

**ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA MEJORAR LA CULTURA DEL REPORTE DE  
EVENTOS ADVERSOS EN INSTITUCIONES DE SALUD: REVISIÓN DE LITERATURA**

**LUISA FERNANDA ORDOÑEZ CLAROS**

**UNIVERSIDAD DEL BOSQUE  
ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
BOGOTÁ D.C. 2021**

**ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA MEJORAR LA CULTURA DEL REPORTE DE  
EVENTOS ADVERSOS EN INSTITUCIONES DE SALUD: REVISIÓN DE LITERATURA**

**LUISA FERNANDA ORDOÑEZ CLAROS  
TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**DIRECTORAS DE TESINA:**

**JESSICA LOZANO MURILLO**

**MARIA ZORAIDA ROJAS MARIN. MAGISTER EN CIENCIAS  
FARMACOLOGÍA.ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA, ENFERMERIA  
CARDIORESPIRATORIA.**

**UNIVERSIDAD DEL BOSQUE  
ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
BOGOTÁ D.C. 2020**

Nota de aceptación:

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Bogotá, 29 de octubre de 2020

## AGRADECIMIENTO

*En el presente trabajo agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.*

*A mi madre, mi padre (QEPD), esposo, hija y mi hermana Luz; por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes presentados.*

*Agradezco a mi directora de tesis Jéssica Lozano Murillo, quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en este trabajo, por sus consejos, enseñanzas, apoyo y sobre todo: la confianza brindada en los momentos más difíciles durante el desarrollo de este trabajo.*

*Agradezco a los todos docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo me motivaron a desarrollarme como persona y profesional en la Universidad El Bosque.*

## DEDICATORIA

*La realización de este trabajo lo dedico a Dios, a mis padres, a mi esposo, a mi hija, a mi hermana y gran amiga Luz, quienes fueron las personas que día a día me impulsaron para seguir adelante ante tantos intentos de desfallecer; ellos: mi gran inspiración, quienes confiaron en mí siendo mi apoyo en este caminar.*

*A mi jefe y compañeros de trabajo; los cuales permitieron de alguna forma materializar este deseo; y demás personas que contribuyeron con su granito de arena para culminar con éxito otra etapa más de mi vida.*

## TABLA DE CONTENIDOS

### Contenido

TABLA DE CONTENIDOS.....	6
I. FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA .....	7
1. TÍTULO DE LA PROPUESTA.....	7
2. RESUMEN EJECUTIVO .....	7
3. PALABRAS CLAVE.....	8
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	22
6. OBJETIVOS.....	23
Estrategias de seguridad:.....	31
Cultura de seguridad:.....	32
Seguridad del paciente. ....	27
Reporte de eventos adversos:.....	33
8. ESTADO DEL ARTE.....	11
9. METODOLOGÍA .....	35
REFERENCIAS .....	39

## **1. FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA**

### **1. TÍTULO DE LA PROPUESTA**

Estrategias efectivas para mejorar la cultura del reporte de eventos adversos en instituciones de salud: revisión de literatura

### **2. RESUMEN EJECUTIVO**

La seguridad del paciente ha adquirido una dimensión internacional y se ha incorporado a las agendas políticas y debates de interés en Salud, donde la revisión de marcos normativos y estrategias de prevención de eventos adversos, son puntos referentes para lograr los objetivos propuestos. Así como El Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia (2009), tomó la decisión de acogerse al tema de los eventos adversos trazadores ( como se le llamó en ese momento), en diciembre de 2007, se publica el libro: “Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”; buscando en las últimas décadas, la seguridad del paciente, la cual ha ganado fuerzas, debido a su dependencia con la atención en salud, bajo la Política de seguridad del paciente la cual es impulsada a nivel nacional. El objetivo es proveer servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios; buscando de esta forma la prevención, reducción y en lo posible la eliminación de la ocurrencia de eventos adversos. Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (habilitación, auditoría, acreditación y sistema de información para la calidad), la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (art. 2 y 25). La Política de Seguridad del Paciente en Colombia es el conjunto de

acciones y estrategias sencillas que impulsa el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entes de Vigilancia y Control y demás actores involucrados; que propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente y su familia de riesgos evitables derivados de la atención en salud

El presente trabajo busca, después de un análisis de literatura, identificar las estrategias efectivas utilizadas para mejorar la cultura del reporte de eventos adversos en las organizaciones de salud para contribuir no solo a la seguridad del paciente como parte fundamental del quehacer diario, sino de la adopción de una cultura de seguridad del paciente, entendiendo que se construye desde cada individuo y por las acciones que se implementan desde la misma institución.

### **3. PALABRAS CLAVE**

Cultura de Seguridad del Paciente – Reporte – Atención en Salud - Evento Adversos e Incidentes.

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el siglo XXI la seguridad del paciente se ha convertido en uno de los temas principales de cualquier sistema sanitario, Revista Costos y Gestión (Vol. XX, No. 77, 2010). A su vez, los eventos adversos son considerados como “acontecimientos asociados al proceso asistencial que suponen consecuencias negativas para los pacientes, implican problemas de insuficiencia en los diferentes sistemas sanitarios”. Así, aunque la preocupación por la seguridad del paciente siempre ha estado presente entre los profesionales sanitarios, se convirtió en algo prioritario a raíz de la publicación en 1999 del informe “To Err is Human: Building a Safer Health System”, que situaba los errores médicos como la séptima causa de muerte en Estados Unidos. (Escobar, López, & Turrens, 2009). Al interior de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se planteó a partir de 2004, una gran Alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. El programa de la Alianza para la Seguridad del Paciente incluye una serie de medidas consideradas claves para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «ante todo, no hacer daño». Organización Mundial de la Salud, (2008). A nivel mundial, la inquietud por los eventos desfavorables que puede ocasionar la atención de la salud es una preocupación no solo para el personal del sistema de reporte voluntario de eventos adversos, sino para la coordinación entre los diferentes actores.

En la revista Actualizaciones de Enfermería Vol. 10 N°4 (2007), se argumenta, que: *“Los eventos adversos representan un aumento en los costos hospitalarios y del Sistema de Salud en general. En Estados Unidos de América, el precio de los eventos evitables, incluyendo la pérdida de ingresos (lucro cesante), discapacidad y gastos médicos, entre otros, se estima entre 17,000 y 29,000 millones de dólares anuales. En Gran Bretaña, el incremento de la estancia hospitalaria genera un costo adicional de 2,000 millones de libras*

y de 400 millones por demandas médico legales”, esto quiere decir que, las practicas inadecuadas y la reducida implementación de una cultura de seguridad en el paciente, acarrear grandes pérdidas, ante la reparación de daños causados, uso repetitivo de insumos médicos, lo cual tiene como consecuencia el incremento de costos y gastos y afectaciones en el bienestar de las personas.

En el estudio “Costos de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México”(2015), se indicó el aumentos de costos para una institución prestadora de servicios de salud, en cuanto a recurso humano, material y de equipamiento, con repercusiones desfavorables al gasto o erario público, en este mismo estudio se evidencio“5 eventos adversos graves que ocurrieron en otros hospitales; y que por solicitud de los pacientes o familiares fueron trasladados al hospital comunitario de enseñanza. Dos casos se originaron en hospitales públicos y 3 casos en hospitales privados. Esto representó el 14.7% de los casos y 1,045,068.9 pesos mexicanos (79,412.53 dólares americanos) que correspondió con el 26% del costo directo para la institución. De igual forma, una parte de este presupuesto fue asumido por el Sistema de Protección Social en Salud y por el gasto social”.

Desde un panorama de afectación en los programas de seguridad por ausencia o debilidad en la cultura del reporte, se encuentran estudios e investigaciones que evidencian la falta o ausencia de estrategias o herramientas de reporte, lo cual podemos evidenciar en la investigación Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México (2019), en el cual no se presentaron estrategias en pro de la seguridad del paciente y del personal sanitario, requiriendo la necesidad de implementar un programa eficaz.

Por su parte Alarcón et al,2016 en el estudio “Cultura de reporte en seguridad del paciente en la Clínica Sebastián de Belalcázar”, da como evidencia la reducida adherencia a la cultura de reporte de eventos adversos por parte del personal de enfermería al programa de seguridad del paciente, a

lo cual se recomienda la realización e implementación de planes de mejoramiento que incentiven el incremento de la cultura del reporte, manifestando que la falta de cultura conlleva a la ausencia del reporte, y si hay ausencia de reporte, hay debilidad en sistemas de planes de mejoramiento en las instituciones prestadoras de salud.

Continuando con el análisis de esta problemática, existen diversos autores que plantean intervenciones y propuestas de actividades para fomentar las practicas seguras, las cuales se presentan de una manera detallada a continuación en el presente estado del arte (tabla 1), como antecedentes de relevancia.

**Tabla1. Estado del arte**

NIVEL INTERNACIONAL			
<i>AUTOR</i>	<i>TITULO/AÑO</i>	<i>FINALIDAD</i>	<i>CONCLUSIONES DEL ANALISIS</i>
Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido	La seguridad del paciente en siete pasos/2005	El Documento, Siete Pasos, elaborado por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido supone una guía de referencia para una aproximación y seguimiento en relación las actividades vinculadas en esta área de trabajo.	Esta guía constituye una referencia para la planificación y seguimiento de las actividades ligadas a la seguridad del paciente. El seguimiento de estos pasos ayudará a asegurar que el servicio sanitario proporcionado sea lo más seguro posible, y que cuando las cosas no vayan bien se reaccione de la forma correcta. Este documento muestra una tabla basada en ejemplos de EAS, promoviendo la seguridad del paciente.

<p>M. Škodová, M.J. Velasco Rodríguez, M.A. Fernández Sierra/España</p>	<p>Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel.</p>	<p>Tiene como objetivo: Identificar la cultura sobre seguridad del paciente (SP) percibida por los profesionales sanitario del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada.</p>	<p>Después del análisis de los estudios realizados se concluye que: “La percepción global de seguridad del paciente en el HUVN es buena, aunque la comunicación sobre errores es deficiente. La principal área de mejora es la comunicación abierta sobre los errores. Es recomendable promover programas de sensibilización y formación de los profesionales e implantar sistemas de registro de eventos adversos.” Esto demuestra que hay mucha deficiencia relacionada con el reporte y que no existen estrategias para que esto se genere.</p>
<p>Gobierno De España Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad</p>	<p>Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020</p>	<p>Los objetivos de la estrategia inicialmente se orientaron a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias; incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos.</p>	<p>Este estudio arroja dentro de sus recomendaciones en cuanto a las líneas estratégicas: “Desarrollar acciones con los gerentes y profesionales que favorezcan la notificación, el análisis y la gestión de incidentes relacionados con la atención sanitaria”. Esto debido a que, de acuerdo a su estadística, un 72,2% de las Comunidades Autónomas dice que facilita información a los profesionales sobre estándares, medidas para reducción de incidentes y buenas prácticas en seguridad del paciente.</p>
<p>Cristián Roccoa, Alejandro Garrido</p>	<p>Seguridad Del Paciente y Cultura De Seguridad. 2017</p>	<p>Este artículo explora las definiciones, procesos y estrategias encaminadas a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas y aumentar la Probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.</p>	<p>Este estudio dentro de sus conclusiones, manifiesta “A pesar de los avances en los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, debemos seguir avanzando en la seguridad del paciente. Esto implica, la implementación de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, con una cultura no punitiva, centrando el análisis en lo que pasó y no en quien lo hizo” La Comisión Europea incluye el fomento de la notificación como una herramienta para diseminar la Cultura de Seguridad; la actualización periódica y la difusión de recomendaciones sobre puesta en marcha y funcionamiento de un sistema de notificación de incidentes para el aprendizaje.</p>

M.E. Ramírez-Martínez A. González Pedraza-Avilés	Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. 2017	Identificar la percepción sobre clima y cultura de seguridad, y determinar la prevalencia de eventos adversos en el personal de enfermería de una clínica de primer nivel.	Este estudio arroja como resultado que, a pesar de las investigaciones realizadas y las encuestas aplicadas, queda claro que los principales errores referidos por el personal de enfermería fueron los de comunicación, y el temor de informar, es evidente que no está clara la cultura del reporte de eventos adversos, haciéndose necesario implementar estrategias que motiven al personal para que se informe oportunamente.
Villarreal Pérez JZ, et al. Medicina Universitaria 2011; Revista Medicina Universitaria. Facultad de Medicina UANL. Publicado por Elsevier México	To Err is Human. 1999	Diseminar una cultura para el cambio que permita al público demandar de sus líderes que hagan de la seguridad una prioridad local y que permita a los profesionales sanitarios adquirir un compromiso que no responda sólo a mandatos sino fundamentalmente a la necesidad de la mejora de calidad de atención a sus pacientes.	Este documento primordial para el manejo de las entidades de salud y sus empleados, manifiesta referencias que clasifican los errores como de omisión y comisión, describiendo como de omisión la ausencia de diagnósticos o tratamientos, y los de comisión la realización de éstos de manera incorrecta. Este documento nos direcciona hacia la identificación de los factores que pueden influir para que el ser humano cometa errores.
Prof. Jesús María Aranz Andrés Prof. Carlos Aibar Remón	IBEAS 2011 Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. El Estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS).	La aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los Efectos Adversos (EA) y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables.	Por primera vez, estimar la magnitud en algunos hospitales pioneros de Latinoamérica, del problema de seguridad del paciente o daños producidos como consecuencia de los cuidados hospitalarios. El estudio de prevalencia IBEAS realizado en América Latina, el cual además es al mayor estudio realizado en el mundo en términos de número de hospitales participantes, así como el único estudio multicéntrico internacional realizado hasta la fecha.
JESÚS M. <sup>a</sup> ARANAZ ANDRÉS	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006	1. Determinar la incidencia de EA en los hospitales de España. 2. Determinar la proporción de EA que ocurren en el periodo pre-hospitalización. 3. Identificar y describir las causas inmediatas de los EAS.	Este estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, concluye que las causas inmediatas de ocurrencia de un evento adverso estuvieron relacionadas con la medicación, infecciones nosocomiales o problemas técnicos. Además, nos dan pistas de por dónde empezar a mejorar la seguridad de los pacientes

<p>Dr. José M. Ceriani Cernadas Arch Argent Pediatr 2009;107(5):3 85-386 / 385</p>	<p>La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente"</p>	<p>Difundir y promover la adaptación local de la agenda de investigación mundial para mejorar la seguridad de la atención.</p>	<p>Programa nuclear de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. El programa desarrolla en ciclos de dos años. 1. Identificar métodos e instrumentos para la investigación. 2. Desarrollar alternativas de formación en la investigación sobre seguridad del paciente; 3. Financiar proyectos de investigación prometedores en seguridad del paciente; 4. Crear una plataforma que favorezca el intercambio y la comunicación entre investigadores. 5. Respalda proyectos de investigación en países en desarrollo. 6. Resumir y difundir el conocimiento sobre la falta de seguridad de la atención y las soluciones eficaces para reducir el problema.</p>
<p>Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza</p>	<p>Alianza mundial para la seguridad del paciente segundo reto mundial por la seguridad del paciente, la cirugía segura salva vidas</p>	<p>Investigación encaminada a promover la seguridad del paciente está aún en sus comienzos.</p>	<p>Mejorar la seguridad del paciente tienen como propósito encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes, de acuerdo con las investigaciones realizadas por este estudio. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente tiene por objeto promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados de la investigación en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes.</p>
<p>Enfermería Global N° 35 Julio 2014 *Lima, Fabiane da Silva Severino *Souza, Natalia Pimentel Gomes **Freire de Vasconcelos, Patricia ***Aires de Freitas, Consuelo Helena Bessa Jorge, María Salete ****De Souza Oliveira, Adriana Catarina</p>	<p>Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería</p>	<p>Tiene como objetivo investigar cómo el término seguridad viene siendo abordado en el escenario del cuidado de enfermería en el ámbito nacional e internacional.</p>	<p>Nos muestra como las prácticas seguras de salud deben ser incentivadas con la promoción de un trabajo en equipo, valorización del diálogo, de la comunicación abierta sobre el error, vigilancia para detección precoz de los fallos, promoción de ambientes que valoren al trabajador, disminuyendo las consecuencias sobrenidas de la sobrecarga de trabajo y generación de estrés, cansancio y desmotivación. Así como el desarrollo de un cuidado centrado en el paciente y en la familia, favorecimiento de las relaciones interpersonales, mejora del sistema de prestación de la asistencia sanitaria, por medio de la gestión de la calidad y promoción de políticas de prevención de errores.</p>

<p>HUGHES, Linda C. Reprinted with permission from Health Care Management Review, 2009</p>	<p>Quality and strength of patient safety climate on medical–surgical units</p>	<p>Describir el clima de seguridad del paciente percibido por los enfermeros, que actúan como cuidadores directos en unidades de enfermería médico quirúrgicas, seleccionados a partir de una muestra nacional de hospitales de cuidados agudos.</p>	<p>Los resultados presentan la enfermería ligada directamente tanto con la producción del error, como con la promoción de la seguridad. Siendo mencionada también como profesión con mayor probabilidad de identificación del error, debido a las características de su práctica profesional, actuando directamente con el cuidado del paciente en los diversos ámbitos de la asistencia para la salud.</p>
<p>Trabajo de Grado de Enfermería a. 28 de junio de 2013 Facultad de Enfermería e Polodoxía Universidad de Coruña</p>	<p>Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería.</p>	<p>Seguridad del paciente de los profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Conocer las dimensiones valoradas positiva y negativamente por los profesionales de Enfermería. Dar a conocer estrategias de mejora de la Seguridad del Paciente.</p>	<p>Resultados de la valoración del nivel de cultura de los profesionales de Enfermería del servicio de Urgencias</p>
<p>Enfermería Global N° 33 enero 2014 Camargo Tobias, Gabriela Queiroz Bezerra, Ana Silvestre Branquinho, Nayla Cecília de Camargo Silva, Ana Elisa Bauer</p>	<p>Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico</p>	<p>Describir las características de la literatura científica sobre la seguridad de los pacientes en relación con la gestión de la seguridad y la cultura de la organización.</p>	<p>Este estudio tiene como objetivo despertar la construcción del conocimiento sobre seguridad del paciente y las actitudes de los profesionales en lo que se refiere a la cultura organizacional revelan claramente la falta de comunicación y gestión de riesgos, del registro electrónico eficaz, de la falta de estandarización de la terminología relacionada con los eventos adversos, de la preocupación del liderazgo con el crecimiento institucional, con actitudes proactivas frente al error y la necesidad de capacitación en el servicio. Actuar para el alcance de la cultura de seguridad de las organizaciones requiere un cambio del pensamiento, uso de registros adecuados y conocimiento de los errores actuales.</p>

<p>Aintzane Orkaizagirre Gómara. Tesis Doctoral Facultad de Ciencias de la Salud Departamento de Fisiatría y Enfermería Zaragoza, noviembre 2015</p>	<p>La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias.</p>	<p>Conocer si las enfermeras noveles en unidades médicas y quirúrgicas del Hospital Universitario Donostia (HUD) cometen eventos adversos y notifican incidentes y la influencia de los factores sociodemográficos y aquellos contemplados dentro de la cultura de seguridad que podrían favorecerlos.</p>	<p>Los factores que han influido en este estudio en la alta frecuencia de eventos adversos y en la variabilidad entre las unidades, destacándose como un recurso útil para el personal que se desempeña en atención a pacientes.</p>
<p>González Landázuri Jerry Geovanny. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Esmeraldas, 2018</p>	<p>Tesis de Grado Seguridad Del Paciente En El Servicio De Medicina Interna Del Hospital Delfina Torres</p>	<p>Evaluar la seguridad del paciente durante el proceso de atención del servicio de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres de Concha</p>	<p>Se destaca la importancia de la implementación y uso de herramientas metodológicas que aborden la seguridad del paciente en el servicio, se evidenció que el hospital ha desarrollado diversos programas, ha elaborado manuales y protocolos basados en las evidencias para la atención y promuevan la seguridad del paciente.</p>
<p>María Cruz Martín Delgado María del Mar Fernández Maíllo. Fundación MAPFRE 2012</p>	<p>Investigación sobre Experiencias clínicas simuladas en seguridad del paciente. Elaboración y validación de escenarios clínicos simulados</p>	<p>Identificar las competencias que los profesionales de la salud deben alcanzar para asegurar una formación específica en seguridad del paciente y diseñar experiencias clínicas simuladas (ECS) validadas dirigidas al entrenamiento y evaluación de las mismas.</p>	<p>Este trabajo contribuye de alguna manera a mejorar el conocimiento en dicha área al presentar una propuesta de competencias básicas que debería considerarse incorporarse en el itinerario formativo de cualquier profesional sanitario</p>
<p>proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009.</p>	<p>Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS</p>	<p>Evaluar si la práctica de cuidados basada en niveles de calidad, según un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales basado en el EFQM (SENECA 100), se relaciona con una mejora en la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Estudio nacional, avalado por el Ministerio de Sanidad y consumo para comprobar el nivel de seguridad en los cuidados que tienen los pacientes en los centros hospitalarios. Se trata de la implementación de una herramienta diseñada para su evaluación, y que permitan a los profesionales identificar situaciones susceptibles de hacer mejoras y, por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes en los hospitales. Este es sin duda el objetivo final que ha guiado este trabajo.</p>

Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.	Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS)	Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos (EA), y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables. Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del Paciente.	Estudia y analiza los factores determinantes que causan daño al paciente, ha sido diseñado para conocer la magnitud de los problemas que pueden ocurrir en los hospitales como resultado de la atención. Se ha tratado de un esfuerzo valiente que reconoce la complejidad del sector y que realiza el compromiso de sus líderes con la salud y el bienestar de sus pacientes.
Céspedes Orellana Evelin Lic. Díaz Romero Diana Carmen Tafur Cerna Fiorella Madalena MARZO 2018 Lima – Perú	Trabajo de Grado: Conocimiento Y Aplicación De La Lista De Chequeo de Las Enfermeras Perioperatorias	Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias del Hospital Cayetano Heredia en Lima.	Este trabajo se enfoca en la aplicación de encuestas para buscar una medición del campo estudiado, proporcionando una visión general y completa del nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía en enfermeras perioperatorias.

A NIVEL NACIONAL			
<b>AUTOR</b>	<b>TITULO/AÑO</b>	<b>FINALIDAD</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
Arias-Botero JH, Gómez-Arias RD.	La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. 2017	Este artículo, tiene como objetivo revisar los enfoques aplicados al estudio de la cultura de la seguridad y describir algunas herramientas que se han utilizado para su medición.	En este documento, no se habla de una cultura de reporte, pero fue traído a la temática del presente proyecto debido al impacto que se genera a cerca de la cultura de la seguridad del paciente y a los hallazgos de los resultados de los resultados obtenidos de dichas mediciones los cuales podrían generar interrogantes para fortalecer una cultura de reporte eventos adversos.
Olga Gómez Ramírez Wendy Arenas Gutiérrez Lizeth González Vega Jennifer Garzón Salamanca Erika Mateus Galeano Amparo Soto Gámez	Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá, Colombia/2011	Esta investigación propone describir la cultura de seguridad de la paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá.	Se presentan las dimensiones, en cuanto a la cultura de seguridad del paciente, la frecuencia de eventos notificados, lo cual se genera por la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud .Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas

			alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente.
Claudia Marcela Archila Márquez María Celeste Coelli Podio. 2008	La seguridad del paciente en la prestación del servicio de salud. (Trabajo de grado)	Realizar una revisión bibliográfica y análisis sobre el tema "Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud".	Muestra hechos y acciones hallados en un proceso de investigación con miras a garantizar la seguridad del paciente y que a su vez se convierta en documento de consulta útil tanto para el paciente como para el funcionario que presta el servicio de atención.
Luisa Fernanda Giraldo Bernal* Yeily Katherine Peña* María José Mendoza* Gisella Dayani Julio* Paula Andrea Rodríguez* Sandra P. Beltrán	Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. 2016	El objetivo de este estudio es determinar los factores que contribuyen a la omisión del reporte del incidente o evento adverso, por parte del personal de salud, y caracterizar por unidad funcional la omisión del reporte para orientar las estrategias de Intervención y mejorar la cultura de seguridad.	La importancia de la generación del reporte de eventos adversos se fortalece en este documento, afianzado en los mecanismos o sistemas de comunicación desde los diferentes puntos de vista, lo cual contribuye al mejoramiento continuo y al fortalecimiento de la política de seguridad de los pacientes.
Heidy Mabel Burbano Valdés, Mónica Elizabeth Caicedo Eraso, Andrea Cerón Burgos, Cristina Jacho Caicedo, María Clara Yépez Chamorro	Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto - Nariño, Colombia. 2013	Este estudio presenta las causas del no reporte de EA en una institución prestadora de servicios de salud de tercer y cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Pasto. Los resultados expuestos en este artículo se encuentran relacionados con los presentados en la literatura internacional.	Este estudio investigativo, en la aplicación de las encuestas, muestra como resultado que el 72% cree que no se realiza reporte de EA por temor; sin embargo, el 80% de los participantes están de acuerdo con que la mejor opción para la institución es el aumento en el reporte. Es decir, existe una conciencia de la importancia del reporte en la mayoría del personal entrevistado, sin embargo, existe un 18% que cree que es mejor disminuir dichos reportes.
Olga Lucia Moya Sáenz a Universidad del Rosario, Colombia ORCID: <a href="http://orcid.org/0000-0003-0402-861X">http://orcid.org/0000-0003-0402-861X</a> Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2018, 17(34), ISSN: 1657-7027	La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido? (artículo documental)	Fortalecer los procesos de direccionamiento estratégico, ya que permite que el enfoque de seguridad del paciente se encuentre explícito en la misión, visión, objetivos y políticas, entre otros elementos estratégicos	Es un compendio de información y exposición de casos que invita a reflexionar frente a la importancia de la seguridad y atención del paciente, la cual termina con el interrogante: ¿cuál podría ser la intervención del paciente y su familia frente a la seguridad y la gestión de riesgos en el ámbito de la APS?
Villarreal Cantillo, Elizabeth Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007	Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de	Reflexionar sobre la dimensión del problema derivado de los eventos adversos, para evitar su ocurrencia y, así, promover	Es una reflexión temática que nos conlleva a deducir, que la seguridad de los pacientes exige, en todos los niveles, el establecimiento de normas de calidad, en el proceso de

	calidad	acciones para garantizar la práctica segura.	toma de decisiones, la articulación de los recursos y las capacidades para responder a las necesidades del paciente.
Carlos Édgar Rodríguez H. Md. Magíster En Bioética, director de Acreditación en Salud, ICONTEC Revista Normas & Calidad	Estudio latinoamericano de seguridad de paciente y Acreditación en Salud	Registro e intervención de los eventos adversos, como requisito para solicitar la visita de evaluación externa, promovió el trabajo de muchas instituciones, para conocer los avances del tema en el mundo y luego para definir pasos, procedimientos, mecanismos de registro y en general herramientas para intervenir los eventos adversos y, fundamentalmente, para prevenirlos.	Este estudio nos muestra el análisis de doce instituciones de Colombia, prestadoras del servicio de atención a pacientes, para compararlas con otras de otros países y de esta manera demostrar en que rango estamos en el tema referente.
Vicente López Pinzón Milton Augusto Puentes Vega Ana Lucía Ramírez. 2016	Medición De La Cultura De Seguridad Del Paciente En Un Hospital Público De Primer Nivel En El Municipio De Villeta. (Trabajo de grado)	Describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel de Villeta, Cundinamarca, Colombia, del 18 al 29 de enero de 2016, aplicando la encuesta HSOPSC de la AHRQ traducida al español.	Es una investigación que tiene como propósito describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel que opera en la ciudad de Villeta. Para lograr dicho propósito se administró un instrumento de medición que ha sido empleado en varios países alrededor del mundo y cuenta con doce dimensiones.
Diana Carolina Castillo Solís Tulio Mario Tello Britto Yamileth Rosero Castillo Universidad Católica De Manizales Administración En Servicios De Salud	Cultura de la Seguridad del Paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad, Yumbo, Valle 2014	Evaluar la cultura de seguridad del paciente en una institución de baja complejidad en el municipio de Yumbo, Valle	Empieza a visualizarse una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de las acciones implementadas similar al resultado del estudio del padre hurtado donde los encuestados consideran que el Hospital tiende a la mejoría continua, y un alto porcentaje reconoce la implementación de medidas para evitar que se repitan los Eventos adversos cuando ocurre algún fallo.
María Consuelo Prado Cuellar Andrea Viviana Rizo Ruiz Pedro Felipe Diaz Adrián Enrique Hoyos Rodríguez. Universidad Católica De Manizales Especialización Administración En	Investigación Seguridad del Paciente un Compromiso Institucional Para una Atención más Segura	Identificar los aspectos relevantes de la seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud mediante la búsqueda bibliográfica en el periodo 2008 –2013 a nivel internacional.	Documento investigativo que invita a crear una cultura de seguridad en todos los profesionales, incentivar el reporte de los incidentes y eventos adversos con el fin de analizarlos e implementar acciones de mejora, trabajar en la prevención de caídas, correcta identificación de pacientes, control de infecciones, administración de medicamentos, ambiente laboral apropiado, involucrar en el proceso de atención

Salud III Semestre. 2014			al paciente y su familia, comunicación oportuna, efectiva y de calidad
Juliana Valencia Muñetón. Facultad De Ciencias Humanas y Sociales Cooperación Universitaria Minuto De Dios Seccional Bello. 2015	Seguridad Del Paciente Un Reto para el Trabajador Social	Determinar los limitantes de los programas de Promoción y prevención específicamente, que impiden mitigar el impacto de las enfermedades de Riesgo Cardiovascular en los contextos donde se relacionan cotidianamente los pacientes pertenecientes a Coomsocial Sede Estadio	Pone en conocimiento estrategias que han sido implementadas en forma de proyectos: 1. Estrategias que incentiven la cultura institucional en relación a la seguridad del paciente en Coomsocial sede Estadio 2. Estrategias que promuevan relaciones intrafamiliares y sociales estables mitigando así el impacto de la patología. Los dos proyectos estratégicos están enmarcados con actividades y sugerencias.
Ministerio De Protección Social. 2007	Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud.	1. Direccionar a los prestadores y a los aseguradores en la prestación segura de la atención en los pacientes. 2. Evitar los eventos adversos, identificar y gestionar cuando ocurran.	En este documento encontramos desde ejemplos de acciones a seguir, situaciones presentadas, al igual que herramientas para el proceso para la investigación y análisis de eventos adversos, la seguridad del paciente y el reporte extrainstitucional.
Jaime Eduardo Molina, MD, PHD. Ordóñez	Promoción De La Cultura De Seguridad Del Paciente Paquetes Instruccionales Buenas Prácticas Para La Atención En Salud	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la promoción de la cultura de seguridad del paciente.	Este documento es elaborado con miras a promocionar una cultura determinada es una tarea larga y compleja, ya que se trata de la implementación de una forma de comportamiento grupal lo cual implica afectar la estructura y los procesos de una población. La pretensión de esta propuesta es facilitar una serie de herramientas que permitan implementar dicha Cultura de Seguridad del Paciente.
CONSULTORSAL UD. 14 diciembre 2018	Articulo Documental seguridad del Paciente – guía de buenas prácticas.	Comprender la Política Nacional de Seguridad del Paciente y sus lineamientos, diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa institucional de Seguridad del paciente y sus actividades relacionadas, y el despliegue y capacitación de los colaboradores de esta Política.	Documento que invita a gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a pacientes, al igual aportan paquetes instruccionales.

Hospital Federico Lleras Acosta. 2016	Documento: Programa de seguridad del paciente.	Desarrollar un programa de seguridad del paciente mediante la implementación de estrategias y herramientas metodológicas preventivas y proactivas adoptadas por la institución, con el fin de identificar, evaluar y controlar los riesgos inherentes al proceso de la atención, prevenir y detectar la ocurrencia de acciones inseguras, incidentes y eventos adversos.	Trata de la implementación de un programa orientado a identificar, evaluar y controlar los riesgos inherentes al proceso de la atención, prevenir y detectar la ocurrencia de acciones inseguras, incidentes y eventos adversos, generando una cultura de seguridad del paciente, que incluye no solamente al usuario, sino también a la familia y equipo de salud.
---------------------------------------	---	--	---

Luego de este panorama, se hace necesario identificar y divulgar estrategias efectivas para mejorar el reporte de los eventos adversos en las instituciones de salud, desde el ámbito nacional e internacional, para así poder dar cumplimiento a los lineamientos internacionales pactados desde la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, incluyendo la transformación cultural del personal asistencial y administrativo en todos los procesos que involucran conseguir una cultura de seguridad enmarcada en el reporte.

## 5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Al buscar, leer y analizar documentos relacionados con la cultura del reporte de eventos adversos, se puede establecer el siguiente interrogante: **¿Qué estrategias han sido efectivas para mejorar la cultura del reporte de eventos adversos en las instituciones de salud?**

## **6. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar la producción científica disponible durante los años 2010 al 2020, relacionada con estrategias efectivas para mejorar la cultura del reporte de eventos adversos en las organizaciones de salud.

### **Objetivos específicos**

- Identificar intervenciones, actividades, herramientas y recursos (digitales, físicos, procesos de mejora continua, procesos de sensibilización) que promueven la cultura del reporte.
- Conocer intervenciones efectivas de adherencia y cambio de conductas del personal hacia el fomento de la cultura de seguridad del paciente.
- Determinar estrategias efectivas relacionadas con la comunicación asertiva en doble vía como técnica de trabajo interdisciplinario que favorece la prevención de eventos adversos.
- Reconocer actividades e intervenciones desde las prácticas gerenciales y administrativas como estrategias para mejorar cultura del reporte.

## 7. JUSTIFICACION

Para tener bases y conocimiento sobre las diferentes estrategias para mejorar la cultura del reporte de eventos adversos en las instituciones de salud, que contribuyan a procesos de mejoramiento continuo, se hace necesario hacer un recorrido documental, para identificar las intervenciones, actividades, herramientas y recursos digitales, físicos que promueven la cultura del reporte, además de conocer a cerca de intervenciones efectivas de adherencia y cambios de conducta del personal hacia el fenómeno de la cultura de reporte de seguridad del paciente.

Resulta de gran importancia igualmente determinar estrategias efectivas, relacionadas con la comunicación asertiva en doble vía, como técnicas de trabajo interdisciplinario que van encaminadas al favorecimiento de la prevención de eventos adversos. Además de reconocer actividades e intervenciones desde las prácticas gerenciales y administrativas como estrategias para mejorar la cultura del reporte.

La importancia sobre la cual recae el revisar, leer y analizar la literatura pertinente al reporte de eventos adversos, es que se facilite su comprensión y pueda ser usada de manera directa en mecanismos de prevención que mitiguen la aparición de eventos adversos y si suceden, sea reportados, para generar mecanismos de prevención, perfeccionamiento de procesos, mejora en la calidad del servicio prestado.

Al realiza una revisión de la literatura que demuestran resultados de incidencia y prevalencia de eventos adversos en la atención de pacientes, los cuales direccionan un análisis y propuestas de mejoramiento, que pueden ser punto de partida en nuestra práctica, ante situaciones similares; de esta manera procurar por

una mejora en la cultura del reporte de eventos adversos, ya que es nuestro deber que una vez que se presente un evento relacionado con la atención en salud, brindarle al paciente la atención a que haya lugar, registrando en su historial clínico los tratamientos suministrados o procedimientos realizados con ocasión de una posible falla en la atención, y de esta manera, actuar profesionalmente ante los Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia, los cuales rigen nuestra profesión, en el propósito de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad de los pacientes, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos para brindar calidad y seguridad en nuestras instituciones.

Para generar un conocimiento amplio sobre el fortalecimiento de la seguridad del paciente, inicialmente se debe dar prioridad al conocimiento sobre el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente en el personal encargado de los servicios y atención en salud, ya que a partir de esta se define la calidad de los servicios de salud y progresivamente se ha convertido en una competencia ineludible del personal del personal asistencial.

La enfermería es el grupo más grande de asistencia de atención en salud de pacientes, en las instituciones salud, son la parte fundamental y a partir de estos se fomenta una cultura de seguridad del paciente a través de los equipos multidisciplinarios, a medida que transcurre el tiempo, se va haciendo más necesaria la promoción del mejoramiento de la calidad de servicios en salud en atención en pacientes y la debida promulgación de eventos adversos, en pro del mejoramiento de la calidad de los servicios prestados, fortaleciendo la formación, la calidad asistencial, el desarrollo y la investigación al igual que la gestión clínica.

Este trabajo se fundamente en el estudio y análisis de las diferentes estrategias sobre la promulgación y fortalecimiento de la cultura del reporte de eventos adversos en la atención a pacientes, al igual mostrar a los pacientes o clientes del procesos de atención en salud, sus prioridades, cuidados y como el personal

encargado a su cuidado, esta presto a implementar acciones para cumplir con su debido proceso de atención y protección, y si se manifiesta un evento adverso, sea un profesional capaz de enfrentar la situación y manifestar hechos ocurridos y sus acciones de mejora.

A raíz del desarrollo de las actividades y análisis que demanda la presente propuesta, es recomendable incentivar las buenas practicas y darles continuidad a los programas de seguridad del paciente y llevar a cabo el debido proceso en las acciones que involucran la atención al paciente.

## **8. MARCO CONCEPTUAL/REFERENCIA**

### **Seguridad del paciente.**

Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta en ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, conferir la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, así como, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de eventos adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

Nuestro país amparado en la Constitución Política (1991); establece la atención en salud como un servicio público a cargo del estado; quien debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud de acuerdo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. De igual forma se establecen políticas para la prestación de servicios de salud de acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad el cual busca dar accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad a la prestación de dichos servicios.

De acuerdo a lo anterior el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad comprende el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se busca dar seguridad a los usuarios frente a los riesgos potenciales asociados a la prestación de servicio de salud; siendo de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y Empresas Administradoras de Planes de Beneficio. Además, lidera la Política de Seguridad del Paciente con la cual se busca prevenir la ocurrencia de

situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y en lo posible eliminar la aparición de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas a nivel nacional e internacional.

Se hace necesario establecer, divulgar e implementar la Política de Seguridad del paciente, articulándola con los procesos misionales para cumplir con el mejoramiento de la gestión de procesos, producción, distribución y gestión del riesgo, la política de seguridad del paciente parte del conocimiento del carácter ético de la atención brindada, buscando un entorno no punitivo promoviendo la cultura de seguridad en la cual se incluyen valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individual y grupal.

Así, las principales organizaciones con responsabilidad en materia de salud y servicios sanitarios como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y países miembros han desarrollado a lo largo de los últimos años estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan desarrollar la Seguridad del Paciente y controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

El estudio “To err is human” puso de manifiesto el riesgo sanitario, pocos años después una de las organizaciones pioneras en materia de Seguridad del Paciente, The National Quality Forum (NQF), en un informe del año 2003, estableció lo que podría considerarse como la primera respuesta a los problemas de seguridad del paciente, identificando “30 prácticas seguras” siendo la primera de ellas la promoción de una Cultura De Seguridad Del Paciente (CSP) en los servicios sanitarios. Giménez Júlvez, Análisis de la cultura de seguridad en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón, (2013).

El 27 de octubre de 2004, se puso en marcha el proyecto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS con el lema “ante todo no hacer daño”. La Alianza se crea para coordinar, difundir y acelerar la mejora de

la seguridad del paciente en todo el mundo a través de formulación de políticas y fomento de prácticas adecuadas, propiciando la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados miembros de la OMS y su secretaría, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales.

El Consejo de Europa el 13 de abril de 2005 concluyó con “La Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes: la seguridad de los pacientes como un reto europeo”. En este se propuso la cultura de seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático, el establecimiento de sistemas de información para el aprendizaje y la toma de decisiones y la participación activa de los pacientes en el proceso. Espinal García, Yépez Gil, & García Gómez (2010).

De acuerdo a los autores M. Škodová, M.J. Velasco Rodríguez, M.A. Fernández Sierra (2011), la principal estrategia de mejora es la comunicación abierta sobre los errores. Por lo anterior es recomendable promover programas de sensibilización y formación de los profesionales en estrategias de comunicación y no ocultamiento.

De acuerdo con el autor (Ministerio de Sanidad y Consumo de España) Estudio IBEAS (2009), Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los eventos adversos y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia sanitaria; hay una asociación a la aparición de eventos adversos evitables.

La comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente, así como la retroalimentación de los errores; fortalece el conocimiento, empodera a los colaboradores y por ende mejora la Cultura del reporte y aprendizaje institucional. Esto basa en *"La cultura de seguridad de una organización es el producto de valores individuales y del grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el*

*compromiso, estilo y habilidad en la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de la seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, por percepciones compartidas de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas de prevención"*

#### No punitivo

- Las personas reportan sin miedo a retaliaciones o al castigo.

#### Confidencial

- Nunca se revelan a una tercera parte las identidades del paciente, ni de quin reporta.

#### Independiente

- El programa es independiente de la persona con autoridad para castigar.

#### Análisis por expertos

- los eventos son analizados por expertos quienes entienden las circunstancias clinicas y estan entrenados para identificar causas.

#### Oportunidad

- Los reportes se analizan prontamente y las recomendaciones se despliegan rápidamente a quienes necesitan conocerlas.

#### Orientado a los sistemas

- Las recomendaciones se enfocan en cambios a los sistemas, procesos o productos más que al desempeño individual.

#### Respuesta efectiva

- Quien recibe el reporte es capaz de desplegar las recomendaciones y comprometer a los involucrados a implementarlas lo más pronto posible

El Gobierno De España por medio del Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad, proponen la estrategia de promoción y mejora de la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias; incorporando la gestión del riesgo sanitario; formando a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementando prácticas seguras e involucrando a pacientes y cuidadores. Desarrollando acciones con los gerentes y profesionales que favorezcan la notificación, el análisis y la gestión de incidentes relacionados con la atención sanitaria. Lo cual facilita información a los profesionales sobre estándares y medidas para reducción de incidentes y buenas prácticas en seguridad del paciente.

## **Estrategias de seguridad:**

Las estrategias internacionales en seguridad del paciente se orientan principalmente en dos grandes áreas: el cambio cultural de los profesionales y la implementación de prácticas seguras.

En el 2008 se impulsa a través del Ministerio la Política Nacional de seguridad del paciente un lineamiento estratégico no sólo ministerial sino de comportamientos, de actitudes para los prestadores en relación con una atención confiable a los pacientes donde lo que se busque es entregarles el mejor conocimiento, las mejores prácticas, buscando minimizar los riesgos que puedan presentarse durante esos procesos de atención

La estrategia de Seguridad del Paciente que se lleva a cabo en Colombia, hace relación a la unión de operaciones y maniobras promovidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, efectuadas por las instituciones destinadas al servicio de salud, las cuales ofrecen herramientas prácticas para brindar con mayor seguridad los procedimientos y procesos de atención a pacientes, dando paso a una atención de calidad y protección en atención en salud.

La estrategia de seguridad, propende por que las instituciones y profesionales de la salud sean más diestros ante la identificación de los errores más frecuentes acontecidos en los procedimientos de atención, dándoles un debido proceso ante su gestión y prevención, instaurando progresivamente la cultura de seguridad del paciente.

## **Cultura de seguridad:**

El concepto de cultura de seguridad se originó fuera del cuidado de la salud, en estudios de organizaciones de alta fiabilidad, en las que los fallos de seguridad pueden tener graves consecuencias, como por ejemplo la industria nuclear y la aviación. Estas organizaciones se caracterizan por llevar a cabo trabajos intrínsecamente complejos y peligrosos, por eso estudian constantemente los riesgos e implementan barreras en el sistema para minimizar al máximo su probabilidad de aparición. Las organizaciones de alta fiabilidad mantienen un compromiso con la seguridad en todos los niveles, desde los profesionales de primera línea hasta los gerentes y ejecutivos. Este compromiso establece una “cultura de seguridad” con las características siguientes:

- Reconocimiento de la naturaleza de alto riesgo de las actividades de una organización y la determinación de lograr operaciones consistentemente seguras.
- Entorno libre de culpa en el que las personas puedan informar errores o cuasi accidentes sin temor a ser reprendidos o castigados.
- Estímulo a la colaboración para buscar soluciones a los problemas de seguridad.
- Compromiso organizacional de contar con los recursos para abordar problemas de seguridad.

Es la suma de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conductas individuales y grupales que determinan el compromiso, la habilidad y la manera en que la institución gestiona la seguridad en una organización. Es notable que los autores de este artículo focalizan el

compromiso ético del profesional de servicios de salud, en sus responsabilidades, deberes y obligaciones, ante una eficaz y oportuna cultura del reporte y de esta manera minimizar la ocurrencia de eventos adversos y sus efectos.

### **Reporte de eventos adversos:**

Un evento adverso - y sus homólogos- se podría definir entonces como cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente. Dentro de las definiciones de evento adverso, se relaciona con frecuencia la no intencionalidad, la discapacidad y la relación causal de la lesión con la atención; por lo tanto, cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en el ambiente hospitalario es un Evento Adverso.

El reporte de eventos adversos en atención a pacientes, es de carácter voluntario y recoge aquellos eventos adversos originados en situaciones que ameriten acciones al nivel del sistema o coordinación entre diferentes actores, cada institución o estamento prestador del servicio de salud, puede designar formalmente un responsable para implementar y mantener el sistema de reporte de eventos adversos, al igual que la supervisión periódica y cumplimiento de las normativas instauradas para tal fin.

La Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006, establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la vigilancia de eventos adversos; esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado, sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso



## 9. METODOLOGÍA

### TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio con enfoque cuantitativo catalogado como revisión literatura, con el fin de compilar la información en un solo documento que permita la consulta rápida y eficiente de estrategias efectivas para prevención de eventos adversos y fomento de cultura del reporte.

### PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo de este proyecto se plantean 3 fases como plan de ejecución:

#### **Fase 1: "PLANTEAMIENTO":**

Se basa en la recolección de información que de soporte referencia para sustentar la necesidad de la investigación y soportar el área problema.

#### **Fase 2: "LOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS"**

Para la ejecución de esta fase se realizará en 2 etapas. En la primera etapa se llevará a cabo la búsqueda de artículos, guías de práctica clínica y bibliografía gris, potenciales para la búsqueda de información con el fin de garantizar que los protocolos y estrategias a realizar y compilar que estén actualizados. Se tendrán en cuenta criterios de inclusión tales como:

- **Tiempo y tipos de publicación:** Estudios, revisiones sistemáticas y no sistemáticas, descriptivos, guías de práctica clínica, protocolos, ensayos experimentales y meta análisis que incluyan recomendaciones y evidencias de estrategias efectivas referentes a la cultura del reporte de eventos adversos en seguridad del paciente, la estrategia, la técnica y la puesta en práctica del trabajo en equipo, la comunicación asertiva, las actividades, herramientas y recursos que promuevan la cultura del reporte en

instituciones de salud, publicados entre enero de 2010 y diciembre de 2020

- **Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS):**
  - Cultura de Seguridad del Paciente – Reporte – Atención en Salud - Evento Adverso e Incidentes.
  - MeSH: “Patient Safety”, “Medical Errors”, “Organizational Culture”, “Culture”, “Safe practices”.
  
- **Idioma:** inglés, español, portugués

**Fase 3: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.** Es en esta etapa o fase donde cada una de las fuentes se leerán desde título, resumen y texto completo. Para ser analizada, interpretada y clasificada, de acuerdo a su importancia y relación con el análisis sobre las estrategias efectivas para mejorar la cultura del reporte de eventos adversos en las organizaciones de salud. Se determinarán categorías de acuerdo con los objetivos específicos y se mostrará en tablas la descripción de los artículos seleccionados con los aportes en común y diferencias de los autores.

## Consideraciones Éticas

Al ser revisión de literatura, no genera riesgo en poblaciones. Se salvaguardará aspectos éticos referentes a la intelectualidad, veracidad, objetividad, diligencia, honestidad y con gran relevancia los derechos de autor, articulada en la Ley 23 de 1982 y las reglamentaciones de la Universidad del Bosque para trabajos investigativos.

## CRONOGRAMA

Actividad	Meses							
	1 <sup>er</sup> periodo académico				2 <sup>do</sup> periodo académico			
	1	2	3	4	5	6	7	8
1 elaboración de anteproyecto	x	x	x	X				
2. Presentación jurado				x				
3. Reestructuración propuesta (planteamiento problema, objetivos, propuesta metodológica, actividades)						x	x	x
4. Presentación jurado								x

## 11. POSIBLES DIFICULTADES TÉCNICAS / METODOLÓGICAS

Durante las actividades investigativas, pude analizar que hay escasos estudios y/o aportes documentales colombianos durante los últimos años; afectando el reporte y argumentación documental actualizada. Motivo por el cual, para efectos de adquirir información, se tomarán aportes y artículos de trabajos elaborados por otros estudiantes y otras universidades, como también la articulación referente consignada por especialistas de las diferentes ramas de la medicina y hallazgos relacionados en otros países.

12. PRESUPUESTO	
El presente trabajo no aborda un presupuesto de gran inversión, para el desarrollo del cronograma. genera costo de tipo económico, para ello se calcula el siguiente presupuesto:	
ASUNTO	COSTOS
1. Equipos propios	1.800.000
3.Capacitaciones en manejo de bases de datos	300.000
4. Otros (Fotocopias, Internet, etc.)	200.000
Total	2.300.000

## REFERENCIAS

Arch Argent Pediatr. (2009). La OMS y su iniciativa -Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. España: Dr. José M. Ceriani Cernadas.

Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI): Study Group on Human Factors; third report, Organising for Safety. Date: 1993 Jan 01 - 1993

Lic. Céspedes Orellana Evelin, Lic. Díaz Romero Diana Carmen y Lic. Tafur Cerna Fiorella Madalena. (2017). Conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de las enfermeras perioperatorias en un hospital del Minsa. Lima, Perú: trabajo académico para optar el título de especialista en enfermería en centro quirúrgico especializado.

Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. Enfermería Global N° 33 enero 2014

Cristián Roccoa, Alejandro Garrido (2017). *Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. Madrid España*

Luis Meave Gutiérrez-Mendoza, Abraham Torres-Montes, Manuel Soria-Orozco, Aldanely Padrón-Salas, María Elizabeth Ramírez-Hernández. (2015 –June). Costos de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México. Cirugía y Cirujanos, Volúmen 83, pp.211-216.

Cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad, Yumbo, Valle \_ Diana Carolina Castillo Solís Tulio Mario Tello Britto Yamileth Rosero Castillo Universidad Católica de Manizales

Administración en Servicios de Salud, Santiago de Cali valle del cauca,  
noviembre 1 de 2014

Diana Carolina Castillo Solís Tulio Mario Tello Britto Yamileth Rosero Castillo. (2014 noviembre 1). Cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad. Yumbo, Valle: Trabajo académico Universidad Católica de Manizales Administración en Servicios de Salud, Santiago de Cali valle del cauca

M.E. Ramírez- Martínez A. González Pedraza-Avilés. (2017). Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. México: Trabajo de investigación Subdivisión Medicina Familiar, División Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

Alarcón Rúa, Johana; Benavides Cardenas, Luis Efrain; Bueno Libreros, Luisa Fernanda; Pabón Fernández, Erika Milena; Tapia Mangones, Lina Andrea. (2016). Cultura de reporte en seguridad del paciente en la Clínica Sebastián de Benalcázar. 2020, noviembre 26, de Trabajo de grado de Especialización (Especialista en Administración de la Salud). Universidad Católica de Manizales. Facultad de Salud Recuperado de <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1482>

Flores-González, María Teresa, (2019). Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 27, Núm. 1, Investigación.

Encolombia. (2007, diciembre). Editorial: Seguridad del Paciente, Implementación de una Cultura. 2020, noviembre 26, de encolombia.com Recuperado de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/seguridad-del-paciente-implementacion-cultura/>

Jesús M.<sup>a</sup> Aranaz Andrés, Carlos Aibar Remón, Julián Vitaller Burillo y Pedro Ruíz López. (2005). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General Técnica.

Yesid Ramírez M. (2013, octubre 2). Certificaciones En Prestadores De Servicios De Salud. Lima Perú: [www.icontec.org](http://www.icontec.org).

Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. Gobierno De España Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad

Luisa Fernanda Giraldo Bernal, Yeily Katherine Peña, María José Mendoza, Gisella Dayani Julio, Paula Andrea Rodríguez, Sandra P. Beltrán. (2016). Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. Dialnet, pp. 79 - 87.

Heidy Mabel Burbano Valdés, Mónica Elizabeth Caicedo Eraso, Andrea Cerón Burgos, Cristina Jacho Caicedo, María Clara Yépez Chamorro. *Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto - Nariño*, Colombia. Rev Univ. Salud. vol.15 no.2 Pasto [Internet]. 2013 July/Dec [citado 2017 Mar 04]; 0124-7107. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072013000200009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072013000200009).

Ministerio de Protección Social. (2007). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud. Colombia: Fundación FITEC.

Health and Safety Commission (GB). Organising for safety: Third Report of the ACSNI

HSE Books. Sudbury, England; 1993

Ministerio de Protección Social. (2011). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. Madrid: Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad Centro De Publicaciones Paseo Del Prado

María Cruz Martín Delgado y María del Mar Fernández Maíllo. (2012). Estrategia de Seguridad del Paciente. Granada: Fundación MAPFRE 2012. Investigación sobre Experiencias clínicas simuladas en seguridad del paciente.

La seguridad del paciente en la prestación del servicio de salud. Claudia Marcela Archila Márquez - María Celeste Coelli Podio. 2008

La seguridad del paciente en siete pasos/2005. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido

Luz Marina Alonso P., Maybelline Rojas. Evento adverso y salud pública. Adverse event and public health (1 Coeditora de la revista Salud Uninorte, MSC, MPH. Docente del Departamento de Salud Pública. Universidad del Norte. lmalonso@uninorte.edu.co 2 MD. Estudiante maestría salud pública.)

Medicina Universitaria 2011;13(51):69-71 EDITORIAL Errar es humano 1665-5796 © 2011 Revista Medicina Universitaria. Facultad de Medicina UANL.

Publicado por Elsevier México. Todos los derechos reservados.

Medición De La Cultura De Seguridad Del Paciente En Un Hospital Público De Primer Nivel En El Municipio De Villeta. Vicente López Pinzón Milton Augusto Puentes Vega Ana Lucía Ramírez. 2016.

Ministerio de la Protección Social. Decreto número 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [documento de Internet] disponible en:

[http://www.cruzrojacolombiana.org/normatividad/otras\\_leyes/decreto%201011%20de%202006%20%20Calidad.pdf](http://www.cruzrojacolombiana.org/normatividad/otras_leyes/decreto%201011%20de%202006%20%20Calidad.pdf). Consultado marzo 10 de 2011.

Ministerio De La Protección Social \_ Resolución Número 1446 DE 8 mayo de 2006  
*“Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”*

Organización Mundial de la Salud, 55a Asamblea Mundial De La Salud - Ginebra, 13-18 de mayo de 2002 - Resoluciones y Decisiones Anexos

Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel.2011 - M. Škodová, M.J. Velasco Rodríguez, M.A. Fernández Sierra <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.005>

Política De Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja (Res. 284 del 01/11/2013)

Promoción De La Cultura De Seguridad Del Paciente Paquetes Instruccionales Buenas Prácticas Para La Atención En Salud. Jaime Eduardo Ordóñez Molina, Md, Phd.

Quality and strength of patient safety climate on medical–surgical units. HUGHES, Linda C. Yunkyung CHANG, Barbara A. Mark Reprinted with permission from Health Care Management Review, 2009

Revista Ciencia y Enfermería XV.2009. Pag 111:122 31. Gómez Ramírez Olga, Arenas Gutiérrez Wendy, González Vega Lizeth, Garzón Salamanca Jennifer, Mateus Galeano Erika, Soto Gámez Amparo. Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá D.C. Revista Ciencia y Enfermería XVII.2011. Pag 97:111 32. Ques, A. A. M.

Revista Medicina Universitaria. Facultad de Medicina UANL. Publicado por Elsevier México. 665-5796 © 2011

Revista Costos y Gestión (Vol. XX, No. 77, 2010). Calidad asistencial, Seguridad del Paciente e Ineficiencia: Estudio de Campo en un hospital de primer nivel

Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Sara Varela Espiñeira. Trabajo de Grado de Enfermería. 28 de junio de 2013

Seguridad de los pacientes. Villarreal Cantillo, Elizabeth. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007

Seguridad Del Paciente Un Compromiso Institucional Para Un Atención Mas Segura. universidad católica de Manizales especialización administración en salud III semestre. 2014

Tesis Doctoral Facultad de Ciencias de la Salud Departamento de Fisiatría y Enfermería Zaragoza, noviembre 2015

Tesis de Grado. Seguridad Del Paciente En El Servicio De Medicina Interna Del Hospital Delfina Torres. González Landázuri Jerry Geovanny. Pontificia

Universidad Católica del Ecuador Esmeraldas, 2018

Traducción con modificaciones del documento System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

To Err is Human. 1999 Villarreal Pérez JZ, et al. Medicina Universitaria 2011;13(51):69-

Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Adriana González Vega, Erika Mateus Galeano. Av. enferm., Volumen 29, Número 2, p. 363-374, 2011

Internet: <http://www.osakidetza.euskadi.net>

<http://orcid.org/0000-0003-0402-861X>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>