como propósito mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud de la Unidad de Cuidado Intensivo de un Hospital Universitario Acreditado de Bogotá, mediante la medición de la cultura de seguridad del paciente, aplicando una escala avalada para este fin, que permita identificar los factores que negativizan esta cultura y que propician la aparición de eventos adversos en salud de este servicio.

Estos factores serán evaluados y aplicados en un proceso administrativo de *planeación* con la definición de metas según las fortalezas y debilidades identificadas, *organización* que permite asignar roles y responsabilidades por medio de un sistema de gestión por competencias, *control* que impulsa la constante evaluación de los resultados afín de las metas establecidas y *dirección* que promueve el liderazgo para el mejoramiento continuo.

De igual forma, se pretende transformar las debilidades identificadas en oportunidades y acciones de mejora, garantizar su despliegue y adecuada comprensión y con esto minimizar la ocurrencia de eventos adversos; lo que se traduce en, transformar la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial, con la única intención de mejorar la calidad en la atención a los pacientes críticos y garantizar la alineación de los niveles tácticos y operativos de la unidad de cuidado intensivo con los objetivos estratégicos y de calidad de la institución en estudio.

6. Aspectos metodológicos

7.1 Tipo de estudio

Este trabajo se realiza mediante una metodología descriptiva de corte transversal, ya que es una investigación observacional donde se recolectan datos y se analizan variables que describen una situación definida sin intervenir en esta, para este caso la percepción de la cultura de seguridad del paciente por parte del personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo en una IPS acreditada en Bogotá, durante un periodo de tiempo establecido.

Además, para la recolección de datos se aplicará una encuesta que permite establecer las condiciones a nivel hospitalario y de servicio de la cultura de seguridad percibida por el personal asistencial, lo cual hace de éste un estudio de tipo cuali-cuantitativo teniendo en cuenta que se obtendrán cifras a partir de la aplicación y análisis de la encuesta, además se permitirá el espacio para la libre expresión de ideas y opiniones lo que nos permite el acercamiento a la percepción global no solo de la cultura de seguridad, sino también, de la calidad en la atención; que nos darán pautas para la formulación de la estrategia propuesta para este trabajo de investigación

7.2 Población de referencia y muestra

La población de referencia para este trabajo de investigación es el personal asistencial de la Unidad de Cuidado Intensivo de una IPS acreditada de Bogotá que consta de: médicos intensivistas, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería y

fisioterapeutas que en común acuerdo con previa firma de consentimiento informado acepten participar de este estudio.

Teniendo en cuenta la cantidad de personal mencionado en el marco institucional, siendo esta UCI una de las más grandes de Latinoamérica, se realizará un muestreo probabilístico aleatorio a partir de base de datos institucional en la que todos los participantes tengan la misma opción de participar, para aplicar la encuesta y desarrollar con ellos el trabajo de investigación.

Criterios de e inclusión

Médicos intensivistas, personal de enfermería, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas que desempeñan sus labores asistenciales en la Unidad de Cuidado Intensivo de la institución objeto de estudio.

7.3 Matriz de variables

En la tabla 11 se describen las principales variables para cada objetivo formulado en este trabajo que permitirá el cumplimiento del objetivo general del proyecto de investigación.

Tabla 11. *Matriz de variables*

Primer objetivo específico*:* Caracterizar el talento humano asistencial de la unidad de cuidado intensivo a quien se va a dirigir la estrategia, en términos de variables tales como: edad, experiencia, grado de escolaridad, estudios complementarios, entre otros.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Responde al sexo descrito en el **documento de identidad** del paciente.	**Cualitativa nominal** 1. Masculino 2. Femenino
Fuente de la variable: Encuesta de caracterización.			
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de una persona hasta la fecha actual.	Registro entre un rango de edad de la **encuesta** y verificado con el **documento de identidad** del encuestado.	**Cualitativa ordinal** **1.** 18-27 **2.** 28-37 **3.** 38-47 **4.** 48-57 **5.** >58
Fuente de la variable: Encuesta de caracterización.			
Nivel de escolaridad	Corresponde al grado de educación que adquiere una persona a lo largo de su formación académica en una institución educativa formalizada.	**Diploma o certificado** del último logro académico alcanzado en una institución educativa formalizada.	**Cualitativa ordinal** **1.** Técnico **2.** Diplomado **3.** Pregrado **4.** Posgrado **5.** Maestría **6.** Doctorado
Fuente de la variable: Encuesta de caracterización.			
Cargo o función	Actividad laboral estipulada por la institución para la realización de una función determinada en su lugar de trabajo, de acuerdo con los estudios y experiencia certificada.	Actividades relacionadas en el **contrato de trabajo**, la **agenda** del servicio y las bases de datos de la IPS.	**Cualitativa nominal** **1.** Aux. de enfermería **2.** Enfermera **3.** Médico **4.** Fisioterapeuta
Fuente de la variable: Encuesta de caracterización.			
Tiempo de trabajo en la unidad de cuidado intensivo objeto de estudio	Tiempo transcurrido en años o meses desde el inicio de actividad laboral en la unidad de cuidado intensivo, servicio objeto de este estudio, hasta el día de aplicación de esta encuesta.	Fechas de inicio de actividades en **agendas y bases de datos** de la unidad de cuidado intensivo.	**Cualitativa ordinal** **1.** Menos de 1 año **2.** De 1 - 5 años **3.** 6 - 10 años **4.** De 11 - 15 años **5.** De 16 años o más
Fuente de la variable: Encuesta de caracterización.			

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Horas por semana de trabajo en la unidad de la institución objeto de estudio	Cantidad de horas que la persona realiza actividades laborales dentro de la institución (incluidas horas extras y cambios de turno).	Horario establecido en el contrato laboral, horas pagadas estipuladas en desprendibles de pago y agendas de asignación por turnos**.**	**Cualitativa ordinal** **1.** Menos de 20 horas **2.** 20-39 horas **3.** 40-59 horas **4.** 60-79 horas **5.** 80 horas o más
Fuente de la variable: Encuesta de caracterización.			
Turno	Horario laboral en el que desempeña para las actividades indicadas dentro de la unidad.	Agendas del servicio	**Cualitativa nominal** **1.** Mañana **2.** Tarde **3.** Noche A **4.** Noche B
Fuente de la variable: Encuesta de caracterización.			
Segundo empleo	Un empleo diferente al pactado con la IPS objeto de estudio en una jornada distinta en un mismo periodo de tiempo.	Firma de contrato de trabajo con otro hospital dentro de la misma fecha que el contrato firmado en la IPS objeto de estudio.	**Cualitativa nominal** **1.** Si **2.** No
Fuente de la variable: Encuesta de caracterización.			
Segundo objetivo específico: Analizar la percepción del personal asistencial de la unidad de cuidados intensivos, en relación con la cultura de la seguridad del paciente en el servicio.			
Variable	**Definición Conceptual**	**Definición operacional**	**Escala de medición**
Percepción	Conjunto de procesos mentales mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta la información proveniente de estímulos, pensamientos y sentimientos, a partir de su experiencia previa, de manera lógica o significativa.	Hace referencia a la apreciación que tiene el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo respecto a la cultura de seguridad en dicho servicio, se puede apreciar al momento de la tabulación de datos luego de ser aplicada la encuesta de evaluación.	**Cualitativa ordinal** Escala de 0-5
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, preguntas complementarias: Califique por favor el grado de seguridad del paciente en su servicio y justifique su respuesta. (46-47) ¿tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente? (60) ¿Cuáles aspectos considera usted que fortalecerían y mantendrían la seguridad del paciente? (61)			

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Seguridad del paciente	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científica que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o de mitigar sus consecuencias.	Hace referencia a la apreciación que tiene el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo respecto a la seguridad del paciente en dicho servicio. Se puede conocer al momento de la tabulación de datos luego de ser aplicada la encuesta de evaluación.	**Cualitativa ordinal** **1.** Muy en desacuerdo/Nunca **2.** En desacuerdo/Rara vez **3.** Indiferente/Algunas veces **4.** De acuerdo/La mayoría de tiempo **5.** Muy de acuerdo/Siempre
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 7 preguntas: **1.** Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (22) **2.** Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (25) **3.** No se producen más fallas en la atención por casualidad y no porque se tomen medidas (17) **4.** En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" (24) **5.** Se elaboran informes o historias clínicas de memoria sin tener en cuenta la documentación (39) **6.** Antes de realizar una nueva prescripción se revisan los medicamentos que tomaba el paciente (41) **7.** En los pacientes probablemente terminales de indaga anticipadamente sus preferencias (45)			
Tercer objetivo específico: Identificar los factores que a nivel del servicio afectan la cultura de seguridad del paciente según el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo.			
Variable	**Definición Conceptual**	**Definición operacional**	**Escala de Medición**
Trabajo en equipo	Es el esfuerzo integrado de un conjunto de personas para la realización de una actividad. Debe existir el espíritu de colegialidad, colaboración y cooperación entre los ejecutivos y el personal clínico. Las relaciones deben ser abiertas, responsables y flexibles y van encaminadas a un mismo objetivo.	Mide la capacidad que tiene el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo de trabajar en equipo, no solo entre ellos, sino también en conjunto con coordinadores, líderes y personal administrativo propio de la unidad. Se puede apreciar al momento de la tabulación de datos luego de ser aplicada la encuesta de evaluación.	**Cualitativa ordinal** **1.** Muy en desacuerdo/Nunca **2.** En desacuerdo/Rara vez **3.** Indiferente/Algunas veces **4.** De acuerdo/La mayoría de tiempo **5.** Muy de acuerdo/Siempre
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 4 preguntas (a nivel de unidad/servicio): **1.** El personal se apoya mutuamente (9) **2.** Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (10) **3.** En esta unidad nos tratamos todos con respeto (11) **4.** Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (18)			

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Expectativas y acciones de la coordinación para favorecer la seguridad	Retroinformación, apertura para la comunicación e impresión del grado de interés por parte de la coordinación y líderes por la seguridad del paciente.	Mide el nivel de liderazgo apropiado por parte de coordinación de área para lograr la cultura de seguridad dentro de la unidad. Se mide la percepción a través de la tabulación de datos luego de aplicar la encuesta de medición.	**Cualitativa ordinal** **1.** Muy en desacuerdo/Nunca **2.** En desacuerdo/Rara vez **3.** Indiferente/Algunas veces **4.** De acuerdo/La mayoría de tiempo **5.** Muy de acuerdo/Siempre
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 3 preguntas (a nivel de unidad/servicio): **1.** Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (26) **2.** Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente. (28) **3.** Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (29)			
Aprendizaje organizacional / mejora continua	Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de las acciones para mejorar la seguridad y su evaluación.	Hace referencia a los planes de mejoramiento establecidos por coordinadores a partir de la ocurrencia de eventos adversos en salud. Se mide la percepción a través de la tabulación de datos luego de aplicar la encuesta de medición.	**Cualitativa ordinal** **1.** Muy en desacuerdo/Nunca **2.** En desacuerdo/Rara vez **3.** Indiferente/Algunas veces **4.** De acuerdo/La mayoría de tiempo **5.** Muy de acuerdo/Siempre
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 3 preguntas (a nivel de unidad/servicio): **1.** Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (13) **2.** Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (16) **3.** Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (20)			
Franqueza en la comunicación	Comunicación asertiva, con libertad y respeto acerca de la seguridad del paciente, donde se escuchan opiniones y se toman decisiones.	Se mide la percepción de franqueza en la comunicación a través de la tabulación de datos luego de aplicar la encuesta de medición.	**Cualitativa ordinal** **1.** Nunca **2.** Casi nunca **3.** A veces **4.** Casi siempre **5.** Siempre

Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 8 preguntas (a nivel de unidad/servicio):
1. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (31)
2. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (33)
3. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (35)
4. Cuando se reciben órdenes verbales el personal las repite en voz alta para estar seguros (38)
5. Cuando se reciben órdenes verbales el personal las anota en la historia clínica (40)
6. Todos los cambios son comunicados de forma clara y rápida al profesional implicado (42)
7. cualquier información de afecte el diagnóstico del paciente es comunicado (43)
8. Antes de firmar el consentimiento informado se pide al paciente información sobre lo entendido (44)

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de Medición
Feedback y comunicación sobre errores	Hace referencia a la percepción que tiene el empleado de la libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que parece no estar bien. Retroalimentación no punitiva sobre la ocurrencia de un evento en salud.	Se mide la percepción de retroalimentación sobre las causas de error a través de la tabulación de datos luego de aplicar la encuesta de medición.	**Cualitativa ordinal** **1.** Nunca **2.** Casi nunca **3.** A veces **4.** Casi siempre **5.** Siempre
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 3 preguntas (a nivel de unidad/servicio): **1.** Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (30) **2.** Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (32) **3.** En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (34)			
Respuesta no punitiva a los errores	Es la impresión que tiene el empleado sobre la reacción que tendrán sus superiores ante la ocurrencia de un evento en salud.	Se mide la percepción de respuesta no punitiva a través de la tabulación de datos luego de aplicar la encuesta de medición.	**Cualitativa ordinal** **1.** Muy en desacuerdo **2.** En desacuerdo **3.** Indiferente **4.** De acuerdo **5.** Muy de acuerdo
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 3 preguntas (a nivel de unidad/servicio): **1.** Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (15) **2.** Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable" (19) **3.** Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (23)			

Dotación de personal	Disponibilidad de recurso humano necesario para la capacidad instalada y la prestación de servicios de salud en la unidad.	Disponibilidad y organización del personal.	**Cualitativa ordinal** **1.** Muy en desacuerdo **2.** En desacuerdo **3.** Indiferente **4.** De acuerdo **5.** Muy de acuerdo
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente 3 preguntas (a nivel de unidad/servicio): **1.** A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (12) **2.** En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (14) **3.** Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (21)			
Frecuencia de eventos notificados	Cantidad de eventos notificados o reportados por escrito en un periodo de tiempo determinado.	Reporte de errores con o sin potencial de dañar al paciente. Registro en Reporte de Eventos en Salud (RES).	**Cualitativa ordinal** **1.** Nunca **2.** Cas3i nunca **3.** A veces **4.** Casi siempre **5.** Siempre
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 3 preguntas (a nivel de unidad/servicio): **1.** Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (36) **2.** Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (37) **3.** Durante el último año ¿Cuántos eventos adversos ha notificado por escrito? (48)			
Cuarto objetivo específico: Identificar los factores a nivel del hospital afectan la cultura de la seguridad del paciente según el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo.			
Variable	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Escala de medición**
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Interés de la gerencia para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva.	Se mide la percepción del grado de interés de la alta gerencia a través de la tabulación de datos luego de aplicar la encuesta de medición.	**Cualitativa ordinal** **1.** Muy en desacuerdo/Nunca **2.** En desacuerdo/Rara vez **3.** Indiferente/Algunas veces **4.** De acuerdo/La mayoría de tiempo **5.** Muy de acuerdo/Siempre.
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 3 preguntas (a nivel de unidad/servicio): **1.** La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que en la seguridad del paciente favorece la seguridad del paciente (49) **2.** La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (56) **3.** La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (57)			

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Trabajo en equipo entre la unidad y demás servicios del hospital	Cooperación, coordinación y gusto por trabajar entre áreas/servicios/unidades bajo el mismo objetivo. Mide la capacidad que tiene el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo de trabajar en equipo con otros servicios/unida desde la institución.	Se mide el trabajo en equipo entre servicios a través de la tabulación de datos luego de aplicar la encuesta de medición.	Cualitativa ordinal **1.** Muy en desacuerdo/Nunca **2.** En desacuerdo/Rara vez **3.** Indiferente/Algunas veces **4.** De acuerdo/La mayoría de tiempo **5.** Muy de acuerdo/Siempre.
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 4 preguntas (a nivel de todo el hospital): **1.** Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (52) **2.** Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (58) **3.** Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (50) **4.** Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (54)			
Problemas en cambios de turno y transición de pacientes a los demás servicios	Se refiere a la calidad de la información transmitida entre los cambios de turno respecto a la situación actual del estado de salud de los pacientes, sus pendientes y continuidad en los planes de atención, que favorecen la aparición de fallos.	Se mide la percepción de los fallos en los traslados y cambios de turno a través de la tabulación de datos luego de aplicar la encuesta de medición.	**Cualitativa ordinal** **1.** Muy en desacuerdo/Nunca **2.** En desacuerdo/Rara vez **3.** Indiferente/Algunas veces **4.** De acuerdo/La mayoría de tiempo **5.** Muy de acuerdo/Siempre.
Fuente de la variable: Encuesta de cultura de seguridad del paciente, 4 preguntas (a nivel de todo el hospital): **1.** La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra (51) **2.** En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (53) **3.** El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (55) **4.** Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (59)			

Fuente: *Las autoras, a partir de la revisión documental sobre el tema, 2020.*

7.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de la información

Teniendo en cuenta la revisión de la literatura y los estudios realizados a nivel nacional e internacional se ajustó la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture (*Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2013*)* adaptada al español (anexo 1), que contribuyó al desarrollo del objetivo general de este trabajo de investigación de la siguiente manera:

Para el cumplimiento del primer objetivo específico se adicionaron preguntas tipo encuesta que arrojaron datos para la caracterización de la población de referencia y así conocer sus aspectos sociodemográficos.

Esta encuesta se complementó con unas preguntas sugeridas por las investigadoras que permitió conocer una percepción más global de cultura de seguridad del paciente por medio de preguntas abiertas que permiten el cumplimiento del segundo objetivo específico.

El tercer y cuarto objetivo establecidos para este estudio se desarrollaron mediante la aplicación de preguntas tipo escala de Likert con opción de respuesta *muy en desacuerdo/nunca, en desacuerdo/casi nunca, indiferente/a veces, de acuerdo/casi siempre y muy de acuerdo/siempre,* un grupo de 3 o 4 preguntas del instrumento dieron respuesta a cada una de las dimensiones de la cultura de seguridad, además se implementaron preguntas con opción de respuesta "si o no" solicitando justificación de esta y algunas para dar respuesta en escala de 0-5.

7. Materiales y Métodos

Para el desarrollo de este trabajo de investigación se siguieron paso a paso una serie de etapas que en forma secuencial e integrada permitieron dar respuesta a la pregunta de investigación planteada para este estudio.

Revisión de la literatura

Se realizó una amplia búsqueda bibliográfica que incluyó dentro de sus líneas temáticas aspectos relacionados a nivel nacional e internacional de seguridad del paciente, obteniendo como dato primordial la importancia de mantener un cultura de seguridad dentro de las instituciones de salud y las variables para su medición, se revisaron artículos de medición de cultura de seguridad con diferentes instrumentos aplicados y como estos fueron adaptados al español, se consultaron trabajos de investigación realizados por profesionales de diferentes universidades e IPS acerca de la cultura de seguridad y se recopilo una marco normativo que contextualizara este trabajo de investigación. Además, se incluyó dentro de la revisión aspectos relevantes sobre lo que es una Unidad de Cuidado intensivo, acreditación en salud y planteamiento de una estrategia.

Definición de la institución y personal asistencial objeto de estudio

Se realizó una revisión y descripción de la plataforma estratégica de la IPS que incluyo misión, visión, principios y valores corporativos, ubicación del servicio en el mapa de procesos; documentación relacionada con el programa de calidad; guías, protocolos, instructivos y demás documentos relacionados con la seguridad del

paciente, de igual forma se estudiaron los resultados obtenidos en las mediciones de cultura de seguridad a nivel institucional; y como base para el planteamiento del problema de investigación se consultó sobre el reporte de eventos adversos y se obtuvo el porcentaje de cada uno de estos durante los últimos tres meses.

Se obtuvo el número de talento humano involucrado que incluyó a médicos intensivistas, enfermeros, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas, cada uno de ellos repartidos en 4 turnos: mañana, tarde, noche A y noche B y distribuidos en 4 unidades: UCI norte, UCI sur, unidad de cuidados coronarios y unidad de cuidados intermedios. Considerando que se trata de un gran número de personal asistencial y teniendo en cuenta que este estudio se realiza en contexto de pandemia, se decidió tomar como universo las unidades de cuidado intensivo que atienden pacientes COVID 19 positivos y de estos se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple para seleccionar la población de análisis, la cual decide aceptar voluntariamente la participación en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado partiendo de la concepción de identificar una oportunidad de mejora para el servicio y la institución.

Teniendo en cuenta la población de trabajadores en la unidad de cuidado intensivo, esperando un cumplimiento de cultura de seguridad en el 50% de encuestados, con un nivel de confianza del 95% y una precisión de 0.05, usando la estrategia de cálculo de tamaño muestral del programa *epidat 4.2*, una muestra de 51 trabajadores es suficiente para obtener resultados estadísticamente significativos.

Identificación y modificación del instrumento

Luego de conocer los aspectos clave identificados en el marco teórico, que promueven y mantienen la cultura de seguridad en una institución prestadora de servicios de salud, con altos estándares de calidad, se procede a la estructuración de la matriz de variables, en donde se relacionan las preguntas que dan respuesta a cada variable, variable que pertenece a cada una de las de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y que se establecieron para cada objetivo específico. La escala *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* original, por su tipo de pregunta no permite conocer la percepción de la población en estudio, por tal razón se modificó incluyendo preguntas abiertas que permitan la libre expresión y espacios en blanco para justificación de las respuestas. Además de esto, se incluyeron preguntas de caracterización del encuestado teniendo en cuenta el tipo de población a estudiar.

Aplicación de prueba piloto

La encuesta realizada en *Google forms*, se difundió a los colaboradores de la institución a través de sus correos personales. En el momento de la aplicación, se realizó prueba piloto con una duración de 1 semana a 2 trabajadores de salud de cada grupo acorde a su perfil profesional para un total de 8 encuestas. No obstante, al ser una encuesta con preguntas de respuestas opcionales y de respuesta abierta, en algunos casos el número de respuestas varió ya que se identificaron falencias en la formulación, claridad y/o redacción de preguntas que llevó a la modificación y mejora del instrumento para la aplicación de éste en el trabajo de campo, reformulando de nuevo una de las preguntas para su comprensión, pues se evidenció que en especial el personal auxiliar presentó mayor dificultad en el entendimiento de la misma.

El tiempo promedio de diligenciamiento de la encuesta osciló de 25 a 30 minutos aproximadamente.

Trabajo de campo

Luego de tener seleccionado el personal por medio de muestreo aleatorio simple, como método estadístico de selección de muestra de estudio y luego de ajustar el instrumento (anexo 2) según lo identificado en la prueba piloto, se procedió a dar a conocer el estudio a los participantes en una charla informativa, la cual se realizó de forma virtual, teniendo en cuenta que el contexto en el que se realizó la recolección de datos fue en contingencia por pandemia asociada a COVID - 19. En ésta, se dieron a conocer las generalidades y objetivos del estudio y permitió conocer la aceptación de forma voluntaria en la participación del estudio, además se dieron a conocer de forma detallada las instrucciones para responder el cuestionario, haciendo énfasis en seleccionar "acepto" en el consentimiento informado antes de iniciar el desarrollo de la encuesta digital, de igual forma, se garantizó al personal, la protección de datos y anonimato en cada formato diligenciado.

Luego de conocer la aceptación del personal y resolver dudas, se inició la recolección de datos que se llevó a cabo en los meses de julio y agosto de 2020, por medio de la aplicación de la encuesta en forma digital con formato *Forms Office*, ya que este método electrónico favoreció la protección de datos y el anonimato del encuestado y de igual forma, facilitó la organización y presentación de resultados.

Análisis de los resultados

Los datos obtenidos se registraron en una base de datos del programa Excel. Cada variable se analizó de acuerdo con la respuesta de los participantes a cada grupo de preguntas según los objetivos descritos para este estudio, determinando si para esa variable la cultura de seguridad es negativa, neutra o positiva, lo que determinó los aspectos que se deben incluir como oportunidad de mejora en la estrategia propuesta y los aspectos que se deben tomar como fortaleza.

Las preguntas contienen una formulación positiva y otra negativa; es esperable que las preguntas formuladas en positivo tengan respuestas positivas (Muy de acuerdo, De acuerdo / Casi siempre, Siempre) y que las preguntas formuladas en negativo tengan respuestas negativas (Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Casi nunca, Nunca).

La Agency for Healthcare Research and Quality determina que si se presenta un porcentaje ≥ 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo, o ≥ 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo (respuestas a favor de la cultura de seguridad), la variable se concluye como fortaleza; por tanto, los porcentajes inferiores a éste se muestran como debilidades (respuestas en contra de la cultura de seguridad); y que para efectos de este trabajo de investigación son la base para el desarrollo de la estrategia planteada como objetivo general.

8. Plan de análisis

Los datos fueron registrados en una base de datos de Excel obtenidos directamente del instrumento diligenciado por los participantes, realizando doble revisión para evitar sesgo al momento de transcribir las respuestas. Se usó una codificación única que solo conocerán los investigadores principales para guardar confidencialidad de los resultados. Cuando se obtuvo la base datos, el análisis se realizó de la siguiente manera:

Para el primer objetivo se realizó un análisis univariado expresando los hallazgos en frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas.

Para el segundo, tercer y cuarto objetivo, se realizó análisis descriptivo, identificando cada uno de los factores que afectan a nivel personal, de servicio e institucional la cultura de seguridad del paciente, mediante la tabulación de los resultados, realización de graficas de barras, tortas, o histogramas, todo esto mediante el uso de un software libre R, con el cual se diseñó un *dashboard interactivo* que permite visualizar los resultados de cada pregunta y analizarlos de manera dinámica y en conjunto para obtener los patrones respectivos.

Según los porcentajes obtenidos, se determinarán para cada variable oportunidades de mejora sobre las que se basara la estrategia planteada en el objetivo general de este trabajo y de igual forma se determinar fortalezas.

Para el desarrollo del último objetivo se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos de los puntos previos y la literatura disponible consignada en el marco conceptual

buscando expresar en medias de frecuencia como proporciones, tasas o razones, indicadores que puedan impactar en la cultura de seguridad.

Dentro del instrumento se proponen 4 preguntas complementarias de tipo “abierta” con el fin de obtener información adicional que se haya escapado en el cuestionario. De la pregunta número 46 se obtuvo una variable cualitativa de tipo ordinal a la cual se le realizó análisis de frecuencia. La pregunta número 48 corresponde a una variable cuantitativa continua por lo que según su distribución normal o no normal se le aplicaron medidas de tendencia central. Finalmente, la pregunta 60 y 61 cuyo formato es abierto, se espera un número indeterminado de respuestas, por lo que se realizó una codificación numérica, tendiendo en cuenta aquellas que contengan un patrón similar. Aquellos patrones que solo se presentaron una vez o dos veces se redujeron en parejas procurando mantener relación entre estas. Finalmente se realizó un análisis de frecuencias y expresión gráfica de los resultados.

9. Consideraciones y aspectos éticos

La investigación se realizó con seres humanos, quienes estuvieron de acuerdo en la libre participación del estudio con previa firma de consentimiento infirmado. La información que se recolectó se usó sólo con fines de la investigación, teniendo en cuenta que ésta fue conocida por las investigadoras (datos directos y textuales de las encuestas), comprometiéndose así a guardar su custodia, privacidad y confidencialidad de los participantes.

La investigación no puso en riesgo la vida y/o integridad física o mental de los participantes, teniendo en cuenta que se realizó bajo los principios de respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia contemplados en la Constitución Política de Colombia, año 1991.

Esta investigación mantuvo el respeto a la dignidad humana siguiendo la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 9; quienes previo al inicio de esta, tuvieron conocimiento del objetivo, intención, metodología, el adecuado manejo de la información y los resultados del estudio una vez ejecutada la investigación respetando la claridad de la información.

De acuerdo con el Título II, Capítulo 1, Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud expedida por el Ministerio de Salud de Colombia, el presente estudio se calificó como una investigación sin riesgo (estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza

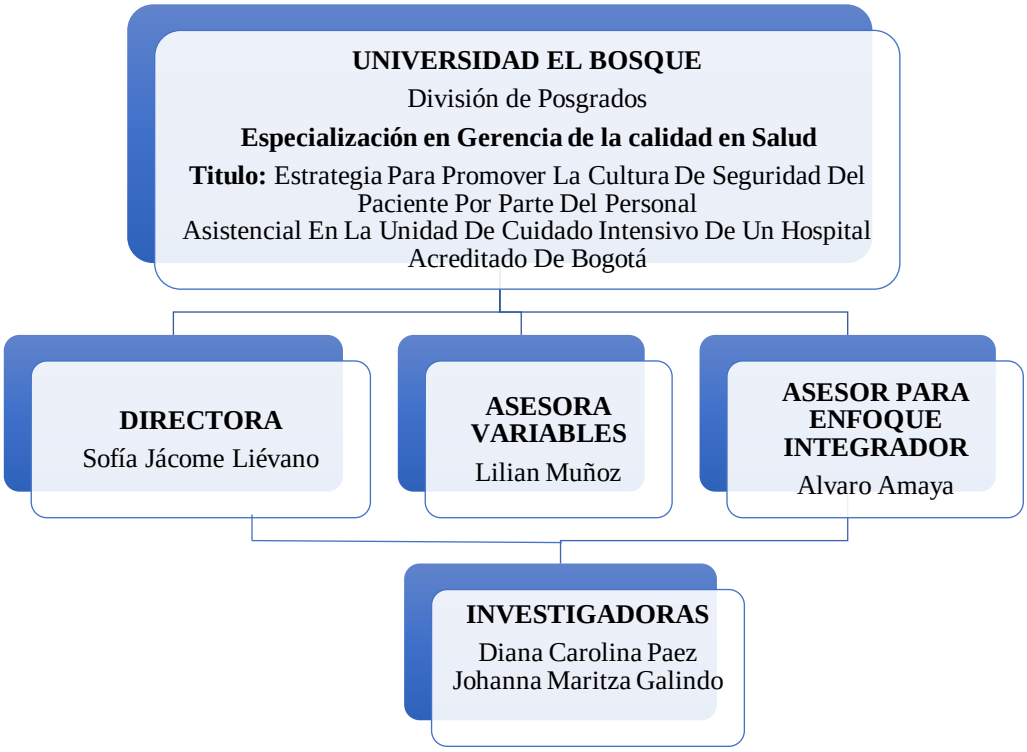
ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten estos aspectos).

Para la revisión de la literatura, se tuvieron en cuenta los derechos de propiedad intelectual a nivel nacional como el Artículo 61 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 599 de 2.000 código penal colombiano. Título VIII, y a nivel internacional como la Convención Interamericana sobre derechos de autor y la Convención Universal sobre derechos de autor. Compromiso en la no fabricación de datos, no manipulación, no falsificación y respeto a los derechos de autor. Siempre actuando en compromiso de la veracidad.

10. Estructura organizacional del proyecto

De acuerdo con los lineamientos institucionales, el proyecto se estructuró desde la División de Postrados: Especialización de Gerencia de la Calidad en Salud, con el apoyo de tres asesores en diferentes áreas para generar un proyecto integral desarrollado por las investigadoras. Los cuales se representan en la Gráfica 2.

Gráfica 2. *Estructura Organizacional del proyecto*



Fuente: *Elaborado por las autoras, 2020*

11. Cronograma

Las actividades del presente estudio fueron realizadas de acuerdo con el siguiente cronograma:

Tabla 12. *Cronograma*

	Etapa	Responsable	Mes	Enero				Febrero				Marzo				Abril			
			Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Propuesta de investigación	Carolina Páez Johanna Galindo	2																
2	Definición del tema y línea temática	Carolina Páez Johanna Galindo	2																
3	Definición de enfoque gerencial	Carolina Páez Johanna Galindo	2																
4	Lineamientos para la presentación de trabajos de grado (No 1)	Dra. Sofía Jácome	1																
5	Asesoría enfoque integrador	Dr. Álvaro Amaya	1																
6	Búsqueda bibliográfica	Carolina Páez Johanna Galindo	2																
7	Construcción avance No **1** Introducción Marco Conceptual Marco Institucional Marco Normativo	Carolina Páez Johanna Galindo	3																
8	Asesoría No 2	Dra. Sofía Jácome	2																

	Etapa	Responsable	Mes	Enero				Febrero				Marzo				Abril			
			Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
9	Definición de pregunta problema Propuesta de Objetivos Propuesta de Justificación	Carolina Páez Johanna Galindo	2																
10	Planteamiento del problema.	Dra. Sofía Jácome	2																
11	Construcción de Justificación Objetivos general y específico; Propósito	Carolina Páez Johanna Galindo	1																
12	Asesoría No 3	Dra. Sofía Jácome	1																
13	Definición de aspectos metodológicos, elaboración de Instrumento y matriz de variables.	Carolina Páez Johanna Galindo	3																
14	Asesoría No 4	Dra. Sofía Jácome	1																
15	Primeras correcciones instrumento de recolección de datos.	Carolina Páez Johanna Galindo	2																
16	Asesoría matriz de variables	Carolina Páez Johanna Galindo	1																
17	Segundas correcciones instrumento de recolección de dato.	Carolina Páez Johanna Galindo	1																
18	Corrección matriz de variables	Carolina Páez Johanna Galindo	1																
19	Descripción materiales y métodos Plan de análisis Aspectos éticos	Carolina Páez Johanna Galindo	2																

	Etapa	Responsable	Mes	Enero				Febrero				Marzo				Abril			
			Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
20	Aspectos organizacionales Aspectos estructurales Presupuesto	Carolina Páez Johanna Galindo	2																

	Etapa	Responsable	Mes	Mayo				Junio				Julio				Agosto			
			Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
21	Asesoría No 5	Dra. Sofía Jácome	1																
22	Correcciones materiales y métodos	Carolina Páez Johanna Galindo	3																
23	Asesoría No 6	Dra. Sofía Jácome	1																
24	Primera entrega	Carolina Páez Johanna Galindo	1																
25	Trabajo de campo	Carolina Páez Johanna Galindo	5																
26	Recolección de información	Carolina Páez Johanna Galindo	5																
27	Asesoría No 7	Dra. Sofía Jácome	1																
28	Corrección de estilo, gráficas y forma de la investigación	Carolina Páez Johanna Galindo	2																

	Etapa	Responsable	Mes	Mayo				Junio				Julio				Agosto			
			Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
29	Análisis de la información	Carolina Páez Johanna Galindo	3																
30	Resultados	Carolina Páez Johanna Galindo	3																
31	Asesoría No 8	Dra. Sofía Jácome	1																

	Etapa	Responsable	Mes	Agosto				Sept				Octubre				Nov			
			Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
32	Discusión Conclusiones Recomendaciones	Carolina Páez Johanna Galindo	4																
33	Asesoría No 9	Dra. Sofía Jácome	1																
34	Presentación de correcciones finales	Carolina Páez Johanna Galindo	3																
35	Asesoría enfoque integrador	Dr. Álvaro Amaya																	
36	Asesoría del artículo	Dra. Sofía Jácome																	
37	Construcción del artículo	Carolina Páez Johanna Galindo																	
38	Asesoría No 10	Dra. Sofía Jácome																	

	Etapa	Responsable	Mes	Agosto				Sept				Octubre				Nov			
			Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
39	Sustentación trabajo de grado	Carolina Páez Johanna Galindo																	

Fuente: *Elaboración propia por parte de las autoras, 2020*

13. Presupuesto

En la realización del presente estudio se destinaron recursos económicos asumidos por las investigadoras de acuerdo con la siguiente tabla.

Tabla 13. *Presupuesto del trabajo de grado*

Ítem	Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor total
Gastos de personal				
Investigadoras	2	Personal encargado de llevar a cabo y el diseño y desarrollo de trabajo de investigación	$ -	$ -
Asesoría metodológica	1	Profesional encargada de orientar en los aspectos metodológicos de trabajo de investigación	$ -	$ -
Asesora estadística	1	Profesional encargada de bridar orientación en el diseño y análisis estadístico del trabajo de investigación.	$ -	$ -
Materiales				
Computador	1	Equipo de apoyo para el manejo sistemático de la información	$1.600.000	$1.600.000
Celular	1	Equipo tecnológico para la comunicación y manejo sistemático de la información	$900.000	$900.000
USB	1	Dispositivo de almacenamiento masivo.	$30.000	$30.000
Office 365	1	Paquete ofimático para el desarrollo de actividades y tareas de escritorio que permiten el proceso, análisis y presentación de la información.	$ -	$ -
Viáticos				
Alimentación	15	Refrigerios y/o almuerzos	$8.000	$120.000

Ítem	Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor total
Gastos de personal				
Transportes	50	Referente a los buses, taxis, gasolina y demás transportes utilizados para el desplazamiento de las investigadoras hacia la Universidad y la Institución objeto de estudio.	$ 2.700	$ 135.000
Varios e imprevistos	1	Referente a sucesos, cambios de turno o gastos no planeados que requieran una inversión económica para el desarrollo del trabajo de grado.	$400.000	$ 400.000
Total				$ 3.185.000

Fuente: *Elaborado por las autoras, 2020*

14. Resultados

La muestra planeada inicialmente tuvo ajustes, teniendo en cuenta que lo proyectado era la realización del estudio al personal de salud que trabaja en las 4 Unidades de Cuidado Intensivo existentes en la institución; no obstante fue necesario realizar modificaciones en la cantidad total y el muestreo para la realización del estudio debido a que en contexto de inicio de la pandemia por COVID 19, varios trabajadores se vieron obligados a renunciar, otros entraron en aislamiento e incapacidad, la sobrecarga laboral y el incremento en horarios de trabajo que generaron agotamiento físico y mental, lo que llevó a que los trabajadores seleccionados en el muestreo inicial no tuvieran la participación esperada en el estudio y se mostraran renuentes al diligenciamiento de la encuesta. Inicialmente se tenía proyectado un muestreo de 120 personas para la realización del estudio, pero teniendo en cuenta la situación de salud pública presentada al comienzo de este estudio y dada la reorganización del personal en el servicio, solamente se obtuvo respuesta de un total de 52 encuestas diligenciadas.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en la aplicación de las encuestas realizadas a trabajadores asistenciales que prestan sus servicios en la unidad de cuidado intensivo que atiende pacientes COVID 19 positivos, ya que este grupo tuvo baja rotación de personal en este período respondiendo a emergencia sanitaria.

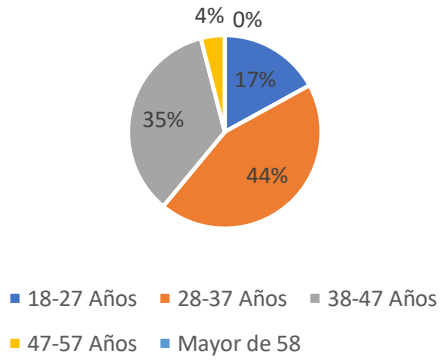
14.1 Caracterización del talento humano asistencial de la unidad de cuidado intensivo a quien se va a dirigir la estrategia.

La caracterización de la población se determinó en 7 variables que son: sexo, edad, nivel de escolaridad, cargo dentro de la unidad, tiempo de trabajo en la unidad, horas por semana de trabajo en la unidad, y si tiene o no un segundo empleo.

14.1.1 Rango de edad del personal asistencial participante en el estudio

Para esta variable se establecieron rangos de 10 años, partiendo de los 18 años hasta la población más longeva con más de 58 años que trabajan en la unidad de cuidado intensivo objeto de estudio. Los resultados indican que el rango de edad que prevalece es la población entre 28-37 años, que corresponde al 44% de los encuestados (23 personas), seguido del rango que comprende la población entre 38-47 años con un 35% (18 personas), en tercer lugar 18-27 años con un 17% (9 personas), y en menor cantidad el rango entre 48-57 años con una participación del 4% (2 personas). Gráfica 3,

Gráfica 3. *Porcentaje de rango de edades de participantes en el estudio.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No. 1 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.*

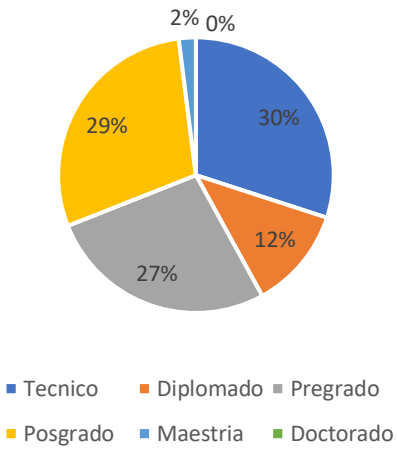
14.1.2 Caracterización por sexo del personal asistencial participante en el estudio

Para esta variable se establecieron sexo masculino y femenino, del personal mixto que trabaja en la unidad de cuidado intensivo objeto de estudio. Como se muestra en la gráfica 4, los resultados indican que el sexo que prevalece es el femenino que corresponde al 67% de los encuestados (35 personas), seguido del sexo masculino con un 33% de los encuestados (17 personas).

14.1.3 Nivel de escolaridad del personal asistencial participante en el estudio

Para esta variable se establecieron 6 escolaridades, partiendo de técnico y finalizando con doctorado. Como se muestra en la gráfica 5, los resultados indican que la escolaridad que prevalece es la técnica que corresponde al 30% de los encuestados (16 personas) que en su totalidad corresponden al personal auxiliar de enfermería, seguido de posgrado con un 29% encuestados (15 personas) la mayoría son personal de medicina con un título de intensivistas, en tercer lugar pregrado con un 27% (14 personas) que corresponden en su mayoría a enfermeros jefes y fisioterapeutas, en cuarto lugar diplomado con un 12% de encuestados (6 personas) y en menor cantidad se reporta una maestría con una participación del 2% (1 persona) que corresponde a una enfermera jefe.

Gráfica 4. *Porcentaje de escolaridad de participantes en el estudio.*

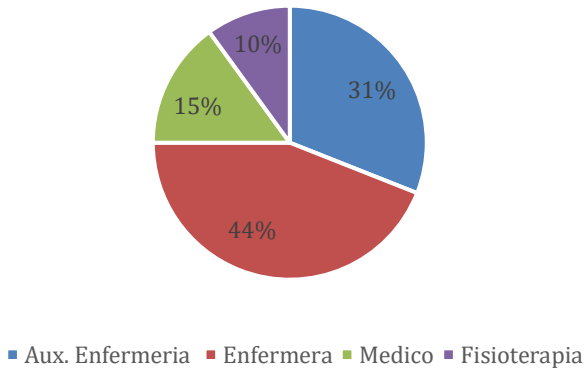


Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No. 3 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.*

14.1.4 Cargo desempeñado dentro de la UCI del personal asistencial participante en el estudio.

Para esta variable se establecieron 4 cargos. Como se muestra en la gráfica 6, los resultados indican que el cargo que prevalece es enfermería que corresponde al 44% de los encuestados (23 personas), seguido de auxiliar de enfermería con un 31% de encuestados (16 personas), médico con un 15% de participación (8 personas) y en menor cantidad de cargo fisioterapia con una participación del 10% encuestados (5 personas).

Gráfica 5. *Porcentaje del cargo que desempeñan los participantes dentro de la UCI.*

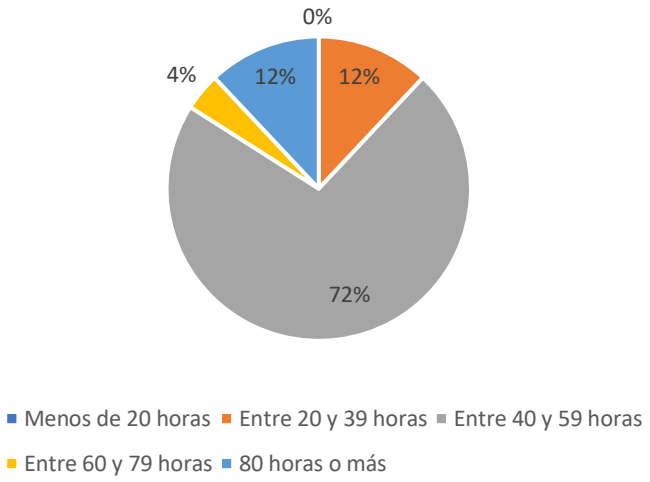


Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No. 4 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.*

14.1.5 Horas por semana que el personal asistencial participante trabaja en la UCI

Para esta variable se establecieron rangos de 19 horas por semana, partiendo de menos de 20 horas a un máximo 80 horas y más que trabajan en la unidad de cuidado intensivo. Como se muestra en la gráfica 7, los resultados indican que el horario que prevalece es de 40 a 59 horas por semana que corresponde al 72% de los encuestados (38 personas), en segundo y tercer rango comprende el horario entre 20 y 39 horas y 80 horas o más con un mismo porcentaje de horas trabajadas entre estos dos horarios, se obtuvo un rango de 6% en cada uno en un total de encuestados (12 personas entre los dos horarios), y en menor cantidad el rango entre 60-79 horas con una participación del 4% encuestados (2 personas).

Gráfica 6. *Porcentaje de horas trabajadas de participantes en el estudio por semana.*

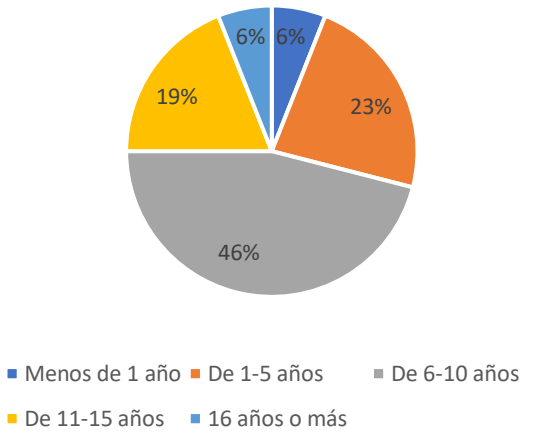


Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No. 5 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.*

4.1.6 Tiempo que lleva laborando el personal asistencial participante trabaja en la UCI

Para esta variable se establecieron rangos de 5 años, partiendo de menos de 1 año hasta y finalizando con 16 años y más. Como se muestra en la gráfica 8, los resultados indican que la mayor parte del personal encuestado tiene antigüedad de 6-10 años que corresponde al 46% de los encuestados (24 personas), seguido del tiempo que comprende entre 1-5 años con un 23% encuestados (12 personas), en tercer lugar, de 11-15 años con un 19% encuestados (10 personas) y en menor cuantía de 1 año y 16 años o más con una participación del 6% encuestadas (6 personas en los dos rangos).

Gráfica 7. *Porcentaje de tiempo que llevan trabajando los participantes en la UCI.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No. 6 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.*

14.1.7 Empleo adicional al que el personal de la UCI participante en el estudio, desarrolla en la institución

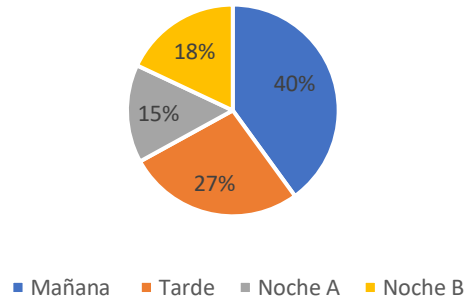
Para esta variable se establecieron 2 opciones, SI y NO. Como se muestra en la gráfica 9, los resultados indican que la opción que prevalece es NO cuentan con un empleo adicional que corresponde al 69% de los encuestados (36 personas), seguido de la opción SI cuentan con otro empleo adicional que comprende con un 31% encuestadas (16 personas).

14.1.8 Turno en el que está agendado el personal de la UCI participante en el estudio

Para esta variable se establecieron 4 turnos de trabajo, mañana, tarde y noche A y noche B. Como se muestra en la gráfica 10, los resultados indican que la jornada que prevalece es la mañana que corresponde al 40% de los encuestados (21 personas), seguido de la jornada de la tarde que comprende 27% de los encuestados (14 personas),

y en menor participación la jornada de la noche donde se aplicaron 2 turnos, jornada noche B con un 18% encestados (9 personas) y noche A con una participación del 15% encuestados (8 personas).

Gráfica 8. *Porcentaje de turno agendado para laborar en la UCI.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No. 8 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.*

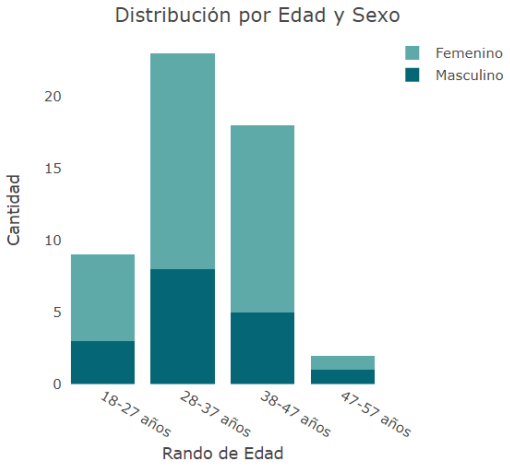
En conclusión, las características del grupo de personas que respondió esta encuesta corresponden a en su gran mayoría mujeres de 28 a 37 años, seguido del grupo de personas entre 38 a 47 años, la proporción de mujeres en cualquier rango de edad siempre supera al porcentaje de hombres restantes del grupo de estudio. En una gran proporción el personal e la UCI tiene estudios a nivel de técnico, posgrado y pregrado (Cada grupo con por lo menos 14 personas, representando el 87% de la población total).

Por su parte se encontró unanimidad en la cantidad de horas en las que el personal está laborando en la UCI donde el 73% del personal trabaja entre 40 y 59 horas.

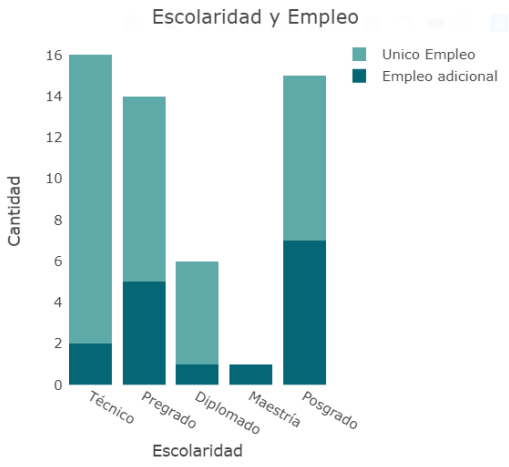
Finalmente, la encuesta fue respondida en su gran mayoría por personas que tienen el cargo enfermera/o auxiliar de enfermería, representando el 75% del total de

encuestados. El personal, además de todo lo anterior, reporta que en gran medida llevan laborando entre 6 y 10 años en la UCI. En las gráficas 11, 12 y 13 se presenta el detalle del perfil de los encuestados.

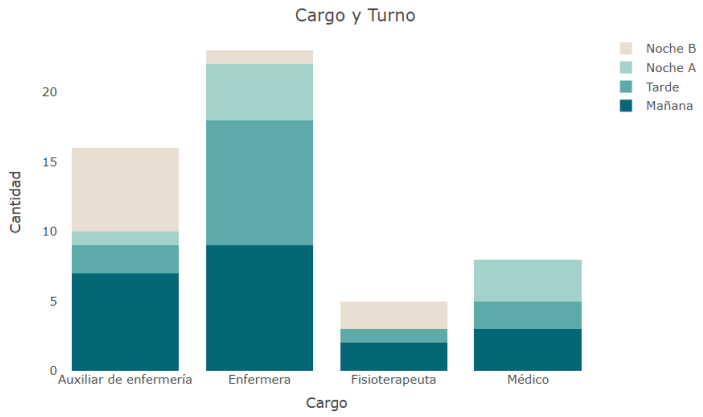
Gráfica 9. *Distribución edad y sexo*



Gráfica 10. *Distribución por escolaridad y empleo.*



Gráfica 11. *Distribución por cargo y turno*



Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de caracterización realizada en julio-agosto de 2020.*

14.2 Analizar la percepción del personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo, en relación con la cultura de seguridad del paciente en este servicio.

Se evidenció que el 75% del personal encuestado se desempeña como auxiliar o enfermero/a, por ende, este grupo fue el que más peso tuvo dentro del total de respuestas relacionadas con la percepción de la cultura de seguridad del paciente.

Se evidenció que la característica *horas por semana de trabajo en la unidad*, no tuvo mayor incidencia en los resultados.

14.2.1 Percepción por parte del personal encuestado en relación con la seguridad del paciente en la unidad de cuidado intensivo.

Para evaluar esta variable se determinaron 3 preguntas que permitieron conocer la percepción del personal de salud encuestado respecto a la seguridad del paciente dentro de la unidad de cuidado intensivo. Estas fueron:

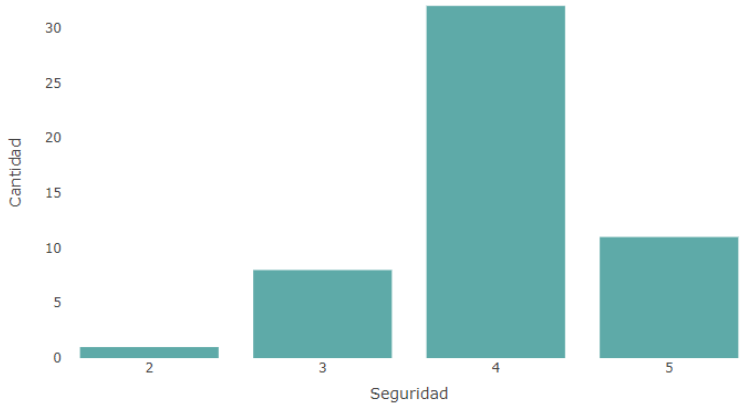
14.2.1.1 Califique por favor el grado de seguridad del paciente en su servicio y justifique su respuesta.

Para esta pregunta se determinó una escala de 0-5, siendo cero el menor grado de seguridad y 5 el mayor grado de seguridad, adicionalmente se incluyó el modo de respuesta abierta mediante la justificación de la respuesta para tener mayor conocimiento de lo que el personal percibe.

Como se muestra en la gráfica 14, los resultados indican que el nivel de seguridad que prevalece es el nivel 4 que corresponde al 62% de los encuestados (32 personas), seguido del nivel 5 que comprende con un 21% (11 personas), también se encuentra el

nivel 3 con un 15% (8 personas) y en menor cantidad el nivel 2 con una participación del 2% (1 persona).

Gráfica 12. *Percepción del personal asistencial sobre el grado de seguridad en la UCI*



Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No 46 de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Se complementa esta pregunta, con descripciones de los encuestados a la pregunta abierta "*justifique su respuesta*". De esta manera, realizando el análisis de palabras de los comentarios resultantes por medio de la herramienta *dashboard* se encontraron conjunto de *palabras como "Falta personal", "Mejorar prevención", "Seguimiento de protocolos", "garantizar seguridad", "paciente fundamental", entre otros.* Entre las afirmaciones que más información brindan para conocer la percepción de los trabajadores se describen las siguientes:

Frases negativas, son aquellas en las que hay que considerar a futuro oportunidades de mejora

- *"Existen factores a corregir y se presentan acciones inseguras por sobrecarga laboral"*
- *"... se tienen los lineamientos institucionales para la Seguridad del paciente, sin embargo, no todo el personal tiene el compromiso y la cultura para llevar a cabo eso..."*
- *"No se siguen los protocolos todo el tiempo y en particular durante la pandemia de coronavirus"*
- *"Pienso que aún se podría reforzar y mejorar...pero si se presenta algunas personas que no aplican para garantizar la seguridad continua de los usuarios"*
- *"No todos los grupos de trabajo se comprometen con la seguridad del paciente"*
- *"La seguridad del paciente es uno de los temas centrales en la unidad más sin embargo en el contexto actual de pandemia hay quizá algunos detalles que mejorar para lograr una mejor estrategia de atención"*
- *"no se toman las medidas pertinentes, no hay socialización por parte del coordinador"*
- *"Falta más empoderamiento por parte del personal de salud de la unidad"*
- *"... se observa la falta de comunicación y respeto entre colegas y compañeros de trabajo, esto ha estropeado la atención humanizada a los pacientes y se pone en riesgo su seguridad, donde siempre se busca un doliente de los eventos que se presentan y se nos ha olvidado que estamos para aliviar el dolor de una persona y su familia, no para hacer más crítica y tórpida su recuperación"*
- *"La institución está comprometida con la seguridad del paciente, pero al personal le falta compromiso"*

Frases positivas

- *"Se hacen actividades y controles de seguridad y de riesgo. Y cuando algo se identifica se genera un plan de acción"*
- *"Siempre debe ser el nivel máximo de seguridad"*

- *"la seguridad del paciente es fundamental en esta institución"*
- *"Siempre hay personal dispuesto a realizar mejoras para satisfacción y cuidado del paciente"*
- *"Siempre se trabaja para brindar un excelente servicio, humano y seguro"*
- *Nos encontramos en continua socialización de riesgos y eventos sucedidos para disminuir los actos inseguros, además la evaluación constante entre todo el personal, el mismo paciente y su familiar, esto nos mantiene siempre trabajando para garantizar la seguridad de nuestros pacientes.*

En la figura No 3 se presenta la nube de palabras que describe esta percepción.

Figura 3. *Nube de palabras sobre la percepción del grado de seguridad del paciente.*

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No. 47 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.*

14.2.1.2 Resultados frente a la pregunta: ¿tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente?

Se identificó, por medio de un proceso similar al anterior, que se frecuentan palabras como, "proceso incompleto", "buscan culpar", "culpar hace", "incompleto saber" y "medidas tomaron". Por lo que se puede plantear que estos comentarios están indicando

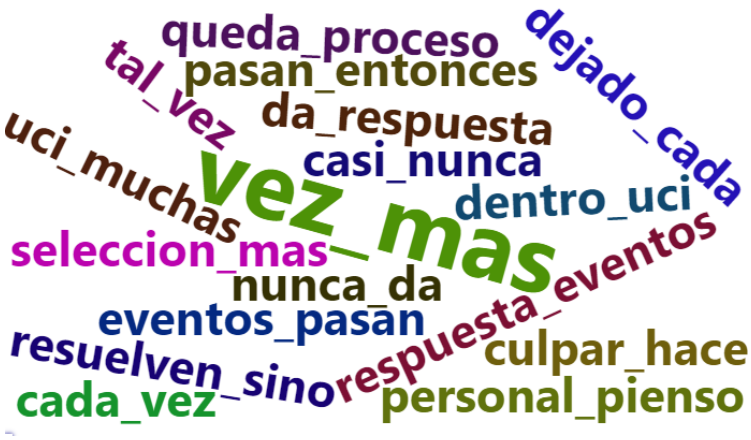
que el personal puede llegar a percibir actos de acusación ante los errores cometidos y no ver las acciones para mejor y evitar que esto siga sucediendo. Es de aclarar que, si bien este tipo de palabras son las más frecuentes, 42 participantes no agregaron comentarios a esta pregunta, de los 10 comentarios, aunque es un número significativo no representan la totalidad o la mayoría, sin embargo, es necesario tenerlos en cuenta. (Realizados en su mayoría por Auxiliares y Enfermeras).

Las afirmaciones más relevantes dadas por el personal fueron:

- *"Casi nunca se da respuesta a los eventos que se pasan, entonces queda el proceso incompleto sin saber qué medidas se tomaron"*
- *"...pienso que se debería realizar una selección más profunda en cuanto al personal que desarrolla actividades dentro de una UCI ya que muchas de estas personas han dejado cada vez más de lado el hecho mismo de la enfermería y es el de brindar apoyo en los diferentes aspectos de nuestros enfermos, dejamos muchas veces que nuestro trabajo se vuelva mecánico y monótono, muchos tal vez más por una necesidad y no por vocación"*
- *"Compartir la información entre el grupo interdisciplinario"*
- *"cuando se hacen notificaciones o eventos los otros servicios son punitivos y no resuelven entre ellos sino buscan culpar a quien hace el evento"*
- *"Recargo laboral del personal de salud"*

En la figura 4 se representa la nube de palabras realizada bajo la herramienta *dashboard.*

Figura 4. *Nube de palabras sobre comentarios adicionales relacionados a seguridad del paciente*



Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No 60 de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

14.2.1.3 Resultados de la pregunta ¿Cuáles aspectos considera usted que fortalecerían y mantendrían la seguridad del paciente?

Los encuestados expresaron en las respuestas palabras como “Trabajo en Equipo”, “Clima Laboral”,” Ambiente Laboral”, “Mejoramiento Clima”, “Menos Actividades” y “Humanización del personal”. Estas palabras, bajo el contexto elaborado, denotan los aspectos que ya se habían mencionado acerca de que la seguridad del paciente puede estar siendo afectada por el alto ritmo de trabajo y además por factores como el clima laboral y la cantidad de actividades que puedan llegar a desarrollar las personas que conforman el equipo, lo que puede estar afectando negativamente la percepción de seguridad del paciente.

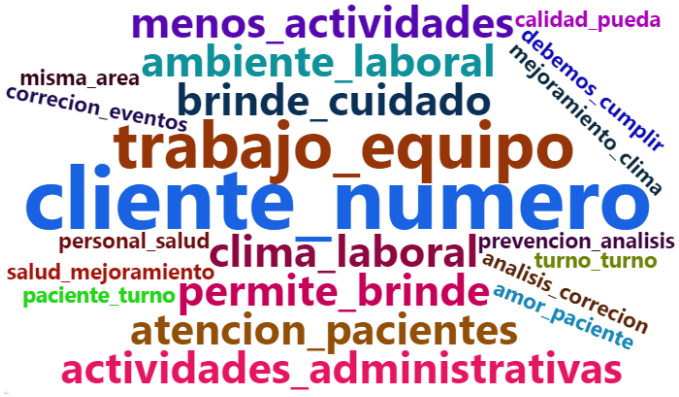
Las frases con mayor relevancia se presentan a continuación:

- *"Que todo lo que enseñan se ponga en práctica"*
- *"La unión"*
- *"Humanización entre el personal de salud, mejoramiento clima laboral"*
- *"En algunas ocasiones la Sobrecarga laboral y las múltiples funciones que debemos cumplir como profesionales no permite que se brinde un Cuidado de Calidad y esto pueda generar la ocurrencia de algún evento en Salud..."*
- *"Ambiente laboral más amable, retirar el trato punitivo ante posibles errores y efectos adversos, carga laboral adecuada sin sobresaturarla"*
- *"Mayor interacción y participación de la familia"*
- *"Pienso que el hecho del clima laboral hace que se aumente ese 1% del error humano, pues como consecuencia de buscarle falencias al turno saliente dejamos de lado lo que realmente es importante y es el paciente y la parte humana; también y no menos importante es la falta de personal, ya que la sobrecarga de pacientes en UCI hace que nuestro trabajo no sea el más adecuado, claramente no es justificación para descuidar el paciente pero si es un factor que puede llegar a alterar la seguridad de los mismos"*
- *"Garantizar relación profesional/paciente turno a turno, fortalecer estrategias de comunicación entre profesionales de la misma área y compañeros de trabajo"*
- *"Estudiar continuamente los posibles factores de riesgo que se pueden presentar y buscar diversas soluciones para evitarlos, difundir esto en todo el personal adicional a esto educar al personal y pacientes sobre este tema"*
- *"Educación"*
- *"Capacitación y cultura del reporte"*

- *"Fortalecer el trabajo en equipo. Mejorar la comunicación y ser más humanizados"*
- *"En una institución donde el funcionario es el cliente número uno y el más importante, esto permite que se brinde un cuidado y atención con calidad al segundo cliente, que son los pacientes, pero cuando el cliente número uno (los funcionarios) están mal remunerados, los coordinadores no son líderes, si no jefes y tampoco son escuchados , sienten que sus derechos son vulnerados , esto lleva a un cliente insatisfecho y se refleja en un servicio sin compromiso donde el afectado es el cliente numero dos (pacientes y familia). cuando nuestro cliente número uno (los funcionarios) son los más importantes para una entidad se ve reflejado en la calidad del servicio, sentido de pertenencia y satisfacción personal por hacer parte de dicha institución"*
    - *"La humanización del personal"*

En la figura 5 se muestra la nube de palabras que describe este ítem.

Figura 5. *Nube de palabras sobre comentarios adicionales de aspectos a mejorar en la seguridad del paciente.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No 61 de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

14.2.2 Prácticas seguras en la atención del paciente, según el personal encuestado

Para analizar esta pregunta que hace parte del segundo objetivo, se establecieron preguntas donde se incluyeron acciones que se consideran seguras dentro de la atención asistencial.

Las preguntas contienen una formulación positiva y otra negativa, es esperable que las preguntas formuladas en positivo tengan respuestas positivas (Muy de acuerdo, de acuerdo / Casi siempre, siempre) y que las preguntas formuladas en negativo tengan respuestas negativas (Muy en desacuerdo, en desacuerdo, Casi nunca, Nunca). En la tabla 14 se presentan los resultados:

Tabla 14. *Resultados para variable seguridad del paciente.*

# Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
39	¿Se elaboran informes o historias clínicas de memoria, sin tener en cuenta toda la documentación requerida (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.)?	Negativa	11.54%	30.77%	57.69%
41	¿Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente?	Positiva	86.54%	13.46%	0.00%
45	¿En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital?	Positiva	61.54%	26.92%	11.54%
17	¿No se producen más fallas en la atención por casualidad y no porque se tomen medidas para que no sucedan de nuevo?	Positiva	38.46%	23.08%	38.46%

# Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
22	¿Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente?	Positiva	23.08%	19.23%	57.69%
24	¿En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente"?	Negativa	46.15%	5.77%	48.08%
25	¿Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la atención?	Positiva	90.38%	3.85%	5.77%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Se puede observar que, en cuanto a las acciones de seguridad expuestas en esta variable, las preguntas positivas (2 preguntas) tuvieron un porcentaje de respuesta en positivo superior al negativo y la respuesta negativa (1 pregunta) el porcentaje mayor fue negativo, lo que representa para esta variable una fortaleza e implica que las acciones de seguridad tienen adherencia según la percepción de los encuestados.

En cuanto a los demás interrogantes se puede evidenciar un aspecto interesante sobre la pregunta *¿Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente?* Donde siendo esta una pregunta formulada en positivo, el 57% de las respuestas fueron negativas y el 19.23% fueron neutras, esto se puede traducir en que la seguridad del paciente se podría estar viendo afectada por el ritmo de trabajo y se debe trabajar como oportunidad de mejora.

Respecto a la pregunta *¿En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente"?* Casi el 50% de los encuestados tiene la percepción de que,

si existen problemas y estuvo de acuerdo con este ítem, por lo cual también debe trabajarse como oportunidad de mejora.

14.3 *Identificar los factores que a nivel del servicio afectan la cultura de seguridad del paciente según el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo.*

Para analizar este objetivo se concertaron 8 variables, cada una con promedio de 3 a 8 preguntas que permitieron identificar fortalezas y oportunidades de mejora a trabajar en la estrategia planteada en el objetivo general de este trabajo de investigación. En la tabla 15 se presentan los resultados

Tabla 15. *Respuestas de percepción de cultura de seguridad a nivel de servicio UCI*

Variables	Respuestas Promediadas			Cantidad Preguntas	Preguntas Positivas	Preguntas Negativas
	Positivas	Neutras	Negativas			
Aprendizaje organizacional	85%	8%	7%	3	3	0
Dotación de personal	65%	13%	21%	3	0	3
Expectativas y acciones	28%	20%	52%	3	1	2
Feed back y comunicación	52%	31%	17%	3	3	0
Franqueza en la comunicación	61%	26%	12%	8	7	1
Frecuencia de eventos	60%	33%	8%	2	2	0
Respuesta no punitiva a los errores	58%	13%	29%	3	0	3
Trabajo en equipo	68%	13%	18%	4	4	0

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Con respecto a la información anterior, se puede identificar en este objetivo que con respecto a los resultados promediados de cada variable, se identifican algunos patrones que tienen repercusión sobre la seguridad del paciente de la siguiente manera. A

continuación, se describirán con detalle los resultados obtenidos para cada variable que hace parte de este objetivo.

14.3.1 Trabajo en equipo.

Con esta variable se busca analizar los aspectos más relacionados a la interacción del personal y sus compañeros. En la tabla 16 se detalla esta información.

Tabla 16. *Resultados variable Trabajo en equipo*

# Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
10	¿Cuándo tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo?	Positiva	67.31%	5.77%	26.92%
11	¿En esta unidad nos tratamos todos con respeto?	Positiva	80.77%	9.62%	9.62%
18	¿Cuándo alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros?	Positiva	61.54%	19.23%	19.23%
9	¿El personal se apoya mutuamente?	Positiva	63.46%	19.23%	17.31%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

El 67% de los encuestados perciben colaboración por parte de los compañeros para el cumplimiento de las actividades asignadas, en contra un 26% que responde negativo a esta afirmación. Se complementa esta pregunta con la número 18 en donde el 61.5% tiene la misma percepción contra un 19.2% que se muestra en desacuerdo. Se evidencia

percepción de respeto entre compañeros con respuesta positiva en 80.7%. En general, se puede evidenciar que esta variable es una fortaleza dentro de la atención segura.

14.3.2 *Expectativas y acciones de la coordinación para favorecer la seguridad.*

Esta es una de las variables que evalúa la percepción del personal sobre las expectativas y acciones de los coordinadores de cada área, los resultados se presentan en la tabla 17.

Tabla 17. *Resultados de la variable Expectativas y acciones de la coordinación para favorecer la seguridad*

No. Pregunta	Pregunta	Tipo de Pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
26	¿Su jefe inmediato expresa su satisfacción cuando usted intenta evitar riesgos en la seguridad del paciente?	Positiva	23.08%	25%	51.92%
28	¿Cuándo aumenta la presión del trabajo, su jefe pretende que se trabaje más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente?	Negativa	51.92%	23.08%	25%
29	¿Su jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente?	Negativa	9.62%	11.54%	78.85%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Esta variable contiene 2 preguntas formuladas en negativo y 1 pregunta formulada en positivo. La pregunta 26 siendo una pregunta positiva tuvo un porcentaje de

respuesta negativa en un 51.9% y la pregunta 28 siendo una pregunta negativa tuvo un porcentaje de respuesta positiva en un 51.92%, lo que indica que estas acciones podrían afectar la seguridad del paciente. Contrario a esto, la pregunta 29 siendo formulada en negativo tuvo un porcentaje de respuesta negativa en un 78% lo que se traduce en fortaleza.

14.3.3 Aprendizaje Organizacional y Mejora Continua.

Respecto a la variable que hace referencia al *aprendizaje organizacional y mejora continua,* en la tabla 18 se presentan los resultados.

Tabla 18. *Resultados de la variable Aprendizaje Organizacional y Mejora Continua.*

No. Pregunta	**Pregunta**	Tipo de pregunta	**Respuestas Positivas**	**Respuestas Neutras**	**Respuestas Negativas**
13	¿Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente?	Positiva	94.23%	0%	5.77%
16	¿Cuándo se detecta alguna falla en la atención del paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo?	Positiva	82.69%	11.54%	5.77%
20	¿Los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente, se evalúan para comprobar su efectividad?	Positiva	76.92%	13.46%	9.62%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Se puede observar en la tabla anterior, que las tres preguntas que evalúan esta variable están formuladas en positivo y las tres superan el 75% en respuestas positivas, lo que indica que esta es una fortaleza que favorece la cultura de seguridad en la unidad.

14.3.4 Franqueza en la comunicación.

Esta variable que indica el nivel de comunicación asertiva entre el personal, comunicación que permite escuchar opiniones y tomar decisiones asertivas, arrojó los resultados que se presentan en la tabla 19.

Tabla 19. *Resultados variable Franqueza en la comunicación.*

# Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
31	¿Cuándo el personal ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad?	Positiva	48.08%	36.54%	15.38%
33	¿El personal puede opinar con total libertad de forma respetuosa las decisiones o acciones de sus superiores?	Positiva	23.08%	40.38%	36.54%
35	¿El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta?	Negativa	32.69%	46.15%	21.15%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Esta variable presenta 2 preguntas positivas y 1 negativa, en las tres se evidencia un porcentaje significativo en el tipo de respuesta “neutra” con un promedio de 41%. La pregunta 33 con formulación positiva obtuvo un porcentaje de respuesta negativa en un 36.54% y la pregunta 35 siendo tipo negativa tuvo un valor de respuesta positiva 32.69%. Esta es una de variables que se consideran críticas para trabajar como oportunidad de mejora.

14.3.5 Feed Back y comunicación sobre los errores.

Para conocer la percepción acerca de la comunicación entre compañeros y de estos con sus superiores acerca de lo relacionado con eventos en salud, se cuenta con esta variable, los resultados se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. *Resultados de la variable Feed Back y Comunicación sobre los errores*

No. Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
30	¿Cuándo notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo para mejorar?	Positiva	48.08%	32.69%	19.23%
32	¿Al personal se le informa de los errores que ocurren en este servicio?	Positiva	69.23%	23.08%	7.69%
34	¿En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir?	Positiva	38.46%	38.46%	23.08%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Para esta variable, que contiene solo preguntas formuladas en positivo, el mayor porcentaje de respuesta se obtuvo en positivo, con mayor valor en la pregunta 32 que arrojo un porcentaje del 69%. Según estos valores se podría determinar que esta es una variable que se pude tomar como fortaleza, sin embargo, no se puede dejar de lado las respuestas neutras que tuvieron un porcentaje considerable en esta variable, sobre todo en las preguntas 30 con un valor de 32.6% y pregunta 34 con un 38.4%, se considera que son valores que hay que tener en cuenta para la realización de la estrategia.

14.3.6 Respuesta no punitiva a los errores

Esta variable representa un caso interesante, donde se evalúan las acciones que toman los superiores ante la presencia de un evento en salud reportado, en la tabla 21 se muestran en detalle los resultados obtenidos.

Tabla 21. *Resultados a variable Respuesta no punitiva a los errores.*

# Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
15	¿Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra?	Negativa	36.54%	23.08%	40.38%
19	¿Cuándo se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"?	Negativa	59.62%	7.69%	32.69%
23	¿Cuándo Ud. comete un error, teme que eso quede en su expediente u hoja de vida?	Negativa	76.92%	9.62%	13.46%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

De las tres peguntas que componen esta variable específicamente son dos las que están generando que el promedio de respuestas sea opuesto al esperado, debido a que, las respuestas de la pregunta 19 y 23 tienen un porcentaje muy alto de respuestas positivas (59.6% y 76.9% respectivamente) siendo estas preguntas formuladas negativamente. Es decir, de 3 preguntas negativas el 58% de las respuestas fueron

positivas y apenas el 29% tuvieron respuestas negativas. Esta es otra de las variables criticas dentro del estudio.

14.3.7 *Dotación de Personal.*

Esta variable da a conocer la percepción de los trabajadores de salud respecto a la sobrecarga laboral, en relación con la cantidad de personal disponible para el cumplimiento de las actividades asignadas dentro de la unidad, los resultados de esta variable se presentan en la tabla 22.

Tabla 22. *Resultados variable Dotación de Personal.*

No. Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
12	¿A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora?	Negativa	61.54%	15.38%	23.08%
14	¿En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiada rotación de personal?	Negativa	51.92%	15.38%	32.69%
21	¿Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa?	Negativa	82.69%	9.62%	7.69%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Las preguntas descritas en la tabla anterior tienen un porcentaje de respuestas positivas superior a las negativas, en un promedio de 65.38% siendo estas preguntas formuladas en negativo, se puede deducir que esta variable es una oportunidad de mejora para fomentar la cultura de seguridad en la unidad.

14.3.8 *Frecuencia de eventos notificados.*

En cuanto a la variable *Frecuencia de eventos notificados* en la tabla 23 se presentan los resultados.

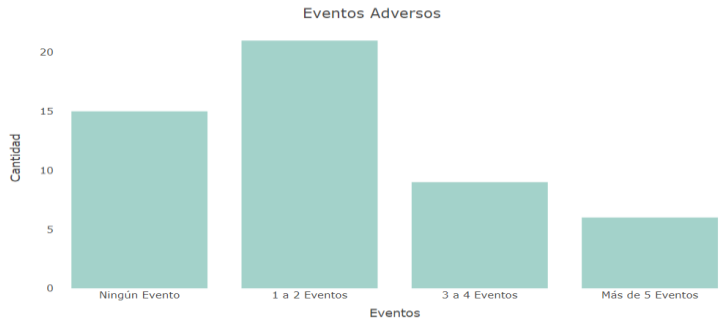
Tabla 23. *Resultados de la variable Frecuencia de Eventos Notificados*

No. Pregunta	**Pregunta**	Tipo de pregunta	**Respuestas Positivas**	**Respuestas Neutras**	**Respuestas Negativas**
36	¿Se notifican los incidentes o riesgos que son descubiertos y son corregidos antes de afectar al paciente?	Positiva	69.23%	26.92%	3.85%
37	¿Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente?	Positiva	50%	38.46%	11.54%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Esta variable presenta dos preguntas formuladas en positivo, en las cuales los porcentajes de respuesta fueron 69.23% y 50% respectivamente. En la pregunta 37 se observa un porcentaje de respuesta neutro en un 38.4% los que nos puede indicar trabajar en este aspecto. Una pregunta adicional para evaluar esta variable es, *Durante el último año, ¿Cuántos eventos adversos a notificado por escrito?* Los resultados se muestran en la gráfica 15.

Gráfica 13. *Número de eventos reportados por el personal de salud de la unidad.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la pregunta No. 48 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.*

Se puede observar la gráfica anterior que, la mayor cantidad de eventos que reporta el personal es de 1 a 2 (21 participantes), seguido de ningún evento reportado (16 personas) y con menor participación entre 3 a 5 eventos (15 participantes).

14.4 Identificar los factores a nivel del hospital afectan la cultura de la seguridad del paciente según el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo.

Para identificar estos factores se determinaron 3 variables: en la tabla 24 se muestran los resultados.

Tabla 24. *Resultados a los factores que afectan la cultura de seguridad a nivel de IPS.*

Variables	Respuestas Promediadas			Cantidad Preguntas	Preguntas Positivas	Preguntas Negativas
	Positivas	Neutras	Negativas			
Apoyo de la gerencia	63%	10%	26%	3	2	1
Problemas en cambios de turno	35%	18%	47%	4	0	4
Trabajo en equipo entre la unidad y demás servicios	46%	26%	27%	4	2	2

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

En total para este objetivo encierran 3 variables que se basan en la relación del equipo de personas que trabaja en la UCI y los demás servicios del hospital, el cambio de turnos y el papel de la gerencia. Cada variable tiene entre 4 y 3 preguntas cada una.

14.4.1 Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente.

Esta variable nos permite conocer la percepción del personal de salud acerca del apoyo que tienen de la gerencia del hospital que favorece la seguridad del paciente. Los resultados se presentan en la tabla 25.

Tabla 25. *Resultados de la variable Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente.*

No. Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
49	¿La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente?	Positiva	81.25%	12.5%	6.25%
56	¿La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades?	Positiva	93.75%	6.25%	0%
57	¿La gerencia o dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente?	Negativa	25%	6.25%	68.75%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente realizada en julio-agosto de 2020.*

Esta variable contiene 2 preguntas formuladas en positivo que obtuvieron un porcentaje mayor en las respuestas positivas, el promedio para ambas fue de un 87.5% y la única pregunta formula en negativo tuvo una respuesta en negativo en un 68.75%, hay que reconocer un valor en esta respuesta en positivo ya que un 25% se puede ser

considerable y para tener en cuenta en la estrategia para favorecer la cultura de seguridad.

14.4.2 Trabajo en equipo entre la unidad y demás servicios del hospital.

Esta variable permitió determinar cómo es la relación, trabajo en equipo y comunicación existente entre el personal de salud de la unidad y los demás servicios del hospital, recordando que el desarrollo de este trabajo fue realizado en contexto de pandemia por COVID 19, el personal de unidades de cuidado intensivo que no manejan este tiempo de pacientes fue incluido en esta variable. Los resultados se presentan en la tabla 26.

Tabla 26. *Resultados de la variable Trabajo en equipo entre la unidad y demás servicios del hospital.*

No. Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
50	¿Las diferentes unidades o servicios del hospital NO se coordinan bien entre ellas?	Negativa	36.54%	23.08%	40.38%
52	¿Hay una buena cooperación entre los diferentes servicios con los que tienen que trabajar conjuntamente?	Positiva	51.92%	26.92%	21.15%
54	¿Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios?	Negativa	19.23%	42.31%	38.46%
58	¿Todos los servicios del hospital trabajan de forma coordinada entre sí, para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes?	Positiva	76.92%	13.46%	9.62%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada en julio-agosto de 2020.*

Se muestran 4 preguntas para evaluar esta variable. 2 formuladas en positivo y 2 formuladas en negativo. Las preguntas en positivo presentan un porcentaje superior en

respuestas positivas con un promedio de 64.42% y las preguntas formuladas en negativo también mostraron un porcentaje mayor en las respuestas negativas en un promedio de 39.42%, cabe resaltar que dentro de estas dos últimas preguntas, la número 50 tiene contigüidad entre las respuestas negativas (4.38%) y las respuestas positivas (36.54%), además del valor presentado en las respuestas neutras a esta pregunta con un 23.08%.

14.4.3 Problemas en cambios de turno y transición de pacientes a los demás servicios.

Esta variable permitió identificar factores que afectan la seguridad del paciente al momento de traslado de pacientes entre servicios. Los resultados se muestran en la tabla 27.

Tabla 27. *Resultados de la variable Problemas en cambios de turno y transición de pacientes a los demás servicios.*

No. Pregunta	Pregunta	Tipo de pregunta	Respuestas Positivas	Respuestas Neutras	Respuestas Negativas
51	¿La información de los pacientes se pierde, cuando éstos se trasladan de un servicio a otro?	Negativa	18.75%	12.5%	68.75%
53	¿En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente?	Negativa	31.25%	18.75%	50%
55	¿El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático?	Negativa	25%	31.25%	43.75%
59	¿Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de malas prácticas en los cambios de turno?	Negativa	50%	18.75%	31.25%

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente realizada en julio-agosto de 2020.*

Esta variable está determinada por 4 preguntas formuladas en negativo, la pregunta 51 con un porcentaje de respuesta negativa en 68.75%, la pregunta 53 donde la mitad del personal respondió en negativo con 50% que se pueden trabajar como fortaleza. En la pregunta 55 se puede observar contigüidad en el porcentaje entre respuestas negativas con un 43.75% y respuestas neutras con un 31.25% y en la pregunta 59 siendo formulada en negativo, el porcentaje mayor correspondió a respuestas formuladas en positivo con un 50%, lo que se representa como una oportunidad de mejora.

15. Discusión

La discusión sobre los resultados obtenidos en el presente estudio, parte de la premisa de que "una cultura positiva sobre seguridad del paciente se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar la aparición de efectos adversos y poder aprender de los errores de forma proactiva, de manera que los errores no se vuelvan a producir" (Ministerio de Sanidad y Política Social España, 2009, p. 23), lo que se traduce en la prestación de servicios con la calidad esperada, brindando un valor agregado que satisfaga las necesidades de los pacientes.

Se determinó como primera variable *la percepción*, definida como "un proceso de extracción y selección de información relevante, encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante" (Oviedo Gilberto, 2004, p. 90). Con esta variable se pretendió conocer la información relevante que los trabajadores de salud de la UCI tienen acerca de su lugar de trabajo y lograr identificar, desde su percepción, factores que afectan la cultura de seguridad.

Los participantes consideran que el grado de seguridad en su servicio es *"bueno"*, resaltando que se aplican acciones que son promocionadas en la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Protección Social en su guía de Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente (2008) y teniendo en cuenta que el estudio es aplicado a Cuidado Intensivo, el grado de seguridad debe tener una mayor exigencia.

Cabe resaltar que, en un porcentaje menor, se percibe un grado de seguridad en el servicio entre 2-3, lo cual puede ser un factor que desfavorece a la seguridad del

paciente dentro de la UCI. Esto, justificado por razones como *falta de comunicación, poco trabajo en equipo, falta de compromiso y empoderamiento, falta de socialización*, entre otras acciones que están incluidas entre las principales características que predisponen a la ocurrencia de fallas en las instituciones de salud según la *Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasil, 2017* y que deben tenerse en cuenta en la estrategia de mejoramiento.

Se destacan comentarios adicionales sobre la seguridad del paciente, los cuales apuntan a *mejorar el ambiente laboral y disminuir la sobrecarga de trabajo*, esto último asociado a que "la crisis por el nuevo coronavirus ha desatado también un desgaste profesional y altos niveles de estrés afectando a los trabajadores" (Juárez Blanca, 2020. p. 2), evidenciando en los comentarios el alto impacto que ha tenido la pandemia.

Sobre los aspectos que el personal considera que fortalecerían la seguridad del paciente, se reconoce nuevamente *mejorar el clima laboral*, con mucha frecuencia se sugirió *no ser punitivos ante el reporte de eventos*, *mejorar compromiso y humanización;* estas acciones se relacionan con una cultura positiva de seguridad del paciente según los lineamientos descritos por la *Agency for Healthcare Research and Quality (2008).*

En relación con la variable *seguridad del paciente,* que se encuentra determinada como principio fundamental en la atención sanitaria (OMS, 2010), el Ministerio de Salud y Protección Social, establece acciones que minimizan el riesgo en la atención. Algunas de éstas se relacionan con registros de calidad en las historias clínicas, conciliación medicamentosa y consentimiento informado, las cuales fueron

consideradas como interrogantes dentro del presente estudio, alcanzando un cumplimiento del 68.59%, porcentaje que no tiene un desempeño acorde con lo establecido por la *Agency for Healthcare Research and Quality*, definido con un nivel mínimo de 75%. Teniendo en cuenta lo anterior, el 6.41% faltante se tuvo en consideración dentro del plan de mejoramiento.

Una oportunidad de mejora identificada es la percepción que tiene el personal sobre *dejar de lado la seguridad del paciente por incrementar el ritmo de trabajo y cumplir con las actividades asignadas por su jefe inmediato*. Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España, la carga de trabajo se entiende como "el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de la jornada laboral" (INSHT, p. 1 – s.f.). Una de las percepciones del personal asistencial de la unidad está justificado en la multiplicidad de tareas asignadas para ser realizadas en un tiempo determinado. Según Hoonakker et al., (2011) la sobrecarga de trabajo de los profesionales de salud ha sido identificada como un serio problema de estrés de los trabajadores, que interfiere en la seguridad del paciente, especialmente en las Unidades de Cuidado Intensivo.

Al relacionar la edad del personal con este ítem, se encontró que principalmente oscila entre 28 y 37 años, mostrando una población mayoritaria de adultos jóvenes, lo cual indica "mayor tolerancia" a la sobrecarga laboral que a su vez puede beneficiar la seguridad en la UCI.

Por otro lado, frente a la experiencia profesional, los resultados revelan que oscila entre 6 y 10 años, correspondiente al 46% del personal encuestado, lo que puede ser estimado como aceptable en términos de entrenamiento y experiencia para un mejor

cuidado en relación con la seguridad del paciente, así como mayor seguridad del profesional a la hora de cumplir con las actividades asignadas, minimizando los escenarios de sobrecarga que se presentan debido a la inexperiencia.

Como factores que afectan la cultura de seguridad del paciente a nivel del servicio se evaluó el *trabajo en equipo,* definido como "un proceso en el cual diferentes representantes de varias disciplinas comparten experiencias, conocimientos y habilidades para mejorar la atención al paciente" (Castañeda y Sanabria, 2016, p.98). Se obtuvo un porcentaje de respuesta favorable en un 68.27% y teniendo en cuenta que "la ocurrencia de errores médicos o eventos adversos se encuentra asociada a procesos comunicativos y de trabajo en equipo (Amaya, Idarraga, Giraldo, & Gómez, 2015), se toma esta variable como oportunidad de mejora, que aunque está cerca al 75% exigido para ser identificado como fortaleza, se suma a los comentarios del personal, dónde un considerable porcentaje percibe problemas en relación con el trabajo en equipo, predominando esta percepción en el personal auxiliar de enfermería, quienes a su vez realizan la mayor parte de actividades asistenciales, por lo que debe ser tenido en cuenta dentro del plan de mejoramiento.

Se evaluó la variable *expectativas y acciones de la coordinación para favorecer la seguridad,* donde se pretendió medir el grado de interés de los jefes inmediatos sobre las acciones que mantienen los trabajadores en cuanto a seguridad del paciente. Según un estudio realizado en Bogotá (Colombia), un 66,2% de los encuestados afirmó tener reconocimiento por parte de los superiores cuando se cumplen las expectativas sobre los procedimientos establecidos para lograr la seguridad del paciente (Castañeda-Jaramillo & Henao-Mazo, 2015). Para este estudio, se determinó un porcentaje de

42.31% en respuestas favorables, lo que determina que esta variable se convierte en oportunidad de mejora dentro de la unidad, traducida en problemas con el liderazgo.

Respecto al aprendizaje organizacional y mejora continua, que hace referencia a aprender de los errores gracias a la implementación de acciones de mejora, se pudo determinar gracias a un porcentaje en respuesta positiva de un 84.61%, que esta es una fortaleza dentro de la unidad, bajo la premisa de que "la institución debe aprender de los errores y buscar nuevas oportunidades para mejorar su desempeño" (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017).

Otra de las variables incluidas es la *franqueza en la comunicación*, donde se determinó la asertividad en la comunicación entre el personal asistencial con su jefe inmediato en cuanto a seguridad del paciente. Se identifica como oportunidad de mejora, al percibir que el personal teme o evita hablar sobre los problemas y acciones de seguridad con su jefe inmediato, con un porcentaje de respuesta favorable en tan solo un 30.77%. En este ítem se destaca el porcentaje en respuesta neutra de 41%, lo que se puede relacionar con indiferencia en la importancia de la comunicación con su jefe inmediato. El grupo que mayor impacto tuvo dentro de este resultado es el de auxiliares de enfermería con un 55.3% seguido de medicina con un 36.4%.

En cuanto al *Feed back y comunicación sobre errores* se encontraron hallazgos interesantes respecto a la poca diferencia entre los porcentajes obtenidos para las respuestas positivas y las neutras, es decir, aunque el porcentaje mayor fue favorable con un 51.9%, las respuestas en neutro fueron de un 31.41%. Teniendo en cuenta este hallazgo y teniendo en cuenta la afirmación de Reason "en el ámbito de la salud, los errores no solo se producen por un descuido personal sino por un conjunto de fallas

secuenciales en la que algunos aspectos estructurales, como la comunicación, tienen una gran participación" (Ramos, Coca, & Abendaño, 2014, p.49), esta variable se maneja como oportunidad de mejora para el fomento de la cultura de seguridad dentro de la unidad.

Una de variables que tuvo mayor impacto en los resultados fue la *respuesta no punitiva a los errores*, donde los participantes describieron de manera abierta en sus comentarios, sentirse culpabilizados ante la presencia de un evento adverso en salud. Esta variable complementa también la variable de comunicación donde se describía el temor que tienen los trabajadores de salud, en su mayoría el personal de enfermería, en comentar sobre temas relacionados a los eventos adversos. Se toma esta variable como un indicador crítico sobre el que se debe trabajar para el fortalecimiento de la cultura de seguridad, partiendo del hecho de que "el personal asistencial debe reconocer los errores como oportunidades de mejora y no ocultar su reporte por temor a ser culpabilizados" (Rocco y Garrido, 2017, p.2). Se describió en los resultados, un porcentaje de respuesta positiva a una pregunta formulada en negativo de un 57.69%, donde predomina el temor que sienten los participantes de que en su expediente u hoja de vida quede evidencia del hecho. Esta situación se puede comparar con los resultados obtenidos en el estudio realizado por la Universidad Javeriana, donde el 48.2% de los participantes sostuvo que sienten que sus errores son considerados en su contra y el 30.6% percibe que el dato que se tendrá en cuenta es la persona que está siendo reportada, mas no el problema en sí, al momento de informar un evento (Burbano, Romero y Ramos, 2018). Otros estudios muestran porcentajes alrededor del 67%, superior en el uso de errores en su contra. Sin embargo, un 86% afirmó que cuando se

detecta algún error, antes de buscar la causa, buscan un culpable (Álvarez & Bilbao, 2014), datos que para el presente estudio fueron cercanos a un 60%, cifra considerable que sugiere realizar acciones de mejora.

Respecto a la variable *dotación del personal*, que hace referencia a la cantidad de personal necesario para atender las demandas de la Unidad, también se encontraron resultados interesantes que, analizándolos desde una problemática actual como es la pandemia por coronavirus, toma un curso especial. Es claro que "el Sistema de Salud no estaba preparado para afrontar esta situación" (Nieves Giselly, 2020, p.3) y aunque no se han desarrollado estudios que determinen en cifras reales la sobrecarga a la que estuvieron expuestos los trabajadores de salud, este estudio lo describe, obteniendo un porcentaje de respuesta positiva a pregunta formulada en negativo en un 65.38%, donde sobresale en un 82.69% *la presión con la que se debe trabajar para realizar demasiadas cosas muy de prisa*. Esta variable es una oportunidad de mejora identificada, frente a la cual se deben buscar acciones de mejora que favorezcan el bienestar del personal asistencial.

Respecto a la *frecuencia de eventos notificados*, se parte del pensamiento de que "la cultura del reporte crea una conciencia de seguridad y promueve un entorno que brinda oportunidades de aprendizaje; la institución de salud que analiza sus datos tiene la oportunidad no solo de aprender de errores, sino también de conseguir el éxito" (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017, p.55). Al revisar la literatura se encuentra un estudio en el que el 70% de los colaboradores afirma realizar el reporte de los eventos a tiempo (Castañeda y Henao, 2015). Para este estudio se reporta que el 59.61% notifica los incidentes que son descubiertos en la UCI, y al comparar esta

información con los resultados obtenidos en la pregunta que hace referencia a la cantidad de eventos que se reportan al año, se encuentran divergencias, ya que el mayor número de eventos que se informan es solamente entre 1 y 2 al año. Además de analizar esta variable en conjunto con *respuesta no punitiva al error*, y teniendo en cuenta que "la cultura del reporte, como herramienta de diagnóstico de sucesos que comprometen la seguridad en los procesos asistenciales, precisa reforzarse e incentivarse a partir de una cultura justa, no castigadora, que tienda a la búsqueda de mecanismos de solución de alto impacto en la consecución de instituciones seguras" (Giraldo, Peña, Mendoza y Beltrán, 2016), se decide tomar esta variable como oportunidad de mejora para fortalecer y mantener la cultura de seguridad en la unidad de cuidado intensivo de la institución objeto de estudio.

En relación con los factores que a nivel de la Institución están afectando la cultura de seguridad, se plantearon 3 variables que respondieron de manera positiva a la cultura de seguridad de la Unidad. En cuanto a la percepción que tiene el personal sobre el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente, se encuentra un porcentaje del 87.5% que responde en positivo a estas afirmaciones; al comparar con otros estudios, es sorprendente encontrar que para ellos esta variable se determina como oportunidad de mejora critica, con tan solo un 32.1% de percepción sobre el clima laboral favorecido por la gerencia del hospital (Burbano, Romero y Ramos, 2018). En otro estudio realizado en el sur de la ciudad de México, solo un 38% del personal encuestado reconoce que la dirección actúa como un apoyo para la seguridad del paciente (Alarcón & Pommier, 2018), esto puede explicarse por la acreditación otorgada por ICONTEC a la IPS objeto de estudio, lo que permite que dicha variable se convierta en una de las

mayores fortalezas en el tema de cultura de seguridad, partiendo de que la gerencia es uno de los estándares de direccionamiento requeridos para el cumplimiento de los requisitos exigidos para el logro de este reconocimiento.

Se evaluó también la variable *trabajo en equipo entre la Unidad y los demás servicios del hospital*, cuyos resultados reflejan incomodidad en el trabajo entre servicios, obteniendo un porcentaje de respuesta favorable en tan solo un 51.9%.

Se destaca dentro de esta variable un porcentaje de respuesta neutra a la percepción que tiene el personal sobre la incomodidad que genera el tener que trabajar con compañeros de otros servicios en un 42.31%, a los cual se pueden plantear acciones de mejora, teniendo en cuenta que los estudios revisados por Alarcón & Pommier, (2018) y Burbano, Romero y Ramos, 2018) presentan similitudes en los resultados obtenidos en este ítem. En general, para esta variable se toman aspectos muy positivos, aunque mejorables, que favorecen la cultura de seguridad de los pacientes.

Por último, se evaluó la continuidad de la atención con la variable *problemas en cambios de turno y transición de pacientes a los demás servicios.* Se identifica para esta variable una oportunidad de mejora y es la falta de comunicación asertiva al momento de entrega de información entre servicios y de igual forma, en la entrega de turno, lo cual es comparado con un estudio realizado en un hospital acreditado de Rio de Janeiro (Carrero, 2014), donde se encontraron resultados semejantes, que permitieron afirmar que en aquella institución no hay una cultura organizativa de trabajo en equipo entre las unidades (Pinheiro y Osmir, 2017).

Esta discusión en general permitió encontrar tanto fortalezas como oportunidades de mejora, que para un Gerente de Calidad deben estar dentro de su conocimiento, ya que

el planteamiento de estrategias que propongan planes de acción de mejora para brindar un valor agregado en la atención permite el mejoramiento continuo y la prestación de servicios de salud cada vez más seguros y por ende con calidad.

16. Conclusiones

La encuesta aplicada es una herramienta veraz para la toma de decisiones en pro del mejoramiento continuo, teniendo en cuenta que permite realizar una caracterización de todos los perfiles profesionales que hacen parte del equipo y a su vez evidenciar los valores y creencias de un recurso humano, indispensables para la prestación de servicios con calidad.

Por medio del instrumento utilizado en el estudio (*Hospital Survey on Patient Safety Culture)*, es posible medir la percepción de cultura de seguridad existente en la Unidad de Cuidado Intensivo de la institución objeto de estudio; esto acorde con las diferentes dimensiones sugeridas por dicho instrumento que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales y propendiendo por la mejora de calidad en atención en salud.

En cuanto a la caracterización del personal, en relación con la formación universitaria, la formación en posgrados en el área tiene una mayor incidencia, lo que indica un punto a favor en la unidad de cuidado intensivo, en donde se requiere contar con amplios conocimientos y experticia; factores que indican que la formación académica y la experiencia laboral son aspectos esenciales frente a factores como la calidad del cuidado y la práctica para desarrollar con mayor rapidez y seguridad las actividades a su cargo.

Aunque los aciertos del estudio realizado evidencian que en su mayoría existe una buena percepción de cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidado

intensivo, referida por el personal en cuanto a buenas prácticas, también es necesario resaltar que aún hay aspectos a mejorar entre los cuales se destaca *la cultura de auto reporte*, sin que esto impacte en una acción punitiva, pues se pretende hacer entender que el objeto de ello es generar acciones correctivas.

Adicionalmente, se observó la percepción de *personal insuficiente y la sobre carga laboral*, lo que, para este caso, se perciben como riesgos en la atención prestada que afectan la seguridad del paciente.

Como factores que afectan la cultura de seguridad del paciente a nivel servicio, en los resultados del estudio aplicado se muestran algunos aspectos que hacen parte de la cultura de seguridad y se destacan como relevantes en la percepción de los participantes en el estudio, algunos de ellos son: *clima laboral, acciones punitivas en reporte de eventos, sobrecarga laboral, trabajo en equipo*; sin embargo, también se observan fortalezas en cuánto a *comunicación oportuna, efectiva y de calidad en el equipo interdisciplinario, acciones de mejora, planes de acción y trabajo en equipo*, lo cual indica que la seguridad en la atención del paciente es un pilar fundamental en la institución objeto de estudio.

Es necesario revisar el sistema de trabajo dentro de las circunstancias de la organización, entendiéndolo como aquel sistema que percibe a las personas actuando de manera conjunta con su equipamiento en el proceso de trabajo, para cumplir las actividades, en el espacio y en el ambiente asignado, bajo las condiciones impuestas por la tarea a realizar.

El análisis de los datos expone que la notificación de los eventos adversos es un aspecto que el personal asistencial considera de gran importancia, así como la confianza dentro del equipo de salud. Sin embargo, se observa que el reporte de eventos sólo se realiza cuándo se ve afectado el estado de salud del paciente, justificado por "la búsqueda de culpables", lo cual pone evidencia una de las más grandes oportunidades de mejora, siendo el problema manifestado por el personal asistencial.

Teniendo en cuenta que la institución objeto de estudio es una IPS acreditada, se evidencia que, a nivel corporativo la percepción en seguridad que tiene el personal asistencial se puede considerar como una fortaleza, esto evidenciado en el alto grado de compromiso que tiene la organización con la seguridad del paciente.

Las autoras consideran que los hallazgos del estudio, previos y actuales, en cultura de seguridad del paciente constituyen un aporte disciplinar de mucha importancia, ya que primero documentan y, luego, resguardan las acciones llevadas a cabo en la práctica clínica, teniendo en cuenta que son el primer paso hacia la elaboración unificada de parámetros de actuación frente al tema de seguridad del paciente, lo que permite el fortalecimiento tanto a nivel individual y multidisciplinariamente, poniendo en relieve la calidad y seguridad en la atención bajo los mejores estándares de calidad que buscan propender por la satisfacción del usuario.

Todos estos son aspectos relevantes que serán tenidos en cuenta en la estrategia a proponer como resultado del estudio.

17. Estrategia para favorecer la Cultura de Seguridad en el personal asistencial en una Unidad de Cuidado Intensivo

Introducción

Teniendo en cuenta la complejidad de los servicios que prestan las Unidades de Cuidado Intensivo, desde la alta gerencia incluyendo la coordinación de esta, se deben establecer estrategias que favorezcan la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad, en donde indiscutiblemente la seguridad del paciente (SP) está inmersa como un componente fundamental dentro de la atención sanitaria y se reconoce como el mayor de sus atributos. Esto sugiere para las Unidades de Cuidado Intensivo favorecer y mantener en su personal asistencial una cultura de seguridad del paciente, que permita lograr el mayor beneficio para él, minimizando el riesgo, generando el menor daño posible y logrando un excelente reconocimiento en el mercado, basado en los beneficios de los servicios prestados y basados en el principio de calidad de servicio.

Con el incremento constante en la presencia de eventos adversos reportados, se realizó un estudio que midió la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de una Unidad de Cuidado Intensivo en una IPS acreditada en la ciudad de Bogotá, en el que se identificaron múltiples oportunidades de mejora, aportaron a la construcción de una estrategia que promueva una cultura de seguridad positiva en el personal asistencial de la Unidad, y de esta forma prestar servicios de salud seguros para el paciente y su familia y mantener la alineación del nivel de gestión táctico y operativo con los lineamientos establecidos en la plataforma estratégica de la IPS.

Objetivo

Promover una Cultura de Seguridad del Paciente en el personal asistencial de la Unidad de Cuidado Intensivo, con el fin de minimizar la ocurrencia de eventos adversos y contribuir al mejoramiento de la calidad, generando un enfoque diferenciador respecto a las demás unidades de la ciudad.

Alcance y abordaje organizacional de la estrategia

Aunque esta estrategia va dirigida específicamente a la Unidad de Cuidado Intensivo, se considera relevante abordar los diferentes niveles de gestión de la organización en las actividades planeadas. Siguiendo el mapa de procesos y el organigrama de la IPS, se establece la relación en los procesos y subprocesos con la Unidad de Cuidado Intensivo para el desarrollo de esta estrategia, sin dejar de lado la razón de ser de la institución, como son el paciente y su familia.

Desde la perspectiva de un nivel de gestión estratégico, se proponen intervenciones como alineación de políticas con el nivel táctico, asignación de recursos, priorización de la SP en la Organización, alineación del plan estratégico, armonización de la SP con los planes de mejora por grupos de estándares de acreditación.

Desde el nivel de gestión táctico se considera fortalecer el estilo de liderazgo, mantener comunicación, revisión de resultados, toma de decisiones a nivel de cada Unidad Funcional, implementación de planes de mejora y de acción por proceso, interrelación de la SP con otros programas (gestión del riesgo, humanización, gestión de la tecnología, sistemas de vigilancia, entre otros).

Desde el nivel de gestión operativo se debe favorecer la aplicación de políticas y lineamientos relacionados con la SP en la cotidianidad, fortalecer el trabajo en equipo,

apropiación de mejoras y acciones para fortalecer la SP, adaptación al cambio y contribuir a la atención centrada en el paciente y su familia.

En la gráfica 1 se presentan los procesos que están involucrados en el desarrollo de esta estrategia; en el centro se ubica el proceso al que van dirigidas las acciones sugeridas, en donde se debe incluir en cada trabajo al paciente y su familia; por este grupo de procesos ingresan las oportunidades de mejora detectadas en el trabajo de investigación realizado, las cuales son trasformadas en el fomento de una cultura de seguridad.

Gráfica 1. *Procesos involucrados en el desarrollo de la estrategia.*

Fuente: *Las autoras, a partir de la revisión institucional y documental, 2020.*

Tiempo de ejecución

Se planea el desarrollo de esta estrategia durante un tiempo proyectado de 8 meses, con la implementación de actividades sugeridas según su nivel de priorización,

teniendo en cuenta el número de semanas requeridas y se incluye el proceso de recolección de datos y de evaluación. A continuación, se presenta el cronograma de aplicación de la estrategia.

Tabla 1. *Cronograma para el desarrollo de actividades propuestas en la estrategia.*

	Etapa	Responsable	Mes	1				2				3				4			
			Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Trabajo de mejoramiento de liderazgo en niveles de gestión táctico y operativo.	Alta gerencia Talento humano Psicología	8																
2	Trabajo de mejoramiento de percepción de grado de seguridad en el nivel de gestión operativo.	Coordinadores de área Programa Paciente Seguro	8																
3	Trabajo de fortalecimiento de comunicación asertiva entre miembros del equipo, entre estos y el nivel táctico y la comunicación con el paciente y su familia.	Talento Humano Coordinadores de área Psicología	4																
4	Acciones de promoción del trabajo en equipo para los niveles de gestión táctico y operativo.	Talento Humano Coordinadores de área Psicología	4																

	Etapa	Responsable	Mes	5				6				7				8			
			Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5	Trabajo para promover una cultura justa en los niveles de gestión estratégico, táctico y operativo.	Programa Paciente Seguro Coordinadores de área	4																
6	Trabajo para favorecer la notificación de eventos adversos en el nivel de gestión operativo.	Carolina Páez Johanna Galindo	4																
7	Inicio de recolección de información para la evaluación de la estrategia.	Programa Paciente Seguro Coordinadores de área	3																
8	Evaluación de los resultados obtenidos tras la implementación de la estrategia.	Programa Paciente Seguro	3																
9	Planeación de acciones de mejora para el mejoramiento de las metas no alcanzadas.	Programa Paciente Seguro Coordinadores de área	2																

Fuente: *Las autoras, 2020*

Antecedentes organizacionales

Se retoman los antecedentes organizacionales en relación con la SP, con la intensión de facilitar la planeación y aplicación de acciones de mejora, teniendo en cuenta el comportamiento cuali-cuantitativo de las actividades desarrolladas en la organización en relación con la SP en el marco de la calidad en servicios de salud.

Como procedimiento macro se describe el reciente reconocimiento como Hospital Acreditado, gracias al cumplimiento de altos estándares de calidad exigidos por el ICONTEC en los estándares establecidos en su manual de acreditación; en estos se establece la necesidad de mantener una cultura de seguridad que garantice la prestación de servicios de salud seguros para el paciente y su familia. En este sentido, la IPS ha realizado 5 mediciones de Cultura de Seguridad anualmente desde el 2015, donde se presenta variabilidad en los resultados en los dos primeros años de medición y estabilidad en los siguientes 3 años. Es de tener en cuenta, que se han presentado cambios que hacen que estos datos no puedan ser comparados de un año a otro, estos cambios hacen referencia a modificaciones en el instrumento e inclusión de más población para la medición. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2. *Trazabilidad de resultados en medición de Cultura de Seguridad.*

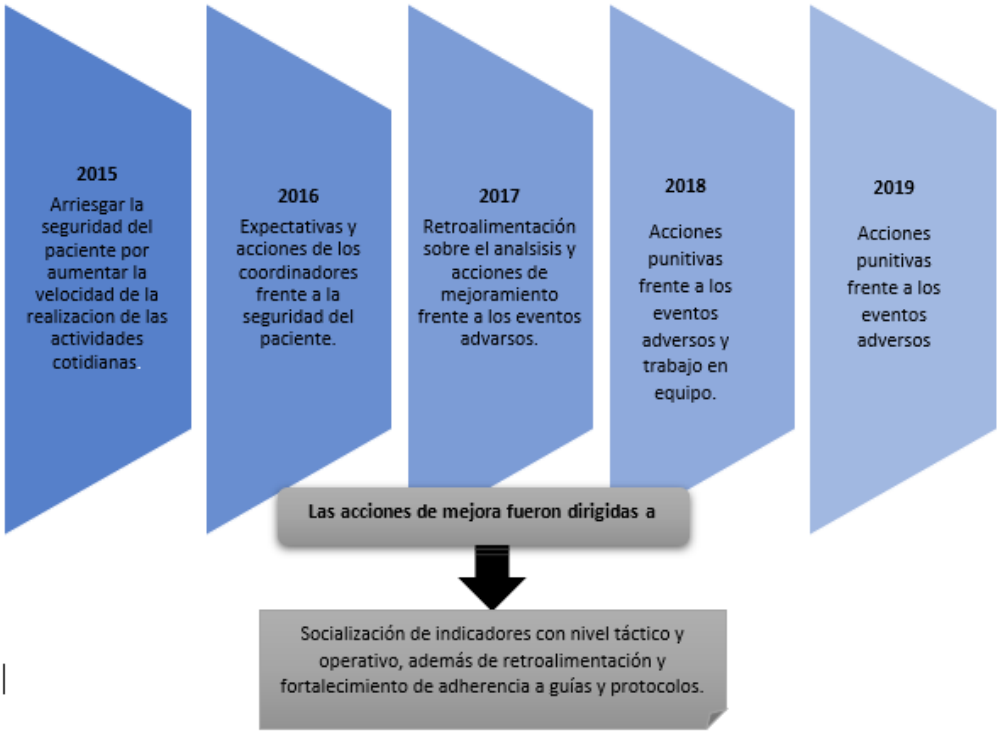
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
IPS	72%	91.6%	75%	76%	79%	NA
UCI	70.3%	88%	73%	74.3%	73%	**56.3**

Fuente: *Las autoras, a partir de la revisión institucional, 2020.*

En el 2020 se realiza medición de Cultura de Seguridad únicamente en el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo. Se puede observar una significante disminución del grado de cultura de seguridad en este proceso, lo que se puede atribuir a que la población que participó en este estudio fue reducida al personal asistencial, mientras que la IPS en las mediciones anteriores incluyó personal administrativo, estudiantes y al paciente y su familia.

En cada medición realizada por la IPS se identificaron oportunidades de mejora que se relacionan a sobrecarga de trabajo y problemas con el liderazgo. En la gráfica 2 se muestran específicamente estas debilidades.

Gráfica 2. *Oportunidades de mejora identificadas en las mediciones de Cultura de Seguridad por la IPS*



Fuente: *Las autoras, a partir de la revisión institucional, 2020.*

Descripción de la estrategia

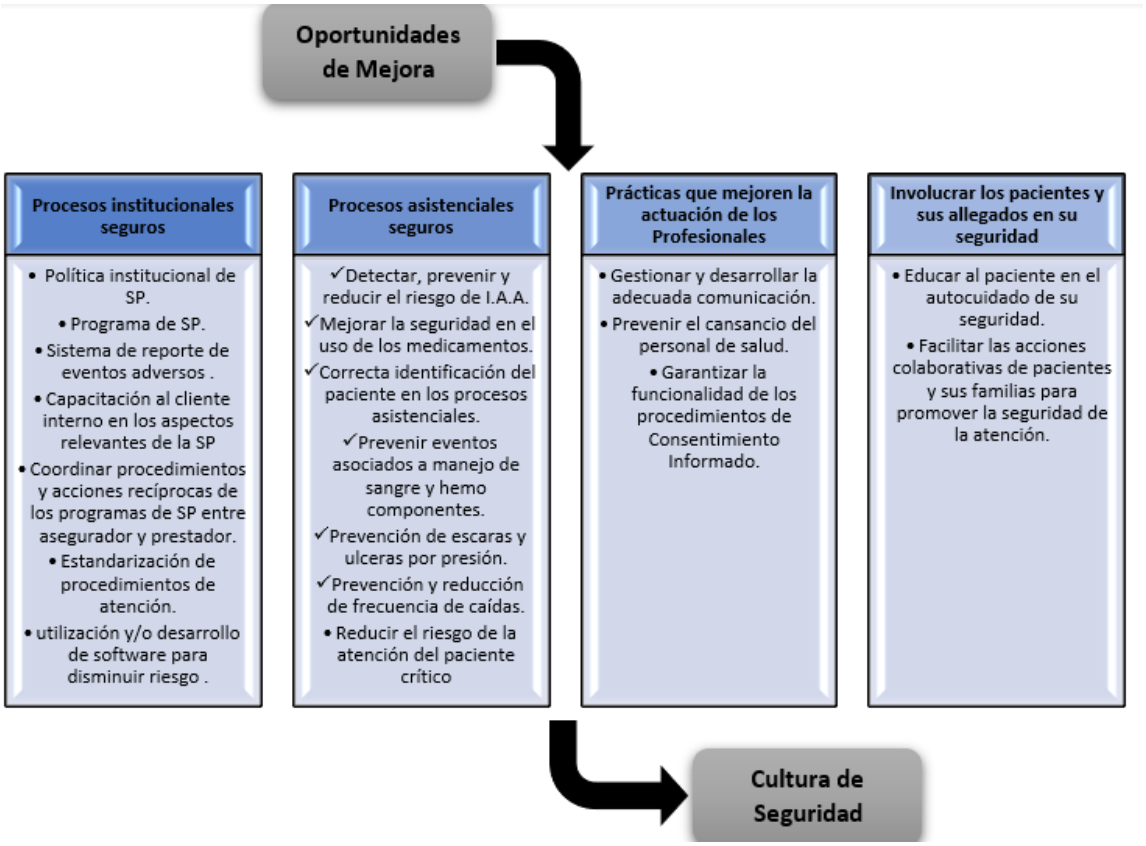
En la medición realizada por las autoras en el año 2020 en la Unidad de Cuidado Intensivo se identificaron algunas fortalezas y múltiples oportunidades de mejora que se asemejan a las encontradas por la IPS en los años anteriores. En la gráfica 3 se describen las temáticas que agrupan las debilidades encontradas en el estudio y en las que se basa el desarrollo de esta estrategia.

Gráfica 3. *Temas a reforzar relacionados a Cultura de Seguridad del Paciente.*

Fuente: *Las autoras, a partir del trabajo de investigación, 2020.*

Para el planteamiento de las acciones de mejora propuestas en esta estrategia, se desarrolló una revisión documental valorativa en relación con la temática de seguridad del paciente y de cultura de seguridad, donde se incluyeron procesos asistenciales e institucionales seguros, prácticas que mejoran la actuación en el personal asistencial y la atención centrada en el paciente y su familia. En la gráfica 4 se describen algunas de estas prácticas.

Gráfica 4. *Prácticas Seguras en la Atención Asistencial.*



Fuente: *Las autoras, a partir de la revisión documental, 2020.*

Evaluación de la estrategia

La evaluación de la estrategia se basa en los resultados obtenidos luego de la segunda aplicación del instrumento adaptado por las autoras *Encuesta para la Medición de la Cultura de Seguridad en los Hospitales*, la disminución en ocurrencia de eventos adversos, asistencias a talleres, capacitaciones, adherencia a guías y protocolos, auditorias de historias clínicas y satisfacción tanto de talento humano como del paciente y su familia.

En la tabla 3 se presenta el plan de mejora para favorecer la Cultura de Seguridad.

Tabla 3. *Plan de mejora para favorecer la cultura de seguridad por parte del personal asistencial de la UCI*

1.Percepción de Seguridad del Paciente				
P				
Oportunidad de mejora detectada	**Objetivo Estratégico**	**Actividades de Desarrollar**	**Justificación**	**Personal y Nivel de Gestión involucrado**
Un 17% del personal encuestado tiene la percepción de grado de seguridad dentro de la unidad entre 2-3 (mala)	Mejorar la percepción en grado de seguridad del paciente del personal asistencial de la unidad.	Fortalecer la inducción y realizar reinducción al personal asistencial de la UCI en cuanto a la Política de Seguridad de la Institución, haciendo énfasis en las prácticas seguras y su aplicabilidad en la atención al paciente crítico. **1.** Rediseñar la inducción al personal nuevo donde se establezcan diferentes jornadas de capacitación, esto con el fin de evitar la saturación de información y el cansancio, factores que afectan la adecuada recepción de información. **2.** Incluir para la realización de inducción y reinducción la plataforma virtual institucional *Almera*, donde se incluya información llamativa acerca temas relacionados a la Seguridad del Paciente y que por este mismo medio se realicen las correspondientes evaluaciones del tema. 3. Entregar certificado de participación en las jornadas de inducción y reinducción que deben reposar en las hojas de vida. 4. Brindar incentivos no económicos a los más altos puntajes en los resultados de las evaluaciones de conocimientos. 5. Socialización de los indicadores relacionados con la seguridad del paciente donde se justifique la importancia de aplicar prácticas seguras en la atención, para esta socialización se debe garantizar una forma "amigable" de brindar la información, con el fin de llamar la atención del personal y mejorar la recepción de la información. 6. Favorecer la participación del personal de la Unidad en la Semana de la Seguridad del Paciente, asignando turnos por grupo en horarios flexibles que no perjudiquen el cumplimiento de las actividades laborales, pero que permitan involucrarse con las actividades desarrolladas en la jornada. 7. Enviar mensajes cortos vía virtual sobre prácticas seguras, utilizando el recurso WhatsApp y correo electrónico. De igual forma, realizar y entregar folletos informativos con información ilustrada y amigable, fácil de entender y llamativa para conseguir la atención y la recepción del mensaje.	Aunque se muestra un porcentaje reducido (17%) en percepción de grado de seguridad baja (2-3/5) dentro de la UCI, es necesario reducir aún más esta cifra, teniendo en cuenta que, la seguridad del paciente puede verse afectada con tan solo una persona que no esté adherida a la Política de Seguridad de la institución. Una percepción baja de grado de seguridad del paciente dentro de una Unidad de Cuidado Intensivo se traduce en desconocimiento de los lineamientos y prácticas seguras establecidas por la institución que pretenden minimizar el riesgo y que ponen en peligro la seguridad del paciente, afectando negativamente la calidad de la prestación de servicios de salud y afectando los indicadores relacionados a la seguridad del paciente. Los procesos de capacitación y formación en jornadas de inducción y reinducción permiten la estandarización de procesos y prácticas seguras incluidas en la Política Institucional de Seguridad y que favorecen la alineación entre los objetivos estratégicos de la IPS con el nivel operativo involucrado en la atención al paciente crítico ofreciendo una atención segura con altos estándares de calidad.	Coordinadores de área: médico, rehabilitación y enfermería. Programa Paciente Seguro (Nivel de gestión Táctico) Personal asistencial de la unidad: médicos intensivistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y enfermeros profesionales. (Nivel de gestión Operativo)

1. Percepción de Seguridad del Paciente						
H		V				A
¿Cuándo?	**¿Donde?**	**Fuente de recolección de datos para la información**	**Resultados esperados**	**Indicadores de Medición**	**Periodicidad de la Medición**	**Medidas de acción luego de aplicar la estrategia**
Para Inducción: las primeras cuatro semanas luego de firmar contrato. Para reinducción: Mes 2 y 3	* Unidad de Cuidado Intensivo ala norte * Unidad de Cuidados coronarios * Unidad de Cuidado Intermedio * Unidades COVID. Se dispondrá del auditorio correspondiente a la UCI y para abarcar mayor capacidad se utilizarán los auditorios generales universitarios con capacidad aceptada siguiendo lineamientos de contingencia por pandemia. El personal dispone de computadores en cada unidad donde pueden consultar la intranet y la plataforma Almera para ingresar al contenido preparado sobre Seguridad del Paciente, donde podrán realizar sus evaluaciones y obtener sus correspondientes certificados.	Segunda aplicación a nivel de servicio de Encuesta para medición de Cultura de Seguridad.	Aumentar la percepción de seguridad en el personal de la unidad de cuidado intensivo en un nivel de 4-5 a un **95%**, partiendo de una línea de base de **80%** según resultados de encuesta aplicada 2020.	Total de personal asistencial con grado de percepción de seguridad bueno (4-5/5) / Total de personal asistencial de la unidad encuestado * 100	Semestral	Se debe realizar retroalimentación, preferiblemente personalizada al personal con puntajes inferiores a 4.0, con posterior evaluación y asegurando que la información haya sido recibida efectivamente. En caso de no obtener disminución en los indicadores, se debe realizar seguimiento con visitas al personal dentro de la unidad para verificar la aplicación de prácticas seguras dentro de la unidad. Con el logro de las metas se propone reactivar el ciclo PHVA en pro del mejoramiento continuo, incrementando las metas para próximas mediciones y así promover la sostenibilidad.
		Resultados de evaluaciones escritas en jornadas de inducción y reinducción con puntuación igual o superior de 4.0.	El **90%** personal asistencial tendrá puntajes superiores a **4.0** en sus evaluaciones de temas que involucren practicas seguras.	Total de evaluaciones realizadas en jornadas en Inducción y reinducción con puntuación igual o superior a 4.0 / Total de evaluaciones realizadas * 100	Trimestral	
		Listas de asistencia a capacitaciones y actividades relacionadas con la Seguridad del Paciente.	Se debe tener participación del personal asistencial de la UCI a jornadas de capacitación en un **100%**	Total de personal de UCI asistente a jornadas de capacitación / total de personal asistencial de la UCI * 100	Semestral	
		Sistema de información APLICATIVO RES (Reportes de Eventos en Salud).	Disminuir en un **40%** los EA sobre: *Caída de paciente *Lesiones en piel. *Administración errónea de medicamentos. *Identificación errónea de paciente *Infecciones asociadas al cuidado de la salud. Partiendo de una línea de base en promedio de los eventos mencionados de **48%** en una revisión realizada en septiembre de 2020, donde predominaron las IACS.	Número de eventos adversos relacionados con seguridad de paciente (Caída de pacientes, Lesiones en piel, Administración errónea de medicamentos, Identificación errónea de paciente, Infecciones asociadas al cuidado de la salud) / Egresos de la Unidad de Cuidado Intensivo * 100	Se debe realizar la trazabilidad cada mes para conseguir la meta en 6 meses.	

2. Trabajo en Equipo				
P				
Oportunidad de mejora detectada en la investigación	**Objetivo Estratégico**	**Actividades de Desarrollar**	**Justificación**	**Personal y Nivel de Gestión involucrado**
Aunque en la variable *Trabajo en Equipo*, los resultados estuvieron entre 60-65% a favor del trabajo en equipo en la unidad, en las sugerencias realizadas por el personal en la pregunta 61 se identificó un patrón repetitivo sobre aspectos a mejorar en esta actividad.	Promover y favorecer el trabajo en equipo dentro de la UCI. Esto incluye el trabajo interdisciplinario.	1. Fortalecer en líderes de turno y coordinadores de área la temática de trabajo en equipo. 2. Realizar talleres donde se sensibilice y refuerce la importancia del trabajo en equipo en la unidad y la adaptación al cambio. 3. Los líderes de turno deben realizar segmentación del personal asistencial (experiencia, habilidades, facilidad de comunicación, tiempo en la institución, etc.) y realizar asignación de acuerdo con sus fortalezas y debilidades favoreciendo la seguridad de la atención. 4. Promover la escucha activa entre líderes y personal asistencial, entre el equipo asistencial interdisciplinario y entre el personal asistencial y el paciente y su familia. 5. Promover la solución de conflictos favoreciendo un clima laboral adecuado y las buenas relaciones personales.	El trabajo en equipo es considerado una recomendación importante dentro de la Política Institucional de Seguridad del Paciente. La colaboración dentro de los miembros de la unidad e inclusive con los procesos externos, se traduce en organización, que supone que cada miembro del equipo realice una serie de tareas de forma independiente e interdependiente cuyo resultado sea en pro de la seguridad del paciente, favoreciendo la minimización del error y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la IPS brindando atención segura, eficiente, eficaz y oportuna, es decir una atención con calidad.	**Coordinadores de área:** médico, rehabilitación enfermería y programa Paciente Seguro Talento humano Comité de convivencia (Nivel de gestión Táctico) **Personal asistencial:** médicos intensivistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y enfermeros profesionales. (Nivel de gestión Operativo)

2. Trabajo en Equipo						
H		V				A
¿Cuándo?	**¿Donde?**	**Fuente de recolección de datos para la información**	**Resultados esperados**	**Indicadores de Medición**	**Periodicidad de la Medición**	**Medidas de acción luego de aplicar la estrategia**
El trabajo en equipo es una variable que debe trabajarse continuamente para alcanzar las metas, para efectos de esta estrategia se tendrá esta consideración en cuenta con los líderes de cada proceso de apoyo asistencial e iniciará esta aplicabilidad en el mes 4	Unidad de cuidado Intensivo donde se incluyen: * Unidad de Cuidado Intensivo ala norte * Unidad de Cuidados coronarios * Unidad de Cuidado Intermedio * Unidades COVID. Se dispondrá del auditorio correspondiente a la UCI y para abarcar mayor capacidad se utilizarán los auditorios generales universitarios cumpliendo con los requerimientos atendidos en contingencia.	Segunda aplicación a nivel de servicio de Encuesta para medición de Cultura de Seguridad.	Aumentar la percepción de la variable Trabajo en Equipo a un 80% y eliminar la percepción sobre la existencia de problemas relacionados con el trabajo en equipo dentro de la unidad. Partiendo de una línea de base de 65%.	Total de personal asistencial de UCI con respuestas a favor en la variable trabajo en equipo / Total de personal asistencial encuestado * 100	Semestral	Identificación del personal no adaptado al trabajo en equipo por medio del acompañamiento en el área asistencial para realizar retroalimentación personalizada.
		Sistema de información APLICATIVO RES (Reportes de Eventos en Salud).	Reducción en un 40 % en la presencia de eventos adversos donde se relacione el trabajo en equipo: *Caída de paciente * Retiro no programado de dispositivos. Partiendo de una línea de base en promedio de los eventos mencionados de 51% en una revisión realizada en septiembre de 2020, donde predomino el retiro no programado de dispositivos.	Número de eventos adversos relacionados con trabajo en equipo (Caída de paciente, Retiro no programado de dispositivos) / Egresos de la Unidad de Cuidado Intensivo * 100	Se debe realizar la trazabilidad cada mes para conseguir la meta en 6 meses.	Con el logro de las metas se propone reactivar el ciclo PHVA en pro del mejoramiento continuo, incrementando las metas para próximas mediciones y así promover la sostenibilidad.

3. Liderazgo				
P				
Oportunidad de mejora detectada en la investigación	**Objetivo Estratégico**	**Actividades de Desarrollar**	**Justificación**	**Personal y Nivel de Gestión involucrado**
En el trabajo de investigación se identificaron varias oportunidades de mejora que apuntan a problemas en el liderazgo, entre estas se encuentran: *Expectativas y acciones de la coordinación para favorecer la seguridad. *Feed Back y comunicación sobre los errores. Además de estas dos variables, en las respuestas a preguntas abiertas se identificaron debilidades en este ítem.	Promover el liderazgo efectivo tanto en el nivel táctico (coordinadores de cada proceso) como en el nivel operativo (Lideres de turno, jefes de enfermería y médicos intensivistas)	1. Se debe concientizar a los líderes en los siguientes aspectos: 1.1 La importancia de la creación de una Cultura de Seguridad Positiva dentro de la unidad y su fundamental papel en esta tarea. 1.2. Crear un ambiente de confianza donde se promuevan los valores personales y los valores institucionales. 1.3. Estimular la mejora continua en los procesos, procedimientos y actividades generales de la unidad, estas basadas en las guías de buena práctica y de igual forma favorecer los medios para que esto ocurra. 2. Promover características especiales tales como: * Ser emocionalmente estables *Ser amables y comprensivos *Reconocer las limitaciones propias *Ser tolerantes ante el error ajeno *Integridad y búsqueda de justicia *Capacidad de delegar *Coherencia entre sus palabras y acciones *Implicar a los miembros del equipo en la toma de decisiones 3. Capacitación a líderes para ser eficaces en: * Comunicación asertiva *Capacidad de planificación *Anticipación y prevención de situaciones *Principios de justicia y equidad 4. Implementación y aplicación de encuestas de satisfacción que abarquen el tema de liderazgo.	La UCI al prestar servicios de alta complejidad y detectar múltiples riesgos en la prestación de servicios de salud, debe tener jerárquicamente hablando, un liderazgo eficaz que promueva la cultura de seguridad y reduzca la presencia de eventos adversos que contribuya a la prestación de servicios con calidad. Por tanto, la influencia de un óptimo liderazgo en la gestión de la SP es esencial. A este respecto, debe destacarse el hecho de que la Joint Commission ha calificado al liderazgo como una de las causas raíz del 50% de los sucesos centinela analizados en EE. UU (The Joint Commission's Report on Quality and Safety, 2007). Es por esta razón que para efectos de este trabajo de investigación se decide trabajar con los líderes de equipo sobre esta temática y favorecer la alineación de la plataforma estratégica, los valores y principios corporativos con el nivel operativo de la UCI.	Alta gerencia (Nivel de gestión Estratégico) Talento Humano Área de psicología Coordinadores de área Trabajo Social (Nivel de gestión Táctico) Líderes de turno jefes de enfermería Médicos intensivistas (Nivel de gestión Operativo)

3. Liderazgo						
H		V				A
¿Cuándo?	**¿Donde?**	**Fuente de recolección de datos para la información**	**Resultados esperados**	**Indicadores de Medición**	**Periodicidad de la Medición**	**Medidas de acción luego de aplicar la estrategia**
Teniendo en cuenta la descripción de la importancia del liderazgo para la creación de una cultura de seguridad, este trabajo de iniciarse de forma prioritaria. Se establece su desarrollo para el mes 1 y 2.	Unidad de cuidado Intensivo donde se incluyen: * Unidad de Cuidado Intensivo ala norte * Unidad de Cuidados coronarios * Unidad de Cuidado Intermedio * Unidades COVID. Se dispondrá del auditorio correspondiente a la UCI y para abarcar mayor capacidad se utilizarán los auditorios generales universitarios donde se realizan los grupos primarios. Se dispondrá de pocos minutos dentro de las unidades donde se permita su ingreso para charlas cortas de sensibilización. Oficinas de coordinación de áreas.	Segunda aplicación a nivel de servicio de Encuesta para medición de Cultura de Seguridad.	Incremento en la percepción de la variable Expectativas y acciones de la coordinación para favorecer la seguridad a un 60%, partiendo de una línea de base del 30%.	Total de personal asistencial de UCI con respuestas a favor de la variable *Expectativas y acciones de la coordinación para favorecer la seguridad* / Total de personal asistencial encuestado * 100	Semestral	Se debe realizar retroalimentación y capacitación personalizada, luego de identificar el personal no involucrado con un liderazco efectivo.
			Incremento en la percepción de la variable Feed Back y comunicación sobre los errores a un 60%, partiendo de una línea de base del 43%.	Total de personal asistencial con respuestas a favor de la variable *Feed Back y comunicación sobre los errores* / Total de personal asistencial encuestado * 100	Semestral	Al momento de no cumplir las metas establecidas, se debe contemplar la posibilidad de rotación de lideres.
		Encuestas de satisfacción sobre liderazgo	Se espera un patrón de satisfacción del 70% teniendo en cuenta que no existe trazabilidad en la medición.	Total de personal asistencial de UCI satisfecho con el liderazgo / Total de personal encuestado * 100	Semestral	Con el logro de las metas se propone reactivar el ciclo PHVA en pro del mejoramiento continuo, incrementando las metas para próximas mediciones y así promover la sostenibilidad.

4. Comunicación Asertiva				
P				
Oportunidad de mejora detectada en la investigación	**Objetivo Estratégico**	**Actividades de Desarrollar**	**Justificación**	**Personal y Nivel de Gestión involucrado**
Se identificó un porcentaje bajo en la variable Franqueza en la comunicación en un 30%, además de las respuestas a preguntas abiertas donde los participantes en el estudio refieren que hay problemas de comunicación en la unidad. De igual forma y aunque se habló de esta variable en el ítem de liderazgo también se incluye en este aspecto la variable Feed Back y comunicación sobre los errores que se estableció en el trabajo de investigación como oportunidad de mejora.	Desarrollar y/o adquirir una comunicación asertiva en el personal asistencial de la unidad, no solo entre los miembros del nivel operativo sino también entre el nivel táctico y el operativo, sin dejar de lado la comunicación de estos dos niveles de gestión con el paciente y su familia.	**1. Dirigidas al cliente interno**	Teniendo en cuenta que las pobres prácticas de comunicación que existe en los hospitales son la mayor fuente de eventos adversos (MSP) esta estrategia plantea dentro de sus acciones la comunicación como alternativa para el mejoramiento continuo dentro del proceso de cuidado critico al minimizar la presencia de eventos en salud. Adaptar los lineamientos establecidos por los entes reguladores garantiza acciones basadas en evidencia científica que permita una atención más segura por parte del personal asistencial. Es de tener en cuenta, la importancia de la comunicación en 3 momentos: comunicación entre el personal asistencial, comunicación de líderes con nivel de gestión operativa y la comunicación del cliente interno con el paciente y su familia lo que garantiza la alineación del proceso con el modelo de atención institucional prestando servicios de salud en el área de cuidado crítico con altos estándares de calidad. Lo que se busca es que las personas se comuniquen entre sí, adquieran conocimientos, actitudes y prácticas favorables, se organicen y participen activamente en la rehabilitación del paciente en estado crítico.	Talento Humano Área de psicología Coordinadores de área (Nivel de gestión Táctico) Personal asistencial (médicos intensivistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y enfermeros profesionales) (Nivel de gestión Operativo)
		1.1. Generar en el personal asistencial capacidades organizacionales y habilidades de comunicación. (MSPS)		
		1.2. Desarrollar y sostener programas de capacitación continuada en comunicación asertiva que evidencie y alerte sobre el impacto de los errores en la comunicación entre el equipo de trabajo. (MSPS)		
		1.3. Adoptar guías de práctica segura en comunicación para actividades diarias como, entrega de turno, ordenes verbales, revistas médicas, comunicación redundante y manejo de información en historia clínica.		
		2. Dirigidas al nivel táctico		
		2.1. Generar espacios de escucha, donde las opiniones del personal asistencial sobre temas de seguridad del paciente sean tenidas en cuenta.		
		2.2. Rediseñar el formato de presentación de grupos primarios: hacerlos llamativos, agradables, seleccionar la información pertinente, replantear la forma de evaluación de recepción de información, hacer retroalimentación inmediata y entregar incentivos a la mayor participación y asertividad.		
		2.3. Evitar un ambiente laboral punitivo y restrictivo en donde se retroalimente sobre el análisis de los eventos presentados.		
		3. Dirigidas al paciente y su familia		
		3.1. Educación continua al paciente y su familia		
		3.2. Favorecer espacios de escucha al paciente y su familia donde se invite al paciente a preguntar e indagar sobre su condición.		
		3.3. Fortalecer el proceso de diligenciamiento de consentimiento informado, haciendo énfasis en la adecuada recepción de la información por parte del paciente y su familia.		
		3.4. Fortalecer el trato digno y cumplimiento de derechos y deberes por medio de actividades dirigidas a la humanización.		
		Implementar y aplicar encuestas de satisfacción respecto a comunicación al personal asistencial y al paciente y su familia.		

4. Comunicación Asertiva						
H		**V**				**A**
¿Cuándo?	**¿Donde?**	**Fuente de recolección de datos para la información**	**Resultados esperados**	**Indicadores de Medición**	**Periodicidad de la Medición**	**Medidas de acción luego de aplicar la estrategia**
Las actividades propuestas para este ítem iniciaran su desarrollo en el mes 3.	* Unidad de Cuidado Intensivo ala norte * Unidad de Cuidados coronarios * Unidad de Cuidado Intermedio * Unidades COVID. Se dispondrá del auditorio correspondiente a la UCI y para abarcar mayor capacidad se utilizarán los auditorios generales universitarios donde se realizan los grupos primarios. Se dispondrá de pocos minutos dentro de las unidades donde se permita su ingreso para charlas cortas de sensibilización. Oficinas de coordinación de áreas.	Segunda aplicación a nivel de servicio de Encuesta para medición de Cultura de Seguridad.	Incremento en la percepción de la variable Franqueza en la comunicación a un 60%, partiendo de una línea de base del 34%.	Total de personal asistencial con respuestas a favor a la variable Franqueza en la comunicación / Total de personal asistencial encuestado * 100	Semestral	En caso de no cumplimiento de metas, se deben realizar sesiones con el personal asistencial donde se realice lluvia de ideas para identificar posibles causas de los problemas en comunicación. Identificar al personal con poca adherencia a las actividades sugeridas en esta estrategia y ofrecer retroalimentación personalizada acerca del tema. Favorecer la escucha y evitar la punidad. Con el logro de las metas se propone reactivar el ciclo PHVA en pro del mejoramiento continuo incrementando las metas para proximas mediciones y promoviendo la sostenibilidad.
			Incremento en la percepción de la variable Feed Back y comunicación sobre los errores a un 60%, partiendo de una línea de base del 43%.	Total de personal asistencial con respuestas a favor en la variable Feed Back y comunicación sobre los errores / Total de personal asistencial encuestado * 100		
		Sistema de información APLICATIVO RES (Reportes de Eventos en Salud).	Reducción en un 40 % en la presencia de eventos adversos relacionados con la comunicación: * Identificación incorrecta del paciente. * Reprogramación de citas en imágenes diagnosticas por inadecuada preparación * Insatisfacción del paciente y su familia por problemas de comunicación. * Eventos relacionados por falta de socialización de guías, protocolos e instructivos. * Eventos relacionados por perdida de la información en los cambios de turno y traslado de paciente entre servicios.	Número de eventos adversos relacionados con comunicación / Número de egresos de UCI	Se debe realizar la trazabilidad cada mes para conseguir la meta en 3 meses.	
		Encuestas de satisfacción	Mejora en la percepción del clima laboral. Se toma como punto de partida satisfacción del 80% ya que no existe trazabilidad en este indicador dentro de la UCI.	Total de personal de salud satisfecho con el clima laboral/ Total de personal asistencial encuestado * 100	Semestral	

4. Notificación de Eventos				
P				
Oportunidad de mejora detectada en la investigación	**Objetivo Estratégico**	**Actividades de Desarrollar**	**Justificación**	**Personal y Nivel de Gestión involucrado**
Aunque en las respuestas formuladas dentro de la variable Frecuencia de Eventos Notificados se obtuvo un porcentaje de respuesta positiva en un 59% que es el límite inferior aceptable, se identificó en las respuestas a la pregunta ¿Cuántos eventos e incidentes ha reportado en el último año? el número de eventos que mayor de reporto es de 1 a dos eventos.	Estimular la cultura del reporte voluntario de eventos en salud que favorezca el mejoramiento continuo.	1. Fomentar el reporte anónimo de los eventos adversos e incidentes en salud, Implementando mecanismos como buzones, vía intranet o utilizando terceros en la comunicación. 2. Diseñar un plan de incentivos económicos y no económicos basado en el número de reportes generados por área e inclusive por persona. 3. Simplificar el instrumento de reporte de eventos y realizar retroalimentación mensual sobre su diligenciamiento. 4. Realizar talleres cortos en los espacios ofrecidos para grupos primarios sobre sensibilización e importancia del reporte de eventos adversos en salud. 5. Promover un clima laboral apropiado entre el nivel táctico y operativo basado en confianza y respeto que facilitaría el reporte.	La notificación de eventos adversos por el personal de salud constituye un instrumento de mejora para establecer medidas preventivas en los sistemas de salud, ya que permite conocer el problema, su magnitud y los factores que lo condicionan. De ahí la importancia de explorar los factores que contribuyen u obstaculizan la notificación de eventos adversos (Rosas, 2016) La no notificación de eventos e incidentes repercute en incrementa la ocurrencia de estos en la atención de salud, es por estas razones que dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo debe fortalecerse esta temática.	Coordinadores de área: médico, rehabilitación y enfermería Programa Paciente Seguro (Nivel de gestión Táctico) Personal asistencial de la unidad: médicos intensivistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y enfermeros profesionales (Nivel de gestión Operativo)

4. Notificación de Eventos						
H		V				A
¿Cuándo?	**¿Donde?**	**Fuente de recolección de datos para la información**	**Resultados esperados**	**Indicadores de Medición**	**Periodicidad de la Medición**	**Medidas de acción luego de aplicar la estrategia**
Las actividades para fortalecer este ítem deben desarrollarse de forma indefinida, teniendo en cuenta que la notificación es la base para la disminución de eventos en salud y para el mejoramiento continuo dentro de la unidad. Las actividades iniciaran su desarrollo a partir del mes 6.	* Unidad de Cuidado Intensivo ala norte * Unidad de Cuidados coronarios * Unidad de Cuidado Intermedio * Unidades COVID. Se dispondrá del auditorio correspondiente a la UCI y los auditorios Se dispondrá de pocos minutos dentro de las unidades Oficinas de coordinación de áreas	Sistema de información APLICATIVO RES (Reportes de Eventos en Salud). Historias clinicas	Que el 80% de los eventos adversos encontrados en los registros de las HC por medio de auditoria, hayan sido reportados por el personal sanitario. Se considera este porcentaje como inicio en la trazabilidad del indicador.	Total de eventos adversos e incidentes encontrados en auditoria de HC que fueron reportados en el sistema RES / Total de HC auditadas * 100	Trimestral	Con el logro de las metas se propone reactivar el ciclo PHVA en pro del mejoramiento continuo incrementando las metas para proximas mediciones y promoviendo la sostenibilidad. En el caso de obtener las metas debe reforzase la sensibilizacion del personal sobre la importancia del reporte.
		Segunda aplicación a nivel de servicio de Encuesta para medición de Cultura de Seguridad.	Incremento en la percepción de la variable Frecuencia de Eventos Notificados a un 80%, partiendo de una línea de base del 59%.	Total de personal asistencial con respuestas a favor en la variable Frecuencia de Eventos Notificados / Total de personal asistencial encuestado * 100	Semestral	

4. Cultura Justa				
P				
Oportunidad de mejora detectada en la investigación	**Objetivo Estratégico**	**Actividades de Desarrollar**	**Justificación**	**Personal y Nivel de Gestión involucrado**
Se identifico como una oportunidad de mejora critica en el trabajo de investigación, tanto en reporte de la variable *Respuesta No Punitiva* a los Errores en un 28%, como en las respuestas a preguntas abiertas donde se encontró un patrón repetitivo sobre acciones punitivas frente a la presencia de eventos adversos en salud por parte de sus jefes.	Promover una cultura justa frente a la presencia de eventos adversos en salud minimizando las acciones punitivas ante estos hechos.	Trabajo intensivo con líderes (nivele táctico) sobre la importancia de no ser punitivos frente a la ocurrencia de eventos en salud, por medio de charlas y talleres de sensibilización.	Tanto los líderes como el personal asistencial deben reconocer que los errores que se presentan en la atención sanitaria deben tomarse como oportunidad de mejora; teniendo en cuenta que detrás del error hay más acciones inseguras de fondo que deben analizarse y corregirse para evitar recurrencia en el error. Que el personal no se sienta juzgado favorece el reporte de eventos y por ende la mejora continua.	Alta gerencia (Nivel de gestión Estratégico) Coordinadores de área Programa Paciente Seguro (Nivel de gestión Táctico) Personal asistencial (Nivel de gestión Operativo)
		Teniendo en cuenta el impacto en el sector salud del estudio de EE. UU "errar es de humanos" se deben rescatar elementos llamativos para ser mencionados al nivel táctico y que sensibilice acerca de las reacciones ante el evento adverso en salud.		
		Adoptar el protocolo de atención a segunda víctima cuando se presentan errores en la atención y socializarlo a los niveles tácticos y operativos.		
		4. Promover un énfasis educativo y no punitivo		

4. Notificación de Eventos						
H		V				A
¿Cuándo?	**¿Donde?**	**Fuente de recolección de datos para la información**	**Resultados esperados**	**Indicadores de Medición**	**Periodicidad de la Medición**	**Medidas de acción luego de aplicar la estrategia**
Las actividades dirigidas la consecución de este objetivo se realizarán en el mes 5, aunque por el nivel de importancia de esta temática en el mejoramiento continuo se considera debe ser indefinido.	Unidad de cuidado Intensivo donde se incluyen: * Unidad de Cuidado Intensivo ala norte * Unidad de Cuidados coronarios * Unidad de Cuidado Intermedio * Unidades COVID.	Segunda aplicación a nivel de servicio de Encuesta para medición de Cultura de Seguridad.	Incremento en la percepción de la Respuesta *No Punitiva a los Errores* a un 60%, partiendo de una línea de base del 28%.	Total de personal asistencial con respuestas a favor en la variable *Respuesta No Punitiva a los Errores* / Total de personal asistencial encuestado * 100	Semestral	Con el logro de las metas se propone reactivar el ciclo PHVA en pro del mejoramiento continuo incrementando las metas para proximas mediciones y promoviendo la sostenibilidad. En caso de no obtener las metas se debe realizar identificación y retroalimentacion personalizada al personal no adherido e inclusive considerar rotación de este personal.

Fuente: *las autoras a partir del análisis de resultados obtenidos en la investigación, 2020*

A continuación, se presentan las fichas técnicas de los indicadores utilizados para la evaluación de los resultados luego de implementar la estrategia para favorecer la cultura de seguridad en el personal asistencial de la Unidad de Cuidado Intensivo.

Tabla 4. *Ficha técnica de los indicadores de evaluación y seguimiento de la aplicación de la estrategia.*

Nombre:	**Porcentaje de grado de percepción de seguridad del paciente por el personal asistencial de la UCI.**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Gestor de calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del Paciente
Numerador:	Total de personal asistencial con grado de percepción de seguridad bueno (4-5/5)
Denominador:	Total de personal asistencial de la unidad encuestado
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	80% a 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad (pregunta número 46-47)
	Denominador: Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios:** Programa Paciente Seguro
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Coordinador del Servicio y Programa Paciente Seguro.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de puntaje de evaluación en jornadas de inducción y reinducción.**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Racionalidad técnico- científica
Numerador:	Total de evaluaciones realizadas en jornadas en Inducción y reinducción con puntuación igual o superior a 4.0
Denominador:	Total de evaluaciones realizadas
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	90% en 3 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe coordinadores de área
	Denominador: Base de datos coordinadores de área
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Coordinadores de área
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Coordinador del Servicio y Programa Paciente Seguro.
Periodicidad de la medición:	3 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de personal asistencial de UCI capacitado.**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Racionalidad técnico- científica
Numerador:	Total de personal de UCI asistente a jornadas de capacitación
Denominador:	Total de personal asistencial de la UCI
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	100% en 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe coordinadores de área
	Denominador: Base de datos coordinadores de área
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Coordinadores de área
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Coordinador del Servicio y Programa Paciente Seguro.
Periodicidad de la medición:	6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Taza de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del paciente
Numerador:	Número de eventos adversos relacionados con seguridad de paciente (Caída de pacientes, Lesiones en piel, Administración errónea de medicamentos, Identificación errónea de paciente, Infecciones asociadas al cuidado de la salud)
Denominador:	Egresos de la Unidad de Cuidado Intensivo
Unidad de medida:	Tasa
Factor:	100
Meta:	Disminución del 40%, se debe realizar la trazabilidad cada mes para conseguir la meta en 3 meses.
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informes mensuales del área de vigilancia epidemiológica
	Denominador: Registros de ingresos y egresos coordinación UCI
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Vigilancia epidemiológica, Sistema de información RES
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Coordinador de UCI y Programa Paciente Seguro.
Periodicidad de la medición:	Trazabilidad cada mes para conseguir la meta en 3 meses.
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de percepción de trabajo en equipo en la UCI**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del paciente
Numerador:	Total de personal asistencial de UCI con respuestas a favor en la variable *trabajo en equipo*
Denominador:	Total de personal asistencial encuestado
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	80% en 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad (pregunta número 10, 11, 18 y 9).
	Denominador: Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Programa Paciente Seguro
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Coordinador de UCI y Programa Paciente Seguro.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Tasa de eventos adversos relacionados con el trabajo en equipo.**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del paciente
Numerador:	Número de eventos adversos relacionados con trabajo en equipo (Caída de paciente, Retiro no programado de dispositivos)
Denominador:	Egresos de la UCI
Unidad de medida:	Tasa
Factor:	100
Meta:	Disminución del 40%, se debe realizar la trazabilidad cada mes para conseguir la meta en 3 meses.
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Sistema de información RES, historias clínicas.
	Denominador: Registros de ingresos y egresos coordinación UCI
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Coordinadores de procesos
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Coordinador de UCI y Programa Paciente Seguro.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de percepción *Expectativas y acciones de la coordinación* para favorecer la seguridad (liderazgo).**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del paciente
Numerador:	Total de personal asistencial de UCI con respuestas a favor de la variable *Expectativas y acciones de la coordinación* para favorecer la seguridad.
Denominador:	Total de personal asistencial encuestado
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	60% en 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad (pregunta número 26, 28, 29)
	Denominador: Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Programa Paciente Seguro.
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Coordinador de UCI y Programa Paciente Seguro.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de percepción de *Feed Back y comunicación sobre los errores* (liderazgo y comunicación).**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del paciente
Numerador:	Total de personal asistencial con respuestas a favor de la *variable Feed Back y comunicación sobre los errores.*
Denominador:	Total de personal asistencial encuestado
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	60% en 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad (pregunta número 30,32 y 34)
	Denominador: : Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Programa Paciente Seguro.
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Coordinador de UCI y Programa Paciente Seguro.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de satisfacción con el liderazgo del proceso UCI**

Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Competencia
Numerador:	Total de personal asistencial de UCI satisfecho con el liderazgo del área o proceso.
Denominador:	Total de personal encuestado
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	70% en 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe de encuesta de satisfacción entregado por talento humano.
	Denominador: Bases de datos del área de talento humano
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Talento humano.
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Programa Paciente Seguro y Talento Humano.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de satisfacción con el liderazgo del proceso UCI**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Competencia
Numerador:	Total de personal asistencial de UCI satisfecho con el liderazgo del área o proceso.
Denominador:	Total de personal encuestado
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	70% en 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe de encuesta de satisfacción entregado por talento humano.
	Denominador: Bases de datos del área de talento humano
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Talento humano.
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Programa Paciente Seguro y Talento Humano.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Tasa de eventos relacionados con la comunicación asertiva.**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del paciente
Numerador:	Número de EA relacionados con comunicación (Identificación incorrecta del paciente, Reprogramación de citas en imágenes diagnosticas por inadecuada preparación, Insatisfacción del paciente y su familia por problemas de comunicación, eventos relacionados por falta de socialización de guías, protocolos e instructivos, Eventos relacionados por perdida de la información en los cambios de turno y traslado de paciente entre servicios)
Denominador:	Número de egresos de la UCI
Unidad de medida:	Tasa
Factor:	100
Meta:	Disminución del 40%, se debe realizar la trazabilidad cada mes para conseguir la meta en 3 meses.
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Sistema de información RES, historias clínicas.
	Denominador: Registros de ingresos y egresos UCI
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Programa Paciente Seguro
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Programa Paciente Seguro.
Periodicidad de la medición:	3 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, UCI COVID, UCI Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de satisfacción con el clima laboral en UCI**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del paciente
Numerador:	Total de personal de salud satisfecho con el clima laboral
Denominador:	Total de personal asistencial encuestado
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta	80% en 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: informe de aplicación de encuestas de satisfacción entregadas por coordinación de UCI
	Denominador: Bases de datos coordinación UCI
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Coordinación UCI
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Programa Paciente Seguro, Coordinación UCI, talento humano.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de reporte de eventos adversos según auditoria de HC**

Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del paciente
Numerador:	Total de eventos adversos e incidentes encontrados en auditoria de HC que fueron reportados en el sistema *RES*
Denominador:	Total de HC auditadas
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	80% en 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe de auditoría de HC realizada por coordinadores de área
	Denominador: Informe de auditoría de HC realizada por coordinadores de área
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Coordinación de UCI.
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Programa Paciente Seguro y Coordinación de UCI.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Porcentaje de percepción *de Respuesta No Punitiva a los Errores.***
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Seguridad del paciente
Numerador:	Total de personal asistencial con respuestas a favor en la variable *Respuesta No Punitiva a los Errores*
Denominador:	Total de personal asistencial encuestado
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	60% en 6 meses
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad (pregunta número 15, 19 y 23)
	Denominador: Informe de segunda aplicación de encuesta de medición de cultura de seguridad
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Programa Paciente Seguro
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Programa Paciente Seguro y Coordinación de UCI.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Nombre:	**Oportunidades de mejora identificadas en la estrategia gestionadas y cerradas.**
Código:	(A criterio de la institución)
Aprobado por:	Profesional de Calidad
Fecha de actualización:	Octubre de 2020
Atributo o característica:	Efectividad
Numerador:	Número de oportunidades mejora gestionadas y cerradas
Denominador:	Número de oportunidades de mejora identificadas
Unidad de medida:	Relación porcentual
Factor:	100
Meta:	95% en 1 año
Fórmula de cálculo:	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100 (cien)
Fuente de datos:	**Numerador**: Informe de segunda aplicación del instrumento de medición de cultura de seguridad.
	Denominador: Documento trabajo de investigación de medición de cultura de seguridad y estrategia propuesta.
Criterios de exclusión:	No aplica
Responsables:	**De la generación de los datos primarios** Programa Paciente Seguro
	Del cálculo y análisis del indicador: Profesional de calidad
	De la toma de decisiones: Gerencia, Gestión de la Calidad, Programa Paciente Seguro y Coordinación de UCI.
Periodicidad de la medición:	Cada 6 meses
Niveles de segregación:	Unidad de Cuidado Intensivo ala norte, Unidad de Cuidado Intensivo COVID, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Coronarios.

Fuente: *las autoras a partir de la investigación realizada, 2020*

Recomendaciones para la implementación de la estrategia

- Asignar para la implementación de la estrategia 2 responsables del Programa Paciente Seguro que estén debidamente capacitados en temas relacionados con la Seguridad del Paciente y conozcan el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).*
- Tener un sistema de reporte de eventos adversos que facilite la recolección de datos.
- Invitar a expertos para realizar capacitaciones y talleres de sensibilización que favorezcan la completa difusión de los temas a tratar en la estrategia y que denote interés para el personal asistencial.
- Tener en cuenta el contexto de pandemia para el desarrollo de las actividades, cumpliendo siempre con las medidas de bioseguridad. Según desarrollo de la pandemia contemplar la posibilidad de alternancia para reuniones presenciales que faciliten la recepción adecuada de la información.
- Modificar la plataforma *intranet* que permita la implementación de talleres virtuales dinámicos amigables y que generen certificaciones.
- Brindar incentivos, tanto económicos como no económicos, a las personas que se adhieran y cumplan la estrategia propuesta.

18. Bibliografía

Agencia Nacional De Vigilância Sanitária (2017). *Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática - Assistência Segura*. Recuperado de https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.

Arias J & Gómez R. (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Medicina. 31(2). 180-181.

Chi Chen y Hung-Hui Li. (2010). Research article measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research. 10(152),* 1-6-9.

CONAMED, Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud. (2015) *Boletín de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente*. (2015). Recuperado de: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1092-1013-conamed-bol3&Itemid=493.

D´Empaire, G. (2010). Calidad de la Atención Médica y Principios éticos. *Scielo. 16 (2).* 127.

Ministerio de Salud y La Protección Social. (2019). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia.* Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf.

Ministerio de Salud y La Protección Social. (s.f). *Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.* Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf.

Ministerio de Salud y La Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.* Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf.

Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid. (2005). Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Medición de la Cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema Nacional de salud Español.* Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Seguridad del Paciente-Medidas Mundiales en materia de Seguridad del paciente.* Recuperado de:

(https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf, consultado el 23 de julio de 2019).

Organización mundial de la salud. (2019). *Seguridad del paciente.* Recuperado de: (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety).

Rivera Rodríguez, J. Malaver Rojas, N. (2011) *¿Qué estudia la estrategia?* Recuperado de https://www.urosario.edu.co/urosario_files/a0/a0235d32-301a-4066-9027-789035821cb3.pdf.

Rocco C., & Garrido A. (2017). Seguridad del paciente y Cultura de Seguridad. *Rev. Med. Clin. Condes. 28(5)* 785-795.

Roque Gonzalez, R., Guerra Bretaña, R., y Torres Peña, R. (2018). Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. *Scielo, 17(2).*1.

Sammer, C., Lykens K., Singh, K., Mains, D. y Lackan, N. (2010). What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *Journal Nursing Scholarship, 42(2).* 156.

Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. (2017). The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Recuperado de: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5a9858cd-en.pdf?expires=1582347437&id=id&accname=guest&checksum=16DF103C6F70AE68966D9088CB90963D.

Sorra, J., Dyer N. (2010). Propiedades psicométricas multinivel de la encuesta hospitalaria AHRQ sobre cultura de seguridad del paciente. *BMC Health Service Research, 10(199).* 2-3.

Subcomité de Seguridad del Paciente. (2018). Seguridad del Paciente. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires). 60(271):333-335.*

Vargas Lugo, A. (2005). La planeación estratégica en las entidades del sector salud. *Opinión y Salud.com, 18(2968).*1.

Anexos

Anexo 1. *Consentimiento Informado*

TITULO DEL ESTUDIO: Estrategia Para Promover La Cultura De Seguridad Del Paciente Por Parte Del Personal Asistencial En La Unidad De Cuidado Intensivo De Un Hospital Acreditado De Bogotá

INVESTIGADORES: Enfermeras Diana Carolina Páez, Johanna Maritza Galindo Pérez.

OBJETIVO PRINCIPAL: Diseñar una estrategia que promueva la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de la unidad de cuidado intensivo de un hospital en Bogotá, con el fin de minimizar la ocurrencia de eventos adversos y contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de salud en este servicio.

CONFIDENCIALIDAD: La información consignada en las encuestas es confidencial y solo es manejada con su permiso aquí dado. Al firmar este documento acepta participar en el estudio. La información solo será manejada por las investigadoras principales y el material será guardado hasta que deje de ser útil para la investigación (5 años mínimo); luego serán destruidos. Nosotros no divulgaremos ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. El análisis de datos y la publicación de resultados se harán mediante una codificación creada por los mismos investigadores por lo que la identificación de los participantes se eliminará.

Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Si es su voluntad, su nombre no será registrado en la encuesta ni en ninguna otra parte. Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a su información sin su autorización escrita. Si durante el diligenciamiento de la encuesta o posterior a ella usted tiene alguna duda puede contactarse con las investigadoras que conducen este proyecto: Johanna Maritza Galindo Pérez, teléfono 3115951581, correo electrónico: johannag807@gmail.com, Diana Carolina Páez, teléfono 3017867211, correo electrónico: dcpaezp@gmail.com. Su participación en esta investigación es voluntaria. Su decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones actuales o futuras con la institución para la cual labora.

Si usted decide participar, usted está libre retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia para usted. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto las investigadoras se la proporcionarán.

CONSENTIMIENTO DEL SUJETO DEL ESTUDIO. He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Al indicar "acepto" en este consentimiento informado digital, usted admite que ha leído este documento y ha decidido participar en el estudio.

Fuente: *Adaptación por las autoras, 2020*

Anexo 2. *Instrumento de recolección de datos*

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

INFORMACION PERSONAL **Seleccione el ítem correspondiente con su información personal, respecto a la información laboral, indique el ítem según su actividad desarrollada en la unidad de cuidado intensivo objeto de este estudio.**					
1. ¿En qué rango de edad se encuentra en este momento?	18-27 años	28-37 años	38-47 años	47-57 años	Mayor de 58 años

2. ¿Cuál es su sexo?	Masculino	Femenino	Otro

3. ¿Cuál es su nivel más alto de escolaridad?	Técnico	Diplomado	Pregrado	Posgrado	Maestría	Doctorado

4. ¿Cuál es el cargo que usted desempeña dentro de la UCI?	Auxiliar de enfermería	Enfermera	Médico	Fisioterapeuta

5. ¿Cuántas horas por semana trabaja usted en la UCI?	Menos de 20 horas	Entre 20 y 39 horas	Entre 40 y 59 horas	Entre 60 y 79 horas	80 horas o más

6. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la UCI?	Menos de 1 año	De 1-5 años	De 6-10 años	De 11-15 años	16 años o más

7. ¿Tiene usted un empleo adicional al que desarrolla en esta institución?	Si	No

8. ¿En qué turno esta agendado para laborar en esta UCI?	Mañana	Tarde	Noche A	Noche B

INFORMACIÓN DEL SERVICIO Para las siguientes preguntas, por favor piense en la unidad de Cuidado de Intensivo de la institución objeto de este estudio y seleccione el ítem que más se ajuste según su opinión o percepción, marque solo una opción.					
9. ¿El personal se apoya mutuamente?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. ¿Cuándo tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. ¿En esta unidad nos tratamos todos con respeto?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. ¿A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. ¿Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
14. ¿En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiada rotación de personal?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. ¿Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
16. ¿Cuándo se detecta alguna falla en la atención del paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
17. ¿No se producen más fallas en la atención por casualidad y no porque se tomen medidas para que no sucedan de nuevo?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

INFORMACIÓN DEL SERVICIO Para las siguientes preguntas, por favor piense en la unidad de Cuidado de Intensivo de la institución objeto de este estudio y seleccione el ítem que más se ajuste según su opinión o percepción, marque solo una opción.					
18. ¿Cuándo alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

19. ¿Cuándo se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
20. ¿Los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente, se evalúan para comprobar su efectividad?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
21. ¿Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
22. ¿Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
23. ¿Cuándo Ud. comete un error, teme que eso quede en su expediente u hoja de vida?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
24. ¿En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente"?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
25. ¿Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la atención?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
26. ¿Su jefe inmediato expresa su satisfacción cuando usted intenta evitar riesgos en la seguridad del paciente?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
27. ¿Tiene en cuenta, seriamente, las	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

sugerencias que le hacen para mejorar la seguridad del paciente?					
28. ¿Cuándo aumenta la presión del trabajo, su jefe pretende que se trabaje más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
29. ¿Su jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente?	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
30. ¿Cuándo notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo para mejorar?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
31. ¿Cuándo el personal ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
32. ¿Al personal se le informa de los errores que ocurren en el servicio?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
33. ¿El personal puede opinar con total libertad de forma respetuosa las decisiones de sus superiores?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
34. ¿En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un erro vuelva a ocurrir?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
35. ¿El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece se ha hecho de forma incorrecta?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
36. ¿Se notifican los incidentes o riesgos que	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

son descubiertos y son corregidos antes de afectar al paciente?					
37. ¿se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
38. ¿Cuándo se reciben órdenes verbales sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
39. ¿Se elaboran informes o historias clínicas de memoria, sin tener en cuenta toda la documentación requerida (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.)?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
40. ¿Cuándo se reciben órdenes verbales sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
41. ¿Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
42. ¿Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

43. ¿Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
44. ¿Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
45. ¿En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

46. Califique por favor, de 0-10 el grado de seguridad del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo de esta institución, siendo 0 el mínimo nivel de seguridad y 10 el máximo nivel de seguridad.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

47. Solicitamos por favor, justifique su respuesta a la pregunta anterior.

48. Durante el último año, ¿Cuántos eventos adversos ha notificado por escrito?	

Para el desarrollo de las siguientes preguntas, no piense solamente la Unidad de Cuidado Intensivo, piense también en la institución en general e indique, que tan de acuerdo esta con las siguientes afirmaciones.

49. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
50. Las diferentes unidades o servicios del hospital **NO** se coordinan bien entre ellas.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
51. La información de los pacientes se pierde, cuando éstos se trasladan de un servicio a otro.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
52. Hay una buena cooperación entre los diferentes servicios con los que tienen que trabajar conjuntamente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
53. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
54. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
55. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
56. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos, que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
57. La gerencia o dirección del hospital, sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
58. Todos los servicios del hospital trabajan de forma coordinada entre sí, para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
59. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de malas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

prácticas en los cambios de turno.					
INFORMACION ADICIONAL Para nosotros es de vital importancia las respuestas escritas que usted pueda dar a las preguntas que realizamos a continuación, agradecemos que sea muy detallado(a) al describir su opinión.					
60. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su servicio u hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?					
61. ¿Cuáles aspectos considera usted que fortalecerían y mantendrían la cultura de seguridad del paciente dentro de la unidad?					

Fuente: *Agency for Healthcare Research and Quality (2013) adaptada al español.*