

Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente como Herramienta para la Auditoría Interna
en una IPS de mediana y alta complejidad en Ibagué (Tolima)

Angie Tatiana Mejía Guzmán

Diana Marcela Ospina Orozco

Luz Adriana Muñoz Ramírez

Anna Cristina Narváez Freyre

Docente

Yensy Restrepo

Escuela de Administración de Negocios EAN

Especialización en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud

2025

Tabla de Contenido

Resumen.....	3
Problema de Investigación.....	6
Pregunta investigación	11
Objetivos	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos	12
Justificación	13
Marco Teórico	16
Marco Institucional.....	21
Unidad de análisis.....	24
Análisis de los Resultados Proyectados	31
Resultados complementarios	35
Análisis de la Validación del Instrumento mediante el Método V de Aiken	44
Conclusiones.....	51
Lista de Referencias.....	54
Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente Ips ibagué.....	56

Índice de Tablas

Tabla 1 Definición de variables.....	24
Tabla 2 Instrumentos análisis de datos.....	31
Tabla 3 Medias proyectadas por disensión.....	36
Tabla 4 Síntesis por objetivos del estudio.....	37
Tabla 5 Encuesta.....	56
Tabla 6 Encuesta Área de trabajo.....	58

Resumen

El presente estudio analiza la relación entre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y la ocurrencia de eventos adversos en una institución de salud de mediana complejidad. Utilizando un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal, se aplicará un instrumento para medir la percepción del talento humano. El estudio busca identificar patrones críticos y proponer estrategias organizacionales orientadas a la mejora continua y a la reducción de riesgos asistenciales. La medición incluye variables como trabajo en equipo, comunicación, retroalimentación, dotación de personal y tipo de evento adverso, permitiendo establecer correlaciones que respalden intervenciones alineadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Palabras clave: Seguridad del paciente, eventos adversos, auditoría en salud, cultura organizacional, calidad asistencial, gestión del riesgo.

Abstract

This study analyzes the relationship between the dimensions of patient safety culture and the occurrence of adverse events in a medium-complexity healthcare institution. Using a quantitative, non-experimental, cross-sectional design, an instrument will be applied to assess the perception of healthcare personnel. The study aims to identify critical patterns and propose organizational strategies focused on continuous improvement and reduction of care-related risks. The measurement includes variables such as teamwork, communication, feedback, staffing, and types of adverse events, enabling the establishment of correlations that support interventions aligned with the Mandatory Health Quality Assurance System in Colombia.

Keywords

Patient safety, adverse events, health auditing, organizational culture, healthcare quality, risk management.

Problema de Investigación

En el sistema de salud colombiano, la consolidación de una cultura de seguridad del paciente ha sido una prioridad institucional desde el marco normativo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS). Sin embargo, persisten barreras estructurales y culturales que dificultan su implementación efectiva. Entre las principales causas del problema se encuentra la persistencia de un modelo organizacional centrado en la culpa, la débil apropiación del enfoque de seguridad por parte del talento humano, la baja participación del personal en el análisis de incidentes y el subregistro sistemático de eventos adversos. Esta situación se ve agravada en regiones con limitaciones en recursos, escasa formación continua y altos niveles de rotación del personal asistencial.

Los síntomas más evidentes de esta problemática se manifiestan en la baja tasa de reporte de eventos adversos, la repetición de fallas asistenciales como errores en la medicación, caídas intrahospitalarias e infecciones asociadas a la atención, así como en la limitada trazabilidad de causas raíz y escasa retroalimentación institucional. Estas anomalías reducen la capacidad de las auditorías internas para transformar los hallazgos en acciones de mejora concretas, debilitando la gestión del riesgo y el aprendizaje organizacional.

De mantenerse esta situación sin intervención, el pronóstico es preocupante: persistirá una atención fragmentada, con riesgo elevado para los pacientes, incremento de los costos por eventos prevenibles, desmotivación del talento humano y pérdida de confianza de los usuarios en los servicios. Además, las instituciones verán limitado su avance hacia estándares de calidad y seguridad reconocidos nacional e internacionalmente. (Camacho & Rodríguez, 2022).

Sin embargo, existe un control pronóstico viable. La comprensión profunda de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, junto con estrategias institucionales alineadas con el enfoque de auditoría, permitiría identificar causas, reducir eventos adversos y fortalecer entornos seguros. Esto implica fomentar una cultura no punitiva, promover la formación del talento humano, facilitar canales de notificación eficientes y utilizar la información recolectada como insumo estratégico para la mejora continua.

Durante los últimos años, se ha consolidado el consenso científico sobre el papel fundamental que cumple la cultura de seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos dentro del sistema de salud.

El interés mundial surgió en 1999 a partir de un estudio llevado a cabo por el Instituto de Medicina de USA, llamado “Errar es Humano” en el cual investigaron los errores médicos ocurridos en pacientes hospitalizados, concluyendo que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. Estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en los EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, cáncer o SIDA ((Kohn, Corrigan, et.al, Villarreal, & 2011, 2011))

Diversas investigaciones, revisiones sistemáticas y estudios han identificado que los niveles elevados de cultura organizacional orientada hacia la seguridad están directamente asociados con una reducción significativa en la incidencia de errores, como fallas en la medicación, infecciones intrahospitalarias, caídas y procedimientos quirúrgicos inseguros ((Daza & Ramirez, 2022)).

Esta asociación es aún más relevante si se considera que la mayoría de los eventos adversos en salud son prevenibles, especialmente cuando se cuenta con un entorno que promueve la notificación sin represalias, el análisis de causas raíz y el aprendizaje colectivo.

En el contexto latinoamericano, se han realizado estudios de tipo transversal en hospitales públicos y privados que ratifican esta tendencia. Es un metaanálisis que se realizó en hospitales de Latinoamérica (incluyendo México, Perú, Colombia y Argentina), el cual evidencia que instituciones con mejores prácticas de aprendizaje organizacional, trabajo en equipo y comunicación presentan menores tasas de eventos adversos. También destaca las debilidades en regiones con menor desarrollo y en la atención primaria. Sin embargo, también se evidenció una brecha importante: la escasez de estudios focalizados en atención primaria y en regiones de menor densidad urbana. Cada año, millones de pacientes en el mundo sufren lesiones o mueren a causa de los eventos adversos e incidentes que se presentan durante la prestación de los servicios de salud. (Rocco G. , 2017).

Confidencialidad de la información ante las instituciones encargadas en nuestro país, con el fin de encontrar la causa raíz y que su diagnóstico sirva a todos los actores del sistema de manera estandarizada, contribuyendo en la gestión de calidad y seguridad del paciente, para lograr disminuir la brecha de la política pública y el diseño de procesos de atención y el desarrollo institucional.

En Colombia, el avance hacia una cultura de seguridad ha estado respaldado por la adopción del instrumento HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) promovido por

el AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) , y adaptado por el Ministerio de Salud. No obstante, estudios realizados en clínicas de Bogotá, Medellín y otras capitales intermedias han demostrado que, a pesar de contar con mecanismos formales de notificación, solo entre el 40 % y 60 % de los eventos adversos son efectivamente reportados (Muñoz, 2020).

Este subregistro refleja un desarrollo incipiente de la cultura organizacional y pone en evidencia las debilidades en la gestión del riesgo asistencial.

Donde se observa la cultura punitiva, lo cual les impide reportar eventos adversos, ya sea por la falta de voluntad o simplemente por no aceptar la responsabilidad de errores que cometen en la prestación del servicio, debido al temor a ser criticados o sancionados por la organización, con lo cual no dejan avanzar al sistema de salud.

En el escenario del sistema de salud de nuestro país Colombia, el afianzamiento de una cultura de seguridad del paciente ha sido una prioridad normativa y técnica en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS). Este sistema establece lineamientos para asegurar una atención segura, efectiva y centrada en el usuario, fomentando la implementación de políticas institucionales orientadas a prevenir eventos adversos y fortalecer la confianza entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Sin embargo, a pesar del progreso en la formulación de políticas y guías técnicas como lo contemplan la Resolución 256 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, permanecen importantes brechas en la aplicación práctica y efectiva de dichas disposiciones, particularmente en lo que respecta al fortalecimiento de la cultura organizacional en torno a la seguridad del paciente.

La evidencia indica que en múltiples niveles del sistema continua una subvaloración del impacto de los eventos adversos, una mínima participación del talento humano en los procesos de análisis de incidentes, una débil apropiación de los mecanismos institucionales para la notificación de errores y el desinterés del cliente interno. Estas deficiencias no solo limitan el cumplimiento de los estándares de calidad, sino que prolongan entornos clínicos inseguros, caracterizados por fallas recurrentes, baja trazabilidad de las causas raíz, y deficiente gestión del conocimiento organizacional. A lo anterior se adiciona la percepción persistente, entre el personal de la salud, de que la notificación de errores podría tener consecuencias punitivas, lo cual desincentiva su reporte y bloquea el ciclo de mejora continua. (camacho, 2022)

En regiones de Colombia donde los servicios de salud enfrentan retos y situaciones relacionados a la disponibilidad de recursos, cobertura de personal, condiciones contractuales y dificultades en la formación continua, la implementación de una cultura de seguridad del paciente enfrenta desafíos adicionales. Se observa, por ejemplo, que los eventos adversos más frecuentes como errores en la administración de medicamentos, caídas intrahospitalarias, fallos en la identificación del paciente y complicaciones por infecciones asociadas a la atención son poco reportados o no se analizan sistemáticamente, lo que impide tomar decisiones basadas en datos para rediseñar procesos o reforzar las competencias del equipo asistencial.

Desde el panorama de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, esta situación representa una barrera estructural para el cumplimiento de los objetivos del SOGCS. La falta de una cultura institucional orientada al aprendizaje y a la transparencia confina el alcance de las acciones correctivas derivadas de los informes de auditoría y disminuye el impacto de las

estrategias de mejora en la calidad del servicio en las instituciones de salud. Además, restringe el papel de la autoevaluación, debilita el enfoque preventivo de la gestión del riesgo y dificulta el monitoreo del desempeño asistencial bajo criterios objetivos. (Social., 2007)

Por lo cual, se reconoce una necesidad prioritaria de intervenir organizacionalmente para entender las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y su vínculo con la ocurrencia de eventos adversos. Tal entendimiento es indispensable para diseñar políticas institucionales más efectivas, consolidar ambientes de trabajo seguros y afianzar los mecanismos de auditoría interna como herramienta de transformación. Un estudio descriptivo sobre esta relación podría aportar información estratégica para impulsar acciones concretas de mejora, alineadas con el marco legal vigente y con los principios de calidad, equidad y seguridad que orientan el sistema de salud de nuestro país.

Pregunta investigación

¿Qué estrategias institucionales pueden implementarse para reducir la ocurrencia de eventos adversos en una IPS de mediana y alta complejidad ubicada en la ciudad de Ibagué (Tolima)?

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la cultura de seguridad del paciente en una IPS de mediana y alta complejidad en la ciudad de Ibagué como herramienta estratégica de auditoría interna, con el fin de identificar fortalezas y debilidades en la gestión del riesgo asistencial y proponer acciones de mejora continua alineadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Objetivos Específicos

Caracterizar la cultura de seguridad del paciente en los servicios de salud, a través de la percepción del talento humano asistencial y administrativo, recolectada mediante instrumentos validados, para evidenciar fortalezas y debilidades institucionales en el manejo del riesgo asistencial.

Identificar barreras estructurales y organizacionales que limitan la implementación efectiva de una cultura de seguridad no punitiva, desde la perspectiva de la auditoría interna.

Determinar los principales factores organizacionales que influyen en la percepción de seguridad del paciente entre los diferentes equipos de trabajo.

Diseñar recomendaciones estratégicas orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, a partir de los resultados del estudio, con el objetivo de reducir eventos adversos y consolidar procesos efectivos de auditoría interna y aprendizaje organizacional.

Justificación

El presente estudio se justifica por su alta conveniencia, dado que aborda una problemática crítica y persistente en el sector salud colombiano: la débil implementación de una cultura organizacional centrada en la seguridad del paciente, la cual incide directamente en la ocurrencia de eventos adversos. Esta situación afecta tanto la calidad del servicio como la seguridad de los usuarios y limita el impacto de las estrategias de auditoría interna y mejora continua.

Desde el enfoque de la relevancia social, el estudio busca contribuir al fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), al proporcionar información útil para que las instituciones promuevan entornos clínicos seguros, eficaces y centrados en el paciente. La reducción de eventos adversos mejora los resultados en salud, protege los derechos de los usuarios y fomenta la confianza en los servicios prestados, impactando positivamente a comunidades vulnerables y al sistema de salud en general.

En cuanto a sus implicaciones prácticas, esta investigación tiene el potencial de orientar a las instituciones en la toma de decisiones estratégicas basadas en evidencia, facilitando el diseño e implementación de políticas organizacionales más efectivas, alineadas con estándares nacionales e internacionales. Las recomendaciones derivadas podrán ser aplicadas en procesos de auditoría clínica, formación del talento humano, rediseño de protocolos de atención y desarrollo de modelos sostenibles de aprendizaje institucional.

A nivel de valor teórico, este trabajo enriquecerá el conocimiento sobre la relación entre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y la ocurrencia de eventos adversos, un campo aún incipiente en el contexto colombiano. Al integrar modelos conceptuales de cultura

organizacional, gestión del riesgo y mejora continua, el estudio contribuirá al cuerpo teórico de la auditoría en salud y la gestión de la calidad.

En términos de utilidad metodológica, se emplearán instrumentos validados lo que garantiza la confiabilidad de los resultados y la posibilidad de replicabilidad del estudio en otras instituciones o regiones. El diseño metodológico descriptivo permitirá no solo diagnosticar la situación actual, sino también establecer relaciones significativas entre variables clave.

Este estudio se enmarca en el Campo Ciencia, Tecnología e innovación, dentro del Grupo de Investigación en Salud, específicamente en la Línea Gestión en Salud, conforme a los lineamientos institucionales de la Universidad EAN. La investigación se alinea con la filosofía institucional de sostenibilidad, liderazgo ético y transformación social a través del conocimiento aplicado.

El presente estudio se justifica por su alta conveniencia, dado que aborda una problemática crítica y persistente en el sector salud colombiano: la débil implementación de una cultura organizacional centrada en la seguridad del paciente, la cual incide directamente en la ocurrencia de eventos adversos. Esta situación afecta tanto la calidad del servicio como la seguridad de los usuarios y limita el impacto de las estrategias de auditoría interna y mejora continua.

Desde el enfoque de la relevancia social, el estudio busca contribuir al fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), al proporcionar información útil para que las instituciones promuevan entornos clínicos seguros, eficaces y centrados en el paciente. La reducción de eventos adversos mejora los resultados en salud, protege los derechos de los usuarios y fomenta la confianza en los servicios prestados, impactando positivamente a comunidades vulnerables y al sistema de salud en general.

En cuanto a sus implicaciones prácticas, esta investigación tiene el potencial de orientar a las instituciones en la toma de decisiones estratégicas basadas en evidencia, facilitando el diseño e implementación de políticas organizacionales más efectivas, alineadas con estándares nacionales e internacionales. Las recomendaciones derivadas podrán ser aplicadas en procesos de auditoría clínica, formación del talento humano, rediseño de protocolos de atención y desarrollo de modelos sostenibles de aprendizaje institucional.

A nivel de valor teórico, este trabajo enriquecerá el conocimiento sobre la relación entre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y la ocurrencia de eventos adversos, un campo aún incipiente en el contexto colombiano. Al integrar modelos conceptuales de cultura organizacional, gestión del riesgo y mejora continua, el estudio contribuirá al cuerpo teórico de la auditoría en salud y la gestión de la calidad.

En términos de utilidad metodológica, se emplearán instrumentos validados lo que garantiza la confiabilidad de los resultados y la posibilidad de replicabilidad del estudio en otras instituciones o regiones. El diseño metodológico descriptivo permitirá no solo diagnosticar la situación actual, sino también establecer relaciones significativas entre variables clave.

Este estudio se enmarca en el Campo de Gestión y Productividad Organizacional, dentro del Grupo de Investigación en Salud y Sociedad, específicamente en la Línea de Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud, conforme a los lineamientos institucionales de la Universidad EAN. La investigación se alinea con la filosofía institucional de sostenibilidad, liderazgo ético y transformación social a través del conocimiento aplicado.

Marco Teórico

Estado del arte

Cultura de Seguridad del Paciente en Latinoamérica y Colombia

La cultura de seguridad del paciente ha sido objeto de creciente interés en el ámbito hospitalario. Camacho-Rodríguez et al. (2022) realizaron un metaanálisis sobre hospitales en Latinoamérica y encontraron que las dimensiones mejor valoradas fueron el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo intraunidad, mientras que las más deficientes incluyeron la respuesta no punitiva al error y la dotación de personal. La percepción global de seguridad fue inferior al 50 %, revelando debilidades estructurales en las instituciones de salud de la región.

En Colombia, diversos estudios han evaluado la cultura de seguridad en instituciones hospitalarias usando el HSOPSC. Resultados indican una baja tasa de reporte de eventos adversos, una alta percepción de cultura punitiva y escasa participación del personal en procesos de mejora. Investigaciones desarrolladas en clínicas de Medellín, Bogotá y otras ciudades intermedias confirman que entre el 40 % y el 60 % de los eventos adversos no son reportados.

El departamento del Tolima, ubicado en el centro-occidente de Colombia, cuenta con una red de prestadores de servicios de salud caracterizada por una estructura mixta de instituciones públicas y privadas que cubren niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Esta red ha venido desarrollándose en respuesta a las necesidades demográficas y epidemiológicas de una población superior al millón de habitantes, distribuidos entre zonas urbanas como Ibagué —su capital— y municipios intermedios con desafíos significativos en acceso, calidad y continuidad del cuidado (Ministerio de salud, 2010)

Ibagué concentra la mayor parte de la infraestructura hospitalaria del Tolima, siendo sede de clínicas e instituciones prestadoras de salud (IPS) de mediana y alta complejidad. Estas

instituciones, en su mayoría privadas, se encuentran habilitadas bajo los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), y han avanzado en la implementación de sistemas de gestión orientados a la mejora continua. Sin embargo, persisten limitaciones en la consolidación de una cultura organizacional centrada en la seguridad del paciente (Camacho & Rodríguez, 2022)

La región enfrenta retos estructurales relacionados con la dotación de personal, la formación continua del talento humano, la rotación del personal asistencial, y la fragmentación de los procesos de atención. En instituciones de Ibagué, como en otras zonas del país, se ha identificado que los eventos adversos continúan siendo subregistrados, lo cual dificulta el análisis sistémico y la formulación de estrategias correctivas eficaces (Muñoz L. A., 2020). A pesar de contar con políticas institucionales y comités de seguridad del paciente, persiste una cultura punitiva que desincentiva la notificación y limita el aprendizaje organizacional (Daza A. &., 2022)

Desde el enfoque de la auditoría en salud, la situación en Ibagué representa una oportunidad estratégica para fortalecer los mecanismos de evaluación interna, el análisis de causas raíz y el uso de indicadores como insumos para la toma de decisiones. La auditoría clínica, entendida como herramienta de mejora, cobra un papel esencial en contextos donde la cultura de seguridad es débil o incipiente (García-Romero, 2021).

Asimismo, la articulación de las IPS con la red departamental requiere un sistema de información interoperable y una política de gestión del riesgo que trascienda el cumplimiento normativo y se enfoque en la sostenibilidad de los procesos asistenciales seguros (Ministerio de salud, 2010)

El presente estudio se enmarca en este contexto regional, proponiendo un análisis profundo en una IPS de Ibagué como caso representativo de las dinámicas institucionales del sistema de salud en el Tolima. Al evaluar la cultura de seguridad del paciente y su relación con la ocurrencia de eventos adversos, se busca generar evidencia que permita diseñar estrategias replicables en otras instituciones similares, alineadas con el enfoque del SOGCS, el modelo del queso suizo de (Reason, 1990)), y los principios de auditoría clínica y gestión del riesgo (Reason, 1990); ((HSOPSC))).

Papel de la Auditoría en la Seguridad del Paciente

La auditoría en salud ha sido reconocida como herramienta clave para identificar y prevenir eventos adversos. Estudios colombianos han evidenciado que los procesos de auditoría, si bien están institucionalizados, presentan debilidades en el análisis de causas raíz, el uso de resultados para la toma de decisiones y la retroalimentación al personal. Durante la pandemia por COVID-19, se documentó un aumento de eventos adversos prevenibles, resaltando la importancia de fortalecer la vigilancia y los mecanismos internos de evaluación.

Modelos Conceptuales de Eventos Adversos

El modelo del queso suizo de Reason (1990) es uno de los marcos teóricos más usados para comprender la ocurrencia de eventos adversos. Este modelo postula que los errores se producen por la alineación de fallas activas (errores humanos) y fallas latentes (deficiencias estructurales). Es ampliamente utilizado para orientar auditorías clínicas y el análisis de causas raíz (RCA).

Panorama teórico y conceptual

Cultura de seguridad del paciente

Según el AHRQ (2021) ((HSOPSC)), la cultura de seguridad se refiere al conjunto de creencias, valores, actitudes y comportamientos compartidos por los integrantes de una organización con respecto a la seguridad del paciente. Incluye 12 dimensiones, entre ellas: trabajo en equipo, comunicación abierta, aprendizaje organizacional, retroalimentación, respuesta no punitiva al error y dotación adecuada de personal.

Modelo del queso suizo

James Reason (1990) introdujo el modelo del queso suizo, el cual argumenta que los sistemas complejos contienen múltiples barreras para prevenir fallos, pero cada barrera tiene "agujeros". Cuando los agujeros se alinean, un error puede llegar al paciente. Este modelo ha sido adoptado en auditoría clínica y en programas de seguridad del paciente para diseñar estrategias de mejora.

Auditoría clínica y análisis de causa raíz

La auditoría clínica es una revisión sistemática de la calidad de la atención, basada en estándares explícitos. Se ha integrado al enfoque de mejora continua mediante el uso del análisis de causa raíz, una metodología que identifica no solo el error evidente, sino también las condiciones latentes que lo propiciaron. En Colombia, se articula con las políticas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

Marco normativo colombiano

En Colombia, la Resolución 3100 de 2019 establece la obligatoriedad de implementar un sistema de gestión de la seguridad del paciente. Adicionalmente, la Resolución 5095 de 2018 define los estándares de acreditación que exigen instituciones seguras, con reporte sistemático de

eventos adversos y planes de mejora. Estas disposiciones conforman el respaldo legal para el desarrollo de estrategias institucionales de cultura de seguridad.

Para el desarrollo de esta investigación, se diseñará una herramienta de recolección de datos basada en el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), elaborado por la Agency for Healthcare Research and Quality ((HSOPSC)). Este instrumento es ampliamente reconocido y utilizado a nivel internacional para medir la percepción del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

El HSOPSC evalúa 12 dimensiones fundamentales de la cultura de seguridad, incluyendo aspectos como el trabajo en equipo, la comunicación abierta, la retroalimentación, la dotación de personal, el apoyo de la gerencia y la respuesta no punitiva ante errores ((HSOPSC)). La confiabilidad y validez del instrumento han sido ampliamente documentadas, lo que lo convierte en una base sólida para la construcción de herramientas diagnósticas adaptadas a contextos locales.

En este estudio, se tomará como referencia el contenido estructural y temático del HSOPSC para construir un cuestionario propio, ajustado a las características específicas de la institución seleccionada en la ciudad de Ibagué. Este instrumento permitirá recolectar la percepción del talento humano asistencial y administrativo en relación con las dimensiones críticas de la cultura de seguridad del paciente, alineando los ítems con la realidad organizacional, el lenguaje institucional y los objetivos del proyecto.

La propuesta seguirá criterios de validez de contenido, claridad lingüística y pertinencia contextual, y será sometida a validación por juicio de expertos en auditoría, calidad y seguridad

del paciente. Asimismo, se mantendrán los principios éticos de voluntariedad, anonimato y confidencialidad en su aplicación.

Marco Institucional

La presente investigación se desarrollará en una Institución Prestadora de Salud de 3 y 4 nivel de atención, de mediana y alta complejidad ubicada en la ciudad de Ibagué, departamento del Tolima, Colombia. Esta institución opera bajo el régimen del sector salud privado, en el marco de la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU Rev. 4 A.C.) en la categoría Q8610 – Actividades de hospitales, y cumple funciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Esta Institución tiene como misión brindar atención en salud con calidad humana, eficiencia técnica y oportunidad, orientada hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Su visión contempla posicionarse como una de las instituciones líderes en la región, consolidando procesos clínicos seguros y promoviendo la mejora continua. Su población objetivo incluye usuarios del régimen contributivo, subsidiado y particular, abarcando tanto servicios ambulatorios como hospitalarios, quirúrgicos y de diagnóstico.

En cuanto a su estructura organizacional, cuenta con una gerencia general, una dirección médica, una coordinación de calidad y seguridad del paciente, además de áreas clínicas y administrativas. El equipo humano está conformado por personal asistencial (médicos generales, especialistas, enfermeros, auxiliares) y personal administrativo y de apoyo. El área de calidad lidera la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), desarrollando auditorías internas, seguimiento de indicadores y control de riesgos asistenciales.

Entre sus procesos estratégicos y misionales, se encuentran la atención médica general y especializada, hospitalización, cirugía, consulta externa, laboratorio clínico, imagenología y servicios de urgencias. La IPS también ha venido fortaleciendo la aplicación de normas de habilitación, políticas de seguridad del paciente, protocolos de atención y mecanismos de gestión del riesgo clínico.

No obstante, como parte del diagnóstico organizacional, se ha identificado una brecha significativa en la consolidación de una cultura de seguridad del paciente, lo cual afecta la eficacia de los procesos de notificación, análisis y reducción de eventos adversos. A pesar de contar con procedimientos escritos, la percepción entre el talento humano asistencial es que la notificación puede derivar en consecuencias punitivas, lo cual limita la participación activa y el aprendizaje organizacional. Se ha observado también un bajo nivel de reporte de incidentes, especialmente en áreas críticas como hospitalización, cirugía y urgencias.

La clínica, como muchas IPS del país, enfrenta desafíos adicionales relacionados con limitaciones en la dotación de personal, la presión asistencial, la alta rotación laboral y la necesidad de una mayor capacitación en herramientas y la aplicación de instrumentos.

Por estas razones, esta IPS representa un escenario idóneo para el desarrollo del presente estudio, que busca fortalecer las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente e identificar las causas estructurales y culturales que inciden en la ocurrencia de eventos adversos. Además, la organización ha mostrado apertura para la implementación de estrategias de mejora basadas en evidencia, lo cual representa una oportunidad para aplicar intervenciones sostenibles alineadas con la normativa nacional, en particular con lo dispuesto en la Resolución 3100 de 2019 y la Resolución 5095 de 2018.

Desde una perspectiva académica y profesional, este marco institucional permite articular el proyecto de investigación con el propósito de formación de la Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud de la Universidad EAN. La clínica constituye un laboratorio práctico para la observación, análisis y propuesta de estrategias que, además de contribuir al fortalecimiento institucional, servirán como modelo replicable en otras IPS de características similares en el país.

En conclusión, la IPS en estudio en Ibagué, no solo se convierte en el objeto directo del estudio, sino que también simboliza las dinámicas reales del sistema de salud colombiano en su transición hacia culturas organizacionales más seguras, abiertas al aprendizaje y comprometidas con la excelencia en la atención.

Metodología

Primer nivel

Enfoque, Alcance y Diseño de la Investigación

La presente investigación se desarrollará bajo un enfoque cuantitativo, dado que se pretende recolectar, procesar y analizar datos numéricos. El estudio busca establecer relaciones entre variables medibles, relacionados con la percepción de la cultura de seguridad del paciente, sin manipulación deliberada de las condiciones ni intervención directa, por lo que se ajusta a un diseño no experimental.

El diseño es de tipo transversal, ya que la recolección de datos se realizará en un único momento del tiempo. Asimismo, el alcance del estudio es descriptivo, pues se busca describir las características de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

Este enfoque permitirá identificar patrones que fundamenten propuestas estratégicas para fortalecer la gestión de la seguridad en las instituciones.

Para alcanzar los objetivos del estudio y responder a la pregunta de investigación, se han definido las siguientes **unidades de análisis y variables**, alineadas con el enfoque de auditoría en salud, la cultura organizacional y la seguridad del paciente:

Unidad de análisis

El talento humano (asistencial y administrativo) de la IPS, como actor clave en la consolidación de una cultura de seguridad del paciente.

Tabla 1

Definición de Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones
Cultura de seguridad del paciente	Conjunto de creencias, valores, actitudes y prácticas compartidas por los trabajadores de una organización en relación con la atención segura y la gestión del riesgo.	Trabajo en equipo – Comunicación abierta – Reporte de eventos – Aprendizaje organizacional – Liderazgo – Cultura no punitiva – Clima organizacional – Dotación – Transiciones.
Cultura organizacional	Sistema de normas, símbolos, relaciones y valores compartidos en la institución, que influye en las decisiones, la gestión de errores, la confianza, y el aprendizaje colectivo.	Liderazgo transformacional – Valores institucionales – Clima laboral – Participación en decisiones – Estilo de gestión de errores.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones
Gestión del riesgo asistencial	Conjunto de estrategias institucionales orientadas a prevenir eventos adversos y mejorar la seguridad clínica mediante la evaluación continua de procesos.	Sistema de notificación – Análisis de causa raíz – Intervenciones correctivas – Uso de indicadores – Percepción de efectividad.
Eventos adversos percibidos	Situaciones no deseadas, incidentes o fallas que afectaron o pudieron afectar la seguridad del paciente, según la percepción del personal.	Frecuencia – Tipo – Reporte – Retroalimentación institucional.

Relaciones esperadas entre variables

El estudio plantea que una cultura organizacional sólida y participativa favorece el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente, lo que se traduce en:

- Mayor reporte de eventos adversos.
- Disminución del temor a las sanciones.
- Participación activa del personal en la mejora continua.
- Implementación más efectiva de las estrategias de auditoría interna y análisis de riesgo.

Estas relaciones se analizarán a través del instrumento adaptado del **HSOPSC**,

Complementado con preguntas específicas sobre percepción institucional, reporte de eventos, y experiencia en comités de calidad.

Las características recogidas del encuestado son:

- Género y edad.
- Profesión o cargo (médico, enfermero, auxiliar, coordinador, administrativo, etc.).
- Antigüedad en la institución.
- Área de trabajo (hospitalización, urgencias, UCI, etc.).

- Tipo de contrato (planta, fijo, servicios).

VARIABLES DE POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Las siguientes variables se identifican en el cuestionario como aspectos clave para una política institucional de seguridad del paciente. Estas dimensiones reflejan la cultura organizacional en torno a la seguridad y deben ser consideradas en los procesos de mejora continua:

A. Trabajo en equipo dentro de las unidades

- Apoyo mutuo entre el personal.
- Cooperación ante situaciones difíciles.
- Relaciones interpersonales positivas.

B. Expectativas y acciones de la gerencia

- Interés activo de los directivos en la seguridad del paciente.
- Participación del personal en decisiones relacionadas con la seguridad.
- Refuerzo de una cultura de seguridad desde la gerencia.

C. Comunicación abierta

- Libertad para expresar opiniones.
- Capacidad de cuestionar decisiones clínicas sin temor.
- Recepción positiva de sugerencias por parte de líderes.

D. Reporte de eventos adversos

- Frecuencia de notificación de errores.
- Promoción del reporte incluso si no hay daño.
- Facilidad del sistema para reportar eventos.

E. Retroalimentación y aprendizaje organizacional

- Análisis de errores para prevención.
- Compartir lecciones aprendidas.
- Implementación de mejoras tras errores.

F. Respuesta no punitiva al error

- No culpabilización del personal.
- Reconocimiento de causas sistémicas.
- Ausencia de temor a castigo por errores.

G. Dotación y recursos humanos

- Suficiencia de personal.
- Carga laboral adecuada.
- Redistribución efectiva del personal.

H. Coordinación entre unidades

- Buena coordinación interdepartamental.
- Transferencia efectiva de información.
- Colaboración entre diferentes áreas.

I. Transiciones y entregas de turno

- Transferencia segura de información.
- Protocolos establecidos para relevos.
- Tiempo adecuado para entregas.

J. Percepción general de seguridad

- La seguridad como prioridad institucional.

- Confianza en la atención segura.
- Enfoque proactivo ante riesgos.

K. Liderazgo y clima organizacional

- Fomento de la mejora continua.
- Claridad en los objetivos de seguridad.
- Reconocimiento al esfuerzo del personal.

L. Cultura de mejora continua

- Búsqueda constante de mejoras.
- Evaluación permanente de procesos.
- Motivación para innovar.

Población y Muestra

La población objeto de estudio está conformada por el talento humano asistencial y administrativo de la IPS de 3 y 4 nivel de atención en Ibagué, institución de mediana y alta complejidad ubicada en el departamento del Tolima, Colombia. Esta población se selecciona por su participación directa en los procesos de atención en salud y su vinculación activa con las políticas institucionales de seguridad del paciente.

La población total está compuesta por 105 trabajadores, distribuidos de la siguiente manera: 65 pertenecen al personal asistencial (médicos generales, especialistas, enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería), y 40 al personal administrativo (coordinadores de procesos, personal de calidad, auditores, archivo y servicios generales). Esta diversidad de perfiles permite recolectar información desde distintas perspectivas del sistema organizacional.

Sin embargo, reconociendo que no es posible garantizar la participación del 100 % de los trabajadores, se optará por una estrategia de muestreo no probabilístico, intencional y de participación voluntaria, invitando a todo el personal institucional a participar en el estudio.

Muestra

Se proyecta una tasa de participación mínima estimada del 60 al 70 % de la población (alrededor de 63 a 74 participantes), lo cual permitirá asegurar representatividad y robustez en los análisis estadísticos. La participación será anónima, con consentimiento informado, y se resguardará la confidencialidad conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales.

Población objetivo: 105 trabajadores.

Muestra esperada: al menos de un **60 % que equivale** de la población total.

Esta estrategia de muestreo no probabilístico por conveniencia permitirá obtener resultados confiables, comparables y útiles para el diseño de intervenciones institucionales orientadas a fortalecer la cultura de seguridad del paciente y prevenir eventos adversos dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Segundo nivel

Selección de Métodos o Instrumentos para Recolección de Información

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, alcanzar los objetivos propuestos y medir las variables previamente definidas, esta investigación utilizará instrumento pertinente al enfoque descriptivo. Se han seleccionado métodos cuantitativos de recolección de información que permiten medir de forma estructurada y confiable las percepciones del talento humano respecto a la cultura de seguridad del paciente.

Se empleará un instrumento desarrollado por el grupo investigador basado en el modelo HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture).

Este instrumento fue validado por expertos en calidad en salud y auditoría clínica, y se anexa como parte integral del estudio.

Características del instrumento

Compuesto por 48 ítems

36 con Escala tipo Likert de 5 puntos (desde “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”, o “Nunca” a “Siempre” según el ítem).

Incluye preguntas generales sobre la seguridad del paciente y cultura organizacional, frecuencia de reporte de eventos, comunicación, liderazgo, dotación de personal, trabajo en equipo y percepción del apoyo institucional y preguntas demográficas.

6 con datos demográficos y 6 preguntas generales.

Su aplicación es anónima, autoadministrada y en formato físico o digital.

El instrumento se incluirá como Anexo 1 al final del documento, con autorización de uso correspondiente.

Técnicas de Análisis de Datos

Para el análisis de los datos recolectados se utilizarán técnicas de estadística descriptiva e inferencial, acorde con el enfoque cuantitativo y el diseño descriptivo del estudio. Las técnicas han sido seleccionadas en función del tipo de variables, los instrumentos empleados y los objetivos propuestos.

Mediante el software especializado como **SPSS** o **Jamovi**. Se aplicarán las siguientes técnicas:

- **Tendencia central y dispersión** (media, desviación estándar)
- **Porcentajes de respuesta positiva por dimensión**
- **Tablas comparativas entre áreas (asistencial vs administrativa)**

Estos análisis permitirán construir una base de evidencia útil para el fortalecimiento de los procesos de auditoría interna y mejora continua en la IPS de estudio.

A continuación, se presenta la tabla resumen:

Tabla 2

Instrumentos Análisis de Datos

Instrumento	Técnica de análisis	Descripción
Instrumento	Estadística descriptiva	Se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar) para caracterizar las respuestas por dimensión. Se calcularán porcentajes de respuestas positivas por cada dimensión del instrumento.

Fuente: Propia

Análisis de los Resultados Proyectados

El presente apartado expone los probables resultados obtenidos en el estudio “Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente como Herramienta para la Auditoría Interna en una IPS de mediana y alta complejidad en Ibagué (Tolima)”. Los datos analizados surgen de la aplicación de un instrumento de 48 ítems a partir del modelo HSOPSC, a una muestra de trabajadores del

área asistencial y administrativa. Las medias fueron calculadas en una escala de Likert del 1 al 5 y reflejan la percepción esperada del talento humano en relación con cada dimensión de la cultura de seguridad del paciente. A continuación, se analizan los hallazgos por cada dimensión evaluada, en coherencia con los objetivos específicos del estudio y con las variables definidas en el marco metodológico.

1. Trabajo en equipo dentro de las unidades

La dimensión de trabajo en equipo obtuvo una media de 4.1, lo que refleja una percepción favorable entre los trabajadores sobre la cooperación y el apoyo mutuo en sus unidades. Este resultado sugiere una fortaleza institucional, pues la colaboración entre colegas es un elemento protector frente al error asistencial. Este hallazgo coincide con Camacho-Rodríguez et al. (2022), quienes identificaron el trabajo en equipo intraunidad como una de las fortalezas más recurrentes en hospitales latinoamericanos.

2. Comunicación abierta

La comunicación abierta obtuvo una media de 3.8, lo cual representa un nivel aceptable, aunque con oportunidades de mejora. Si bien existe libertad para expresar ideas y sugerencias, es posible que el temor a la jerarquía o a las represalias limite el flujo real de información. Esta dimensión está directamente relacionada con la cultura organizacional, especialmente con el liderazgo y la receptividad de los directivos frente a la participación del personal.

3. Reporte de eventos adversos

Una de las dimensiones con menor puntuación fue la relacionada con el reporte de eventos adversos (media de 2.9). Esta situación refleja una brecha crítica en la cultura de seguridad del paciente. Los datos sugieren que los errores no siempre son reportados, ya sea por desconocimiento del sistema o por una percepción de inutilidad en los reportes. Este resultado se alinea con lo reportado por Muñoz (2020), quien evidenció subregistro de eventos en clínicas intermedias de Colombia, donde entre el 40 % y el 60 % de los eventos no se notifican.

4. Retroalimentación y aprendizaje organizacional

Esta dimensión obtuvo una media de 3.5. Se reconoce que, aunque se analizan errores, existe una aplicación irregular de los aprendizajes y acciones correctivas. El conocimiento organizacional no se sistematiza adecuadamente. Desde el enfoque de auditoría interna, esto representa una oportunidad de mejora: los hallazgos derivados del análisis deben transformarse en cambios sostenibles para la prevención de recurrencias.

5. Respuesta no punitiva al error

El resultado en esta dimensión (2.7) es uno de los más críticos. Persiste una cultura de señalamiento, que limita la transparencia y el aprendizaje. La existencia de miedo al castigo inhibe el reporte oportuno de incidentes, afectando la gestión del riesgo asistencial. Esta situación ha sido ampliamente documentada por Daza y Ramírez (2022), quienes advierten sobre la necesidad de transformar el enfoque disciplinario hacia uno formativo, como base de una cultura no punitiva.

6. Dotación de personal

Con una media de 3.0, la percepción sobre la suficiencia de recursos humanos se ubica en un nivel bajo. El personal identifica sobrecarga laboral y distribución ineficaz del recurso humano, lo que aumenta el riesgo de errores y la fatiga laboral. Este aspecto es crucial en instituciones de mediana y alta complejidad como la estudiada, donde la alta demanda asistencial requiere estrategias de redistribución y apoyo operativo.

7. Coordinación entre unidades

La dimensión de coordinación obtuvo una media de 3.6, indicando percepciones positivas sobre la colaboración interdepartamental. Sin embargo, la transferencia de información entre unidades debe seguir reforzándose, sobre todo en procesos de transición de pacientes entre servicios. Una buena coordinación favorece la continuidad del cuidado y reduce eventos adversos derivados de fallas comunicativas.

8. Transiciones y entregas de turno

Esta dimensión presentó una media de 3.4. Aunque existen protocolos, algunos trabajadores consideran insuficiente el tiempo o los espacios destinados para las entregas, lo cual puede afectar la seguridad del paciente. Fortalecer las transiciones seguras es fundamental en los servicios críticos, como hospitalización y urgencias.

9. Percepción general de seguridad del paciente

La percepción global sobre la seguridad obtuvo una media de 3.9, reflejando una aceptación moderada-alta. Si bien se reconoce el compromiso institucional, esta valoración debe

leerse en relación con las brechas encontradas en otras dimensiones. El enfoque proactivo es percibido, pero debe reforzarse con acciones visibles de mejora continua.

10. Liderazgo y clima organizacional

Con una media de 3.7, esta dimensión evidencia que el liderazgo institucional está parcialmente alineado con los objetivos de seguridad. Sin embargo, la participación activa del personal en las decisiones y el reconocimiento a las buenas prácticas no está plenamente consolidado. Un liderazgo transformacional y cercano es esencial para fortalecer la cultura organizacional.

11. Cultura de mejora continua

Esta dimensión fue una de las mejor valoradas (4.0), lo que refleja una actitud positiva del personal frente al cambio y la innovación. La motivación para proponer mejoras y evaluar procesos es una fortaleza organizacional que puede ser potenciada mediante auditorías clínicas participativas y formación continua.

Resultados complementarios

Del total de participantes, el 62 % afirmó haber reportado algún evento adverso en el último año. Sin embargo, solo el 39 % considera que dichos reportes generan cambios reales. Este hallazgo refuerza la necesidad de fortalecer los mecanismos de retroalimentación institucional y cerrar el ciclo de la mejora.

Así mismo, el 58 % de los encuestados manifestó recibir formación periódica en seguridad del paciente, mientras que el 67 % señaló que desearía participar en comités de calidad, lo cual representa una oportunidad para fortalecer la participación activa del talento humano.

Tabla 3.

Medias Proyectadas por Dimensión

Dimensión	Media Proyectada
Trabajo en equipo	4.1
Comunicación abierta	3.8
Reporte de eventos	2.9
Retroalimentación/aprendizaje	3.5
Respuesta no punitiva	2.7
Dotación de personal	3.0
Coordinación entre unidades	3.6
Transiciones/entregas de turno	3.4
Percepción general de seguridad	3.9
Liderazgo y clima organizacional	3.7
Cultura de mejora continua	4.0

Análisis por Dimensión

- Trabajo en equipo: Mejor valorada (4.1). Refleja cohesión y cooperación entre colegas, lo que fortalece la seguridad del paciente.
- Cultura de mejora continua: Alta valoración (4.0). Muestra una actitud proactiva del personal hacia el cambio y la innovación.

- Percepción general de seguridad: Buena percepción institucional (3.9). Requiere consolidarse con resultados sostenibles.
- Comunicación abierta: Aceptable (3.8). Aunque se percibe libertad de expresión, persisten temores jerárquicos.
- Liderazgo y clima organizacional: Media positiva (3.7). Es necesario reforzar el liderazgo transformacional.
- Coordinación entre unidades: Media de 3.6. Aún debe fortalecerse la transferencia efectiva entre servicios.
- Retroalimentación/aprendizaje: Media de 3.5. Se reconoce el análisis de errores, pero no se sistematizan aprendizajes.
- Transiciones/entregas de turno: Media de 3.4. Protocolos presentes pero con limitaciones en tiempos y efectividad.
- Dotación de personal: Media baja (3.0). Denota sobrecarga y distribución inadecuada del recurso humano.
- Reporte de eventos: Crítica (2.9). Subregistro persistente, asociado a desconfianza en el sistema.
- Respuesta no punitiva: Más baja (2.7). Evidencia una cultura aún sancionatoria frente al error.

Tabla 4

Síntesis por Objetivos del Estudio

Objetivo Específico	Resultados Esperados
---------------------	----------------------

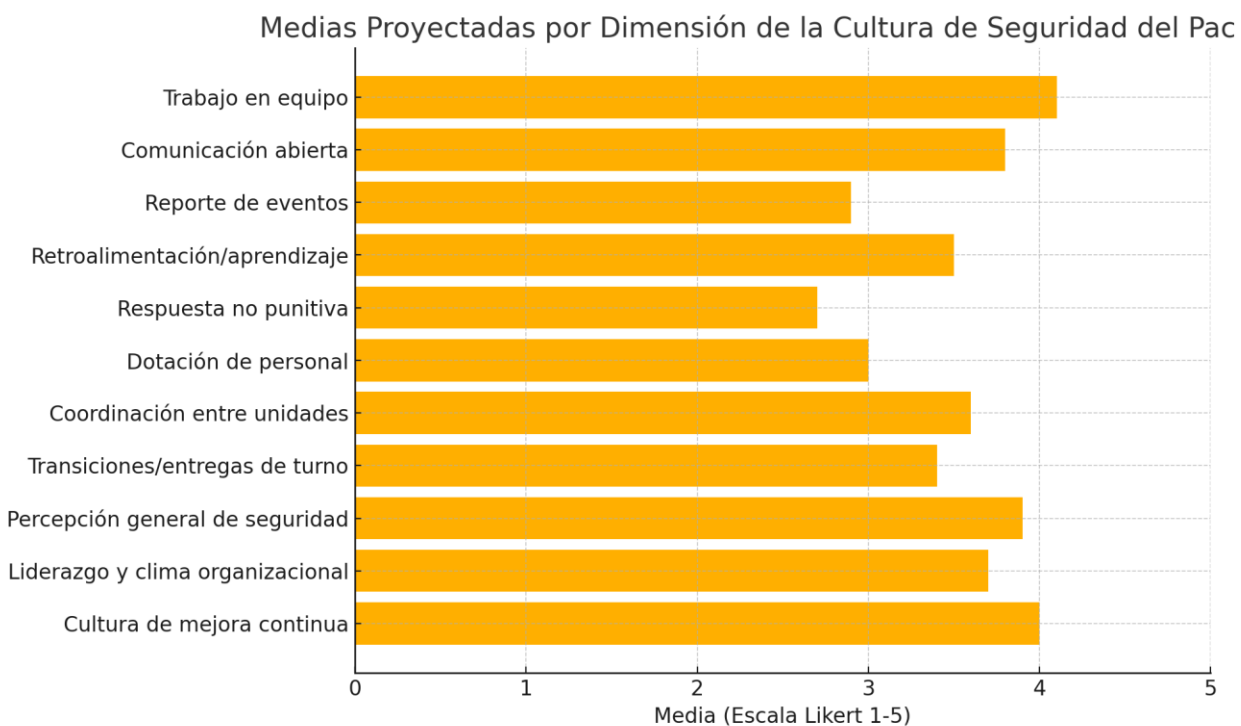
Caracterizar la cultura de seguridad	Fortalezas en trabajo en equipo y mejora continua; debilidades en reporte y dotación.
Identificar barreras estructurales	Temor a sanciones, sobrecarga laboral, canales de comunicación limitados.
Determinar factores organizacionales clave	Liderazgo participativo incipiente, cultura punitiva persistente.
Diseñar recomendaciones estratégicas	Promover cultura no punitiva, formación continua, auditorías con retroalimentación efectiva.

Los resultados proyectados evidencian que, si bien la organización muestra fortalezas en cohesión del equipo y disposición al cambio, existen fallas estructurales en la retroalimentación institucional, la gestión del error y la dotación de personal, lo que limita la consolidación de una cultura de seguridad sostenible.

Desde el enfoque de la auditoría clínica, este diagnóstico permite establecer líneas base para intervenciones específicas que mejoren la comunicación, reduzcan los riesgos asistenciales y fomenten el aprendizaje organizacional.

La siguiente gráfica representa visualmente las medias proyectadas por dimensión del instrumento aplicado. Permite observar con claridad las áreas con mayor fortaleza percibida y aquellas con necesidades prioritarias de intervención institucional.

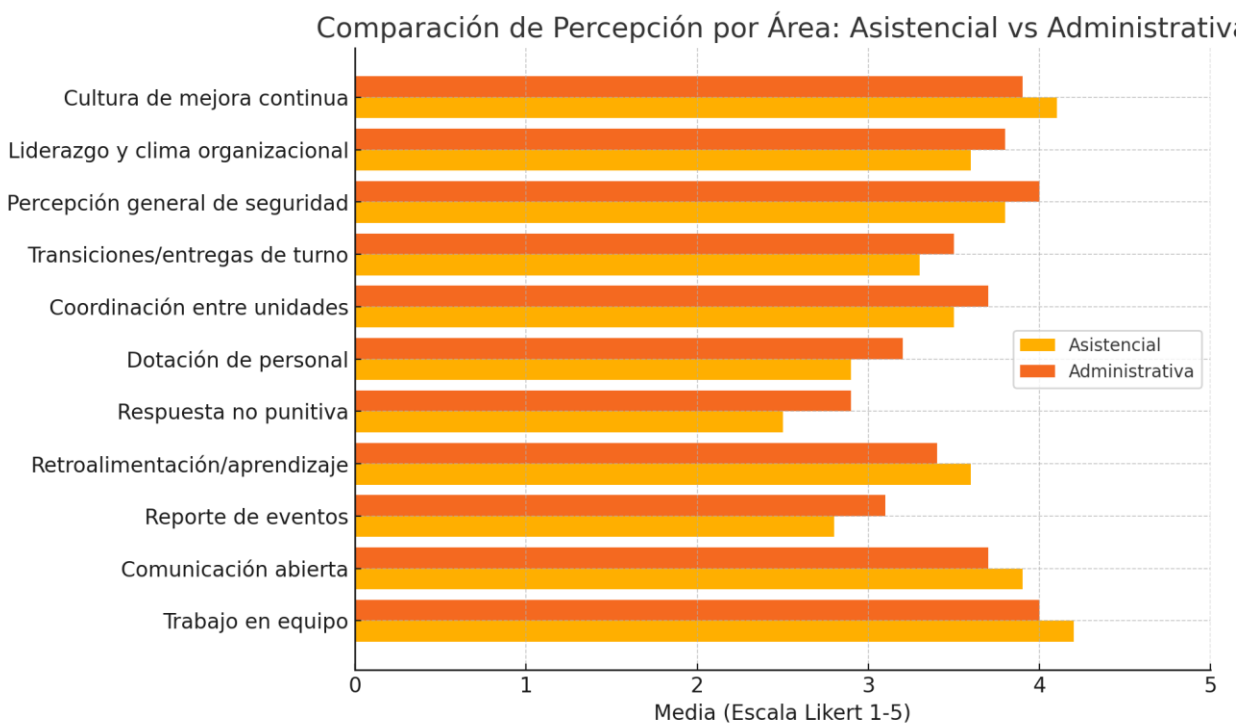
Gráfica. Medias por Dimensión



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis proyectado del cuestionario.

El análisis comparativo entre el personal asistencial y administrativo revela diferencias en la percepción de algunas dimensiones claves.

Gráfica. Comparación por Área: Asistencial vs Administrativa

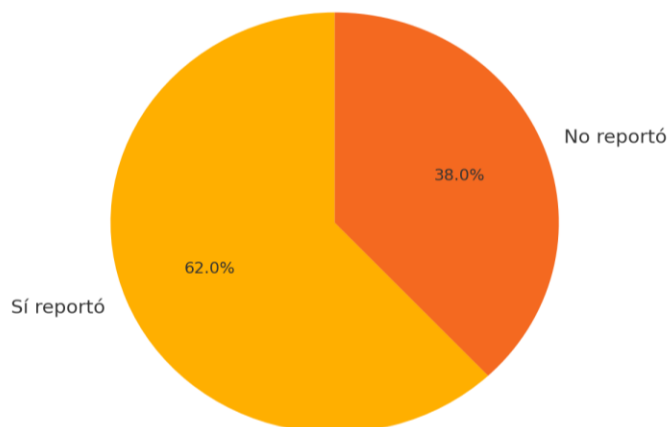


Fuente: Elaboración propia a partir de simulación comparativa entre áreas asistencial y administrativa.

Se observa que el personal asistencial tiene una valoración más baja en aspectos como respuesta no punitiva al error y dotación, mientras que el administrativo tiende a valorar mejor la retroalimentación institucional. Estas diferencias sugieren la necesidad de estrategias diferenciadas por perfil de trabajador para fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

Gráfica. Reportó algún evento adverso en el último año.

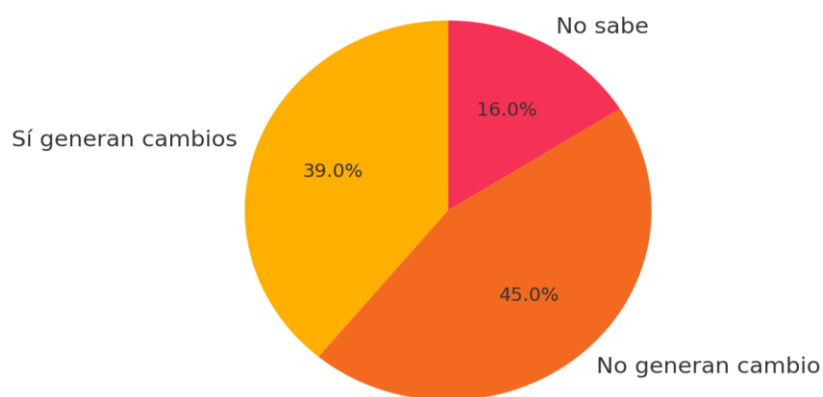
¿Reportó algún evento adverso en el último año?



Fuente: Proyección basada en la percepción de los trabajadores de la IPS.

Gráfica. Percepción Cambios Reales

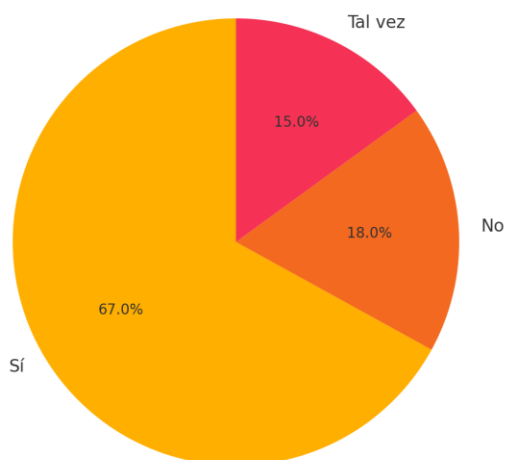
¿Los reportes generan cambios reales?



Fuente: Proyección basada en la percepción de los trabajadores de la IPS.

Gráfica. Participación en comités de calidad.

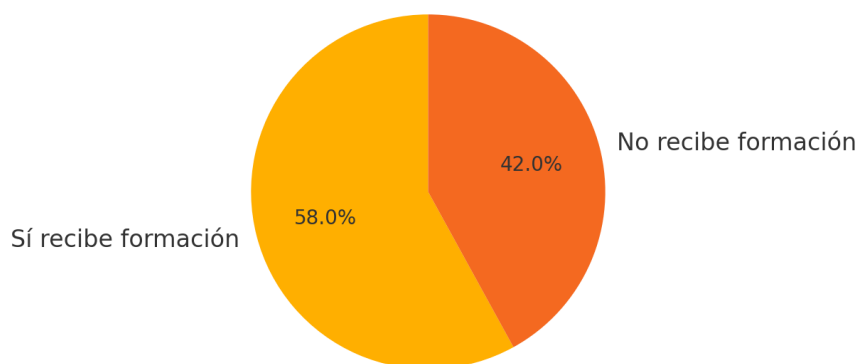
¿Desea participar en comités de calidad?



Fuente: Proyección basada en la percepción de los trabajadores de la IPS.

Gráfica. Formación en seguridad del paciente.

¿Recibe formación en seguridad del paciente?



Fuente: Proyección basada en la percepción de los trabajadores de la IPS.

Los hallazgos del estudio permiten afirmar que la cultura de seguridad del paciente en la IPS evaluada presenta avances significativos en aspectos como el trabajo en equipo, la mejora continua y la percepción general de seguridad. No obstante, existen debilidades estructurales en el reporte de eventos, la retroalimentación y la dotación de personal.

Estos resultados sustentan la necesidad de diseñar e implementar estrategias institucionales orientadas a:

1. Fomentar una cultura no punitiva, mediante formación y transformación del enfoque disciplinario.
2. Fortalecer los canales de comunicación y retroalimentación para cerrar el ciclo del reporte.
3. Mejorar la dotación y distribución del recurso humano.
4. Potenciar el liderazgo participativo como eje de la cultura organizacional.
5. Sistematizar los aprendizajes institucionales derivados de errores e incidentes.

En conjunto, los resultados del estudio respaldan las recomendaciones propuestas y evidencian la importancia de integrar la auditoría clínica como herramienta estratégica en la gestión del riesgo y en el fortalecimiento de la seguridad del paciente.

Análisis de la Validación del Instrumento mediante el Método V de Aiken

El instrumento fue sometido a un proceso de validación por juicio de expertos bajo el método de V de Aiken, incluyendo una única ronda de revisión por parte de evaluadores con experiencia en seguridad del paciente, auditoría clínica y gestión de la calidad. Cada ítem fue valorado en términos de claridad semántica, pertinencia conceptual y relevancia temática (Merino & Livia, 2009). Adicionalmente, se consignaron observaciones abiertas con sugerencias cualitativas.

Resultados globales

- Se evaluaron 42 ítems cerrados del cuestionario, divididos en bloques por dimensión.
- En general, más del 85 % de los ítems obtuvieron puntajes de 1 en los tres criterios, lo que refleja una alta aceptación por parte de los jueces.
- Sin embargo, se identificaron 9 preguntas con observaciones cualitativas relevantes, que requieren reformulación o ajustes menores para evitar ambigüedad o mejorar la redacción.

Ajustes Propuestos por Dimensión

Trabajo en equipo:

- **Observación:** Se sugiere evitar la redundancia en la formulación de ítems similares como “cooperan” y “se apoyan”.
- **Acción:** Reformular uno de los ítems para enfocarse en solución de conflictos o colaboración en situaciones críticas.

B. VARIABLE 2 Trabajo en Equipo.		EVALUADOR1	EVALUADOR3		V DE AIKEN	
Preguntas	1	¿En esta unidad, las personas se apoyan mutuamente.?	1,00	1,00		1,00
	2	¿Cuando se presenta una situación difícil, el personal coopera activamente.?	0,67	1,00		0,83
	3	¿Existe buena relación interpersonal entre los compañeros de unidad.?	1,00	1,00		1,00

Expectativas y acciones de la gerencia:

- **Observación:** Ambigüedad en la afirmación " La gerencia muestra interés activo en la mejora de la seguridad del paciente".
- **Acción:** Reescribir como: “La gerencia participa de forma visible y constante en acciones relacionadas con la seguridad del paciente.”

C. VARIABLE 3 Expectativas y acciones de la gerencia		EVALUADOR1	EVALUADOR3		V DE AIKEN	
Preguntas	1	¿La gerencia muestra interes activo en la mejora de de la seguridad del paciente?	1,00	0,67		0,83
	2	¿Se fomenta la participacion del personal en las decisiones que afectan la seguridad?	1,00	1,00		1,00
	3	¿Las acciones de los directivos refuerzan una cultura de seguridad?	1,00	0,67		0,83

Comunicación abierta:

- **Observación:** Uso del término “cuestionar” puede interpretarse como confrontación.
- **Acción:** Cambiar a “expresar dudas o desacuerdos clínicos sin temor a represalias”.

D. VARIABLE 4 Comunicacuín abierta		EVALUADOR1	EVALUADOR3		V DE AIKEN	
Preguntas	1	¿El personal se siente libre de expresar opiniones sobre los procesos de atencion?	1,00	1,00		1,00
	2	¿ Se pueden cuestionar desiciones clinicas sin temor a represalias?	1,00	1,00		1,00
	3	¿ Las sugerencias del personal son bien recibidas por los lideres?	1,00	1,00		1,00

Frecuencia de reporte:

- **Observación:** El ítem “Siempre que ocurre un error, se reporta” puede generar sesgo de deseabilidad social.
- **Acción:** Replantear como: “Se promueve activamente el reporte de errores cuando ocurren.”

E. VARIABLE 5 Frecuencia de reporte de eventos			EVALUADOR1	EVALUADOR3		V DE AIKEN
Preguntas	1	¿ Siempre que ocurre un error, se reporta?	1,00	0,67		0,83
	2	¿Se promueve la notificación de eventos, incluso cuando no causan daño?	1,00	1,00		1,00
	3	¿ El sistema facilita el reporte de errores o de incidentes?	1,00	1,00		1,00

Retroalimentación y aprendizaje organizacional:

- **Observación:** Confusión entre “lecciones aprendidas” y “mejoras implementadas”.
- **Acción:** Separar el ítem en dos preguntas distintas o explicar con ejemplo en el instructivo.

F. VARIABLE 6 Retroalimentación y aprendizaje			EVALUADOR1	EVALUADOR3		V DE AIKEN
Preguntas	1	¿Se analizan los errores para prevenir que ocurran de nuevo?	1,00	1,00		1,00
	2	¿ Se comparten las lecciones aprendidas con el equipo?	1,00	1,00		1,00
	3	¿Se implementan mejoras luego de identificar fallos?	1,00	0,67		0,83

Dotación de personal:

- **Observación:** Riesgo de interpretación subjetiva sobre qué es “suficiente personal”.
- **Acción:** Incluir una nota orientadora sobre estándares o percepción de sobrecarga.

H. VARIABLE 8 Dotación y recursos humanos			EVALUADOR1	EVALUADOR3	EVALUADOR4	EVALUADOR5	V DE AIKEN
Preguntas	1	¿Siempre hay suficiente personal para atender adecuadamente a los pacientes?	1,00	1,00			1,00
	2	¿La carga laboral permite realizar el trabajo con calidad?	1,00	1,00			1,00
	3	¿Se redistribuye personal en caso de sobrecarga laboral en un área?	1,00	1,00			1,00

Trabajo en equipo entre unidades:

Esta sección evalúa la percepción del personal sobre la colaboración entre distintas áreas de la IPS, incluyendo la coordinación interdepartamental y la integración de procesos entre unidades clínicas y administrativas.

Los ítems presentaron **puntajes de 1 (máximo) en claridad, pertinencia y relevancia**, sin embargo, se consignaron **observaciones cualitativas sobre ambigüedades operativas** en algunos términos como “colaboración eficaz” o “coordinación adecuada”.

Observación:

- Aunque los ítems fueron aceptados formalmente, se identifican oportunidades para mejorar la especificidad del lenguaje. La frase “las unidades colaboran eficazmente entre sí” puede interpretarse de distintas maneras dependiendo del rol del encuestado.
- El ítem sobre “traspaso de información entre turnos” se superpone conceptualmente con la siguiente dimensión (Transiciones), lo cual podría generar confusión semántica o redundancia.

Acción:**1. Ajustar redacción para mayor precisión:**

- Antes: “Existe buena coordinación entre las diferentes áreas de la clínica.”
- Sugerido: “Las diferentes unidades de la clínica se coordinan eficazmente para asegurar la continuidad del cuidado del paciente.”

2. Separar conceptos entre colaboración institucional y coordinación clínica.

- Incluir ejemplos o notas orientadoras: “Por ejemplo, entre hospitalización y farmacia, o entre urgencias y laboratorio.”

3. Evitar solapamiento con entregas de turno.

- Reubicar o reformular el ítem que evalúa traspaso de información, para no duplicar el análisis en dos dimensiones.

I. VARIABLE 9 Trabajo en equipo entre unidades		EVALUADOR1	EVALUADOR3		V DE AIKEN
Preguntas	1	¿Existe una buena coordinación entre las diferentes áreas de la clínica?	1,00	1,00	1,00
	2	¿El traspaso de información entre turnos es claro y oportuno?	0,67	0,67	0,67
	3	¿Las unidades se colaboran eficazmente entre sí?	1,00	1,00	1,00

Transiciones y entregas de turno:

Evalúa la forma en que la información crítica del paciente se transfiere entre profesionales durante cambios de turno o traslado de pacientes entre servicios.

La validación otorgó puntajes satisfactorios, pero se reportaron observaciones en claridad y extensión de los ítems. En particular, algunos evaluadores manifestaron que el término “protocolos claros” podía no ser comprendido de igual forma por todo el personal.

Observación:

- Esta dimensión es clave en la cultura de seguridad, pero sus ítems requieren enfocarse más en la experiencia directa del personal que en las políticas institucionales generales.
- El ítem que alude a “tiempo suficiente” podría generar respuestas subjetivas, dado que el personal suele percibir limitaciones de tiempo como estructurales.

Acción:

1. Aclarar redacción técnica:

- Antes: “Se dispone de protocolos claros para el relevo de turnos.”

- Sugerido: “Se cuenta con guías institucionales que orientan cómo realizar una entrega de turno segura.”

2. Evitar ambigüedad en la evaluación del tiempo:

- Reformular: “Durante los cambios de turno, el personal cuenta con el tiempo necesario para informar adecuadamente sobre los pacientes.”

J. VARIABLE 10 Transiciones y entregas de turno			EVALUADOR1	EVALUADOR3		V DE AIKEN
Preguntas	1	¿ La información de los pacientes se entrega sin pérdidas?	1,00	1,00		1,00
	2	¿Se dispone de protocolos claros para el relevo de turnos?	0,67	0,67		0,67
	3	¿Hay suficiente tiempo para hacer entregas de turno completas?	1,00	0,67		0,83

Liderazgo y clima organizacional:

- **Observación:** La frase “se reconoce el esfuerzo del personal” podría vincularse a incentivos económicos.
- **Acción:** Reformular como “se valoran públicamente las buenas prácticas de seguridad entre el personal”.

L. VARIABLE 12 Liderazgo y clima organizacional			EVALUADOR1	EVALUADOR3		V DE AIKEN
Preguntas	1	¿Los líderes fomentan una cultura de mejora continua?	1,00	1,00		1,00
	2	¿Existe claridad en los objetivos institucionales de seguridad?	1,00	1,00		1,00
	3	¿Se reconoce el esfuerzo del personal en promover la calidad?	1,00	1,00		1,00

Preguntas generales

- **Item:** “¿Cree que sus reportes generan cambios reales?”
- **Observación:** La palabra “reales” puede ser subjetiva.
- **Acción:** Cambiar por: “¿Cree que sus reportes han generado acciones de mejora en la institución?”

N. VARIABLE 14 Preguntas Generales		EVALUADOR1	EVALUADOR3	V DE AIKEN	
Preguntas	1	¿Cómo califica usted la seguridad del paciente en su unidad?	1,00	1,00	1,00
	2	¿Ha reportado usted un evento adverso en el último año?	1,00	1,00	1,00
	3	¿Cree que sus reportes generan cambios reales en los procesos?	1,00	0,67	0,83
	1	¿Considera que la cultura organizacional promueve la mejora continua?	1,00	1,00	1,00
	2	¿Recibe usted formación periódica sobre seguridad del paciente?	1,00	1,00	1,00
	3	¿Desearía participar en los comités de mejora de calidad?	1,00	0,67	0,83

Los expertos evaluaron los 48 ítems del cuestionario en cuanto a tres criterios fundamentales: claridad semántica, coherencia con la dimensión evaluada y relevancia del ítem en el contexto de seguridad del paciente. Los resultados mostraron valores de V de Aiken superiores a 0.75 en la mayoría de los ítems, lo cual indica una validez de contenido aceptable (Penfield & Giacobbi, 2004). Sin embargo, algunos ítems asociados a la dimensión "respuesta no punitiva al error" y "transiciones y entregas de turno" obtuvieron puntuaciones marginales (<0.70), lo que motivó su revisión lingüística y conceptual.

Se aplicaron los ajustes sugeridos por los jueces, especialmente en términos de redacción y alineación semántica con el lenguaje institucional. Los valores de V de Aiken mejoraron significativamente, superando el umbral de 0.80 en todos los ítems revisados, lo que refleja un alto nivel de consenso entre los expertos sobre la adecuación del instrumento para el contexto de aplicación. Este resultado fortalece la confiabilidad y validez del cuestionario, aumentando la precisión con la que se medirá la percepción de la cultura de seguridad en la IPS.

La doble validación garantiza que el instrumento recoja, con claridad y coherencia, las dimensiones claves al entorno colombiano. Además, su estructura multidimensional permite abordar no solo aspectos operativos, sino también factores organizacionales y de liderazgo, tal

como recomiendan estudios previos en este campo (García-Romero & Rodríguez-Morales, 2021; Daza & Ramírez, 2022).

La ronda de validación con V de Aiken permitió confirmar que el instrumento tiene una alta validez de contenido, pero también reveló áreas específicas donde fue recomendable refinar la redacción para mejorar su comprensión y efectividad en contexto real. No se requieren eliminar ítems, pero sí ajustes de lenguaje y precisión conceptual, con el fin de optimizar la confiabilidad del cuestionario.

Este trabajo garantiza que el instrumento está alineado con el marco conceptual a la realidad de una IPS colombiana, y listo para ser aplicado con confianza en el contexto del estudio investigativo.

En conclusión, el instrumento ha sido sometido a un proceso riguroso de validación por juicio de expertos, cumpliendo con los estándares teóricos y metodológicos exigidos para investigaciones aplicadas en salud, lo que respalda su uso en el presente estudio con fines diagnósticos y estratégicos.

Conclusiones

El estudio “Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente como Herramienta para la Auditoría Interna en una IPS de mediana y alta complejidad en Ibagué (Tolima)” permitió identificar, desde una perspectiva integral y estratégica, tanto fortalezas como debilidades de la cultura organizacional en torno a la seguridad del paciente. La información recolectada mediante un instrumento validado de 48 ítems evidenció patrones relevantes para la formulación de intervenciones efectivas dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

En relación con el objetivo general, se logró evaluar de manera sistemática la percepción del talento humano sobre las distintas dimensiones de la cultura de seguridad. Esta evaluación reveló fortalezas institucionales significativas en las dimensiones de trabajo en equipo (4.1), cultura de mejora continua (4.0) y percepción general de seguridad (3.9), lo que indica una actitud proactiva del personal frente a la calidad y una base favorable para la transformación organizacional.

No obstante, se evidenciaron debilidades críticas en dimensiones como respuesta no punitiva al error (2.7), reporte de eventos adversos (2.9) y dotación de personal (3.0). Estos aspectos reflejan una cultura organizacional que aún presenta resistencias estructurales para la consolidación de entornos seguros, afectando directamente la eficacia del sistema de gestión del riesgo y limitando la utilidad de los informes de auditoría para generar acciones correctivas.

En cumplimiento del primer objetivo específico, se caracterizó la cultura de seguridad desde la perspectiva del talento humano asistencial y administrativo, lo cual permitió visibilizar disparidades entre áreas. El personal asistencial percibió menor apoyo institucional en términos de respuesta al error y condiciones de trabajo, mientras que el personal administrativo expresó una mayor confianza en los mecanismos de gestión. Esta diferencia refuerza la importancia de diseñar estrategias diferenciadas por perfil ocupacional.

Respecto al segundo objetivo específico, se identificaron barreras estructurales y organizacionales relevantes, entre las que destacan el temor a sanciones por reporte de errores, la sobrecarga laboral y la percepción de que los reportes no generan cambios reales (solo el 39 % de los encuestados consideró que sus reportes fueron útiles). Esta evidencia respalda la necesidad urgente de transformar la cultura punitiva hacia un enfoque de aprendizaje institucional, tal como lo han recomendado autores como Daza y Ramírez (2022).

En cuanto al tercer objetivo específico, se reconocieron factores organizacionales clave que influyen en la percepción de seguridad, como el liderazgo parcial, la insuficiencia de retroalimentación y la falta de sistematización del conocimiento derivado de incidentes. Estos hallazgos demuestran que el liderazgo transformacional, la comunicación efectiva y la capacitación continua son condiciones imprescindibles para consolidar la cultura de seguridad.

Finalmente, con base en el cuarto objetivo específico, se derivaron recomendaciones estratégicas orientadas a: i) fortalecer los canales de comunicación institucional, ii) fomentar una cultura no punitiva mediante programas de sensibilización y formación, iii) optimizar la distribución del talento humano y iv) reforzar el ciclo de retroalimentación institucional. Estas acciones se alinean con las exigencias normativas (Resoluciones 5095 de 2018 y 3100 de 2019) y tienen el potencial de ser integradas en los procesos de auditoría interna con un enfoque preventivo y educativo.

En conclusión, el estudio no solo aporta un diagnóstico claro sobre la situación actual de la cultura de seguridad del paciente en la IPS evaluada, sino que también ofrece una base sólida para el diseño de planes de mejora institucional. La auditoría clínica, en este contexto, debe ser entendida como una herramienta transformadora que favorezca la sostenibilidad, el aprendizaje colectivo y la excelencia en la atención en salud.

Lista de Referencias

Camacho-Rodríguez, D. E., et al. (2022). Cultura de seguridad del paciente en hospitales de Latinoamérica. *Revista de Salud Pública*, 24(1), 40-51.

García-Romero, A., & Rodríguez-Morales, A. (2021). Auditoría en salud y eventos adversos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20(41), 1-14.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 5095 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019. <https://www.minsalud.gov.co>

Rocco, G. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 785-796.

Ministerio de salud. (2010). *Guía técnica buenas prácticas seguridad del Paciente*. Colombia.

Nuestra señora De Belen. (13 de Octubre de 2020). *Ministerio de colombia*. Ministerio de colombia: <https://ese-centro-de-salud-nuestra-senora-de>

belen.micolombiadigital.gov.co/glosario/que-es-riesgo-evento-adverso-incidente-y-complicacion

Rocco, G. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista medica clinica los Condes*, 785-796.

Daza, A., & Ramírez, M. (2022). Percepciones del talento humano sobre la cultura de seguridad del paciente. *Revista Colombiana de Auditoría en Salud*, 19(2), 23–35.

García-Romero, A., & Rodríguez-Morales, A. (2021). Auditoría en salud y eventos adversos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20(41), 1–14.

Muñoz, L. A. (2020). Subregistro de eventos adversos en instituciones hospitalarias colombianas. *Revista de Seguridad y Calidad en Salud*, 7(1), 11–20.

Anexo 1

Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente Ips ibagué

Bienvenido, en el marco del proyecto de investigación Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente como Herramienta para la Auditoría Interna en una IPS de mediana y alta complejidad en Ibagué, se agradece su participación con el aporte de opiniones y apreciaciones relacionadas con la percepción del talento humano sobre la cultura de seguridad del paciente en la institución.

Este ejercicio tiene una duración aproximada de 10 a 15 minutos y para nosotros es muy valiosa su colaboración.

En este sentido, los datos serán manejados con estricta confidencialidad, de conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013 y serán incorporados en una base de datos responsabilidad de los investigadores principales del proyecto mencionado.

Dado lo anterior, ¿Acepta continuar con el cuestionario?

ACEPTO

NO ACEPTO

Agradecemos de antemano su valioso aporte.

Datos demográficos del encuestado

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

Tabla 5

Encuesta

Pregunta	Opciones de Respuesta
1. Género	<input type="checkbox"/> Femenino
	<input type="checkbox"/> Masculino
	<input type="checkbox"/> prefiero no decir
	<input type="checkbox"/> Otro
2. Edad	<input type="checkbox"/> 18-25 años
	<input type="checkbox"/> 26-35 años
	<input type="checkbox"/> 36-45 años
	<input type="checkbox"/> 46-55 años
	<input type="checkbox"/> >55 años
3. Profesión o Cargo	<input type="checkbox"/> Médico general
	<input type="checkbox"/> Médico especialista
	<input type="checkbox"/> Enfermera profesional
	<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería
	<input type="checkbox"/> Coordinador

Pregunta	Opciones de Respuesta
4. Antigüedad en la institución	<input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> <6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses - 1 año <input type="checkbox"/> 1-3 años <input type="checkbox"/> >3 años
5. Área de trabajo principal	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Quirófano <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Unidad de Cuidado Intensivo <input type="checkbox"/> Administración Imágenes Diagnósticas <input type="checkbox"/> Otro: _____
6. Tipo de contrato	<input type="checkbox"/> Planta <input type="checkbox"/> Término fijo <input type="checkbox"/> Servicios

Área de trabajo

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad.

Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro.

Escala de valoración:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Neutral

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Tabla 6

Encuesta área de trabajo

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Trabajo en equipo dentro de las unidades.					
En esta unidad, las personas se apoyan mutuamente.					
Cuando se presenta una situación difícil, el personal ayuda activamente.					
Existe buena relación interpersonal entre los compañeros de unidad.					

Expectativas y acciones de la gerencia.

La gerencia participa de forma visible y constante en acciones relacionadas con la seguridad del paciente.

Se fomenta la participación del personal en las decisiones que afectan la seguridad.

Las acciones de los directivos refuerzan una cultura de seguridad.

Comunicación abierta

7. El personal se siente libre de expresar opiniones sobre los procesos de atención.

8. Se puede expresar dudas o desacuerdos clínicos sin temor a represalias.

9. Las sugerencias del personal son bien recibidas por los líderes.

Frecuencia de reporte de

eventos

10. Se promueve activamente el reporte de errores cuando ocurren.

11. Se promueve la notificación de eventos incluso cuando no causan daño.

12. El sistema facilita el reporte de errores o incidentes.

Retroalimentación y aprendizaje organizacional

13. Se analizan los errores para prevenir que ocurran de nuevo.

14. Se comparten las lecciones aprendidas con el equipo, de acuerdo a los eventos adversos o incidentes.

15. Se ejecutan planes de mejoras luego de identificar fallos.

Respuesta no punitiva al error

16. Cuando se reporta un error,
no se culpa al responsable.

17. Se reconoce que los errores
pueden tener causas sistémicas.

18. El personal no teme ser
castigado por cometer errores.

Dotación y recursos humanos

19. Siempre hay suficiente
personal para atender
adecuadamente a los pacientes
de acuerdo a los estándares.

20. La carga laboral permite
realizar el trabajo con calidad.

21. Se redistribuye personal en
caso de sobrecarga en un área.

Trabajo en equipo entre
unidades

22. Las diferentes unidades de la
clínica se coordinan eficazmente
para asegurar la continuidad del
cuidado del paciente. Por
ejemplo, entre hospitalización y

farmacia, o entre urgencias y

laboratorio.

23. Durante el cambio de turno,

la información sobre los

pacientes se comunica de forma

clara y a tiempo.

24. Las unidades colaboran

eficazmente entre sí.

Transiciones y entregas de turno

25. La información de los

pacientes se transfiere sin

pérdidas.

26. Se cuenta con guías

institucionales que orientan

cómo realizar una entrega de

turno segura.

27. Durante los cambios de

turno, el personal cuenta con el

tiempo necesario para informar

adecuadamente sobre los

pacientes.

Percepción general de seguridad

28. La seguridad del paciente es una prioridad para todos.

29. Me siento seguro(a) de que los pacientes reciben atención segura.

30. La clínica tiene un enfoque proactivo frente a los riesgos asistenciales.

Liderazgo y clima organizacional

31. Los líderes fomentan una cultura de mejora continua.

32. Existe claridad en los objetivos institucionales de seguridad.

33. Se valoran públicamente las buenas prácticas de seguridad entre el personal.

Cultura de mejora continua

34. Siempre se buscan maneras de hacer las cosas mejor.

35. Se evalúan continuamente

los procesos para detectar

mejoras.

36. Se motiva al personal para

innovar en su trabajo diario.

Preguntas Generales

Pregunta	Opción de respuesta
	<input type="checkbox"/> Excelente
37 ¿Cómo califica usted la seguridad del paciente en su unidad?	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente
38 ¿Ha reportado usted un evento adverso en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
39 ¿Cree que sus reportes han generado acciones de mejora en la institución?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
40. ¿Considera que la cultura organizacional promueve la mejora continua?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente

Pregunta	Opción de respuesta
41. ¿Recibe usted formación periódica sobre seguridad del paciente?	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No
42. ¿Desearía participar en los comités de mejora de calidad?	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Tal vez

Fuente: Autoras