

**Optimización de la cultura de reporte de eventos adversos en el servicio de urgencias del
Hospital el Buen Samaritano E.S.E La Cruz Nariño durante el tercer trimestre del año
2025**

Leydi Viviana Muñoz Gómez

Cristian Jonathan Ceron Cruces

Asesor

Ingry Loraine Cogua Sánchez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud – ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

2025

Agradecimientos

Queremos brindar nuestro agradecimiento a quienes nos aportaron para el desarrollo del presente proyecto de investigación, el cual se basó en los lineamientos establecidos en la Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Agradecemos, en primer lugar, a cada una de nuestras familias, sentir su apoyo incondicional, su paciencia y su comprensión durante la formación académica fue muy valioso, en especial en los momentos donde hubo mayor exigencia por parte de los docentes. Resaltamos de manera especial el compromiso y la dedicación del equipo docente, quienes estuvieron presentes siempre con su orientación para enseñarnos y guiarnos en la formación académica.

Como equipo de trabajo asumimos este logro con responsabilidad y la convicción de aportar en el fortalecimiento de la calidad de los servicios en salud del Hospital el Buen Samaritano ESE la Cruz Nariño. El presente trabajo de investigación no solamente fue para nosotros el cumplimiento de un requisito académico, sino que además nos brindó la oportunidad de aplicar de manera real cada uno de los conocimientos adquiridos y fortalecer nuestro compromiso ético con los servicios de salud. Finalmente extendemos nuestro más sincero agradecimiento al personal de salud del servicio de urgencias del hospital, quienes nos abrieron sus puertas y nos permitieron conocer mucho más de cerca cada uno de sus procesos, así mismo recibieron las oportunidades de mejora con la mejor actitud, su colaboración fue fundamental para que esta experiencia realmente tenga un impacto real y significativo en fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

Resumen

El presente trabajo de investigación se enfatiza en generar análisis de la problemática relacionada con la ocurrencia de fallas en la atención en salud del servicio de urgencias del Hospital el Buen Samaritano E.S.E. La Cruz, las cuales generan eventos adversos e incidentes y por consiguiente, no aportan a un ambiente seguro para quienes que reciben atención en el Hospital. En este contexto, se pretende identificar las debilidades, que pueden afectar de manera significativa la prestación de servicios de salud. Para este fin se genera análisis de información mediante la aplicación de encuesta de clima de seguridad en el servicio de Urgencias, teniendo en cuenta que la seguridad el paciente es un pilar esencial, en especial en este servicio donde la atención inmediata, la alta demanda de pacientes y la complejidad de atención aumentan el riesgo de presentar fallas durante la atención en salud.

El presente estudio indagará sobre resultados de análisis de clima de seguridad durante el segundo semestre del año 2025, mediante el análisis de información como resultado de la aplicación de encuesta de clima de seguridad al personal asistencial del servicio, con el fin de generar estrategias encaminadas al fortalecimiento de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias.

El enfoque del estudio es mixto, la metodología de investigación consiste en recopilar, analizar e integrar tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa. Se utilizan instrumentos cuantitativos que permiten generar análisis de datos estadísticos a través encuestas y análisis de datos, Además, se hace uso de datos cualitativos como información abierta para recopilar artículos e investigaciones, que pueden aportar información relevante para el estudio. Al realizar una investigación mixta, tanto de datos cuantitativos y cualitativos, se gana amplitud y profundidad en la comprensión y se corrobora información analizada.

El tipo de estudio es interpretativo descriptivo, está basado en conocer situaciones que predominan en la descripción exacta del objeto de estudio “Seguridad del paciente en el servicio de urgencias”. Se encarga de identificar las relaciones existentes entre variables, a través de la recolección de datos que permitan obtener resultados significativos que van a contribuir al planteamiento de posibles estrategias frente a la problemática identificada.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Evento Adverso, Cultura de Reporte, Servicio de Urgencias, Atención en Salud.

Abstract

This thesis emphasizes analyzing the problems related to the occurrence of failures in healthcare delivery at the emergency department of Buen Samaritano Hospital, E.S.E. La Cruz. These failures generate adverse events and incidents and, consequently, do not contribute to a safe environment for those receiving care at the hospital. In this context, the goal is to identify weaknesses that can significantly affect the provision of healthcare services. To this end, data are analyzed by applying a safety climate survey in the emergency department. Patient safety is a key pillar, especially in this department where immediate care, high patient demand, and the complexity of care increase the risk of failures during healthcare delivery. This study will investigate the results of safety climate analyses during the second half of 2025 by analyzing information from the application of a safety climate survey to the service's healthcare staff. This will generate strategies aimed at strengthening patient safety in the emergency department.

The study's approach is mixed; the research methodology consists of collecting, analyzing, and integrating both quantitative and qualitative research. Quantitative instruments are used to generate statistical data analysis through surveys and data analysis. In addition, qualitative data is used as open information to compile articles and research, which can provide relevant information for the study. By conducting mixed research, using both quantitative and qualitative data, a breadth and depth of understanding is gained and the analyzed information is corroborated.

The study is interpretive-descriptive, based on understanding the situations that predominate in the exact description of the object of study: "Patient safety in the emergency department." It is responsible for identifying the existing relationships between variables,

through the collection of data that allows obtaining significant results that will contribute to the formulation of possible strategies to address the identified problem.

Keywords: Patient Safety, Adverse Aevent, Reporting culture, Emergency Department, Health care.

Tabla de Contenido

Introducción	12
Planteamiento del Problema	14
Justificación	15
Objetivos	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
Marco Teórico o Referencial.....	18
Marco Normativo.....	23
Metodología	26
Resultados o Desarrollo	28
Resultados Análisis de Contexto Dofa en Urgencias.....	28
Análisis de Datos Encuesta Clima de Seguridad	31
Discusión	48
Análisis de Encuesta Postest.....	53
Comparativo Encuesta Pre y Post Clima de Seguridad	66
Conclusiones.....	70
Recomendaciones	72
Referencias Bibliográficas	73
Apéndices.....	74

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Normativa Colombiana Relacionada con Seguridad del Paciente</i>	23
Tabla 2 <i>Matriz DOFA, Hospital el Buen Samaritano E.S.E. La Cruz</i>	28
Tabla 3 <i>Estrategias para implementar</i>	46
Tabla 4 <i>Análisis Pre y Post aplicación de encuesta</i>	66

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Pregunta N. 1</i>	31
Figura 2 <i>Pregunta N. 2</i>	32
Figura 3 <i>Pregunta N. 3</i>	33
Figura 4 <i>Pregunta N. 4</i>	34
Figura 5 <i>Pregunta N. 5</i>	35
Figura 6 <i>Pregunta N. 6</i>	36
Figura 7 <i>Pregunta N. 7</i>	37
Figura 8 <i>Pregunta N. 8</i>	37
Figura 9 <i>Pregunta N. 9</i>	38
Figura 10 <i>Pregunta N. 10</i>	39
Figura 11 <i>Pregunta N. 11</i>	40
Figura 12 <i>Pregunta N. 12</i>	41
Figura 13 <i>Pregunta N. 13</i>	41
Figura 14 <i>Pregunta N. 14</i>	42
Figura 15 <i>Pregunta N. 15</i>	43
Figura 16 <i>Pregunta N. 16</i>	44
Figura 17 <i>Pregunta N. 17</i>	44
Figura 18 <i>Pregunta N. 18</i>	45
Figura 19 <i>Pregunta N. 1</i>	53
Figura 20 <i>Pregunta N. 2</i>	54
Figura 21 <i>Pregunta N. 3</i>	54

Figura 22 <i>Pregunta N. 4</i>	55
Figura 23 <i>Pregunta N. 5</i>	56
Figura 24 <i>Pregunta N. 6</i>	56
Figura 25 <i>Pregunta N. 7</i>	57
Figura 26 <i>Pregunta N. 8</i>	58
Figura 27 <i>Pregunta N. 9</i>	58
Figura 28 <i>Pregunta N. 10</i>	59
Figura 29 <i>Pregunta N. 11</i>	60
Figura 30 <i>Pregunta N. 12</i>	60
Figura 31 <i>Pregunta N. 13</i>	61
Figura 32 <i>Pregunta N. 14</i>	62
Figura 33 <i>Pregunta N. 15</i>	62
Figura 34 <i>Pregunta N. 16</i>	63
Figura 35 <i>Pregunta N. 17</i>	64
Figura 36 <i>Pregunta N. 18</i>	64

Lista de Apéndice

Apéndice A <i>Cronograma de Capacitación Seguridad del Paciente</i>	74
Apéndice B <i>Formato Reporte de Eventos Adversos</i>	77
Apéndice C <i>Registro Fotográfico Capacitaciones</i>	79
Apéndice D <i>Acceso a los Anexos y Evidencias del Proyecto</i>	80

Introducción

Desde el Ministerio de salud y protección social se vienen estableciendo lineamientos para fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Al respecto, el Hospital el Buen Samaritano ESE la Cruz, presenta estadísticas significativas en relación con la ocurrencia de eventos adversos e incidentes en los servicios asistenciales, en especial en el servicio de urgencias, en el tercer trimestre del año 2025 según estadísticas reportadas en la resolución 256 de 2016 ante el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la plataforma Sispro, se evidencio un total de 8 eventos adversos relacionados con fallas en la identificación del paciente y caídas de pacientes, los cuales no fueron reportados de manera voluntaria por parte del personal de salud, se identificaron por la incomodidad o queja del paciente con la ocurrencia del evento. Ante esta situación se busca establecer actividades encaminadas a identificar las principales causas que conllevan a la ocurrencia de estas fallas durante la atención en salud; para este fin, se realizó en primera medida una evaluación de la situación actual del servicio tanto a nivel interno como externo, mediante la identificación de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas, haciendo uso de la metodología de análisis de Contexto DOFA la cual permite obtener una visión integral entre los factores internos y externos que inciden en la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. El resultado de este primer diagnóstico permitió conocer la situación real actual del servicio e identificar estrategias iniciales para enfocar esfuerzos en procesos críticos.

Como segunda medida y teniendo como base los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud de Colombia, se realizó la aplicación de encuesta de clima de seguridad recomendada por Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), mediante la cual, se tuvo como objetivo evaluar como perciben la seguridad del paciente el equipo de salud de urgencias específicamente 23 colaboradores el área de enfermería del este servicio. De esta manera con

base a resultados obtenidos con esta segunda herramienta , se logró identificar posibles riesgos durante la atención en salud y complementar las estrategias establecidas inicialmente encaminadas a fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias. En todo caso las estrategias están enfocadas a de promover una cultura de seguridad, fortalecer el reporte de eventos, gestionar el análisis oportuno de los mismos y por consiguiente procurar un ambiente seguro para el paciente y su familia durante la atención.

Se determino la necesidad de realizar el análisis de clima de seguridad e identificar el contexto institucional en relación con el estado actual de seguridad del paciente en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta que se considera un área crítica en la atención en salud, ya que se caracteriza por una alta demanda de atención, presencia de situaciones de riesgo y toma de decisiones rápidas por parte del personal de salud.

De este modo la información recolectada mediante el análisis de datos permitió conocer la percepción que tiene el equipo de salud frente a la seguridad del paciente, así mismo se generó análisis en relación con el ambiente laboral y factores internos o externos que están impactando en la calidad de la atención en salud. Estos resultados fueron fundamentales para formular las estrategias para optimizar la cultura de reporte y promover una atención más segura oportuna y eficiente centrada en las necesidades del usuario. Con base a estrategias generadas y acorde a lineamientos de calidad se generaron actividades específicas a ejecutar para realizar medición del nivel de cumplimiento

El alcance del estudio es descriptivo y diagnóstico, el análisis de la información se basa en las percepciones del personal de salud que labora en el servicio de urgencias, a quienes se les aplicó la encuesta de clima de seguridad.

Planteamiento del Problema

A pesar de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, el Hospital el Buen Samaritano E.S.E La Cruz ha evidenciado una persistente problemática relacionada con la ocurrencia y el subregistro de eventos adversos en el servicio de urgencias. Según las estadísticas reportadas en la Resolución 256 de 2016 mediante la plataforma SISPRO, durante el primer y segundo trimestre del año 2025 se reportaron un total de ocho eventos adversos, asociados principalmente a fallas en la identificación del paciente y caídas, los cuales no fueron notificados de manera voluntaria por el personal de salud, sino identificados a través de quejas de los usuarios. Esta situación evidencia una débil cultura de reporte y un posible desconocimiento o desconfianza frente a los mecanismos de notificación, lo cual pone en riesgo la calidad y seguridad en la atención prestada.

El servicio de urgencias, al ser un área crítica caracterizada por alta demanda, toma rápida de decisiones y exposición a múltiples riesgos, requiere una cultura sólida de seguridad del paciente. Los hallazgos obtenidos a través del análisis DOFA y la aplicación de la encuesta de clima de seguridad (AHRQ) al personal de enfermería del servicio, permitieron identificar factores internos y externos que afectan el reporte oportuno de eventos adversos, así como percepciones institucionales que limitan la implementación de acciones correctivas y preventivas eficaces.

Frente a este panorama, surge la necesidad de analizar y optimizar la cultura de reporte de eventos adversos en el servicio de urgencias, de manera que se fortalezca la gestión del riesgo, se promueva la mejora continua y se garantice una atención centrada en la seguridad del paciente.

Justificación

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad en la atención en salud y representa una prioridad en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En este contexto, se reconoce que los eventos adversos y los incidentes en los servicios asistenciales son situaciones que deben ser abordadas de manera sistemática y proactiva. Particularmente, el servicio de urgencias del Hospital el Buen Samaritano E.S.E. La Cruz ha evidenciado una serie de fallas que afectan la atención segura, entre las que se destacan problemas en la identificación de los pacientes y caídas, las cuales no han sido reportadas de forma voluntaria por el personal asistencial, lo que indica una débil cultura de reporte.

Dado que el servicio de urgencias es un área crítica, con alta presión asistencial, toma rápida de decisiones y exposición a múltiples factores de riesgo, se hace imperativo fortalecer la cultura institucional en torno a la notificación y análisis de eventos adversos, como estrategia fundamental para prevenir nuevas ocurrencias, mejorar los procesos y garantizar la seguridad del paciente. Este proyecto busca precisamente analizar y optimizar la cultura de reporte de eventos adversos en dicho servicio, mediante el diagnóstico del clima de seguridad percibido por el personal asistencial, el análisis contextual interno y externo, y la identificación de factores que inciden en la no notificación o subregistro de los eventos.

La justificación de este estudio radica en la necesidad de transformar la percepción y práctica del reporte de eventos adversos, entendiendo que el temor a represalias, la falta de conocimiento sobre los protocolos de notificación y la escasa retroalimentación posterior al reporte son barreras comunes que deben abordarse desde una perspectiva institucional. A través de la aplicación de una metodología de investigación mixta (cuantitativa y cualitativa), se

pretende obtener un panorama completo de la situación actual, no solo en términos estadísticos, sino también desde la comprensión de las experiencias, actitudes y percepciones del personal de salud frente al tema.

Este proyecto tiene una alta pertinencia institucional, ya que los resultados permitirán proponer estrategias concretas y adaptadas a las necesidades reales del servicio, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura de seguridad, a la mejora continua de la calidad en la atención y, sobre todo, a la protección de la vida e integridad del paciente. Así mismo, los hallazgos pueden ser utilizados como insumo para el diseño de intervenciones institucionales sostenibles y replicables en otros servicios asistenciales.

En suma, la realización de este estudio es fundamental para avanzar hacia una atención en salud más segura, eficiente y centrada en el usuario, alineada con los estándares nacionales e internacionales en seguridad del paciente y cultura organizacional.

Objetivos

Objetivo General

Optimizar la Cultura de Reporte de Eventos Adversos en el Servicio de Urgencias del Hospital el Buen Samaritano E.S.E la Cruz Nariño durante el tercer trimestre del año 2025.

Objetivos Específicos

Generar análisis del contexto actual relacionado con la seguridad del paciente con el fin de determinar factores internos y externos que están aportando en la ocurrencia de fallas.

Realizar evaluación de la cultura de seguridad que existe actualmente teniendo en cuenta información previa de eventos adversos, incidentes y condiciones de seguridad actuales de los servicios asistenciales.

Establecer estrategias que se orienten a fortalecer la cultura de seguridad del paciente según puntos débiles identificados que propendan hacia una prestación de servicios mas oportuna, segura y pertinente

Marco Teórico o Referencial

Se resaltan artículos de interés que traen elementos que perfilan características relacionadas con la ocurrencia de errores en la atención médica y algunas estrategias para la prevención.

Basado en Reason (2010), Profesor de Psicología en la Universidad de Manchester, en su investigación proporcionó evidencia sobre los errores y fallas en la atención en salud generadas por las condiciones de trabajo. Estos fallos pueden involucrar al equipo de trabajo y generan malos entendidos que dificultan la realización de tareas necesarias; actividades como la capacitación inadecuada y horarios de trabajo excesivos, pueden provocar interrupciones no deseadas, fatiga, estrés y otros efectos que hacen más probable la ocurrencia de los errores. Por lo tanto, es necesario innovar en el rediseño de las tareas, considerando el factor humano, como esencial para cumplir con las tareas de manera óptima y teniendo como regla que es mejor diseñar previamente las tareas a realizar que pretender hacer uso únicamente de la memoria y la intuición.¹

La aplicación del cuestionario HSOPSC, el cual es validado por la AHRQ y se ha adaptado al idioma español, ha sido ampliamente usado en los últimos años para evaluar la cultura de seguridad del paciente en áreas de la salud, incluyendo urgencias. Un estudio publicado en la revista de calidad asistencial de Elsevier, demuestra que mediante el análisis detallado de las dimensiones evaluadas en la encuesta se puede identificar fortalezas entre las cuales se encuentra la comunicación segura y debilidades, como por ejemplo la insuficiencia de personal salud o la falta de apoyo institucional. Esta metodología respalda a sí mismo, el uso del enfoque de análisis mediante la matriz DOFA en la cual se realiza un análisis interno y externo y

¹ Reason J. (2010). El error humano. Ediciones Modus Laborandi

se prioriza intervenciones de mejora. De esta manera se convierte un diagnóstico inicial en acciones concretas para fortalecer la seguridad del paciente.²

En el artículo “Calidad de la Atención Médica, Errores Médicos y Seguridad del Paciente”, el autor Domínguez (2005) define el error como el fracaso para implementar un plan correcto para lograr un objetivo. En su artículo da a conocer que los errores pueden estar muy ligados a la falta de planeación de actividades y por ende esto propicia que el equipo de trabajo no este articulado a un objetivo en común. Por lo tanto, los errores médicos deben preocupar a los profesionales de la salud, pero principalmente a directivos, ya que sus consecuencias son de gran impacto en los pacientes, por lo tanto, su recurrencia no debería ser tolerada. Bajo este concepto, los errores médicos deben ser conocidos y estudiados científicamente en reunión, con el fin de analizarlos a profundidad y finalmente establecer acciones de mejora dirigidas a fortalecer la seguridad clínica en la institución de salud.³

Según estudios recientes publicados en BMC Health Services Research, en revisión sistemática, Shaw et al. en el año 2021, se concluye que la implementación de estrategias de acreditación mejora la cultura de seguridad y estimula mejoras en el desempeño y fortalece la seguridad del paciente. En el estudio se menciona que implementar estrategias de acreditación en especial en el servicio de urgencias, mejoras prácticas de seguridad, propicia un mejor desempeño de los colaboradores y fortalece la seguridad de la paciente enfocada en el mejoramiento continuo.⁴

² Elsevier. (2013) “Evaluación cultura seguridad del paciente”. *Revista calidad asistencial*. (p. 329-336)

³ Domínguez, D. (2005). Calidad de la atención médica, errores médicos y seguridad del paciente. *Revista de la Facultad de Medicina*, (p. 104–116)

⁴ Shaw, C. D., et al. (2021). El impacto de la acreditación hospitalaria en la calidad de la atención sanitaria: una revisión sistemática de la literatura. *BMC Health Services Research*, 21, Article nº 1057

Los eventos adversos en salud son incidentes que causan daño no intencionado al paciente durante su atención. Tradicionalmente, el enfoque institucional se ha centrado en el paciente como primera víctima, pero en los últimos años ha tomado relevancia el concepto de “segunda víctima”, propuesto por Albert Wu en el año 2000, para referirse a los profesionales de la salud que sufren consecuencias emocionales y psicológicas tras su participación en un evento adverso. Los profesionales de salud, pueden experimentar sentimientos de culpa, angustia, miedo al juicio, frustración y aislamiento, afectando su desempeño, salud mental y en algunos casos su continuidad laboral. A pesar de esta realidad, muchas instituciones de salud no cuentan con programas de apoyo ni políticas claras para acompañar al personal afectado, y en países como Colombia, aún no existe normatividad específica para su atención.⁵

El abordaje del error desde una cultura no punitiva, con espacios de contención emocional, escucha activa y acompañamiento profesional, es clave para proteger al personal y fortalecer la seguridad del paciente como compromiso institucional y humano.

El Ministerio de salud y Protección Social de Colombia en la Guía Técnica “Estrategia para la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud” define la seguridad del paciente como “el conjunto de elementos estructurales procesos instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar barreras de seguridad innecesarias” Esta definición integra componentes como la infraestructura, la

⁵ Flórez, F., López, L., & Bernal, C. (2022). Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 42(1), 184–195

tecnología y los recursos necesarios para generar procesos asistenciales seguros, además menciona metodologías basadas en la evidencia con el fin de evaluar de manera continua los riesgos y establecer barreras preventivas. Este enfoque se complementa con el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en los criterios de seguridad del paciente exigidos en la resolución 3100 de 2019⁶

De igual manera, según la OMS Organización Mundial de la Salud, un Sistema de Salud de Calidad, debe proporcionar criterios de seguridad efectividad oportunidad eficiencia y pertinencia, para el cumplimiento de estos criterios en Colombia, la calidad en salud está regulada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, en el cual se expone los componentes de habilitación, auditoría, acreditación y sistema de información para la calidad. El sistema busca garantizar una atención en salud que se brinde bajo criterios técnicos, científicos y éticos que responda a las necesidades de los usuarios y proteja su integridad. La seguridad del paciente está relacionado en cada uno de estos componentes, la OMS define la seguridad del paciente como “la ausencia de daño innecesario o potencial asociado con la atención en salud”⁷, en el componente de auditoría de mejoramiento de la calidad en salud, se resalta como uno de los enfoques l el fortalecimiento de la seguridad del paciente, mediante acciones de auditoría, entendida esta como un proceso sistemático de evaluación análisis y seguimiento de los servicios brindados con el fin de verificar que se cumpla con los estándares establecidos y se genere acciones de mejora en servicios críticos como urgencias. La aplicación de los componentes del

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud (p. 42).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_3100_de_2019.pdf

⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) define la seguridad del paciente como “la ausencia de daño innecesario o potencial asociado con la atención en salud” (p. 1)

sistema es clave para monitorear indicadores de seguridad, evaluar prácticas clínicas, verificar la adherencia a protocolos y finalmente generar estrategias que fortalezcan la cultura de calidad.

Finalmente, en relación con la mejora continua de la calidad en salud, se resalta el ciclo PHVA planear-hacer-verificar y actuar, conocido como Ciclo de Deming, el cual se consolida como una herramienta necesaria para la gestión de la mejora de procesos. Al respecto, una revisión sistemática desarrollada por Knudsen et al. en 2019, evidenció que los planes de mejora que se generan bajo el ciclo PHVA en la atención en salud, son más efectivos siempre y cuando se utilice un enfoque estructurado y cíclico, que se base en el análisis de la información y la recolección de evidencias orientadas a verificación de resultados.⁸

⁸ Knudsen et al. (2019) ¿Puede la mejora continua mejorar la calidad de la atención? Una revisión sistemática de los efectos reportados y el rigor metodológico en proyectos basados en el ciclo PHVA. BMC Health Services Research, 19, 683. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4482-6>

Marco Normativo

Tabla 1

Normativa Colombiana Relacionada con Seguridad del Paciente

Norma	Marco General	Artículos
Constitución Política de 1991	Define que el Estado debe garantizar el acceso a la salud, regular y controlar su prestación.	Artículo 49: La atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
Ley 100 de 1993	Crea el Sistema de Seguridad Social Integral con enfoque en dignidad humana y calidad de vida.	Art. 7: Ámbito de acción del sistema. Art. 153, numeral 9: Calidad. Art. 162: Plan Obligatorio de Salud.
Decreto 1011 de 2006	Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.	Art. 6: Sistema Único de Habilitación.
Resolución 256 de 2016	Define disposiciones e indicadores para el sistema de información de calidad en salud.	Artículo 3: Finalidad del monitoreo de calidad: fomentar uso de información, promover mejoras y medir desempeño.

Norma	Marco General	Artículos
Resolución 3100 de 2019	Regula la inscripción y habilitación de servicios y prestadores de salud.	Estándar 11.1.5: Requisitos sobre política de seguridad del paciente, comité de seguridad, prácticas seguras y documentación.
Resolución 3100 de 2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción Prestadores y Habilitación Servicios de Salud	<p>11.1.5. Estándar de procesos prioritarios</p> <p>El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El prestador de servicios de salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.</p> <p>El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre. En el caso de profesionales independientes de salud podrá ser el mismo prestador.</p> <p>El prestador de servicios de salud adopta y realiza las siguientes prácticas seguras,</p>

Norma	Marco General	Artículos
Circular 045 de 2012	Ordena la implementación de la vigilancia en salud pública sobre IAAS y consumo de antimicrobianos.	según aplique a su servicio de salud y cuenta con información documentada la Numerales 2 y 4: Vigilancia obligatoria en el sector salud, estandarización de procedimientos, flujo de información y reportes al Instituto Nacional de Salud.

Nota. Autoría Propia. Se describe el marco legal colombiano en materia de seguridad del paciente y sus artículos específicos.

Metodología

La seguridad del paciente es considerada como un Pilar fundamental en la atención en salud, en los servicios de urgencias se considera como un criterio primordial ya que los riesgos en la atención en salud son más latentes y la posibilidad de que ocurran fallas aumenta significativamente.

Inicialmente se realizó el análisis de contexto interno y externo mediante la matriz DOFA (Análisis de Debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas), el cual generó información clave cualitativa del estado actual tanto interno como externo del servicio de urgencias en relación con seguridad del paciente y cultura de reporte de evento adversos. De igual manera para el diagnóstico de clima de seguridad, se tomó como población en el servicio de urgencias a 23 colaboradores del área de enfermería, a quienes se les aplicó encuesta validada por la Gerencia del Hospital el Buen Samaritano ESE La Cruz. Los resultados del análisis de la encuesta aplicada permitieron conocer las percepciones actitudes y prácticas frente a la seguridad del paciente, así como posibles factores organizacionales que están influyendo de manera positiva o negativa en la presencia de eventos adversos. La herramienta se aplicó con el fin de identificar factores críticos de mejora y establecer estrategias orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad enfocada a optimizar una cultura de reporte que propenda hacia la prevención de riesgos y por ende una atención segura y de calidad.

El análisis realizado logró indagar sobre la situación actual de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital el Buen Samaritano ESE La Cruz en el primer semestre del año 2025. El enfoque del estudio fue mixto, la metodología de investigación se enfatizó en recopilar, analizar e integrar tanto la investigación cuantitativa como cualitativa. Se utilizaron instrumentos cuantitativos que permiten generar análisis de datos estadísticos a través

de aplicación de encuesta sobre clima de seguridad HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture), desarrollada por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), como instrumento utilizado para medir la cultura de seguridad del paciente en entornos hospitalarios. Además, se usó de datos cualitativos como resultados de información de la matriz DOFA e información abierta para recopilar artículos, investigaciones similares entre otros que aportaron información relevante para el análisis. Al realizar una investigación mixta, tanto de datos cuantitativos y cualitativos, se logró amplitud y profundidad en la comprensión del tema y se corrobora información analizada.

El tipo de estudio fue interpretativo descriptivo, se basó en conocer situaciones que predominan en la descripción exacta del objeto de estudio “Cultura de Seguridad del paciente en el servicio de Urgencias”. Este tipo de estudio se reconoce por la recolección de datos que permitan obtener resultados significativos que contribuyen al planteamiento de estrategias frente a la problemática identificada.

Por otra parte se hace necesario resaltar el concepto de cultura de seguridad como principio orientador de la Política de Seguridad del Paciente y patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, el cual se basa en las creencias y valores compartidos, que continuamente buscan minimizar el daño al paciente. Ante este concepto, fue fundamental que el personal de salud del servicio de urgencias brinde respuestas al cuestionario con información real, la cual se utilizó como insumo esencial para generar las conclusiones para el establecimiento de las estrategias.

Resultados o Desarrollo

Resultados Análisis de Contexto Dofa en Urgencias

Para realizar el análisis del entorno a nivel interno y externo en el servicio de urgencias del hospital el Buen Samaritano E.S.E La Cruz, se diligencio MATRIZ DOFA, de la cual se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 2

Matriz DOFA, Hospital el Buen Samaritano E.S.E. La Cruz

Fortalezas (F)	Debilidades (D)
F1. Personal acorde con la capacidad instalada en el hospital	D1. Falta de cultura de reporte de eventos adversos, se identifican por Quejas de usuarios o comunicaciones no formales del personal de salud.
F2. Infraestructura física optima según lineamientos del estándar infraestructura de la Resolución 3100 de 2019 – Habilitación	D2. Desconocimiento de protocolos institucionales de Correcta identificación del paciente, Consentimiento informado, prevención de caídas y otras prácticas seguras con lineamientos institucionales a cumplir.
F3. Equipos e insumos suficientes para la atención en salud acorde con los lineamientos del estándar Dotación de la resolución 3100 de 20129 – Habilitación.	D3. Falta de continuidad en el análisis de causas de eventos adversos, que conlleven a definir acciones de mejora dirigidas a fortalecer la cultura de seguridad
Oportunidades (O)	Amenazas (A)

O1. Normativa nacional que exige la implementación de políticas de seguridad del paciente (Resolución 3100/2019).

O2. Acceso a capacitaciones externas en seguridad del paciente por entes de control.

O3. Disponibilidad de herramientas generadas por el Ministerio de Salud para monitorizar eventos adversos y devenir su ocurrencia.

A1. Alta rotación del personal en urgencias.

A2. Sobrecarga de pacientes para el personal de salud en turnos de fines de semana por alta demanda de usuarios.

A3. Posibles demandas de usuarios por la ocurrencia de eventos adversos que no fueron reportados.

Nota. Autoría Propia. Se describe resultados de matriz DOFA en Hospital el Buen Samaritano E.S.E. la Cruz..

Estrategias Fo (Fortaleza – Oportunidad)

- FO1: Definir un Plan de Capacitaciones del personal asistencial del servicio de urgencias enfocado en la Normatividad vigente del Ministerio de salud y Protección Social en relación con Seguridad del Paciente.
- FO2: Generar conciencia en el personal de salud del servicio de urgencias, mediante publicación de información en las instalaciones del servicio con herramientas educativas para prevenir eventos adversos e incidentes y la importancia de reportar mediante un formato específico.

Estrategias Do (Debilidad – Oportunidad)

- DO1: Diseñar e implementar metodología de notificación y análisis de eventos adversos, aprovechando la normativa vigente y la tecnología existente en el Hospital.

- DO2: Actualizar protocolos de prácticas seguras aplicables al Hospital con enfoque en gestión del riesgo y mejora continua y evaluar su adherencia por parte del personal de salud del servicio de urgencias.

Estrategias Fa (Fortaleza – Amenaza)

- FA1: Realizar análisis de atenciones realizadas en el servicio de urgencias en fines de semana, evaluando la cantidad de pacientes atendidos por profesionales de salud en el servicio y con base a resultados evaluar necesidad de incrementar el número de profesionales disponibles para el servicio con el fin de disminuir la sobrecarga y evitar fallas durante la atención.

- FA2: Incentivar al personal de salud en para la adherencia a prácticas seguras y realizar medición de misma a través de aplicación de listas de chequeo mediante rondas de seguridad continuas.

Estrategias Da (Debilidad – Amenaza)

- DA1: Fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante campañas y capacitación continua al personal en la importancia de reportar eventos adversos.

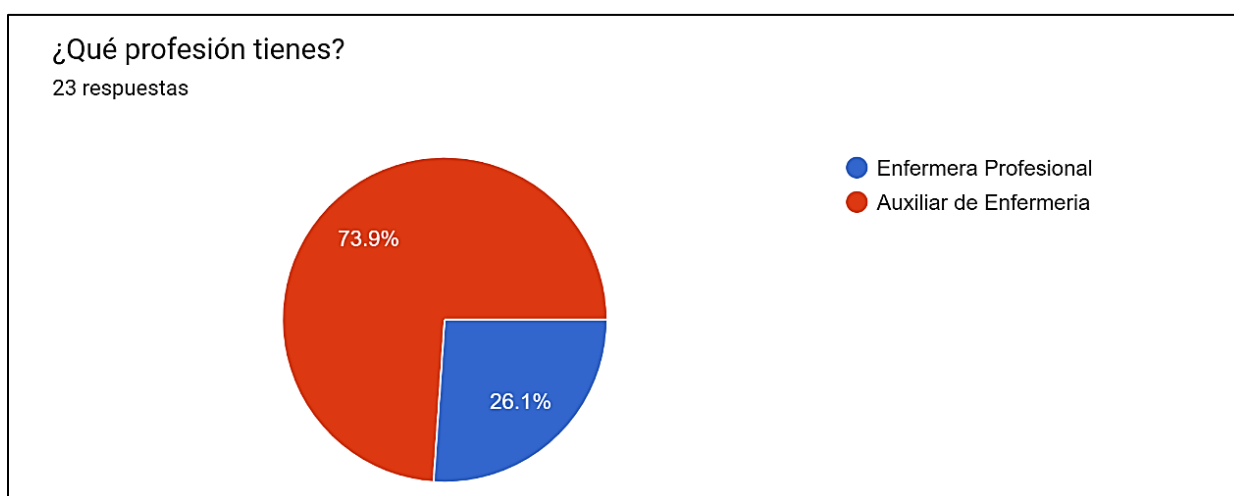
- DA2: Generar incentivos al personal de salud en relación con el nivel de adherencia a prácticas seguras y comunicación efectiva.

Análisis de Datos Encuesta Clima de Seguridad

A continuación, se detallan los resultados obtenidos de la aplicación de encuesta Inicial de clima de seguridad al personal de enfermería del Hospital el Buen Samaritano E.S.E La Cruz. La encuesta tuvo un total de 18 Preguntas aplicada a 23 colaboradores del área de enfermería del servicio de urgencias.

Figura 1

Pregunta N. 1.



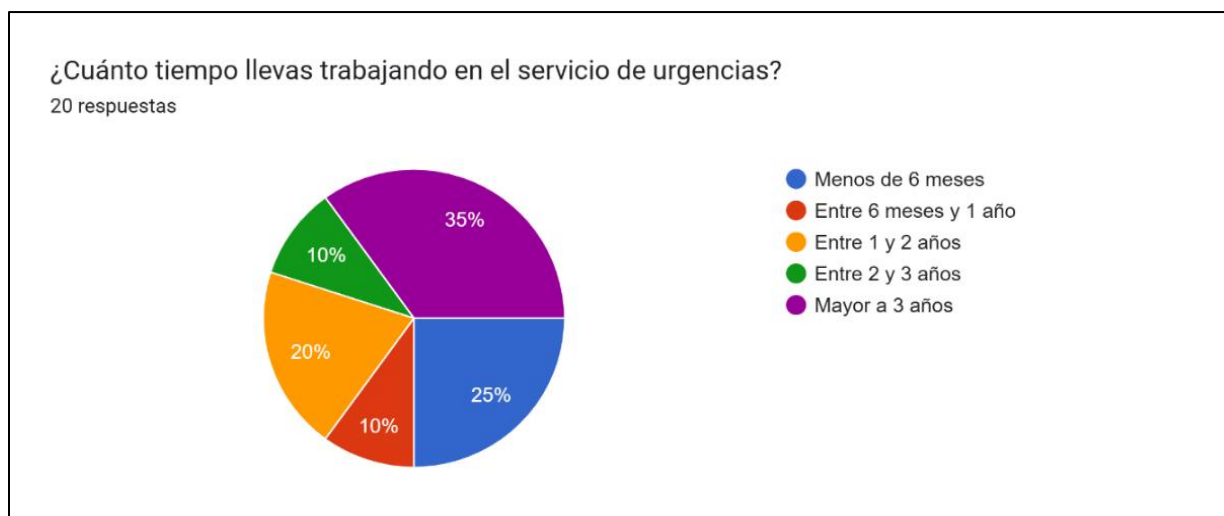
Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: La mayoría del personal encuestado son Auxiliares de Enfermería (73.91%), lo cual se considera un factor importante para comprender la perspectiva de los diferentes roles dentro del equipo de salud en relación con el reporte de eventos adversos.

Al respecto, se hace necesario reconocer que el mayor porcentaje de encuestados fueron auxiliares de enfermería lo cual genera la necesidad de generar entrenamientos específicos enfocados en conceptos y criterios que permitan que se comprenda a profundidad la importancia del reporte, particularmente para Auxiliares de Enfermería.

Figura 2

Pregunta N. 2



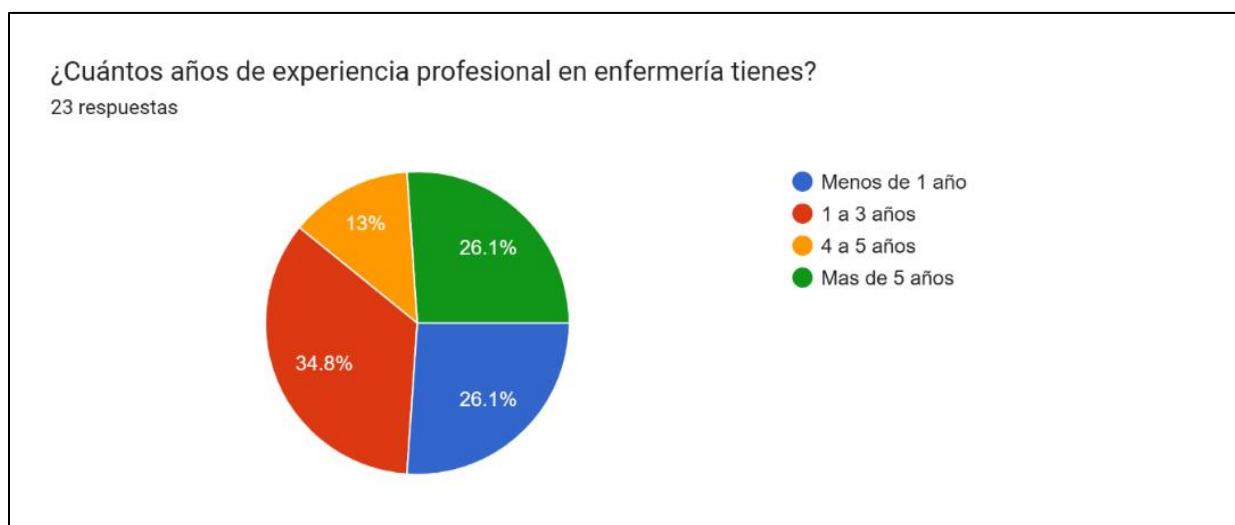
Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: La experiencia del personal varía significativamente, un 35% de los encuestados lleva más de 3 años trabajando en urgencias. La diversidad en los años de experiencia indica que existe personal con amplia experiencia y así mismo nuevos colaboradores que podrían necesitar más orientación y continua capacitación institucional sobre los procedimientos de reporte y cultura de seguridad como es el caso del 25% de la encuesta que llevan menos de 6 meses en el Hospital.

Para los colaboradores de enfermería que llevan laborando menos de un año, se podría realizar un programa de inducción centrado en el procedimiento de reporte de eventos adversos. Además, para los más experimentados, puede ser útil hacer sesiones de actualización para reforzar y ajustar sus conocimientos con los cambios recientes.

Figura 3

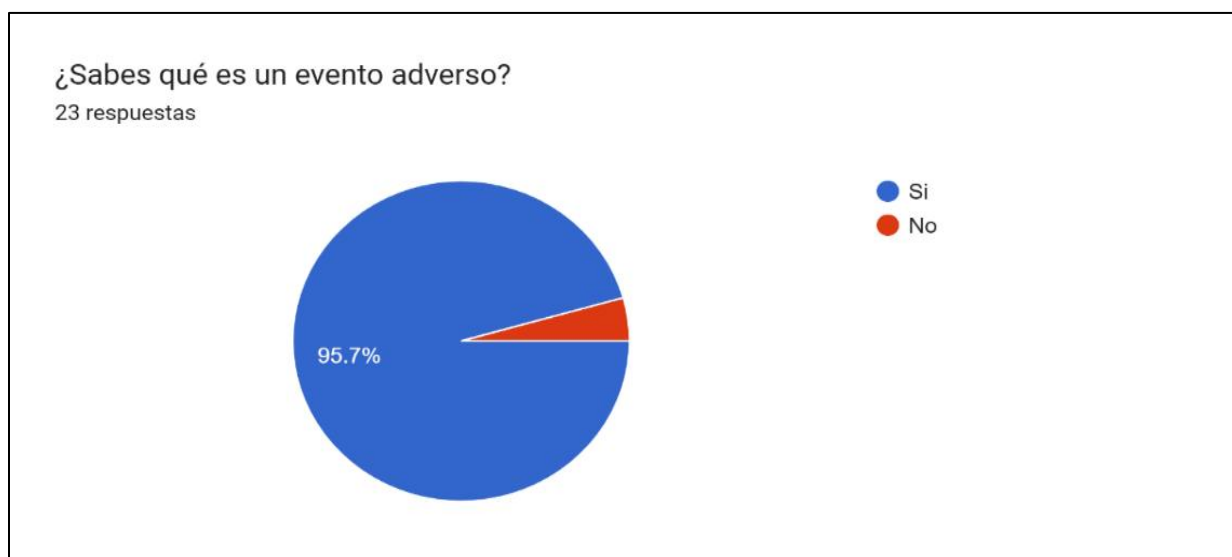
Pregunta N. 3



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: La distribución en la experiencia profesional muestra que la mayoría tiene entre 1 y 3 años de experiencia (34.78%) o menos de un año (26.09%). Esto refleja un equipo relativamente joven y en formación, lo que podría ser clave para diseñar estrategias de capacitación adecuadas.

Dado que más del 60% del personal tiene poca experiencia, el foco principal debe estar en la capacitación intensiva de estos colaboradores para asegurarse de que comprendan la importancia del reporte de eventos adversos y cómo llevarlo a cabo. Los colaboradores con más de 5 años de experiencia también deben recibir entrenamiento continuo y actualizaciones para asegurarse de que mantengan buenas prácticas de reporte. El proceso de inducción y reinducción en materia de seguridad del paciente debe ser fundamental para que los colaboradores según la experiencia que muestra los resultados se sientan acompañados por la institución.

Figura 4*Pregunta N. 4*

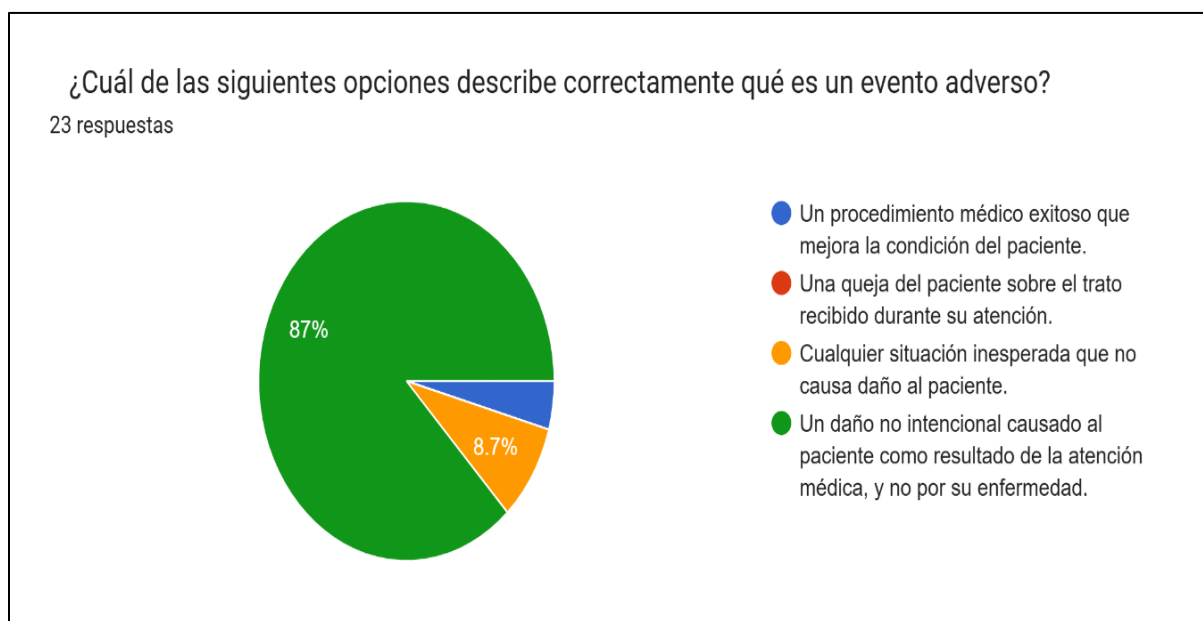
Nota. Autoría propia. El grafico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: El 95.65% del personal sabe lo que es un evento adverso, lo cual es excelente. Sin embargo, 4.35% no tiene claro qué es, lo que podría ser preocupante, ya que una mala comprensión sobre el concepto puede llevar a no identificar situaciones críticas.

Entre las actividades de fortalecimiento de la comprensión de este concepto se encuentran: Realizar una revisión periódica del concepto de evento adverso a través de talleres, material educativo y breves reuniones informativas y asegurarse de que todo el personal, incluso el que no está completamente familiarizado, reciba formación básica continua sobre el tema. Esto con el fin de afianzar el conocimiento de conceptos clave como lo es un evento adverso para ser mas oportunos y eficientes cuando se presenten atenciones inseguras en el servicio de urgencias de la institución.

Figura 5

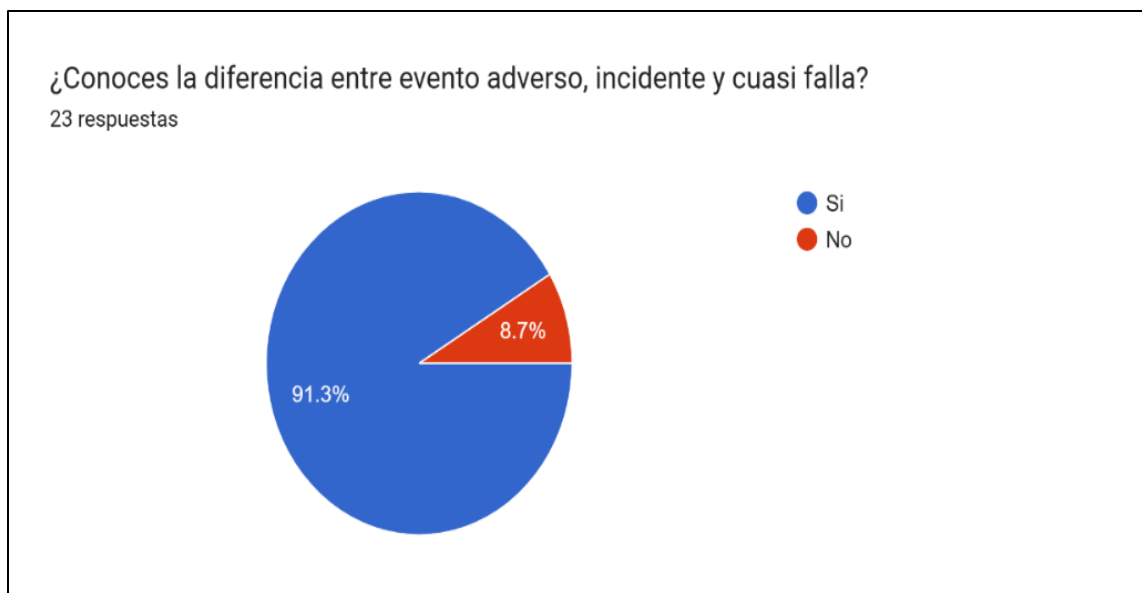
Pregunta N. 5



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: La mayoría del personal (86.96%) tiene la respuesta correcta, lo que demuestra claridad sobre el daño no intencional que se genera al paciente en una atención en salud, pero un 8.70% piensa que un evento adverso es una situación inesperada sin daño. Adicional tenemos un pequeño porcentaje (4.35%) lo vincula erróneamente con un procedimiento exitoso.

Para que el personal de enfermería tenga claridad sobre el concepto de evento adverso se pueden generar actividades relacionada con enfatizar, en los entrenamientos, las diferencias claras entre eventos adversos, incidentes y cuasi fallas y utilizar ejemplos prácticos que puedan ilustrar de manera más clara la diferencia entre un evento adverso real y otras situaciones inesperadas.

Figura 6*Pregunta N. 6*

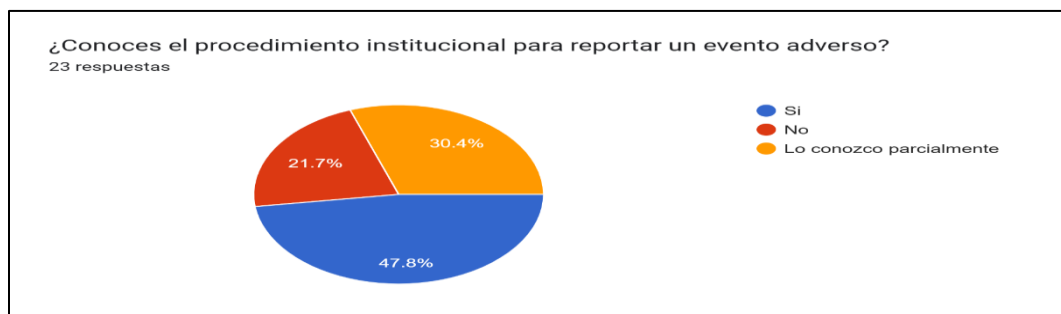
Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: El 91.30% tiene conocimiento de la diferencia entre los términos, lo cual es positivo. Sin embargo, un 8.70% no conoce la diferencia, lo que podría generar confusión durante el proceso de reporte, afectando directamente la data y estadísticas que podemos obtener del mismo.

Se debe reforzar la diferencia entre estos términos, especialmente en el contexto de eventos adversos, para ello es de vital importancia fortalecer el proceso de capacitar regularmente en estos términos al personal de salud, lo que puede ayudar a evitar malentendidos y mejorar la precisión en los reportes, lo cual ayuda a tener una sólida y confiable información para realizar cualquier tipo de análisis y mediciones que nos permitan estar en la continua mejora en materia de seguridad del paciente.

Figura 7

Pregunta N. 7

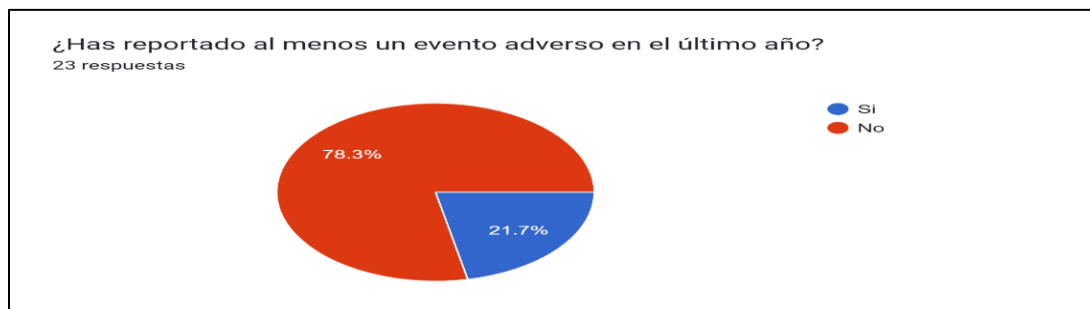


Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: Solo un 47.83% conoce completamente el procedimiento de reporte, lo que indica que más de la mitad del personal no tiene claridad total sobre cómo reportar un evento adverso. Es crucial simplificar y difundir el procedimiento. Para este fin, se pueden realizar sesiones de capacitación más interactivas y prácticas, y proporcionar material visual (infografías, videos cortos) que detallen claramente cada paso del procedimiento de reporte.

Figura 8

Pregunta N. 8



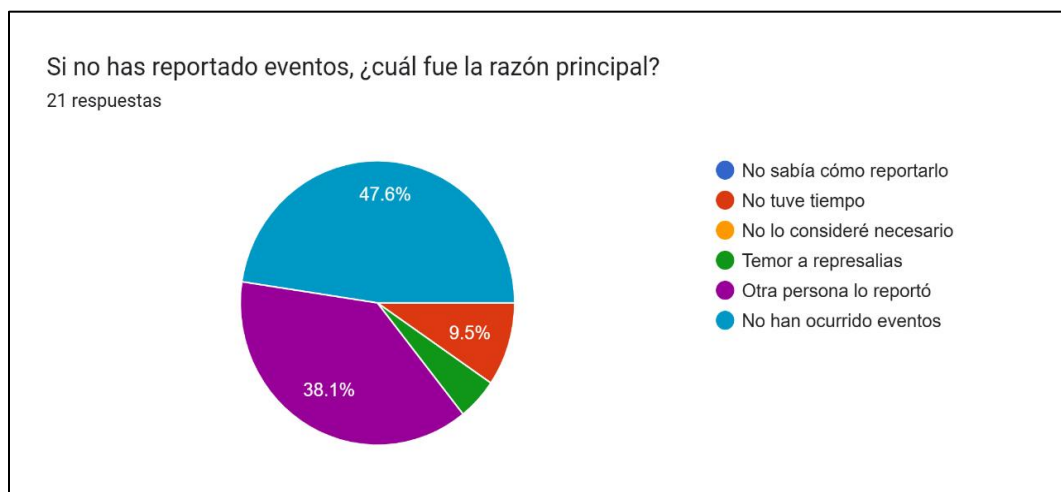
Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: Un 78.26% no ha reportado ningún evento adverso en el último año, lo cual es preocupante. Esto puede estar relacionado con varios factores como, el miedo a represalias, la falta de conocimiento en concepto de eventos adversos, falta de tiempo, o la percepción de que no es necesario reportar.

Ante esta situación, es importante crear un entorno que fomente el reporte regular, independientemente de la magnitud del evento. Incentivar el reporte de eventos menores o casi fallos puede ayudar a prevenir eventos mayores.

Figura 9

Pregunta N. 9.



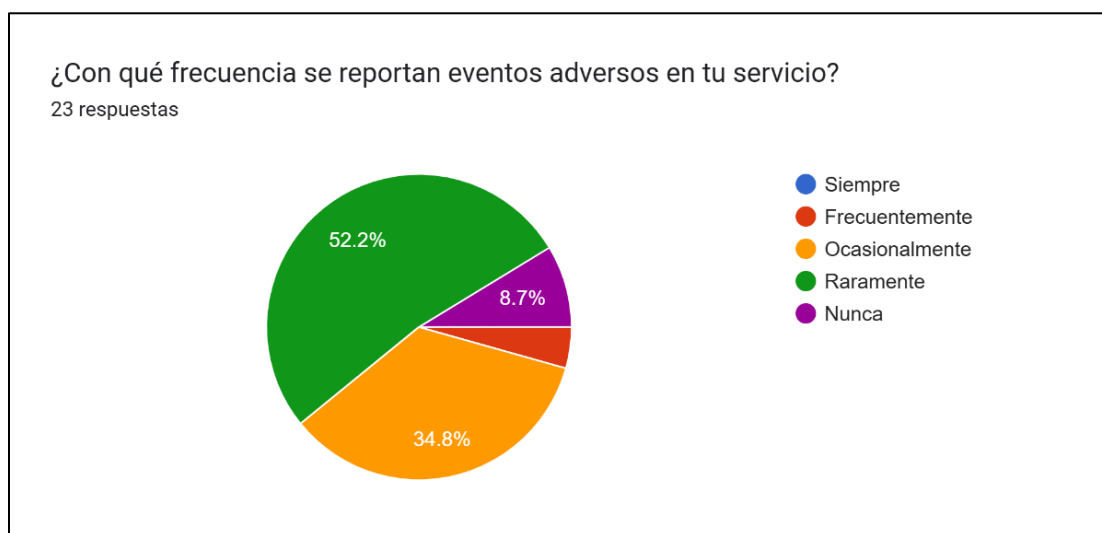
Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: El 47.62% indica que no han ocurrido eventos, lo cual es positivo, pero un 38.10% no reporta porque otra persona lo hizo, lo que podría ser una señal de que el personal de salud de enfermería no asume los eventos adversos como una problemática que afecta directamente al servicio y se toma como personal.

Promover la responsabilidad en el reporte, y asegurar que el personal de enfermería se sienta capacitados y cómodos al reportar eventos sin temor a represalias y asegurar que el proceso de reporte sea tan sencillo y rápido como sea posible para no interrumpir la rutina diaria, pueden ser estrategias importantes para fortalecer la cultura de reporte en el Hospital.

Figura 10

Pregunta N. 10.



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: La mayoría del personal reporta raramente (52.17%) eventos adversos, lo que sugiere que los eventos no se están reportando con la frecuencia que deberían teniendo en cuenta el servicio donde se lleva a cabo las actividades del personal objeto de estudio.

El fomento de la cultura de reporte frecuente es clave. Se puede implementar un sistema de reporte rápido y fácil, así como asegurar que todos los eventos, incluso los más pequeños, sean reportados y analizados.

Figura 11

Pregunta N. 11.



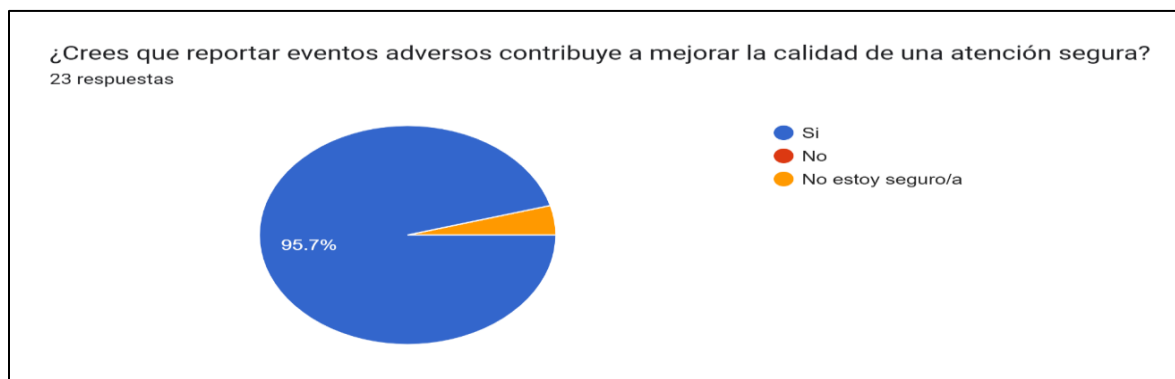
Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: La mayoría de los encuestados que representan un 82.6%, sienten que se promueve una cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias, pero un 17.39% no lo percibe completamente.

Fortalecer la cultura de seguridad promoviendo más iniciativas activas y visibilidad en torno a la seguridad del paciente, como charlas regulares, campañas de concientización y celebrando los eventos de seguridad como logros colectivos, pueden generar mayor participación del personal en relación con estrategias enfocadas a promover la seguridad del usuario y su familia durante la atención en el servicio de urgencias. Adicional a esto es importante la comunicación continua y el trabajo articulado con los líderes del servicio

Figura 12

Pregunta N. 12

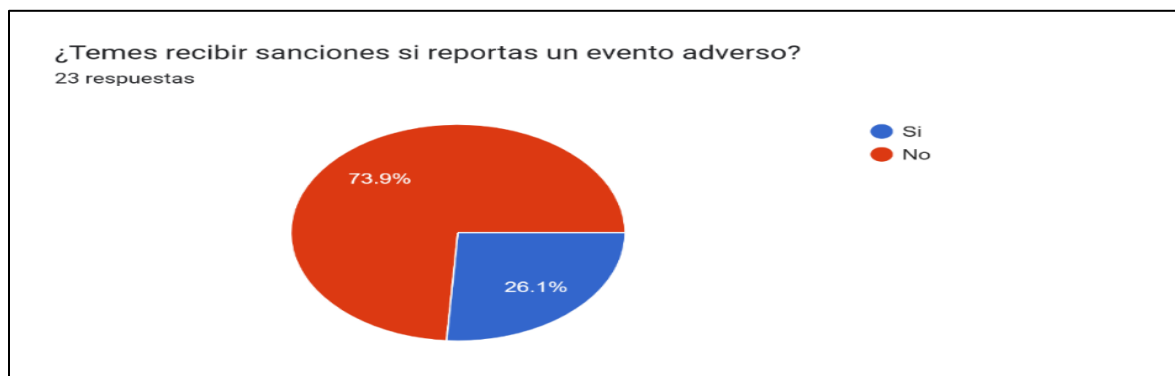


Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: La gran mayoría concentrada en un 95.7% está convencida de que el reporte de eventos adversos es clave para mejorar la atención segura. Sin embargo, un pequeño porcentaje asegura, no estar completamente seguro.

Figura 13

Pregunta N. 13



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: Un 26.09% siente que podría recibir sanciones por reportar eventos adversos, lo que indica que aún existe cierto temor a las represalias.

En este contexto, asegurarse de que haya un entorno seguro para reportar, garantizando anonimato y claridad en cuanto a que no habrá consecuencias negativas por hacer reportes, puede motivar al personal de enfermería a reportar posibles eventos e incidentes que se presenten en el servicio.

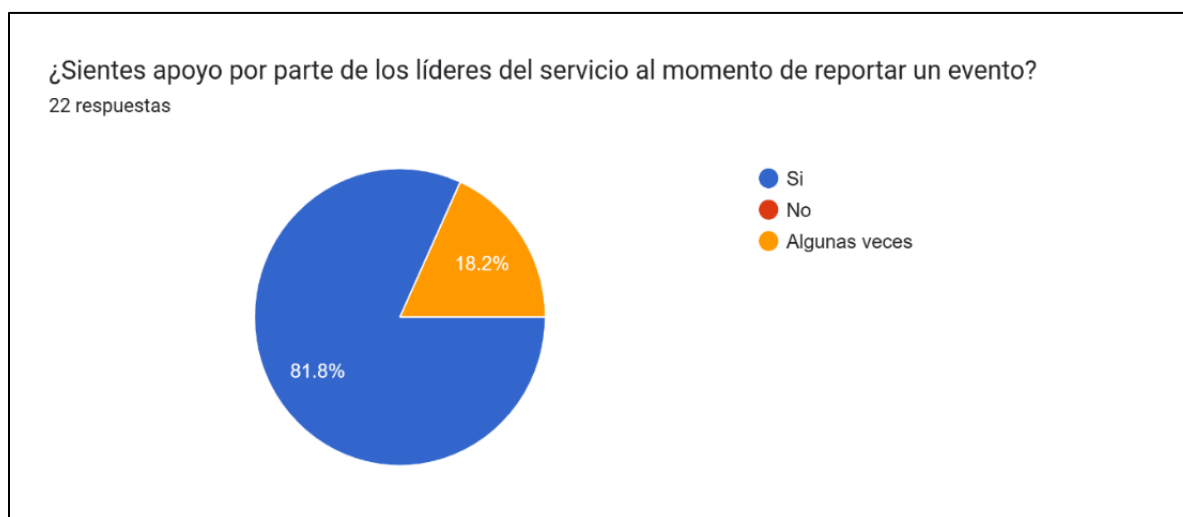
Figura 14

Pregunta N. 14



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: La mayoría confía en que los reportes mejoran procesos, pero un porcentaje significativo tiene dudas. Acciones como la transparencia total en los reportes y presentación de resultados visibles de cómo los eventos reportados contribuyen a la mejora continua, pueden concientizar al personal de salud en la importancia del reporte para la mejora continua del servicio y la prevención de riesgos.

Figura 15*Pregunta N. 15*

Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

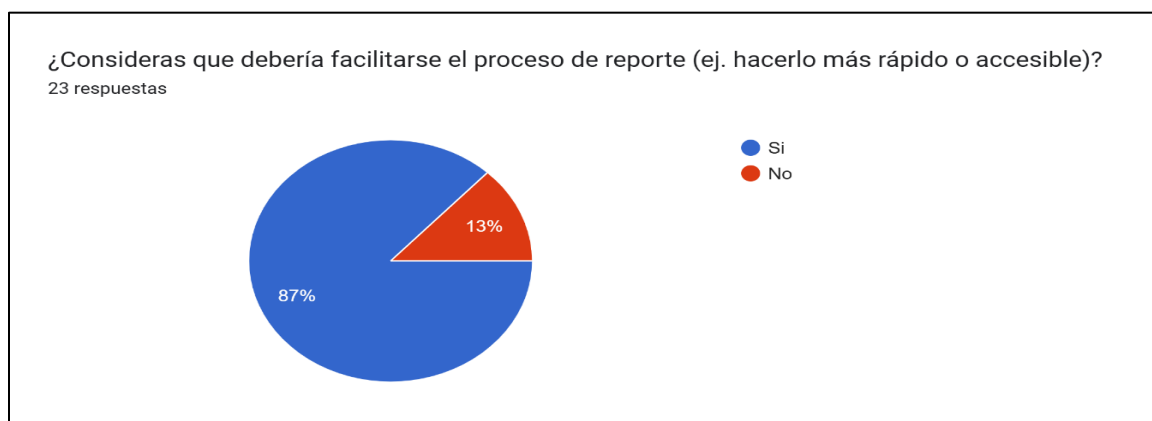
Análisis: La mayoría la cual representa al 81.8% refieren sentir apoyo por parte de los líderes del servicio de urgencias, pero un 18.18% siente que no siempre está respaldado. Aquí es de vital importancia y se hace muy necesario, aumentar la visibilidad del apoyo de los líderes, asegurando que siempre se refuerce la confianza en el proceso.

Para ello por parte de la institución se deberá mitigar por medio de capacitación en temáticas de liderazgo, habilidades de comunicación que permita que la información fluya de manera correcta a los colaboradores del servicio, resolución de conflictos y adaptabilidad, con el fin de que tanto el personal antiguo como nuevo se puedan articular en un trabajo en equipo y poder ajustarse a nuevas situaciones y desafíos que en el día a día se encuentran en el servicio de urgencias de la institución.

Figura 16*Pregunta N. 16*

Nota. Autoría propia. El grafico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: Con un porcentaje del 100%, la totalidad de los encuestados desean más capacitación sobre el tema. Es de suma importancia, implementar programas continuos de capacitación sobre eventos adversos, reportes y seguridad del paciente.

Figura 17*Pregunta N. 17*

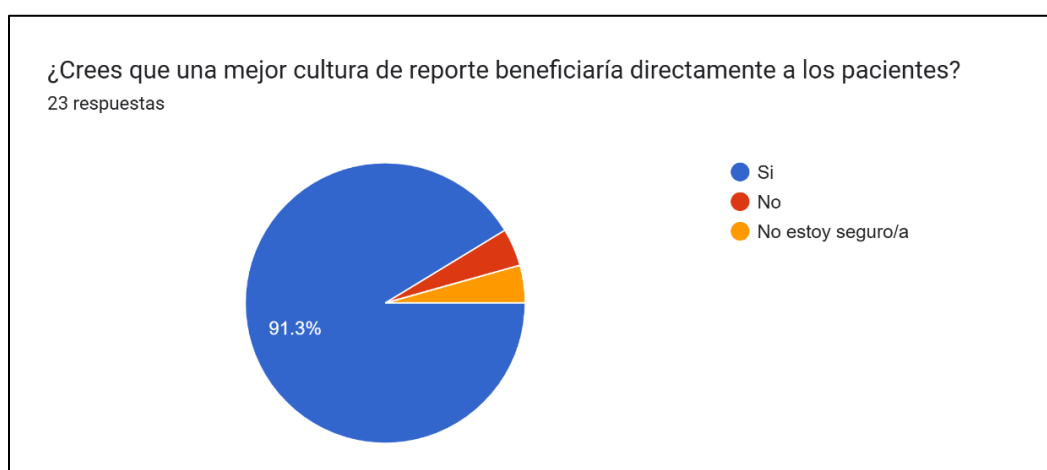
Nota. Autoría propia. El grafico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: Una gran mayoría cree que el proceso debe ser más accesible y rápido.

Simplificar y digitalizar el proceso de reporte, reduciendo pasos innecesarios y asegurando que esté disponible en plataformas fáciles de usar, puede ser una estrategia que facilite el proceso de reporte para el personal de enfermería del servicio de urgencias.

Figura 18

Pregunta N. 18



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta pre-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Análisis: La mayor parte de los colaboradores encuestados, representando un 91.3% cree firmemente que una mejor cultura de reporte beneficia directamente a los pacientes.

Al respecto, reforzar la relación entre el reporte y los beneficios tangibles para los pacientes, se considera necesario con el fin de concientizar cómo el reporte puede mejorar la calidad de atención de manera directa. Adicional a esto también es importante la concientización de que una atención segura también beneficia al personal de salud.

Tabla 3***Estrategias para implementar***

A continuación, se detallan las estrategias a desarrollar con actividades especificar a realizar, en coherencia con los objetivos planteados del estudio.

Objetivo	Estrategias	Actividades
Realizar análisis de la situación existente en relación con seguridad del paciente evaluando factores internos y externos.	Actualizar anualmente de la Matriz DOFA del servicio de urgencias y realizar seguimiento a estrategias establecidas	Definir actualización anual de Matriz DOFA para identificar contexto interno y externo del servicio Realizar seguimiento a estrategias establecidas como resultado del análisis DOFA
Implementar actividades de fortalecimiento de cultura de seguridad del paciente y reporte de eventos adversos e incidentes.	Capacitar continuamente al personal de salud del servicio de urgencias en lineamientos de seguridad del paciente y metodología de reporte de eventos adversos e incidentes.	Generar un cronograma de capacitación centrado en fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Incluir en el cronograma de capacitación la socialización del procedimiento de reporte de eventos adversos. Realizar una evaluación periódica del concepto de evento adverso que tiene el personal de salud a través de

talleres, material educativo y breves reuniones informativas para asegurar que el personal este familiarizado con el tema.

Incentivar el reporte de eventos adversos e incidentes concientizando en la importancia su importancia para prevenir situaciones complejas en los pacientes que generen en riesgo su salud.

Definir estrategias para fortalecer la cultura de seguridad del paciente con el fin de propender a brindar servicios oportunos seguros y pertinentes

Generar espacios de participación del personal de salud en de enfermería se sienta capacitados y cómodos al reportar eventos sin temor a represalias entregando una metodología de reporte sencilla y participativa.

Promover la responsabilidad en el reporte, y asegurar que el personal de enfermería se sienta capacitados y cómodos al reportar eventos sin temor a represalias entregando una metodología de reporte sencilla y participativa.

Fortalecer la cultura de seguridad promoviendo iniciativas activas en charlas regulares, campañas de concientización y celebrando los

eventos de seguridad como logros
colectivos

Nota. Autoría Propia. Se describe la proyección de estrategias para el fortalecimiento y cumplimiento de objetivos trazados.

Discusión

El análisis de resultados de aplicación de encuesta de clima de seguridad al personal de enfermería del servicio de urgencias evidencia factores críticos que afectan directamente la cultura de reporte de eventos adversos. Uno de los hallazgos más relevantes fue que la mayoría del personal encuestado correspondía al rol de auxiliar de enfermería (73.91%), lo cual sugiere que cualquier estrategia de mejora debe enfocarse prioritariamente en este grupo, ya que son quienes tienen mayor contacto directo con los pacientes. Sin embargo, los profesionales de enfermería pueden presentar limitaciones en cuanto al conocimiento técnico y acceso a herramientas de reporte, lo que refuerza la necesidad de capacitación diferenciada por rol.

En cuanto a la experiencia laboral, se observó que más del 60% del personal tenía menos de tres años de experiencia en el servicio, con un porcentaje considerable (26.09%) con menos de un año. Este dato pone de manifiesto la importancia de fortalecer los procesos de inducción y formación inicial, especialmente en lo relacionado con la identificación y reporte de eventos adversos. Al mismo tiempo, los colaboradores con mayor experiencia requerían sesiones de actualización para mantener una práctica segura y alineada con los protocolos vigentes. De igual manera aunque el 95.65% del personal conoce el concepto de evento adverso, aún persisten confusiones en la diferenciación entre eventos adversos, incidentes y cuasi fallas, lo cual podía afectar la calidad y frecuencia de los reportes. Esta situación plantea la necesidad de profundizar en la educación conceptual y utilizar ejemplos clínicos reales como herramienta pedagógica.

Uno de los hallazgos más preocupantes fue que solo el 47.83% conocía completamente el procedimiento institucional de reporte, lo que explica, en parte, que el 78.26% no haya reportado ningún evento en el último año. Este bajo nivel de reporte puede deberse también a factores como la percepción de que "otro ya lo reportó", la creencia de que el evento no era grave o el temor a sanciones. De hecho, un 26.09% manifestó temer recibir sanciones por reportar, lo cual indica que, aunque existe una percepción general positiva hacia la seguridad del paciente, todavía hay barreras culturales importantes por superar.

Adicionalmente, la frecuencia de reporte fue baja, con el 52.17% de los encuestados indicando que rara vez reporta, lo que refuerza la hipótesis de que no existe una cultura institucional sólida y consolidada en torno al reporte. A pesar de que la mayoría reconocía que reportar contribuye a mejorar la calidad y la seguridad de la atención, no todos se sienten respaldados, y un 18.18% manifestó no sentirse completamente apoyado por sus líderes.

En conclusión se puede afirmar que, todos los encuestados coinciden en la necesidad de recibir mayor capacitación en lineamientos de seguridad del paciente y en la importancia de simplificar el proceso de reporte, ya que muchos lo percibieron como poco accesible o lento. Esta percepción constituye una oportunidad clara para avanzar hacia la digitalización del reporte, con herramientas ágiles que faciliten la comunicación de eventos en tiempo real y sin burocracia innecesaria.

En conjunto, estos resultados revelan que, aunque existe una base conceptual y actitudinal favorable hacia el reporte de eventos adversos, aún persisten vacíos en conocimiento práctico, barreras culturales, temores institucionales y dificultades operativas que limitan la implementación efectiva del sistema de reporte. Por lo tanto, se hace indispensable fortalecer el liderazgo, la comunicación, la formación continua y el diseño de herramientas sencillas y

accesibles para fomentar una cultura de seguridad del paciente real y sostenible en el servicio de urgencias del Hospital.

Este contexto coincide con lo planteado por Reason 2010, quien destacó que las condiciones laborales, como por ejemplo el exceso de trabajo, la falta de capacitación del personal de salud y condiciones como la fatiga, pueden ser considerados como factores que determinan la ocurrencia de errores durante la atención en salud y por ende el incumplimiento de prácticas seguras. Dichas condiciones, continúan siendo vigentes y se reflejan en la presencia de fallas lo cual da a conocer una necesidad latente de fortalecer procesos asistenciales desde una perspectiva que se centre en el personal de salud

De igual manera los resultados de la aplicación de la encuesta son coherentes con lo señalado por Domínguez 2005, quién da a conocer que los errores en la atención se deben en gran medida a la falta de planificación y trabajo en equipo, de este modo fallas presentadas como la inadecuada identificación del paciente o caídas del paciente, responden a la falta de planificación y exigen de manera inmediata acciones correctivas desde la alta dirección en donde se tenga en cuenta la participación activa del personal en salud

El análisis desarrollado permitió identificar fortalezas en el servicio de urgencias, como la disponibilidad de infraestructura, equipos suficientes y talento humano capacitado y motivado; estos criterios son coherentes con lineamientos del Ministerio de salud y protección social quienes definen que la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales tecnológicos y humanos que deben interactuar de manera segura, sin embargo, las fortalezas identificadas, se contrastan con debilidades detectadas, lo cual da a conocer que disponer de recursos no garantiza la seguridad del paciente, sino que además se hace necesario disponer

procesos efectivos que promuevan la gestión del riesgo y la mejora continua para que realmente se cree una cultura de seguridad.

De igual manera, la aplicación de la encuesta y el análisis DOFA, refuerzan lo reportado por la revista de calidad asistencial de Elsevier, en la cual se destaca su utilidad para evaluar la cultura de seguridad del paciente, especialmente en el servicio de urgencias y con base a resultados obtenidos establecer acciones de mejora enfatizadas en actividades de mejora específicas a cumplir. Este enfoque de diagnóstico facilita que se prioricen acciones concretas de mejora que permitan mitigar eventos adversos y por ende fortalecer la atención en salud del servicio de urgencias.

Los resultados del estudio dan a conocer un llamado a Gerencia, para trabajar en el fortalecimiento de la planeación, seguimiento y control de acciones de mejora en el servicio de Urgencias del hospital enfocadas hacia la cultura de seguridad del paciente, para este fin, es fundamental hacer uso de herramientas como el ciclo PHVA como lo afirma con Knudsen et al. 2019, ya que esta metodología permitirá que las actividades de mejora sean más efectivas mediante un enfoque estructurado y cíclico basado en la evidencia.

Algunas limitaciones principales del estudio están relacionadas con el hecho de que la recolección de datos está basada en una encuesta de autopercepción a pesar de que es una encuesta validada a nivel internacional, los resultados pueden generar sesgos en relación con la información brindada por el personal de salud encuestado ya que estas las respuestas no pueden ser confiables en su totalidad, así mismo, el estudio se desarrolla en un único servicio lo cual puede limitar la generación de hallazgos en otro contexto. De esta manera para estudios posteriores se podría ampliar la muestra a otras instituciones o complementar el análisis en otros

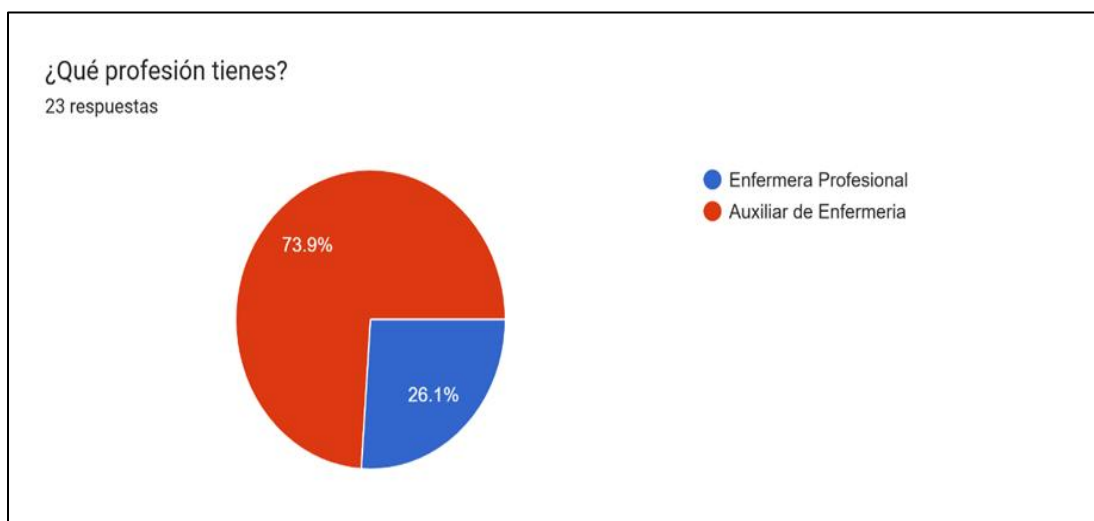
servicios del mismo Hospital, con el fin de validar percepciones del personal de salud y aprovechar posibles fortalezas para el establecimiento de estrategias de mejora que favorezcan la cultura de seguridad en el servicio.

Análisis de Encuesta Postest

A continuación, se detallan los resultados obtenidos de la aplicación de encuesta final una vez ejecutadas las actividades del plan de mejora como estrategias de fortalecimiento de la cultura de seguridad del personal de enfermería del Hospital el Buen Samaritano ESE La Cruz. La encuesta se mantuvo tuvo con un total de 18 Preguntas aplicada a 23 colaboradores del área de enfermería del servicio de urgencias.

Figura 19

Pregunta 1.

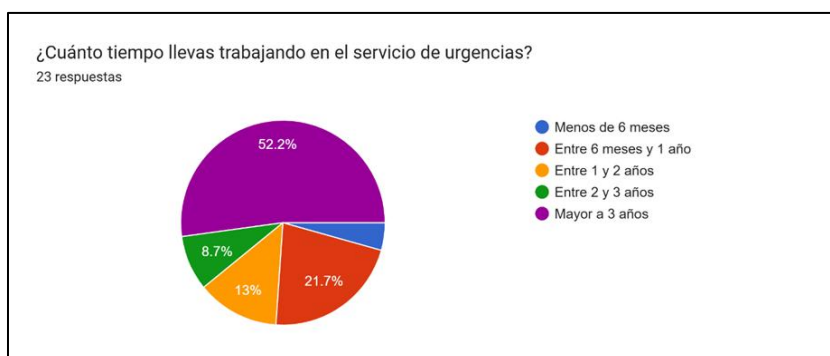


Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

La mayoría de los encuestados (73.9%) son auxiliares de enfermería, mientras que el 26.1% son enfermeros profesionales. Esto indica que el equipo de urgencias está conformado principalmente por personal auxiliar, lo cual puede influir en el enfoque operativo y formativo de la institución. Aquí es importante resaltar que el porcentaje que corresponde al equipo de enfermería profesional, es el personal que lidera los procesos en el servicio.

Figura 20

Pregunta 2.

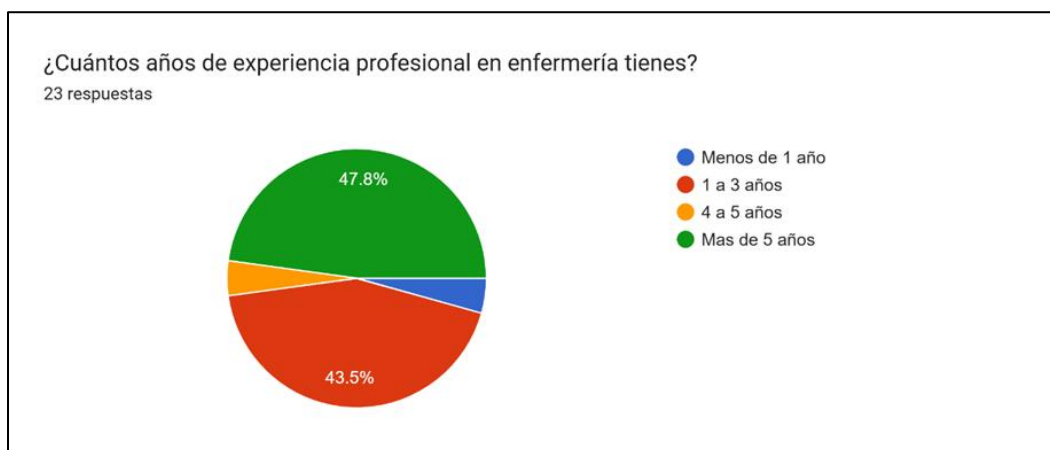


Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 52.2% del personal lleva más de 3 años trabajando en el servicio de urgencias, reflejando una alta experiencia en el área. Solo un 4.3% tiene menos de 6 meses, lo que indica una baja rotación de personal y un equipo con trayectoria consolidada.

Figura 21

Pregunta 3.

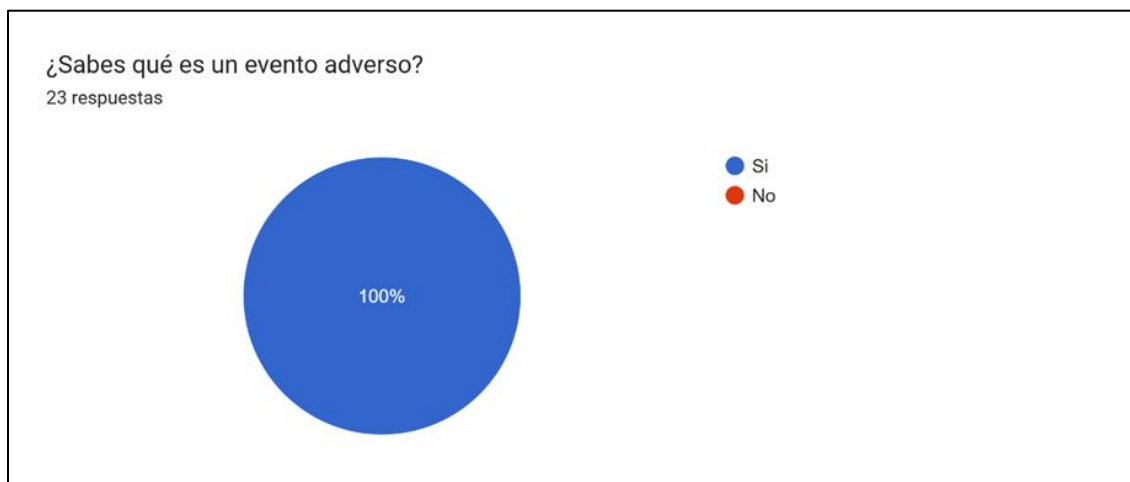


Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 47.8% del personal tiene más de 5 años de experiencia profesional en enfermería y el 43.5% entre 1 y 3 años. Esto evidencia un equipo con una base sólida de experiencia general en la profesión, lo que puede contribuir a una atención más segura y efectiva.

Figura 22

Pregunta 4.



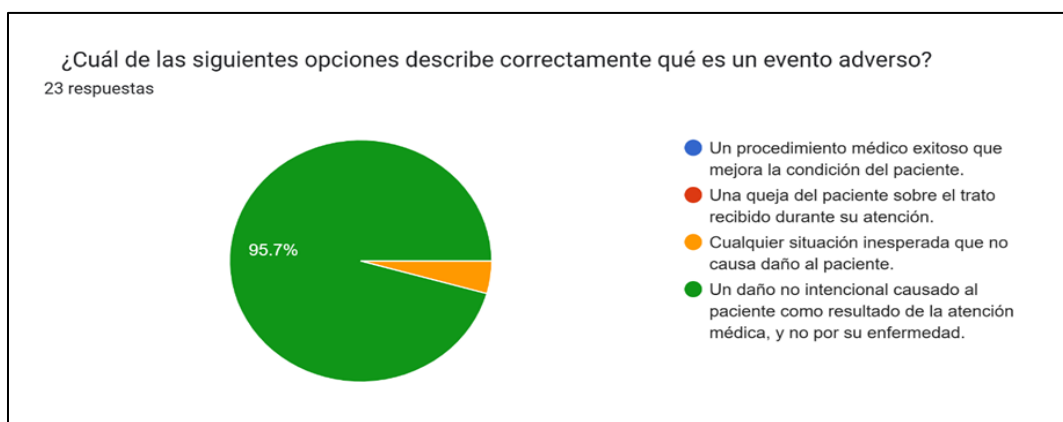
Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 100% de los participantes afirmaron saber qué es un evento adverso, lo cual demuestra un nivel adecuado de conocimiento básico sobre seguridad del paciente.

Es importante resaltar que las capacitaciones y talleres prácticos que se realizaron con el equipo de auxiliares de enfermería y enfermería profesional del servicio de urgencias, fueron enfocados precisamente para poder cumplir estos resultados que nos permiten avanzar en el desarrollo de una cultura de reporte de evento adverso, oportuno y eficaz, con el fin de brindar una atención segura a la población que consulta en el servicio de urgencias. Así mismo se espera que el liderazgo en el servicio se fortalezca con este tipo de espacios y nos permita una mejora continua.

Figura 23

Pregunta 5.



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 95.7% identificó correctamente la definición de evento adverso como un daño no intencional causado por la atención médica. Esto reafirma el conocimiento teórico del personal sobre el concepto, aunque un pequeño grupo (4.3%) aún tiene una idea equivocada.

Figura 24

Pregunta 6.



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 95.7% de los encuestados manifestó conocer la diferencia entre evento adverso, incidente y cuasi falla, lo que representa una comprensión adecuada de las categorías en seguridad del paciente.

Figura 25

Pregunta 7.

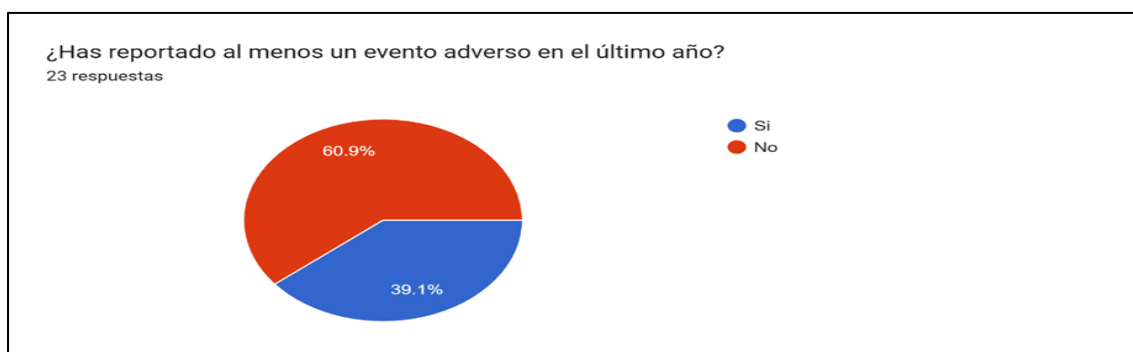


Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 87% del personal afirma conocer el procedimiento institucional para reportar eventos adversos, evidenciando una notable mejora posterior a las jornadas de capacitación y socialización del procedimiento que se llevó a cabo. Sin embargo, un 8.7% refieren conocerlo parcialmente, indica la necesidad de reforzar la socialización del procedimiento. Aquí es importante direccionar la atención de manera prioritaria al personal que representa el 4,3%, los cuales refirieron no conocer el procedimiento de reporte, dado que es fundamental que el 100% de los colaboradores que ejecutan actividades en el servicio de urgencias deben tener el conocimiento de este.

Figura 26

Pregunta 8.

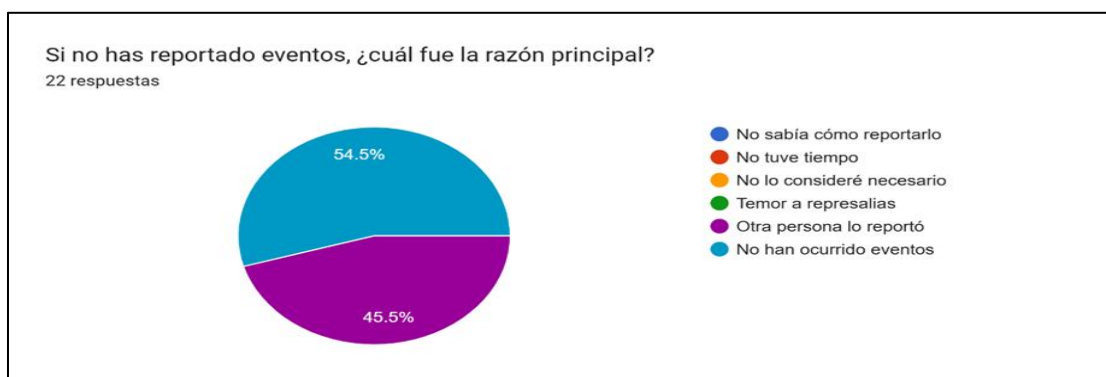


Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Solo el 39.1% ha reportado al menos un evento adverso en el último año. Esto sugiere una posible sub notificación, pese a que el conocimiento del procedimiento es alto. Es importante tener en cuenta de igual forma, el proceso que se ha realizado en este trimestre y que esperamos se mire reflejado en posteriores eventos.

Figura 27

Pregunta 9.



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

La principal razón para no reportar eventos es que 'no han ocurrido eventos' (54.5%), seguido por 'otra persona lo reportó' (45.5%). Esto puede reflejar una percepción de baja ocurrencia o una delegación informal de la responsabilidad de reportar.

Figura 28

Pregunta 10.



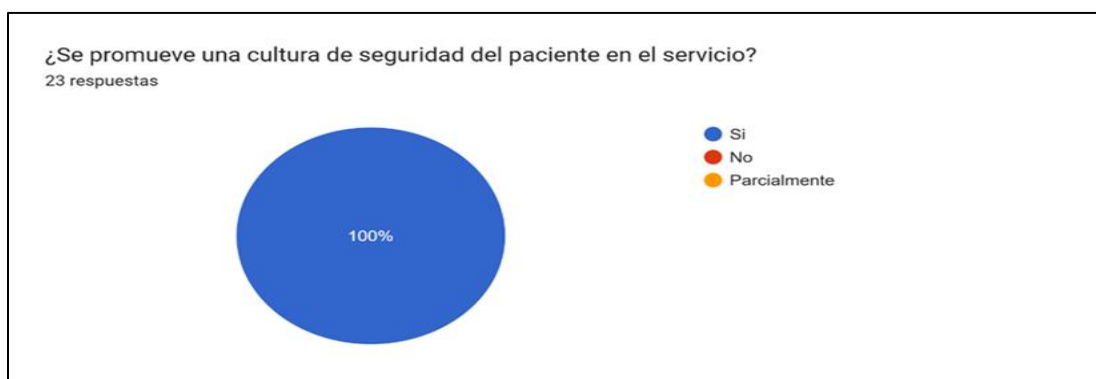
Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

La frecuencia de reporte de eventos adversos es baja: solo el 26.1% reporta siempre, mientras que el 34.8% lo hace ocasional o raramente. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer la cultura del reporte dentro del servicio.

Adicional a esto es importante hacer seguimiento continuo de la frecuencia con la que se está reportando los eventos, esto con el fin de tener más información para el fortalecimiento de la cultura del reporte. Así mismo aquí también se hace necesario resaltar que esto nos ayuda a tener una data robusta lo cual es importante para realizar diversos análisis de procesos y procedimientos.

Figura 29

Pregunta 11.



Nota. Autoría propia. El grafico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 100% de los encuestados considera que en el servicio se promueve una cultura de seguridad del paciente. Este resultado es altamente positivo y refleja el compromiso institucional con la seguridad.

Figura 30

Pregunta 12.

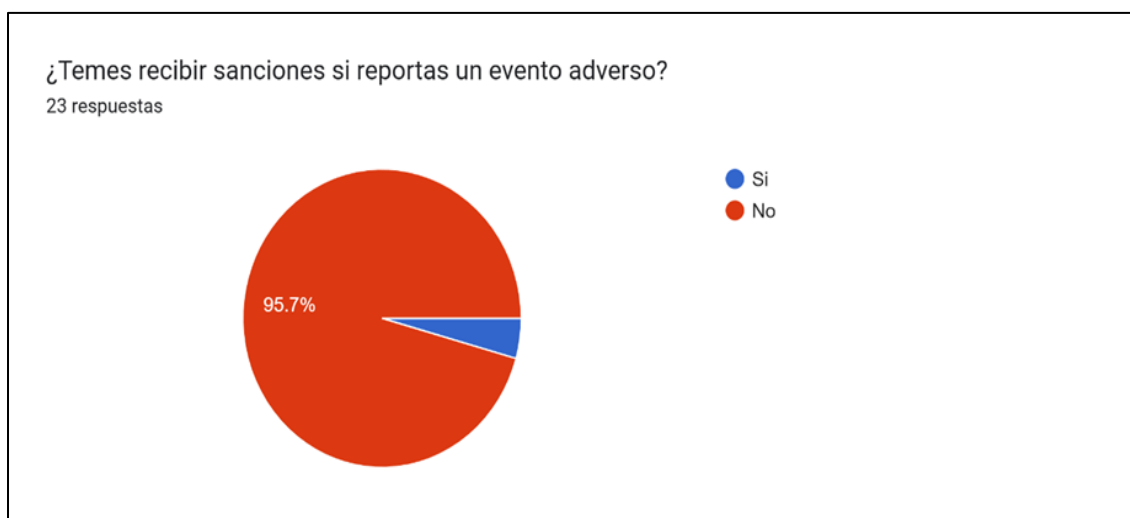


Nota. Autoría propia. El grafico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

Todos los participantes consideran que reportar eventos adversos contribuye a mejorar la calidad de la atención segura, lo que demuestra un nivel elevado de conciencia sobre la importancia del reporte y como ayuda a mitigar los errores no intencionales que se puedan cometer en el servicio de urgencias

Figura 31

Pregunta 13.



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 95.7% de los encuestados afirmó que no teme recibir sanciones por reportar un evento adverso. Este es un indicador clave de un entorno seguro y de confianza para el personal asistencial, el cual debe ser de completo conocimiento de la parte directiva y administrativa de la institución.

Adicional a esto, también es fundamental seguir entregando un mensaje empático, no punitivo a todos los colaboradores relacionado con el reporte de evento adverso.

Figura 32

Pregunta 14.



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 100% de los encuestados confía en que los reportes de eventos adversos se utilizan para mejorar procesos y no para buscar culpables, lo cual favorece una cultura justa dentro del equipo de salud.

Figura 33

Pregunta 15.



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 95.7% de los encuestados afirma sentir apoyo por parte de los líderes del servicio al momento de reportar eventos. Este resultado destaca un liderazgo comprometido con la seguridad del paciente por parte de las coordinaciones que se han designado en el área por parte de la directiva de la institución.

Figura 34

Pregunta 16.



Nota. Autoría propia. El gráfico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 100% del personal encuestado del servicio de urgencias desea recibir más capacitación sobre eventos adversos y su reporte. Este hallazgo resalta una oportunidad clave para fortalecer conocimientos y habilidades del equipo asistencial, lo cual es crucial para la continua mejora de la cultura de reporte de evento adverso. Y así también denota el compromiso y disposición que tiene el equipo colaborador del servicio en continuar mejorando en términos de conocimientos relacionados a seguridad del paciente.

Figura 35

Pregunta 17.

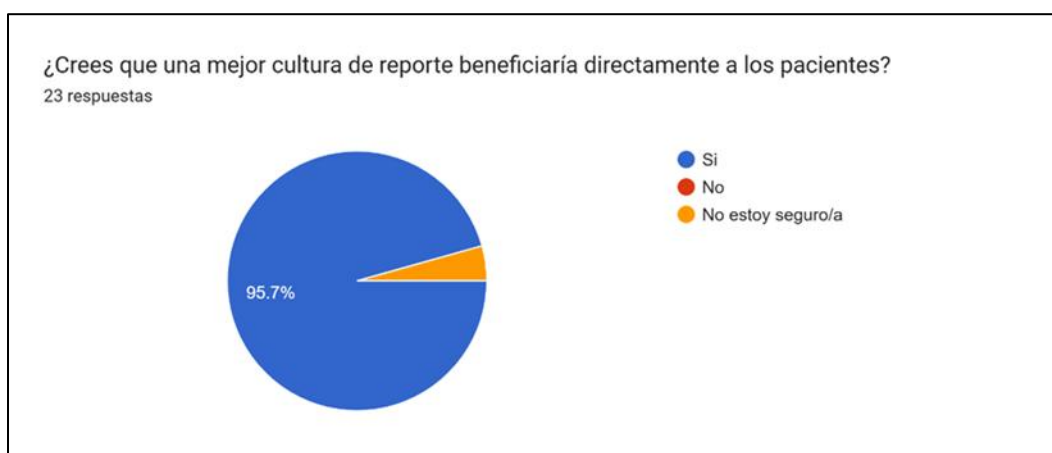


Nota. Autoría propia. El grafico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 87% de los encuestados considera que debería facilitarse el proceso de reporte, lo que sugiere oportunidades de mejora en accesibilidad, simplicidad o tiempos del procedimiento institucional.

Figura 36

Pregunta 18.



Nota. Autoría propia. El grafico representa las respuestas encontradas en la aplicación de la encuesta post-clima de seguridad, con la herramienta de Google Forms.

El 95.7% cree que una mejor cultura de reporte beneficiaría directamente a los pacientes, consolidando la percepción de que reportar es una herramienta clave para la seguridad clínica.

Así mismo se seguirá concientizando al personal que el reporte de evento adverso también es importante en el cuidado del personal de salud.

Comparativo Encuesta Pre y Post Clima de Seguridad

Tabla 4

Análisis Pre y Post aplicación de encuesta

Pregunta	Resultado Encuesta Inicial	Resultado Encuesta Final	Comparación / Mejora
¿Sabes qué es un evento adverso?	Inicial: 95.65% respondió que sí.	Final: 100% respondió que sí.	Mejora del 4.35%, reflejando una mejor comprensión conceptual.
¿Identificas correctamente qué es un evento adverso?	Inicial: 86.96% respondió correctamente.	Final: 95.7% respondió correctamente.	Mejora del 8.74%, mostrando fortalecimiento en claridad del concepto.
¿Conoces la diferencia entre evento adverso, incidente y cuasi falla?	Inicial: 91.3% respondió que sí.	Final: 95.7% respondió que sí.	Incremento del 4.4% en conocimiento técnico.
¿Conoces el procedimiento institucional para	Inicial: 47.83% lo conocía completamente.	Final: 87% lo conoce completamente.	Aumento significativo del 39.17% en

reportar un evento adverso?				conocimiento del procedimiento.
¿Has reportado algún evento adverso en el último año?	Inicial: 21.74% respondió que sí.	Final: 39.1% respondió que sí.	Incremento del 17.36%, aunque persiste la sub notificación.	
¿Con qué frecuencia se reportan eventos adversos en tu servicio?	Inicial: 52.17% respondió que rara vez se reporta.	Final: 26.1% reporta siempre, y 69.6% ocasionalmente o raramente.	Se evidencia mejoría, pero aún falta reforzar frecuencia de reporte.	
¿Se promueve una cultura de seguridad del paciente en el servicio?	Inicial: 82.61% respondió que sí.	Final: 100% respondió que sí.	Mejora del 17.39%, reflejando percepción institucional positiva.	
¿Temes recibir sanciones si reportas un evento adverso?	Inicial: 26.09% respondió que sí.	Final: 4.3% respondió que sí.	Reducción del temor en un 21.79%, indicando avance en cultura no punitiva.	
¿Confías en que los reportes se usan	Inicial: 82.6% respondió que sí.	Final: 100% respondió que sí.	Incremento del 17.4% en confianza	

para mejorar procesos?			sobre el uso de los reportes.
¿Te gustaría recibir más capacitación sobre eventos adversos?	Inicial: 100% respondió que sí.	Final: 100% respondió que sí.	Constancia en el interés por la capacitación.

Nota. Autoría Propia. Se describe el análisis realizado teniendo como base el pre test de clima de seguridad que se realizó y también el pos test realizado a partir de las capacitaciones aplicadas al personal.

El análisis comparativo entre la encuesta inicial y la encuesta post intervención evidencia avances significativos en aspectos clave de la cultura de seguridad del paciente, especialmente en el conocimiento sobre el reporte de eventos adversos, la comprensión conceptual, la disminución del temor a sanciones y la percepción del entorno institucional. Si bien se registran mejoras importantes, persiste la necesidad de fortalecer la frecuencia del reporte y continuar promoviendo espacios de capacitación y apoyo al personal. La implementación de las estrategias diseñadas tuvo un impacto positivo medible en los indicadores clave, lo cual respalda la continuidad del plan de mejora en el servicio de urgencias.

Además, el porcentaje de personal que ha reportado eventos adversos aumentó, al tiempo que se redujo notablemente el temor a recibir sanciones, lo cual evidencia que el ambiente laboral se está transformando en uno más seguro, colaborativo y orientado al aprendizaje. La percepción de apoyo por parte de los líderes también mejoró, consolidando una estructura de respaldo esencial para sostener la cultura de reporte.

El 100% de los encuestados considera que en el servicio se promueve una cultura de seguridad, y todos reconocen que el reporte de eventos adversos contribuye a mejorar la calidad

en la atención. Estas cifras reflejan un cambio de mentalidad que solo fue posible gracias a las acciones sistemáticas implementadas.

En conjunto, los resultados obtenidos permiten concluir que las estrategias planteadas y ejecutadas no solo fueron pertinentes, sino que también generaron un impacto positivo y medible en la cultura de seguridad del paciente. La experiencia evidencia que invertir en procesos de capacitación, comunicación efectiva y liderazgo participativo es clave para transformar comportamientos y garantizar una atención más segura, humana y de calidad.

Conclusiones

El análisis cuantitativo realizado mediante la encuesta HSOPSC permitió identificar que, si bien existen fortalezas institucionales como el personal suficiente, la infraestructura adecuada y la disponibilidad de equipos, es necesario la gestión de procesos enfatizada en crear una cultura de seguridad.

El uso de herramientas como la matriz DOFA permitió transformar el diagnóstico en estrategias concretas, enfocadas en fortalecer la gestión del riesgo, mejorar la comunicación interna y establecer barreras efectivas para prevenir eventos adversos.

El fortalecimiento de la cultura de seguridad logrará la reducción de fallas durante la atención en salud, esta, debe ser encaminada en crear conciencia sobre la importancia de prevenir riesgos durante la atención en salud y por ende propender hacia un servicio de salud con criterios de calidad, oportunidad, seguridad y pertinencia.

La implementación continua de estrategias enfocadas en el fortalecimiento de la cultura de seguridad tendrá un impacto significativo a largo plazo en el servicio de urgencias del Hospital el Buen Samaritano municipio La Cruz Nariño, se espera una reducción continua en la ocurrencia de eventos adversos, de igual manera una cultura fuerte de reporte y adopción de prácticas seguras estandarizadas a nivel institucional.

Es importante que desde Gerencia, en trabajo articulado con talento humano se realicen actividades para concientizar de manera continua al personal de salud, promoviendo un entorno laboral más colaborativo con mayor conciencia sobre el riesgo y aprendizaje a partir de los errores.

Se logro identificar que aunque exista conocimiento teórico sobre conceptos de eventos adversos e incidentes, es de suma importancia generar medición de adherencia a los mismos que permita evidenciar su practica en el entorno de la prestación de los servicios de salud.

El análisis comparativo entre los resultados de la encuesta inicial y la encuesta post intervención evidencia mejoras sustanciales en múltiples dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital el Buen Samaritano ESE La Cruz. Las estrategias diseñadas en el plan de mejora, centradas en la capacitación continua, la sensibilización del personal y la simplificación del proceso de reporte, demostraron ser efectivas para optimizar la cultura institucional. Esto se ve reflejado en el incremento del conocimiento sobre los conceptos fundamentales de eventos adversos, en la mayor comprensión de las diferencias entre eventos, incidentes y cuasi fallas, y en el aumento significativo del número de colaboradores que conocen el procedimiento institucional de reporte.

Recomendaciones

Capacitar al personal de salud del servicio de urgencias en prácticas seguras, tomando como base los lineamientos del Ministerio de e Salud y Protección Social haciendo uso de ejemplos prácticos.

Fomentar espacios de análisis de eventos adversos, como comité de seguridad del paciente o reuniones de análisis de casos, con un enfoque no punitivo, que permitan aprender de los errores y construir estrategias colectivas de mejora.

Ampliar el estudio de clima de seguridad con otros servicios del hospital o extenderse a otras instituciones para identificar posibles barreras que pueden estar afectando la seguridad del paciente y según resultados establecer estrategias integrales a nivel institucional.

Generar infografía o videos institucionales que permitan que el personal de salud comprenda de una manera clara y sencilla la metodología de reporte de eventos adversos y su importancia para la prevención de riesgos para el paciente y su familia


Referencias Bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (s. f.). Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Domínguez, D. (2005). Calidad de la atención médica, errores médicos y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(3), 1–9.
- Flórez, F., López, L., & Bernal, C. (2022). Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 42(1), 184–195
- Haw, R., Heywood, R., Lowndes, C. M., & Wilson, B. (2021). The impact of accreditation on the quality of hospital care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06465-2>
- Knudsen, S. V., Laursen, H. V. B., Johnsen, S. P., Bartels, P., Brødsgaard, A., & Mainz, J. (2019). Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of the quality improvement literature in health care. *BMJ Open*, 9(8), e028931. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028931>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019). Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%203100%20de%202019.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Seguridad del paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Reason, J. (2010). *Human error*. Cambridge University Press.

Apéndices

Apéndice A

Cronograma de Capacitación Seguridad del Paciente

	PROCESO DE GESTIÓN RECURSOS HUMANOS		
	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025		
	Código: PL-GRH-001	Versión: 1	Página: 1 de 1

TEMAS PROGRAMADOS	OBJETIVO ESPERADO	FACILITADOR	EQUIPO DE TRABAJO	LUGAR	TIEMPO	COSTO	FECHA PROGRAMADA	EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN	METODOLOGÍA DE LA EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA
Eventos adversos en urgencias: Definición, consecuencias y marco normativo	Fortalecimiento de competencias asistenciales estandarización de Procesos	LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO ESE	Presencial	60min	\$ -	2025-06-05	2025-06-05	Socialización presencial	Evaluación participativa
Barreras para el reporte y cómo superarlas	Fortalecimiento de competencias asistenciales estandarización de Procesos	PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL	HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO ESE	Presencial	60min	\$ -	2025-06-12	2025-06-12	Socialización presencial	Taller formativo
Importancia de reportar eventos adversos a tiempo	Fortalecimiento de competencias asistenciales	SEGURIDAD DEL PACIENTE - ETICA MEDICA	HOSPITAL EL BUEN	Presencial	60min	\$ -	2025-06-19	2025-06-19	Socialización presencial	Taller práctico evaluativo

	estandarización de Procesos		SAMARITANO ESE							
Fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en Urgencias: Reporte de Eventos Adversos, Prácticas Seguras y Comunicación Efectiva	Promover en el personal del servicio de urgencias una cultura sólida de seguridad del paciente mediante la apropiación de prácticas seguras, el fortalecimiento del reporte oportuno y transparente y comunicación efectiva en el personal	JEFE DE ENFERMERIA - PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL	HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO ESE	Presencial	120min	\$ -	2025-06-26	2025-06-26	Socialización presencial	Taller formativo
Aspectos legales y protección al reportar eventos adversos	Brindar al personal de salud conocimientos claros sobre el marco legal que respalda el reporte de eventos adversos y los mecanismos de protección existentes, con el fin de reducir el temor a represalias y fomentar una cultura institucional de aprendizaje y mejora	ABOGADO ESPECIALIZADO EN DERECHO SANITARIO	HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO ESE	Presencial	60min	\$ -	2025-07-03	2025-07-03	Socialización presencial	Evaluación participativa
Procedimiento institucional para el reporte de eventos	Capacitar al personal asistencial en el reporte de eventos adversos,	COORDINADOR DE CALIDAD COORINACION	HOSPITAL EL BUEN	Presencial	60min	\$ -	2025-07-10	2025-07-10	Socialización presencial	Taller formativo

adversos, etapas del proceso y uso de herramientas digitales para el reporte	comprendiendo cada etapa del proceso y correcto uso de herramientas digitales disponibles, con el fin de garantizar un reporte ágil, seguro y efectivo	SISTEMAS DE INFORMACION	SAMARITANO ESE							
Prevención de errores comunes en urgencias: Normas y buenas prácticas	Capacitar al personal del servicio de urgencias en la identificación, prevención y manejo de errores comunes en la atención, mediante el conocimiento de protocolos institucionales y practicas seguras	LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO ESE	Presencial	120min	\$ -	2025-07-17	2025-07-17	Socialización presencial	Evaluación de desempeño

Apéndice B*Formato Reporte de Eventos Adversos*

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Tipo de documento: RC ___ TI ___ CC ___ CE ___		Número de identificación:	
Edad:		Género:	Masculino: Femenino:
Seguridad Social:	Vinculación:	Subs:	Cont: EPS:
Dirección:		Barrio:	
Teléfono:		Ocupación:	
IDENTIFICACIÓN DEL SUCESO			
Fecha de ocurrencia o identificación del suceso: DIA: MES: AÑO:		Hora de ocurrencia o identificación del suceso:	
Servicio que reporta:		Servicio donde ocurrió:	
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO			
ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS			
CORRECCIÓN INMEDIATA DEL EVENTO O SUCESO (SI SE PRESENTA)			

INFORMACIÓN DE QUIÉN REPORTA					
Nombre de quién identifica y reporta:					
Fecha del reporte:					
CLASIFICACIÓN DEL HECHO					
EVENTO ADVERSO:		INCIDENTE:		REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO Y/O INCIDENTE CON DISPOSITIVO MÉDICO:	

Apéndice C

Registro Fotográfico Capacitaciones



Apéndice D

Acceso a los Anexos y Evidencias del Proyecto

DRIVE