

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE  
ATENCIÓN HOSPITALARIA; EN LA E.S.E. II NIVEL CÉSAR URIBE  
PIEDRAHITA. PUERTO BERRÍO-ANTIOQUIA, 2021**

**AUTORES**

**MARIO FERNANDO BLANDÓN BUELVAS**

**ANAYS DE LA ROSA NAVARRO**

**LAURA ROSA GARCÍA CORREA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE  
BOGOTÁ 2021**

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE  
ATENCIÓN HOSPITALARIA; EN LA E.S.E. II NIVEL CÉSAR URIBE  
PIEDRAHITA. PUERTO BERRÍO-ANTIOQUIA, 2021**

**AUTORES**

**MARIO FERNANDO BLANDÓN BUELVAS**

**ANAYS DE LA ROSA NAVARRO**

**LAURA ROSA GARCÍA CORREA**

**ASESOR**

**LUIS ALEJANDRO MUÑOZ ZAPATA**

**ENFERMERO**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE  
BOGOTÁ 2021**

## **AGRADECIMIENTOS**

Inicialmente dedicamos este trabajo a Dios, quien siempre ha sido el autor de nuestras vidas y guía de nuestro destino, a nuestro tutor Luis Muñoz, quien con sus conocimientos y apoyo nos guió a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que nos propusimos.

También queremos agradecer a la Universidad el Bosque por permitirnos fundamentar nuestros conocimientos como especialistas en seguridad del paciente, por brindarnos todos los recursos y herramientas que fueron necesarias para llevar a cabo el proceso de gestión que como equipo nos planteamos, a la ESE Hospital César Uribe Piedrahita por poner a nuestra disposición todos los recursos e información necesaria y abrirnos las puertas de su institución para aportar a su proceso de cultura de seguridad.

Por último, a todas nuestras personas más cercanas quienes nos acompañaron y apoyaron este proceso educativo, siendo nuestro pilar de aliento en cada momento para continuar adelante.

## Contenido

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL .....</b>	<b>6</b>
<b>2. GLOSARIO.....</b>	<b>7</b>
<b>3. RESUMEN .....</b>	<b>10</b>
<b>4. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>5. PLATAFORMA INSTITUCIONAL .....</b>	<b>13</b>
<b>6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
<b>7. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS.....</b>	<b>19</b>
<b>8. INVOLUCRADOS .....</b>	<b>19</b>
<b>9. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>10. OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>22</b>
<b>10.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>22</b>
<b>11. VIABILIDAD DE LA PROPUESTA Y SOSTENIBILIDAD .....</b>	<b>22</b>
<b>11.1. VIABILIDAD DE LA PROPUESTA .....</b>	<b>22</b>
<b>11.2. SOSTENIBILIDAD DE LA PROPUESTA .....</b>	<b>23</b>
<b>12. METODOLOGÍA.....</b>	<b>24</b>
Fase 1. Caracterización de las dimensiones de la encuesta de cultura institucional y determinación del nivel de conocimiento sobre la SP.....	24
Fase 2. Revisión de los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos en institución al personal seleccionado. ....	29
Fase 3. Propuesta de plan de mejora para fortalecimiento de la cultura SP institucional .....	29
<b>13. POBLACIÓN OBJETO.....</b>	<b>30</b>
<b>14. INSTRUMENTOS EMPLEADOS PARA LA EJECUCIÓN .....</b>	<b>30</b>
<b>15. RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>16. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>31</b>
<b>17. CONFLICTO DE INTERESES .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>38</b>

**Listado de tablas**

Tabla 1. Dimensiones y criterios para la medición de la cultura de SP .....	25
---	----

**Listado de ilustraciones**

Ilustración 1. Árbol del problema.....	18
--	----

**Listado de anexos**

Anexo 1. Encuesta AHRQ.....	38
Anexo 2. Encuesta sobre la cultura de SP .....	399
Anexo 3. Mapa de riesgo.....	432
Anexo 4. Matiz propuesta de acciones .....	423
Anexo 5. Cronograma .....	444

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

**Título:** Cultura de seguridad del paciente en los servicios de atención hospitalaria; en la E.S.E. II nivel César Uribe Piedrahita. Puerto Berrio-Antioquia, 2021

El presente proyecto se desarrollará en el municipio de Puerto Berrio Antioquia en la ESE Hospital César Uribe Piedrahita, como una respuesta a la necesidad institucional de afianzar la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores directamente relacionados con la atención de los usuarios.

Se visualiza la necesidad de llevarlo a cabo tomando como referencia que la institución cuenta con un programa de seguridad del paciente regido por la política de calidad, donde el mejoramiento continuo y la gestión de sus procesos se enfoca en brindar servicios de salud con altos estándares de calidad y satisfacción para el usuario y su familia. Sin embargo, como todo proceso en salud regido por su complejidad inherente deja ver algunas oportunidades de mejora que conllevan al planteamiento de acciones que permitan el mejoramiento para una atención segura.

El presente trabajo en su fase inicial de planeación estará enfocado a realizar un diagnóstico frente a la cultura de seguridad del paciente por parte de los empleados, de igual manera, se realizará el análisis de la información recolectada y seguidamente se propondrá las estrategias de intervención para que sean aplicadas por los miembros de la ESE, de tal forma que favorezcan al cumplimiento de la política institucional de seguridad del paciente.

El término de ejecución del presente proyecto es de siete meses, comprendido desde la fase de formulación del planteamiento del problema hasta la socialización de resultados ante la institución. Será liderado por los investigadores en el marco del desarrollo de la modalidad de grado para optar al título de especialistas en Seguridad del Paciente de la Universidad el Bosque.

## 2. GLOSARIO

**Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ):** Agencia para la Investigación y Calidad de los Cuidados de la Salud es una agencia encargada de investigar acerca de la calidad, los costos y los resultados de la atención médica, y la seguridad de los pacientes (Mayo Clinic, 2020).

**Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP):** 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 en todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud-OMS (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, 2008).

**Atención en salud:** Conjunto de servicios proporcionados a los ciudadanos por las instituciones y profesionales para prevenir, mantener, controlar y restablecer la salud (Tobar, 2017).

**Complicación:** Daño o resultado clínico no esperado y no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente (Ministerio de la Protección Social, 2008).

**Cultura de seguridad:** Corresponde a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado (Gómez Ramírez et al., 2011).

**Daño:** Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella (Organización Mundial de la Salud, 2009).

**Empresa Social del Estado (E.S.E):** Categoría especial de entidad pública, descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud (*Decreto 1876*, 1994).

**Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (Herrero Jaén, 2016).

**Error asistencial:** Cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, y cuyo origen puede relacionarse con la organización e implementación del servicio, a través de múltiples y complejos mecanismos (Alvarado-guevara & Flores-sandí, 2009).

**Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos-IBEAS:** Es el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realiza a gran escala en Latinoamérica. Resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú (Organización Mundial de la Salud, 2010).

**Evento Adverso:** Lesiones involuntarias, no intencionadas, que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la prolongación del tiempo de estancia de hospitalización y al incremento de los costos y afectación de la calidad (Ministerio de la Protección Social, 2006).

**Indicio de atención insegura:** Acontecimiento o circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso (Ministerio de la Protección Social, 2008).

**Incidente:** Evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención (Ministerio de la Protección Social, 2008).

**Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS:** Aquellas encargadas de la prestación de los servicios de salud según su nivel de complejidad (*Ley 100 de 1993*, 1993).



**Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS:** Entidad pública del nivel central del Gobierno Nacional y cabeza del sector salud, encargada de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud, mediante la formulación de políticas, planes y programas, la coordinación intersectorial y la articulación de actores de salud con el fin de mejorar la calidad, oportunidad, accesibilidad de los servicios de salud y sostenibilidad del sistema, incrementando los niveles de satisfacción de los pacientes, familias, comunidades y habitantes del territorio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011)

**Organización Mundial de la Salud-OMS:** es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1948).

**Organización Panamericana de la Salud-OPS:** La OPS es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1902).

**Programa de Auditoría y Mejoramiento de la Calidad en Salud- PAMEC:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (Ministerio de la Protección Social, 2007).

**Práctica segura:** Intervención científica, tecnológica y administrativa en el proceso asistencial con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso (Espinal García, María, Yepes Gil & García Gómez, 2010).

**Riesgo:** Probabilidad de que un evento adverso o incidente suceda (Espinal García, María, Yepes Gil & García Gómez, 2010).

**Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946).

**Segunda víctima:** Profesional que participa en un evento adverso inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación (Mira & Lorenzo, 2016).

**Seguridad del Paciente-SP:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propender a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Ministerio de la Protección Social, 2008).

**Subregistro:** Error de tipo cuantitativo que se caracteriza por la sub-enumeración de personas, elementos o hechos que se producen, es decir, cuando los casos registrados son menores que los ocurridos. (CEPAL, 2014)

### 3. RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La seguridad del paciente (SP) ha sido un tema de interés dado el impacto que tiene en la calidad de vida de las personas y en los sistemas de salud. En el contexto colombiano gestionar la SP es una condición necesaria para las instituciones prestadoras de servicios de salud y un componente determinante de la calidad de la atención. Por lo anterior, existe un interés de por parte de la ESE Hospital Cesar Uribe Piedrahita en consolidar una cultura de SP que favorezca al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que oferta a la comunidad.

**OBJETIVO:** Proponer estrategias que fortalezcan la cultura de seguridad de paciente en la ESE Hospital César Uribe Piedrahita del municipio de Puerto Berrío- Antioquia para el año 2021.

**MÉTODO:** Se realiza un estudio cuantitativo descriptivo, utilizando como herramienta de medición la encuesta ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’ (HSOPSC) de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) versión en español 2005, la cual evalúa doce dimensiones; además, se aplicará la encuesta sobre conocimiento de cultura de seguridad diseñada por los investigadores. A los resultados de ambas encuestas se les hizo un análisis descriptivo con el fin de proponer acciones de mejora que permitan fortalecer la cultura de seguridad de paciente en la ESE.

**RESULTADO:** Una vez obtenidos los resultados de los instrumentos aplicados como herramienta para conocer la percepción sobre cultura de seguridad en la institución, se analizarán utilizando los parámetros establecidos por la encuesta con el fin de generar estrategias de fortalecimiento dentro del proceso de mejoramiento en la institución respecto a la seguridad del paciente.

**CONCLUSIONES:** El proyecto de gestión brinda un panorama respecto a la cultura de SP en la ESE Cesar Uribe Piedrahita y permite conocer la influencia de algunas variables en la apropiación e implementación de la política en la institución. De igual manera permite plantear una serie de estrategias que buscan ser el pilar del mejoramiento continuo en el posicionamiento de una cultura de seguridad positiva en la entidad.

**PALABRAS CLAVE:** Seguridad del Paciente; Eventos Adversos; Cultura de Seguridad; Percepción.

#### 4. INTRODUCCIÓN

Es lógico pensar que cuando un trabajador brinda atención clínica a un paciente lo hace con la ética y la responsabilidad que la vida humana merece. Nadie se imagina que la atención clínica produzca, de manera intencional, daño en vez de beneficio, o que simultáneamente a este se produzca intencionalmente daño en otro órgano o sistema distinto (León Franco, 2006).

Es por esto, que la SP es uno de los principales componentes de la calidad asistencial y una de las bases fundamentales del sistema de gestión sanitaria, el cual debe incorporar un sistema de prevención ante los errores; que los acepte como una posibilidad del proceso clínico, pero que incorpore herramientas que puedan impedir su ocurrencia en el mayor porcentaje posible, y cuya consideración deba contribuir a la seguridad de la atención en salud y la calidad asistencial (Merlino Plaza, 2011). Esta intención ha sido relevante para los sistemas de salud, desde décadas anteriores agremiaciones científicas han demostrado interés no solo en la enfermedad de origen biológico, sino en aquellos eventos que pueden afectar a las personas como consecuencia de una atención médica (Fajardo, 2005), situación que deja por hecho

que las acciones en salud por sus múltiples factores y diversa complejidad generan un riesgo inherente al momento en que las personas se sometan a cualquier tipo de intervención al requerir atención en los servicios de salud.

Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad; mejorarla, requiere una labor compleja que modifica a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo (OMS, 2001). Por tal motivo, una de las estrategias que más se buscan fortalecer a nivel de las instituciones como mecanismo fundamental para disminución de situaciones derivadas de la atención en salud es la cultura institucional, la cual se describe como un factor necesario que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. En este contexto se requiere que los sistemas de salud a nivel mundial vuelquen su mirada hacia crear planes y estrategias que enfatizen y prioricen la prevención de este tipo de eventos como un pilar importante al interior de sus políticas.

La SP es una dimensión clave de la calidad asistencial que necesita ser evaluada para así poder establecer mejoras que favorezcan al desarrollo de prácticas seguras, al mejoramiento continuo y la satisfacción de los usuarios que van en busca de los servicios de salud para ser resuelta una dificultad médica; conforme a ello, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas (OMS, 2019)

Situar entonces la cultura de SP en las instituciones de salud como una herramienta de atención segura y de calidad, promueve la adherencia a programas y políticas que se formulen desde la dirección hospitalaria; lo que en consecuencia orienta a que los miembros de la organización adopten estrategias para el adecuado desarrollo de la SP (Mir Abellán, 2019). Por este motivo es necesario identificar la cultura de SP en la E.S.E. HOSPITAL CÉSAR URIBE PIEDRAHITA mediante la aplicación de la encuesta 'Hospital Survey on Patient Safety Cultura' (HSOPSC) de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) que fue validada en español 2005 Ministerio de Sanidad y Consumo de España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

Con el resultado obtenido, se busca proponer estrategias que favorezcan la apropiación de una cultura de seguridad del paciente; por ende, la creación de espacios seguros al interior de la ESE, en pro de la satisfacción de los usuarios que demandan los servicios para prevenir enfermedades o recuperar su salud.

## **5. PLATAFORMA INSTITUCIONAL**

La E.S.E Hospital César Uribe Piedrahita es una entidad de segundo nivel de complejidad, pública descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera, aprobada mediante resolución 089 del 6 de junio de 1964 transformada en ESE, según ordenanza 44E de 1996 (Hospital César Uribe Piedrahita, 2017), entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud - SUPERSALUD y Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Según su plataforma institucional, la institución se reconoce como una entidad hospitalaria renovada, con alta capacidad instalada, resolutive, tecnología biomédica de punta, procesos y protocolos actualizados y personal administrativo y asistencial formado en la cultura del servicio para responder a la comunidad del Bajo Cauca Antioqueño, Alto San Jorge, zona norte de Antioquia, Sur de Bolívar y el Nordeste Antioqueño, con una misión de proporcionar servicios integrales de salud con calidad humana, responsabilidad social y ambiental a la población (Hospital César Uribe Piedrahita, 2017).

La E.S.E. Hospital César Uribe Piedrahita tiene como visión ser reconocida “como una empresa sólida y líder en la prestación de servicios de salud en la región, contribuyendo con el bienestar físico, mental y social de la comunidad interna y externa, a través del mejoramiento continuo, el desarrollo del recurso humano y la inversión en la tecnología necesaria para cumplir las necesidades de los usuarios” (Hospital César Uribe Piedrahita, 2017).

Dentro de los lineamientos del plan de desarrollo institucional y como parte de su misión y visión, la E.S.E ha adquirido el compromiso de adoptar sus principios corporativos como el respeto a la dignidad humana, calidad en la atención, integralidad, solidaridad, equidad, y el

comportamiento ético; como pilares fundamentales de la prestación de sus servicios en salud (Hospital César Uribe Piedrahita, 2017).

El hospital se encuentra categorizado como una IPS de segundo nivel de complejidad y ofrece servicios como: Hospitalización (adulto, obstétrica, pediátrica, UCI), especialidades quirúrgicas como cirugía general, ginecología, obstetricia, ortopedia, urología, otorrinolaringología, oftalmología, dermatología; y las médicas como nutrición y dietética, psicología, medicina interna, odontología general y especializada (Exodoncia, Periodoncia, Endodoncia), servicios de promoción y prevención, laboratorio clínico y servicio transfusional, unidad de imagenología (radiología, ecografía, mamografía) (Hospital César Uribe Piedrahita, 2017).

Adicionalmente, dentro de su política de calidad refleja su deseo de trabajar por el mejoramiento continuo de la atención en salud, y el de brindar servicios de salud, seguros, oportunos, confiables, integrales, accesibles y pertinentes que atiendan las expectativas de los pacientes y contribuyan con el bienestar físico, mental y social de sus usuarios y de la comunidad (Hospital César Uribe Piedrahita), por lo tanto se hace pertinente proponer intervenciones que favorezcan al desarrollo de una cultura de seguridad del paciente.

## **6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Atender las problemáticas relacionadas con la SP y mejorar la calidad de la atención médica se ha convertido en uno de los principales intereses en la creación de políticas nacionales de atención en salud en todo el mundo (Svitlica et al., 2021; Xiang et al., 2021), a pesar de los esfuerzos se siguen presentado situaciones que afectan la SP; lo expresado surge dado la magnitud de la presencia de eventos adversos y alto impacto que genera en diferentes esferas; cada día, innumerables pacientes en todo el mundo corren riesgo de experimentar una atención insegura y terminan requiriendo tratamiento para las dolencias causadas por el mismo sistema que se suponía que los ayudaría a mejorar (The Lancet, 2019).

Para que se promueva ambientes seguros dentro de las instalaciones hospitalarias, es necesario que desde las directivas se fomente una cultura por la SP; dado que su ausencia

puede implicar comportamientos de riesgo se conviertan en prácticas cotidianas; así mismo, es crucial fomentar prácticas seguras al interior de la organización, evaluar y retroalimentar ante la presencia de eventos no seguros, dado que ello permite mejorar la intervención médica y estandarizar prácticas clínicas basadas en la evidencia científica (Rocco & Garrido, 2017).

Respecto al comportamiento de eventos no seguros que afecta la atención en los pacientes y su recuperación, para el 2019 la OMS reportó que a escala mundial cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médica (OMS, 2019), asimismo, la entidad refiere que muchos riesgos relacionados con técnicas inseguras se están convirtiendo en problemas importantes para la SP. De hecho, se estima que a nivel mundial 4 de cada 10 individuos sufren daños en los servicios de salud, y los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos, pudiéndose prevenir hasta el 80% de estos. También se ha informado que en los países de ingresos altos, 1 de cada 10 pacientes es objeto de eventos adversos durante la hospitalización que pudieron ser prevenibles en un 50% de los casos (OMS, 2019).

En los países de bajos y medianos ingresos la situación es más preocupante, en virtud de que deben cumplir con altas exigencias de calidad e invertir recursos para la SP, alcanzar ello ha sido un proceso débil lo que se ve reflejado en que anualmente en tales países es donde más se produce un número alto de casos por una atención poco segura, donde muchos de estos terminan en muertes. Tal incremento de eventos adversos también ha generado que los gastos hospitalarios se aumenten en un 15% (OMS, 2019; The Lancet, 2019), lo cual deja ver la necesidad de promover acciones seguras en los centros sanitarios dado que no solo afectan la condición de salud de los pacientes sino también el sobregasto y la eficiencia en el uso de los recursos y que pueden llegar a ser escasos.

Un estudio desarrollado en Egipto, ha reportado un aumento representativo en la tasa de eventos adversos entre países en desarrollo vs los desarrollados (Salih et al., 2021), lo cual ha resultado en que los incidentes de SP sean una de las principales causas de morbilidad y mortalidad prevenibles en pacientes hospitalizados (Gluschkoff et al., 2021), situación que

devela entonces un asunto de gran magnitud, de escala mundial y que puede afectar la gestión de los sistemas de salud.

Para generar una cultura de SP es necesario que los indicadores frente al comportamientos de incidentes o eventos adversos sean oportunos y confiables; sin embargo, se ha identificado que los sistemas de notificación presentan niveles de subregistro, lo cual provee una idea errada acerca de la frecuencia con la que estos se presentan (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013). Este subregistro puede estar mediado por las segundas víctimas (personal médico), estos también experimentan un sufrimiento diferente al paciente, pero es un impacto negativo que incapacita aumentando la probabilidad de cometer un error en las horas o días siguientes al suceso; generalmente el personal médico se siente responsable de los incidentes de SP y, en consecuencia, llegan a dudar de sus habilidades y conocimientos clínicos mientras piensan que le han fallado al paciente, por lo tanto, se puede desencadenar miedo ante el reporte de este tipo de situaciones (Choi et al., 2021; Mira & Lorenzo, 2016).

Dentro de la promoción de una cultura de seguridad, el personal médico juega un papel importante, sin embargo, existe una percepción de inconformidad por las medidas correctivas que se toman, las cuales van enfocadas a actos punitivos con miras de señalamiento y no a las diferentes causas que favoreció a que este se produjera. A ello también se le añade que el personal manifiesta una sobrecarga laboral en relación al número de pacientes que tienen a su cargo, este desequilibrio también puede generar que se cometan errores por más capacitado que esté un profesional; por lo que la gestión administrativa que haga un hospital es un factor de riesgo o protector para promover la seguridad del paciente (Ramírez et al., 2011).

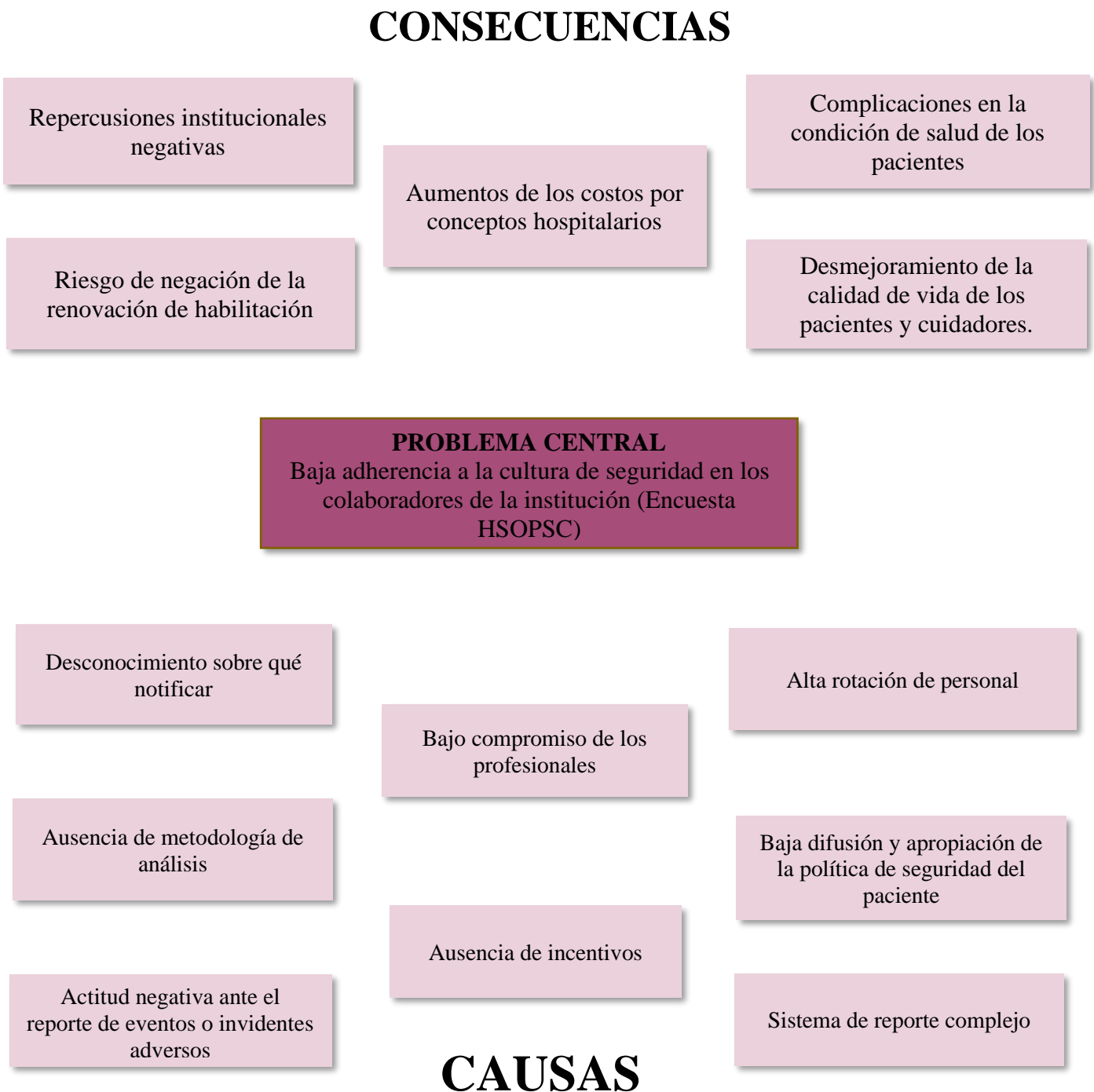
En la prestación diaria de los servicios de salud surgen una gran variedad de preocupaciones, como por ejemplos los eventos adversos de tratamientos, los accidentes y/o los errores médicos, la infección asociada a la atención en salud; además de una inadecuada infraestructura; entre otros, conllevan a un aumento significativo en el costo de la atención, la morbilidad y la mortalidad (Ortega Lobos & Febré, 2018; Salih et al., 2021). Entonces, las



fallas en la atención médica generan múltiples efectos negativos (gestión administrativa, biológica y en la salud pública).

Aunque no existe una conclusión determinante sobre cómo se puede mejorar el cumplimiento de los principios de SP, existen algunas indicaciones generales que favorecerán a dicha cultura de seguridad. Dado lo anterior, se propone un proyecto que sea de utilidad para promover la cultura de SP en los servicios de atención hospitalaria de la ESE Hospital César Uribe Piedrahita en el municipio de Puerto Berrío-Antioquia y por ende impactar positivamente el logro de su misión, visión y objetivos de calidad.

*Ilustración 1. Árbol del problema.*



Fuente: Elaboración propia

## 7. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

En pro de la mejora continua y aras de fortalecer la política de seguridad del paciente, a continuación, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué estrategias buscan mejorar la adherencia a la cultura institucional de seguridad del paciente en la ESE Hospital César Uribe Piedrahita en el municipio de Puerto Berrio-Antioquia?

## 8. INVOLUCRADOS

### **Rol del Cuerpo directivo**

- Coordinar la implementación de la política de seguridad del paciente a nivel institucional
- Garantizar el talento humano suficiente para liderar la implementación de los procesos de seguridad del paciente
- Desarrollar seguimiento continuo a la implementación de la política de seguridad del paciente a nivel institucional
- Generar un ambiente de confianza y respeto para el fortalecimiento de la cultura de seguridad y la cultura del reporte.

### **Rol equipo administrativo**

- Participar en los procesos socialización capacitación respecto al programa y política de seguridad del paciente
- Gestionar los recursos necesarios para la implementación de la política de seguridad del paciente
- Gestionar la información conforme a los eventos adversos y demás indicadores concernientes a la gestión de la seguridad del paciente

### **Rol equipo asistencial**

- Participar en los procesos socialización capacitación respecto al programa y política de seguridad del paciente

- Generar una atención segura para los pacientes
- Adherirse a la política de seguridad del paciente
- Trabajar por una cultura de seguridad y de reporte

#### **Asesores**

- Revisar el estado de la cultura de seguridad del paciente
- Proponer instrumentos para la medición de la cultura de seguridad del paciente
- Apoyar el proceso de medición de la cultura de seguridad del paciente en la ESE
- Generar informe de la medición de la cultura de seguridad del paciente
- Proponer acciones para mejorar la cultura de seguridad del paciente según hallazgos

## **9. JUSTIFICACIÓN**

La SP es una alta prioridad para el sistema sanitario en todo el mundo, incluso se considera un indicador de la calidad de la atención en salud (Salih et al., 2021). Respecto a ello, la Organización Mundial de la Salud ha informado que más de un millón de pacientes mueren anualmente por complicaciones debido a la cirugía y que al menos la mitad de los casos en los que la cirugía provocó daños se puede prevenir (Yalçın Akgül & Aksoy, 2021) si existiese formulada e implementadas políticas adecuadas de seguridad del paciente.

El personal que trabaja de manera directa e indirecta en el proceso de atención de los pacientes tienen riesgo de cometer errores que pueden a su vez producir eventos adversos (Martínez Reyes et al., 2017). Por lo cual, es necesario generar conciencia temprana sobre estos eventos para garantizar la SP y de igual forma una cultura del reporte para un análisis detallado sobre la frecuencia, las características y las causas de los eventos; procurando así una prevención de riesgos a los que se puede estar expuesto (Xiang et al., 2021).

Conforme a lo anterior, también se hace imperativo que dentro de las IPS se genere una comunicación basada en la confianza mutua, la conciencia común sobre la importancia de la seguridad y la convicción sobre la eficacia de las medidas preventivas. Ello, en virtud de que el miedo a las repercusiones, a medidas punitivas la vergüenza son aspectos relevantes que motivan la no notificación de incidentes que involucran errores humanos (Gluschkoff et al.,

2021). Adicional a crear un ambiente de confianza, se necesita una adecuada planeación de la seguridad del paciente donde se oriente claramente los roles que asumen los miembros de la organización (tanto clínico como asistenciales), las fuentes de notificación, la promoción de la cultura de seguridad, concientizar sobre la importancia y utilidad del reporte (Gluschkoff et al., 2021; Lee & Oh, 2020; Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013)

Según los autores Arimany y Martin. En medicina, el primer principio hipocrático es no hacer daño, por lo cual las acciones que se implementen en los procesos de atención en salud deben de estar enfocados a ello, y desde el punto de vista de la gestión de eventos adversos hay que generar una cultura de reporte, establecer sistemas de notificación de errores y sucesos adversos prácticos, dado que lo que no se mide ni se evalúa no se puede mejorar; la notificación de errores en la gestión de la SP debe considerarse una oportunidad de aprendizaje y no usarse como oportunidad para generar culpables o castigos (Lee & Oh, 2020). Aprender de los errores requiere transparencia, compromiso y diálogo abierto, de modo que los factores que contribuyen al daño del paciente se puedan examinar de manera honesta (Boulangier et al., 2019).

La SP debe ser la principal preocupación de los profesionales y de los sistemas en los que trabajan; cuando se genera un ambiente seguro, se involucra a todos los participantes y se sensibiliza sobre la importancia de la SP, facilitará la obtención de información confiable sobre los incidentes que se presenten, se podrán estudiar las causas, la frecuencia y la gravedad; buscando implementar acciones preventivas basados en la medición y análisis de datos que permitan generar una retroalimentación necesaria para promover eficazmente una cultura de seguridad; sin embargo, muchos incidentes de seguridad no son informados (Lee & Oh, 2020; The Lancet, 2019; Weaver et al., 2013).

Lo indicado, genera un reto para las organizaciones prestadoras de servicios de salud dado que los procesos de atención en salud son complejos y de alto riesgo, por lo tanto, es preciso formular diferentes barreras de seguridad que actúen preventivamente ante fallos involuntarios que pueden darse durante la prestación del servicio, como por ejemplo mejorar la actitud ante la SP por parte del personal asistencial y así favorecer el cumplimiento de

programas, políticas en torno a esta y por ende la mejoría de los resultados del paciente (Aini, 2020; Lee & Oh, 2020; Ministerio de la Protección Social, 2007b).

Es por esto que el presente trabajo tiene como objeto abordar el tema de seguridad, percepción y actitudes de los funcionarios de la institución, que finalmente constituye la columna vertebral de una adecuada cultura de SP y por ende un determinante fundamental para lograr una atención con calidad y con los mínimos errores posibles, de igual forma identificar estrategias específicas de acuerdo con el nivel de cultura de SP encontrado en la ESE Hospital César Uribe Piedrahita de Puerto Berrio Antioquia, con el fin de fortalecer la implementación de la cultura SP en la institución.

## **10. OBJETIVO GENERAL**

Proponer estrategias que fortalezcan la cultura de seguridad de paciente en la ESE César Uribe Piedrahita del municipio de Puerto Berrio- Antioquia para el año 2021

### **10.1.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar las dimensiones de la encuesta de cultura institucional seguridad del paciente.
- Identificar las causas que conllevan subregistro de incidente y/o eventos adversos al interior de la institución.
- Plantear acciones estratégicas para la implementación del plan de mejora tendientes a promover y fortalecer la cultura de seguridad del paciente

## **11. VIABILIDAD DE LA PROPUESTA Y SOSTENIBILIDAD**

### **11.1. VIABILIDAD DE LA PROPUESTA**

El presente proyecto se considera viable para su desarrollo, en virtud que desde el MSPS de Colombia se ha brindado lineamientos para diseñar e implementar una política de SP al interior de los hospitales, en esta propuesta la entidad gubernamental resalta la necesidad del compromiso y cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar,

y coordinar acciones que realmente permitan generar ambientes seguros en la atención en salud (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Adicionalmente, el objetivo de liderar dicha política es orientar su implementación para prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la SP, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos y así conformar instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Tal lineamiento también exige a la alta gerencia de las instituciones demostrar y dejar explícito su compromiso con la SP como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad (Ministerio de la Protección Social, 2008).

De igual forma, la Resolución 3100 refiere que para la habilitación de prestadores de servicios de salud es obligatorio el cumplimiento de siete estándares, uno de ellos es el de procesos prioritarios (estándar 5), el cual exige que la prestación de los servicios de salud debe condicionarse con el menor riesgo posible y para ello demanda que los centros de salud incorporen una política de SP, realizar actividades para gestionar la SP, contar con un equipo líder en SP, entre otras (*Resolución 3100 de 2019*, 2019)

Finalmente, se cuenta con voluntad administrativa de la ESE Hospital César Uribe Piedrahita. Puerto Berrío-Antioquia, dado que la dirección considera el brindar servicios de salud seguros como un eje prioritario para garantizar el cumplimiento de su política de calidad. Además, la institución desarrolla su Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad-PAMEC bajo enfoque de acreditación, y para este se requiere el compromiso institucional de alcanzar la totalidad de prácticas seguras propuestas en el Estándar de procesos asistenciales de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad de pacientes y los paquetes instruccionales desarrollados por el MSPS.

## **11.2.SOSTENIBILIDAD DE LA PROPUESTA**

Esta propuesta cuenta con el aval de las directivas de la E.S.E. HOSPITAL CÉSAR URIBE PIEDRAHITA, quienes han expresado su buena voluntad al participar activamente en la elaboración de este proceso, poniendo a disposición de los investigadores no solo las instalaciones de su organización, sino también el recurso humano y documental.

Se espera que este documento se constituya en una herramienta útil para la formación del talento humano, a todos los niveles y en todas sus fases en lo que se refiere a cultura de seguridad del paciente y que se establezca como una base a partir de la cual, se puedan desarrollar planes de mejora claros, ejecutables y con objetivos alcanzables para el fortalecimiento de la atención con calidad de la institución.

## 12. METODOLOGÍA

### **Fase 1. Caracterización de las dimensiones de la encuesta de cultura institucional y determinación del nivel de conocimiento sobre la SP.**

La caracterización de la SP se hace con la finalidad de evaluar el estado de la misma, desde la fase de formulación de políticas hasta la socialización e implementación en la institución; para así, obtener datos que permitan identificar fortalezas u oportunidades de desarrollo de mejores prácticas para una atención de calidad segura.

Inicialmente se desarrolla una revisión documental para identificar diferentes instrumentos que permitan evaluar la cultura de seguridad, se plantea la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture' (HSOPSC) de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) versión en español; la cual ha sido ampliamente revisada y validada en distintos países del mundo (Ver anexo 1) como primer instrumento a desarrollar, puesto que se enfoca en el diagnóstico del nivel de cultura institucional de la SP. El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis (Burgos-martínez et al., 2014).

Una vez definido el instrumento a utilizar, se socializa ante la ESE con el fin de dar a conocer sus bondades, aplicabilidad en el Hospital, alcance, dimensiones y variables que evalúa, siendo estas últimas las siguientes:



*Tabla 1. Dimensiones y criterios para la medición de la cultura de SP*

<b>Dimensión</b>	<b>Criterios</b>
<p><b>1. Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes</li> <li>• Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes</li> <li>• Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes</li> </ul>
<p><b>2. Aprendizaje organizacional- Mejoramiento continuo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente</li> <li>• El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos</li> <li>• Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad</li> </ul>
<p><b>3. Trabajo en equipo dentro de las áreas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan</li> <li>• En esta área, la gente se apoya mutuamente</li> <li>• Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo</li> <li>• En esta área, el personal se trata con respeto</li> </ul>
<p><b>4. Actitud de comunicación abierta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente</li> <li>• El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad</li> <li>• El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto</li> </ul>

<p><b>5. Retroalimentación y comunicación sobre el error</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos</li> <li>• Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área</li> <li>• En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer</li> </ul>
<p><b>6. Respuesta no Punitiva al error</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal siente que sus errores son usados en su contra</li> <li>• Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema</li> <li>• Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida</li> </ul>
<p><b>7. Personal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo</li> <li>• El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente</li> <li>• Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente</li> <li>• Frecuentemente, trabajamos en “situación de urgencia” intentando hacer mucho rápidamente</li> </ul>
<p><b>8. Apoyo y soporte de la clínica para la seguridad del paciente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente</li> <li>• Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria</li> <li>• La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso</li> </ul>
<p><b>9. Trabajo en equipo entre las áreas de la clínica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí</li> <li>• Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución</li> <li>• Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>10. Transiciones y no intervenciones de la clínica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra</li> <li>• Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno</li> <li>• A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución</li> <li>• Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>11. Percepciones generales de la seguridad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios</li> <li>• La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo</li> <li>• Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área</li> <li>• Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>12. Frecuencia de reporte de eventos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?</li> <li>• Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?</li> <li>• Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta HSOPSC

Este será adoptado en un formulario google con el fin de facilitar su aplicación y posterior organización y análisis de los datos. Definido el instrumento, al interior de la organización se realiza el despliegue sobre el objeto de su aplicación a los colaboradores que tienen contacto directo con los pacientes; para llevar a cabo la aplicación de este instrumento se destina un tiempo de 15 minutos dentro del horario laboral para su diligenciamiento, se indican las fechas en la que se inicia y se culmina el proceso y los productos a obtener conforme a los hallazgos encontrados. También, se motiva la participación de los empleados (administrativos y asistenciales) indicándoles que la información registrada es para manejo interno y confidencial, por lo cual es prioritario honestidad en su aplicación.

Finalmente, se realiza el análisis estadístico a través de mediciones descriptivas según las dimensiones evaluadas y teniendo en cuenta que el equipo líder de SP estará a cargo de garantizar la ejecución del instrumento. Una vez recolectada y analizada la información se socializa ante las directivas institucionales y también con el personal participante.

Posterior a la recolección de los datos sobre la cultura institucional de SP, se aplicará un segundo instrumento, que permitirá la identificación sobre la cultura de reporte de incidentes y/o eventos adversos al interior de la institución, el cual fue construido por los investigadores con miras a la búsqueda puntual de las necesidades de la institución para poder hacer una adecuada intervención de las mismas (ver anexo 2), este a su vez estará socializado ante la líder de seguridad del paciente quien dará su aprobación para la ejecución, lo que conlleva la participación de los colaboradores por lo que se propone generar el espacio para su aplicación en grupos primarios (Especialistas, enfermeros, camilleros, auxiliares de enfermería, instrumentadores).

El cuestionario se construye a partir de la revisión documental sobre factores que influyen en la notificación de eventos adversos y/o incidentes, agrupando las variables relacionadas con:

- Percepción de la seguridad del paciente
- Conocimiento sobre la seguridad del paciente
- Procesos de inducción y capacitación

- Caracterización de la contratación laboral (tipo de contrato, tiempo de vinculación, función que desempeña)
- Conocimiento sobre los procesos institucionales para la gestión de seguridad del paciente.

El instrumento se aplica en formulario google, lo que permite que datos sean descargados y tabulados, para posteriormente realizar un análisis descriptivo sobre dichas variables que influyen en el reporte de incidentes o eventos adversos; información que será de utilidad para proponer un plan de acción en la ESE.

### **Fase 2. Revisión de los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos en institución al personal seleccionado.**

Una vez aplicados los instrumentos se realizará el análisis de los datos obtenidos de acuerdo con las instrucciones planteadas en la encuesta (AHRQ), de igual manera se obtendrán los datos sobre el nivel de adherencia de los reportes de eventos adversos, asociados a la atención en salud teniendo en cuenta el segundo instrumento.

Con estos resultados se creará un mapa de riesgos para enfocar las intervenciones, logrando localizar, controlar, dar seguimiento y representar en forma gráfica, los resultados obtenidos de los instrumentos; lo cual permitirá señalar los resultados críticos y no tan críticos que se deben intervenir (Ver anexo 3).

### **Fase 3. Propuesta de plan de mejora para fortalecimiento de la cultura SP institucional**

Las acciones de mejora se definirán teniendo en cuenta los siguientes ítems:

1. **Problema a intervenir:** Hace referencia a la debilidad encontrada al interior de la institución, que dificulta una gestión adecuada de la seguridad del paciente.
2. **Acciones a desarrollar:** Se relaciona las propuestas de acción para intervenir la dificultad o problema detectado.
3. **Responsables:** Personal encargado del desarrollo de la acción

4. **Resultado esperado:** Corresponde al efecto que se espera generar a corto, mediano y largo plazo cuando se implementen las acciones de mejora.
5. **Indicadores:** Unidad de medición de las acciones a desarrollar
6. **Medios de verificación:** Aquellos recursos mediante los cuales se puede evidenciar el desarrollo de la acción.
7. **Recursos:** recursos humanos, financieros, tecnológicos, físicos para llevar a cabo las acciones propuestas.

Para dar cumplimiento a lo anterior se plantearán las estrategias mediante el diligenciamiento de la matriz propuesta de mejora (Anexo 4)

### **13. POBLACIÓN OBJETO**

Personal asistencial y administrativo de la ESE Hospital César Uribe Piedrahita, la cual se encuentra constituida por 71 colaboradores quienes aceptaron participar de manera autónoma en el proyecto.

### **14. INSTRUMENTOS EMPLEADOS PARA LA EJECUCIÓN**

**Instrumento 1.** Encuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, para la caracterización de la seguridad paciente al interior de la institución. (Anexo 1)

**Instrumento 2.** Encuesta para la identificación de las causas que conllevan subregistro de incidente y/o eventos adversos al interior de la institución. (Anexo 2)

**Instrumento 3.** Mapa de riesgo (Anexo 3)

**Instrumento 4.** Matriz de descripción de las acciones del proyecto, los resultados esperados, responsables, entre otros. (Anexo 4)

## 15. RESULTADOS ESPERADOS

Para analizar la cultura de seguridad del paciente se aplicará la encuesta a 71 participantes donde el 17% corresponderá al personal administrativo y el 83% al personal asistencial; es de aclarar que el grupo poblacional tiene un contacto directo con el paciente, bien sea por la atención clínica o por el desarrollo de funciones administrativas que intervienen en el proceso para una atención segura.

Por otro lado, de las 12 dimensiones que se definieron para evaluar la cultura de SP y sus respectivos criterios, las sensibles a oportunidad de mejora serán aquellas que tengan una ponderación  $\geq 50\%$  a preguntas formuladas en positivo y que las respuestas fueron negativas (Nunca/Rara vez/Algunas veces), también, aquellas preguntas formuladas en negativo y que mayor o igual al 50% de las respuestas fueron positivas (siempre/casi siempre). Dichas dimensiones y criterios incluidos se registrarán según el anexo 3 del presente documento.

A los participantes también se les desarrollará preguntas abiertas para conocer su opinión sobre la gestión de la SP al interior de la ESE, aquellas respuestas serán agrupadas según similitud y repetición de ideas, esta información será representada de manera esquemática y también será utilizada para la definición de un plan de acción según los descrito en la fase 3 del presente proyecto.

## 16. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Como criterios éticos los líderes del proyecto se comprometen a hacer un buen uso de información y se velará por el bienestar físico y emocional de los participantes.
- Adicionalmente, el proyecto no representa ningún riesgo en la población participante dado que no se hará intervención biológica, fisiológica o social.
- También, se garantizará la confidencialidad y la voluntad de participar del estudio, al igual que se indicará a los participantes información clara sobre el objetivo del proyecto.
- Como responsabilidad ética los autores del presente proyecto también se comprometen a realizar una devolución a los directivos, administrativos y personal de la ESE frente a los hallazgos y oportunidades de mejora.

- Como criterio ético de referente nacional se encuentra la resolución 8430 de 1993 la cual resalta el respeto a la dignidad, a la protección de los derechos y al bienestar en la realización de investigaciones. De igual forma, el estudio sería sin riesgo dado que no se hará ningún tipo de intervención en la población participante.

## 17. CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

- Aini, Q. (2020). Model of patient safety behavior influenced by culture and attitudes of safety patients: Case study of PKU Muhammadiyah Hospital in Bantul. *Enfermería Clínica*, 30, 272–275. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2020.06.062>
- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. (2008). *La Investigación en Seguridad del Paciente*. [https://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)
- Alvarado-guevara, A. T., & Flores-sandí, G. (2009). Errores médicos Medical Errors. *Acta Médica Costarricense*, 51(1), 07–09.
- Arimany-Manso, J., & Martin-Fumadó, C. (2017). La importancia de la seguridad clínica The importance of patient safety. *Med Clin (Barc)*, 148(9), 405–407. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.008>
- Burgos-martínez, L. A., Pastrana-gómez, A. A., & González-olvera, A. I. (2014). *Percepción de la Cultura de Seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social*. 19, 52–58. <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/4/48>
- CEPAL. (2014). *Los datos demográficos Alcances, limitaciones y métodos de evaluación*. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37145/1/S1420555\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37145/1/S1420555_es.pdf)
- Choi, E. Y., Pyo, J., Ock, M., & Lee, H. (2021). Second victim phenomenon after patient safety incidents among Korean nursing students: A cross-sectional study. *Nurse*



- Education Today*, 107, 105115. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2021.105115>
- Ley 100 de 1993, 1 (1993) (testimony of Congreso de la República de Colombia). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Espinal García, María, Yepes Gil, L., & García Gómez, L. F. (2010). *Seguridad de paciente: aspectos generales y conceptos básicos* [Universidad CES]. [https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1285/1/seguridad del paciente..pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1285/1/seguridad%20del%20paciente..pdf)
- Fajardo, M. (2005). Calidad de la atención de salud . Error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(3), 239–244. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010)
- Gluschkoff, K., Kaihlanen, A., Palojoki, S., Laukka, E., Hyppönen, H., Karhe, L., Saranto, K., & Heponiemi, T. (2021). Reporting of health information technology system-related patient safety incidents: The effects of organizational justice. *Safety Science*, 144, 105450. <https://doi.org/10.1016/J.SSCI.2021.105450>
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 97–111. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>
- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2), 0–0. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006)
- Hospital César Uribe Piedrahita. (2017). *E.S.E Hospital César Uribe de Piedrahita*. Retrieved September 6, 2021, from <https://www.hcup.gov.co/quienes-somos/nuestro-hospital>
- Lee, Y. mi, & Oh, H. (2020). The Influence of Patient Safety Culture and Patient Safety Error Experience on Safety Nursing Activities of Emergency Nurses in South Korea. *Journal of Emergency Nursing*, 46(6), 838-847.e2. <https://doi.org/10.1016/J.JEN.2020.05.019>
- León Franco, A. (2006). *Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos*. Universidad del Valle. [https://books.google.com/books/about/Fundamentos\\_de\\_seguridad\\_al\\_paciente\\_par.html?hl=es&id=acPIU9IAbEwC](https://books.google.com/books/about/Fundamentos_de_seguridad_al_paciente_par.html?hl=es&id=acPIU9IAbEwC)

- Martínez Reyes, C. R., Agudelo Durango, J., Areiza Correa, S. M., Giraldo Palacio, D. M.,  
Martínez Reyes, C. R., Agudelo Durango, J., Areiza Correa, S. M., & Giraldo Palacio,  
D. M. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud.  
*Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17(33), 277–291.  
<https://doi.org/10.22518/USERGIOA/JOUR/CCSH/2017.2/A17>
- Mayo Clinic. (2020). *Indicadores de seguridad del paciente: Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/about-mayo-clinic/quality/quality-measures/agency-healthcare-research-quality-patient-safety-indicators>
- Merlino Plaza, M. J. (2011). *La Seguridad del Paciente Un reto para la asistencia sanitaria* (RC libros (ed.)). [www.rclibros.es](http://www.rclibros.es)
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Anexo técnico resolución 1446 de 2006*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCIÓN\\_1446\\_DE\\_2006\\_-\\_ANEXO\\_TÉCNICO.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_1446_DE_2006_-_ANEXO_TÉCNICO.pdf)
- Ministerio de la Protección Social. (2007a). Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. In *Ministerio De La Protección Social*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2007b). *Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud* (FUNDACIÓN FITEC (ed.)).
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenciónEnSalud/LINEAMIENTOS\\_PARA\\_LA\\_IMPLEMENTACIÓN\\_DE\\_LA\\_POLÍTICA\\_DE\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE\\_EN\\_LA.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenciónEnSalud/LINEAMIENTOS_PARA_LA_IMPLEMENTACIÓN_DE_LA_POLÍTICA_DE_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_EN_LA.pdf)
- Decreto 1876*, (1994) (testimony of Ministerio de Salud). <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=3356>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Quiénes somos*. Retrieved September 28, 2021, from <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision->

vision-principios.aspx

*Resolución 3100 de 2019*, (2019) (testimony of Ministerio de Salud y Protección Social).

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Cuestionario Sobre Seguridad De Los Pacientes*. 17.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

Mir Abellán, R. (2019). *Impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente*. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/127326>

Mira, J. J., & Lorenzo, S. (2016). Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 1–2. <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2016.02.005>

OMS. (1946). *¿Cómo define la OMS la salud?* <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

OMS. (2001). *Calidad de la atención: seguridad del paciente*. 6. <https://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>

OMS. (2019). *Seguridad del paciente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura*. [https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). *Acerca de la OMS*. <https://www.who.int/es/about>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1902). *Quiénes somos*. <https://www.paho.org/es/quienes-somos#:~:text=La OPS es la organización,la salud de su población.&text=Los miembros de la organización representan a 51 países y territorios>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Sistemas de notificación de incidentes en América Latina* (OPS (ed.)).

- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/HSS-HS-SistemasIncidentes-2013.pdf>
- Ortega Lobos, L., & Febré, N. (2018). Prevalencia de eventos adversos en centros de hemodialisis. *Ciencia y Enfermería*, 24. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532018000100207>
- Oscar González Muñoz, M. (2015). Gestión de Riesgos ¿Cómo abordarlos en las organizaciones? [http://www.inlac.org/Ponencias\\_FM2015/2\\_Miercoles/3\\_Oscar\\_Gonzalez/Gestion\\_de\\_Riesgos.pdf](http://www.inlac.org/Ponencias_FM2015/2_Miercoles/3_Oscar_Gonzalez/Gestion_de_Riesgos.pdf)
- Ramírez, O. J. G., Gámez, A. S., Gutiérrez, A. A., Salamanca, J. G., Vega, A. G., & Galeano, É. M. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances En Enfermería*, 29(2), 363–374. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785–795. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2017.08.006>
- Salih, S. A., Abdelkader Reshia, F. A., Bashir, W. A. H., Omar, A. M., & Ahmed Elwasefy, S. (2021). Patient safety attitude and associated factors among nurses at Mansoura University Hospital: A cross sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 14, 100287. <https://doi.org/10.1016/J.IJANS.2021.100287>
- Svitlica, B. B., Šajnović, M., Simin, D., Ivetić, J., & Milutinović, D. (2021). Patient safety: Knowledge and attitudes of medical and nursing students: Cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 53, 103089. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2021.103089>
- The Lancet. (2019). Patient safety: too little, but not too late. In *The Lancet* (Vol. 394, Issue 10202, p. 895). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32080-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32080-X)
- Tobar, F. (2017). *La atención de la salud*. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5\_Part\_2), 369. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- Xiang, Z., Liu, H., Gao, X., Jin, Q., Qiao, K., Li, X., Qi, X., Zhang, H., & Tang, K. (2021). The willingness and its influencing factors on patients to participate in patient safety

spontaneous reports: A cross-sectional online study in China. *Health Policy and Technology*, 10(2), 100522. <https://doi.org/10.1016/J.HLPT.2021.100522>

Yalçın Akgül, G., & Aksoy, N. (2021). The Relationship Between Organizational Stress Levels and Patient Safety Attitudes in Operating Room Staff. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. <https://doi.org/10.1016/J.JOPAN.2020.11.002>

## ANEXOS

## Anexo 1. Encuesta AHRQ

HOSPITAL CÉSAR URIBE PIEDRAHITA Cúcuta de 97		FORMATO DE ENCUESTA CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				CÓDIGO:FO-01-04		
						VERSIÓN:01		
						FECHA:18/02/2021		
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE						N°		
NOMBRES:		Fecha Diligenciamiento		DD	MM	AA		
NOMBRE DE LA ESE:								
Estamos interesados en conocer el grado de avances que la Institución tiene frente a seguridad del paciente, por esto lo invitamos a contestar con sinceridad las siguientes preguntas de acuerdo a la percepción que usted tenga en su área de trabajo, en caso de que usted esté en más de una área solo señale una y con base en esta responda el cuestionario. Por favor verifique que conteste todas las preguntas, esta herramienta ayudará al fortalecimiento nuestra institución.								
No.	CATEGORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA					
1	Características demográficas de los encuestados	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?	a. Atención ambulatoria ___ b. Fisioterapia ___ c. Odontología ___ d. Urgencias ___ e. Servicio Farmacéutico ___ f. Laboratorio clínico ___ g. Imagenología ___ h. Cirugía ___ i. Internación adultos ___ j. Internación Ginecoobstétrica ___ k. Internación Pediátrica ___ l. Internación Respiratorio ___ m. Transporte asistencial ___ n. Otra ___ Cual _____					
2		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años		
3		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años		
4		¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	a. Menos de 20 horas	b. De 20 a 39 horas	c. De 40 a 69 horas	d. De 70 a 79 horas	e. De 80 a 99 horas	f. 100 horas o más
En las siguientes preguntas, señale con una X la opción que usted considera más acertada			Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
			1	2	3	4	5	
5	Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes						
6		Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes						
7		Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes						
8		Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez						
9	Aprendizaje organizacional- Mejoramiento continuo	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente						
10		El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos						
11		Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad						
12	Trabajo en equipo dentro de las áreas	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan						
13		En esta área, la gente se apoya mutuamente						
14		Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo						
15		En esta área, el personal se trata con respeto						
16	Actitud de comunicación abierta	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente						
17		El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad						
18		El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto						
19	Retroalimentación y comunicación sobre el error	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos						
20		Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área						
21		En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer						
22		El personal siente que sus errores son usados en su contra						
23	Respuesta no Punitiva al error	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema						
24		Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida						
25	Personal	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo						
26		El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente						
27		Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente						
28		Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente						
29	Apoyo y soporte de la clínica para la seguridad del paciente	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente						
30		Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria						
31		La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso						
32	Rabaja en equipo entre las áreas de la clínica	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí						
33		Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente						
34		Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución						
35		Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes						
36	Transiciones y no intervenciones de la clínica	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra						
37		Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno						
38		A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución						
39		Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes						
40	Percepciones generales de la seguridad	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios						
41		La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo						
42		Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área						
43		Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir						
44	Frecuencia de reporte de eventos	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?						
45		Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?						
46		¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?						
47	Número de eventos reportados	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?	a. Ningun reporte	b. De 1 a 2 reportes	c. De 3 a 5 reportes	d. De 6 a 10 reportes	e. De 11 a 20 reportes	f. 21 reportes o mas
48	Grado de seguridad del paciente	Por favor, asigne a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Malo	
49	Personal	¿Cuál es su cargo en esta institución?	a. Enfermera profesional ___ b. Médico ___ c. Odontólogo ___ d. Especialista ___ e. Auxiliar de enfermería ___ f. Auxiliar de odontología ___ g. Auxiliar Facturación ___ h. Bacteriologo ___ i. Fisioterapeuta ___ j. Personal psicossocial ___ k. Personal de mantenimiento ___ l. Líder de proceso ___ m. Técnico rayos X ___ n. Personal de dirección y gerencia ___ o. Personal administrativo ___					
50		¿Qué tipo de contrato tiene?	a. Nombrado (carrera adm. o provisional)	b. Cooperativa	c. Contrato de Prestación de Servicios	d. otro. Cual		
51		En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	a. SI		b. NO			
52		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años		

\* Versión revisada y corregida tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Ministerio de la Protección Social.

## **Anexo 2. Encuesta sobre la cultura de SP**

Con la presente encuesta queremos conocer su percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en la institución ESE Cesar Uribe Piedrahita Puerto Berrío Antioquia. Solicitamos leer estas preguntas que tienen una única respuesta, señale con una X la que considere adecuada o verdadera.

### **Caracterización de la población:**

a) Tipo de cargo:

Asistencial \_\_\_\_

Administrativo \_\_\_\_

Personal de apoyo (Camilleros \_\_\_\_, personal de radiología \_\_\_\_, instrumentación quirúrgica \_\_\_\_)

b) Tipo de Contratación:

Vinculado \_\_\_\_

Contratista \_\_\_\_

Prestación de servicios \_\_\_\_

c) Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución:

Menor de tres meses \_\_\_\_

Entre tres y seis meses \_\_\_\_

Entre seis meses y un año \_\_\_\_

Mayor a un año \_\_\_\_

**Responda las siguientes preguntas teniendo en cuenta su labor en la institución**

**1. ¿La institución cuenta con un programa de Seguridad del Paciente, para obtener procesos de atención seguros? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_**

**2. Durante la inducción usted recibió educación sobre la cultura de seguridad del paciente** Sí \_\_\_ No \_\_\_ Está pendiente de recibir la inducción \_\_\_

**3. De los siguientes seleccione los que usted considere un evento de seguridad del paciente**

- Caída del paciente
- Administración correcta de medicamentos
- Intervención quirúrgica de extremidad incorrecta
- Transfusión de glóbulos rojos a paciente con orden de transfusión de plaquetas
- Toma de laboratorios a paciente equivocado
- Administración de medicamentos sin verificar orden médica
- Edema en mano canalizada posterior a punción

**4. Al cuanto tiempo se realiza un reporte de un evento de seguridad**

- Durante 24 horas
- Inmediato
- No se realiza reporte
- Durante la semana siguiente

**5. De las siguientes personas quién realiza el reporte asociado a eventos de seguridad:**

- a) Enfermero del servicio
- b) Jefe de servicio o área
- c) Líder de seguridad del paciente
- d) Quien presencia la situación (Todos somos responsables)

**6. Según protocolo institucional el reporte de situaciones se realiza por medio de:**

- a) Vía telefónica al área de calidad
- b) Por mensaje de WhatsApp
- c) Verbalmente a su jefe inmediato
- d) Plataforma digital de seguridad del paciente y formato manual



e) Cuando la plataforma no está disponible Vía correo electrónico al área de seguridad del paciente

**7. En el último mes cuántos reportes en seguridad se ha dado cuenta que han realizado o usted realizó**

Ningún reporte \_\_\_\_ De 1 a 2 Reportes \_\_\_\_ De 3 a 5 Reportes \_\_\_\_

**8. Los eventos que más se reportan en su servicio están relacionados con:**

- Administración errónea de medicamentos
- Caída de los pacientes
- Flebitis
- Error en la toma de muestras de laboratorios
- Intervenciones quirúrgicas equivocadas
- Cuerpo extraño en el paciente postquirúrgico
- Omisión de los momentos de higiene y lavado de manos para procedimientos estériles
- Infecciones por procedimientos contaminados

**9. ¿Cómo le afecta a usted evidenciar un evento de seguridad del paciente?**

- Llamado de atención
- Suspensión de un día de descanso
- Cambio de servicio
- Descuento de un día de salario
- Ninguna de las anteriores

**10. En seguridad del paciente solo se reportan situaciones que generan daño a las personas involucradas**

Falso \_\_\_\_ Verdadero \_\_\_\_

Muchas Gracias

### Anexo 3. Mapa de Riesgo

#### Frecuencia de Ocurrencia de los Riesgos

Frecuencia		Definición
Categoría	Denominación	
A	Remota	Que excepcionalmente puede ocurrir
B	Aislada	Que difícilmente ocurre
C	Ocasional	Que pocas veces ocurre
D	Recurrente	Que se repite con periodicidad
E	Frecuente	Que ocurre con regularidad

#### Severidad del Daño

Severidad		Definición
Categoría	Denominación	
I	Menor	Sin daños o con daños que impidan incapacidades temporales del trabajador de tres días o menos
II	Moderada	Puede implicar la incapacidad temporal del trabajador por más de tres días
III	Crítica	Puede implicar la incapacidad permanente parcial del trabajador
IV	fatal	Puede implicar la incapacidad permanente total del trabajador

#### Jerarquización del impacto del riesgo

			Severidad del daño			
			I	II	III	IV
			Menor	Moderado	Crítica	Fatal
Frecuencia de ocurrencia del riesgo	E	Frecuente	Medio	Elevado	Grave	Grave
	D	Recurrente	Bajo	Medio	Elevado	Grave
	C	Ocasional	Mínimo	Bajo	Medio	Elevado
	B	Aislada	Mínimo	Mínimo	Bajo	Medio
	A	Remota	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Bajo

Tomado de (Oscar González Muñoz, 2015)



