

**FACTORES RELACIONADOS CON CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN COLOMBIA EN EL PERIODO
PREVIO Y POSTERIOR AL IMPACTO GLOBAL DEL COVID-19**

Autor

Yully Mariana Rincón Gamba - Estudiante Especialización en Seguridad Del
Paciente Universidad El Bosque

Asesor

Laura Riveros Gómez – Médica Epidemióloga, Los Cobos Medical Center

Bogotá D.C
Mayo de 2023

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. ANTECEDENTES.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
5. MARCO DE REFERENCIA.....	10
6. OBJETIVOS.....	17
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
7. METODOLOGÍA.....	18
7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	18
7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	18
8. TABLA DE VARIABLES.....	19
9. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	22
9.1 CONTROL DE SEGGOS.....	23
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
10.1 DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS.....	25
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	26
12. PRESUPUESTO.....	27
14. BIBLIOGRAFÍA.....	34

1. INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad se entiende como el resultado de un valor compartido, una actitud y una forma de comportamiento que define la búsqueda de la organización de determinadas cualidades para el cumplimiento de los objetivos con la intención de minimizar la presencia de daños, lo que se denomina exactamente como una atención segura. El clima de seguridad es un principio medible de una cultura segura, esta medición se realiza mediante la utilización de instrumentos diseñados para su medición, reflejando la percepción de seguridad en las instituciones de salud de acuerdo con las respuestas dadas por sus colaboradores(1).

Actualmente, el uso de cuestionarios para medir el clima de seguridad del paciente en las instituciones ha sido el método más efectivo para orientar a las organizaciones en su propósito de ser cada días más seguras y confiables, reconociendo sus fortalezas y oportunidades de mejora para fortalecer su cultura.

LOS COBOS MEDICAL CENTER en su plan estratégico ha definido la seguridad como un factor clave para lograr su propósito superior. Desde el año 2019 ha realizado la medición de la percepción de la seguridad del paciente, a través de la implementación de la encuesta basada en la metodología propuesta por la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) con el fin de reconocer los factores que se relacionan con el clima de seguridad del paciente y para generar acciones de mejora, que fueron fundamentales para garantizar procesos de atención segura durante el periodo previo y posterior al impacto global del COVID 19.

2. ANTECEDENTES

Desde épocas arcaicas, se ha esperado que la persona que atiende al enfermo lo haga por vocación y con el mejor de los conocimientos, procurando que se garantice el beneficio y bienestar de quien sufre alteración en su salud. Del mismo modo, se ha entendido que una buena práctica es evitar actos contraproducentes o cometer errores que agraven la enfermedad y que causen daños adicionales a los que sufre la persona(2) Por consiguiente, se resalta que la seguridad del paciente es una necesidad establecida desde las antiguas civilizaciones. Un ejemplo claro de esto se da con el escrito más popular de la civilización hindú, 2000 años antes de Cristo denominado Ayurveda en donde se determina que el estudiante y practicante del arte de sanar se debe consagrar en “alma y cuerpo” al bien de los enfermos.

Florence Nightingale (1820-1910) contribuyó notablemente a la seguridad de los pacientes al establecer los principios de la técnica aséptica en la atención de los heridos durante la guerra de Crimea (1853- 1856) en el este de Europa. Joseph Lister (1827- 1912), en 1867, instauró el uso de los antisépticos en la limpieza del instrumental, de las manos de los cirujanos y de las heridas, demostrando que con estas medidas las muertes por infección disminuían drásticamente (2). Sin embargo, reconociéndose que la seguridad del paciente es un eje importante en la atención de servicios de salud, solo desde 1993 a partir de la publicación del informe “Errar es humano”, se le proporcionó la importancia necesaria aun cuando se supone que es un principio inherente de la atención en salud.

A partir de dicho informe, la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) desarrolló la herramienta de investigación que posibilita la medición de las actitudes y creencias del personal sanitario sobre la seguridad de la paciente conocida como Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente. Teniendo en cuenta esto, muchos han sido los estudios que se han realizado en las instituciones de salud para definir la percepción de seguridad del paciente a nivel mundial, permitiendo de esta manera que las organizaciones reconozcan sus debilidades, habilidades y competencias para construir un sistema más seguro y confiable para sus usuarios.

Por tanto, a partir del 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la iniciativa especial denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, debido a que la seguridad del paciente se estableció como un problema de salud pública en el mundo (3). Esta alianza definió estrategias para minimizar los riesgos en la atención en salud, de las cuales se destaca la higiene de manos, seguridad en los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica y la estimulación de la investigación para permitir que se mejore la seguridad al reducir los errores en medicina, basándose en

los cerca de 10 millones de personas que mueren o sufren lesiones, como consecuencia de "prácticas médicas inseguras" cada año(4). A su vez, los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han seguido las iniciativas planteadas en pro de mejorar la atención de los usuarios, incluyendo en sus procesos las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, las cuales son un conjunto de objetivos acordados entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission International, con el fin de reducir los eventos más frecuentes en la asistencia de la salud(5).

Es preciso mencionar que el primer estudio en Latinoamérica que evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. El cual fue realizado en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) demostrando que, en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. En el marco de este estudio Colombia mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%. El 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% durante la realización de un procedimiento(6).

Este mismo estudio señala que la incidencia de eventos adversos fue del 11.85 % y la evitabilidad del 65 %. Los eventos adversos se relacionaron con los cuidados en el 13.27 %, con el uso de medicación en 8.23 %, con infecciones nosocomiales en 37.14 %, con algún procedimiento en 28.69 % y con el diagnóstico en 6.15 %. En todos los estudios se detectó que casi la mitad de los eventos adversos pueden ser prevenibles. Reportes internacionales señalan que solo 5% de los eventos adversos son notificados, hay que resaltar que la notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición. (7)

Muchos son los estudios que se han realizado a nivel mundial para identificar los factores que afectan o se relacionan con el clima de seguridad del paciente, sin embargo, existen limitaciones en la literatura publicada debido a que la mayoría de los estudios, solo permiten evidenciar el análisis porcentual de los resultados en cada una de las dimensiones evaluadas en el instrumento. Luego de la evaluación de cuatro servicios quirúrgicos de Santander, se determinó que los factores como el tipo de contratación y el cargo se asocian más a la percepción negativa en las dimensiones comunicación abierta y retroalimentación, transiciones y transferencias entre servicios y respuesta no punitiva al error(8). Se considera también que la sobrecarga de trabajo y el estrés son los principales factores humanos que facilitan el error en la atención sanitaria, lo cual impacta negativamente el desempeño institucional, la calidad de la

atención y la seguridad del paciente, del mismo modo se incluye que las características del factor comunicacional pueden sumar fortalezas o generar debilidades con el consiguiente estrés que ello genera, motivando errores y eventos adversos que afectan la seguridad del paciente(9).

Por consiguiente, es importante mencionar el hito histórico, la primera pandemia del siglo XXI, la cual trajo consigo grandes desafíos y cambios importantes en el sector salud. A partir del día 31 de diciembre de 2019, las autoridades sanitarias de la República Popular China comunicaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) varios casos de neumonía de etiología desconocida. Posteriormente se identificó al virus SARS-CoV-2 como agente causal, ubicándose como epicentro del brote la ciudad de Wuhan, y el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud lo declaró como pandemia por el nuevo Coronavirus COVID-19(10).

Desde ese momento en Colombia se generaron una serie de normativas en pro del bienestar de la ciudadanía, dentro de las cuales se incluye el decreto 538 de 2020 para adoptar medidas en el sector salud, realizando modificaciones en la normativa legal del sistema de salud para que este fuese flexible y se priorizara la atención en salud de los colombianos(11). Por tanto, la afluencia de la ciudadanía en las instituciones de salud aumentó de manera gradual a medida que crecían los casos de contagio, incrementando del mismo modo la carga laboral del talento humano asistencial de las organizaciones, es entonces que se presenta una gran necesidad por reforzar la seguridad de los pacientes y de sus colaboradores debido a que se aumentaría el riesgo de cometer errores en la atención en salud, repercutiendo en la seguridad y resultados clínicos para el paciente.

Uno de los impactos negativos de la pandemia fue la alteración del progreso que hasta el momento llevaban las instituciones en relación con la seguridad del paciente, bien sea por la carga laboral o por la contratación de personal sin experiencia en la atención en salud en un momento crítico para el sistema. Por ello, las instituciones deberían fortalecer sus procesos asistenciales y adoptar las instrucciones y lineamientos decretados por el estado para el manejo y mitigación de la pandemia. Es entonces, que durante el impacto global por COVID 19 para poder adoptar las normas emitidas, se tuvieron que adaptar los protocolos existentes en seguridad de los pacientes y así dar paso a la creación de nuevas guías de manejo para la prestación de los servicios de salud en aras de la minimización de contagios durante la atención(12).

Por otro lado, las entidades de salud aún no se ha fortalecido la cultura del reporte y por ende en Colombia son escasos los estudios o investigaciones relacionados con el tema, lo que conlleva a no tener una visión real del clima de seguridad del paciente derivado del COVID- 19 en las instituciones de salud. Sin embargo, cabe resaltar que

en un estudio realizado sobre los eventos adversos generados por parte del personal de enfermería, en tiempos de pandemia COVID – 19, en un servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020(13), se concluyó que los eventos adversos aumentaron en un número no muy significativo, lo que podría relacionarse o atribuirse a la carga laboral, al estrés propio del trabajo, las nuevas medidas y protocolos implementados durante la pandemia. De igual manera, las causas más comunes de eventos adversos generados por parte del personal de enfermería, se relacionaron con la identificación incorrecta del paciente, uso de medicamentos y las caídas.

Aunque se puede evidenciar un leve aumento en los eventos adversos, se determinó también que no hay una buena cultura del reporte por parte del personal y más en tiempos de pandemia COVID – 19, esto podría generarse por miedo a ser cuestionados y a que se tomen represalias contra el personal de salud, lo que evidencia que no hay una cultura arraigada en la institución sobre el reporte oportuno de eventos adversos a pesar de la actual coyuntura del sistema de salud. Esto concuerda con lo mencionado anteriormente, una cultura de seguridad débil impide el mejoramiento en la atención de servicios de salud evitando que se establezcan planes de mejora en los factores que afectan la seguridad del paciente.

Es importante señalar que el 29,4 % de los casos de COVID – 19 reportados en Colombia, se concentraron en Bogotá D.C. Esta pandemia cobró la vida de aproximadamente 9.977 personas desde el mes de marzo a diciembre del año 2021 solo para el primer año de pandemia, con un total de 29.957 personas fallecidas desde el 2020 al 2022. A su vez, se establece un total de 1.479.710 casos confirmados en la capital de país desde que se declaró la pandemia, y una ocupación de aproximadamente el 100% de los servicios de hospitalización, unidad de cuidado intermedio e intensivo en la ciudad de Bogotá D.C(14).

LOS COBOS MEDICAL CENTER, abrió sus puertas a la ciudadanía en noviembre de 2018 y luego de dos años de funcionamiento se enfrentó a la crisis de salud pública ocasionada por el COVID-19 consolidando las estrategias definidas en el Programa de Seguridad con las mejores prácticas de seguridad orientadas en la minimización de riesgos y ocurrencia de eventos adversos, afianzando el compromiso de todos los colaboradores para minimizar el impacto del COVID – 19 en los pacientes, su familias y en la institución con el fin de brindar servicios seguros y de calidad.

Para LOS COBOS MEDICAL CENTER, la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. El pilar de seguridad tiene como objetivo estratégico: *Ser referente en el sector hospitalario por una cultura de seguridad que involucra al paciente y su familia.*

Compuesto por 3 programas que permiten el desarrollo institucional:

Programa No 1: Programa de Seguridad del Paciente - " Atención Segura"

Programa No 2: Vigilancia

Programa 3: Salud y seguridad en el trabajo

Paralelamente, la política de seguridad del paciente de la institución establece una serie de estrategias que involucran a todos los colaboradores, mediante los procesos de inducción y reinducción incluyendo capacitaciones de seguridad del paciente, el fomento de la cultura de seguridad promoviendo un entorno no punitivo y confidencial, promoviendo la motivación para el reporte de eventos adversos brindando incentivos de reconocimiento. Esta cultura está caracterizada por una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, la percepción compartida de la importancia de la seguridad, la confianza de la eficacia de las medidas preventivas y con un enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.

En este contexto, desde el año 2019 en LOS COBOS MEDICAL CENTER se ha realizado la medición de la percepción de seguridad del paciente mediante la encuesta de la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), por lo que se cuenta con mediciones realizadas durante el periodo previo y posterior al impacto global del COVID-19, lo que permite realizar el análisis de los resultados obtenidos en ambos periodos así como evaluar los factores que pueden influir en los resultados de cada una de las dimensiones analizadas en la encuesta.

3. JUSTIFICACIÓN

En una organización donde la seguridad del paciente es prioridad para la atención en el cuidado de la salud de su comunidad, se evidencia el fortalecimiento de la cultura de seguridad y la percepción de la misma en sus colaboradores y pacientes, permitiendo que los riesgos asociados a la atención sean identificados y evaluados para diseñar y ejecutar barreras de seguridad y planes de mejora, y así reducir y minimizar la ocurrencia de eventos adversos y/o factores que afectan e intervienen en el adecuado y esperado desarrollo de la atención de servicios de salud para el bienestar social.

Llevando a cabo el cumplimiento de las obligaciones en materia de ética médica establecidas en la Ley 23 de 1981(15), en la cual se especifica salvaguardar los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad. Del mismo modo, a partir de la expedición de la Política Nacional de Seguridad del Paciente liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social(16), se implementa la creación de Programas de Seguridad del Paciente en las organizaciones sanitarias y se establecen guías de práctica con el objetivo de generar una cultura enfocada en los procesos, la atención segura, la detección y reporte de riesgos durante la prestación de servicios de salud.

Es por ello, que la medición de la cultura de seguridad del paciente contribuye a la toma de decisiones y el ajuste de estrategias que impacten los servicios en salud de forma positiva tanto para los usuarios como para los colaboradores. Por lo tanto, se plantea la realización de la medición de la cultura de seguridad, promueve y mantiene la prestación de servicios de salud cada vez más seguros, esto mediante la evaluación de la cultura misma para identificar aquellos aspectos a mejorar, establecer un diagnóstico y así monitorizar su evolución a través del tiempo.

Los Cobos Medical Center, mediante el cumplimiento de los objetivos de este proyecto espera identificar los factores que afectaron directamente la cultura de seguridad del paciente y la percepción de la misma durante el periodo previo y posterior al impacto global del COVID-19, permitiendo la promoción de estrategias que generen el cambio hacia una cultura de seguridad cada vez más receptiva, que consienta el desarrollo y cumplimiento de su propósito superior, proteger la vida; Es importante resaltar que Los Cobos Medical Center es una institución joven que lleva cuatro años al servicio de la ciudadanía, y que afrontó la pandemia del COVID-19 poniendo a prueba su capacidad y eficiencia hospitalaria, por lo tanto considera importante identificar los aspectos que fueron fortalezas o debilidades durante el proceso de atención para el mejoramiento de sus estrategias relacionadas con el clima de seguridad del paciente.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores que influyen en el clima de seguridad del paciente en LOS COBOS MEDICAL CENTER durante el periodo previo y posterior al impacto global del COVID-19?

5. MARCO DE REFERENCIA

Diversos han sido los términos relacionados con la seguridad del paciente, aunque todos estos son encaminados hacia el mismo objetivo, garantizar bienestar y calidad. Es entonces que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la seguridad del paciente como la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud. Un mínimo aceptable alude a las nociones colectivas de los actuales conocimientos, los recursos disponibles y el contexto en el que se dispensa la atención, sopesados con respecto al riesgo de no dispensar ningún tratamiento o dispensar otro diferente(17)

De modo que la seguridad del paciente es un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención sanitaria que disminuyen los riesgos de forma sistemática y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que el error sea menos probable y reducen su impacto cuando se produce (18). Considerándose como un problema de salud pública mundial urgente y grave. Por tanto, el daño al paciente ejerce una carga muy alta en todos los sistemas de atención médica en todo el mundo. Cada año, un número inadmisiblemente de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria insegura y de mala calidad, la mayoría de estas lesiones son evitables. La carga de la atención insegura destaca ampliamente la magnitud y la escala del problema(18)

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 72ª Asamblea Mundial adoptó la resolución “Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente” (WHA72.6), en la cual se reconoce que la seguridad del paciente durante la prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad es un requisito previo para fortalecer los sistemas de atención de la salud y avanzar hacia una cobertura sanitaria universal efectiva con arreglo al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) (19)

Por otro lado, la Agency for Healthcare Quality and Research (Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica) define el término seguridad del paciente como la serie de métodos que las instituciones de salud aplican para reducir la posibilidad de eventos adversos por efecto de la exposición a los cuidados de enfermería durante el proceso de enfermedad y los procedimientos derivados del tratamiento(20).

Siguiendo las directrices de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Colombia estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Resolución 1011 de 2006, con el fin de generar estrategias en pro de mejorar el estado de los pacientes y se insta como obligatorio el reporte de los indicadores de calidad en todas las instituciones de salud y define a la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias(21).

Para el año 2008 se impulsa la política de seguridad del paciente y se establecen los lineamientos para la implementación de esta en la república colombiana, se generan una serie de objetivos dentro de los cuales se incluye: disminuir el riesgo en la atención en salud y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud(22).

Dentro de estas metodologías se encuentra la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud la cual cuenta con una versión actualizada para el año 2015, en esta se establecen recomendaciones para la implementación de prácticas seguras, que son otra cosa la ejecución de acciones que intervienen como barreras y defensas para disminuir la probabilidad de que se presenten errores en la atención. A su vez, la guía se complementa con el desarrollo de los paquetes instruccionales para que las instituciones tengan directrices técnicas para su implementación práctica(6). Actualmente el ministerio de salud establece 23 paquetes instruccionales en seguridad del paciente.

Cabe resaltar que el Ministerio de Salud y Protección Social adopta los objetivos internacionales de la seguridad del paciente dentro de la política colombiana, dichos objetivos son: Identificar y diagnosticar a los pacientes correctamente, mejorar la

comunicación efectiva, mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, asegurar la seguridad quirúrgica, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud y disminuir el riesgo del daño al paciente como resultado de caídas.

Además, desde 1991 y a partir del Harvard Medical Practice Study, comenzaron a publicarse reportes que mostraban prevalencias de eventos adversos entre 3,7 % y 16,6 %. Tales reportes generaron preocupación al interior del ámbito médico y despertaron un interés por la seguridad como objetivo primordial al interior del proceso de atención en salud. De modo que la cultura de la seguridad en sí es el objetivo de estudio, asumiendo que los individuos se mueven en una “red de significaciones” con la que entienden el mundo y que define las dinámicas del comportamiento colectivo frente a la seguridad, al interior de las instituciones (23).

El informe del Instituto de Medicina (IOM) impulsó a la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) a responder al aumento del nivel de seguridad del paciente, como una de las prioridades de esta institución es desarrollar una investigación para medir las actitudes y creencias del personal sanitario sobre la seguridad del paciente (24). De acuerdo con lo anterior, en Colombia según los datos obtenidos en el Estudio Latinoamericano de Eventos Adversos en Salud (IBEAS) en su informe oficial de año 2009, se mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento(25).

Cabe señalar que, en ocasiones los profesionales competentes optan por actuaciones que pueden poner en riesgo a sus pacientes, debido a factores humanos, técnicos, organizativos e incluso culturales. Esos comportamientos “de riesgo” suponen desviaciones de la conducta óptima, a su vez convertidos en norma, por la ausencia de una adecuada cultura de seguridad. Así mismo se menciona que para mejorar la cultura de seguridad es necesario incluir el diálogo ético en los programas de calidad y seguridad (26).

Por ende, las organizaciones con una cultura de seguridad positiva tienen una comunicación basada en la confianza mutua, percepciones compartidas sobre la importancia de la seguridad, confianza en la eficacia de las medidas preventivas y apoyo a los trabajadores (27). Varios estudios han informado de los efectos de las intervenciones de empoderamiento de las enfermeras en la cultura de la seguridad del paciente. Un tipo de estrategia es un programa educativo, como un módulo en línea, que aborda la seguridad del paciente y que aumenta las puntuaciones positivas de las enfermeras en dos dimensiones de la cultura de seguridad del paciente (es decir, "respuesta no punitiva a los errores" y "frecuencia de notificación de

eventos")(28). Se consideran también las estrategias y herramientas de Equipo para Mejorar el Rendimiento y la Seguridad del Paciente (TeamSTEPPS), mecanismo desarrollado por la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) para mejorar los resultados de los pacientes. Incluye habilidades de comunicación, liderazgo, apoyo mutuo y supervisión de la situación (28). En este sentido, las Directrices Curriculares Nacionales de Brasil determinan que el liderazgo considerado como una competencia básica, debe desarrollarse desde la graduación, ya que, además de dotar de mayor resolutiveidad al proceso de trabajo directivo, capacita a las enfermeras para desempeñar la figura de articulador y motivador del equipo.

La Organización Panamericana de la Salud ha hecho un reconocimiento al papel clave que tiene enfermería en la reducción de eventos de seguridad, principalmente por la presencia y permanencia de estos profesionales durante el proceso de atención; así como por su interacción con el paciente, lo que sitúa a los enfermeros en una condición crítica, tanto por el riesgo de error como por su capacidad y potencialidad para proveer a la seguridad de los pacientes (25). Se reconoce cada vez más que el fortalecimiento de la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias es importante para mejorar continuamente la calidad de la atención sanitaria (29).

Lo anterior se relaciona con el concepto dado en el artículo Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Event, refiriéndose a la seguridad del paciente como un componente vital de la calidad de la atención sanitaria y a la cultura de la seguridad del paciente, como una perspectiva compartida por los profesionales de la salud sobre la importancia de la seguridad, la fidelidad y la transparencia de las comunicaciones, y la confianza compartida en la eficacia de las medidas preventivas, se ha asociado con algunos resultados mejorados para los pacientes (30).

Otro punto es que la Red Europea para la Seguridad del Paciente (Eunetpas) y el trabajo del proyecto DUQuE han confirmado la importancia de que los Estados miembros evalúen la cultura de la seguridad en los hospitales. También han identificado la herramienta adecuada para hacer esta evaluación: la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente. Este cuestionario está validado y traducido a muchos idiomas, incluyendo francés y alemán (31). Esta misma, ha elaborado los Indicadores de Seguridad del Paciente (PSI) para que sirvan como "estado del arte en la medición de la seguridad de la atención hospitalaria a través del análisis de los datos de alta de los pacientes hospitalizados". En teoría, un hospital puede comparar su rendimiento con estos indicadores de seguridad y centrarse en áreas específicas de bajo rendimiento para mejorarlas (32).

El cuestionario consta de 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones que valoran diferentes aspectos de la cultura de seguridad. Así mismo, recoge información sobre la calificación (del 0 al 10) que se otorga a la seguridad en el servicio y sobre el número de incidentes notificados en el último año. Además, contiene 7 preguntas de tipo demográfico y una pregunta de respuesta abierta solicitando aportaciones y comentarios (33). A continuación, se relacionan las 12 dimensiones de la encuesta y el número total de ítems que trae consigo para su desarrollo:

- Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 3 ítems).
- Percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems)
- Expectativas y acciones de la dirección/Servicio que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems)
- Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems)
- Trabajo en equipo en la Unidad (Agrupa 4 ítems)
- Franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems)
- Retroalimentación y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems)
- Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems)
- Dotación de personal (Agrupa 4 ítems)
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems).
- Trabajo en equipo (Agrupa 4 ítems).
- Problemas en cambios de turno (4 ítems)

La medición periódica de la cultura de seguridad permite tener un diagnóstico de la percepción de seguridad por parte de los equipos de salud, así como formular y priorizar las acciones de mejora y analizar su efectividad para replantear estrategias (34). Diversos estudios sobre cultura de seguridad han identificado que el personal de enfermería tiene fortalezas en el trabajo que desarrollan en equipo dentro de las unidades/ servicio y el apoyo que se brindan, calificando a estas dimensiones con el mayor porcentaje de respuestas positivas (35).

La cultura de seguridad del paciente puede medirse determinando qué es importante y qué actitudes y comportamientos son recompensados, apoyados, esperados y aceptados, con respecto a la seguridad del paciente. Es importante establecer ampliamente una cultura de seguridad del paciente dentro de los sistemas sanitarios, los hospitales, los departamentos y las unidades(36). De modo que, en relación con la medición de las dimensiones del Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente, se describe a la fiabilidad de la consistencia interna como la coherencia con la que los encuestados responden a los ítems de una medida compuesta mediante la evaluación de la relación o correlación de dichos ítems(37).

Como se ha mencionado anteriormente, la seguridad del paciente es un indicador importante de la calidad de asistencia sanitaria. Por lo tanto, potenciar y garantizar la seguridad del paciente es una prioridad para los proveedores de atención médica. Hoy en día, promover una cultura positiva de seguridad del paciente es uno de los pilares para mejorar la seguridad del paciente (38). Lo ideal sería que las políticas de seguridad de los pacientes apoyaran un enfoque de seguridad basado en un "sistema sanitario de aprendizaje", en el que la medición en la primera línea de la atención genere pruebas para la mejora. Las pruebas deben utilizarse de forma continua para desarrollar intervenciones que se incorporen a la práctica (39).

Hay que agregar también, que la falta de seguridad tiene un precio en la asistencia sanitaria. Las estimaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sugieren que hasta el 15% del gasto sanitario de los pacientes internos es atribuible a los daños que se producen en el transcurso de la atención hospitalaria (40). Se considera entonces, que las prácticas médicas inseguras pueden provocar lesiones, muertes o discapacidades en los pacientes. La proliferación de este tipo de incidentes ha hecho que se reconozca la necesidad de mejorar la cultura de la seguridad del paciente (CSP) en el sector sanitario de todo el mundo. Además, la seguridad del paciente se ha considerado uno de los componentes estratégicos de la gestión sanitaria(41).

Informes recientes de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ), el Colegio Americano de Médicos, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y la Organización Mundial de la Salud destacan los posibles pasos siguientes, entre los que se incluyen la medición sistemática de la seguridad y los daños para informar las acciones; el aprendizaje a partir de la notificación de eventos adversos por parte de los pacientes; más incentivos para la atención basada en el equipo y la participación de los pacientes; la investigación sobre la cuantificación de los problemas y el desarrollo de intervenciones; y las estrategias para abordar los factores subyacentes que contribuyen a ello, como el estrés, el agotamiento y la cultura de los médicos (39).

Los cuidados de enfermería omitidos, es decir, los cuidados que deberían proporcionarse a los pacientes pero que no se realizan, como indicador de prácticas de cuidados de enfermería inferiores, también se asocian teórica y empíricamente con los eventos adversos de los pacientes (30). Simultáneamente, el miedo a notificar los errores es un indicador de una cultura de la seguridad deficiente, ya que la identificación y la investigación de los errores se consideran fundamentales para mejorar los resultados de los pacientes mediante el desarrollo de estrategias destinadas a prevenir la repetición de incidentes similares. Por lo tanto, las actitudes

de las enfermeras en materia de seguridad pueden tener un impacto significativo en los resultados y la seguridad de los pacientes (42). Conviene subrayar que, dado que las enfermeras son el grupo más numeroso de profesionales de la atención sanitaria, la naturaleza de su trabajo en cuanto a procedimientos de seguridad es esencial. Debido al contacto estrecho e intenso entre los pacientes y las enfermeras, la opinión de éstas es esencial para identificar los puntos fuertes y débiles de la cultura de seguridad del paciente (43).

Sin embargo, en contraste con lo anterior, en el personal médico de acuerdo con su cultura médica con énfasis en la profesionalidad, caracterizada por la autonomía, colegialidad y autorregulación, es poco probable que se fomente la notificación de errores (44). Se han descrito diferentes motivos por los cuales los médicos son renuentes a participar en las actividades de notificación de eventos adversos. Entre ellos se encuentra la falta de motivación, la existencia de intereses creados que riñen con el rediseño y cambio esperado, su desacuerdo con los criterios que miden la calidad, su percepción sobre los programas de mejoramiento y aseguramiento de la calidad como una oportunidad para culparlos por cualquier evento malo que pueda pasarle o no a un paciente o simplemente porque creen que su participación en estos programas les quita el tiempo de sus pacientes (45).

Por tal motivo, es importante generar en las instituciones la cultura no punitiva, denominada cultura justa, la cual es un método organizativo que hace hincapié en la responsabilidad tanto del individuo como de la organización en la prevención de errores y la mejora(46). En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta el importante número de personas en el mundo que sufren lesiones incapacitantes y muertes derivadas de prácticas sanitarias que no son seguras.

De acuerdo con lo anterior, se estima que uno de cada 100 pacientes será víctima de un error. Esa estimación viene de estudios conducidos en países desarrollados, con sistemas de salud más estructurados que los de países en desarrollo, en los cuales los datos sobre la seguridad de los pacientes como parte de la gestión de calidad aún son escasos (47). Por ende, es fundamental conocer cuáles son los factores que afectan o promueven la seguridad del paciente, que tan confiables son los procesos y procedimientos organizacionales, para generar estrategias de mejora de la calidad y seguridad de sus servicios.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar los factores relacionados con el clima de seguridad del paciente el periodo previo y posterior al impacto global del COVID-19 en LOS COBOS MEDICAL CENTER a partir de los resultados obtenidos en el cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los resultados obtenidos en clima de seguridad, a partir del cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente aplicado en el periodo previo y posterior al impacto global del COVID-19.
- Analizar los resultados globales y de cada una de las dimensiones de la encuesta en el periodo previo y posterior al impacto global del COVID-19.
- Identificar los factores que influyen de forma positiva o negativa en el clima de seguridad en el periodo previo y posterior al impacto global del COVID-19.

7. METODOLOGÍA

Se realizará un estudio analítico correlacional. Se obtendrá la información de las bases de datos de medición de cultura de seguridad, derivada de la aplicación de la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, en dos periodos distintos en los años 2019 y 2021 en la institución Los Cobos Medical Center.

Se incluyeron 900 personas, 469 en el periodo 2018-2019 y 431 en el periodo 2020-2021 para un nivel de confianza del 97%. Esta muestra incluye personal asistencial, administrativo y de apoyo de la institución.

Esta encuesta se encuentra parametrizada en el software de gestión de la institución y es respondida de forma anónima cada 2 años. El tamaño de muestra se calcula siguiendo la metodología de la encuesta y se encuentra acorde con la población vinculada a la institución durante los periodos de medición

7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se establecieron como criterios de inclusión del presente estudio en relación con los participantes y encuestas aplicadas:

- Personal de salud asistencial que labora en los servicios de los Cobos Medical Center.
- Personal administrativo que interviene directa o indirectamente con la atención de los pacientes de la institución.
- Personal de servicios tercerizados, que incluye: personal de aseo, seguridad, laboratorio clínico, entre otros.

7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se establecieron como criterios de exclusión del presente estudio en relación con los participantes y encuestas aplicadas:

- Personal que durante el periodo de la aplicación de la encuesta se encontraban fuera de la institución. Ejemplo: periodo de vacaciones, licencia de maternidad, licencia no remunerada, incapacidades, entre otros.

8. TABLA DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	MEDICIÓN	TIPO
Características de la población	Posición laboral / Rol en la institución	Rol que representa en la institución para el momento de la evaluación del cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Directivo/ Gerencia • Administrativo • Aux enfermería • Aux administrativo • Bacteriólogo • Camillero • Enfermero • Fisioterapia • Médico especialista • Médico general • Nutricionista • Químico farmaceuta • Tecnólogo (Imágenes) • Terapeuta respiratorio • Otro 	Nominal	Cualitativo
	Principal servicio o unidad de trabajo en la institución	Servicio en el que labora para el momento de la evaluación del cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencias • Hospitalización • Cirugía • UCIs • Salud de la mujer • Apoyo Diagnostico • Administrativos • Terceros 	Nominal	Cualitativo
	Horas por semana laboradas en el servicio	Horas laboradas a la semana en área o servicio en el momento de la evaluación	¿cuántas horas a la semana trabaja en la unidad? <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 20 horas 	De razón	Cuantitativo

		del cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • De 20 a 39 horas • De 40 a 59 horas • De 60 a 79 horas • De 80 a 99 horas • 100 horas a la semana o más 		
	Tiempo en años laborado según criterio	Tiempo laborado como profesional / especialista en el momento la evaluación del cuestionario	<p>¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su actual especialidad o profesión?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año • De 1 a 5 años • De 6 a 10 años • De 11 a 15 años • De 16 a 20 años • De 21 años o más 	Intervalo	Cuantitativo
		Tiempo laborado en la en el área o unidad en el momento de la evaluación del cuestionario	<p>¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su actual área/unidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año • De 1 a 5 años • De 6 a 10 años • De 11 a 15 años • De 16 a 20 años • De 21 años o más 	Intervalo	Cuantitativo

		Tiempo laborado en la institución en el momento de la evaluación del cuestionario	<p>¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año • De 1 a 5 años • De 6 a 10 años • De 11 a 15 años • De 16 a 20 años • De 21 años o más 	Intervalo	Cuantitativo
Seguridad del paciente	Contacto directo con los pacientes	Contacto con los pacientes en el momento de la evaluación del cuestionario	<p>¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Cualitativo
	Percepción del grado de seguridad del paciente en cada servicio/unidad de la institución	Diferencia en la percepción de seguridad del paciente en el momento de la evaluación del cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • 0 - 1 • 2 - 3 • 4 - 5 • 6 - 7 • 8 - 9 • 5 - 10 	Ordinal	Cuantitativo
	Número de incidentes notificados	Número de incidentes notificados en el momento de la evaluación del cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Ningún reporte de incidentes • De 1 a 2 • De 3 a 5 • De 6 a 10 • De 11 a 20 • 21 o más 	Ordinal	Cuantitativo

	Respuestas positivas, neutras y negativas en cada una de las 12 dimensiones de la Cultura de Seguridad del paciente	Porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas en cada una de las 12 dimensiones de la Cultura de Seguridad del paciente comparadas en los periodos de aplicación de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas positivas • Respuestas negativas • Respuestas neutras 	Nominal	Cualitativo
--	---	--	--	---------	-------------

9. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la ejecución del presente estudio se obtuvo la autorización del comité de investigaciones de la institución para hacer uso de datos para el análisis estadístico. Cabe resaltar que la encuesta fue aplicada previamente por la institución en los años 2019 y 2021, con una muestra total de 900 colaboradores.

El procesamiento y análisis de los datos, se realizará a través de un proceso estructurado de revisión y validación de la calidad de los datos en el programa Excel en una hoja de cálculo diseñada por los investigadores y posteriormente se exportarían a la herramienta suministrada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Se procederá a realizar el análisis de estos, siguiendo la metodología propuesta por la agencia estadounidense para la investigación y la calidad de la salud, realizando el cálculo del porcentaje de puntuaciones positivas tomando los puntajes de los ítems redactados positivamente, que corresponden al porcentaje combinado de respuestas "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo", o "Siempre" o "La mayor parte del tiempo".

Las respuestas intermedias "respuesta indiferente" o "algunas veces" de la escala se reportan como una categoría independiente donde la contestación se catalogó como respuestas neutrales. Así mismo, se calcula el porcentaje de puntuaciones negativas,

tomando el porcentaje combinado de respuestas "Muy en desacuerdo" o "En desacuerdo" o "Nunca" o "Rara vez", para las preguntas redactadas negativamente. Para obtener la medida compuesta de cultura de seguridad para cada dimensión, se promedia el resultado de puntajes para cada elemento incluido.

Con los resultados calculados, se determinarán las fortalezas y debilidades, u oportunidades de mejora con los siguientes criterios, de acuerdo a la herramienta suministrada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Clasificando una variable o una dimensión como fortaleza cuando:

- Porcentaje es mayor o igual a 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo.
- El porcentaje es mayor o igual a 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo.

Así mismo se clasifica un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplearán los siguientes criterios:

- Porcentaje es mayor o igual a 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo.
- Porcentaje mayor o igual a 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

Posteriormente se sistematizarán los datos en el programa estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) para el análisis de correlación a través de la significancia bilateral del coeficiente de correlación de Pearson.

9.1 CONTROL DE SEGOS

En esta investigación, la información es obtenida directamente por parte de los participantes a través de un instrumento disponible de manera electrónica. A continuación, se describen los principales sesgos potenciales y las estrategias implementadas desde el diseño y el análisis.

- Sesgos de selección: Desde el diseño del estudio se realiza el cálculo del tamaño de muestra de forma que permita la representatividad de los diferentes grupos asistenciales y administrativos de la institución. La encuesta fue enviada a todos los colaboradores independientemente de su tipo de vinculación laboral

incluyendo el personal tercerizado. Adicionalmente el instrumento utilizado es autoadministrado y la participación es de carácter anónima.

- Sesgo de no respuesta: Se garantizó la anonimidad en la aplicación del cuestionario, que no incluyó información personal de los participantes. El personal encargado del análisis de la información no contaba con información que permitiera identificar a los participantes.
- Sesgo de información: En los periodos de aplicación de la encuesta se utilizó el cuestionario AHRQ 2019-2021, validado al español. validado por la AHRQ y el ministerio de salud de Colombia.
- Sesgo de confusión: Posterior a la recolección de información se realiza depuración de la información y análisis univariado para cada una de las dimensiones. Se identificarán posibles factores relacionados a través de análisis de correlación e identificación de variables de confusión. El análisis de datos se realizará con el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS)

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se considera sin riesgo de acuerdo con los aspectos éticos establecidos en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia(48), se considera acorde a la resolución citada. Es una investigación sin riesgo por ser un estudio descriptivo, correlacional de la información obtenida de las encuestas de percepción de seguridad del paciente aplicadas al personal en la institución los Cobos Medical Center. De acuerdo con la metodología empleada para la medición de clima de seguridad, la información de los participantes de la encuesta es anónima y se solicita autorización del comité de investigaciones de la institución para hacer uso de datos para el análisis estadístico.

Esta investigación se encuentra amparada por el artículo segundo de la Ley Estatutaria de Habeas Data y Protección de Datos Personales, Ley 1581 de 2012(49), Título III. Categorías especiales de datos. Artículo 6o. Tratamiento de datos sensibles - artículo 10. Casos en que no es necesaria la autorización. La autorización del Titular no será necesaria cuando se trate del tratamiento de información y tenga una finalidad histórica, estadística o científica siempre y cuando la información se mantenga

anónima durante toda la investigación, tal como se hará en este estudio. Los datos extraídos de las encuestas de la percepción de seguridad del paciente en la institución se mantendrán bajo custodia del investigador principal, vigilados de igual manera por la institución y en seguimiento de la Universidad El Bosque. No se requiere consentimiento informado para el desarrollo de este proyecto de investigación. No será financiado por Universidad El Bosque ni por la institución Los Cobos Medical Center, este estará a cargo del Investigador principal. Al finalizar el estudio se presentación al CEI de los resultados obtenidos; De igual manera, se resalta que en este estudio no se realizará ninguna intervención sobre los pacientes.

10.1 DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS.

Dando cumplimiento a la normatividad vigente Resolución 8430 de 1993, Resolución 2378 de 2008, Declaración de Helsinki, Pautas Éticas Internacionales CIOMS, Código Federal del NIH, Guía de Buenas Prácticas Clínicas, Confirmando que: No tengo intereses económicos personales, no tengo intereses económicos no personales, no tengo intereses no económicos personales, no tengo intereses económicos, personales o de un familiar (primer grado de consanguinidad, cónyuge, pareja de hecho).

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Para la puesta en marcha del proyecto de investigación denominado “Factores relacionados con clima de seguridad del paciente en un hospital de alta complejidad en Colombia en el periodo previo y posterior al impacto global del covid-19” se estableció el siguiente cronograma de actividades:

ACTIVIDADES	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10
Búsqueda de referencia bibliográfica	■	■								
Descripción marco conceptual		■								
Descripción de objetivos de la investigación		■								
Diseño de pregunta problema		■								
Descripción del planteamiento del problema		■								
Descripción del contexto institucional		■								
Descripción de la metodología			■							
Definición de variables			■							
Ajustes al documento				■	■	■	■	■		
Presentación del proyecto ante el comité de investigación de los Cobos Medical Center							■			
Presentación del proyecto ante el comité de investigación de la universidad El Bosque									■	
Socialización de trabajos de grado										■

12. PRESUPUESTO

Para el proyecto de investigación denominado “Factores relacionados con clima de seguridad del paciente en un hospital de alta complejidad en Colombia en el periodo previo y posterior al impacto global del covid-19” se diseñó el siguiente presupuesto:

ITEM	A	B	C
	RUBROS	JUSTIFICACIÓN	UEB EFECTIVO (DINERO)
1	Talento humano	Tiempo empleado para la captura de información, búsqueda de literatura publicada acerca del evento de interés, análisis con el equipo de los Cobos Medical Center.	\$ 10.000.00
2	Software y Equipo PC	Equipo que se usa para la descripción y desarrollo del proyecto, software de recolección de información y de análisis SPSS disponible en los Cobos Medical Center	\$ 0.00
3	Presentación del proyecto ante el comité de investigación de la universidad El Bosque	Entrega del documento	\$ 0.00
Total:			\$ 10.000.00

13. ANEXOS

Formato de la encuesta de Percepción de seguridad del paciente empleado en Los Cobos Medical Center en los años 2019 y 2021.

1. ANTECEDENTES ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución? Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

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

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área / unidad? Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

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

3. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en la institución? Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Menos de 20 horas a la semana
- De 20 a 39 horas a la semana
- De 40 a 59 horas a la semana
- De 60 a 79 horas a la semana
- De 80 a 99 horas a la semana
- De 100 a la semana ó más

Página 1/5

4. ¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque la opción que mejor describa su posición laboral. Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

5. ¿Qué tipo de contrato tiene? Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Empleado de nómina
- A través de una sociedad
- Prestación de servicios

6. En su cargo, ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? Por favor seleccione *sólouna* de las siguientes opciones:

Si

No

7. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión? Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Menos de 1 año

De 1 a 5 años

De 6 a 10 años

De 11 a 15 años

De 16 a 20 años

De 21 años o más

8. SU ÁREA / UNIDAD DE TRABAJO: En esta encuesta, piense en su unidad como el área de trabajo, departamento o área clínica de la institución donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo. ¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en esta institución? Marque UNA SOLA OPCIÓN. Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

9. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta siendo (1) muy en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) ni en desacuerdo ni acuerdo, (4) de acuerdo y (5) muy de acuerdo. Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
La gente se apoya una a la otra en esta unidad.					
Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo					
Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo					
En esta unidad, el personal se trata con respeto					
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.					
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.					
Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.					
El personal siente que sus errores son considerados en su contra.					
Los errores han llevado a cambios positivos aquí					
Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.					

Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan					
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema					
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad					
Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.					
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.					
El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.					
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.					
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.					

1. SU JEFE /DIRECTOR: Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su jefe o la persona a la cual usted le reporta directamente. Piense en su unidad / área de trabajo. Marque UNA SOLA OPCIÓN, siendo (1) muy en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) ni en desacuerdo ni acuerdo, (4) de acuerdo y (5) muy de acuerdo.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni en acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.					
Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes que puedan afectar la seguridad del paciente.					
Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repite una y otra vez					

1. COMUNICACIÓN: ¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su área / unidad de trabajo? Califique teniendo en cuenta la siguiente escala: Nunca=1 Rara vez=2 Algunas veces=3 La mayoría de veces=4 Siempre=5. Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
El área de seguridad de paciente y/o Jefaturas de Unidades funcionales nos informan sobre los eventos presentados y los cambios realizados que se basan en reportes de seguridad					
El personal puede hablar libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.					
Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta unidad.					
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.					
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.					

2. FRECUENCIA DE EVENTOS REPORTADOS / ERRORES REPORTADOS: En su área / unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿con qué frecuencia son reportados? Siendo (1) Nunca, (2) rara vez, (3) algunas veces, (4) la mayoría de veces y (5) siempre. Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
Cuándo se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, es reportado?					

1. GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: Por favor, asígnele a su área / unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Excelente
- Muy bueno
- Aceptable
- Pobre

2. SU INSTITUCIÓN: Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su institución. Marque UNA SOLA OPCIÓN, siendo (1) muy en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) ni en desacuerdo ni acuerdo, (4) de acuerdo y (5) muy de acuerdo. Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
La Presidencia de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
Las unidades de esta institución no están bien coordinadas entre si.					
La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra.					
Hay buena cooperación entre las unidades de la institución que requieren trabajar conjuntamente					
Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.					
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta institución					
A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución.					
Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
La Presidencia de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adve					

Las unidades de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes					
Los cambios de turno en esta institución generan problemas para los pacientes.					

1. Número de eventos adversos / errores reportados: En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos / errores ha diligenciado y enviado? Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

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

2. COMENTARIOS: Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, reporte de errores o eventos adversos en su institución. Por favor, escriba su respuesta aquí

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Arias-Botero JH, Segura-Cardona ÁM, Rodríguez FA, Saldarriaga CA, Gómez-Arias RD, Arias-Botero JH, et al. Clima de seguridad del paciente en unidades quirúrgicas de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contratación. *Colombian Journal of Anesthesiology* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2022 Nov 16];48(2):71–7. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472020000200071&lng=en&nrm=iso&tlng=es
2. (PDF) Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS / History of patient's Safety. From the dawn of civilization to the WHO Global Patient Safety Challenges and IBEAS study [Internet]. [cited 2022 Oct 25]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/330324636_Historia_de_la_seguridad_del_paciente_Hitos_principales_desde_los_albores_de_la_civilizacion_hasta_los_primeros_retos_globales_y_el_estudio_IBEAS_History_of_patient's_Safety_From_the_dawn_of_civilizat
3. Vista de Nuevo enfoque en la atención en salud: la seguridad del paciente [Internet]. [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/102/107>
4. La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” [Internet]. [cited 2022 Oct 25]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001
5. Arpí L, Panattieri ND, Godio FC, Paz VS, Dackiewicz N. Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina: Estudio transversal. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2022 Oct 25];115(1):82–8. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752017000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Seguridad del paciente [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
7. De Sanidad M, Consumo Y. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos
Calidad y Evaluación Sanitaria
Calidad y Evaluación Sanitaria Planificación Sanitaria
Planificación Sanitaria SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
8. Fonseca-Mesa DA, Serpa-Pérez PC, Arias-Botero JH. Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. *Salud UIS* [Internet]. 30 de marzo de 2021 [citado 9 de junio de 2023];53. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/10959>

9. Mariela D, Borgarello E, Losardo RJ, Dra C, Borgarello ME. Prevención del estrés y burn-out del equipo de salud: el nexo con la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente Preventing Stress and Burn-Out of Healthcare Staff: linkage with Quality of Healthcare Systems and Patient Safety ARTÍCULO ORIGINAL. Vol. 134.
10. Tarazona-Santabalbina FJ, Martínez-Velilla N, Vidán MT, García-Navarro JA. COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Oct 26];55(4):191. Available from: [/pmc/articles/PMC7188650/](https://pmc/articles/PMC7188650/)
11. Normatividad_Nuevo - Decreto 538 de 2020.pdf [Internet]. [cited 2022 Oct 26]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5982
12. Conde Sánchez EB, Osorio Zappa B, Polo Osorio LP. Programas de seguridad del paciente en las empresas sociales del estado en Colombia durante la pandemia por Covid-19. 2022 Aug 31 [cited 2022 Oct 26]; Available from: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/6499>
13. Aguilar LE, Sandra R, Camayo L, Ana H, Collazos C, Maira C, et al. Auditoría de eventos adversos en tiempos de pandemia Covid – 19 en un servicio de urgencias de un hospital del Valle del Cauca durante el primer semestre del 2020. 2021 [cited 2023 Jun 8]; Available from: <https://repository.universidadean.edu.co/handle/10882/10388>
14. Casos confirmados de COVID-19 | SALUDATA [Internet]. [cited 2022 Nov 8]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/>
15. Ley 23 de 1981 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>
16. Seguridad del paciente [Internet]. [cited 2023 Apr 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
17. Seguridad del paciente [Internet]. [cited 2022 Oct 6]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
18. Patient safety [Internet]. [cited 2022 Oct 8]. Available from: https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
19. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente [Internet]. [cited 2022 Oct 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329285>
20. Nuñez Samaniego EI, Nuñez Samaniego EI. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú - 2018. 2020 [cited 2023 Apr 26]; Available from: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/2481>

21. Decreto 1011 de 2006: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud – Tribunal de Ética Odontológica de Nariño [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: <https://www.teonarino.org/decreto-1011-de-2006-sistema-obligatorio-de-garantia-de-calidad-de-la-atencion-de-salud-del-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud/>
22. Principios de la política de seguridad del paciente en Colombia | Universidad El Bosque [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: <https://www.unbosque.edu.co/blog-universidad-el-bosque/principios-de-la-politica-de-seguridad-del-paciente-en-colombia>
23. Hugo Arias-Botero J, Darío Gómez-Arias R. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición The patient safety culture: approaches and methodologies for measurement. *CES Med* [Internet]. 2017 [cited 2022 Oct 6];31(2):180–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.31.2.7>
24. Rahimi E, Alizadeh SS, Safaeian AR, Abbasgholizadeh N. Dimensions analysis of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire in Iran: Psychometric properties. *International Journal of Health Planning and Management*. 2020 Nov 1;35(6):1532–45.
25. Del Paciente La Atención Segura SY. Versión 2.0. [cited 2022 Oct 13]; Available from: <http://www.>
26. Anestesiología Reanimación de, Científico de la Sociedad Española de Anestesiología Ó, Terapéutica del Dolor R. S A N I D A D EDICIONES REdAR Revista Española Seguridad del paciente en Anestesia. 2012 [cited 2022 Oct 6]; Available from: www.sedar.es/socios/Revista/infoautor.htm
27. Hao HS, Gao H, Li T, Zhang D. Assessment and Comparison of Patient Safety Culture Among Health-Care Providers in Shenzhen Hospitals. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 8];13:1543–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32982512/>
28. Amiri M, Khademian Z, Nikandish R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ* [Internet]. 2018 Jul 3 [cited 2022 Oct 8];18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29970054/>
29. Tartaglia Reis C, Guerra Paiva S, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 8];30(9):660–77. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/9/660/4998840>
30. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2022 Oct 8];34(4):287. Available from: [/pmc/articles/PMC6561834/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111111/)
31. Best Practices in Patient Safety 2nd Global Ministerial Summit on Patient Safety Content.

32. Patient Safety and Adverse Events, 2011 and 2014 - PubMed [Internet]. [cited 2022 Oct 8]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30063312/>
33. 356-364-C03-12549.EME-ORIGINAL-Roqueta. [cited 2022 Oct 13]; Available from: <http://www.semes.org/psemes/formacion.htm>
34. 356-364-C03-12549.EME-ORIGINAL-Roqueta. [cited 2022 Oct 5]; Available from: <http://www.semes.org/psemes/formacion.htm>
35. de Santander Colombia Meléndez Méndez U, Hernández G, Salinas G, Fernanda J, Castillo C, García G, et al. PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO EN MÉXICO. Revista CUIDARTE [Internet]. 2014 [cited 2022 Oct 6];5(2):774–81. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533181009>
36. SOPS User Network A. HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE VERSION 2.0 USER'S GUIDE PATIENT SAFETY. [cited 2022 Oct 8]; Available from: <http://www.ahrq.gov>
37. Zebrak K, Yount N, Sorra J, Famolaro T, Gray L, Carpenter D, et al. Development, Pilot Study, and Psychometric Analysis of the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Workplace Safety Supplemental Items for Hospitals. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2022 Oct 8];19(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35682402/>
38. Zwijnenberg NC, Hendriks M, Hoogervorst-Schilp J, Wagner C. Healthcare professionals' views on feedback of a patient safety culture assessment. 2016;
39. Bates DW, Singh H. Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. Health Aff (Millwood) [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2022 Oct 8];37(11):1736–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30395508/>
40. Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries | READ online [Internet]. [cited 2022 Oct 8]. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/culture-as-a-cure_6ee1aeae-en#page1
41. Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Oct 8];18(5):1–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33802265/>
42. Alanazi FK, Sim J, Lapkin S. Systematic review: Nurses' safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals. Nurs Open [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2022 Oct 8];9(1):30–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34538027/>
43. Kalánková D, Bartoníčková D, Gurková E, Žiaková K, Kurucová R. A VALIDATION STUDY OF THE SLOVAK VERSION OF THE HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (WITH SLOVAK NURSES). Cent Eur J Nurs Midw. 2021;12(2):353–65.

44. Lawton R. Barriers to incident reporting in a healthcare system. [cited 2022 Oct 22]; Available from: www.qualityhealthcare.com
45. El reporte de eventos adversos: motor de la gestión clínica » Organización para la Excelencia de la Salud – OES [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <https://oes.org.co/download/el-reporte-de-eventos-adversos-motor-de-la-gestion-clinica/>
46. EMS Quality Improvement Programs - PubMed [Internet]. [cited 2022 Oct 8]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725667/>
47. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA, Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería universitaria* [Internet]. 2017 Jan [cited 2022 Oct 21];14(1):47–53. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100047&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Resolución 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científ [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/historico-transparencia-acceso-informacion/normatividad/normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-aseguramiento-salud-proas/normas-externas-aplicadas-al-regimen/resolucion-8430-1993-se-establecen-las>
49. Ley 1581 de 2012 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>

