

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA**



**Percepción del Personal Sanitario en Cultura de Seguridad del Paciente del Centro de  
Atención de Emergencias San Martín**

**Presentado por:**

**DR. DAVID EDUARDO ALAS MATE**

**DRA. ANA ROSIBEL HERNÁNDEZ CASTILLO**

**Para optar al grado de:**

**MAESTRO (A) EN GESTIÓN HOSPITALARIA**

**Asesor:**

**DRA. M.S.P. CECILIA CAROLINA RODRÍGUEZ DE MORAN**

**Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, 11 noviembre de 2024**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD**

**RECTOR**

**M.Sc. Juan Rosa Quintanilla**

**VICERRECTORA ACADÉMICA**

**Dra. Evelyn Beatriz Farfán**

**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**M.Sc. Roger Arias**

**SECRETARIO GENERAL**

**Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD**

**DECANO**

**Dr. Saúl Díaz Peña**

**VICEDECANO**

**Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán**

**SECRETARIO**

**Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín**

**DIRECTO DE ESCUELA DE MEDICINA**

**Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo**

**DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Msp. Mónica Raquel Ventura de Ramos**

## **Agradecimientos**

Mi más profundo agradecimiento al Dr. Luis Alberto Figueroa Aristondo por su dedicación y paciencia infinita. Su dirección académica, llena de sabiduría y estímulo, ha sido fundamental para dar forma a esta investigación y nuestro crecimiento como maestrantes. No puedo expresar con palabras cuánto valoro su apoyo y orientación a lo largo de este viaje académico.

A nuestros docentes de Gestión Hospitalaria, extendiendo mi sincero agradecimiento por su inestimable orientación y apoyo constante mientras fueron nuestros docentes de Maestría. Sus perspicaces comentarios y su incansable búsqueda de la excelencia han sido un faro de luz en el proceso de formación. Ha sido un honor y un privilegio aprender bajo sus tutelas.

Quisiera expresar mi más sincera gratitud a nuestra asesora de tesis, la Dra. Cecilia Carolina Rodríguez de Moran, cuyo conocimiento experto y consejo crítico han sido insustituibles. Su confianza en nuestra capacidad y su ayuda oportuna han sido los pilares de este trabajo.

**David Eduardo Alas Mate**

## **Agradecimientos**

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Luis Alberto Figueroa Aristondo, Coordinador de la Maestría, asimismo, a los docentes de la maestría por su invaluable apoyo y orientación durante todo este proceso académico. Su compromiso con la excelencia y su liderazgo fueron fundamentales para mi desarrollo profesional ya que cada una de sus enseñanzas fue clave para ampliar mi visión en el ámbito de la gestión hospitalaria.

De manera especial, quiero agradecer a la Dra. Cecilia Carolina Rodríguez de Moran, nuestra asesora de tesis, por su excepcional acompañamiento, constante disposición y valiosos aportes a lo largo de esta investigación. Su guía y conocimiento fueron esenciales para la culminación exitosa de este trabajo, y siempre estaré agradecida por su compromiso y profesionalismo

A todos ellos, mi más profundo reconocimiento y gratitud.

**Ana Rosibel Hernández Castillo**

## Resumen

**Introducción.** La seguridad del paciente es un aspecto crucial en la atención médica, especialmente en entornos de emergencias, donde la toma de decisiones rápida y precisa es vital. La cultura de seguridad, que integra valores, actitudes y comportamientos, es esencial para gestionar riesgos y garantizar la calidad del cuidado. **Objetivo.** Conocer la percepción del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Centro de Atención de Emergencias de San Martín en el periodo de febrero a agosto de 2024. **Metodología.** Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal, utilizando un muestreo no probabilístico y una encuesta adaptada al español, desarrollada por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad. **Resultados.** Los resultados mostraron que el colectivo con mayor participación fue el médico (32,3%). El 96 % del personal tuvo contacto directo con pacientes, y el 77% calificó la seguridad del paciente como “excelente” o “muy buena”. Sin embargo, el mismo porcentaje no reportó ningún evento adverso en el último año, lo que destaca una deficiencia en la cultura de reporte. Las fortalezas identificadas incluyeron el trabajo en equipo (79%), la transferencia de información (81%) y el aprendizaje organizacional (76%). Las principales debilidades fueron el reporte de eventos de seguridad (9%) y la respuesta al error (34%). El promedio de la medida compuesta (58%) refleja una cultura de seguridad que está en un nivel moderado. **Conclusión.** Aunque la percepción general es positiva, existen áreas críticas de mejora que requieren atención para fortalecer la cultura de seguridad en el CAE-San Martín.

### Palabras claves:

Percepción del paciente, seguridad del paciente, cultura de seguridad, eventos adversos, evento de seguridad del paciente.

## **Abstract**

**Introduction.** Patient safety is a crucial aspect of medical care, especially in emergency settings where quick and accurate decision-making is vital. A safety culture, which integrates values, attitudes, and behaviors, is essential for managing risks and ensuring quality care. **Objective.** To understand the perception of healthcare personnel regarding patient safety culture at the San Martín Emergency Care Center from February to August 2024. **Methodology.** A descriptive, cross-sectional study was conducted using a non-probabilistic sampling method and a survey adapted to Spanish, developed by the Agency for Healthcare Research and Quality. **Results.** The results showed that the group with the highest participation was physicians (32.3%). 96% of the staff had direct contact with patients, and 77% rated patient safety as "excellent" or "very good." However, the same percentage reported no adverse events in the past year, highlighting a deficiency in the reporting culture. Strengths identified included teamwork (79%), information transfer (81%), and organizational learning (76%). The main weaknesses were safety event reporting (9%) and error response (34%). The average composite measure (58%) reflects a safety culture at a moderate level. **Conclusion.** Although the overall perception is positive, there are critical areas for improvement that require attention to strengthen the safety culture at the San Martín Emergency Care Center.

### **Keywords:**

Patient perception, patient safety, safety culture, adverse events, patient safety event.

## Tabla de contenido

### Contenido

AUTORIDADES DE LA FACULTAD .....	ii
Agradecimientos .....	iii
Resumen.....	v
Abstract .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	viii
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1 Situación problemática.....	9
1.2 Justificación .....	11
1.3 Objetivos .....	12
CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA .....	13
2.1 Bases teóricas .....	13
CAPITULO III. METODOLOGÍA .....	21
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	21
3.2 Población y muestra.....	21
3.3 Operacionalización de variables .....	22
3.4 Técnicas e instrumentos .....	25
3.5 Plan de procesamiento y análisis de datos.....	26
3.6 Consideraciones éticas .....	27
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	29
4.1 Resultados .....	29
4.2 Discusión.....	37
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	44
5.1 Conclusiones.....	44
5.2 Recomendaciones.....	45
5.3 Propuesta técnica .....	46
REFERENCIAS .....	48
APENDICES Y ANEXOS .....	54
ANEXO 1. GUIA DE ENTREVISTA .....	54
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61
ANEXO 3 - TABLAS Y FIGURAS DE LOS RESULTADOS .....	62

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es esencial en los servicios de salud, especialmente en emergencias médicas, donde la rapidez y precisión en la atención pueden ser determinantes para salvar vidas. La cultura de seguridad en este contexto abarca los valores, actitudes, percepciones y comportamientos que influyen en cómo se prioriza y maneja la seguridad del paciente dentro del entorno de atención médica. Promover y fortalecer esta cultura es vital para asegurar un cuidado seguro y de alta calidad.(1,2,3)

A razón de ello, la atención médica se fundamenta no solo en la excelencia clínica, sino también en la construcción de una cultura de seguridad que respalde la calidad y el bienestar tanto del personal sanitario como de los pacientes. (4)

En el Centro de Atención de Emergencias de San Martín (CAE-San Martín), esta sinergia entre la percepción del personal y la cultura de seguridad adquiere una importancia crucial ya que emerge como un eje esencial en la atención sanitaria, sin olvidar que enfrenta desafíos específicos en términos de gestión de riesgos por la complejidad de los casos y la diversidad de las condiciones de los pacientes pueden propiciar un aumento en la probabilidad de eventos adversos.

En este sentido, resulta de suma importancia indagar acerca de la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente. Por ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal en el Centro de Atención de Emergencias San Martín. Con el fin de evaluar esta percepción, se empleó como instrumento de medición una encuesta adaptada al español, desarrollada por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ, por sus siglas en inglés)(5)., para buscar áreas clave de mejora en busca de fortalecer la institución.

## CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Situación problemática

La gestión efectiva de la seguridad del paciente en el Centro de Atención de Emergencias de San Martín es esencial para garantizar la calidad de la atención médica y minimizar los riesgos asociados. La morbilidad y mortalidad vinculadas a eventos adversos y errores del personal sanitario han emergido como una problemática global de magnitud significativa, afectando no solo a los pacientes directamente involucrados, sino también a la confianza en los servicios de salud y a los profesionales que los brindan. (4)

A nivel mundial, las cifras estadísticas revelan una realidad impactante. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que millones de personas sufren discapacidades cada año debido a eventos adversos prevenibles en entornos de atención médica. La morbilidad y mortalidad asociadas a estos eventos no solo representan una carga para los sistemas de salud, sino que también tienen un impacto económico significativo.(6)

Alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta dañado cuando recibe atención de salud y, cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo Según algunos cálculos, 4 de cada 10 pacientes sufren daños durante la atención primaria y ambulatoria, el 80% de los cuales (entre el 23,6 y el 85%) se podrían prevenir. (3)

Es de esta manera, que en países como Estados Unidos, Australia, Reino Unido e Irlanda del norte, desarrollaron estudios de gran magnitud para el análisis de la seguridad del paciente, así mismo crearon diferentes sistemas enfocados a mejorar la Cultura de seguridad, como es el caso de Estados Unidos, donde distintas organizaciones e instituciones se unieron para formar las Organizaciones de Seguridad del Paciente (PSO de sus siglas en inglés), medida y acreditada por la AHRQ, cuyo objetivo es aumentar la cultura de calidad de su modelo de salud. La encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente (SOPS, por sus siglas en inglés), está compuesta por 32 ítems, evalúa 10 dimensiones que fueron diseñadas para proporcionar a las

instituciones el conocimiento básico y las herramientas necesarias para evaluar dicha percepción del personal. (5)

El CAE-San Martín es un centro de salud pública de referencia en El Salvador, es un establecimiento especializado de segundo nivel administrado exclusivamente por Fondo Solidario Para la Salud (FOSALUD), el cual funciona como una extensión de los servicios de emergencia del Hospital Nacional San Bartolo, brinda atención médica las 24 horas, de los 365 días del año, atendiendo a una población aproximado de 295,000 salvadoreños por año; posee áreas para observación para hombres, mujeres y niños; sala de máxima urgencia y emergencia, y otros servicios básicos como pequeña cirugía, curaciones e inyecciones.(7)

En el contexto específico de El Salvador, la magnitud del problema de seguridad del paciente en el CAE-San Martín es aún un área que requiere mayor exploración y atención. A pesar de los avances en la infraestructura de salud, se observa una falta de datos específicos que cuantifiquen la prevalencia de eventos adversos y errores médicos de este centro en particular. Esta falta de información detallada impide la implementación eficiente de estrategias preventivas y la mejora continua de la calidad asistencial.

En este contexto, es imperativo abordar de manera integral la gestión de la seguridad del paciente. Es por ello que la presente investigación busca llenar este vacío de conocimiento, proporcionando datos precisos, analizando la situación actual y proponiendo intervenciones específicas para mejorar la seguridad del paciente en el CAE-San Martín.

A partir de lo descrito surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué nivel de percepción sobre cultura de seguridad del paciente posee el personal de salud del CAE-San Martín?

## 1.2 Justificación

La cultura de seguridad es un factor fundamental en la calidad de la atención sanitaria. De acuerdo a Carrillo et al.(8), la seguridad del paciente es uno de los aspectos clave de la calidad que debe convertirse en un objetivo prioritario por tener en cuenta en la atención diaria del paciente y se considera un componente indispensable e indiscutible para la calidad. Una cultura de seguridad fuerte promueve la prevención de errores y la atención segura a los pacientes, lo que se traduce en mejoras en la calidad sanitaria.(6).

La investigación sobre la percepción del personal sanitario en cultura de seguridad del paciente es relevante por varias razones. En primer lugar, puede ayudar a comprender cómo los profesionales de la salud perciben la seguridad del paciente en este entorno crítico, sobre aquellos factores que influyen en la toma de decisiones y la gestión de riesgos durante la atención de emergencias. Esto, a su vez, puede ayudar a identificar áreas específicas donde se pueden implementar intervenciones para mejorar la seguridad y la calidad de la atención. (9),

Además, la investigación puede contribuir significativamente al desarrollo de políticas y prácticas clínicas basadas en evidencia. Al obtener una comprensión más profunda de las percepciones y actitudes del personal sanitario hacia la seguridad del paciente, los responsables de la toma de decisiones pueden diseñar estrategias más efectivas para fomentar una cultura de seguridad sólida. Estas estrategias pueden incluir programas de formación y sensibilización, cambios en los protocolos de trabajo y la implementación de sistemas de retroalimentación y reporte de incidentes.(10)

Por último, la investigación en este tema puede ayudar a generar conciencia sobre la importancia de la seguridad del paciente en entornos de emergencias médicas. Al destacar los desafíos y las oportunidades para mejorar la seguridad del paciente, se puede promover una mayor atención y compromiso con este tema crucial. Esto puede conducir a una mayor colaboración entre los diferentes equipos de atención médica, así como a una mayor participación del personal en la identificación y prevención de eventos adversos.

## **1.3 Objetivos**

### ***1.3.1 General***

- Conocer la percepción del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Centro de Atención de Emergencias de San Martín en el periodo de febrero a agosto de 2024.

### ***1.3.2 Específicos***

- Caracterizar al personal de salud según variables socio-laborales
- Determinar el nivel de percepción actual del personal de salud respecto a la cultura de seguridad del paciente.
- Identificar los factores que influyen en la percepción del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

## CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 Bases teóricas

#### 2.1.1 *Importancia de la Percepción del Personal de Salud en la Cultura de Seguridad*

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la seguridad del paciente es clave para entender su relevancia en el ámbito de la atención médica. De esta manera, describe la seguridad del paciente como la reducción de los riesgos de daños innecesarios a un nivel mínimo aceptable, considerando los conocimientos, recursos y contexto disponibles en el momento de la atención. Esto subraya que la seguridad del paciente no solo se enfoca en la atención directa, sino también en la prevención de riesgos a través de todos los servicios de salud, incluyendo la promoción, mantenimiento, vigilancia y restablecimiento de la salud.(3,11,12)

La cultura de seguridad del paciente se refiere al conjunto de valores, actitudes, percepciones y comportamientos compartidos por los miembros de una organización de salud, que influyen en la prevención de eventos adversos y la promoción de un entorno seguro para los pacientes. Desde sus inicios, este concepto ha evolucionado para convertirse en un elemento fundamental en la gestión de la calidad y la seguridad en el ámbito sanitario, reconociendo la importancia de crear una cultura organizacional que priorice la seguridad del paciente por encima de todo.(4,13,14)

El principio “Primum Non Nocere” subyace a cada acto asistencial, por lo que podríamos asumir como principio básico que cada profesional es un sujeto competente y responsable que tiene como base de su actuación no generar daño. A pesar de ello, y por la cada vez mayor complejidad de la atención, el componente humano individual interactúa con varios factores. Elementos propios del paciente, de las tareas o procedimientos, de la estructura físico ambiental que incluye el material, el equipamiento técnico y el lugar físico donde se produce la asistencia o de la organización y que es causa de que los eventos adversos puedan presentarse de forma más frecuente de lo deseado. (15)

En otra línea, otro autor consideró que la cobertura sanitaria universal tiene como objetivo

garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud necesarios, independientemente de su situación económica. Sin embargo, los efectos positivos de mejorar el acceso a los servicios de salud pueden verse comprometidos por la falta de seguridad en la atención prestada. Por lo tanto, la seguridad del paciente juega un papel fundamental en la cobertura universal de salud, ya que fortalece la calidad de la atención, a través de la implementación de iniciativas para reducir el riesgo de errores y eventos adversos. Los eventos adversos se entienden como incidentes que afectan a los pacientes y resultan en daños. En cuanto a su naturaleza, los eventos adversos pueden provenir de un "error de comisión", cuando se realiza una acción inadecuada, o de un "error de omisión", cuando no se realiza una acción necesaria. Es esencial evitar estos errores, ya que pueden tener resultados negativos para los pacientes, sus familias, los profesionales de la salud y la organización.(16,17)

La cultura de seguridad influye en cómo los profesionales de la salud deben abordar el error y la seguridad del paciente. Una cultura de seguridad positiva promueve la comunicación abierta, la identificación y notificación de errores, y el aprendizaje continuo. Modelos teóricos como el de Reason y su "Modelo del Queso Suizo" ofrecen una comprensión de las capas de defensa y cómo los errores se producen cuando múltiples capas coinciden. Según Rocco & Garrido,(18)., los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas como son la teoría de error de Reason y la cultura de seguridad como componentes primordiales en la práctica sanitaria.

Este enfoque teórico destaca que los seres humanos son inherentemente propensos a cometer errores, y que incluso en organizaciones sólidas y bien gestionadas, se espera que ocurran errores en algún momento. Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de implementar estrategias tanto a nivel individual como a nivel sistémico para prevenir, detectar y mitigar los errores en el ámbito de la atención médica, con el objetivo de garantizar la seguridad y calidad de la atención para todos los pacientes. (19)

Por otra parte, la capacidad de la organización para aprender de eventos pasados es esencial. La "Teoría del Aprendizaje Organizacional" sugiere que las organizaciones aprenden a través de la experiencia, la reflexión y la modificación de sus prácticas. (20,21).

Por tal razón la percepción del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente juega un papel crucial en la calidad y seguridad de la atención médica. Esta percepción se refiere a la forma en que los profesionales de la salud perciben el entorno de seguridad en el que trabajan, incluyendo aspectos como la comunicación, el liderazgo, el trabajo en equipo y la gestión de riesgos. La forma en que los profesionales perciben estos elementos puede influir en su comportamiento, su disposición para reportar errores y su compromiso con la seguridad del paciente.

### ***2.1.2 Factores que Influyen en la Percepción del Personal de Salud***

Varios factores pueden influir en la percepción del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente. Entre estos factores se incluyen el liderazgo efectivo, el trabajo en equipo y la colaboración, la comunicación abierta y efectiva, el aprendizaje organizacional y la respuesta no punitiva a errores. Estos elementos pueden contribuir a crear un entorno de trabajo seguro y promover una cultura de seguridad del paciente positiva y efectiva.(22)

En consecuencia, en un estudio realizado por Tello-García et al.(23), describen como la cultura de seguridad del paciente en la mayoría de las dimensiones carece de fortaleza, con oportunidad de mejora: expectativas y acciones de la dirección (60.8%), aprendizaje organizacional (68.1%), feed-back y comunicación sobre errores (58.9%) y solo el trabajo en equipo refiere fortaleza (76.3%).

El liderazgo efectivo en los establecimientos de salud es crucial para promover una cultura de seguridad positiva. Los líderes deben fomentar un ambiente de trabajo en el que la seguridad del paciente sea una prioridad y en el que se promueva la participación activa de todos los miembros del equipo en la mejora continua de la seguridad. Del mismo modo, el trabajo en equipo y la colaboración son fundamentales para una cultura de seguridad efectiva, ya que facilitan la comunicación abierta, la identificación y resolución de problemas y la toma de decisiones compartida.(24)

Rangel Álvarez (25)., señala que las habilidades blandas y el conocimiento técnico son esenciales para fomentar el trabajo en equipo en el entorno hospitalario. Sin embargo, para que estas habilidades sean efectivas, es crucial primero identificar y abordar las

características o aspectos negativos que podrían afectar la dinámica del equipo. Al evaluar y corregir estos factores, es posible implementar estrategias que mejoren tanto el ambiente laboral como las acciones del equipo de salud, lo que resulta en un cuidado más seguro y eficaz para el paciente hospitalizado. El trabajo en equipo bien organizado es fundamental para la seguridad del paciente, ya que permite la realización de prácticas seguras, una comunicación efectiva y una administración adecuada de medicación, lo que a su vez reduce la incidencia de eventos adversos y genera confianza tanto en los pacientes como en los profesionales de la salud.

### ***2.1.3 Importancia de la Comunicación Efectiva***

La comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud es esencial para garantizar la seguridad del paciente. Una comunicación abierta y clara facilita la transmisión de información relevante sobre los pacientes, los procedimientos y los riesgos potenciales, lo que ayuda a prevenir errores y eventos adversos. Los profesionales de la salud deben sentirse cómodos compartiendo información crítica y expresando preocupaciones sobre la seguridad sin temor a represalias. La comunicación efectiva también promueve la colaboración entre los miembros del equipo, lo que puede mejorar la coordinación de la atención y reducir el riesgo de errores. (26).

En este contexto, es esencial comprender que el entorno de trabajo y su nivel de seguridad pueden influir en la salud y el bienestar de los trabajadores. Por lo tanto, el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente requiere integrar esta área con otros aspectos organizacionales y la salud de los trabajadores en particular. De este modo, el análisis de esta relación puede clarificar cómo se pueden potenciar otras áreas, lo que en conjunto conduce a resultados positivos para los pacientes y los profesionales.(22,27)

Según de Assis-Brito et al. (24) establecer una comunicación clara y efectiva en el escenario médico ha demostrado ser esencial para proporcionar atención médica de alta calidad y además para garantizar mayor seguridad para el paciente. El incumplimiento de sus principios produce errores médicos y muchas veces compromete la seguridad y la vida del paciente.

De igual importancia la retroalimentación es vital en relación con la comunicación de errores por parte del personal de salud, para que el mismo no se sienta inseguro, con dudas o tema al momento de transmitir los errores que se presentaron ante un evento adverso. Aunque muchas veces estos eventos vienen arrastrados a una cadena de errores y terminan manifestándose en el último eslabón, se debe considerar que una buena comunicación de eventos adversos ayudará a visualizar debilidades y fortalezas, de esos mismos identificar y accionar ante las debilidades. Esto favorece de manera positiva las prácticas seguras y brindará una atención de calidad.(28),

#### ***2.1.4 Enfoque No Punitivo a los Errores***

Finalmente, la respuesta no punitiva a los errores es un componente esencial de una cultura de seguridad del paciente para que esta sea efectiva. En lugar de culpar a los individuos por los errores, se enfatiza la importancia de aprender de ellos y tomar medidas para prevenir su recurrencia en el futuro. Esto implica crear un ambiente en el que los profesionales de la salud se sientan seguros para reportar errores y eventos adversos sin temor a represalias, y en el que se promueva la colaboración y el apoyo mutuo en la identificación y resolución de problemas. (23)

De manera que, Lima Da Silva et al.(29)., en su investigación demostró que en lo que respecta a las notificaciones de eventos adversos informados, existe una baja comunicación por parte del equipo en general, en consecuencia hay una necesidad urgente de que los profesionales comprendan los eventos adversos, así como adopten una cultura no punitiva frente al evento instalado, lo que contribuirá a una mayor notificación por parte de los profesionales y, en consecuencia, al tratamiento apropiado de las ocurrencias.

Cuando la cultura de seguridad es aplicada al cuidado de la salud tiene aún mayor importancia, ya que la seguridad no sólo aplica para la fuerza de trabajo sino también para pacientes que podrían ser dañados por las acciones del personal. Según Panagioti et al. (30)., alrededor de uno de cada 20 pacientes está expuesto a daños prevenibles en la atención médica. A pesar de que la agenda internacional de políticas de seguridad del paciente ha fomentado un enfoque en los daños prevenibles a los pacientes, existen prácticas limitadas de mejora de la calidad que se enfocan específicamente en los incidentes de daño prevenible

al paciente en lugar del daño general al paciente (prevenible y no prevenible). El desarrollo y la aplicación de estrategias de mitigación basadas en la evidencia dirigida específicamente a los daños prevenibles a los pacientes podrían dar lugar a importantes mejoras en la calidad de los servicios de atención médica, que también podrían ser más rentables.(31,32)

### ***2.1.5 Herramientas de Evaluación de la Percepción del Personal de Salud***

Para evaluar la percepción del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente, se utilizan diversos instrumentos de evaluación. Entre estos instrumentos se incluyen encuestas adaptadas de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), que proporcionan una visión integral de la percepción del personal de salud sobre aspectos clave de la cultura de seguridad. Estas encuestas suelen incluir preguntas sobre el liderazgo, la comunicación, el trabajo en equipo, la respuesta a los errores y otros aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Además de las encuestas, también se pueden utilizar entrevistas estructuradas o semiestructuradas para explorar en profundidad las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud en relación con la seguridad del paciente. (5,26)

### ***2.1.6 Impacto en la Calidad y Seguridad de la Atención Médica***

La percepción del personal de salud en cuanto a la cultura de seguridad del paciente tiene un impacto directo en la calidad y seguridad de la atención médica. Cuando los profesionales de la salud perciben un ambiente de trabajo seguro y apoyado, están más dispuestos a reportar errores, comunicar preocupaciones sobre la seguridad y colaborar con otros miembros del equipo para identificar y abordar los riesgos. Esto puede conducir a una reducción en la ocurrencia de eventos adversos, una mejora en los resultados clínicos y una mayor satisfacción tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. La prevención de un evento adverso tiene una triple finalidad: disminuir el riesgo de que aparezca, abordarlos precozmente para disminuir su evolución y mitigar las consecuencias y por último, evitar su reaparición y reducir su impacto. (33)

Por tanto, Peradejordi-Torres & Valls-Matarín.(34)., reportaron una media de 7.1 de

percepción global hacia la cultura de seguridad del paciente, no se encontró ninguna dimensión como fortaleza, en su investigación encontraron que la dimensión mejor valorada es el trabajo en equipo. Gran parte del personal desconoce la figura de responsable de seguridad del servicio y como notificar un incidente. Las debilidades detectadas fueron percepción de seguridad, dotación del personal y apoyo de gerencia.

Similares resultados han obtenido otras investigaciones en cuanto a percepción de seguridad del paciente tanto de profesionales sanitarios como no sanitarios. Esto les permitió tener una visión más global sobre las debilidades y poder establecer líneas estratégicas de trabajo que ayuden a minimizar los eventos adversos en nuestros pacientes.(35,35,36)

### **Desafíos y Áreas de Mejora**

La percepción del personal de salud es crucial para una cultura de seguridad del paciente efectiva, pero enfrenta desafíos significativos. La resistencia al cambio, la falta de recursos y la sobrecarga de trabajo son barreras que limitan la participación activa del personal en las iniciativas de seguridad. Estas dificultades pueden resultar en una menor adherencia a prácticas seguras y una reducción en la calidad de la atención. Para superar estos obstáculos, es esencial implementar estrategias que promuevan una cultura de seguridad positiva, proporcionen los recursos necesarios y empoderen a los profesionales de la salud, permitiéndoles convertirse en defensores proactivos de la seguridad del paciente. A nivel mundial, la atención se ha desplazado hacia hacer de la cultura de la seguridad del paciente una piedra angular de una política sanitaria eficaz. (1)

Según algunos autores, otro desafío importante se basa en la educación continua ya que esta promueve cambios importantes en las organizaciones de salud. Así, la formación, las calificaciones teóricas y prácticas emergen como estrategias para fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Se destaca la importancia de ofrecer formación y cualificación acorde a las necesidades del equipo.(1,37)

La atención médica con enfoque de seguridad del paciente requiere de la integración de conocimientos médicos con los conceptos de epidemiología (factores de riesgo), habilidades de comunicación y una actitud humanista como destrezas necesarias para el profesional de

la medicina. (12)

Según Kryzanowski et al.(38), puntualizó en su trabajo, como todos los elementos vinculantes que comprenden la seguridad laboral, enfoque centrado en el paciente y la equidad en salud se integran directamente con las políticas administrativas que determinan a su vez, el clima y la cultura organizacional, y que estos procesos de medición permiten hacer seguimiento al cumplimiento de los requisitos de los sistemas de seguridad y salud; y que pueden mostrar logros, errores y/o fallas en su aplicación así como oportunidades de mejora; al igual que analizar e interpretar la diversidad de las creencias y percepciones de los trabajadores sobre elementos comunes al desarrollo organizacional incluida la gestión de la seguridad misma.

En el contexto del CAE- San Martín, comprender cómo estos elementos interactúan podrían proporcionar una base sólida para implementar intervenciones específicas que mejoren la calidad asistencial, promoviendo un entorno de trabajo saludable y una atención médica segura.

## CAPITULO III. METODOLOGÍA

### 3.1 Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio cualicuantitativo, de corte transversal.

### 3.2 Población y muestra

La investigación se realizó en el CAE-San Martín durante el periodo de febrero a agosto de 2024. La población de estudio estuvo compuesta 55 trabajadores, incluyendo médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, licenciados/as en laboratorio clínico y profesionales no sanitarios, como auxiliares administrativos/as, técnicos/as, personal de limpieza, transporte, esdomed, dirección y secretariado. Debido al tamaño reducido de la población, se optó por no realizar un muestreo y se incluyó a todo el personal que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, logrando una participación efectiva de 48 encuestados.

Criterios de inclusión:

- Consentimiento informado y que acepten participar en la investigación
- Personal de salud que labore en dicha área contrato

permanente. Criterios de exclusión:

- Personal que cubra temporalmente incapacidades, turnos y permisos personales.
- Personal con antigüedad en la institución menor a 3 meses.

PROFESIONAL	TOTAL	PORCENTAJE	PARTICIPANTES
Auxiliar de servicio	8	14.55 %	7
Director C.A.E. San Martín	1	1.82 %	1
Encargado de Archivo	6	10.91 %	6
Encargado de Farmacia	6	10.91 %	5
Enfermera/o	11	20.00 %	7
Médico	15	27.27 %	12
Motorista	5	9.09 %	4
Profesional en Laboratorio Clínico	2	3.64 %	2
Secretaria	1	1.82 %	1
Otros			3
TOTAL	55	100.00 %	48

### 3.3 Operacionalización de variables

Matriz de Operacionalización de variables:

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala	Unidad de media
<b>1. VARIABLES SOCIOLABORALES</b>					
<b>Cargo</b>	Puesto laboral ocupado por el personal de salud en la institución.	Categoría de cargo en la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facultativos</li> <li>▪ Director</li> <li>▪ Enfermería</li> <li>▪ Auxiliar</li> <li>▪ Personal de apoyo.</li> <li>▪ Otros</li> </ul>	Nominal	Tipo de cargo
<b>Unidad/ Área de trabajo</b>	Departamento o área en la que trabaja el personal.	Área de trabajo asignada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unidad médica/ quirúrgica</li> <li>▪ Especialidad</li> <li>▪ Laboratorio</li> <li>▪ Farmacia</li> <li>▪ Terapia respiratoria</li> <li>▪ Administrativa</li> <li>▪ Servicios de apoyo (archivo, alimentación, limpieza, transporte, etc)</li> </ul>	Nominal	Lugar o area de trabajo
<b>Antigüedad en la institución</b>	Tiempo que el personal ha trabajado en la institución.	Años de trabajo en la institución	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. &lt;1 AÑOS</li> <li>b. 1-5 AÑOS</li> <li>c. 6-10AÑOS</li> <li>d. &gt;11 AÑOS</li> </ul>	Ordinal	Años
<b>Antigüedad en el servicio</b>	Tiempo que el personal ha trabajado en su unidad o servicio actual.	Años de trabajo en el servicio actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. &lt;1 AÑOS</li> <li>b. 1-5 AÑOS</li> <li>c. 6-10AÑOS</li> <li>d. &gt;11 AÑOS</li> </ul>	Ordinal	Años
<b>Tiempo de horas laborales por semana</b>	Cantidad de horas que el personal trabaja en una semana promedio.	Número de horas trabajadas por semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. &lt; de 30 hrs a la semana</li> <li>b. De 30-40 hrs a la semana</li> <li>c. Más de 40 hrs a la semana</li> </ul>	Ordinal	Horas
<b>Número de incidentes</b>	Cantidad de incidentes	Cantidad de incidentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Ninguno</li> <li>B. De 1-2 reporte</li> </ul>	Cualitativa ordinal	Número de eventos

<b>reportados</b>	relacionados con la seguridad del paciente reportados por el personal en un período determinado.	reportados en el último año	de incidentes C. De 3-5 reporte de incidentes D. De 6-10 reporte de incidentes E. De 11 o más		
<b>Calificación de la seguridad del paciente</b>	Percepción del personal sobre el nivel de seguridad del paciente en su unidad de trabajo.	Calificación en la encuesta	1. Mala 2. Regular 3. Buena 4. Muy buena 5. Excelente	Ordinal	Puntuación (1 a 5)
<b>Interacción o contacto directo con los pacientes</b>	Frecuencia de interacción directa del personal con los pacientes.	Frecuencia de contacto con los pacientes	SI NO	Nominal	Tipo de contacto
<b>2. DIMENSIONES EN CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>					
<b>DIMENSIÓN 1 Apoyo del supervisor, gerente o líder clínico para la seguridad del paciente</b>	Percepción del personal sobre el respaldo que recibe de sus superiores en temas de seguridad del paciente.	Preguntas específicas en la encuesta	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo 9. No aplica o no sabe	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)
<b>DIMENSIÓN 2 Trabajo en equipo</b>	Percepción del personal sobre la colaboración y cooperación dentro de su equipo de trabajo.	Preguntas específicas en la encuesta	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre 9. No aplica o no sabe	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)
<b>DIMENSIÓN 3 Apertura a la comunicación</b>	Percepción del personal sobre la disposición para comunicarse	Preguntas específicas en la encuesta	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni desacuerdo	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)

	abierta y honestamente en el trabajo.		4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo 9. No aplica o no sabe		
<b>DIMENSIÓN 4</b> <b>Reporte de eventos de seguridad del paciente</b>	Frecuencia y disposición del personal para reportar eventos de seguridad del paciente.	Preguntas específicas en la encuesta	1- Nunca 2- Rara vez 3- Algunas veces 4- La mayoría del tiempo 5- Siempre 9- No aplica/no sabe	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)
<b>DIMENSIÓN 5</b> <b>Aprendizaje organizacional-mejora continua</b>	Percepción del personal sobre la capacidad de la organización para aprender y mejorar continuamente.	Preguntas específicas en la encuesta	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo 9- No aplica/no sabe	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)
<b>DIMENSIÓN 6</b> <b>Comunicación sobre el error.</b>	Percepción del personal sobre cómo se comunica y gestiona el error en la organización.	Preguntas específicas en la encuesta	1- Nunca 2- Rara vez 3- Algunas veces 4- La mayoría del tiempo 5- Siempre 9- No aplica/no sabe	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)
<b>DIMENSIÓN 7</b> <b>Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente</b>	Percepción del personal sobre el apoyo institucional hacia la seguridad del paciente.	Preguntas específicas en la encuesta	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo 9- No aplica/no sabe	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)

<b>DIMENSIÓN 8</b> <b>Respuesta al error</b>	Percepción del personal sobre cómo se responde a los errores dentro de la organización.	Preguntas específicas en la encuesta	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo 9- No aplica/no sabe	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)
<b>DIMENSIÓN 9</b> <b>Transferencia e intercambio de información</b>	Percepción del personal sobre la eficacia de la transferencia de información entre unidades y turnos.	Preguntas específicas en la encuesta	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo 9- No aplica/no sabe	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)
<b>DIMENSIÓN 10</b> <b>Dotación del personal y ritmo de trabajo</b>	Percepción del personal sobre la suficiencia de recursos humanos y la carga de trabajo en su unidad.	Preguntas específicas en la encuesta	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo 9- No aplica/no sabe	Escala de Likert	Puntuación (1 a 5, 9)

### 3.4 Técnicas e instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta estandarizada, adaptada al español, desarrollada por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad, que es un instrumento de uso público para instituciones de salud que evalúa la cultura de seguridad desde la perspectiva de los colaboradores. El instrumento constó de 34 preguntas, agrupadas en diez dimensiones, que son agrupaciones de dos o más ítems de la encuesta que evalúan las mismas áreas de la cultura de seguridad del paciente con una escala de respuestas de tipo Likert, que va desde totalmente en desacuerdo/nunca = 1 punto, hasta totalmente de acuerdo/siempre = 5 puntos, y otro apartado de encuestados que pueden responden "No

aplica o no sabe" o con datos faltantes. Además evalúa una pregunta sobre la calificación global (1. Mala, 2. Regular, 3. Buena, 4. Muy buena, 5. Excelente) del clima de seguridad percibido, otra sobre la notificación de eventos adversos en el último año, y por último preguntas sobre características sociolaborales del personal de salud.

Como fuente de información se realizó una búsqueda amplia bibliográfica y documental sobre el tema auxiliándose de diferentes plataformas de base de datos de archivos científicos.

La prueba piloto realizó a 10 empleados del CAE San Martín reveló una confiabilidad del cuestionario con un Alfa de Cronbach de 0.619, lo cual clasifica al instrumento como confiable para esta muestra específica. Además, la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad, desarrolladora del instrumento, realizó una prueba piloto más amplia en 25 hospitales con un total de 4,345 empleados, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.686, lo que confirma una alta confiabilidad del cuestionario en un contexto más amplio. Con estos resultados satisfactorios, se procedió a la recolección de datos para la investigación.

### **3.5 Plan de procesamiento y análisis de datos**

La información obtenida se llevó a una base de datos mediante la aplicación Microsoft Excel 2010. Para el análisis comparativo se utilizó la aplicación proporcionada por AHRQ *Hospital Survey 2.0 on Patient Safety Culture-Data Entry and Analysis Tool* actualizada a febrero 2024, que cuenta con base de datos propios de octubre de 2022. (39)

Se realizó un análisis de frecuencias de respuesta inicial por cada ítem, señalada en el formulario proporcionado al personal de salud. Para el análisis global por dimensiones se agrupó según la escala de las preguntas.

Las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías:

- 1) **Negativa:** muy en desacuerdo/nunca y en desacuerdo/raramente;
- 2) **Neutra:** ni de acuerdo ni en desacuerdo/a veces;
- 3) **Positiva:** de acuerdo/casi siempre y muy de acuerdo/siempre.

Con esta clasificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para

cada uno de los ítems como para el indicador compuesto de cada dimensión.

Se calcularon indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala mediante la fórmula:

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

Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión.

Para clasificar un ítem o una dimensión como «fortaleza» se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$  de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o nunca/raramente) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como «debilidad» se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$  de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o raramente/nunca) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$  de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en negativo.

El análisis de fortalezas y debilidades se realizó para cada ítem y para las dimensiones en su conjunto.

Para efectos comparativos de la medida compuesta se utilizó base de datos de AHRQ *User Comparative Database Report* de la AHRQ, que incluye 400 hospitales de todo el mundo publicada en octubre de 2022. (39)

### **3.6 Consideraciones éticas**

**Autonomía:** Antes de su participación, se proporcionó información clara y de forma comprensible sobre el estudio, y se obtuvo el consentimiento informado. Los participantes

tuvieron la libertad de participar voluntariamente y retirarse en cualquier momento sin consecuencias adversas.

**Beneficencia:** El estudio se diseñó para maximizar los beneficios para los participantes y de los pacientes en general. La investigación tiene el potencial de mejorar la calidad asistencial y la satisfacción laboral. Se asegurará que cualquier intervención basada en los resultados de la investigación busque maximizar beneficios y minimizar riesgos.

**No maleficencia:** Se garantizó que la investigación no causó daño innecesario y se buscó manejar éticamente los datos sensibles. Además, se va a proteger la confidencialidad de la información y la privacidad de los participantes.

**Justicia:** Se buscó la equidad en la selección de participantes, además, se consideró la representatividad de la muestra para que los resultados sean aplicables de manera justa a la población de la institución.

Se solicitó la aprobación al Comité de ética y a la dirección del CAE-San Martín y se otorgó el visto bueno para la ejecución de esta investigación.

## CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Resultados

Se estudió una muestra de 48 encuestados dentro del personal de salud de la institución. Se consideró profesional a médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, licenciados/as en laboratorio clínico y profesionales no sanitarios/as a los/las auxiliares administrativos/as, técnicos/as, limpieza, transporte, esdomed, dirección y secretariado para el estudio de la percepción de seguridad del paciente.

En relación a la distribución del personal según su área de trabajo en la unidad de salud CAE- San Martín. La distribución principal es el área del Departamento de emergencia (43.8%) con mayor representación de personal, seguida de otras áreas clave como limpieza (14.6%) y farmacia (10.4%) también tienen una representación significativa. Las áreas de apoyo como transporte (10.4%) y entre otras áreas para la atención al paciente representan un menor porcentaje acorde a las necesidades específicas. (Tabla 1, figura 1)

*Tabla 1: Área de trabajo en CAE- San Martín*

<i>Área</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Unidad no específica, otras áreas	4	8.3
Departamento de emergencia	21	43.8
Laboratorio	3	6.3
Farmacia	5	10.4
Administración	3	6.3
Limpieza	7	14.6
Transporte	5	10.4
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

En cuanto a la distribución el personal según el cargo dentro de la institución médicos (25%) constituyen la mayor proporción del personal encuestado, seguidos por enfermeras y personal de limpieza (ambos con 14.6%). Los resultados reflejan una distribución diversa del personal en la unidad CAE-San Martín, con una mayor concentración en roles clínicos

como médicos y enfermeras, así como roles esenciales como limpieza y farmacia. (Tabla 2 y figura 2)

**Tabla 2: Cargo en CAE- San Martin**

<i>Cargo</i>	N	%
Enfermera	7	14.6
Médico	12	25.0
Farmacia	5	10.4
Laboratorio	2	4.2
Director	1	2.1
Secretaria	1	2.1
Limpieza	7	14.6
Esdomed	4	8.3
Transporte	4	8.3
Recepcionista	2	4.2
Otros	3	6.3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

Otra variable analizada fue percepción de seguridad del paciente por cada dimensiones, el cual se realizó en forma inicial el análisis de frecuencias de respuesta (Ver anexo tabla 9 – 18), Para posterior realizar la consolidación de la medición compuesta (Tabla 3, figura 3), se encontró que el trabajo en equipo (79%) y transferencia e intercambio de información (81%) destacan como las áreas más fuertes, así como también la apertura en la comunicación (76%) y aprendizaje organizacional-mejora continua (76%) también son puntos positivos. Sin embargo el Reporte de eventos de seguridad del paciente (9%), la respuesta al error (34%) Dotación de personal y ritmo de trabajo (53%) son las áreas débiles. El promedio de la medida compuesta (58%) refleja una cultura de seguridad que está en un nivel moderado. (Tabla 3, figura 3)

**Tabla 3. Resultados de la medición compuesta para CAE- San Martín**

<b>Cultura de seguridad del paciente por dimensión</b>	<b>% de respuesta positiva</b>
1. Apoyo del supervisor, gerente o líder clínico para la seguridad del paciente	56
2. Trabajo en equipo.	79
3. Apertura a la comunicación	76
4. Reporte de eventos de seguridad del paciente	9
5. Aprendizaje organizacional – mejora continua	76
6. Comunicación sobre el error	59
7. Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente	52
8. Respuesta al error	34
9. Transferencias e intercambio de información	81
10. Dotación de personal y ritmo de trabajo	53
<b>Promedio de la medida compuesta</b>	<b>58%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

A efectos de comparación con otros estudios para poder valorar si los resultados en el CAE-San Martín, se ha tomado como referencia el informe Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente SOPS: 2022 *User Comparative Database Report* (Agency for Healthcare Research and Quality, 2022) de la AHRQ, que incluye 400 hospitales de todo el mundo (Tabla 4, figura 4)

La comparación de los resultados de la cultura de seguridad del paciente en el hospital con la base de datos SOPS 2022 revela áreas de fortaleza y debilidad. Las dimensiones donde el hospital superó los promedios de la base de datos incluyen "Aprendizaje organizacional – mejora continua" (76% vs. 70%) y "Transferencias e intercambio de información" (81% vs. 63%), lo que indica una sólida práctica en estas áreas. Sin embargo, la dimensión de "Reporte de eventos de seguridad del paciente" muestra una gran brecha (9% vs. 74%), destacando una importante área de mejora. Igualmente, "Apoyo del supervisor para la seguridad" (56% vs. 80%) y "Respuesta al error" (34% vs. 63%) también están por debajo del promedio, sugiriendo que es necesario reforzar estas áreas para alinearse con los

estándares más altos de seguridad del paciente. En general, el promedio compuesto de las dimensiones es de 58%, significativamente inferior al 70% de la base de datos SOPS, lo que indica un nivel moderado de cultura de seguridad en el hospital y subraya la necesidad de iniciativas de mejora. (Tabla 4, figura 4)

**Tabla 4. Resultados de la medición compuesta para CAE- San Martín- AHRQ/ SOPS 2022**

<b>Cultura de seguridad del paciente por dimensión</b>	<b>% de respuesta positiva</b>	<b>% Base de datos SOPS 2022</b>
1. Apoyo del supervisor, gerente o líder clínico para la seguridad del paciente	56	80
2. Trabajo en equipo.	79	82
3. Apertura a la comunicación	76	76
4. Reporte de eventos de seguridad del paciente	9	74
5. Aprendizaje organizacional – mejora continua	76	70
6. Comunicación sobre el error	59	73
7. Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente	52	64
8. Respuesta al error	34	63
9. Transferencias e intercambio de información	81	63
10. Dotación de personal y ritmo de trabajo	53	51
<b>Promedio de la medida compuesta</b>	<b>58%</b>	<b>70%</b>

Nota: 1) Los resultados de la base de datos se basan en datos de 400 hospitales incluidos en el Informe de la base de datos SOPS Hospital 2.0 2022; 2) Las puntuaciones de las medidas compuestas se calculan cuando los ítems de la medida compuesta tienen al menos tres encuestados y al menos la mitad de los elementos de la medida compuesta tienen puntuaciones. Para las medidas compuestas de tres ítems, debe haber puntuaciones para al menos dos de los tres ítems.

Otro aspecto que constituyó objeto de estudio en la presente investigación estuvo relacionado con la calificación que el personal tiene sobre la seguridad del paciente dentro del CAE-San Martín de la institución. (Tabla 5 y figura 5)

El 77% de los encuestados califican la seguridad del paciente como "Excelente" (21%) o

"Muy buena" (56%). Esto indica que la gran mayoría de los trabajadores tienen una percepción positiva de la seguridad del paciente.

**Tabla 5: ¿Cómo calificaría su unidad en cuanto a la seguridad del paciente (Ítem E1)?**

Calificación de seguridad del paciente	N	%
Excelente	10	21
Muy buena	27	56
Buena	6	13
Regular	3	6
Mala	2	4
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

En relación a los hallazgos relacionados con la frecuencia en el último año con la que el personal de la institución reportó eventos de seguridad del paciente, el 77% de los encuestados indicaron que no reportaron ningún evento de seguridad, 23% reportaron entre 1 y 2 eventos, lo que sugiere una baja incidencia de reporte, con una minoría que si utiliza el sistema de reporte. (Tabla 6, figura 6)

**Tabla 6: En los últimos 12 meses ¿Cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado (Ítem D3)?**

Numero de eventos reportados	N	%
Ninguno	37	77
1 a 2	11	23
3 a 5	0	0
6 a 10	0	0
11 o más	0	0
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

Respecto a las características sociolaborales de los encuestados, la mayoría de ellos tenía una antigüedad en CAE- San Martín de 11 años o más (38%) y de 1 a 5 años (25%), sin embargo el 21% del personal ha trabajado en el hospital por menos de 1 año. Este grupo

representa una fuerza laboral relativamente nueva. (Tabla 7, figura 7)

**Tabla 7: Tiempo trabajado en el hospital**

<b>Tiempo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	10	21
De 1 a 5 años	12	25
De 6 a 10 años	8	17
11 años o más	18	38
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

De igual manera, se analizó la distribución del tiempo que el personal ha trabajado en su unidad o área actual, 33% del personal ha trabajado en su unidad actual durante 11 años o más, lo que indica una estabilidad significativa en ciertas áreas, es decir se trataba de profesionales experimentados. El 27% del personal lleva menos de 1 año en su unidad actual, lo que sugiere una rotación reciente o la incorporación de nuevo personal (Tabla 8, figura 8)

**Tabla 8: Tiempo laborado en la unidad hospitalaria/área de trabajo actual**

<b>Tiempo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	13	27
De 1 a 5 años	12	25
De 6 a 10 años	7	17
11 años o más	16	33
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

Respecto a las horas de trabajo semanales la mayoría de los profesionales trabajan entre 30 – 40 horas semanales (58%) o más de 40 horas semanales (38%), en función de turnos ya sea en horarios diurnos o nocturnos. (Tabla 9, figura 9)

**Tabla 9: Promedio de Horas trabajadas por semana**

<b>Total de horas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 30 horas a la semana	2	4
De 30 a 40 horas semanales	28	58
Más de 40 horas semanales	18	38
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

En consideración al contacto o interacción directa con el paciente, el 96% del personal indicó que tiene interacción o contacto directo con los pacientes. Este alto porcentaje refleja que la mayoría del personal en esta unidad desempeña roles que requieren interacción constante con los pacientes, lo cual es esencial en un entorno de atención de emergencias. (Tabla 10, figura 10)

**Tabla 10: En su cargo, ¿tiene interacción o contacto directo con los pacientes?**

<b>Total de horas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sí, tengo interacción o contacto con los pacientes	46	96
No, no tengo interacción o contacto con los pacientes	2	4
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

Por último, se buscó abordar la opinión del personal mediante cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes y los incidentes en la institución. El 50% de los encuestados no brindó comentarios. Entre otros comentarios recibidos, las principales preocupaciones se centraron en la necesidad de más personal (10%) y mejoras en la iluminación y el abastecimiento de agua (8%), lo que sugiere problemas de infraestructura (6%). Otros puntos mencionados incluyen la necesidad de mejorar las debilidades del personal (4%), mejorar la protección del personal ante familiares de pacientes (4%). Estas respuestas reflejan áreas críticas que requieren atención para mejorar tanto la seguridad del paciente como las condiciones de trabajo del personal. (Tabla 11)

**Tabla 11. Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, errores o incidentes en su institución**

<b>Respuesta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No contesta	23	50
Mejorar las debilidades del personal	2	4
Mejorar también la seguridad del personal	1	2
Mejorar la iluminación de las instalaciones/ abastecimiento de agua	4	8
Mejorar las ambulancias dañadas o en mal estado/mal mantenimiento	1	2
No se tiene problemas	1	2
Atender mejor a los pacientes/ empatía con el paciente	1	2
Los incidentes pasan por que los pacientes son renuentes o problemáticos	1	2
Mejorar los tiempos de espera en la atención al paciente/ maltratos en la atención	1	2
Se necesita más personal para cubrir todas las áreas	5	10
Se necesita más recursos de vigilancia	1	2
Mejorar la comunicación que esta sea más eficaz de dirección al resto del personal	1	2
Protección del personal en cuanto a familiares de los pacientes	2	4
Inadecuada infraestructura para poder proporcionar la atención	3	6
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Nota: Datos extraídos de la encuesta

## 4.2 Discusión

La distribución del personal en CAE-San Martín está claramente centrada en el Departamento de emergencia, lo que es lógico dado su rol crítico en la atención al paciente. Otras áreas clave como Limpieza y Farmacia también tienen una representación significativa, lo que subraya la importancia de estos servicios en el funcionamiento diario de la unidad. Las áreas de Transporte, Laboratorio, y Administración están representadas de manera acorde con sus necesidades específicas, apoyando el conjunto general de servicios que la unidad proporciona.

La tabla refleja una distribución diversa del personal en la unidad CAE-San Martín, con una mayor concentración en roles clínicos como médicos y enfermeras, así como roles esenciales como limpieza y farmacia. Esta diversidad es clave para el funcionamiento efectivo de la unidad, asegurando que todas las áreas necesarias para la atención integral de los pacientes estén cubiertas.

El análisis de los datos sobre la cultura de seguridad del paciente revela varias áreas de fortaleza y debilidad dentro de la organización. Dentro de las fortalezas identificadas de la presente investigación en comparación se obtuvo que la dimensión “Trabajo en equipo” (79%) y “Transferencias e intercambio de información (81%) destacan como las áreas más fuertes. Esto sugiere que los equipos dentro de la organización colaboran de manera efectiva y que la comunicación durante las transiciones es adecuada. La apertura a la comunicación (76%) y Aprendizaje organizacional – mejora continua (76%) también son puntos positivos, lo que indica un entorno en el que la comunicación es relativamente abierta y la organización está comprometida con la mejora continua.

Esto concuerda con la investigación de Zhong et al.(40)., en donde encontraron 3 dimensiones positivas más altas "Aprendizaje organizacional y mejora continua" (92,9%), "Trabajo en equipo dentro de las unidades" (89,7%) y "Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente" (83,7%), mientras que las 3 dimensiones de respuesta positiva más bajas incluyeron "Frecuencia de eventos reportados" (43,9%), "Respuesta no punitiva al error" (51,1%), "Apertura de la comunicación" (52,2%) y "Dotación de personal" (53,7%).

Datos similares obtuvieron Camacho-Rodríguez et al.(41). Las dimensiones más positivas para la cultura de seguridad del paciente fueron "aprendizaje organizacional: mejora continua" y "trabajo en equipo dentro de las unidades", mientras que las menos positivas fueron "respuesta no punitiva al error" y "dotación de personal".

Otro aspecto de importancia relacionado con el clima de seguridad es la notificación de eventos de seguridad del paciente que para la presente investigación fue extremadamente bajo (9%), una señal preocupante ya que puede sugerir que los empleados pueden no sentirse seguros o motivados para reportar errores o eventos adversos, lo cual es crítico para mejorar la seguridad del paciente. Esto contrasta con los datos obtenidos en una revisión sistemática que incluyeron 33 artículos de diferentes países en donde las dimensiones más débiles fueron “Respuesta no punitiva a error, “Dotación de personal”, “Traspaso y transiciones”. (42)

La “Respuesta al error” (34%) y “Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente” (52%) también son áreas débiles. Esto indica que la organización podría no estar respondiendo de manera adecuada a los errores y que el liderazgo hospitalario no está brindando suficiente apoyo a la seguridad del paciente. Según Zhong et al.(40)., concluyeron que retroalimentación y las comunicaciones inadecuadas sobre el error y la falta de apertura de la comunicación son desafíos clave para la seguridad del paciente en la prestación de atención en este hospital. Los resultados de esta encuesta de referencia indican la necesidad de modificar el enfoque y prestar atención al contexto a la hora de diseñar intervenciones destinadas a mejorar la cultura de seguridad en esta organización.

Para Khosravizadeh et al.(43), en su análisis concluyeron que los gerentes y responsables de la formulación de políticas deben adoptar un enfoque no punitivo ante los errores, fomentando un ambiente en el que el personal se sienta seguro al informar sobre incidentes. Al enfocarse en aprender de los errores en lugar de castigar, se promueve una cultura de mejora continua, donde cada error se convierte en una oportunidad para fortalecer los procesos y la seguridad del paciente.

Con respecto a la dimensión “Reporte de Eventos”, en la presente investigación se obtuvo una baja incidencia de reporte o posiblemente una subnotificación. Esto es preocupante, ya

que en un entorno de salud, es crucial que todos los eventos, incluso los menores, sean reportados para poder identificar y corregir posibles problemas antes de que escalen. Se demostró que el 23% reportaron entre 1 y 2 eventos, lo que indica que hay una minoría que sí está utilizando el sistema de reporte, pero la cantidad de eventos reportados sigue siendo baja.

Según Prieto et al.(44), uno de los principales impactos de una cultura punitiva frente a los errores es el bajo reporte de eventos, un área débil señalada en varios estudios. La creencia errónea de que solo las enfermeras pueden reportar incidentes, junto con la sobrecarga de trabajo, disminuye aún más la notificación de eventos. Este subregistro dificulta la identificación de fallos y la mejora de los procesos. Para contrarrestar esto, es crucial resaltar el carácter anónimo de las denuncias y asegurar que el instrumento de reporte esté fácilmente accesible, permitiendo a todos los profesionales reportar incidentes sin temor a represalias.

Ningún encuestado reportó más de 2 eventos, lo que podría reflejar una falta de incidentes graves o, más probablemente, una falta de cultura de reporte o temor a represalias. Esto puede sugerir una necesidad de revisar las políticas de reporte y la cultura organizacional para fomentar un ambiente donde se promueva el reporte proactivo de eventos de seguridad. Además, esta baja incidencia de reportes puede ser un indicativo de varios problemas potenciales: falta de conocimiento sobre el proceso de reporte, una cultura que no promueve el reporte de errores, o temor a consecuencias negativas. Esto representa un riesgo significativo para la seguridad del paciente, ya que sin un reporte adecuado, los problemas no pueden ser identificados ni abordados eficazmente. Es crucial que el CAE- San Martín revise sus estrategias y políticas para incentivar un mayor reporte de eventos, asegurando que el personal entienda la importancia de reportar y se sienta apoyado para hacerlo sin temor a represalias. Según algunos autores la notificación de los EA es un componente crítico de los buenos procedimientos de seguridad del paciente, que implican el descubrimiento de errores, la notificación, el análisis y las medidas correctivas. (45)

La dotación de personal y ritmo de trabajo (53%) para esta investigación se demostró como otra área débil muestra que hay preocupaciones relacionadas con el número de personal

disponible y la carga de trabajo, lo cual puede impactar negativamente en la seguridad y la calidad de la atención. Similares resultados se demostraron en otras investigaciones recientes Hellings et al y otros autores (46–48); las áreas de "Dotación de personal", "Respuesta al error" y "Reporte de eventos de seguridad del paciente" son consistentemente identificadas como las áreas más deficientes. Si bien, la insuficiente dotación de personal no solo aumenta la carga de trabajo, sino que también puede comprometer la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. La respuesta al error, cuando no es manejada de manera no punitiva, puede generar un ambiente de temor que desincentiva al personal a reportar incidentes. Además, la baja tasa de reporte de errores refleja una falta de confianza en el sistema de retroalimentación y un temor a represalias, lo que impide el aprendizaje organizacional y la mejora continua. Estas áreas críticas requieren atención urgente para fortalecer la cultura de seguridad en los hospitales.

En la actual investigación se encontró que el promedio de la medida compuesta (58%) refleja una cultura de seguridad que está en un nivel moderado, con áreas significativas para mejorar. Las principales prioridades deberían ser mejorar el reporte de eventos, fortalecer el apoyo de la gestión hospitalaria y asegurar una respuesta adecuada a los errores para avanzar hacia una cultura de seguridad más robusta.

Este análisis resalta la importancia de abordar tanto las áreas de fortaleza como de debilidad para mejorar la cultura de seguridad del paciente en la organización. Para Camacho-Rodríguez et al.(41)., tras realizar su investigación concluyó que la cultura de seguridad del paciente es un concepto poco conocido y raramente medido en la mayoría de los países de América Latina. Es crucial que los programas de formación de profesionales de la salud integren contenido sobre seguridad del paciente, enfocándose en el desarrollo de habilidades de comunicación, liderazgo y trabajo en equipo. Los autores consideran que a pesar del creciente número de hospitales con acreditación internacional en la región, sorprende la escasez de estudios al respecto, y que para mejorar la calidad en los hospitales de América Latina, la cultura de seguridad del paciente debe ser priorizada mediante políticas de salud que incluyan evaluaciones anuales para identificar y abordar áreas de mejora.

Cuando se compararon los resultados de los datos obtenidos en esta investigación sobre la

cultura de seguridad del paciente en CAE- San Martín en contraste con la base de datos AHRQ/SOPS 2022, revela tanto fortalezas como áreas críticas que requieren atención urgente.

Se destaca en esta dimensión “Transferencias e intercambio de información”, “aprendizaje organizacional – mejora continua” superando ampliamente el promedio de la base de datos AHRQ/SOPS.(39). El promedio compuesto del hospital (58%) está significativamente por debajo de la media de la base de datos SOPS (70%), lo que sugiere que, aunque existen fortalezas, la cultura de seguridad del paciente en general está en un nivel moderado y necesita mejoras sustanciales. Las áreas críticas como el reporte de eventos de seguridad, el apoyo del liderazgo y la respuesta al error deben ser abordadas para mejorar la seguridad y calidad del cuidado que se ofrece. Implementar estrategias que refuercen el liderazgo en seguridad, mejoren los sistemas de reporte y promuevan una respuesta no punitiva a los errores será esencial para alinear al CAE- San Martín con los mejores estándares de calidad en la atención. (39)

En referencia a la calificación general de la percepción de la seguridad del paciente en la unidad los resultados fueron favorables, con un alto porcentaje de calificaciones positivas (77%). Sin embargo, el 10% de calificaciones "Regular" o "Mala" sugiere la necesidad de investigar las razones detrás de estas percepciones para abordar posibles problemas y mejorar la confianza de todos los empleados en la seguridad del paciente. Este análisis subraya la importancia de mantener los estándares actuales de seguridad y de continuar implementando mejoras donde sea necesario. Una investigación similar que incluyó en su análisis a 979 encuestados (33.1%) mostraron que el personal valoraba favorablemente la cultura de seguridad del pacientes(49). Al igual que Lousada et al.(13)., en su investigación obtuvo un puntaje total de cultura de seguridad fue de 68.5%, lo que indica que los evaluados, en general, no alcanzaron un valor positivo para la cultura de seguridad (valor de corte de 75%). En esta misma línea los autores Pérez Castro Y Vázquez & Ramírez De Ángel.(12)., en su investigación demostraron que el nivel de percepción de seguridad del paciente en el hospital fue catalogado como bueno.

La distribución del tiempo trabajado muestra un equilibrio entre empleados experimentados

y personal más nuevo. Con un 38% del personal con más de 11 años de antigüedad, el hospital se beneficia de una gran experiencia y estabilidad. Sin embargo, la presencia de un 21% de empleados con menos de 1 año sugiere que es importante tener programas de inducción y apoyo para asegurar que estos nuevos empleados se integren con éxito y contribuyan de manera efectiva.

En esta línea, en una investigación reciente, la experiencia laboral relevante se relacionó fuertemente con la percepción de la cultura de seguridad del paciente. La experiencia laboral también se asoció con la calidad percibida de la atención entre las enfermeras. Se descubrió que los proveedores de atención médica más experimentados tenían una mejor comprensión de las necesidades de atención del paciente que las enfermeras menos experimentadas. (Azyabi et al., (1). Por tanto, la mezcla de diferentes niveles de antigüedad puede ser beneficiosa para fomentar tanto la continuidad y la acumulación de experiencia, lo que contribuye a mejorar la calidad del servicio y la seguridad del paciente, sin embargo la incorporación de personal nuevo aporta innovación, nuevas perspectivas y energías frescas. Esta sinergia entre experiencia e innovación es clave para mejorar la calidad de la atención y adaptarse a los cambios y desafíos del entorno institucional.

Por último, otros datos recogidos en el estudio revelan aspectos clave sobre la percepción de la seguridad del paciente y las condiciones laborales en la institución evaluada. En primer lugar, la falta de respuesta por parte del 50% de los encuestados podría ser indicativa de varios factores, como una posible cultura de silencio o temor a represalias, falta de interés, o incluso la percepción de que los comentarios no llevarán a cambios significativos. Este fenómeno subraya la importancia de fomentar una cultura organizacional donde el personal se sienta seguro y motivado para expresar sus preocupaciones sin temor a consecuencias negativas.

La identificación de la necesidad de más personal para cubrir todas las áreas (10%) y las quejas sobre la infraestructura, como la iluminación y el abastecimiento de agua (8%), reflejan desafíos en la dotación de recursos y las condiciones físicas de trabajo. Estos aspectos son fundamentales, ya que un entorno de trabajo bien equipado y adecuadamente dotado de personal es esencial para mantener altos estándares de seguridad del paciente. La insuficiencia de personal no solo puede aumentar la carga de trabajo y el estrés, sino

también incrementar la probabilidad de errores, lo que afecta directamente la calidad de la atención brindada. (33,50)

Además, la necesidad de mejorar la comunicación y la protección del personal frente a situaciones conflictivas con familiares de pacientes, así como la inadecuada infraestructura para la atención, destacan la complejidad de los retos que enfrenta la institución. Estos factores están estrechamente vinculados con la calidad del cuidado que se puede ofrecer y, por ende, con la seguridad del paciente. La falta de recursos adecuados y una infraestructura deficiente no solo comprometen la eficiencia de los servicios, sino que también pueden afectar la moral y la seguridad del personal, lo que a su vez impacta la atención al paciente. (51,52).

## CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

- El estudio en el Centro de Atención de Emergencias San Martín permitió caracterizar al personal de salud según variables socio-laborales como el cargo, la antigüedad y la interacción con pacientes. La mayoría del personal tiene un contacto directo con los pacientes y existe una distribución diversa en términos de experiencia laboral. Este análisis es crucial para entender cómo las distintas características del personal influyen en su percepción sobre la cultura de seguridad del paciente.
- En cuanto a la percepción actual sobre la cultura de seguridad, se encontró que, aunque existen fortalezas en áreas como el trabajo en equipo y la transferencia de información, persisten debilidades significativas. Dimensiones clave como el reporte de eventos adversos y la respuesta no punitiva al error muestran bajos niveles de percepción positiva, lo que indica la necesidad de mejorar estos aspectos para lograr un entorno más seguro para los pacientes.
- Los factores que más influyen en esta percepción incluyen la carga de trabajo, la falta de formación específica en seguridad del paciente y el apoyo insuficiente por parte de la gestión hospitalaria. Estas áreas representan barreras que dificultan la adopción de una cultura de seguridad sólida. Abordar estas barreras mediante capacitaciones, una gestión más comprometida y la promoción de un ambiente no punitivo son pasos necesarios para mejorar la percepción y fortalecer la cultura de seguridad en el hospital.

## 5.2 Recomendaciones

- Para FOSALUD, es necesario establecer políticas institucionales que promuevan una cultura de seguridad del paciente mediante la implementación de evaluaciones anuales de la percepción del personal. Estas evaluaciones permitirán monitorear avances, identificar áreas críticas y diseñar estrategias específicas de mejora en los distintos establecimientos.
- Para la dirección de CAE San Martín, se deberá promover un sistema de incentivos no monetarios para el personal que participe activamente en el reporte de incidentes y en programas de mejora continua. Además, fortalecer los canales de comunicación entre la dirección y los trabajadores para fomentar un ambiente de confianza y colaboración.
- Para el personal de salud se recomienda desarrollar una cultura de autoevaluación y aprendizaje continuo, fomentando la identificación y comunicación de oportunidades de mejora en los procesos de atención. Esto incluye participar en sesiones regulares de intercambio de experiencias y casos para enriquecer las buenas prácticas y minimizar riesgos.

### **5.3 Propuesta técnica**

#### ***Título:***

***“Fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital CAE-San***

#### ***Martín” Introducción***

La seguridad del paciente es un pilar fundamental en la atención sanitaria, especialmente en entornos de emergencia. A pesar de los esfuerzos realizados para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, aún se identifican áreas críticas que requieren mejoras, como el reporte de eventos adversos y la respuesta no punitiva ante errores. Esta propuesta técnica tiene como objetivo abordar estas debilidades a través de la implementación de un programa integral de capacitación y mejora de la gestión de recursos en el Hospital CAE-San Martín.

#### ***Objetivo***

1. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante la capacitación continua del personal de salud en habilidades de comunicación, liderazgo y trabajo en equipo.
2. Incrementar la tasa de reporte de eventos adversos a través de la promoción de un ambiente de reporte no punitivo y el establecimiento de sistemas de reporte anónimos y accesibles.

#### ***Desarrollo***

##### **Capacitación Continua:**

Es necesario implementar un programa de capacitación para todo el personal de salud, con módulos específicos sobre seguridad del paciente, comunicación efectiva, trabajo en equipo y liderazgo. Se deberá evaluar periódicamente la efectividad de las capacitaciones a través de encuestas de satisfacción y simulaciones en el entorno hospitalario. Esto además conllevará a fortalecer la comunicación entre administración y el personal a través de reuniones periódicas, creación de comités conjuntos y canales de comunicación directa.

Es importante que durante esta etapa se busque además evaluar las necesidades de personal en cada unidad hospitalaria para asegurar una dotación adecuada, especialmente en áreas de alta demanda como la emergencia.

### ***Sistema de Reporte No Punitivo:***

Se buscará desarrollar e implementar un sistema de reporte de eventos adversos que sea accesible y anónimo, incentivando a todo el personal a reportar sin temor a represalias. Se debe realizar campañas de sensibilización y socialización sobre la importancia del reporte de errores y cómo contribuye a la mejora continua de la calidad del servicio.

### ***Evaluación***

Se puede establecer la evaluación como indicadores de éxito:

- Aumento en la tasa de reporte de eventos adversos.
- Mejora en las evaluaciones de la cultura de seguridad del paciente a través de encuestas anuales.
- Incremento en la satisfacción del personal respecto a la gestión de recursos y la comunicación interna.

Dentro de los mecanismos de evaluación que se pueden establecer de la siguiente manera:

- Realización de auditorías periódicas para verificar la implementación y efectividad de las capacitaciones y sistemas de reporte.
- Análisis de datos de los reportes de eventos adversos para identificar tendencias y áreas de mejora.
- Realizar encuestas de satisfacción y entrevistas con el personal para evaluar el impacto de las iniciativas en la percepción de la cultura de seguridad.

## REFERENCIAS

1. Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2021;18(5):2466.
2. Figueroa Uribe AF, Hernández Ramírez J, Figueroa Uribe AF, Hernández Ramírez J. Seguridad hospitalaria, una visión de seguridad multidimensional. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. enero de 2021;21(1):169-78.
3. World Health Organization: WHO. Seguridad del paciente [Internet]. 2023 [citado 23 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
4. Jaime NN, Gonzalez-Argote J, Jaime NN, Gonzalez-Argote J. Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2021;25(5):e5229.
5. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
6. Ramírez-Martínez ME, González Pedraza-Avilés A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería Universitaria*. 1 de abril de 2017;14(2):111-7.
7. Atención de Emergencias en CAE, San Martín [Internet]. Fondo Solidario para la Salud. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://fosalud.gob.sv/servicios/centro-de-atencion-de-emergencias/>
8. Carrillo I, Mira JJ, Astier-Peña MP, Pérez-Pérez P, Caro-Mendivelso J, Olivera G, et al. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad. *Atención Primaria*. 1 de diciembre de 2020;52(10):705-11.
9. Mansour H, Sharour L. Results of survey on perception of patient safety culture among emergency nurses in Jordan: Influence of burnout, job satisfaction, turnover intention, and workload. *Journal of Healthcare Quality Research*. 1 de noviembre de 2021;36(6):370-7.
10. Alves DFB, Lorenzini E, Schmidt CR, Pai SD, Cavalheiro KA, Kolankiewicz ACB. Patient safety culture from the perspective of the multiprofessional team: an integrative review / Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional: uma revisão

- integrativa. Rev Pesqui. 2021;13:836-42.
11. Arias-Botero JH, Gómez-Arias RD, Arias-Botero JH, Gómez-Arias RD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Medicina. diciembre de 2017;31(2):180-91.
  12. Pérez Castro Y Vázquez JA, Ramirez De Angel V. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. Acta Médica Grupo Ángeles. 2021;19(2):195-203.
  13. Lousada LM, da Silva Dutra FC, da Silva BV, de Oliveira NLL, Bastos IB, de Vasconcelos PF, et al. Patient safety culture in primary and home care services. BMC Fam Pract. 12 de septiembre de 2020;21(1):188.
  14. MeléndezMogollón IC, Macías Maroto M, Álvarez González AR. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Rev Cubana de Enf. 2020;36(2):e3239.
  15. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017;28(5):785-95.
  16. Guirardello E de B, Jesus MVN de, Vieira LC, Oliveira HC, Vergilio MSTG. Nurses' perceptions about the patient safety climate in Primary Health Care. Rev Latino-Am Enfermagem. 26 de enero de 2024;32:e4092.
  17. Silva KDC, Carvalho DE, Lima JC de, Souza LA, Silva AEB de C. Factors associated with care omission and patient safety climate. Rev Gaúcha Enferm. 22 de abril de 2024;45:e20230059.
  18. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Rev Med Clin Condes. 1 de septiembre de 2017;28(5):785-95.
  19. Quintana RMB, Pérez YM, Martiatu MN, García ZTS, Armenteros ALI. Modelo del queso suizo para el sustento de la cultura de seguridad del paciente en un hospital Switzerland cheese model to support the patient safety's culture in a Cuban hospital. Rev Medisur. 2023;21(4):858.
  20. Carrión Bósquez NG, Naranjo Armijo FG, Salinas Salinas BV. El aprendizaje organizacional: conceptualizaciones, teorías e implicaciones. VE. 28 de diciembre de 2022;(12):103-13.
  21. Garavito Hernández Y. Cultura organizacional y cultura de seguridad: una revisión de la

- literatura. *Rev Colomb Salud Ocup.* 2022;12(2):e-8622.
22. Batalha EMS da S, Borges EM das N, Melleiro MM. Association between patient safety culture and professional quality of life among nursing professionals. *Rev esc enferm USP.* 8 de julio de 2024;58:e20230359.
  23. Tello-García M, Pérez-Briones NG, Torres-Fuentes B, Nuncio-Domínguez JL, Pérez-Aguirre DM, Covarrubias-Solís IF, et al. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global.* 2023;22(70):111-38.
  24. de Assis-Brito M, Teixeira-Carneiro C, Rocha-Bezerra MA, Cardoso-Rocha R, Santiago-da Rocha S, de Assis-Brito M, et al. Estrategias de comunicación efectivas entre profesionales de la salud en neonatología. *Enfermería Global.* 2022;21(67):548-91.
  25. Rangel Alvarez BP. El trabajo en equipo como fundamento en la seguridad del paciente. 2 de junio de 2019 [citado 27 de agosto de 2024]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10654/21513>
  26. Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 20 de noviembre de 2020;41:e20190288.
  27. Borges E, Fonseca C, Baptista P, Queirós C, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP. Fatiga por compasión entre las enfermeras que trabajan en una unidad de urgencias y emergencias para adultos. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet].* 2019 [citado 27 de agosto de 2024];27(E3175). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4NXfbYnVZKzGtBsbkBPGgMJ/?lang=pt>
  28. Alvarez DR, Gonzalez-Argote J, Alvarez DR, Gonzalez-Argote J. Seguridad del paciente, su percepción por el personal de enfermería en un hospital materno-infantil. *Revista Información Científica [Internet].* agosto de 2022 [citado 27 de agosto de 2024];101(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1028-99332022000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332022000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  29. Lima Da Silva P, Teles De Oliveira Gouveia M, Lima De Brito Magalhães R, Vieira De Sousa Borges B, Cardoso Rocha R, Melo Guimarães TM. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem em uma maternidade pública. *Enf Global.* 20 de septiembre de 2020;19(4):427-62.
  30. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence,

- severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 17 de julio de 2019;366:L4185.
31. Kaur A, Levinson A, Monteiro J, Carino G. The impact of errors on healthcare professionals in the critical care setting. *BMC Psiquiatría*. 2019;52:16-21.
  32. Tripathi SK, Mulkey DC. Implementing Brief Mindfulness-Based Interventions to Reduce Compassion Fatigue. *Critical Care Nurse*. 1 de octubre de 2023;43(5):32-40.
  33. Gil-Aucejo A, Martínez-Martín S, Flores-Sánchez P, Moyano-Hernández C, Sánchez-Morales P, Andrés-Martínez M, et al. Valoración de la cultura de seguridad del paciente en la UCI de un hospital de segundo nivel al finalizar la tercera oleada de COVID-19. *Enfermería Intensiva*. 1 de octubre de 2022;33(4):185-96.
  34. Peradejordi-Torres RM, Valls-Matarín J. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en un área de críticos. *Enfermería Intensiva*. 1 de julio de 2023;34(3):148-55.
  35. Maya AMS, Marín DMR. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte*. 8 de mayo de 2020;11(2):e1040.
  36. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*. septiembre de 2020;34(5):500-13.
  37. Sátiro LSP, Rodrigues CCFM, Tibúrcio MP, Oliveira PM da S, Salvador PTC de O. PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE. *Cogitare Enferm*. 22 de julio de 2024;29:e92456.
  38. Kryzanowski J, Bloomquist CD, Dunn-Pierce T, Murphy L, Clarke S, Neudorf C. Quality improvement as a population health promotion opportunity to reorient the healthcare system. *Can J Public Health*. 1 de febrero de 2019;110(1):58-61.
  39. Agency for Healthcare Research and Quality. 2022-hsops2-database-report.pdf [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services: Agency for Healthcare Research and Quality; 2022 oct [citado 13 de agosto de 2024] p. 0066. (23). Report No.: 22. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/2022-hsops2-database-report.pdf>
  40. Zhong X, Song Y, Dennis C, Slovensky DJ, Wei LY, Chen J, et al. Patient safety culture in Peking University Cancer Hospital in China: baseline assessment and comparative analysis

- for quality improvement. *BMC Health Serv Res.* 28 de diciembre de 2019;19(1):1008.
41. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 3 de noviembre de 2022;19(21):14380.
  42. Tartaglia Reis C, Guerra Paiva S, Sousa P. La cultura de seguridad del paciente: una revisión sistemática por características de la Encuesta Hospitalaria sobre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente - PubMed [Internet]. 2018 [citado 11 de agosto de 2024]. Disponible en: doi: 10.1093/intqhc/mzy080.
  43. Khosravizadeh O, Mohseni M, Baghian N, Maleki A, Hashtroudi A, Yari S. Front-line staff's perspective on patient safety culture in Iranian medical centers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Risk & Safety in Medicine.* 1 de enero de 2020;31(4):193-207.
  44. Prieto MMN, Fonseca REP da, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 20 de agosto de 2021;74:e20201315.
  45. Fassi CF, Mourajid Y, Azilagbetor DM, Sabri A, Chahboune M, Hilali A. Assessment of patient safety culture in Moroccan primary health care: a multicentric study. *BMC Nursing.* 21 de marzo de 2024;23(1):189.
  46. Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS, Vleugels A. Improving patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur.* 2010;23(5):489-506.
  47. Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, Vernal S, Pellizzari M, Seisdedos MG, et al. Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Qual.* octubre de 2023;12(4):e002362.
  48. Raeissi P, Reisi N, Nasiripour AA. Assessment of Patient Safety Culture in Iranian Academic Hospitals: Strengths and Weaknesses. *J Patient Saf.* diciembre de 2018;14(4):213-26.
  49. Ahmed FA, Asif F, Munir T, Halim MS, Feroze Ali Z, Belgaumi A, et al. Measuring the patient safety culture at a tertiary care hospital in Pakistan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMJ Open Qual.* marzo de 2023;12(1):e002029.
  50. Flores González E, Godoy Pozo J, Burgos Grob F, Salas Quijada CL. ASOCIACIÓN ENTRE EVENTOS ADVERSOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA, CULTURA DE SEGURIDAD Y COMPLEJIDAD DE PACIENTES EN UN HOSPITAL CHILENO. *Ciencia*

y enfermería [Internet]. 2021 [citado 28 de agosto de 2024];27(27). Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532021000100223&lang=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532021000100223&lang=pt)

51. Oliveira Junior NJ de, Riboldi C de O, Lourenção DC de A, Poveda V de B, Oliveira JLC de, Magalhães AMM de. Challenges of safety culture in Surgical Center: mixed methods study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 29 de julio de 2024;32:e4206.
52. Rotta ALO, Souza LP de, Carvalho M dos SGV, Silva AP da, Bandeira AG, Urbanetto J de S. Analysis of the convergence of the Safety Attitudes Questionnaire and the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Rev Bras Enferm*. 16 de diciembre de 2022;76:e20210379.

## APENDICES Y ANEXOS

### ANEXO 1. GUIA DE ENTREVISTA

#### Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Versión 2.0)

##### Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y los incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su hospital o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla "No aplica o No sabe."

- *"Seguridad del paciente" se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.*
- *Un "evento de seguridad del paciente" se define como cualquier tipo de error, equivocación, o incidente relacionado con el cuidado de salud, sin importar si causa daño al paciente.*

##### Su Cargo

#### 1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

Marque solo UNA respuesta.

##### Enfermería

- 1 Enfermera de práctica avanzada (NP, CRNA, CNS, CNM)
- 2 Enfermera vocacional con licencia (LVN, por sus siglas in inglés), Auxiliar de enfermería con licencia (LPN, por sus siglas en inglés)
- 3 Ayudante de cuidado de pacientes, Ayudante hospitalario, Ayudante de enfermería
- 4 Enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés)

##### Médico

- 5 Asistente médico
- 6 Residente, Interno
- 7 Médico

##### Otro cargo clínico

- 8 Dietista
- 9 Farmacéutico, Técnico farmacéutico
- 10 Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- 11 Psicólogo
- 12 Terapeuta Respiratorio
- 13 Trabajador social
- 14 Tecnólogo, Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)

##### Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo

- 15 Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe clínico, Administrador, Director general
- 16 Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel

##### Apoyo

- 17 Mantenimiento de instalaciones
- 18 Personal de alimentación
- 19 Personal de limpieza, Servicios ambientales
- 20 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- 21 Seguridad
- 22 Transporte
- 23 Dependiente departamental, Secretaria, Recepcionista, Personal de oficina

##### Otro

- 24 Otro, por favor, especifique:

## Su unidad/área de trabajo

2. Piense en su "unidad" como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su unidad o área de trabajo principal en este hospital?

Marque UNA respuesta.

**Varias unidades, ninguna unidad específica**

- 1 Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica

**Unidades médicas/quirúrgicas**

- 2 Unidad médica/quirúrgica combinada  
3 Unidad médica (no quirúrgica)  
4 Unidad quirúrgica

**Unidades de cuidado de pacientes**

- 5 Cardiología  
6 Departamento de emergencias, Observación, Estadía breve  
7 Gastroenterología  
8 Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos)  
9 Partos, Obstetricia y Ginecología  
10 Oncología, Hematología  
11 Pediatría (incluyendo Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos (NICU)/Unidad pediátrica de cuidados intensivos (PICU))  
12 Psiquiatría, Salud conductual  
13 Neumología  
14 Rehabilitación/Medicina física  
15 Telemetría

**Servicios quirúrgicos**

- 16 Anestesiología  
17 Endoscopia, Colonoscopia  
18 Pre Op, quirófano, PACU/Post Op, Peri Op

**Servicios clínicos**

- 19 Patología/Laboratorio  
20 Farmacia  
21 Radiología/Imágenes  
22 Terapia respiratoria  
23 Servicios sociales, Manejo de casos, Planeación de alta

**Administración/Dirección**

- 24 Administración, Dirección  
25 Servicios financieros, Facturación  
26 Recursos humanos, Capacitación  
27 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica  
28 Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes

**Servicios de apoyo**

- 29 Admisiones/Registro  
30 Personal de alimentación  
31 Servicios de limpieza, Servicios ambientales, Mantenimiento de instalaciones  
32 Servicios de seguridad  
33 Transporte

**Otro**

- 34 Otro, por favor, especifique:

### SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor 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	<input type="checkbox"/> 9
4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para 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	<input type="checkbox"/> 9
5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

**SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo (continuación)**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

**SECCIÓN B: Su supervisor, director o jefe clínico**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?

	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para 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	<input type="checkbox"/> 9
2. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

### SECCIÓN C: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca ▼	Rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría del tiempo ▼	Siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

### SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca ▼	Rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría del tiempo ▼	Siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Cuando <u>se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando un error afecta al paciente y <u>pudo haberle causado daño, pero no fue así</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

**SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente (continuación)**

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?

- a. Ninguno
- b. 1 a 2
- c. 3 a 5
- d. 6 a 10
- e. 11 o más

**SECCIÓN E: Calificación de la seguridad del paciente**

1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Mala                       | Regular                    | Buena                      | Muy Buena                  | Excelente                  |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**SECCIÓN F: Su hospital**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?

Piense en su hospital:	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para 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	<input type="checkbox"/> 9
3. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

### Preguntas generales

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?
  - a. Menos de 1 año
  - b. De 1 a 5 años
  - c. De 6 a 10 años
  - d. 11 o más años
  
2. En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?
  - a. Menos de 1 año
  - b. De 1 a 5 años
  - c. De 6 a 10 años
  - d. 11 o más años
  
3. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?
  - a. Menos de 30 horas a la semana
  - b. De 30 a 40 horas a la semana
  - c. Más de 40 horas a la semana
  
4. En su cargo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?
  - a. Sí, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
  - b. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

### Sus comentarios

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su hospital que podría influir en la seguridad del paciente.

Gracias por completar este cuestionario.

## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSGRADOS  
MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

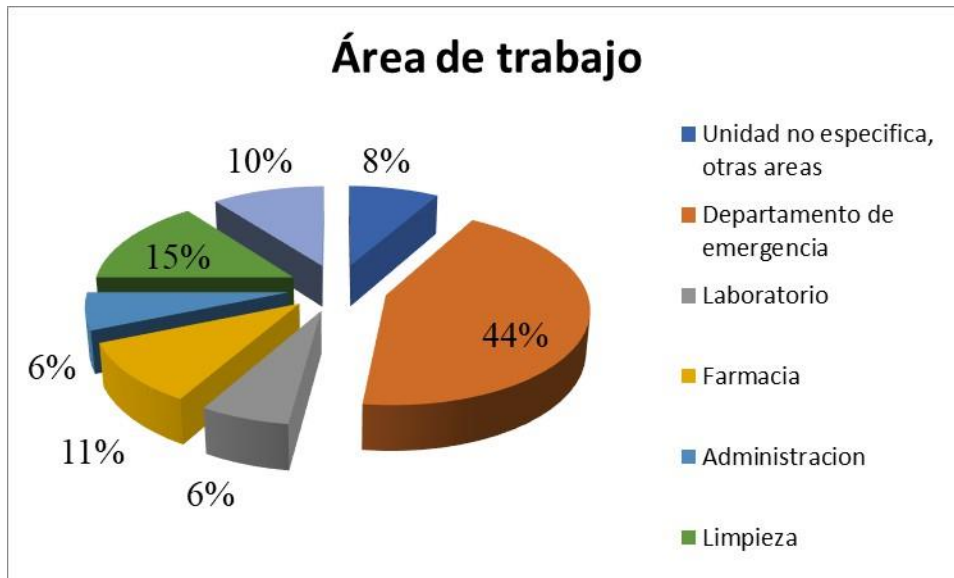
Yo \_\_\_\_\_, he leído y DOY MI CONSENTIMIENTO a los estudiantes de la Maestría en Gestión Hospitalaria de la Universidad de El Salvador aplicar instrumentos (encuesta) con fines académicos con el objetivo de evaluar la Percepción del Personal Sanitario en Cultura de Seguridad del Paciente del Centro de Atención de Emergencias San Martín.

También comprende que la información será confidencial y no afectará mi integridad. Los estudiantes se comprometen a proteger la privacidad del participante.

F. \_\_\_\_\_

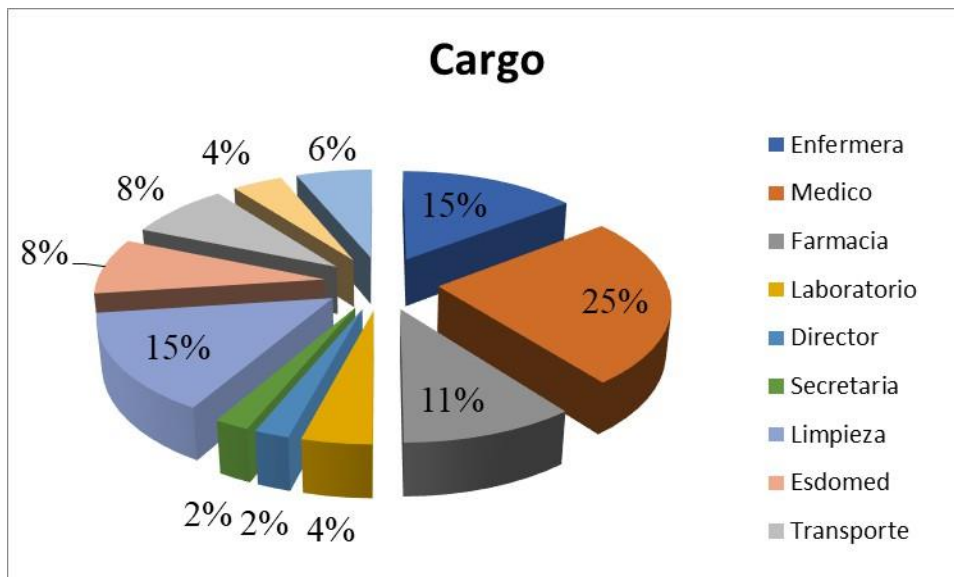
**ANEXO 3 - TABLAS Y FIGURAS DE LOS RESULTADOS**

*Figura 1. Su unidad/ área de trabajo en el CAE- San Martin*



Fuente: Datos extraídos de la encuesta

*Figura 2. Cargo laboral en el CAE- San Martin*



Fuente: Datos extraídos de la encuesta

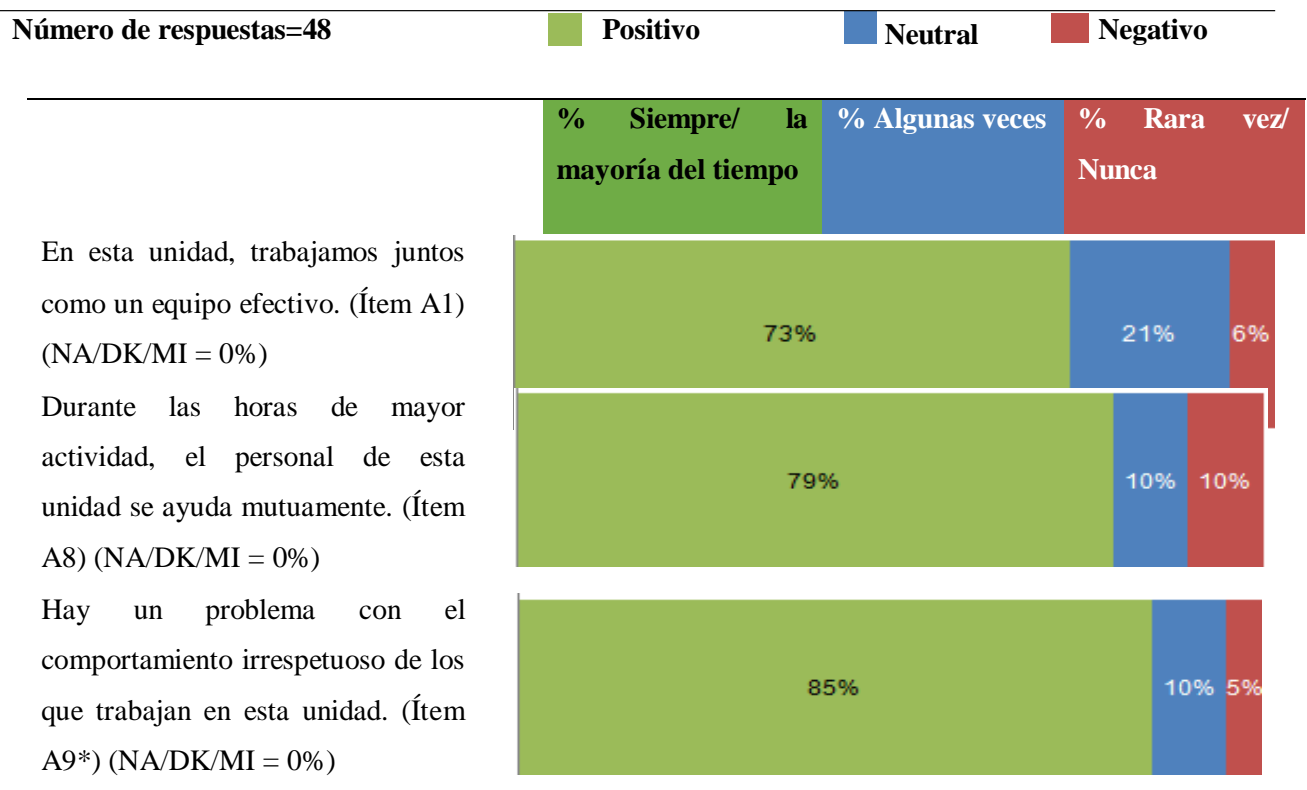
*Clasificación de frecuencia de respuesta por dimensiones.*

**Tabla 11. Apoyo del supervisor, gerente o líder clínico para la seguridad del paciente.**

Número de respuestas=48	Positivo	Neutral	Negativo
	% Muy de acuerdo / De acuerdo	% Ni de acuerdo ni en desacuerdo	% Muy en desacuerdo/ En desacuerdo
Mi supervisor, gerente o líder clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente. (Ítem B1) (NA/DK/MI = 0%)	71%	10%	19%
Mi supervisor, gerente o líder clínico toma medidas para abordar las preocupaciones de seguridad del paciente que se les presentan. (Ítem B3) (NA/DK/MI = 0%)	67%	17%	17%
Mi supervisor, gerente o líder clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de mayor actividad, incluso si eso significa tomar atajos. (Ítem B2*) (NA/DK/MI = 0%)	29%	44%	27%

Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde el % Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo; 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al redondeo; 3) NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Tabla 12. Trabajo en equipo.**



Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde % Nunca/Rara vez indica una respuesta positiva; 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al redondeo; 3) NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Tabla 13. Apertura a la comunicación**

Número de respuestas=48	Positivo	Neutral	Negativo
	% Muy de acuerdo / De acuerdo	% Ni de acuerdo ni en desacuerdo	% Muy en desacuerdo/ En desacuerdo
En esta unidad, el personal habla si ve algo que puede afectar negativamente la atención del paciente. (Ítem C4) (NA/DK/MI = 0%)	73%	10%	17%
Cuando el personal de esta unidad ve a alguien con más autoridad haciendo algo inseguro para los pacientes, hablan. (Ítem C5) (NA/DK/MI = 0%)	63%	25%	13%
Cuando el personal de esta unidad habla, aquellos con más autoridad están abiertos a sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente. (Ítem C6) (NA/DK/MI = 0%)	81%	13%	6%
En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (Ítem C7*) (NA/DK/MI = 0%)"	85%	15%	0%

Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde el % Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al

redondeo; 3)

NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Tabla 14. Reporte de eventos de seguridad del paciente**

Número de respuestas=48	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: #76923c; border: 1px solid black;"></div> <b>Positivo</b> </div> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: #4f81bd; border: 1px solid black;"></div> <b>Neutral</b>		
-------------------------	--	--	--

Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde el % Nunca/Rara vez indica una respuesta positiva; 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al redondeo; 3) NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Tabla 15. Aprendizaje organizacional – mejora continua**

Número de respuestas=48	Positivo	Neutral	Negativo
	% Muy de acuerdo / De acuerdo	% Ni de acuerdo ni en desacuerdo	% Muy en desacuerdo/ En desacuerdo
<p>Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesitan cambios para mejorar la seguridad del paciente. (Ítem A4) (NA/DK/MI = 0%)</p>	85%	6%	8%
<p>En esta unidad, se evalúan los cambios para mejorar la seguridad del paciente para ver qué tan bien funcionaron. (Artículo A12) (NA/DK/MI = 0%)</p>	71%	19%	10%
<p>Esta unidad permite que sigan ocurriendo los mismos problemas de seguridad del paciente. (Artículo A14*) (NA/DK/MI = 0%)</p>	73%	19%	8%

Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde el % Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al redondeo; 3) NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Tabla 16. Comunicación sobre el error**

Número de respuestas=48	Positivo	Neutral	Negativo
	% Siempre/ la mayoría del tiempo	% Algunas veces	% Rara vez/ Nunca
<p>Estamos informados sobre los errores que ocurren en esta unidad. (Ítem C1) (NA/DK/MI = 0%)</p>	67%	15%	19%
<p>Cuando ocurren errores en esta unidad, discutimos formas de evitar que vuelvan a suceder. (Ítem C2)(NA/DK/MI = 0%)</p>	46%	31%	23%
<p>En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se realizan en función de los informes de eventos. (Ítem C3) (NA/DK/MI = 0%)</p>	65%	15%	21%

Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde % Nunca/Rara vez indica una respuesta positiva; 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al redondeo; 3) NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Tabla 17. Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente**

Número de respuestas=48	Positivo			Neutral			Negativo		
	% Muy de acuerdo / De acuerdo			% Ni de acuerdo ni en desacuerdo			% Muy en desacuerdo/ En desacuerdo		
Las acciones de la dirección hospitalaria demuestran que la seguridad del paciente es una prioridad absoluta. (Artículo F1) (NA/DK/MI = 0%)	71%			19%			10%		
La gestión hospitalaria proporciona los recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente. (Artículo F2) (NA/DK/MI = 0%)	75%			10%			15%		
La gerencia del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso. (Artículo F3*)(NA/DK/MI = 0%)	10%			8%			81%		

Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde el % Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al redondeo; 3) NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Tabla 18. Respuesta al error**

Número de respuestas=48	Positivo	Neutral	Negativo
	% Muy de acuerdo / De acuerdo	% Ni de acuerdo ni en desacuerdo	% Muy en desacuerdo/ En desacuerdo
<p>Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en el aprendizaje en lugar de culpar a los individuos. (Ítem A10) (NA/DK/MI = 0%)</p>	56%	23%	21%
<p>En esta unidad, el personal siente que sus errores están en su contra. (Ítem A6*) (NA/DK/MI = 0%)</p>	35%	25%	40%
<p>Cuando se informa de un evento en esta unidad, se siente como si se estuviera escribiendo a la persona, no al problema. (Ítem A7*) (NA/DK/MI = 0%)</p>	35%	27%	38%
<p>En esta unidad, hay una falta de apoyo para el personal involucrado en errores de seguridad del paciente. (Ítem A13*) (NA/DK/MI = 0%)</p>	10%	25%	65%

Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde el % Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al

redondeo; 3)

NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Tabla 19. Transferencias e intercambio de información**

Número de respuestas=48		Positivo	Neutral	Negativo
		% Muy de acuerdo / De acuerdo	% Ni de acuerdo ni en desacuerdo	% Muy en desacuerdo/ En desacuerdo
Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre la atención al paciente. (Ítem F6)(NA/DK/MI = 0%)		60%	23%	17%
Al transferir pacientes de una unidad a otra, a menudo se omite información importante. (Ítem F4*)(NA/DK/MI = 0%)		90%	10%	
Durante los cambios de turno, a menudo se omite información importante sobre el cuidado del paciente. (Ítem F5*) (NA/DK/MI = 0%)		92%	8%	

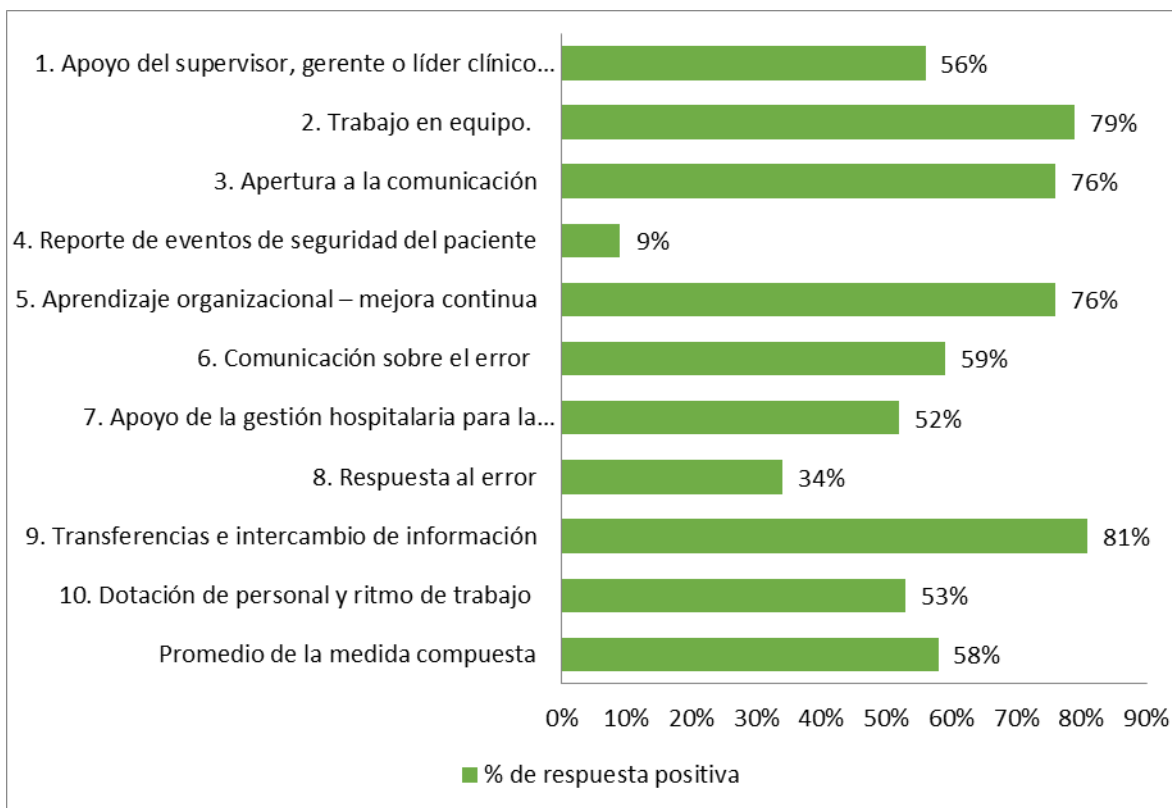
Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde el % Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al redondeo; 3) NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Tabla 20. Dotación de personal y ritmo de trabajo**

Número de respuestas=48	Positivo	Neutral	Negativo
	% Muy de acuerdo / De acuerdo	% Ni de acuerdo ni en desacuerdo	% Muy en desacuerdo/ En desacuerdo
En esta unidad, tenemos suficiente personal para manejar la carga de trabajo. (Ítem A2) (NA/DK/MI = 0%)	33%	8%	58%
El personal de esta unidad trabaja más horas de las que es mejor para la atención del paciente. (Ítem A3*) (NA/DK/MI = 0%)	21%	31%	48%
Esta unidad depende demasiado del personal temporal, flotante o PRN. (Ítem A5*) (NA/DK/MI = 0%)	85%	15%	48%
El ritmo de trabajo en esta unidad es tan apresurado que afecta negativamente a la seguridad del paciente. (Ítem A11*) (NA/DK/MI = 0%)	73%	17%	10%

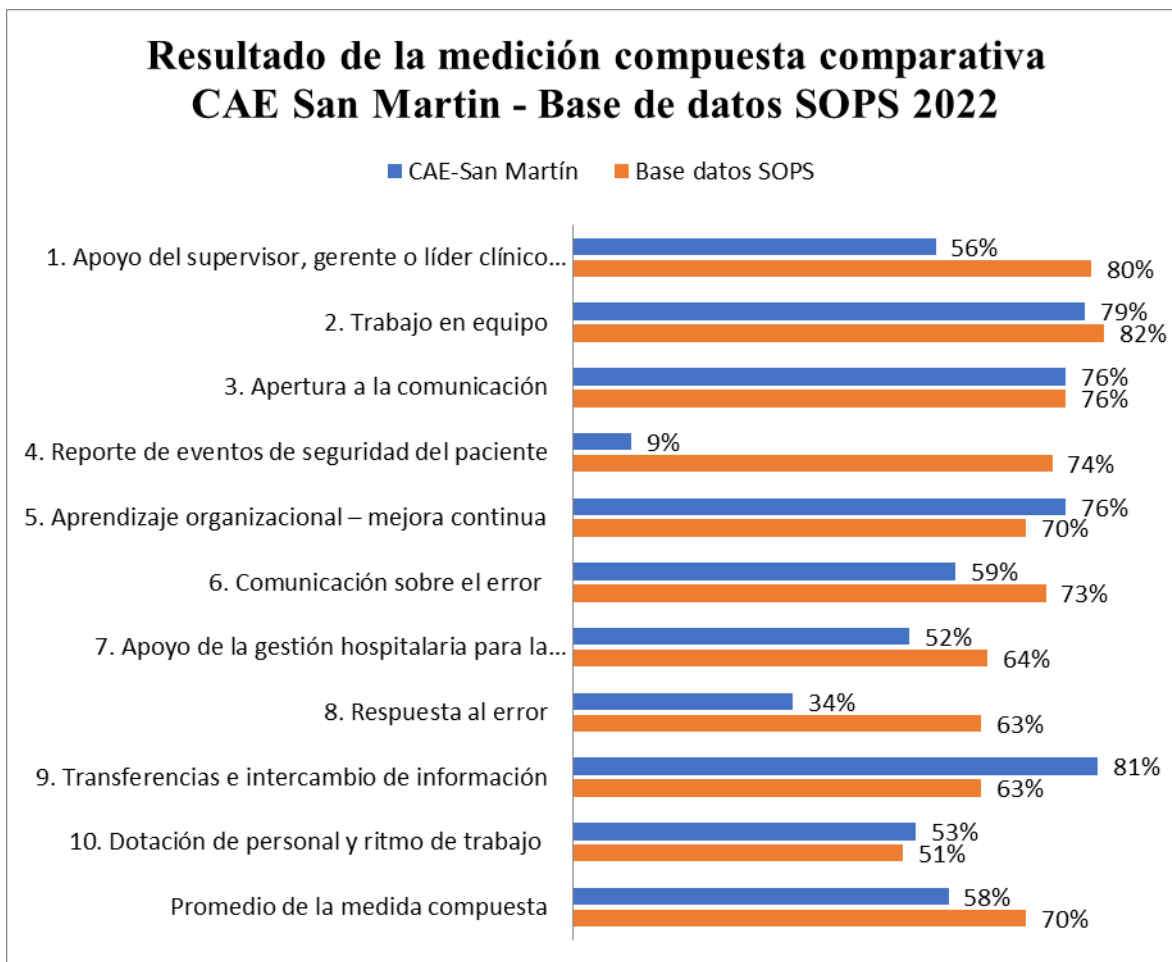
Notas: 1) Un \* denota un elemento redactado negativamente, donde el % Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo 2) Los porcentajes no pueden sumar el 100% debido al redondeo; 3) NA/DK/MI indica el porcentaje de encuestados que responden "No aplica o no sabe" o con datos faltantes.

**Figura 3. Resultados de la medición compuesta para CAE- San Martín**



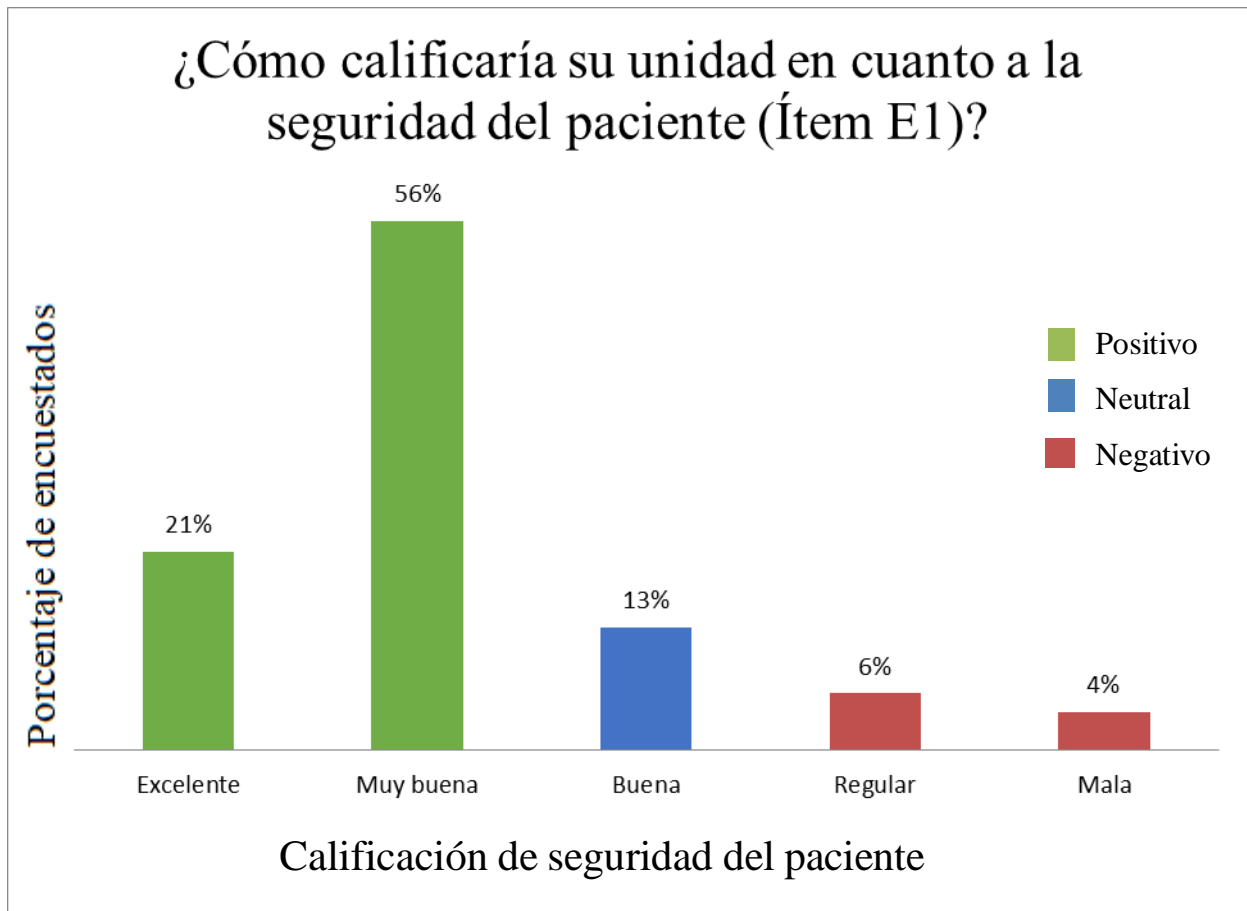
Nota: Las puntuaciones de la medida compuesta se calculan cuando los elementos de la medida compuesta tienen al menos tres encuestados y al menos la mitad de los elementos de la medida compuesta tienen puntuaciones. Para las medidas compuestas de tres ítems, debe haber puntuaciones para al menos dos de los tres ítems.

**Figura 4. Resultados de la medición compuesta para CAE- San Martín vs. Base datos SOPS 2022**



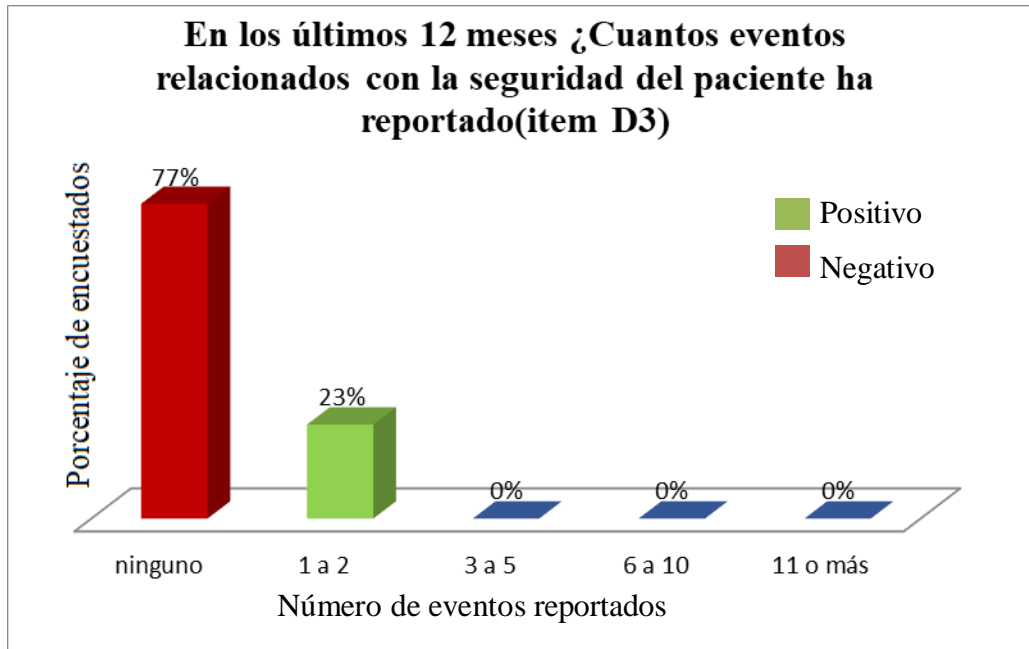
Nota: 1) Los resultados de la base de datos se basan en datos de 400 hospitales incluidos en el Informe de la base de datos SOPS Hospital 2.0 2022; 2) Las puntuaciones de las medidas compuestas se calculan cuando los ítems de la medida compuesta tienen al menos tres encuestados y al menos la mitad de los elementos de la medida compuesta tienen puntuaciones. Para las medidas compuestas de tres ítems, debe haber puntuaciones para al menos dos de los tres ítems.

*Figura 5. Calificación de Seguridad de la Paciente para CAE-San Martín*



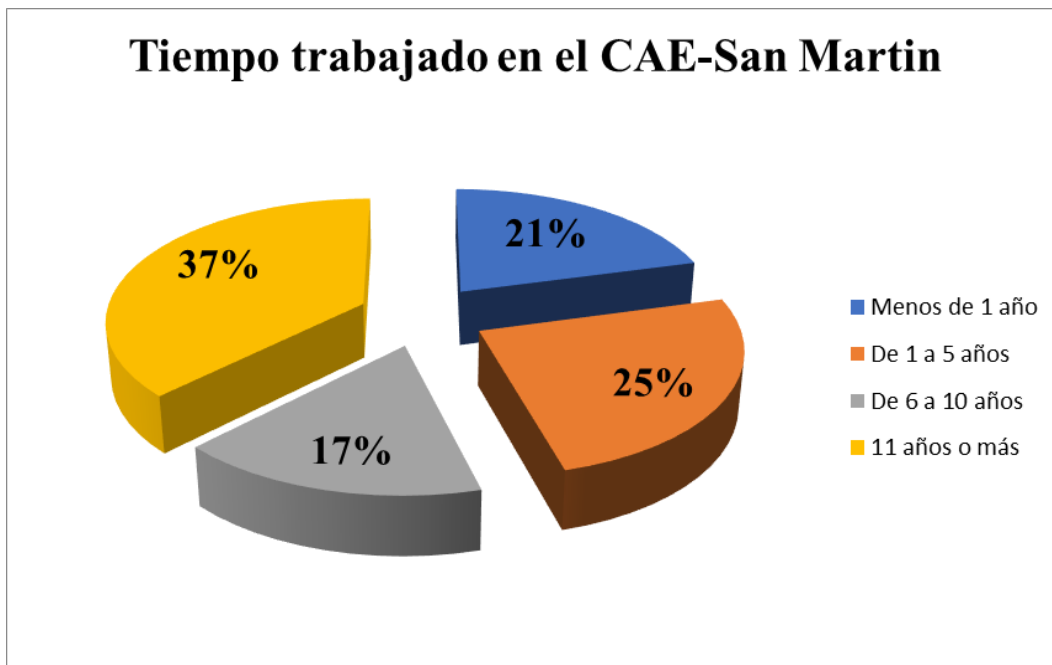
Notas: 1) Los porcentajes no pueden sumar el 100%; 2) El porcentaje positivo mostrado puede no ser igual a la suma de los porcentajes de la opción de respuesta debido al redondeo.

**Figura 6. Número de eventos de la seguridad del paciente reportados por CAE-San Martín**



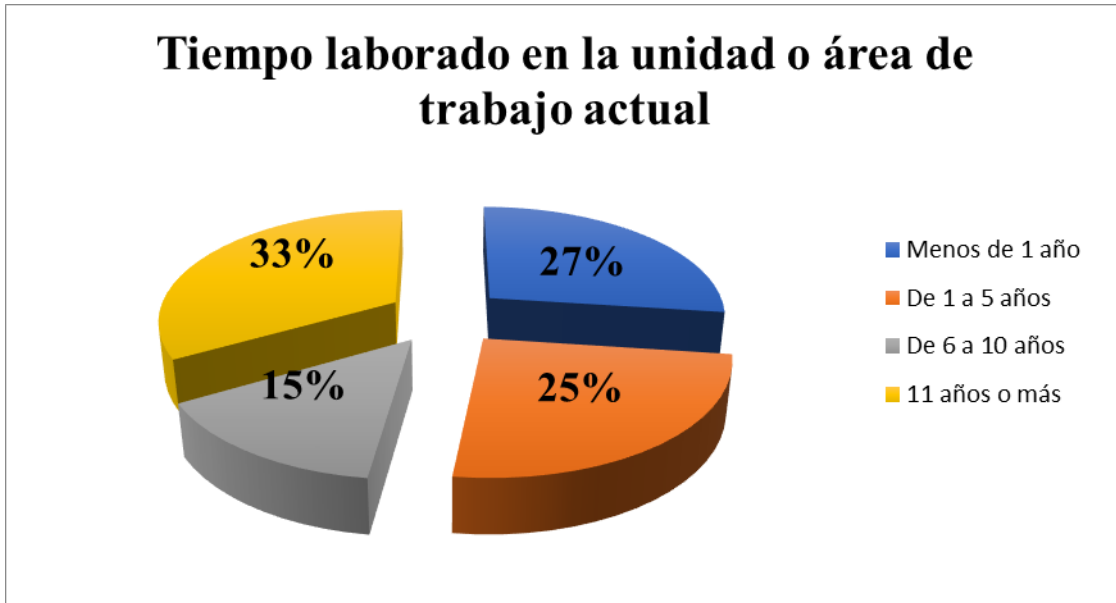
Nota: Datos extraídos de la encuesta

**Figura 7. Tiempo trabajado en CAE- San Martín**



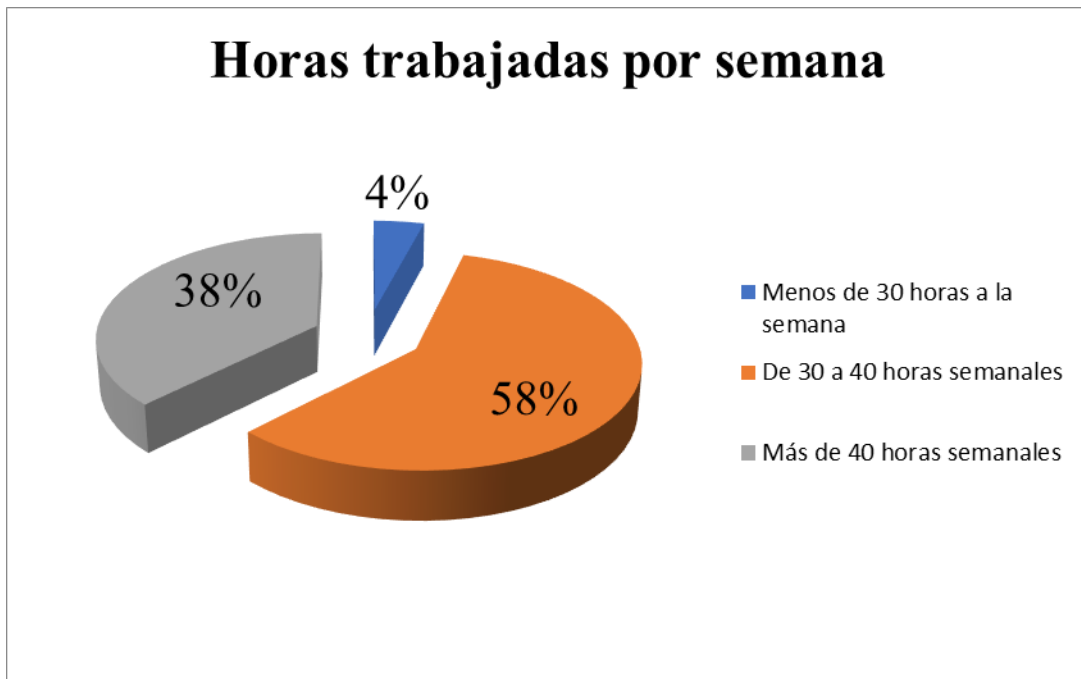
Nota: Datos extraídos de la encuesta

*Figura 8. Tiempo laborado en la unidad hospitalaria/área de trabajo actual*



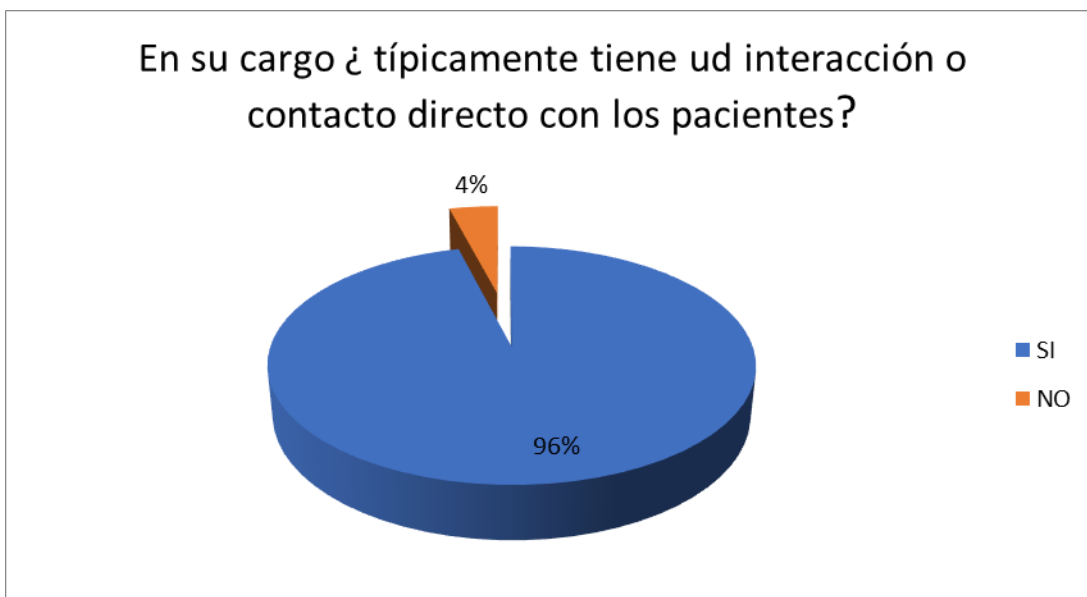
Nota: Datos extraídos de la encuesta

*Figura 9. Promedio de horas trabajadas por semana*



Nota: Datos extraídos de la encuesta

**Figura 10. Interacción o contacto del personal con los pacientes**



Nota: Datos extraídos de la encuesta