

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE BAJA COMPLEJIDAD,  
CERETÉ 2022.**

**ANDRÉS FELIPE DILSO MOSQUERA  
CARLOS ANÍBAL BENÍTEZ ESPITIA**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
MONTERÍA, CÓRDOBA  
2022**

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE BAJA COMPLEJIDAD,  
CERETÉ 2022.**

**ANDRÉS FELIPE DILSO MOSQUERA  
CARLOS ANÍBAL BENÍTEZ ESPITIA**

**Trabajo de grado investigación presentado para optar el título de Administrador  
en Salud**

**Director(a): Yolima Llorente Pérez, Enf., M.Sc.**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
MONTERÍA, CÓRDOBA  
2022**

**NOTA DE ACEPTACIÓN:**

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Montería, 08 de julio de 2022

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres por su gran amor y apoyo para culminar este trabajo.

A nuestra directora Yolima Llorente Pérez por su gran bondad.

A nuestros compañeros y amigos por motivarnos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darnos sabiduría y constancia. A nuestros padres y todas las personas que aunando esfuerzos nos apoyaron y colaboraron en la elaboración de este trabajo de grado.

A la institución de baja complejidad E.S.E EL PRADO, ubicada en el municipio de Cereté, Córdoba. por brindarnos la oportunidad de poder adquirir nuevos conocimientos para el desarrollo de este proyecto, por la confianza y colaboración brindada.

A la directora de este proyecto, profesora Yolima Llorente Pérez, quién con su experiencia y conocimientos, contribuyó a su desarrollo, reforzando nuestros conocimientos con paciencia y constancia.

A la Universidad de Córdoba, ya que, en sus aulas, y por intermedio de su selecto grupo de profesores adquirimos los conocimientos necesarios para cumplir con nuestro objetivo de ser profesionales en Administración en Salud.

## CONTENIDO

pág.

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN .....                             | 16 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....             | 18 |
| 1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA .....            | 19 |
| 1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....           | 20 |
| 2. JUSTIFICACIÓN.....                          | 21 |
| 3. OBJETIVOS.....                              | 23 |
| 3.1. OBJETIVO GENERAL .....                    | 23 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....               | 23 |
| 4. MARCO REFERENCIAL .....                     | 24 |
| 4.1. MARCO DE ANTECEDENTES .....               | 24 |
| 4.1.1. Antecedentes a nivel internacional..... | 24 |
| 4.1.2. Antecedentes a nivel nacional.....      | 26 |
| 4.1.3. Antecedentes a nivel local. ....        | 27 |
| 4.2. MARCO TEÓRICO.....                        | 28 |
| 4.3. MARCO CONCEPTUAL .....                    | 31 |

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4.4. MARCO LEGAL .....</b>                                                       | <b>34</b> |
| <b>5. METODOLOGÍA .....</b>                                                         | <b>37</b> |
| <b>5.1. TIPO DE ESTUDIO .....</b>                                                   | <b>37</b> |
| <b>5.2. ESCENARIO DE ESTUDIO .....</b>                                              | <b>37</b> |
| <b>5.3. Unidad de análisis .....</b>                                                | <b>38</b> |
| <b>5.4. Universo: .....</b>                                                         | <b>38</b> |
| <b>5.5. Población: .....</b>                                                        | <b>38</b> |
| <b>5.6. Tamaño muestral:.....</b>                                                   | <b>38</b> |
| <b>5.7. Muestreo.....</b>                                                           | <b>39</b> |
| <b>5.8. Criterios de inclusión .....</b>                                            | <b>39</b> |
| <b>5.9. Criterios de exclusión .....</b>                                            | <b>40</b> |
| <b>5.10. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>                    | <b>40</b> |
| 5.10.1. Instrumentos.....                                                           | 40        |
| <b>5.11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....</b>                  | <b>42</b> |
| <b>5.12. PLAN PARA LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....</b>                       | <b>42</b> |
| 5.12.1. Agrupación de las categorías de respuesta.....                              | 45        |
| 5.12.2. Clasificación de fortalezas y oportunidades de mejora según resultados. ... | 47        |
| <b>6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS.....</b>                                       | <b>49</b> |
| <b>7. RESULTADOS.....</b>                                                           | <b>50</b> |

|                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>7.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO .....</b>                               | <b>50</b> |
| 7.1.1. Sexo de los participantes del estudio .....                                              | 50        |
| 7.1.2. Edad de los participantes del estudio .....                                              | 51        |
| 7.1.3. Grado de escolaridad de los participantes del estudio .....                              | 51        |
| 7.1.4. Distribución de participantes por cargo en la institución .....                          | 52        |
| 7.1.5. Distribución por área o servicio de los participantes. ....                              | 54        |
| 7.1.6. Distribución por tiempo laborado en el instituto de baja complejidad el Prado ..         | 55        |
| 7.1.7. Distribución por número de horas trabajadas a la semana .....                            | 56        |
| 7.1.8. Distribución por el tipo de contrato de los participantes. ....                          | 57        |
| 7.1.9. Distribución por tiempo trabajado en profesión/ ocupación actual .....                   | 58        |
| 7.1.10. Distribución del estamento al que pertenece los participantes .....                     | 58        |
| 7.1.11. Distribución de contacto directo con los pacientes .....                                | 59        |
| 7.1.12. Distribución por años de profesión de los participantes. ....                           | 60        |
| <br><b>7.2. IDENTIFICACION DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES, DE LAS</b>                          |           |
| <b>DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</b>                                 | <b>61</b> |
| 7.2.1. Percepciones globales de seguridad .....                                                 | 61        |
| 7.2.2. Frecuencia de notificación de sucesos .....                                              | 62        |
| 7.2.3. Acciones y medidas preventivas para promover la seguridad emprendidas por los jefes..... | 63        |
| 7.2.4. Aprendizaje organizacional-mejora continua .....                                         | 64        |
| 7.2.5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio.....                                             | 65        |
| 7.2.6. Comunicación franca y abierta en la unidad o servicio .....                              | 66        |
| 7.2.7. Comunicación y feedback sobre errores.....                                               | 67        |
| 7.2.8. Respuesta no punitiva al error .....                                                     | 68        |
| 7.2.9. Dotación de personal .....                                                               | 69        |
| 7.2.10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente .....                    | 70        |
| 7.2.11. Colaboración entre las unidades y servicios en los centros .....                        | 71        |
| 7.2.12. Transmisión de información durante traslados y cambios de turno .....                   | 72        |



|                                                                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 7.2.13. valoración de las dimensiones.....                                                                               | 74        |
| <b>7.3. GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y NÚMERO DE REPORTES DE<br/>EVENTOS REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. ....</b> | <b>75</b> |
| 7.3.1. grado de seguridad del paciente en el área o servicio .....                                                       | 75        |
| 7.3.2. Reporte de eventos en los últimos 12 meses.....                                                                   | 76        |
| <b>7.4. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....</b>                                                                             | <b>77</b> |
| <b>8. CONCLUSIONES .....</b>                                                                                             | <b>79</b> |
| <b>9. RECOMENDACIONES .....</b>                                                                                          | <b>80</b> |
| <b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>                                                                              | <b>81</b> |
| <b>11. ANEXOS .....</b>                                                                                                  | <b>91</b> |

## LISTA DE TABLAS

|                                                                                                          | pág. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Tabla 1.</b> Escala de valoración del instrumento.....                                                | 41   |
| <b>Tabla 2.</b> Declaraciones formuladas en negativo .....                                               | 43   |
| <b>Tabla 3.</b> Agrupación Categorías de respuesta.....                                                  | 46   |
| <b>Tabla 4.</b> Clasificación de fortalezas y oportunidades de mejora según resultados .....             | 47   |
| <b>Tabla 5.</b> Sexo de los participantes del estudio .....                                              | 50   |
| <b>Tabla 6.</b> Edad de los participantes del estudio.....                                               | 51   |
| <b>Tabla 7.</b> Grado de escolaridad de los participantes del estudio.....                               | 52   |
| <b>Tabla 8.</b> Distribución de participantes por cargo en la institución .....                          | 53   |
| <b>Tabla 9.</b> Distribución de participantes acorde al área o servicio donde labora. ....               | 54   |
| <b>Tabla 10.</b> Proporción o frecuencia de tiempo en la empresa de los participantes en el estudio..... | 55   |
| <b>Tabla 11.</b> Distribución por número de horas trabajadas a la semana .....                           | 56   |
| <b>Tabla 12.</b> Distribución por el tipo de contrato de los participantes. ....                         | 57   |
| <b>Tabla 13.</b> Distribución por tiempo trabajado en profesión ocupación actual. ....                   | 58   |
| <b>Tabla 14.</b> Distribución del estamento al que pertenece los participantes .....                     | 59   |
| <b>Tabla 15.</b> Distribución de contacto directo con los pacientes.....                                 | 60   |
| <b>Tabla 16.</b> Distribución por años de profesión de los participantes. ....                           | 60   |
| <b>Tabla 17.</b> Valoración de las dimensiones de la cultura de seguridad. ....                          | 74   |

## LISTA DE FIGURAS

pág.

|                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con Percepciones globales de seguridad.....                                                   | 62 |
| <b>Figura 2.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con frecuencia de notificación de sucesos.....                                                | 63 |
| <b>Figura 3.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con acciones y medidas preventivas para promover la seguridad emprendidas por los jefes ..... | 64 |
| <b>Figura 4.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con aprendizaje organizacional-mejora continua .....                                          | 65 |
| <b>Figura 5.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con trabajo en equipo en la unidad/servicio .....                                             | 66 |
| <b>Figura 6.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con comunicación franca y abierta en la unidad o servicio .....                               | 67 |
| <b>Figura 7.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con comunicación y feedback sobre errores.....                                                | 68 |
| <b>Figura 8.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con respuesta no punitiva al error. ....                                                      | 69 |
| <b>Figura 9.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con dotación de personal .....                                                                | 70 |
| <b>Figura 10.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente .....                     | 71 |
| <b>Figura 11.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con colaboración entre las unidades y servicios en los centros.....                          | 72 |

|                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 12.</b> Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con transmisión de información durante traslados y cambios de turno..... | 73 |
| <b>Figura 13.</b> Grado de seguridad del paciente en el área o servicio.....                                                                                    | 75 |
| <b>Figura 14.</b> Reporte de eventos en los últimos 12 meses .....                                                                                              | 76 |

## LISTA DE ANEXOS

|                                               | pág. |
|-----------------------------------------------|------|
| <b>Anexo A:</b> Carta permiso .....           | 91   |
| <b>Anexo B:</b> Instrumento.....              | 93   |
| <b>Anexo C:</b> Carta aval institucional..... | 100  |

## RESUMEN

**Introducción:** La seguridad del paciente se convierte en el foco de los investigadores de todo el mundo, en vista de la magnitud del problema, y asume una dimensión esencial para la calidad de la salud en las áreas más diversas. **Objetivo:** El objetivo principal del siguiente trabajo fue evaluar el nivel de cultura de seguridad del paciente en una E.S.E. de baja complejidad, Cereté 2022. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, a los profesionales de la salud adscritos a la E.S.E. de baja complejidad del municipio de Cereté, ubicada en el área urbana. **Resultados:** En este estudio, se evidenció que el grado de seguridad del paciente dentro de la institución escogida, es excelente con base en los resultados obtenidos por medio de la aplicación del instrumento, constituyéndolo una de las áreas fuertes de la institución y del estudio. Es importante destacar este punto, ya que habla bien de la institución y su plan para la implementación de una cultura de la seguridad del paciente sólida y duradera dentro de la institución. **Conclusión:** La gerencia debe priorizar los estudios de carga de trabajo para medir objetivamente, esa es la opinión encontrada en la encuesta. Si se confirman los hallazgos durante la investigación, la autoridad competente debe iniciar acciones correctivas, Por ejemplo: reasignación de turnos, reasignación de tareas y Contratar más empleados

**Palabras clave:** Seguridad del Paciente, Errores Médicos, Atención de Salud Universal, Cultura Organizacional, Gestión de Riesgos.

## **ABSTRACT**

Introduction: Patient safety becomes the focus of researchers worldwide, in view of the magnitude of the problem, and assumes an essential dimension for the quality of health in the most diverse areas. Objective: The main objective of the following work is to evaluate the level of patient safety culture in a low complexity IPS, Cereté - 2022. Materials and methods: A descriptive, cross-sectional study with a quantitative correlational approach was carried out among health professionals assigned to the low complexity IPS of the municipality of Cereté, located in the urban area. Results: In this study, it is evident that the degree of patient safety within the chosen institution is excellent based on the results obtained through the application of the instrument, constituting one of the strong areas of the institution and of the study. It is important to highlight this point since it speaks well of the institution and its plan for the implementation of a solid and lasting patient safety culture within the institution. Conclusion: Management should prioritize workload studies to measure objectively, is the opinion found in the survey. If the findings are confirmed during the investigation, the competent authority should initiate corrective actions, e.g., reassignment of shifts, reassignment of tasks and hiring more employees.

Key words: Patient Safety, Medical Errors, Universal Health Care, Organizational Culture, Risk Management.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se convierte en el foco de los investigadores de todo el mundo, en vista de la magnitud del problema, y asume una dimensión esencial para la calidad de la salud en las áreas más diversas. En este contexto, comenzaron las reflexiones sobre acciones dirigidas a este problema (Lima da Silva, 2020). Por “seguridad del paciente” nos referimos a reducir los riesgos o daños innecesarios a un mínimo aceptable, en función del conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en el que se brinda la atención, frente a los riesgos de no brindar tratamiento u otros servicios. Medirlo nos permitirá identificar debilidades en el sistema y diseñar estrategias para reducir los riesgos de soporte.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de forma anual, millones de pacientes en todo el mundo, sufren lesiones o mueren a causa de la atención insegura ofrecida por los prestadores de salud. (OMS, 2019). Señalando que se producen 134, millones de eventos adversos en países de bajos y medianos ingresos, dejando un saldo de 2,6 millones de muertes (AK, 2018). En países de ingresos altos, 1 de cada 10 pacientes son lesionados mientras reciben la atención en salud. Dicha organización, considera que cerca de la mitad de los eventos son prevenibles (OMS, 2021).

El departamento de Córdoba, por su parte, presenta tasas altas de infecciones asociadas a dispositivos en UCI, así como eventos adversos por administración de medicamentos y caídas de pacientes tanto en urgencia como en hospitalización y la E.S.E, escenario de estudio, según los reportes de calidad, presentó en 2021, 11 eventos adversos, 8 incidentes y 16 errores programáticos, y en lo recorrido del año 2022, llevan registrados 3 eventos adversos, 2 incidentes y 6 errores programáticos (PRADO, 2022). Lo que puede verse como una oportunidad para revisar lo referente a cultura de seguridad del paciente, reporte no punitivo y oportuno, y para seguir fortaleciendo la atención segura y sin daño a los pacientes.



Entonces, todo el panorama descrito antes abre la posibilidad de evaluar la cultura de seguridad del paciente, toda vez, que es considerada como una herramienta útil que contribuye a disminuir riesgos de eventos adversos, permitiendo, al mismo tiempo, revisar los resultados de los procesos de implementación de política, cultura y prácticas de seguridad del paciente, e identificar cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad, con el fin de mejorar dichos aspectos.

La evidencia señala escasez de investigaciones en el municipio escenario de estudio, y la poca o nula inclusión de referentes teóricos para guiar la investigación, constituyéndose en una oportunidad para el presente estudio. Se espera que los resultados de la investigación sirvan como línea de base para futuras investigaciones, sobre todo de tipo intervención, y para definir o redefinir las líneas de acción a trabajar frente a cultura de seguridad del paciente, en donde los mayores beneficiarios de la puesta en marcha de distintas intervenciones serán el paciente, familia y sistema de salud.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo, evaluar el nivel de cultura de seguridad del paciente en una E.S.E de baja complejidad, Cereté – 2022. A lo largo de la siguiente investigación podrán encontrar planteamiento del problema, justificación, objetivos, marco referencial, metodología, resultados, conclusiones, recomendaciones y anexos.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de forma anual, millones de pacientes en todo el mundo, sufren lesiones o mueren a causa de la atención insegura ofrecida por los prestadores de salud. (OMS, 2019). Señalando que se producen 134, millones de eventos adversos en países de bajos y medianos ingresos, dejando un saldo de 2,6 millones de muertes (AK, 2018). En países de ingresos altos, 1 de cada 10 pacientes son lesionados mientras reciben la atención en salud. Dicha organización, considera que cerca de la mitad de los eventos son prevenibles (OMS, 2021).

La evidencia señala, que los eventos adversos derivados de la atención en salud son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo (Slawomirski, 2018). Así mismo, relaciona que, uno de los indicadores de calidad más importantes a nivel mundial, son las caídas, siendo la segunda causa de muerte en el mundo por lesiones no intencionales, ya que se producen más de 37.3 millones de caídas anuales, de las cuales, 646.000 son mortales. En los servicios hospitalarios, las caídas son el evento adverso de mayor importancia, al punto que se registran incidencias entre 5.7 caídas por cada 1000 días-cama en unidades quirúrgicas y especializadas en Estados Unidos, 10.9 caídas por cada 1000 días-cama en unidades de rehabilitación y geriátricas en Australia y 18 caídas por cada 1000 días-cama en Reino Unido (Rodríguez, 2021).

Colombia, por su parte, para el año 2021, presentó 1.87% de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización, 1.91 úlceras por presión por 1000 días – paciente y tasas de caídas elevadas tanto en urgencia como en hospitalización (SISPRO, 2021). Para ese período, en lo que respecta a infección del torrente sanguíneo, se tuvo una tasa de incidencia de 3.8 casos por 1000 días de catéter central, frente a la neumonía asociada a un ventilador, 3.5 casos por

1000 días ventilador mecánico, y en lo relacionado a infección del tracto urinario, 2.1 casos por 1000 días de catéter urinario y el 12,7% de las cesáreas y el 100% de los partos vaginales presentaron endometritis (INS, 2021). De igual forma, para ese año, se presentaron 11.1% de eventos adversos graves relacionados con el programa de vacunación (INS, 2021).

El departamento de Córdoba, por su parte, presenta tasas altas de infecciones asociadas a dispositivos en UCI, así como eventos adversos por administración de medicamentos y caídas de pacientes tanto en urgencia como en hospitalización y la E.S.E., escenario de estudio, según los reportes de calidad, presentó en 2021, 11 eventos adversos, 8 incidentes y 16 errores programáticos, y en lo recorrido del año 2022, llevan registrados 3 eventos adversos, 2 incidentes y 6 errores programáticos. De lo anterior se destacan las caídas y equivocaciones en el suministro de los biológicos adecuados referentes al COVID-19 (PRADO, 2022). Lo que puede verse como una oportunidad para revisar lo referente a cultura de seguridad del paciente, reporte no punitivo y oportuno, y para seguir fortaleciendo la atención segura y sin daño a los pacientes.

### **1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente no solo implica, identificar problemas dentro de las instituciones. También, por otro lado, contribuye al refuerzo de aquellas fortalezas, con las que cuentan estas mismas.

Un estudio realizado en Bucaramanga, evidenció que la valoración global de la seguridad del paciente fue del 45%, lo que implica la necesidad de establecer acciones dirigidas a fortalecer la cultura de seguridad, a mejorar las dimensiones que sin ser una debilidad requieren una intervención y a fortalecer las que ya tienen valoraciones positivas y que se requiere seguir promoviendo, teniendo en cuenta que el desarrollo de la cultura de seguridad y la capacitación de los profesionales del área de la salud

contribuye a la adopción de buenas prácticas, e influye en el mejoramiento del ejercicio profesional (Camacho, 2018).

Por eso (Donabedian, 2001), sostiene que el proceso de evaluación propiamente dicho exige un estudio más detallado. Es decir que la evaluación debe ser más minuciosa, porque siempre se pueden presentar nuevos escenarios, que no se tomaron en cuenta por no ser evidenciados como potenciales debilidades.

## **1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente en una E.S.E. de baja complejidad, Cereté – 2022?

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Dos tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención poco segura y los años perdidos por discapacidad y muerte (AVAD) se producen en países de bajos y medianos ingresos (Slawomirski, 2018), en donde se evidencia que hasta el 80% de los daños son prevenibles y la mayoría de ellos, se derivan del diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos.

Según la OCDE, el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalario es un resultado directo de eventos adversos (Slawomirski, 2017). Relacionando que el mal gasto ocurre cuando los pacientes se ven perjudicados innecesariamente o reciben atención innecesaria o de bajo valor, que hace poca o ninguna diferencia en sus resultados de salud, y en algunos casos puede ser dañino, gastos que se producen en su mayoría en el ámbito hospitalario (OCDE, 2020).

Lo que se invierte para reducir los errores en la prestación de servicios puede conducir a mejorar aspectos financieros del sistema de salud y, lo que es más importante, a mejores resultados para los pacientes (Slawomirski, 2017).

Cada año, muchos pacientes en todo el mundo sufren lesiones o mueren a consecuencia de cuidados médicos inseguros. En promedio, según estudios realizados a instituciones de tercer nivel en el Valle de Aburra, un evento adverso cuenta con unos costos totales asociados con su atención de \$142.170.795, los cuales representaron el 17% de lo facturado durante la estancia hospitalaria de los pacientes (Alberto, 2020). De esa misma forma, en un estudio efectuado en Bogotá a una IPS, determinó que el costo adicional del cuidado a los pacientes a los cuales les sucedían estos eventos dentro de la entidad asciende a un estimado de 2.4 mil millones por año (Calderón, 2020).

Entonces, todo el panorama descrito abre la posibilidad de evaluar la cultura de seguridad del paciente, toda vez, que es considerada como una herramienta útil que contribuye a disminuir riesgos de eventos adversos, permitiendo, al mismo tiempo, revisar los resultados de los procesos de implementación de política, cultura y prácticas de seguridad del paciente, e identificar cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad, con el fin de mejorar dichos aspectos.

La evidencia señala escasez de investigaciones en el municipio escenario de estudio, y la poca o nula inclusión de referentes teóricos para guiar la investigación, constituyéndose en una oportunidad para el presente estudio. Se espera que los resultados de la investigación sirvan como línea de base para futuras investigaciones, sobre todo de tipo intervención, y para definir o redefinir las líneas de acción a trabajar frente a cultura de seguridad del paciente, en donde los mayores beneficiarios de la puesta en marcha de distintas intervenciones serán el paciente, familia y sistema de salud.

Por otro lado, La siguiente investigación resulta beneficiosa para el programa de Administración en Salud de la Universidad de Córdoba, debido a que amplía el espectro del conocimiento sobre la Cultura de la Seguridad del Paciente y su relación con distintas variables alrededor de los profesionales que ejercen su labor en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de baja complejidad.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el nivel de cultura de seguridad del paciente en una E.S.E de baja complejidad, Cereté – 2022.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar la muestra objeto de estudio, según variables de interés.
- Identificar las fortalezas y debilidades, de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.
- Determinar el grado de seguridad del paciente y el número de reportes de eventos realizados en los últimos 12 meses.

## **4. MARCO REFERENCIAL**

Este apartado incluye la revisión de estudios previos o similares al fenómeno de estudio, los conceptos centrales, la utilización de un referente teórico y la normatividad vigente frente a este proceso investigativo

### **4.1. MARCO DE ANTECEDENTES**

En este capítulo, se relacionan algunas investigaciones que guardan similitud con la siguiente investigación y sirven de soporte para la misma.

#### **4.1.1. Antecedentes a nivel internacional**

A nivel internacional, uno de los estudios más recientes e importantes en cuanto a evaluación de la cultura de seguridad del paciente en instituciones de baja complejidad. Fue uno realizado en Tabasco, México, cuyo objetivo era determinar la percepción de los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la cultura de seguridad del paciente en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Tabasco, México. La muestra estuvo representada por personal sanitario y no sanitario, que aceptó participar en el estudio y que perteneciera a los turnos matutino, vespertino, nocturno y a la jornada acumulada (Flores González y otros, 2019).

No se incluyó el personal que se encontraba en sustitución, ni el que tenía antigüedad menor de un año; tampoco fueron tomados en cuenta becarios ni las personas que no aceptaron participar en el estudio. El instrumento utilizado fue el cuestionario “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSPSC) para unidades de atención primaria (Flores González y otros, 2019).

Entre sus principales resultados, se destaca que las dimensiones con mayor puntuación fueron Trabajo en equipo (65%) y Seguimiento del cuidado del paciente (63%), no así



Presión y ritmo de trabajo (29%), Comunicación y receptividad (30%) y Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente (30%). A manera de conclusión, los autores señalan, que el estudio permitió identificar áreas de oportunidad en lo referente a la cultura de seguridad del paciente y también ayudó a planificar, diseñar e implementar estrategias a su favor. Si se promueve la seguridad del paciente, así mismo lo hará la seguridad del personal sanitario y no sanitario (Flores González y otros, 2019).

Otro de los estudios internacionales importantes que se menciona, es uno realizado en Ciudad de Curitiba (estado de Paraná, PR), Brasil. Teniendo como investigadora principal cuyo objetivo era Evaluar la cultura de seguridad del paciente en desde la perspectiva de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. La muestra estuvo representada cuarenta y tres enfermeros. (Kalckmann de Macedo y otros, 2019)

El instrumento utilizado fue el Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) Entre sus principales resultados se encuentra, que se notaron problemas relacionados con el intercambio de información con otras instituciones, el proceso de trabajo, el miedo a la culpa, el castigo por los errores y la gestión. En la evaluación global de la Seguridad del Paciente, 50% de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia consideran “muy bueno” y de las Unidades Básicas de Salud, 73,9% consideran “bueno”. Los investigadores concluyeron que, los resultados muestran una cultura de seguridad con potencialidades y fragilidades que necesitan ser trabajadas, y el enfermero como base de este proceso para el fortalecimiento de la calidad y seguridad del paciente en la Atención Primaria a la Salud (Kalckmann de Macedo y otros, 2019).

#### 4.1.2. Antecedentes a nivel nacional

A nivel nacional, se realizó un estudio en el municipio de Bucaramanga, capital del departamento de Santander, Colombia. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. La muestra de este estudio estuvo representada por 51 profesionales de la salud de 14 centros de salud de Bucaramanga en 2017 (Camacho-Rodríguez, 2018).

El instrumento utilizado fue la encuesta Cultura de seguridad del paciente en atención primaria. Entre sus principales resultados se encuentra, se evidenció que ninguna de las dimensiones fue categorizada como fortaleza o debilidad y se obtuvo una puntuación global positiva de 45%. La cultura de seguridad fue mejor valorada por la población femenina y entre los profesionales de terapia ocupacional, fono, audiología y fisioterapia. Las dimensiones con mejor calificación fueron puntuación global e intercambio de información con otros servicios asistenciales. Se encontraron diferencias significativas con las variables, edad, profesión, antigüedad en el trabajo (Camacho-Rodríguez, 2018).

Número de horas trabajadas en la semana y tipo de contrato. La investigadora concluyo que la cultura de seguridad del paciente en las instituciones evaluadas no se percibe como una fortaleza, evidenciando la necesidad de planes de mejoramiento orientados a esta área (Camacho-Rodríguez, 2018).

Otro de los estudios nacionales mencionados es, uno realizado en el municipio de Cundinamarca. El objetivo de este estudio fue describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de segundo nivel de Cundinamarca, Colombia, en el mes de noviembre de 2018. El instrumento que se utilizó para esta investigación fue la encuesta HSOPSC de la (AHRQ) traducida al español. La muestra de este estudio estuvo representada por 211 encuestas aplicadas al personal asistencial del hospital de segundo nivel (Palencia Guerra y otros, 2018)

Entre sus principales resultados se encuentra, que la percepción del grado general de seguridad del paciente en las áreas o procesos que tienen los encuestados de un 75% seguridad del paciente en general es excelente o muy bueno, el 23% piensa que es aceptable y un 2% piensa que es pobre o malo, contrasta con los resultados en la medición de las dimensiones, donde el 41% de estas se clasificaron como debilidades, otro 41% como aspectos por mejorar y un 8% como fortaleza, lo que indica la necesidad de construcción de cultura de seguridad para, dar más objetividad a los términos de percepción de los funcionarios asistenciales. A manera de conclusión, los investigadores determinaron que Los encuestados manifestaron temor por la posible respuesta punitiva al reporte voluntario de eventos adversos, lo que se puede considerar como una barrera para llegar a la cultura de reporte y de seguridad de los pacientes (Palencia Guerra y otros, 2018).

#### 4.1.3. Antecedentes a nivel local.

A nivel local, existe un estudio realizado en el municipio de Montería, Córdoba. Teniendo como objetivo evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de los funcionarios de una Institución Prestadora de Servicios de Salud [IPS] de alta complejidad Montería, Córdoba. La muestra de este estudio está representada por 229 encuestados del personal del área asistencial y los funcionarios que la apoyan del área operativa y administrativa de la IPS que poseen contrato vigente. El instrumento que se aplicó fue la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture” de AHRQ, los resultados de este estudio arrojaron que el 71% de los encuestados respondió que los errores si son reportados aun cuando se identifican y corrigen antes de afectar al paciente, así mismo 73% indicó que si se reporta el error que pudiera dañar al paciente, pero no lo causa; sin embargo, estos resultados no alcanzan la calificación definida en los criterios de valoración para ser una fortaleza de la institución (Henao Gutiérrez, 2019).

A manera de conclusión, la investigadora aporta que los resultados encontrados en este estudio sobre la cultura de la seguridad del paciente en la IPS donde se realizó el estudio constituyen un aporte de parámetros de actuación ante situaciones específicas de la atención en salud que permitirán el fortalecimiento de las diferentes áreas, la calidad y seguridad de la atención (Henao Gutiérrez, 2019).

## **4.2. MARCO TEÓRICO**

En el siguiente apartado del proyecto, se evidencian diferentes teorías relacionadas a la seguridad del paciente y el referente teórico que da soporte a la siguiente investigación.

### **4.2.1. Calidad en la prestación de los servicios de salud**

Por otro lado, para la (OMS, 2019) La calidad en la prestación de servicios de salud a nivel mundial, se ha vuelto un aspecto de gran envergadura. Debido a que, muchos de los factores que llevan a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) al fracaso, están relacionados con el nivel de calidad en la atención y prestación hacia los usuarios. Como parte de la prestación de servicios con calidad en salud. La seguridad del paciente es uno de los elementos esenciales en el proceso de calidad de una institución de salud.

### **4.2.2. Declaración de Varsovia sobre la seguridad de los pacientes**

Al respecto (García, 2019), asegura que de acuerdo con la Declaración de Varsovia sobre la seguridad de los pacientes, esta contiene lineamientos para invitar a que los países acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional a través del desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático, el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

#### 4.2.3. Enfoque de riesgos

Así pues, (González, 2018) aporta que el enfoque de riesgos mueve la gestión de la calidad y la seguridad del paciente de una evaluación reactiva ante las complicaciones y no conformidades, hacia una gestión proactiva de los riesgos potenciales. Tiene el valor añadido de la participación de personal de primera línea en este proceso y que promueve la identificación de los riesgos potenciales, aun cuando no hayan ocurrido fallos. Los errores son oportunidades de aprendizaje que permiten la prevención de daños futuros a los pacientes.

#### 4.2.4. Referente teórico: Modelo para la monitoria de la calidad de la atención en salud de Avedis Donabedian

Como referente teórico, la siguiente investigación se fundamenta en los aportes de Avedis Donabedian (2001) sobre monitoria de la calidad de la atención en salud. Donabedian, aporta que “La búsqueda de perfección no debería cegarnos respecto del hecho de que las actuales técnicas de evaluación de la calidad, por rudimentarias que sean, han revelado una escala de calidad que va de sobresaliente deplorable. Hoy en día se dispone de medios para emitir juicios de amplio alcance con bastante seguridad”.

Esto indica que la monitoria de la calidad en salud, no debe limitarse por una sola forma de obtención de resultados, ya que la calidad en salud en sí misma. No es del todo exacta. Por lo cual el medio de obtención de la información sobre esta no es en sí relevante.

También indica que “El proceso de evaluación propiamente dicho exige un estudio más detallado. Se dedica un gran esfuerzo a la formulación de criterios y patrones que presuntamente dan estabilidad y uniformidad a cualquier juicio emitido sobre la calidad y, sin embargo, ese presunto efecto no se ha demostrado empíricamente. (Donabedian, 2001) Lo anterior refuerza los argumentos ya mencionados. La evaluación de la calidad nos da un acercamiento, no exacto, de la situación de una institución alrededor de la

prestación de servicios de la salud. Lo cual resulta coherente, ya que la perfección en sí misma es complicada de alcanzar.

Avedis Donabedian en 1966 introdujo los conceptos de “estructura”, “proceso y resultado”, que constituyen actualmente el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud, (este proceso se refiere a la relación médico-paciente antes mencionada). Se entiende por estructura los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención, entre ellos el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control; el espacio, el equipo y otros medios físicos, antes considerados como “amenidades”. Al evaluar la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios (García-Fabila, 2018).

Donabedian tenía claro que la perspectiva de la calidad incidía en la práctica clínica. En una entrevista, le preguntaron sobre los aspectos importantes a desarrollar en el futuro y respondió que recomendaba profundizar en la efectividad de los programas de calidad y su organización, comparando los resultados de los diferentes tipos de programas de mejora de la calidad y su incidencia en la práctica clínica (Silvera Fajardo, 2021).

#### 4.2.4. Seguridad del paciente

La OMS (2019) asegura que “La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria”. En tal sentido, el Ministerio de Salud y Protección (2010) aporta que la Seguridad del Paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la

evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias” (Min Salud, 2010).

Al respecto (Silva, 2020) asegura que “la seguridad del paciente” implica la reducción del riesgo de daños innecesarios, asociados con la atención médica, a un mínimo aceptable. En Colombia, la Política de Seguridad del Paciente es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (Min Salud, 2008).

#### **4.3. MARCO CONCEPTUAL**

En esta parte del proyecto, se relacionan algunos conceptos claves para mayor comprensión de la temática y el desarrollo del trabajo.

##### **4.3.1. Aprendizaje Organizacional en salud**

El Aprendizaje Organizacional se refiere al aprendizaje por medio de los individuos en la organización, mientras que el término organización, que aprende, significa el aprendizaje de la organización como un sistema total. Es un proceso reflexivo de aprender a aprender las tareas organizacionales, que permite la construcción social de la realidad, con el propósito de alcanzar mayores niveles de competitividad a través de agregar valor a las personas y a los grupos que conforman dicha organización (Ramírez., 2018).

##### **4.3.2. Cultura Organizacional**

La cultura organizacional es el conjunto de premisas que un grupo aprende a aceptar, como resultado de la solución de problemas de adaptación del ambiente de la integración interna. Dichas premisas, funcionan tan bien como para que sean consideradas validadas y puedan enseñarse a los nuevos integrantes como la forma

correcta de percibir, pensar y sentir en relación con esos problemas de adaptación externa e integración interna (Silva, 2020).

#### 4.3.3. Cultura de Seguridad del Paciente

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. (Ramírez, O. G., 2018) La cultura de seguridad engloba la prevención de lesiones y la promoción de la salud a través de actitudes y costumbres que buscan reducir y/o evitar riesgos innecesarios para el paciente, a través de la identificación de comportamientos y dificultades de los profesionales, promoviendo espacios para transformaciones, lo que representa un proceso complejo cuyo principal objetivo es la atención segura y eficaz (Massaroli, 2021).

#### 4.3.4. Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente

La evaluación de la cultura de seguridad permite así caracterizar la cultura de seguridad de la organización, su madurez en materia de seguridad, y también poner en evidencia los mecanismos sobre los cuales actuar. Es una fotografía de: la percepción que tiene el conjunto del personal de esa organización (desde los directivos hasta los asalariados) en lo que atañe a las cuestiones de seguridad. La manera en que se vive la seguridad y cómo se la integra en las prácticas cotidianas, desde la dirección hasta el personal en el terreno. (Prevencionar, 2018)

#### 4.3.5. Evento adverso

Existen diferentes conceptos relacionados con los eventos adversos. Un “Evento Adverso” es cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en el ambiente hospitalario (Min Salud, 2007). Por otra parte, un evento adverso puede ser todo “incidente” imprevisto e inesperado



como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente (OPS, 2015).

Así mismo, un evento adverso es el resultado de un daño no intencional o complicación que trae un efecto negativo en la salud del paciente, causado por una intervención médica durante el proceso de una enfermedad. (Blanco, 2018).

#### 4.3.6. Evento adverso potencial.

Es definido por la OMS como un error grave o incidente que tenga el potencial para causar un evento adverso, pero que no ocurrió por acaso o porque fue interceptado intencionalmente (Capucho, 2011).

#### 4.3.7. Negligencia médica

Será negligencia médica aquel médico que, poseyendo los conocimientos y la destreza suficiente, no la aplique para solucionar el problema de un enfermo o teniendo todos los medios para realizar un buen diagnóstico y tratamiento, no los use (Murúa, 2018).

#### 4.3.8. Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente es un objetivo esencial de los sistemas sanitarios. Desde la perspectiva de la calidad, la seguridad es una dimensión transversal. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente conduce a implementar prácticas seguras y a trabajar para prevenir los errores que suceden a diario en las organizaciones sanitarias. Este debería ser un compromiso de todos los profesionales y una prioridad en la gestión sanitaria (Merino, 2018).

#### **4.4. MARCO LEGAL**

Se relaciona la normatividad existente en Colombia referente a la seguridad del paciente, que da soporte legal, a la siguiente investigación. En primera instancia está la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 Por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Esta norma expresa que el Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar, los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. Como, por ejemplo, contingencias relacionadas con la salud y eventos adversos (Ley 100 de 1993, art. 1).

En su Art 173 se identifica que, dentro de este, se destacan dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud, que incluyen formular y adoptar, en coordinación con el antes Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas, y proyectos para el SGSSS, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.

Enseguida, se menciona la Ley 1122 de 2007. Esta plantea ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, además del fortalecimiento en los programas de salud pública y en las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud para alcanzar el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud a los usuarios (Ley 1122 de 2007, art. 1). El aspecto que cuenta más relevancia de la Ley 1122 está relacionado con el fortalecimiento del régimen subsidiado de salud. Además, la Ley 1122 introduce varias modificaciones importantes al régimen contributivo, aunque conserva la estructura de este.

Así mismo, se resalta la Ley 1438 de 2011. Esta ley está basada en el planteamiento del fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS-, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, de manera que la acción coordinada del Estado (Ley 1438 de 2011, art. 1) Aspectos fundamentales de esta ley: 1). El usuario tiene la libre elección de la EPS de su preferencia, 2). Poder tener acceso a la salud en todo el territorio nacional con un mismo carné, 3). Atención preponderante y gratuidad a los menores de edad con discapacidad o afectados por enfermedades catastróficas o ruinosas, así como planes de beneficio definidos para los menores de edad.

Se resalta también, el Decreto 1011 del 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. Sus disposiciones se aplicarán a los. Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud (Decreto 1011 del 2006, art. 1).

El aspecto más importante de esta ley es la implementación del sistema único de habilitación, resaltando su art. 12. Donde se determina el cumplimiento de las condiciones para la habilitación. Así mismo, se menciona, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto ejecuten los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos (Decreto 1011 del 2006, art. 12).

Por último, se menciona Resolución 3100 de 2019. Esta resolución define los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los mismos, se adopta el Manual de Inscripción de

Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud definiendo los estándares mínimos de calidad que deben cumplir todas las clínicas, consultorios, hospitales, entre otras IPS, para así disminuir el riesgo en la atención, garantizando la seguridad del paciente con base a sus buenas prácticas (Resolución 3100 de 2019, art. 1). Ya que en referencia a las de acreditación, esta es de obligatorio cumplimiento y se aplica en las instituciones de salud del país exceptuando cumplir con lo establecido, los servicios de salud que se presten extralegalmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios que les aplique el modelo de atención en salud definido en la Ley 1709 de 2014, y también están exceptuadas las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción establecidos el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, salvo que estos últimos voluntariamente deseen inscribirse como prestadores de servicios de salud dentro del SOGCS o de manera obligatoria en los casos que deseen ofertar y contratar sus servicios en el SGSSS.

## **5. METODOLOGÍA**

En el siguiente apartado se describen los aspectos metodológicos que hacen parte del proyecto investigativo.

### **5.1. TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque cualitativo.

### **5.2. ESCENARIO DE ESTUDIO**

Cereté es un municipio ubicado en el departamento de Córdoba. Conocido como La capital del Oro Blanco dada su alta productividad de algodón, Cereté se caracteriza por ser un centro de desarrollo agroindustrial del medio Sinú, está bañado por el Río Sinú en su zona rural y por el Caño Bugre en la cabecera municipal, arteria fluvial de gran importancia para su desarrollo económico en el siglo XX. Hace parte del Área Metropolitana de Montería, siendo el segundo municipio más poblado solo después del núcleo Montería. La ciudad se conoce por su tradicional gastronomía, es famosa por sus deliciosos y tradicionales Kibbes, dada la influencia de la cultura sirio-libanesa. Dentro de sus personajes artísticos más famosos se pueden mencionar al cantante y compositor Noel Petro, el escritor Raúl Gómez, entre otros (Viloria de la hoz, 2019)

El municipio de Cereté limita San Pelayo, Montería y San Carlos. El escenario de estudio es la institución de baja complejidad EL PRADO, la cual está constituida como una entidad que atiende pacientes de enfermedad general, los cuales requieren procedimientos de baja complejidad con cobertura en el municipio de Cereté y municipios vecinos. Presta servicios de consulta médica general, urgencias y

hospitalización, imagenología y laboratorio clínico entre otros (E.S.E Camu el prado, 2017).

Esta institución fue creada mediante el Acuerdo No. 034 del 31 de agosto de 1998, como una entidad de orden municipal para brindar servicios de baja complejidad a la población del municipio de Cereté; escindida de la ESE HOSPITAL SANDIEGO de II nivel de complejidad, de la cual heredo una planta de personal con varios años de antigüedad. (E.S.E Camu el prado, 2017).

### **5.3. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Nivel de cultura de seguridad del paciente

### **5.4. UNIVERSO:**

Todos los profesionales de la salud

### **5.5. POBLACIÓN:**

Los 212 profesionales de la salud adscritos a la E.S.E. de baja complejidad del municipio de Cereté, ubicada en el área urbana.

### **5.6. TAMAÑO MUESTRAL:**

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$N = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} ; \quad N_0 = \frac{z^2 PQ}{E^2}$$

**Dónde:**

**Z:** Es el nivel de confianza de la distribución normal (95% entonces Z es igual 1.96)

**E:** Es el error de muestreo 0,05 (5%)

**P:** Proporción de éxito (0,5); P=0,5

**Q:** Proporción de fracaso. Q= 1-P. (0,5); Q=1-0.5=0.5

**N:** Tamaño de la población = 212

$$n_0 \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$no = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{202}} = 132.6 \cong \mathbf{133}$$

El tamaño de la muestra es de 133 profesionales de la salud

## **5.7. MUESTREO**

Se utilizará muestreo no probabilístico de tipo intencional.

## **5.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Profesional de salud con contratación vigente
- Profesional que firme consentimiento informado

- Profesional que realice atención directa a pacientes

## **5.9. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Profesionales adscritos al área rural
- Profesionales con actividad administrativa

## **5.10. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para medir la Cultura de Seguridad del Paciente, se utilizó la encuesta sobre la cultura de seguridad del paciente, financiada por el FIS y adapta de Survey on Patient Safety Culture al español. Que presenta validez de constructo y confiabilidad con alfa de Cronbach de 0,96 (Camacho, 2018) La cual está constituida por 53 preguntas y 7 secciones que valoran la dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente, tiene opciones de respuesta tipo Likert, en donde a mayor porcentaje mayor estigma.

### **5.10.1. Instrumentos**

El instrumento es una encuesta de percepción que cuenta con una estructura de 53 preguntas cerradas formuladas en positivo o negativo. Para valorar cada ítem se usa una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, como se observa en la (tabla1).



**Tabla 1.**

*Escala de valoración del instrumento*

| Ítems      | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | De acuerdo   | Muy de acuerdo |
|------------|-------------------|---------------|---------------------------------|--------------|----------------|
| Frecuencia | Nunca             | Rara vez      | Algunas veces                   | Casi siempre | Siempre        |

**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)

El cuestionario se divide en 12 dimensiones:

- Percepciones Globales de Seguridad
- Frecuencia de notificación de sucesos
- Acciones y medidas preventivas para promover la seguridad emprendidas por los jefes
- Aprendizaje organizacional-mejora continua
- Trabajo en equipo en la unidad/servicio
- Comunicación franca y abierta en la unidad o Servicio
- Comunicación y feedback sobre errores

- Respuesta no punitiva al error
- Dotación de personal
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
- Colaboración entre las unidades y servicios en los centros
- Transmisión de información durante traslados y cambios de turno

#### **5.11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

- Se caracterizo la muestra objeto de estudio, por medio de la recolección de datos demográficos de los participantes.
- Se identifico las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con base a las fortalezas y debilidades, por medio de los resultados arrojados por el software de AHRQ.
- Se determino el grado de seguridad del paciente y el número de reportes de eventos realizados en los últimos 12 meses, por medio de los resultados arrojados por el software de AHRQ.

#### **5.12. PLAN PARA LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

Posterior a la recolección de los datos, se procedió a la tabulación de estos a través de la herramienta Excel. Por último, los datos obtenidos se presentaron en tablas de distribución de frecuencias, y se compararon con la teoría existente, marco legal e investigaciones referentes al fenómeno en estudio.

El análisis de los datos obtenidos a partir de la aplicación del instrumento se realizó atendiendo a los lineamientos de la AHRQ, con el objeto de facilitar la comparación de los hallazgos con otras investigaciones que han utilizado el mismo instrumento. En

primer lugar, cabe aclarar que el instrumento utilizado cuenta con algunas declaraciones en sentido positivo (lo correcto, lo deseable, lo esperado con respecto a la cultura de seguridad del paciente) y negativo (lo incorrecto, lo no deseable o no esperado con respecto a la cultura de seguridad del paciente). En la siguiente tabla se presentan las declaraciones que tienen una connotación negativa.

**Tabla 2.**

*Declaraciones formuladas en negativo*

| <b>Categoría</b> | <b>Número pregunta</b> | <b>Pregunta</b>                                                                                                          |
|------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>B</b>         | <b>7</b>               | Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes |
|                  | <b>8</b>               | Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez                          |
| <b>G</b>         | <b>22</b>              | El personal siente que sus errores son usados en su contra                                                               |
|                  | <b>23</b>              | Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema                 |
|                  | <b>26</b>              | El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado                                                |

|          |           |                                                                                                                                            |
|----------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>H</b> |           | del paciente                                                                                                                               |
|          | <b>27</b> | Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente                                                                  |
| <b>I</b> | <b>28</b> | Frecuentemente, trabajamos en “situación de urgencia” intentando hacer mucho rápidamente                                                   |
|          | <b>31</b> | La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso |
| <b>J</b> | <b>32</b> | Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí                                                                           |
|          | <b>34</b> | Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución                                                    |
| <b>K</b> | <b>36</b> | La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra                                     |
|          | <b>37</b> | Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno                             |
|          | <b>40</b> | Es sólo por casualidad que acá no                                                                                                          |

|          |           |                                                                  |
|----------|-----------|------------------------------------------------------------------|
| <b>L</b> |           | ocurran errores más serios                                       |
|          | <b>42</b> | Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área |

**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)

La base de datos proporcionada por la AHRQ invierte automáticamente los dígitos asignados a las declaraciones que tienen connotación negativa (invertidas).

Los resultados se presentan en porcentajes para cada una de las declaraciones o ítems contenidos en el instrumento, a partir de las gráficas que arroja el programa de la AHRQ para el análisis de los datos procedentes de la aplicación del instrumento. La AHRQ aclara que los porcentajes pueden no sumar exactamente 100% por cuestiones de redondeo.

#### 5.12.1. Agrupación de las categorías de respuesta

Para facilitar el análisis y la visualización de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento el software proporcionado por la AHRQ agrupa las opciones de respuesta en tres categorías (positivo, neutro y negativo) como se muestra en la tabla (tabla 3).

**Tabla 3.**

*Agrupación Categorías de respuesta*

|                          |                      |                                    |                   |                       |
|--------------------------|----------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| <b>Muy en desacuerdo</b> | <b>En desacuerdo</b> | <b>Ni de acuerdo en desacuerdo</b> | <b>De acuerdo</b> | <b>Muy de acuerdo</b> |
| Nunca                    | Rara vez             | Algunas veces                      | Casi siempre      | Siempre               |
| <b>NEGATIVA</b>          |                      | <b>NEUTRA</b>                      | <b>POSITIVA</b>   |                       |

**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)

Para calcular el porcentaje de respuestas según la categoría (positiva, neutra o negativa) el software utiliza las siguientes fórmulas.

- Categoría Positiva:

$$\frac{\text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número total de respuestas en los ítems de una dimensión}}$$

- Categoría Negativa:

$$\frac{\text{Número de respuestas negativas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número total de respuestas en los ítems de una dimensión}}$$

- Categoría Neutra:

$$\frac{\text{Número de respuestas neutras en los ítems de una dimensión}}{\text{Número total de respuestas en los ítems de una dimensión}}$$

#### 5.12.2. Clasificación de fortalezas y oportunidades de mejora según resultados.

Para el análisis de resultados se clasifican los ítems en fortalezas y oportunidades de mejora de acuerdo con las respuestas obtenidas según los siguientes criterios.

**Tabla 4.**

*Clasificación de fortalezas y oportunidades de mejora según resultados*

| <b>Tipo de Pregunta</b>                 | <b>Fortaleza</b>                                                                                    | <b>Oportunidad de Mejora</b>                                                                               |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Preguntas formuladas en positivo</b> | 75% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «la mayoría de las veces/siempre») | <b>50% o más de respuestas negativas («muy en desacuerdo/ o en desacuerdo/ o «nunca/rara vez»)</b>         |
| <b>Preguntas formulas en negativo</b>   | <b>75% o más de respuestas negativas («muy en desacuerdo/ o en desacuerdo/ o «nunca/rara vez»)</b>  | <b>50% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «la mayoría de las veces/siempre»)</b> |

**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)

El procesamiento de la información relacionada con las dimensiones se hace considerando únicamente el porcentaje de respuestas positivas clasificándose como una fortaleza aquella dimensión con 75% o más de respuestas positivas.



## **6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS**

La propuesta de investigación será sometida ante el CAC de la Facultad, así mismo se solicitó aval institucional por parte de prestador de baja complejidad. Los procedimientos de la investigación y las garantías de los participantes, de acuerdo con los principios de respeto, autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia, se hicieron teniendo en cuenta las consideraciones, directrices o lineamientos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Informe Belmont (1979), en el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas – CIOMS (2002), y en la Resolución 8430 de 1993.

Según la Resolución 8430 de 1993, la siguiente Investigación es sin riesgo. Es decir, son estudios que emplearon técnicas y métodos de investigación documental, retrospectivas y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (Resolución 8430 de 1993, art. 11).

## 7. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS). Primero, se presenta la caracterización de la muestra objeto de estudio, después la identificación de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con base a las fortalezas y debilidades. Por último, el grado de seguridad del paciente obtenido en la aplicación del instrumento y el número de reportes de eventos realizados en los últimos 12 meses.

### 7.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO

En esta primera parte se evidenciarán los resultados alrededor de las características de los participantes encuestados que se obtuvieron.

#### 7.1.1. Sexo de los participantes del estudio

Según los datos suministrados por los participantes, el 77% hacen parte del género femenino, mientras que 23% al masculino (tabla 5)

**Tabla 5.**

*Sexo de los participantes del estudio*

| <b>Sexo de los participantes del estudio</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>    |
|----------------------------------------------|------------|-------------|
| Femenino                                     | 102        | 77%         |
| Masculino                                    | 31         | 23%         |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>133</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Elaboración propia

### 7.1.2. Edad de los participantes del estudio

Según los datos suministrados por los participantes, el 39% tiene de 40 a 50 años, el 35% de 30 a 40 años, el 15% 20 a 30 años y el 11% de 50 a más años (tabla 6).

**Tabla 6.**

*Edad de los participantes del estudio*

| <b>Edad de los participantes del estudio</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>    |
|----------------------------------------------|------------|-------------|
| <b>40 a 50 años</b>                          | 52         | 39%         |
| <b>30 a 40 años</b>                          | 47         | 35%         |
| <b>20 a 30 años</b>                          | 20         | 15%         |
| <b>50 a más años</b>                         | 14         | 11%         |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>133</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Elaboracion propia

### 7.1.3. Grado de escolaridad de los participantes del estudio

Según los datos suministrados por los participantes, el 58% tiene un grado de escolaridad técnico, el 38% profesional, el 2% especialización, el 1% maestría y el otro 1% tecnólogo (tabla 7).

**Tabla 7.**

*Grado de escolaridad de los participantes del estudio.*

| <b>Grado de escolaridad de los participantes del estudio</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Técnico</b>                                               | 77       | 58%      |
| <b>profesional</b>                                           | 51       | 38%      |
| <b>especialización</b>                                       | 3        | 2%       |
| <b>maestría</b>                                              | 1        | 1%       |
| <b>tecnólogo</b>                                             | 1        | 1%       |
| <b>TOTAL</b>                                                 | 133      | 100%     |

**Fuente:** Elaboracion propia

#### 7.1.4. Distribución de participantes por cargo en la institución

De acuerdo con el número de encuestados (n=133), el 56% tienen como profesión/ocupación auxiliar de enfermería, siendo este el grupo mayoritario dentro del estudio. Seguido a este, se encuentra los médicos profesionales con un 33%, los digitadores con 3%, los odontólogos y psicólogos con 2% respectivamente. Y para finalizar con el 1% respectivamente se encuentran, enfermera profesional, esterilizador, coordinador UPPS, coordinadora atención al usuario SIAU y jefe de enfermeras (tabla 8).

**Tabla 8.**

*Distribución de participantes por cargo en la institución*

| <b>Distribución de participantes por cargo en la institución</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>    |
|------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| <b>auxiliar de enfermería</b>                                    | 76         | 57%         |
| <b>medico profesional</b>                                        | 43         | 32%         |
| <b>digitador</b>                                                 | 4          | 3%          |
| <b>odontólogo</b>                                                | 2          | 2%          |
| <b>psicólogo</b>                                                 | 2          | 2%          |
| <b>enfermera profesional</b>                                     | 1          | 1%          |
| <b>coordinador UPPS</b>                                          | 1          | 1%          |
| <b>coordinadora atención al usuario SIAU</b>                     | 1          | 1%          |
| <b>jefe de enfermeras</b>                                        | 1          | 1%          |
| <b>esterilizador</b>                                             | 1          | 1%          |
| <b>TOTAL</b>                                                     | <b>133</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Elaboracion propia

#### 7.1.5. Distribución por área o servicio de los participantes.

De acuerdo con el número de encuestados, el 57% trabaja en otras áreas o servicios distintos a los plasmados en el instrumento, siendo estos el grupo mayoritario dentro del estudio. Seguidos están con el 23% los que trabajan en Medicina (No-quirúrgica), con el 13% los que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...), con el 5% quien trabajan en Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica y, por último, con el 2% quienes trabajan en laboratorio. Las demás áreas o servicios plasmadas en el instrumento no recibieron ningún tipo de resultado por eso tiene el 0% cada una de ellas (tabla 9).

**Tabla 9.**

*Distribución de participantes acorde al área o servicio donde labora.*

| <b>Distribución de participantes acorde al área o servicio donde labora</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Otras áreas o servicios (Vacunación COVID)</b>                           | 76       | 57%      |
| <b>Medicina (No-quirúrgica)</b>                                             | 30       | 23%      |
| <b>Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)</b>    | 17       | 13%      |
| <b>Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica</b>               | 7        | 5%       |
| <b>Laboratorio</b>                                                          | 3        | 2%       |
| <b>Cirugía</b>                                                              | 0        | 0%       |

|                                 |     |      |
|---------------------------------|-----|------|
| <b>Obstetricia</b>              | 0   | 0%   |
| <b>Pediatría</b>                | 0   | 0%   |
| <b>Área de Urgencias</b>        | 0   | 0%   |
| <b>Salud mental/Psiquiatría</b> | 0   | 0%   |
| <b>Rehabilitación</b>           | 0   | 0%   |
| <b>Farmacia</b>                 | 0   | 0%   |
| <b>Radiología</b>               | 0   | 0%   |
| <b>Anestesiología</b>           | 0   | 0%   |
| <b>TOTAL</b>                    | 133 | 100% |

**Fuente:** Elaboracion propia

7.1.6. Distribución por tiempo laborado en el instituto de baja complejidad el prado.

Se encontró que 63% de los participantes han laborado en la institución De 1 a 5 años, el 26% han laborado De 6 a 10 años en la institución, el 8% De 11 a 15 años, el 3% De 16 a 20 años y el 1% menos de 1 año (tabla 10).

**Tabla 10.**

*Proporción o frecuencia de tiempo en la empresa de los participantes en el estudio*

| <b>Proporción o frecuencia de tiempo en la empresa de los participantes en el estudio</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
|                                                                                           |          |          |

|                        |            |             |
|------------------------|------------|-------------|
| <b>De 1 a 5 años</b>   | <b>84</b>  | <b>63%</b>  |
| <b>De 6 a 10 años</b>  | <b>34</b>  | <b>26%</b>  |
| <b>De 11 a 15 años</b> | <b>10</b>  | <b>8%</b>   |
| <b>De 16 a 20 años</b> | <b>4</b>   | <b>3%</b>   |
| <b>21 años o más</b>   | <b>1</b>   | <b>1%</b>   |
| <b>Menos de 1 año</b>  | <b>0</b>   | <b>0%</b>   |
| <b>TOTAL</b>           | <b>133</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Elaboracion propia

#### 7.1.7. Distribución por número de horas trabajadas a la semana

En relación con las horas de trabajo semanales, el 89% de los participantes labora de 40 a 59 horas a la semana y el 13% lo hace de De 20 a 39 horas a la semana (tabla 11).

**Tabla 11.**

*Distribución por número de horas trabajadas a la semana*

| <b>Distribución por número de horas<br/>trabajadas a la semana</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>   |
|--------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| <b>De 40 a 59 horas</b>                                            | <b>118</b> | <b>89%</b> |



|                         |            |             |
|-------------------------|------------|-------------|
| <b>De 20 a 39 horas</b> | <b>15</b>  | <b>13%</b>  |
| <b>TOTAL</b>            | <b>133</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Elaboración propia

#### 7.1.8. Distribución por el tipo de contrato de los participantes.

Según los datos suministrados por los participantes, el 56% tiene una vinculación a la institución por medio de planta, el 41% tiene un contrato de prestación de servicios y el 4% está vinculado a la institución por medio de cooperativa o bolsa de empleo (tabla 12).

**Tabla 12.**

*Distribución por el tipo de contrato de los participantes.*

| <b>Distribución por el tipo de contrato de los participantes</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>    |
|------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| <b>planta</b>                                                    | 74         | 56%         |
| <b>prestación de servicios</b>                                   | 54         | 41%         |
| <b>cooperativa o bolsa de empleo</b>                             | 5          | 4%          |
| <b>otro</b>                                                      | 0          | 0%          |
| <b>Total</b>                                                     | <b>133</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Elaboracion propia

#### 7.1.9. Distribución por tiempo trabajado en profesión/ ocupación actual

Con respecto al tiempo trabajado en profesión/ ocupación actual. El 40% de los participantes asegura que lleva trabajando en su ocupación actual de 6 a 10 años, el 32% dice que, de 1 a 5 años. El 19% de 11 a 15 años y por último el 9% de 16 a 20 años (tabla 13).

**Tabla 13.**

*Distribución por tiempo trabajado en profesión ocupación actual.*

| <b>Tiempo trabajado en<br/>profesión/ocupación actual</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>    |
|-----------------------------------------------------------|------------|-------------|
| <b>De 6 a 10 años</b>                                     | 53         | 40%         |
| <b>De 1 a 5 años</b>                                      | 43         | 32%         |
| <b>De 11 a 15 años</b>                                    | 25         | 19%         |
| <b>De 16 a 20 años</b>                                    | 12         | 9%          |
| <b>Menos de 1 año</b>                                     | 0          | 0%          |
| <b>21 años o más</b>                                      | 0          | 0%          |
| <b>TOTAL</b>                                              | <b>133</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Elaboración propia.

#### 7.1.10. Distribución del estamento al que pertenece los participantes

Con respecto, al estamento al que pertenece los participantes. El 57% pertenece al estamento técnico auxiliar, el 32% a médico y el 5% a técnico en digitación (tabla 14).

**Tabla 14.**

*Distribución del estamento al que pertenece los participantes*

| <b>Distribución del estamento al que pertenece los participantes</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|----------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Técnico auxiliar</b>                                              | 76       | 57%      |
| <b>Medico</b>                                                        | 43       | 32%      |
| <b>Técnico en digitación</b>                                         | 5        | 4%       |
| <b>odontólogo</b>                                                    | 2        | 2%       |
| <b>psicólogo</b>                                                     | 2        | 2%       |
| <b>Coordinador</b>                                                   | 2        | 2%       |
| <b>Enfermera</b>                                                     | 2        | 2%       |
| <b>esterilizador</b>                                                 | 1        | 1%       |
| <b>TOTAL</b>                                                         | 133      | 100%     |

**Fuente:** Elaboración propia.

#### 7.1.11. Distribución de contacto directo con los pacientes

Con respecto, a la distribución de contacto directo con los pacientes. El 100% de los participantes aseguro que SI tienen contacto directo con los pacientes (tabla 15).

**Tabla 15.**

*Distribución de contacto directo con los pacientes.*

| <b>Distribución de contacto directo con los pacientes</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Si</b>                                                 | 133      | 100%     |
| <b>No</b>                                                 | 0        | 0%       |
| <b>TOTAL</b>                                              | 133      | 100%     |

**Fuente:** Elaboración propia.

#### 7.1.12. Distribución por años de profesión de los participantes.

Con respecto, a la distribución de por años de profesión de los participantes. El 40% tiene de 6 a 10 años, el 32% de 1 a 5 años, el 19% de 11 a 15 años y por último 9% de 16 a 20 años.

**Tabla 16.**

*Distribución por años de profesión de los participantes.*

| <b>Distribución por años de profesión de los participantes.</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>de 6 a 10 años</b>                                           | 53       | 40%      |
| <b>de 1 a 5 años</b>                                            | 43       | 32%      |
| <b>de 11 a 15 años</b>                                          | 25       | 19%      |

|                        |            |             |
|------------------------|------------|-------------|
| <b>de 16 a 20 años</b> | <b>12</b>  | <b>9%</b>   |
| <b>TOTAL</b>           | <b>133</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Elaboración propia.

## **7.2. IDENTIFICACION DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES, DE LAS DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

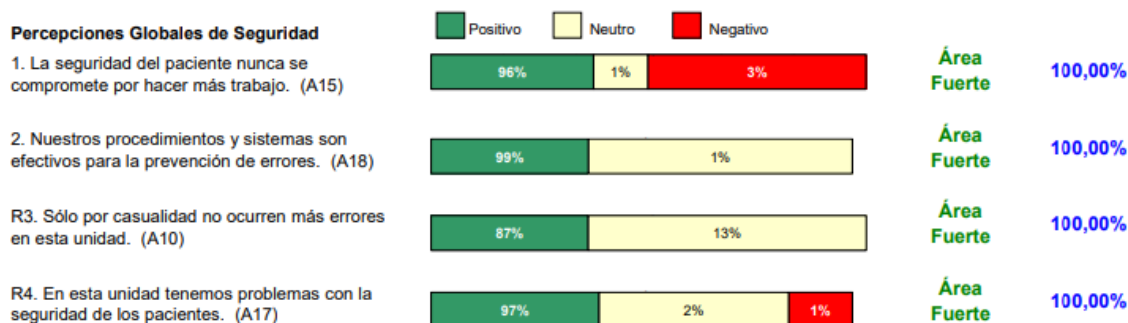
En el siguiente apartado se identifican las dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente con base a las fortalezas y debilidades, denominadas por el software dispuesto por AHRQ.

### **7.2.1. Percepciones globales de seguridad**

En la dimensión en cuestión se destaca su número mayoritario de respuesta positivas. 96% De respuestas positivas en la pregunta que tiene que ver con la preocupación por la seguridad del paciente, que esta no se vea comprometida por hacer más trabajo. 99% Respuestas positivas en lo que tiene que ver con la efectividad, de los procedimientos y sistemas de la institución, en cuanto a la prevención de errores. 87% en lo relacionado a la casualidad de que ocurran más errores y 97% relacionado a problemas con la seguridad de los pacientes, que se presentan en la unidad de trabajo (figura 1).

**Figura 1.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con Percepciones globales de seguridad.*



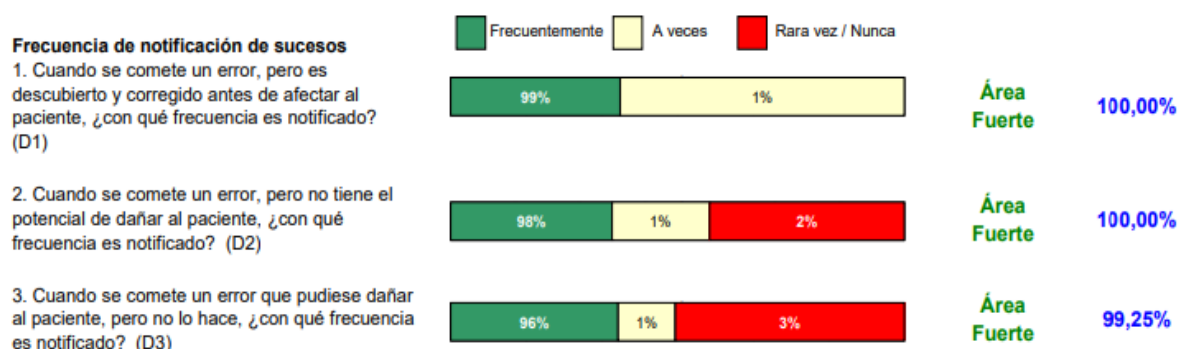
**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

#### 7.2.2. Frecuencia de notificación de sucesos

En esta dimensión, como se destaca los resultados del 99% de respuestas positivas en el ítem “frecuentemente es notificado cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente”. Así mismo cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, 98% de los participantes responde positivamente. Por último, cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, el 96% responde positivamente. (figura 2).

**Figura 2.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con frecuencia de notificación de sucesos*



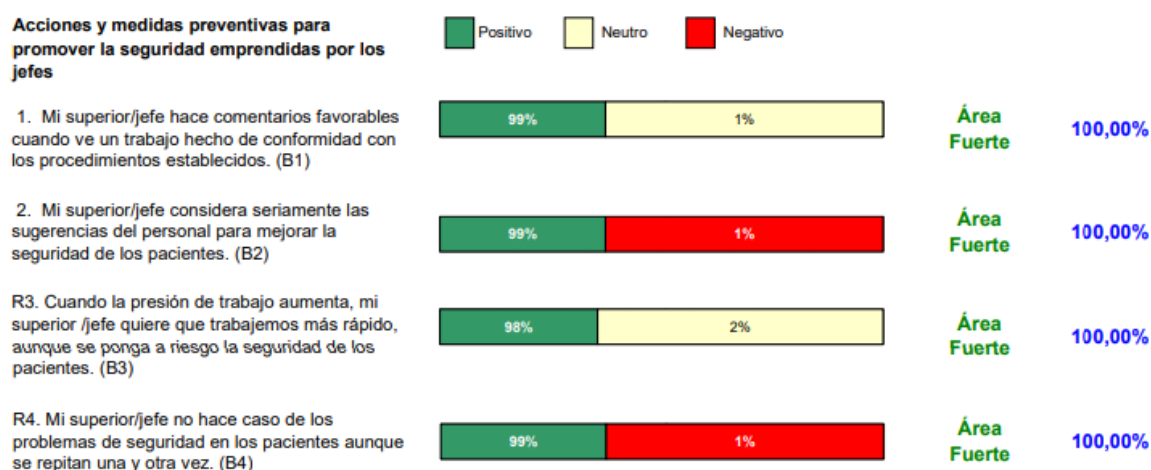
**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

### 7.2.3. Acciones y medidas preventivas para promover la seguridad emprendidas por los jefes

En cuanto a esta dimensión, el 99% de los participantes encuestados asegura de manera positiva, que su superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos, Así mismo el 99% los participantes encuestados responden de manera de manera positiva, que su superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes, En lo relacionado a, cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior /jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes. El 98% de los participantes responde de manera positiva, Para finalizar, en lo relacionado a mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez. El 99% de los participantes responde de manera positive. (figura 3).

**Figura 3.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con acciones y medidas preventivas para promover la seguridad emprendidas por los jefes*



**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

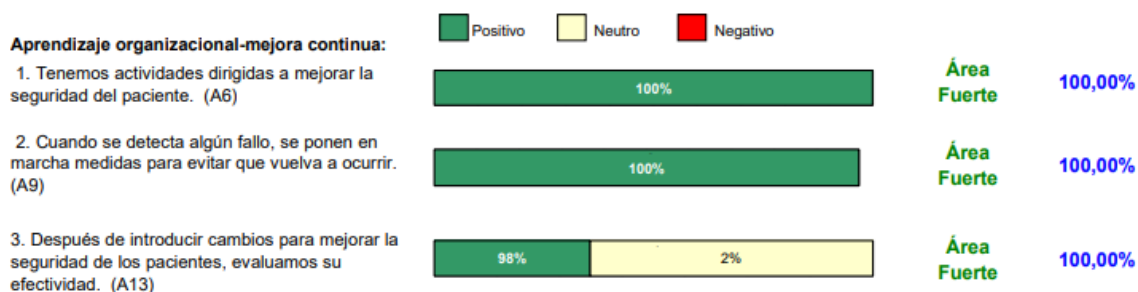
#### 7.2.4. Aprendizaje organizacional-mejora continua

En la siguiente dimensión, en cuanto a Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. El 100% de los practicantes respondieron de manera positiva a este ítem, siendo claramente una de las áreas más fuertes de la institución. El mismo resultado se repite en el ítem, cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir. Por último, en cuanto a después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. El (98%) de los participantes respondió de manera positiva, mientras que el 2% de manera neutra (figura 4).



**Figura 4.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con aprendizaje organizacional-mejora continua*



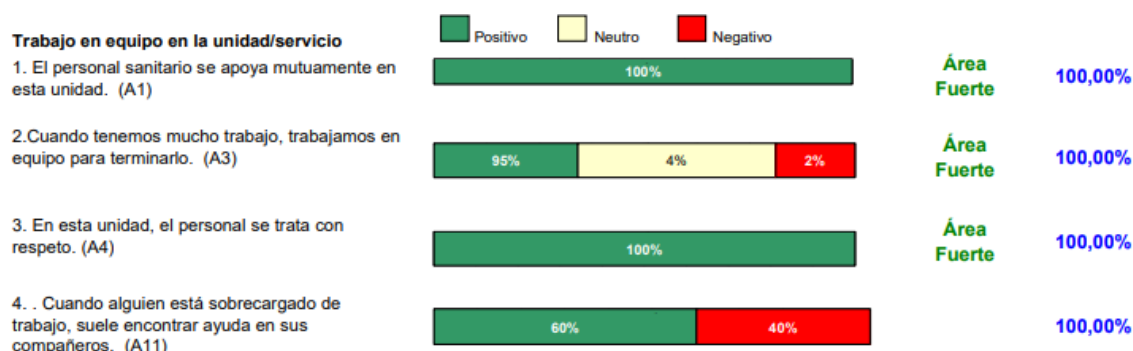
**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

#### 7.2.5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio

En esta dimensión se destaca, en cuanto al personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad. El 100% de los participantes responden de manera positiva. Ahora bien, en cuanto a. “Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo”. El 95% de los participantes responde de manera positiva. En el caso de en esta unidad, el personal se trata con respeto, el 100% de los participantes, respondió de manera positiva. Por último, en cuanto a cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros, el 60% respondió de manera positiva (figura 5).

**Figura 5.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con trabajo en equipo en la unidad/servicio*



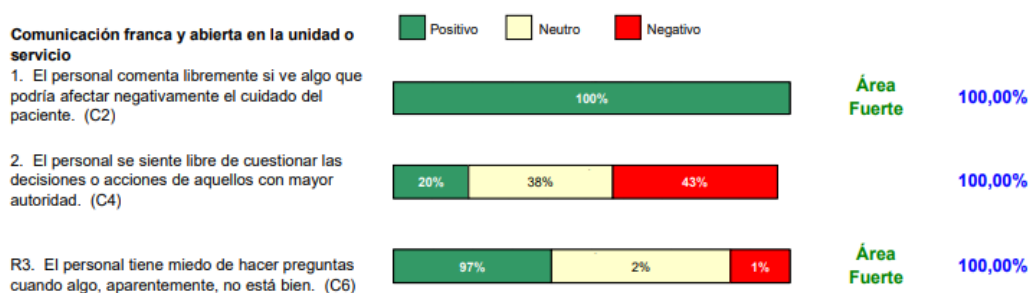
**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

#### 7.2.6. Comunicación franca y abierta en la unidad o servicio

En esta dimensión, se destaca que en cuanto al personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. El 100% de los participantes respondió de manera positiva. En lo relacionado al personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, el 20% de los participantes, respondió de manera positiva. Por último, en lo relacionado a, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien. El 97% de los participantes respondió de manera positiva (figura 6).

**Figura 6.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con comunicación franca y abierta en la unidad o servicio*



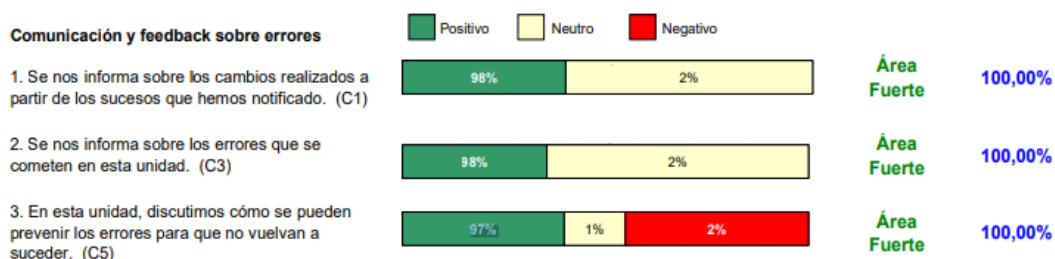
**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

#### 7.2.7. Comunicación y feedback sobre errores

En esta dimensión, se destaca en cuanto al informe sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se notifican por parte de los profesionales de salud dentro de la institución. El 98% de los participantes, respondió de manera positiva. Ahora bien, en cuanto al ítem, Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad. El 98% de los participantes, respondió de manera positiva. Por último, en el ítem, en esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder. El 97% de los participantes respondió de manera positiva (figura 7).

**Figura 7.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con comunicación y feedback sobre errores*



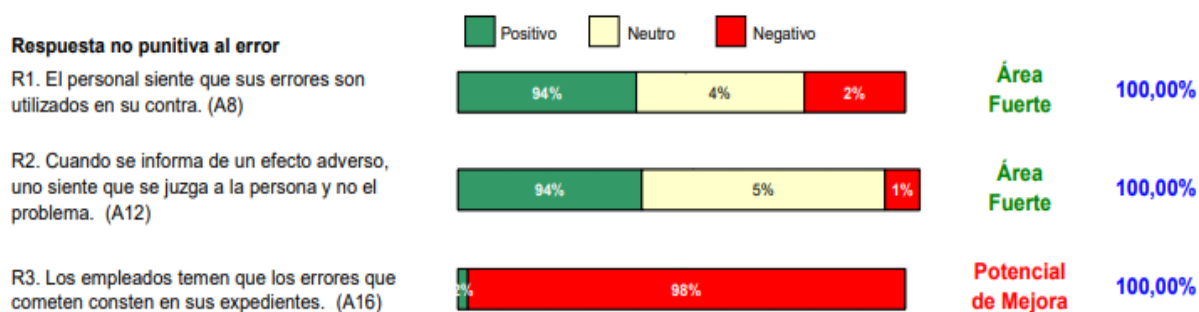
**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

#### 7.2.8. Respuesta no punitiva al error

Los resultados en esta dimensión se destacan de la siguiente manera. En cuanto al ítem, el personal siente que sus errores son utilizados en su contra. El 94% de los participantes respondió de manera positiva. En cuanto a, cuando se informa de un efecto adverso, uno siente que se juzga a la persona y no el problema. El 94% de los participantes respondió de manera positiva. Por último, en el ítem los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes. El (98%) de los participantes respondió de manera negativa (figura 8).

**Figura 8.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con respuesta no punitiva al error.*



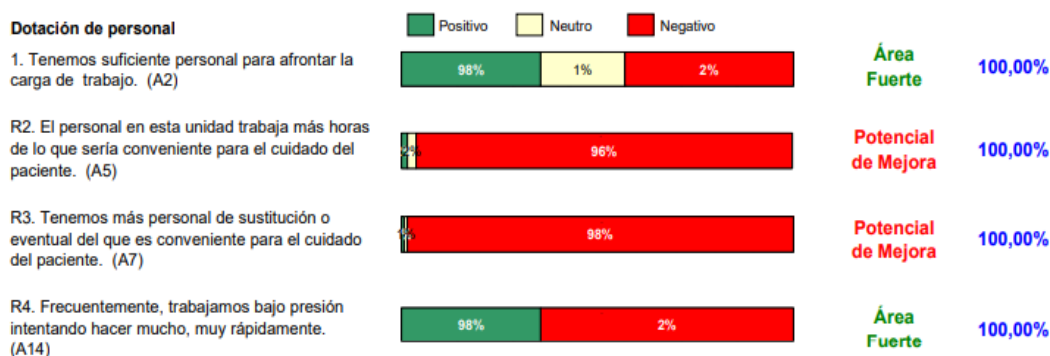
**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

#### 7.2.9. Dotación de personal

En esta dimensión, se destacan los siguientes resultados. En cuanto a tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. El 98% de los participantes respondieron de manera positiva. En cuanto al personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente. El 96% de los participantes respondieron de manera negativa. En cuanto a, tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente. El 98% de los participantes respondieron de manera negativa. Por último, en el ítem frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente, el 98% respondió de manera positiva (figura 9).

**Figura 9.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con dotación de personal*



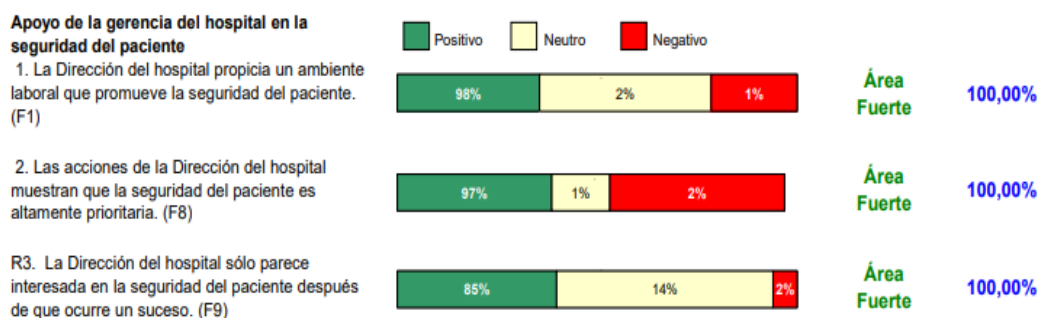
**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

#### 7.2.10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

En esta dimensión se destacan los resultados, en cuanto a la dirección del hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. El 98% de los participantes respondieron de manera positiva, En cuanto a, las acciones de la Dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. El 97% de los participantes respondieron de manera positiva. En cuanto a, la Dirección del hospital sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso. El 85% de los participantes respondieron de manera positiva (figura 10).

**Figura 10.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente*



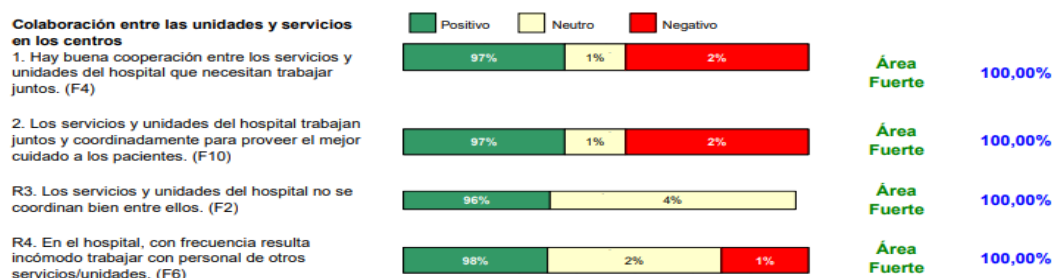
**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

#### 7.2.11. Colaboración entre las unidades y servicios en los centros

En esta dimensión, en cuanto a hay buena cooperación entre los servicios y unidades del hospital que necesitan trabajar juntos. El 97% de los participantes respondieron de manera positiva. En cuanto a, los servicios y unidades del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes. El 97% de los participantes respondieron de manera positiva. En cuanto a, los servicios y unidades del hospital no se coordinan bien entre ellos. el 96% de manera positiva. Para finalizar, el ítem de con qué frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades. El 98% de los participantes respondieron de manera positiva (figura 11).

**Figura 11.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con colaboración entre las unidades y servicios en los centros.*



**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

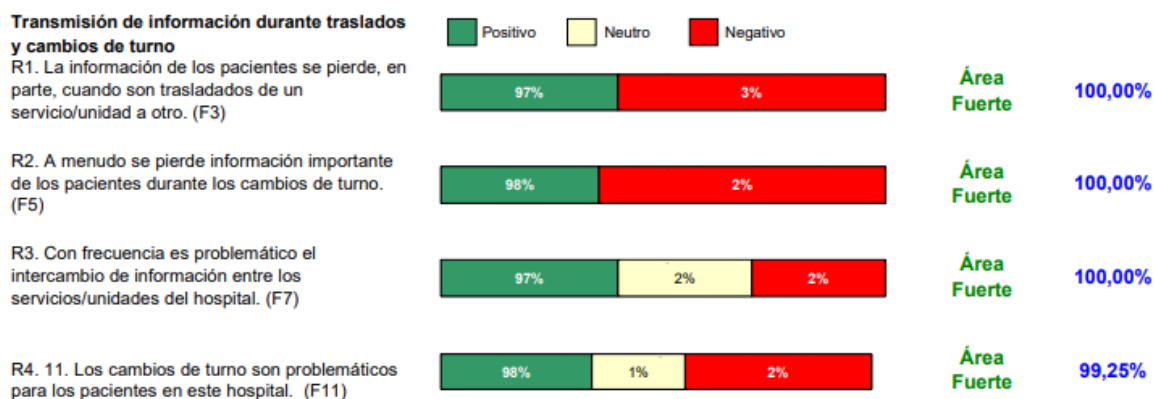
#### 7.2.12. Transmisión de información durante traslados y cambios de turno

En esta dimensión, en cuanto a la información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro. El 97% de los participantes respondieron de manera positiva. En cuanto, a menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno. El 98% de los participantes respondieron de manera positiva. En cuanto a, con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades del hospital. el 97% de manera positiva. Y para finalizar, el ítem de los cambios de turno es problemáticos para los pacientes en este hospital. El 98% de los participantes respondieron de manera positiva (figura 12).



**Figura 12.**

*Frecuencia de respuestas positivas, neutras y negativas relacionadas con transmisión de información durante traslados y cambios de turno.*



**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

### 7.2.13. valoración de las dimensiones.

En cuanto a la valoración de las dimensiones, se encontró que 9 de las doce dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente, obtuvieron un 75% de respuestas positivas, logrando con esto que se denominen fortalezas. Solo dos de estas doce dimensiones tienen potencial de mejora y una se mantiene neutra (tabla 17).

**Tabla 17.** *Valoración de las dimensiones de la cultura de seguridad.*

| Dimensiones de Cultura de Seguridad                                        | Valoración de la dimensión (%) | Valoración de la dimensión: (fuerte, neutra y de mejora) |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Percepciones globales de seguridad                                         | 95%                            | FUERTE                                                   |
| Frecuencia de notificación de incidentes                                   | 98%                            | FUERTE                                                   |
| Expectativas y acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad | 99%                            | FUERTE                                                   |
| Aprendizaje organizacional-Mejora continua                                 | 99%                            | FUERTE                                                   |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio                                    | 89%                            | FUERTE                                                   |
| Comunicación franca                                                        | 72%                            | NEUTRA                                                   |
| Comunicación y feedback sobre errores                                      | 98%                            | FUERTE                                                   |
| Respuesta no punitiva frente al error                                      | 63%                            | DE MEJORA                                                |
| Dotación de personal                                                       | 49%                            | DE MEJORA                                                |
| Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente             | 93%                            | FUERTE                                                   |
| Colaboración entre unidades y servicios del hospital                       | 97%                            | FUERTE                                                   |
| Transmisión de información durante traslados y cambios de turno            | 97%                            | FUERTE                                                   |

**Fuente:** Hospital Survey on Patient Safety Culture aplicado en profesionales de la ESE El Prado.

### 7.3. GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y NÚMERO DE REPORTE DE EVENTOS REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

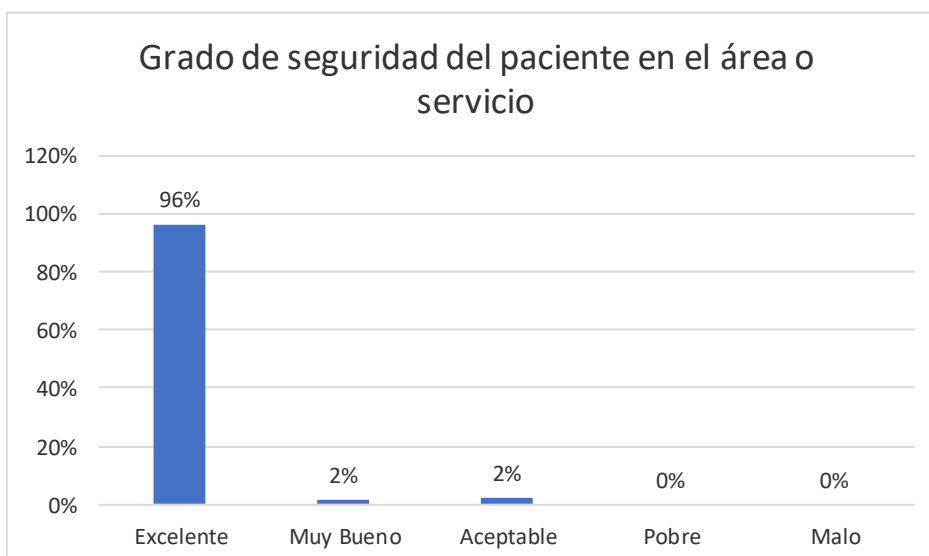
A modo de finalización, en el siguiente apartado se evidenciará el grado de seguridad del paciente obtenido en la aplicación del instrumento y el número de reportes de eventos realizados en los últimos 12 meses.

#### 7.3.1. grado de seguridad del paciente en el área o servicio

En cuanto al grado de seguridad del paciente, según el área o servicio. Se observa que el (96%) de los participantes lo califica como excelente, el (2%) como muy bueno y el otro (2%) como aceptable (Gráfica 13).

**Figura 13.**

*Grado de seguridad del paciente en el área o servicio*



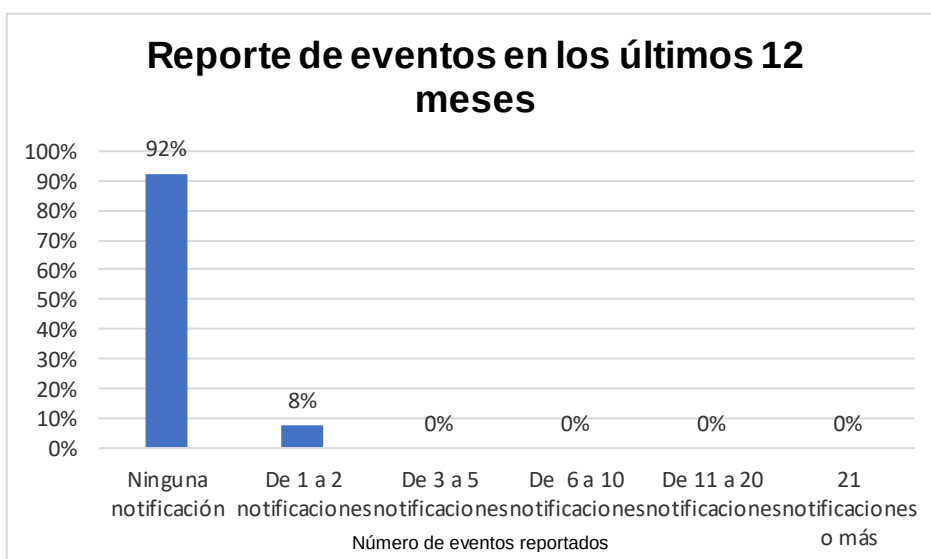
**Fuente:** Elaboración propia

### 7.3.2. Reporte de eventos en los últimos 12 meses

El número de reportes de eventos realizado en los últimos doce meses por los participantes mostró que el 92% no realizó ninguna notificación de eventos adversos en los últimos doce meses, mientras que el 8% realizó de 1 a 2 notificaciones, a lo largo de estos últimos doce meses. Así como se evidencia en la (Gráfica 14).

**Figura 14.**

*Reporte de eventos en los últimos 12 meses*



**Fuente:** Elaboración propia

#### **7.4. DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

Los resultados de la investigación reflejan que la muestra estudio, por lo general se caracterizó por ser en su mayoría de sexo femenino (77%) entre los 40 a 50 años (39%) con un grado de escolaridad técnico (58%) ejerciendo como auxiliar de enfermería (57%), bajo el estamento de técnico auxiliar (57%). Así mismo dentro de la institución, se encuentran ubicados en otras áreas y servicios (57%), contando con un contacto directo con los pacientes (100%) con un tiempo de vinculación de 1 a 5 años (63%) asistiendo a trabajar de 40 a 59 horas (89%) bajo un tipo de vinculación de planta (56%). Por último, contando con un tiempo trabajado en servicio/unidad/área de 6 a 10 años (40%) y con tiempo trabajado en especialidad o profesión de 6 a 10 años (40%).

Este resultado difiere de lo encontrado en un estudio de medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria, realizado en el 2018 en Bucaramanga por Doriam Esperanza Camacho-Rodríguez, donde se encontró que el (64,7%) de los profesionales de la salud que participaron en el estudio eran de sexo femenino; con una mediana de edad de 35 años y un mínimo de 21 años y máximo 60 años. La mayoría de las profesionales, eran médicos (54,9%), con formación de pregrado (80,4%); tenían una vinculación de entre 2 meses y 1 año (29,4) y trabajaban en la semana entre 1 y 48 horas, predominando el grupo que trabajaba medio tiempo, de 17 a 24 horas (31,4%) (Camacho-Rodríguez, 2018).

Así mismo, difiere con un estudio sobre Cultura de Seguridad del Paciente en personal asistencial del Hospital Universitario Nacional de Colombia en el 2019 en la ciudad de Bogotá por Sindy Lorena Álvarez Hernández, donde se encontró que el 74% de los participantes labora de 40 a 69 horas semanales. Se encuentra además 2% de personal que trabaja 70 horas o más. Frente al tipo de contratación el 80% de los

trabajadores asistenciales indicaron contratación a término fijo con garantía de las prestaciones establecidas por la Ley (Álvarez Hernández, 2019).

En cuanto a las dimensiones se destaca, que se obtuvo 9 dimensiones con una calificación en respuesta positivas mayor a 75%, lo que indica que estas pueden ser catalogadas como fortalezas. solo tres presentan áreas de mejora donde es necesario tener una mayor vigilancia. Resultado que difiere con el de Camacho, ya que en este se encontró que ninguna obtuvo el 75% de respuestas positivas, por lo cual no se pueden catalogar como fortalezas (Camacho-Rodríguez, 2018). De esa misma forma el resultado, difiere con el de Álvarez Hernández, ya que ninguna obtuvo una calificación en respuesta positivas mayor a 75% por lo cual ninguna puede catalogarse como fortaleza (Álvarez Hernández, 2019).

El grado de seguridad del paciente percibido en el estudio es excelente (96%) resultado similar con los encontrados por Álvarez Hernández, donde se encontro que en cuanto al grado de seguridad percibido en el área o servicio el (68%) de los participantes en el estudio lo califica como excelente o muy bueno (Álvarez Hernández, 2019). En cuanto al reporte de eventos en los últimos 12 meses, los resultados indicaron que el número de reportes de eventos realizado en los últimos doce meses por los participantes mostró que el 92% no realizo ninguna notificación de eventos adversos en los últimos doce meses. Resultado que es similar con Álvarez Hernández, donde se encontro que los resultados arrojan que el (53%) no ha realizado ningún reporte en los últimos 12 meses (Álvarez Hernández, 2019).

## **8. CONCLUSIONES**

- La muestra estudios se caracterizó por ser en su mayoría de sexo femenino, entre los 40 a 50 años, con un grado de escolaridad técnico, ejerciendo como auxiliar de enfermería, bajo el estamento técnico auxiliar. Así mismo dentro de la institución, se encuentran ubicados en otras áreas y servicios no estipulados en la encuesta, contando con un contacto directo con los pacientes, con un tiempo de vinculación de 1 a 5 años, asistiendo a trabajar de 40 a 59 horas, bajo un tipo de vinculación de planta. Por último, contando con un tiempo trabajado en servicio/unidad/área de 6 a 10 años y con el mismo lapso trabajado en especialidad o profesión.
- Nueve de las doce dimensiones de la seguridad del paciente evaluadas en esta investigación arrojaron un numero mayoritario al 75% de respuestas positivas, por lo cual se consideran estas áreas fuertes o fortalezas dentro de la institución.
- Solo tres, de las doce dimensiones presentan áreas de oportunidad de mejora donde es necesario tener una mayor vigilancia. Estas son, comunicación franca, respuesta no punitiva frente al error y dotación de personal.
- El grado de seguridad del paciente percibido en el estudio es excelente, obteniendo un 96% de respuestas positivas por parte de los participantes
- En cuanto al reporte de eventos en los últimos 12 meses, los resultados indicaron que el número de reportes de eventos realizado en los últimos doce meses por los participantes mostró que el 92% no realizo ninguna notificación de eventos adversos en los últimos doce meses.

## **9. RECOMENDACIONES**

1. Es importante mantener la política actual de seguridad del paciente que lleva la institución, enfocándose siempre en los cambios y la mejora continua en las áreas que constantemente amenazan la seguridad del paciente, a su vez, también es importante ver estas amenazas como oportunidades de mejora, que permitan de verdad un cambio dentro de la institución. La seguridad del paciente no solo debe ser evaluada y posteriormente asesorar que hacer para mejorar, sino que también es necesario que todos los actores de cada área o unidad se involucren y aprenden en conjunto, para construir en conjunto.
2. La universidad de Córdoba debe seguir incentivando la construcción de nuevo conocimiento a partir de la investigación presentada, sus resultados y conclusiones.
3. El programa de administración en salud, dirigir los próximos trabajos investigativos hacia el nivel de complejidad expuesto en este trabajo, en búsqueda de afianzar mas el conocimiento dentro del tema en el mismo y ampliar el espectro investigativo.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AK, J. (2018). Presentation at the "Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike. Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation. OMS. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf)
- Álvarez Hernández , S. L. (2019). *Cultura de Seguridad del Paciente en personal asistencial del Hospital Universitario Nacional de Colombia*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. <file:///C:/Users/Andres%20Dilso/Documents/DOCUMENTO%20TESIS/soporte%20investigativo/TESIS%20MAESTR%C3%8DA%20FINAL.pdf>
- Aranaz Andrés, J. M., Pardo Hernández, A., López Pereira, P., Valencia-Martín, J. L., Agero Pérez, C. D., López Fresneña, N., Rincón Carlavilla, Á., Gea-Velázquez de Castro, M. T., Navarro Royo, C., Albéniz Lizárraga, C., & Fernández Chávez, A. C. (2018). *Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid* (Vol. 92). Rev. Esp. Salud Publica. Retrieved 15 de junio de 2022, from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100419](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419)
- Barrera Ramírez, L., Barredo Baqueiro, G. A., & Sabido Domínguez, T. d. (2018). *La importancia del aprendizaje organizacional en una institucion de salud en la ciudad de mérida yucatan*. VI Congreso Virtual Internacional Transformación e Innovación en las Organizaciones. <https://www.eumed.net/actas/18/trans-organizaciones/1-la-importancia-del-aprendizaje-organizacional.pdf>

- Camacho-Rodríguez, D. E. (2018). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria*. Promoc. Salud. 2020; 25 (1): 141-153.  
<https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.11>
- Carneiro Capucho, H. (2011). *Near miss: ¿casi error? o ¿potencial evento adverso?* Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(5).  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/JT3nkSY5Hn64fPGvJDmMyyD/?format=pdf&lang=es>
- Decreto Número 1011 De 2006. [Ministerio De La Protección Social] 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. 3 Abril del 2006.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%20006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%20006.pdf)
- Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. (2018). Universidad CES. Retrieved 15 de junio de 2022, from Universidad CES:  
<https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5224>
- Donabedian, A. (2001). *Evaluación de la calidad de la atención médica*. Rev Calidad Asistencial2001; 16:S11-S27. [https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/06/1966\\_Donabedian\\_Evaluacion\\_Calidad.pdf](https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/06/1966_Donabedian_Evaluacion_Calidad.pdf)
- E.S.E Camu el Prado. (2017). Portal web E.S.E Camu el Prado. Retrieved 15 de junio de 2022, from Portal web E.S.E Camu el Prado:  
<http://www.esecamuprado.gov.co/quienessomos.html>
- Estrada Gonzalez, C., & González Restrepo, L. (2018). *Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel*. Rev Cubana Salud Pública vol.44 no.3. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662018000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300007)

- Flores-González, M. T., Cruz-León, A., & Morales-Ramón, F. (2019). *Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2019;27(1):14-22. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim191c.pdf>
- García. (2019). Portal Cecova. Recuperado El 05 de Mayo de 2022, De Portal Cecova: [https://Portalcecova.Es/Es/Grupos/Biologicos/Pacientes/Alianza Mundial Seguridad](https://Portalcecova.Es/Es/Grupos/Biologicos/Pacientes/Alianza_Mundial_Seguridad)
- García-Fabila , E. (2018). *Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica*. Revista de Medicina e Investigación UAEMéx Vol. 6 Núm. 1. Obtenido de <http://r.diauaemex.com/pdf/2018/enero/7.-%20Recordando%20a%20Avedis%20Donabedian.pdf>
- Giraldo Arango, P. A., & Montoya Romero, M. I. (2013). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de antioquia colombia, 2013*. Programa de maestría en administración en salud de la universidad ces. [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/563/Evaluacion Cultura Seguridad.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/563/Evaluacion_Cultura_Seguridad.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 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*. Rev. Cienc. enferm. vol.17 no.3. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>
- Gutiérrez Ubeda. (2016). *¿Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente?* Revista de Calidad Asistencial, Vol. 31. Núm. 3. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-se-necesita-un-esfuerzo-reemplazar-S1134282X15001475>
- Helsinki. (1964). *Declaración de helsinki de la asociación médica mundiales principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. La Asociación Médica Mundial

(AMM). [https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/declaracion\\_helsinki.pdf](https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/declaracion_helsinki.pdf)

Instituto Nacional de Salud. (2021). Evento Adverso grave posterior a la vacunacion <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/EVENTO%20ADVERSO%20GRAVE%20POSTERIOR%20A%20LA%20VACUNACI%C3%93N%20PE%20XIII%202021.pdf>

Kalckmann de Macedo, S. M., Campos de Almeida Barboza, A. R., Borges, F., Crozeta Figueiredo, K., Maris Peres, A., & Assis, F. (2019). *Cultura de seguridad del paciente: evaluación de los enfermeros en la atención primaria a la salud*. Rev. Enferm. glob. vol.18 no.56. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.352261>

Ley 100 De 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 del 1993. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Ley 1122 De 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 9 de 2007. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ley 1438 De 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. 19 de Enero 2011. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

Licona Morales, L. D., & Pérez Mercado, J. D. (2021). Evaluación del programa de seguridad del paciente Clínica Vascular de Bogotá 2021. Repositorio de la Universidad de Córdoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4763>

- Lima da Silva, P., de Oliveira Gouveia, M. T., de Brito Magalhães, R. L., de Sousa Borges, B. V., Cardoso Rocha, R., & Melo Guimarães, T. M. (2020). *Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública*. Revista enfermeria global. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/1695-6141-eg-19-60-427.pdf](https://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/1695-6141-eg-19-60-427.pdf)
- López Pinzón, V., Puentes Vega, M. A., & Ramírez, A. L. (2018). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta*. BOGOTÁ D.C.: Universidad del rosario. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%F3n%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20un%20Hospital%20p%FAblico%20de%20Primer%20Nivel%20del%20municipio%20de%20Villeta.pdf;jsessionid=1A30FA9E5CDEDE9C852D501>
- Massaroli, A., De Carli Rodrigues, M. E., Kooke, K., De Brito Pitilin, É., Brum Haag, F., & Santos Araújo, J. (2021). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital del sur de brasil*. Rev. Ciencia Y Enfermería, 27. <https://doi.org/10.29393/CE27-10ACAM60010>
- Merino-Plazaab, M. J., Carrera-Huesoc, F. J., Morro-Martín, M. D., Martínez-Asensie, A., & Fikri-Benbrahimf, N. (2018). *Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente*. Rev. Gaceta Sanitaria Volume 32, Issue 4. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>
- Ministerio De La Protección Social. (2007). *Herramientas Para Promover La Estrategia De La Seguridad Del Paciente En El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención En Salud*. Bogotá D.C. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Ministerio De Salud Y Protección Social. (2010). Min salud. Recuperado El 05 De 05 De 2022, De Min salud: <https://Www.Minsalud.Gov.Co/Salud/Cas/Paginas/Seguridad-Del-Paciente.aspx>

Ministerio De Sanidad Y Política Social de España. (2008). Estudio Ibeas Prevalencia De Efectos Adversos En Hospitales De Latinoamérica. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>

MOCA. (2019). Reporte de indicadores Resolución 256 de 2016. Período 2021-9 . SISPRO. <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx>

Murúa Barbenza, A. (2018). *Error, Complicaciones Y Negligencia Médica En Cirugía*. Cuadernos De Cirugía Vol. 17 Núm. 1. Base de datos de las revistas electronicas UACH <http://revistas.uach.cl/index.php/cuadcir/article/view/2220>

OCDE, O. p. (2020). Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe. <https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm>

OMS. (2019). Seguridad del paciente. 2019, septiembre 13, de who.int Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

OMS. (2021). Información actualizada sobre la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud – 28 de mayo de 2021. 2022, mayo 08, de who.int Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/28-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-28-may-2021>

Organización Mundial de la Salud. (2002). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)

- Organización Panamericana De Salud. (2015). Boletín CONAMED - OPS .  
<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/boletin.php>
- Palencia Guerra, C. D., González Gutiérrez, N. F., & Salamanca Díaz, L. M. (2018). *Medición De La Cultura De Seguridad Del Paciente En Un Hospital De Segundo Nivel, Cundinamarca 2018*. Universidad Cooperativa De Colombia.  
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/7138?mode=full>
- Parellada Blanco, J., Hidalgo Sánchez, Á. O., del Rosario Cruz, L., & González Corrales, Y. (2018). *Eventos adversos en cuidados intensivos*. Rev. Cub Med Int Emerg 2018; 17 (3). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82868>
- Parra, C. V., López, J. S., Bejarano, C. H., Puerto, A. H., & Galeano, M. L. (2017). *Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá*. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública VOL. 35 NÚM. 2.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a12>
- Peñas-Felizzola, O., Parra Esquive, E., & Gómez Galindo, A. (2017). *Cultura De Seguridad Del Paciente En La Prestación De Servicios Profesionales De Terapia Ocupacional*. Barranquilla: Rev. de Salud Uninorte.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522017000300383](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000300383)
- Prado (2022). *Informes de calidad de la institución el prado*, Cereté Córdoba. Oficina administrativo E.S.E el prado.
- Prevencionar. (07 De 09 De 2018). Prevencionar.Com. Recuperado El 06 De 05 De 2022, De Prevencionar.Com: <https://Prevencionar.Com/2018/09/27/Como-Evaluar-La-Cultura-De-La-Seguridad/>
- Prieto Moreira, M., Fonseca Pagotti, R., & Zem-Mascarenhas, S. (2021). *Evaluación De La Cultura De Seguridad Del Paciente En Los Hospitales Brasileños A Través Del Hsopsc*:

Revisión De Alcance. Rev. Bras. Enferm vol.74, n.6.

[http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672021000600302&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672021000600302&script=sci_abstract&tlng=es)

Resolución Numero 8430 de 1993 [Ministerio de Salud] Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de Octubre de 1993.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Resolución Número 003100 De 2019. [Ministerio De La Protección Social] Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de las prestadoras de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf)

Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes Vol. 28. Núm. 5. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Rodríguez Ibagué, L., gallego-Ardila, A., Quiroga-Ardila, Y., & Molina-Eslava, H. (2021). *Caracterización Y Factores De Riesgo De Caídas En Un Hospital De Alta Complejidad De Bogotá (Colombia)*. Rev Cienc Salud. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10395>

Roque González, R., Guerra Breña, R. M., & Torres Peña, R. (2018). Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. Rev haban cienc méd vol.17 no.2. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2018000200016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200016)



- Salud, I. N. (2021). Infecciones asociadas a dispositivos en UCI. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INFECCIONES%20ASOCIADAS%20A%20DISPOSITIVOS%20PE%20XIII%202021.pdf>
- Silvera Fajardo, M. H. (2021). *Dimensiones de calidad para las clínicas de heridas en Colombia a partir de la visión teórica de Avedis Donabedian, 2020*. Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/79541/79509851.2021.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Slawomirski L, Auraaen, A. & Klazinga, N. (2017). *the economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Paris. OECD. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety\\_5a9858cd-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en)
- Slawomirski L, Auraaen, A. & Klazinga, N. (2018). *The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind*. Paris. Tokio: OECD. <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
- Soto Alvarado, David. (2020). *Costos Directos Médicos Asociados A La Atención De Eventos Adversos A Medicamentos En Una Institución De Alto Nivel De Complejidad En El Valle De Aburra*, 2017. [http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16851/2/SotoDavid\\_2020\\_CostosDirectosMedicos.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16851/2/SotoDavid_2020_CostosDirectosMedicos.pdf).
- Vega-Ramírez, F. A., Giménez Salazar, J., & López-Liria, R. (2020). *Percepción De La Cultura De Seguridad Del Paciente En Enfermeros De Atención Primaria*. Universidad De Almería. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7494024>

Vergara-Siabatto, M. Villa-Calderón, J. (2020). *Factores Asociados A Caídas De Pacientes En Una Ips De Bogotá En El Año 2018. Estudio De Casos Y Controles*. Bogota: Universidad Ces Facultad De Medicina.  
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/22000/Trabajo%20de%20grado-%20Cai%cc%81das%20-Vergara%20Villa%201504020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Viloria de la hoz, J. (2019). *CERETE: Municipio agrícola del Sinú*. Banco de la república sucursal Cartagena.  
<https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/cerete.pdf>

## 11. ANEXOS

### Anexo A:

#### Carta permiso



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA



DSP - 016  
Montería, 17 de mayo de 2022

Doctora:  
**Edith Soto Osorio**  
Coordinadora  
ESE CAMU EL PRADO  
Cereté

**ASUNTO: Solicitud de aval institucional**

Cordial saludo,

Por medio de la presente se le solicita permiso para la aplicación de instrumentos a los profesionales de la salud adscritos a la ESE CAMU EL PRADO, para llevar a cabo el proyecto denominado **“Cultura de seguridad del paciente en una IPS de baja complejidad, Cereté, 2022”**.

El proyecto lo están ejecutando los siguientes estudiantes:

- Andrés Felipe Dilso Mosquera – C.C 1.003.044.842
- Carlos Anibal Benítez Espitia – C.C 1.062.605.114

La participación de la institución consiste en el suministro y acceso a la base de datos en el proceso de captación de las posibles participantes; posteriormente, autorización para la aplicación de instrumentos que se realizará dentro de la institución. La captación de los participantes se hará durante los horarios de atención al público establecidos en la institución.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, la presente investigación es considerada sin riesgo según el Ministerio de Salud, dado que se pretende realizar la aplicación de instrumentos entorno al fenómeno de estudio.

Cabe resaltar que, la participación de los profesionales es voluntaria y podrán retirarse en el momento que lo consideren. Asimismo, el estudio no contempla ningún tipo de incentivo económico o material.

**Por una universidad con calidad, moderna e incluyente**  
Carrera 6ª. No. 77-305 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920  
[www.unicordoba.edu.co](http://www.unicordoba.edu.co)





**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA



Una vez finalice el proyecto, serán socializados los resultados del mismo en la institución. Las contribuciones de la institución para la recolección de la información serán reconocidas en el apartado de agradecimientos tanto en la investigación, como en los productos que se deriven. Los derechos de autor y propiedad intelectual del estudio son del equipo investigador, así como, los productos que se deriven.

Agradecemos su valiosa colaboración en el proceso.

Cordialmente,

Amparo Pitalúa

jefe de Programa

Celular: 3013544509

Correo: [amparopitalua@correo.unicordoba.edu.co](mailto:amparopitalua@correo.unicordoba.edu.co)

Yolima Llorente Pérez

Docente

Celular: 3116882792

Correo: [ylorente@correo.unicordoba.edu.co](mailto:ylorente@correo.unicordoba.edu.co)

**Por una universidad con calidad, moderna e incluyente**  
Carrera 6ª, No. 77-305 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920  
[www.unicordoba.edu.co](http://www.unicordoba.edu.co)



## Anexo B:

### Instrumento



#### CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA IPS DE BAJA COMPLEJIDAD, CERETÉ 2022-1

Encuesta #: \_\_\_\_\_ Investigador: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Recolectar información para evaluar la cultura de seguridad del paciente en una IPS de baja complejidad, Cereté 2022-1

#### Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o eventos adversos en su centro, y le llevará unos 10 minutos completarla.

Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

#### Definiciones:

- Un "**suceso**" es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, evento adverso o actuación fuera de protocolo, sin importar si el resultado daña al paciente o no.
- "**Seguridad del paciente**" se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o eventos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados.
- Un "**Profesional sanitario**" es definido como cualquier profesional de la salud que posee la oportuna titulación oficial. Son profesionales sanitarios médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.
- Un "**Profesional no sanitario**" se define como cualquier profesional dedicado exclusivamente a la dirección y gestión del hospital.

#### 1. DATOS GENERALES / CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|                                                     |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Edad:</b> _____ años                             | <b>Tipo de vinculación</b><br>Planta _____<br>Prestación de servicio _____<br>Cooperativa o bolsa de empleo _____<br>Otro _____ ¿Cuál? _____ | <b>Grado de escolaridad</b><br>Primaria incompleta: _____<br>Primaria completa: _____<br>Bachillerato incompleto: _____<br>Bachillerato completo: _____<br>Técnico: _____<br>Tecnólogo: _____<br>Profesional: _____<br>Especialización: _____<br>Maestría: _____<br>Doctorado: _____ |
| <b>Sexo:</b><br>Femenino: _____<br>Masculino: _____ |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Tiempo de vinculación:</b> _____                 | <b>Horas de trabajo semanal:</b> _____                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Cargo en la institución:</b> _____               |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

#### SECCIÓN A: SU ÁREA/UNIDAD DE TRABAJO

En esta evaluación, piense en su "unidad" como el área de trabajo, servicio, departamento o área clínica del centro donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este centro? Seleccione UNA respuesta.

#### AMBITO ASISTENCIAL

- ☐ a. Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica
- ☐ b. Medicina (No-quirúrgica)
- ☐ c. Cirugía
- ☐ d. Obstetricia



- ☐ e. Pediatría  
☐ f. Área de Urgencias  
☐ g. Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)  
☐ h. Salud mental/Psiquiatría  
☐ i. Rehabilitación  
☐ j. Farmacia  
☐ k. Laboratorio  
☐ l. Radiología  
☐ m. Anestesiología  
☐ n. Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

#### ÁMBITO ATENCIÓN PRIMARIA

- ☐ ñ. Medicina de Familia  
☐ o. Pediatría de Familia  
☐ p. Enfermería Comunitaria  
☐ q. Otros, por favor especifique: \_\_\_\_\_

| Plíense en su servicio/ unidad/ área de trabajo desu centro....                                           | Muy en desacuerdo          | En desacuerdo              | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo                 | Muy de acuerdo             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.                                              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.                                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.                                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.                                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.                                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.                                        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.                                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |



|                                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.                    | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.                                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.                         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.                                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

#### SECCIÓN B: SU JEFE/SUPERVISOR

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

|                                                                                                                                                     | Muy en desacuerdo                     | En desacuerdo                         | Ni de acuerdo ni en desacuerdo        | De acuerdo                            | Muy de acuerdo                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes. | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

#### SECCIÓN C: COMUNICACIÓN

¿Con qué frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio/unidad/área de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

| Plense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.                            | Nunca                                 | Rara vez                              | Algunas veces                         | La mayoría del tiempo                 | Siempre                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado. | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |



|                                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.                                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.                 | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

#### SECCIÓN D: FRECUENCIA DE SUCESOS NOTIFICADOS

En su servicio/unidad/área de trabajo, ¿con qué frecuencia son notificados, cuando ocurren los siguientes errores?, Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

| Piense en el servicio/unidad/área de trabajo de su centro...                                                                   | Nunca                                 | Rarevez                               | Algunas veces                         | La mayoría del tiempo                 | Siempre                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado? | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

#### SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por favor, dé a su servicio/unidad/área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente. Marque una respuesta.

| A                                     | B                                     | C                                     | D                                     | E                                     |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Excelente                             | Muy Bueno                             | Aceptable                             | Pobre                                 | Malo                                  |
| <input type="checkbox"/> <sub>A</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>B</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>C</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>D</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>E</sub> |

#### SECCIÓN F: SU CENTRO (HOSPITAL/ ÁREA, COMARCA, ETC EN EL CASO DE ATENCIÓN PRIMARIA)

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su centro. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

| Piense en su centro...                                                                              | Muy en desacuerdo                     | En desacuerdo                         | Ni de acuerdo ni en desacuerdo        | De acuerdo                            | Muy de acuerdo                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |





|                                                                                                                        |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 2. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.                                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.                        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes. | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.                                          | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

#### SECCIÓN G: NÚMERO DE SUCESOS NOTIFICADOS

1. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?

- ☐ a. Si ☐ b. No

2. En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias? Marque UNA respuesta.

- ☐ a. Ninguna notificación ☐ d. De 6 a 10 notificaciones  
☐ b. De 1 a 2 notificaciones ☐ e. De 11 a 20 notificaciones  
☐ c. De 3 a 5 notificaciones ☐ f. 21 notificaciones o más

#### SECCIÓN H: CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS

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

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?

- ☐ a. Menos de 1 año ☐ d. De 11 a 15 años  
☐ b. De 1 a 5 años ☐ e. De 16 a 20 años  
☐ c. De 6 a 10 años ☐ f. 21 años o más

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/unidad/ área?

- ☐ a. Menos de 1 año ☐ d. De 11 a 15 años



- ☐ b. De 1 a 5 años      ☐ e. De 16 a 20 años  
☐ c. De 6 a 10 años      ☐ f. 21 años o más
3. Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?
- ☐ a. Menos de 20 horas a la semana      ☐ c. De 40 a 59 horas a la semana  
☐ b. De 20 a 39 horas a la semana      ☐ d. 60 horas a la semana o más
4. ¿A qué estamento pertenece?
- ☐ a. Enfermera      ☐ b. Médico      ☐ c. Otro especifique: \_\_\_\_\_
5. En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o contacto con los pacientes?
- ☐ SÍ      ☐ NO
6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?
- ☐ a. Menos de 1 año      ☐ d. De 11 a 15 años  
☐ b. De 1 a 5 años      ☐ e. De 16 a 20 años  
☐ c. De 6 a 10 años      ☐ f. 21 años o más

#### SECCIÓN I: SUS COMENTARIOS

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos en su centro (puede añadir más páginas si lo necesita)

---

---

---



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**Universidad de Córdoba – Facultad Ciencias de la Salud - Programa de Administración en Salud**

**Nombre del Trabajo de investigación:** Cultura de seguridad del paciente en una IPS de baja complejidad, Cereté 2022-1

**Estudiantes:**

Andrés Felipe Dilso Mosquera – Carlos Anibal Benítez Espitia

Cordial saludo,

A través de este documento se le hace extensiva la invitación a participar en el trabajo de investigación que tiene por objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en una IPS de baja complejidad, Cereté 2022-1.

La decisión de participar es voluntaria, no tendrá ningún costo ni beneficios económicos, no tiene ningún riesgo para la salud y en caso de aceptar participar usted podrá retirarse en cualquier momento, sin tener cambios en la labor que usted realiza dentro de la institución.

La participación consiste en responder una serie de preguntas contenidas en un instrumento utilizado para la medición de la cultura de seguridad del paciente

La información obtenida tendrá un carácter anónimo, es decir, se protegerá la identificación del profesional de salud, en la elaboración de documentos, los cuales tendrán únicamente fines investigativos y académicos. Es responsabilidad de los investigadores cumplir con los principios de confidencialidad aquí descritos.

**ACEPTACIÓN**

He leído y entendido la información contenida en este documento. Todas las preguntas que tenía relacionadas con el estudio me fueron explicadas. Entiendo que puedo retirarme en el momento que lo desee.

Yo \_\_\_\_\_, identificado con número de identificación \_\_\_\_\_, de manera voluntaria acepto ser incluido como sujeto de este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Cualquier duda o inquietud, se puede comunicar con la docente asesora Yolima Llorente Pérez al celular 3116882792 – Correo electrónico [yllorente@correo.unicordoba.edu.co](mailto:yllorente@correo.unicordoba.edu.co)

## Anexo C:

### Carta aval institucional

|                                                                                                                                          |                               |                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>E.S.E.<br/>CAMU DEL PRADO</b><br>NIT 812002836-5 | <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <br>modelo integral<br>de planeación<br>y gestión |
| <b>OFICIO</b>                                                                                                                            | <b>sgp</b>                    | <b>1. VERSION</b>                                                                                                                   |
|                                                                                                                                          | <b>CO0100</b>                 | <b>Plataformas institucionales</b>                                                                                                  |

Cerete, 28 de junio 2022

Sres.(a)

Andrés Felipe Dilso Mosquera – Carlos Aníbal Benítez Espitia.

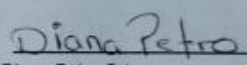
Cereté – Córdoba

**ASUNTO: aval institucional**

La **ESE CAMU el prado** de Cereté, Córdoba basándose en el reglamento institucional y legal de la institución autoriza a los estudiantes Andrés Felipe Dilso Mosquera – C.C 1.003.044.842 y Carlos Aníbal Benítez Espitia – C.C 1.062.605.114, las facultades con el fin de realizar el uso de la información y publicación de un estudio realizado por los estudiantes antes mencionados.

Dicha autorización vincula a las partes **AUTOR** (es) y Universidad de Córdoba de manera pura y simple a la institución, con el fin de que utilice el artículo para su publicación.

  
Leopardo Lindo Lengua  
Coordinador de calidad  
ESE Camu del prado

  
Diana Petro Ortega  
Referente de Seguridad del paciente  
ESE Camu del prado

