

**INVESTIGACIÓN I**

**RICHARD NELSON ROMÁN MARÍN**

**Docente**

**Luz Viviana Idarraga posada**

**Erika González Hernández**

**Viviana Andrea Ospina calderón**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD  
MANIZALES**

**2015**

## INDICE

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 2. ANTECEDENTES

### 3. SUPUESTO TEORICO

### 4. JUSTIFICACION

### 5. OBJETIVOS

#### 5.1 General

#### 5.2 Específicos

### 6. MARCO TEORICO

#### 6.1 Cultura de seguridad del paciente

#### 6.2 Teorías de la cultura de la seguridad

##### 6.2.1 Teoría de la Alta Confiabilidad en la Organización/High Reliability Organization.

##### 6.2.2 Modelo de madurez cultural

##### 6.2.3 Modelo de Donabedian de estructura, proceso y resultados.

##### 6.2.4 Teoría organizacional

##### 6.2.5 Teoría de sistemas

##### 6.2.6 Cultura de seguridad en directivos y gestores

### 7. DISEÑO METODOLOGICO

### 8. COMPONENTE ETICO

### 9. RESULTADOS Y ANALISIS

#### 9.1 ANÁLISIS DE GRAFICAS SECCIONES ADMINISTRATIVAS

##### 9.1.1 SECCION A, Área de trabajo dependencia administrativa

##### 9.1.2 SECCION B, Su jefe inmediato dependencia administrativa.

##### 9.1.3 SECCION C, Comunicación en la dependencia administrativa

##### 9.1.4 SECCION D, Grado de seguridad del paciente dependencia administrativa.

##### 9.1.5 SECCION E, Su institución dependencia administrativa.

##### 9.1.6 SECCION F, Antecedentes dependencia administrativa.

9.1.7 SECCION F, horas semana trabajadas  
dependencia administrativa

9.1.8 SECCION F, Tipo de contrato dependencia administrativa.

9.1.9 SECCION F, Interacción con pacientes dependencia  
administrativa

9.1.10 SECCION F, Tiempo en cargo actual dependencia  
administrativa.

## 9.2 ANÁLISIS GRAFICAS SECCIONES ASISTENCIALES

9.2.1 SECCION A, Área de trabajo área asistencial

9.2.2 SECCION B, Su jefe inmediato área asistencial.

9.2.3 SECCION C, Comunicación área asistencial.

9.2.4 SECCION D, Frecuencia de evento discreto/errores  
reportados área asistencial.

9.2.5 SECCION E, Grado general de seguridad del paciente área  
asistencial.

9.2.6 SECCION F, Su institución área asistencial.

9.2.7 SECCION H, Antecedentes área asistencial.

9.2.8 SECCION H, Tiempo en la institución area asistencial.

9.2.9 SECCION H, Horas semana trabajadas area asistencial.

9.2.10 SECCION H, Cargo en la institución.

9.2.11 SECCION H, Tipo de contrato area asistencial.

9.2.11 SECCION H, Interacción con pacientes area asistencial.

9.2.12 SECCION H, Tiempo en cargo actual area asistencial.

9.2.13 Considera que los pacientes son atendidos de forma  
segura.

## 10 CONCLUSIONES

## 11 RECOMENDACIONES

## 12 BIBLIOGRAFÍA

## **ESTRUCTURA GENERAL PROYECTO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La OMS estima, que en el mundo, al año son millones de pacientes los que son víctimas de prácticas médicas o atenciones inseguras, las cuales ocasionan lesiones incapacitantes o muertes. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos.

Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16.000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%.

Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la propagación de enfermedades virales, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH.

La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29.000 millones por año.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo, como Colombia, donde estas problemáticas no son ajenas a los que se vive día a día en sus hospitales y donde se ha evidenciado que el 77% de los eventos adversos corresponden a

casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables. (O M S , 2008)<sup>1</sup>

No existe cultura de seguridad del paciente, la cual está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no se experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.

En junio del año 2008 en la república de Colombia se expide la política de seguridad del paciente, siendo compatibles con los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad. Ofreciendo pautas para la orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros, requiere que la información se integre con todos los procesos de atención al paciente, que esta información tenga una difusión, despliegue y generación de conocimiento siempre con el objetivo de que los participantes de los procesos en salud desarrollen acciones enfocadas al fin propuesto, no generar daño al paciente, propender por su seguridad. (Política seguridad del paciente.2008)<sup>2</sup>

En la revisión de caracterización del problema propuesto en el lineamiento de política de seguridad del paciente a nivel nacional se tiene en cuenta el modelo explicativo y de ocurrencia del evento adverso por medio del análisis del modelo explicativo del queso suizo, en el cual se tiene en cuenta que la ocurrencia de un evento adverso es el desenlace final de una secuencia de procesos defectuosos.

Se analizaron varios estudios nacionales para evaluar la frecuencia con la cual se presentan eventos adversos y se examinaron diversas modalidades epidemiológicas, unas donde se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas y otras realizando análisis profundos por profesionales para confirmar si en el anterior tamizaje (detección de alertas) se descubre la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar e indagar la causalidad de ese evento adverso.

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados: infección nosocomial, eventos

---

- <sup>1</sup> Organización mundial de la salud, Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. (Internet). 2008. (Citado el 21 de abril de 2015). Disponible desde: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

- <sup>2</sup> Ministerio de salud, República de Colombia. Política de seguridad del paciente. (Internet) 2008 (Citado 5 de mayo de 2015) disponible desde: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>

adversos ocurridos durante intervención quirúrgica o procedimientos invasivos, eventos adversos asociado a uso de medicamentos o al cuidado de la salud.

Estudios han generado clasificación de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir desde un daño leve en el paciente hasta la incapacidad o la muerte. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia mundial la mayoría de los eventos se encuentran en la categoría leve o moderada. (Ministerio de la protección social. 2008) <sup>3</sup>

En la página web Observatorio de Calidad de la atención en salud [calidadensalud.minsalud.gov.co/](http://calidadensalud.minsalud.gov.co/) del ministerio de salud de la república de Colombia, se observa de manera clara y sencilla indicadores de gerencia del riesgo tanto de Institución Prestadora de Salud (IPS) como de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). En este indicador de calidad de gerencia del riesgo se distingue la manera en que se mide la tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas, tasa de infección intrahospitalaria y proporción de vigilancia de eventos adversos.

Cuando nos referimos a proporción de vigilancia de eventos adversos, debemos entender el aspecto general de este indicador; el cual se refiere a la seguridad de que el paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de eventos adversos en los pacientes atendidos.

Al plantear el problema de cultura de seguridad del paciente debemos tener muy claro que es un evento adverso; evento adverso: "son lesiones o complicaciones involuntarias que son causada con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles, existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de un evento adverso. La monitorización de este indicadores debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica" (tomado de: justificación de proporción de vigilancia de eventos adversos página web: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>)

La proporción de vigilancia de eventos adversos se mide Número total de eventos adversos detectados y gestionados sobre Número total de eventos adversos detectados por 100, el resultado es el porcentaje con cifra decimal.

---

- <sup>3</sup> Ministerio de la protección social. Lineamiento de para la implementación de la política de seguridad del paciente. (internet) 2008 (Citado 5 de mayo de 2015) disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>

Se tienen en cuenta variables de cada IPS o EAPB a evaluar, estas variables son extraídas de cada unidad generadora de dato del Libro / registro de vigilancia de eventos adversos con fuente primaria del dato.

Entre los años 2008-2013 se realizó un cubo de indicadores de calidad por parte de la superintendencia nacional de salud apoyada por la SISPRO (Sistema General de Información) donde se obtuvieron los siguientes datos:

<b>Proporción de vigilancia de eventos adversos. Agregado Nacional Colombia, 2008-2013</b>	
<b>AÑO</b>	<b>TOTAL PAIS</b>
2008	85.2
2009	86.2
2010	89.0
2011	71.2
2012	8.9
2013	11.0

Se debe tener en cuenta que en año 2008 se expiden las políticas y lineamientos de seguridad del paciente, observa que en sus primeros cuatro años existencia se evidencia alta proporción de eventos adversos, después de estos cuatro años de socialización e implementación se observa un indudable un descenso del indicador, demostrando que la implementación de las políticas de seguridad del paciente en su aplicación son efectivas y eficientes en el cuidado y seguridad del paciente.

El departamento de Caldas cuenta con 0.5% de proporción de eventos adversos, con respecto a la proporción a nivel nacional que en el año 2013 fue de 11.03%. (Proporción de vigilancia eventos adversos, nivel departamental año 2013, Ministerio de salud Colombia) <sup>4</sup>

A su vez la ciudad de Manizales no ha presentado grandes índices de eventos adversos relacionados con la no cultura frente a la seguridad del paciente, es por esto que se ha buscado diferentes estrategias con el fin de atacar hospitales públicos e IPS privadas.

---

<sup>4</sup> Ministerio de salud. Observatorio de calidad de la atención en salud. Proporción de vigilancia eventos adversos, nivel departamental año 2013. (internet) 2013 disponible en:  
[http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Sistema\\_de\\_informaci%C3%B3n\\_para\\_la\\_Calidad-ONCAS.pdf#search=observatorio%2520nacional](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Sistema_de_informaci%C3%B3n_para_la_Calidad-ONCAS.pdf#search=observatorio%2520nacional)

Es así como en el segundo semestre del año 2014, el S.E.S Hospital de Caldas obtuvo el Galardón Nacional "Hospital Seguro", reconocimiento que se le otorgó solo a tres entidades, incluida la de la capital de Caldas por sus estándares financieros, de infraestructura, calidad en gestión humana y sobre todo, la seguridad en el paciente.

En el Centro Cultural y de Convenciones Teatro Los Fundadores se dieron cita cerca de 80 representantes de 133 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), para ser testigos de la fundamentación y el éxito de la Política de Seguridad en Pacientes del S.E.S Hospital de Caldas que le permitió en 2014 obtener el galardón "Hospital Seguro", un reconocimiento nacional que brinda la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (Alcaldía de Manizales, 2014)<sup>5</sup>

Más que una política, lo que este Hospital apropió fue una cultura de la seguridad, la cual evidenciaron dos auditores durante cuatro días para finalmente dictaminar que esta institución de Manizales era competente e integral en su servicio.

Pero no es suficiente que solo una de las instituciones prestadoras de servicios de salud de Manizales implemente y siembren esta cultura, es necesario que Manizales sea una ciudad de cultura de seguridad del paciente y que no sea solo un "Hospital seguro" sino una ciudad con servicios de salud segura.

---

- <sup>5</sup>Alcaldía de Manizales, Gobierno en la calle. (Internet). Manizales Caldas: (Citado el 21 de abril de 2015) Disponible desde:  
[http://www.manizales.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5131:el-ses-hospital-del-caldas-socializara-su-politica-de-seguridad-en-pacientes&catid=13&Itemid=389&lang=es](http://www.manizales.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=5131:el-ses-hospital-del-caldas-socializara-su-politica-de-seguridad-en-pacientes&catid=13&Itemid=389&lang=es)



## 2. ANTECEDENTES

El programa de investigación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ha emprendido estudios para determinar la frecuencia y el tipo de eventos adversos en más de 30 hospitales de países en desarrollo y con economías en transición. Dichos proyectos de investigación están contribuyendo a sensibilizar a los distintos actores sanitarios acerca de los problemas de seguridad del paciente y sirven así para promover medidas concretas dirigidas a reducir el riesgo de daño en los pacientes. Este programa también contribuye a fortalecer la capacidad local en investigación y aporta información valiosa para el desarrollo de la agenda global en investigación en seguridad del paciente.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente está respaldando estudios en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, con la participación de Egipto, Jordania, Marruecos, Túnez, Sudán y el Yemen, así como de Kenya y Sudáfrica en la Región de África de la OMS. También, la Alianza Mundial y el Ministro de Sanidad de España han establecido un proyecto multinacional llamado IBEAS, en colaboración con los ministerios de salud de la Argentina, Colombia, Costa Rica, México y el Perú.

El objetivo principal se basa en identificar métodos e instrumentos para fomentar la investigación en seguridad del paciente, en particular en los países en desarrollo y con economías en transición. La Alianza pone especial énfasis en los entornos con sistemas de información menos desarrollados. Entre otras alternativas, trabaja en la elaboración de métodos rápidos para la estimación del daño ocasionado por la asistencia sanitaria en dichos entornos. (OMS, 2008)<sup>6</sup>

El Estudio IBEAS (Prevalencia de eventos adversos en los hospitales de Latinoamérica) es un proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS, Ginebra), la Organización Panamericana de la Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España). En Colombia se seleccionaron doce instituciones, distribuidas en diferentes regiones del país, públicas y privadas, acreditadas, no acreditadas y en preparación para la acreditación, cuya participación permitió tener una idea

---

- <sup>6</sup> Organización mundial de la salud, Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. (Internet). 2008. (Citado el 21 de abril de 2015). Disponible desde: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

más clara del comportamiento de los eventos adversos en Colombia. Se parte de la necesidad de conocer en primer término la prevalencia de eventos adversos en los hospitales de los cinco países mencionados y del desarrollo de metodologías para definir, registrar, diagnosticar, clasificar, reportar los eventos, de tal forma que se facilite un lenguaje común frente al tema, que permita hacer comparaciones con lo que ocurre en otras regiones del mundo. Dado que otras regiones del mundo han desarrollado estudios similares de prevalencia de este tipo de eventos, el desarrollo del estudio permite articular nuestro país a las experiencias de nuestro continente y de todo el mundo. El estudio debe generar información valiosa para conocer la situación real del problema en nuestras instituciones y ofrecer propuestas de intervención que incluyan decisiones en el nivel político. El liderazgo del Ministerio de la Protección Social es un indicador claro del compromiso del país y debe servir para el desarrollo de la política de seguridad de paciente, que es un reto urgente del sistema de salud de Colombia. El estudio tiene entre otros los siguientes objetivos: 1. Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los eventos adversos (EA), y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables. 2. Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los eventos adversos. 3. Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente. 4. Incorporar a la agenda de todos los países, en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente. Desde el punto de vista metodológico.

En el año 2009, Realizó un estudio descriptivo y trasversal, el cual describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión planteados. Los resultados mostraron que la cultura de seguridad del paciente se evidencia positivamente en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra. En conclusión, el estudio reflejó que las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más

conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente. (scielo, 2011)<sup>7</sup>

Los expertos en el tema coinciden en que la mejora de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura de la organización que tiene que introducir los mecanismos necesarios para disminuir las barreras estructurales, potenciar el liderazgo, implicar a los profesionales y evaluar sin culpabilizar. Esto requiere convertir la organización en una organización inteligente con deseos de aprender que permita la identificación de los problemas, la definición de las estrategias para evitarlos, la habilidad para aprender de los errores y la aceptación de la necesidad de cambio y que proporcione los incentivos y medios necesarios para la reconfiguración cuando sea necesaria. El cambio de cultura institucional supone pasar del enfoque individual al del grupo. (Normas y calidad, 2004)<sup>8</sup>

El estudio IBEAS utilizó un doble diseño, incluyendo un estudio de prevalencia y un análisis de incidencia retrospectivo. En concreto, el estudio de prevalencia consistió en determinar, entre todos los pacientes ingresados en un día determinado (DIA 0) en los hospitales que participaron en la investigación, cuántos presentaban eventos adversos atribuibles a la asistencia sanitaria. El estudio de incidencia consistió en la revisión de las historias clínicas de una muestra al azar de un 10% de los pacientes hospitalizados el DIA 0 en los centros participantes. En los historiales médicos se buscó si en algún momento de su ingreso en el hospital (o previamente) habían sufrido daño debido a incidentes en la atención sanitaria, independientemente de si las consecuencias del incidente estaban aún presentes en el DIA 0 y se siguió al paciente hasta su alta.

Los estudios de incidencia exigen un mayor esfuerzo humano y económico que los de prevalencia. En ambos estudios, para detectar los incidentes los investigadores se ayudaron de dos herramientas: la Guía de Cribado (GC) y el Cuestionario Modular para la identificación de eventos adversos mediante la Revisión de Historias Clínicas (CM). En primer lugar, se pasaba la GC a los pacientes en estudio. Ésta servía como sistema de alerta o rastreo de posibles incidentes dañinos. Si un paciente daba positivo en uno o más de los 19 criterios de alerta de la GC, se estudiaba su caso mediante el CM. Este permitía un estudio en profundidad de las historias clínicas evaluando si

---

- <sup>7</sup>Olga G, Wendy A, Lizeth G, Jennyfer G, Erika M, Amparo S. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. (Internet). 2011, Dic. (citado el 21 de abril de 2015). Disponible desde: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300009&script=sci_arttext)

- <sup>8</sup>Rodriguez C.E. Estudio latinoamericano de atención del paciente y acreditación en salud. (Internet). Revista normas y calidad pág. 24-27 (Citado el 21 de abril de 2015)

realmente era cierto que el paciente presentaba las consecuencias de un incidente (verdadero positivo) y, en este caso, caracterizando el tipo de incidente, su gravedad, los factores asociados, si era o no evitable a juicio del revisor, etc. Lógicamente, lo habitual es que el estudio de incidencia detecte proporcionalmente muchos más incidentes dañinos que el de prevalencia, pues investiga toda la estancia del paciente en el hospital y es capaz de detectar más muertes. (W H O . 2007) <sup>9</sup>

---

- <sup>9</sup>ENEAS.OPS. Puesta en marcha de un proyecto de investigación para la Seguridad del Paciente en Centro y Sur América. (Internet). 27-31 de marzo 2007 27 (Citado el 21 de abril de 2015)  
[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

### **3. SUPUESTO TEORICO**

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo que labora en la IPS clínica Saludcoop Manizales en el año 2015.

#### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente existente en IPS clínica Saludcoop Manizales en el 2015?

#### 4. JUSTIFICACIÓN

En el transcurso de las décadas la seguridad del paciente enmarcada en el concepto de calidad, ha evolucionado conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico, la gente comete errores y el sistema de salud tiene fallas y descuidos, esto aumenta el riesgo para el paciente de sufrir daños con diferentes grados de severidad, incluso fatales, con el agravante que muchos de ellos son prevenibles, por ello es necesario realizar un estudio que nos permita identificar cual es la actitud frente a la seguridad del paciente en el personal de salud, sobre seguridad del paciente con base en las políticas establecidas en la corporación IPS clínica Saludcoop Manizales, ya que al determinar el grado de cultura dentro de la institución se puede establecer las oportunidades de mejoramiento que permitan mejorar para evitar los problemas relacionado con la seguridad del paciente, podemos establecer los riesgos que tienen los usuarios dentro de las instituciones donde se les prestan los servicios, ya que se ha establecido el recurso humano quienes laboran en el sector salud son los directamente responsables de cumplir con todos los principios establecidos por cada institución dentro de la política de seguridad del paciente.

Es importante desarrollar un análisis de discusión y acción que permita intervenir en aquellos aspectos en los cuales se cometen errores al momento de atender un paciente, unificar criterios que permitan disminuir los agravantes de salud a causa de incidentes o eventos adversos generados durante la atención, los cuales pueden ser prevenibles si se tiene un adecuado compromiso institucional por parte de quienes interviene directa o indirectamente en la prestación el servicio.

Este estudio nos permitirá determinar y conocer más a fondo el por qué se cometen errores, será útil para la institución de salud para que continuamente mejoraren la seguridad y calidad de la atención que entregan, disminuyendo al mínimo posible los eventos adversos y así obtener confianza y lealtad incondicional por parte de los pacientes y sus familiares.

Para este estudio contamos con el personal que labora en la Corporación IPS Clínica Saludcoop Manizales de las diferentes áreas asistenciales y dependencias administrativas. La literatura sobre el tema de eventos adversos es bastante amplia y muchos países del mundo están participando en iniciativas promovidas por la Organización Mundial de la Salud, que lanzó en 2004 la "Alianza mundial para la seguridad del paciente" buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y reduzcan los riesgos de presentación de eventos que ocasionen daños reversibles o irreversibles, secuelas e incluso la muerte y que no tengan

relación directa con las causas por las cuales ingresó el paciente, sino que sean más bien, dependientes de la organización y funcionamiento de los propios servicios. Es importante tener en cuenta la variedad de conceptos que se incluyen en la discusión sobre la definición de evento adverso y el alcance del concepto de seguridad del paciente. Por ejemplo, la distinción entre aquellos eventos que ocasionaron daño y aquellos que pudieron ocasionarlo, de importancia fundamental al decidir acciones de prevención o la distinción entre aquellos eventos que pudieron haber sido evitados en contraposición a aquellos que no pueden ser previsto. (Normas y calidad, 2004)<sup>10</sup>

Para la realización de este estudio contamos con el apoyo del representante legal y directivas de la institución en el proceso de investigación, pues consideran de gran importancia el estudio ya que genera conocimiento para los demás, en este caso sus colaboradores.

Adicionalmente se cuenta con instrumentos validados por el ministerio de salud, dentro de una recolección de información en una de la Sipos de Manizales que es la relacionada con la parte administrativa, esta es la parte innovadora del proyecto.

---

- <sup>10</sup>Rodríguez C.E. Estudio latinoamericano de atención del paciente y acreditación en salud. (Internet). Revista normas y calidad pág. 24-27 (Citado el 21 de abril de 2015)

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 GENERAL**

Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en los colaboradores de la corporación IPS clínica Saludcoop Manizales en el año 2015.

### **5.2 ESPECÍFICOS**

- ⊙ Realizar la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente.
- ⊙ Determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (clima, actitud, comunicación, oportunidad en reporte, prácticas interdisciplinarias) de la corporación IPS clínica Saludcoop Manizales.
- ⊙ Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente de parte de los colaboradores de la IPS.
- ⊙ Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente, en la población objeto de estudio.



## 6. MARCO TEORICO

Al entrar en el análisis minucioso del campo de la seguridad del paciente, debemos tener en cuenta, siempre y muy presente la definición de seguridad del paciente, la cual nos guíara por el extenso campo de investigación en cuanto a este tema.

### 6.1 Cultura de seguridad del paciente

#### Concepto

Si bien existen múltiples definiciones, la cultura de la seguridad de una organización de salud se define como el producto de las actitudes, competencias y patrones de comportamiento tanto individuales como colectivos que influyen en el compromiso, el estilo y el dominio de la gestión de la seguridad de una organización, la Cultura de Seguridad del Paciente según la definición adoptada en 2006 por la European Society for Quality in Health Care busca continuamente minimizar el daño al paciente que puede resultar del proceso de prestación de la asistencia sanitaria.

La seguridad del paciente se puede definir como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología basada en evidencias científicas comprobadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud, maximizar la probabilidad de interceptación cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias.<sup>11</sup>

#### Cultura organizacional

La Cultura de Seguridad del Paciente es un aspecto de la cultura organizacional que toma su base en las cuestiones de seguridad de las organizaciones. Guldenmund caracteriza la Cultura Organizacional como un constructo relativamente estable, multidimensional que depende de los valores y normas compartidas en el entorno de trabajo. Estos valores y normas afectan a las actitudes, percepciones y comportamientos de todos los miembros de la organización. Por lo tanto, la Cultura Organizacional tiene un impacto fundamental en el comportamiento en materia de seguridad y, a su vez, sobre la seguridad en las organizaciones en su conjunto. Se trata de un fenómeno multidimensional, un tronco común de conocimientos, valores y símbolos acerca de la seguridad de los pacientes.

---

<sup>11</sup> Restrepo RF. ¿Qué es un evento adverso? Calidoscopio. Boletín electrónico. Ministerio de protección Social 2007; 2: 9-10. En URL: <http://www.minproteccion-social.gov.co/vBeContent/library/documents/DocNewNo16447DocuemtenNo4178.PDF> consultado en mayo de 2015

Adaptado a partir del modelo de Cultura Organizacional de Edgar Schein, el modelo de CS consta de tres capas: la primera compuesta por unos supuestos básicos arraigados que no son accesibles para la medición; la segunda, valores y creencias en materia de seguridad y la tercera, artefactos, es decir, procedimientos y acciones que son la expresión más superficial de la cultura. Según este modelo, los supuestos básicos determinan los valores y creencias, y ambos determinan los artefactos.<sup>12</sup>

Hace poco tiempo se creía que el tema de seguridad del paciente era algo que estaba incluido en el proceso de atención de nuestros pacientes. Sin embargo, la atención en salud es complicada por las posibilidades diagnósticas y terapéuticas que aporta el desarrollo de la ciencia y la tecnología, esta complejidad hace de la atención en salud un riesgo para los pacientes y una necesidad de proporcionarles seguridad, incluyendo este tema como parte fundamental del quehacer de las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud. Hoy, la seguridad del paciente es una preocupación universal tanto en países desarrollados y subdesarrollados.

Se debe implementar una política de seguridad del paciente en una organización donde se logre atender procesos seguros y protejan a los usuarios de riesgos que se puedan evitar o mitigar, incorporar a el personal de salud en tener claro el concepto de seguridad de paciente e incluirlos activamente en una cultura de la salud. La seguridad del paciente tiene un efecto multiplicador, en el cual hay posibilidad de las organizaciones tengan un clima de seguridad proporcionando atención médica, con personal orgulloso y motivado de pertenecer a esta organización.

El conocer todo lo concerniente a seguridad del pacientes nos remonta a épocas antiguas, donde el problema de producir daño a los pacientes data del siglo XVII A.C. donde la solución a este problema era punitivo (se corta la mano del cirujano que cometía el dolor). En nuestra época la solución es más constructiva y el éxito de las acciones depende del compromiso del personal de salud, participación activa de los pacientes y el sistema general de salud.

En la evolución del ejercicio de la medicina se describen tres eras en el tema de seguridad del paciente. La primera es la era de la infalibilidad absoluta, donde la imagen del médico era incuestionable, el médico es el que cura lo que se puede curar y no se puede equivocar. Luego viene la era de la infalibilidad relativa, donde incursiona el análisis crítico, por parte de la enfermera Florence Nightingale, la cual hizo evidente que los pacientes podían ser infectados por el personal que los estaba atendiendo, en esta época se hace evidentes la

---

<sup>12</sup>Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; [Acceso 06/04/2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS%5D>. Consultado en mayo 2015

ciencia y la tecnología lo cual reforzó la convicción de que si es posible el cometer errores.

La tercera era empieza en el año 1999, cuando el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publica el libro "Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro." Donde se expone que el errar es más frecuente de lo que se pensaba y que estos errores podían producir muerte que podrían ser evitables. En la actualidad vemos como el nivel educativo y la tecnología incrementa el conocimiento de las personas que no están vinculadas al sector salud, sometiendo a juicio las acciones de los profesionales de salud.<sup>13</sup>

## **6.2 Teorías de la cultura de seguridad**

Continuando con el concepto de Cultura de Seguridad, cabe destacar que muy pocos estudios hacen explícitos aún en términos generales los fundamentos teóricos en los que desarrolla la Cultura de Seguridad.

Las cinco teorías más frecuentemente utilizadas en la revisión sistemática desarrollada por Halligan en 2011 sobre la evaluación de Cultura de seguridad del paciente son las siguientes:

### **6.2.1 Teoría de la Alta Confiabilidad en la Organización/High Reliability Organization**

Esta teoría hace referencia a que el funcionamiento de los sistemas y la gestión de los seres humanos son sistemas complejos, pero no lo suficiente como para detectar y anticiparse a los problemas generados por el sistema. Por esta razón para mejorar la confiabilidad es preciso una adecuada organización de las personas, de los procesos y de la tecnología.

### **6.2.2 Modelo de madurez cultural**

En este modelo se muestra una evolución de la cultura de la seguridad a través de cinco niveles de madurez o etapas de desarrollo, desde el de menor madurez

(Patológico) al más maduro (generador). Conocer esta información facilita el diagnóstico del nivel de madurez de las organizaciones e identifica las áreas de fortalezas y debilidades y las acciones necesarias para alcanzar el siguiente nivel.

### **Niveles de la madurez de la seguridad del paciente**

- Creadora { La gestión del riesgo siempre es parte integral de lo que hacemos }
- Proactiva { Estamos alertas ante riesgos que puedan ocurrir }

---

<sup>13</sup> Ruelas E, Sarabia O, Tovar W. Seguridad del paciente hospitalizado. México: editorial panamericana; 2007

- Calculadora { Tenemos sistemas para gestión de riesgo }
- Reactiva { Actuamos solo cuando ocurre un incidente }
- Patológica { La seguridad es una pérdida de tiempo }

### 6.2.3 Modelo de Donabedian de estructura, proceso y resultados.

Las organizaciones sanitarias pueden describirse en términos de estructura, proceso y resultados tal y como lo desarrolla el modelo de Donabedian donde se define la estructura como las condiciones en que se proporciona la atención (materiales, recursos humanos, características de la organización). El proceso incluye actividades para procurar cuidados. Y los resultados son los cambios que pueden atribuirse a la atención. Cada componente es dinámico y puede influir en los resultados de seguridad.

### 6.2.4 Teoría Organizacional

Basada en el entendimiento de la cultura corporativa, presta atención a una serie de características importantes para la organización tales como el entendimiento común, el ambiente de trabajo, el lenguaje cotidiano y las actitudes de los empleados hacia la organización.

### 6.2.5 Teoría de Sistemas

En esta teoría el estado final de un sistema puede ser alcanzado desde diferentes

condiciones iniciales y de maneras diferentes. Por lo tanto, dos organizaciones con diferentes atributos culturales pueden alcanzar potencialmente los mismos niveles de éxito en materia.<sup>14</sup>

En la 55ª Asamblea mundial de la salud de la OMS celebrada en Ginebra en el año 2002, se aprobó la resolución W HA55.18 que instó a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a consolidar sistemas científicos necesarios para mejorar la

---

<sup>14</sup> Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [Acceso 06/04/2013]. Disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS%5D>. Consultado en mayo 2015

Estrategia para la seguridad del paciente en la SSPA 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud.; 2011 [Acceso 07/09/2013]. Disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia\\_para\\_la\\_Seguridad\\_del\\_Paciente\\_2011-4.pdf%5D](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-4.pdf%5D).

Consultado en mayo 2015

seguridad y la calidad en la atención en salud, especialmente la vigilancia en los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.<sup>15</sup>

En el mes de octubre del año 2004 se puso en marcha el proyecto de la Alianza mundial para la seguridad del paciente de la OMS con el lema "Ante todo no hacer daño". La Alianza se crea para coordinar difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente a nivel mundial a través de formulación de políticas e inducir a prácticas de quehacer de una manera adecuada. También busca crear una cultura de seguridad del paciente con recurso humano competente, serio y preocupado por el paciente, que cuente con todo el apoyo necesario para prestar una asistencia segura en todos los ámbitos de la atención.

En abril del 2005, la Comisión Europea y la Dirección General de Salud y Protección General del Consumidor hicieron la declaración "seguridad del paciente: hacer que ocurra", en las que se propone a las instituciones europeas evaluar las actividades sobre la seguridad del paciente, trabajar conjuntamente con la Alianza, crear un banco europeo de evidencias con estándares y ejemplos de buena práctica, asegurando que las directrices de la Unión Europea relacionadas con productos Médicos tengan en cuenta la seguridad del paciente y desarrollen tecnología médica que se pueda aplicar a esta.<sup>16</sup>

Colombia acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General De Seguridad Social En Salud.

Teniendo en cuenta que los estudios realizados entorno a la seguridad del paciente, arrojan como resultado que el evento adverso proviene de la atención Intrahospitalaria porque los riesgos aquí son mayores, los pacientes le dan una mayor importancia y las estrategias de mejora están ampliamente documentadas. No quiere decir que los otros ámbitos de salud no presenten riesgos para la integridad de los pacientes.

Se debe actuar sobre cada parte de la atención de un paciente porque cada una tiene sus riesgos, que pueden ser en su mayoría prevenibles. Durante mucho tiempo se atribuyó el error humano a la ocurrencia de eventos adversos, actualmente el énfasis de estos eventos se centran en el sistema de atención en salud, en las deficiencias de su diseño y financiación, implementación y organización.

---

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud 57ª Asamblea mundial de la salud. Aplicación de las resoluciones (informes sobre los procesos realizados) abril 2004. En URL: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57\\_18-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/WHA57_18-sp.pdf). Consultado en mayo 2015.

<sup>16</sup> García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Consejo de enfermería de la comunidad valenciana 2007. En URL: [http://www.portalcenova.es/es/grupo/biologico/pacientes/alianza\\_mundial\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.portalcenova.es/es/grupo/biologico/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf). Consultado en mayo 2015.

Se deben pensar en estos errores están inmersos en un proceso y no de forma individual para que las soluciones o planes de mejora sean verdaderamente estrategias de calidad. Al momento de analizar un evento adverso de debe tener en cuenta dos aspectos fundamentales: si se pudo haber evitado o si la falla fue del diseño del proceso o humana. La visión del evento adverso es la suma de todos los fallos, así lo demuestra el modelo de queso suizo con el cual se analizan los eventos adversos: cuando todos los fallos se alinean se produce un accidente o evento adverso. 4

Los principales eventos adversos presentados en la atención del paciente definidos por frecuencia y severidad son: infección nosocomial, evento adverso ocurrido en intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos, eventos adversos Relacionados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos y eventos adversos asociados a cuidados de la salud.

Los sistemas de atención en salud deben coincidir de forma que permitan reducir a un mínimo los riesgos a los que están expuestos los pacientes; en este orden de ideas es fundamental el cambio de la organización hacia una cultura de seguridad del paciente que incluye tener funcionarios competentes, comprometidos y preocupados por el tema, la disminución de barreras estructurales, la formación en el liderazgo, la evaluación constructiva y no punitiva y la inclusión de todo el personal. Esta cultura lleva a tener instituciones inteligentes, que identifican problemas, definen estrategia de prevención y adquieren habilidades para aprender de los errores. Esto se traduce en un cambio hacia prácticas adecuadas y reevaluación constante que resultan en organizaciones que trabajan con calidad. 4

Observando el panorama y la legislación nacional, Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarco dentro de la normatividad de la Protección Social, formalizando así su posición de prestación de servicios de salud con calidad y avanzando hacia la obtención de resultados tangibles que hagan más seguras a las instituciones de lo que actualmente son.

En el 2006 el ministerio de protección social expidió el decreto 1011 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social En Salud, y la resolución 1446 por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Atención en Salud; con estas normas se extiende la estrategia a todo el país.

Nuestro país debe asumir el reto de generar una cultura de seguridad del paciente como una obligación moral para la protección de la autonomía

profesional y del bienestar de los pacientes y para evitar condenas de responsabilidad civil.<sup>17</sup>

El ministerio de protección social referencia una serie de terminología importante enfocada en seguridad del paciente, la cual se debe tener en cuenta para el abordaje del tema:

Evento adverso: daño no intencional causado al paciente como resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado al error.

Complicación: resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

Incidente: falla en el proceso asistencia que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.

Error asistencial: falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

Riesgo asistencial: factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado no deseable.

Practica segura: intervención tecnológica científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimizan la posibilidad de ocurrencia de un evento adverso.

Seguridad: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas para propender a disminuir el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.<sup>18</sup> La política de seguridad del paciente que desarrolla Colombia tiene tres ejes que actúan de manera armónica y complementaria: accesibilidad, calidad y eficiencia.<sup>19</sup>

Se define como el conjunto de acciones y estrategias que impulsa el ministerio de protección social para ser implementadas en instituciones prestadoras de servicios de salud que pretenden ofrecer herramientas prácticas para hacer

---

<sup>17</sup> Ministerio de la protección social. Herramientas para promover estrategias de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención en salud. Bogotá, editorial fundación FITEC 2007.

<sup>18</sup> Ministerio de protección social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. En URL: [http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg\\_paciente/Default.aspx?pageNum=0](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx?pageNum=0). Consultado en mayo 2015.

<sup>19</sup> Ministerio de protección social. Política de seguridad del paciente. En URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewNo16051DocumentNo3949.pdf> consultado en mayo 2015.

más seguros los procesos de atención, impactar en la mejoría de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud. Incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. A partir de ese análisis se hace el diseño y se implementan las prácticas seguras en las instituciones.

20

#### **6.2.6 Cultura de seguridad en directivos y gestores**

A lo largo del tiempo, diversos estudios han concluido que las actitudes, percepciones, expectativas y acciones de la dirección de los hospitales con respecto a la seguridad del paciente son una dimensión esencial de la cultura de seguridad. Además, todas ellas se cree que influyen muy directamente en las percepciones, actitudes y comportamientos del personal de la organización hacia la propia Cultura de seguridad del paciente

Ya en 1997, Reason escribe sobre la importancia de las acciones de los directivos en crear fuerzas impulsoras para desarrollar prácticas seguras resumiéndolas en

Tres: el compromiso, la competencia y el conocimiento. El compromiso que requiere de motivación (es decir, una apuesta de la organización por un modelo de prácticas seguras y no solamente querer mantenerse fuera de los peligros legales), de adecuada financiación y recursos. La organización que requiere de competencia técnica necesaria para lograr sus objetivos en Seguridad del Paciente, Junto con el conocimiento de los riesgos de la Seguridad del Paciente, es decir, ya que si esta última falta, ninguna de las dos fuerzas restantes será suficiente.

Los profesionales que desarrollamos actividades de gestión en el ámbito asistencial y académico de las ciencias de la salud somos claves para promover una cultura proactiva de la seguridad del paciente y desarrollar actividades y programas efectivos y sostenibles al respecto, por ello nuestro enfoque será directamente sobre quienes inciden de manera directa sobre la seguridad del paciente, ya que de esto dependerá la evolución en el concepto de calidad en la atención en los servicios de salud.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Espinal, M. Yepez, L. García, L. Seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos. Universidad Ces. Facultad de Medicina. Medellín 2010. En URL: C:\Users\HJ6ERUPC\Downloads\seguridad del paciente..pdf Consultado en mayo 2015.

<sup>21</sup> Saturno P.J. Seguridad del paciente. Marco conceptual. Enfoques y actividades. Manual Del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Seguridad del Paciente. Unidad Temática 33. 1ª Ed.: Universidad de Murcia; 2008. Disponible en: [http://www.ucam.edu/sites/default/files/estudios/postgrados/sociosanitaria-semipresencial/plan-de-estudios/asignaturas/11gestion\\_de\\_los\\_servicios\\_2014\\_15\\_actualizada\\_enviar.pdf](http://www.ucam.edu/sites/default/files/estudios/postgrados/sociosanitaria-semipresencial/plan-de-estudios/asignaturas/11gestion_de_los_servicios_2014_15_actualizada_enviar.pdf) consultado en mayo 2015

Gimenez, T. Analisis de la cultura de seguridad del paciente en los directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón. Tesis Doctoral. Seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es>.



## 7. DISEÑO METODOLÓGICO

Se desarrollara un proceso investigativo en el cual determinaremos la precepción de cultura de la seguridad del paciente en los colaboradores de la corporación IPS clínica Saludcoop de Manizales en lo recorrido del año 2015, IPS ubicada en el departamento de Caldas en su ciudad capital, Manizales, calle 26 número 21- 19, clínica que llega a esta ciudad en el mes de diciembre del año 2014, apropiándose y utilizando la infraestructura de la antigua y conocida organización, reconocida en la zona del eje cafetero, como la Clínica AMAN.

En esta sede de tercer nivel de complejidad se presta servicio a un promedio de 161 mil afiliados a Saludcoop EPS. 55 mil por el régimen contributivo y 106 por el régimen subsidiado.

Cuenta con servicios administrativos y asistenciales: ambulatorio, consulta externa, hospitalización, cirugía general y ortopedia, neumología, radiografía, ecografía, cardiología, laboratorio clínico.

En el estudio se tendrá en cuenta las dependencias administrativas y áreas asistenciales de la IPS clínica Saludcoop Manizales, ya que consideramos que todo el personal debe ser partícipe de la seguridad del paciente.

Para revelar la intención de la investigación, se realizara un estudio no experimental de tipo descriptivo, de corte transversal ya que este tipo de estudios nos permiten evaluar el impacto de las medidas preventivas que se realizan para favorecer la calidad en la atención de los pacientes y con base en ello, describir la frecuencia con que se presentan los eventos adversos generados por la atención en la población objeto de estudio, se llevara a cabo mediante modalidad de encuesta, la cual se realizara en un determinado momento del segundo semestre del 2015, pues este es el tiempo estipulado para la realización de la investigación.

La muestra será tomada de manera aleatoria, la cual será conformada por 142 de participantes (100 del área asistencial y 42 dependencias administrativas) colaboradores de la institución, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión: laborar en la IPS objeto de estudio, trabajadores que tengan y no tengan contacto con pacientes que asistan a sus instalaciones y hagan uso de sus servicios. Ejemplo: (Recolectores de desechos orgánicos e inorgánicos,

transporte y acarreo de insumos, facturadores, empleados de soci - aseo, personal encargado de la alimentación a pacientes, personal asistencial, personal de mantenimiento biomédico, conductor de la ambulancia)

Se tiene en cuenta como criterios de exclusión en el proyecto: personas que se nieguen a colaborar con el estudio, pintores, maestro de obra, pacientes.

En el proceso de investigación continuamente se analiza la muestra a estudiar y se hacen los respectivos ajustes, para obtener datos confiables, sin sesgos en la información aportada por la población objeto de estudio.

Se ha diseñado una herramienta encuesta tipo cuestionario, el cual nos concede de manera más confiable la percepción que tiene los colaboradores de la institución en cuanto a la cultura de la seguridad del paciente y consecutivamente establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente.

La herramienta que se utiliza en el momento de la recolección de información, es una herramienta que tiene la habilidad de arrojar datos que dan la posibilidad de determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente, tales como el clima laboral, la actitud personal, la comunicación interpersonal, la oportunidad en reportar el evento adverso y la integración prácticas interdisciplinarias.

Esta herramienta es validada en el proceso de obtención de información del estudio para medir el nivel de confiabilidad en el momento de la recolección y tabulación del dato, ya que debe ser datos con calidad y confiabilidad óptimas.

La recolección de datos se realiza en las instalaciones de la IPS con el personal objeto de estudio, de antemano se explica a cada uno de los participantes el objetivo de la investigación, se recuerda la importancia de que la información sea veraz y objetiva, se indica la confidencialidad de los datos los cuales serán utilizados con propósitos académicos investigativos.

Con los datos recolectados, se realiza tabulación, análisis e interpretación de estos y se establece el grado general de percepción en seguridad del paciente de parte de los colaboradores de la IPS que hacen parte del proyecto de investigación, así obtenemos información en cuanto la frecuencia de eventos o errores reportados en la IPS en el periodo de tiempo examinado, relacionados con cultura de seguridad del paciente.

En el proceso de recolección de datos se tiene en cuenta el consentimiento informado por parte del representante legal de la institución objeto de estudio, exponiendo ante ellos el objetivo de la investigación y los beneficios en cuanto a conocimiento de cultura de seguridad del paciente entre sus colaboradores.

## **8. COMPONENTE ETICO**

El estudio fue ejecutado teniendo en cuenta los principios éticos propios de los procesos investigativos, buscando el beneficio y la justicia en la información para las instituciones. Para Salucoop EPS se diseñó una solicitud al Gerente de la IPS, con el fin de obtener autorización sobre información de cada uno de los sujetos aplicando principios de confidencialidad y respeto.

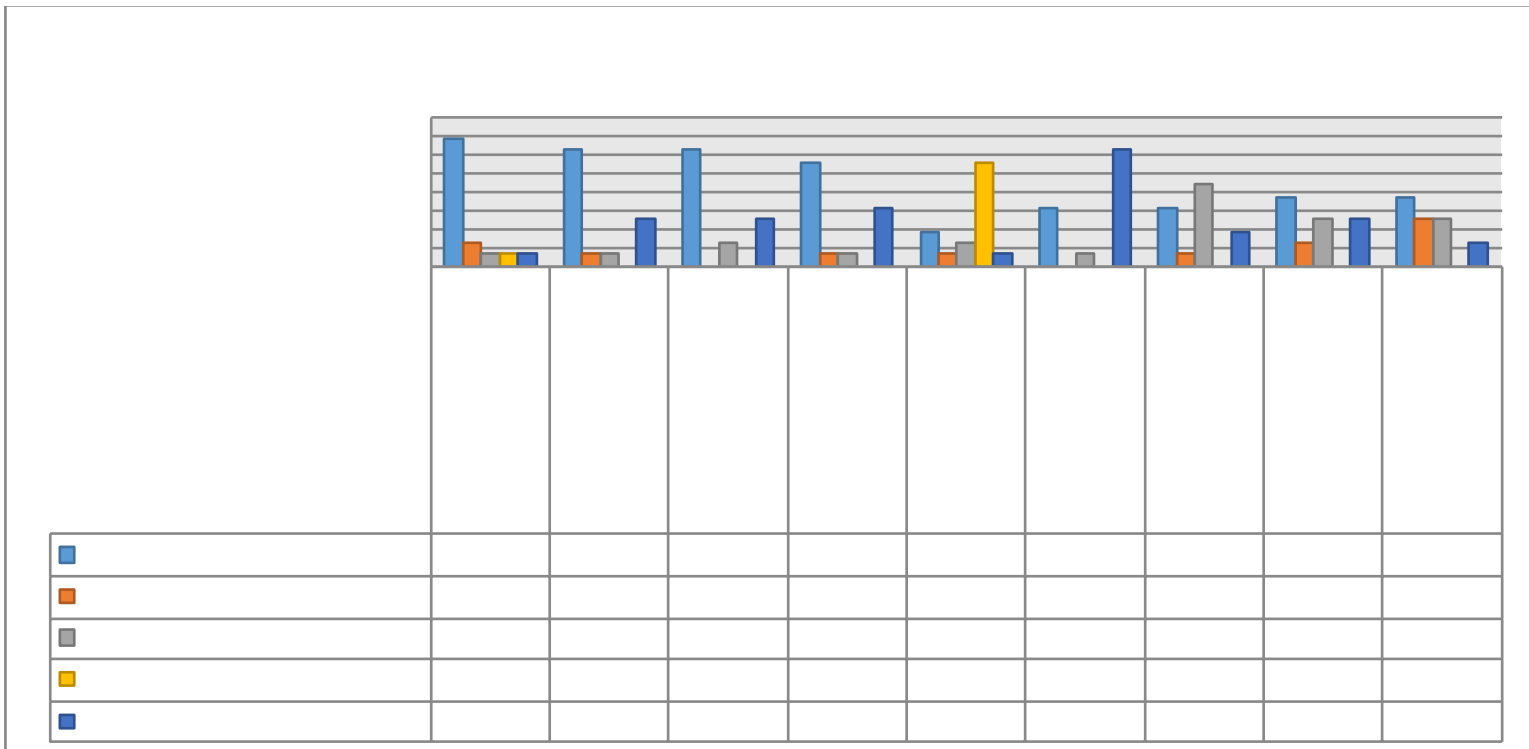
## 9. RESULTADOS Y ANALISIS

Para realizar el estudio del presente proyecto, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

- En esta sede se presta servicio a un promedio de 161 mil afiliados a Saludcoop EPS. 55 mil por el régimen contributivo y 106 por el régimen subsidiado.
- En el estudio se tuvieron en cuenta las dependencias administrativas y áreas asistenciales de la IPS Clínica Saludcoop Manizales, ya que consideramos que todo el personal debe ser partícipe de la seguridad del paciente.
- La muestra se tomaba de manera aleatoria, la cual fue conformada por 92 de participantes (76 del área asistencial y 16 dependencias administrativas) colaboradores de la institución.
- Con los datos recolectados, se realiza tabulación, análisis e interpretación de estos y se establece el grado general de percepción en seguridad del paciente de parte de los colaboradores de la IPS

### 9.1 ANÁLISIS DE GRAFICAS SECCIONES ADMINISTRATIVAS

#### 9.1.1 SECCION A, Área de trabajo dependencia administrativa

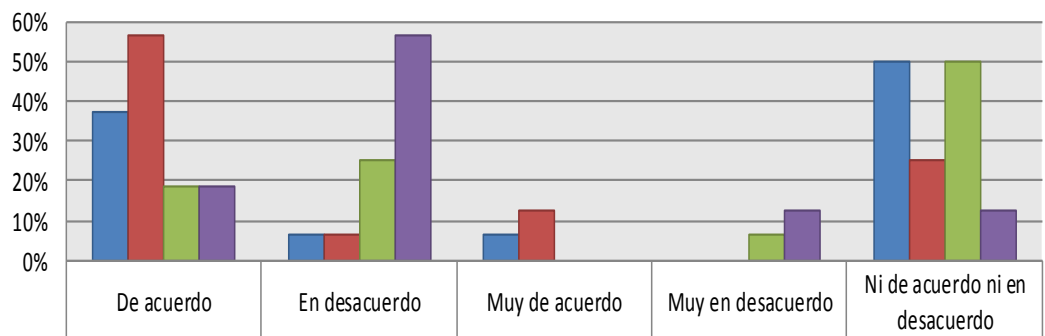


**ANÁLISIS :**

En cuanto al área de trabajo podemos decir que la mayoría del personal coinciden en que el recurso humano y la manera como lo realizan el trabajo es acorde a las necesidades y que existe respeto entre ellos un porcentaje bajo le preocupa que los errores que cometen queden en sus hojas de vida, de acuerdo a lo expresado por el personal, se deberían implementar más estrategias que permitan evitar que se comentan errores.

**9.1.2 SECCION B, Su jefe inmediato dependencia administrativa.**

**Seccion B, Su jefe inmediato(Administrativa)**



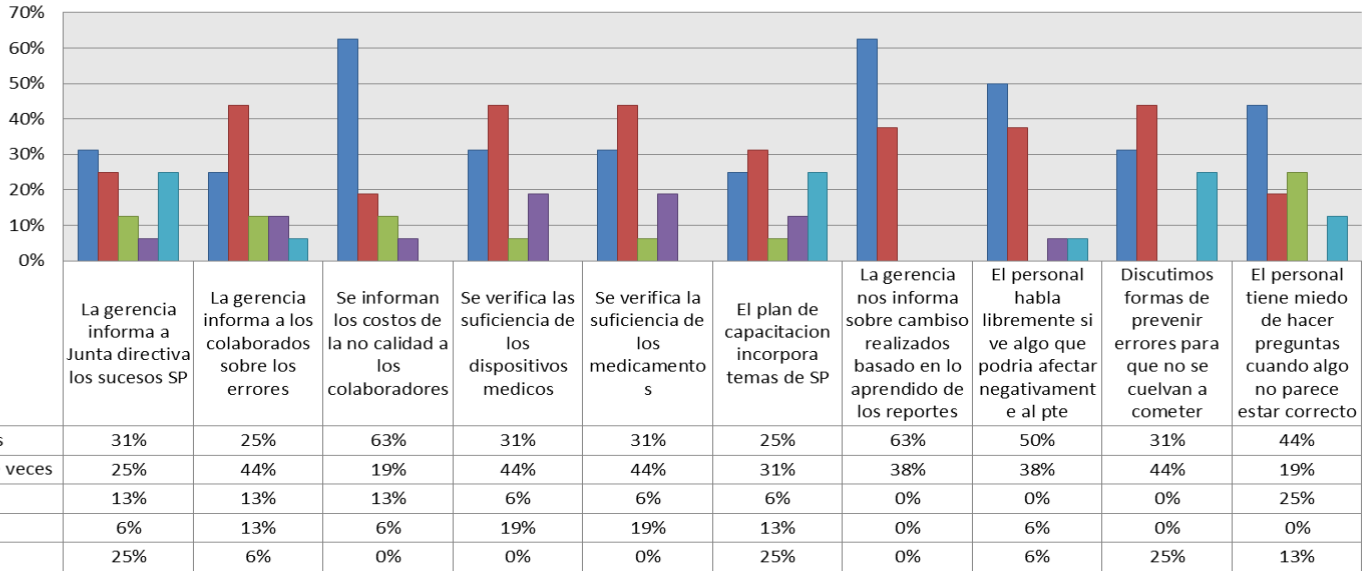
	De acuerdo	En desacuerdo	Muy de acuerdo	Muy en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
■ Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo a lo establecido	38%	6%	6%	0%	50%
■ Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar SP	56%	6%	13%	0%	25%
■ Cuando la presion aumenta, mi jefe quiere que trabajemos mas rapido	19%	25%	0%	6%	50%
■ Mi jefe no toma en cuenta los problemas de SP que se repiten	19%	56%	0%	13%	13%

**ANÁLISIS :**

En cuanto a la opinión sobre el jefe inmediato una parte significativa de los empleados consideran que su jefe hace buenos comentarios cuando el trabajo se realiza de la manera adecuada, acepta sugerencias y otra parte de los empleados se abstuvieron de opinar frente al tema, en general se tiene un buen concepto sobre el jefe inmediato y con referente a lo expresado el personal debe trabajar más rápido cuando existen mecanismos de presión.

9.1.3 SECCION C, Comunicación en la dependencia administrativa.

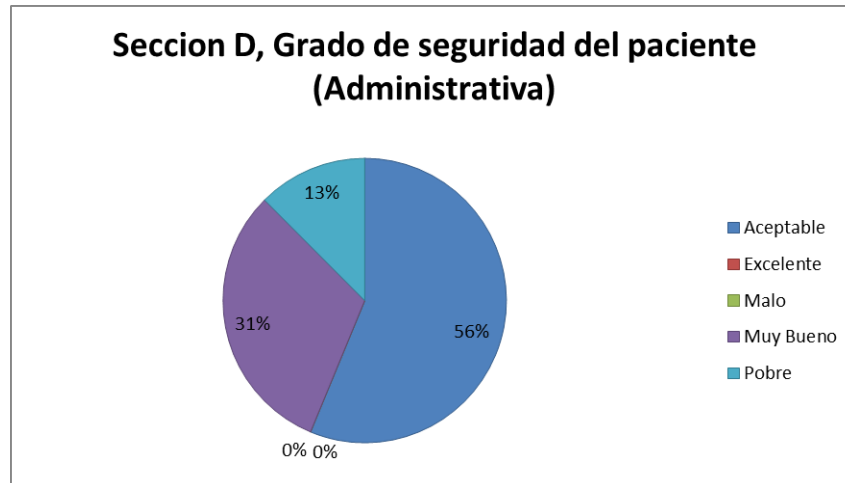
**Seccion C, Comunicacion (Administrativa)**



**ANÁLISIS :**

En cuanto a la comunicación, los trabajadores en su gran mayoría coinciden en que la información que se les da por parte de la gerencia es esporádica, una gran parte opinan también que si se les da dicha información, en este aspecto las apreciaciones en general son favorables para la información que se les brinda, solo un porcentaje pequeño opinaron que rara vez o nunca se les brinda información o se les da a conocer las nuevas estrategias frente al mejoramiento, teniendo en cuenta que los trabajadores expresan de manera libre las dificultades que observan frente a la atención de pacientes y que se discute frecuentemente la manera de prevenir futuros errores o evitar que los mismos se repitan.

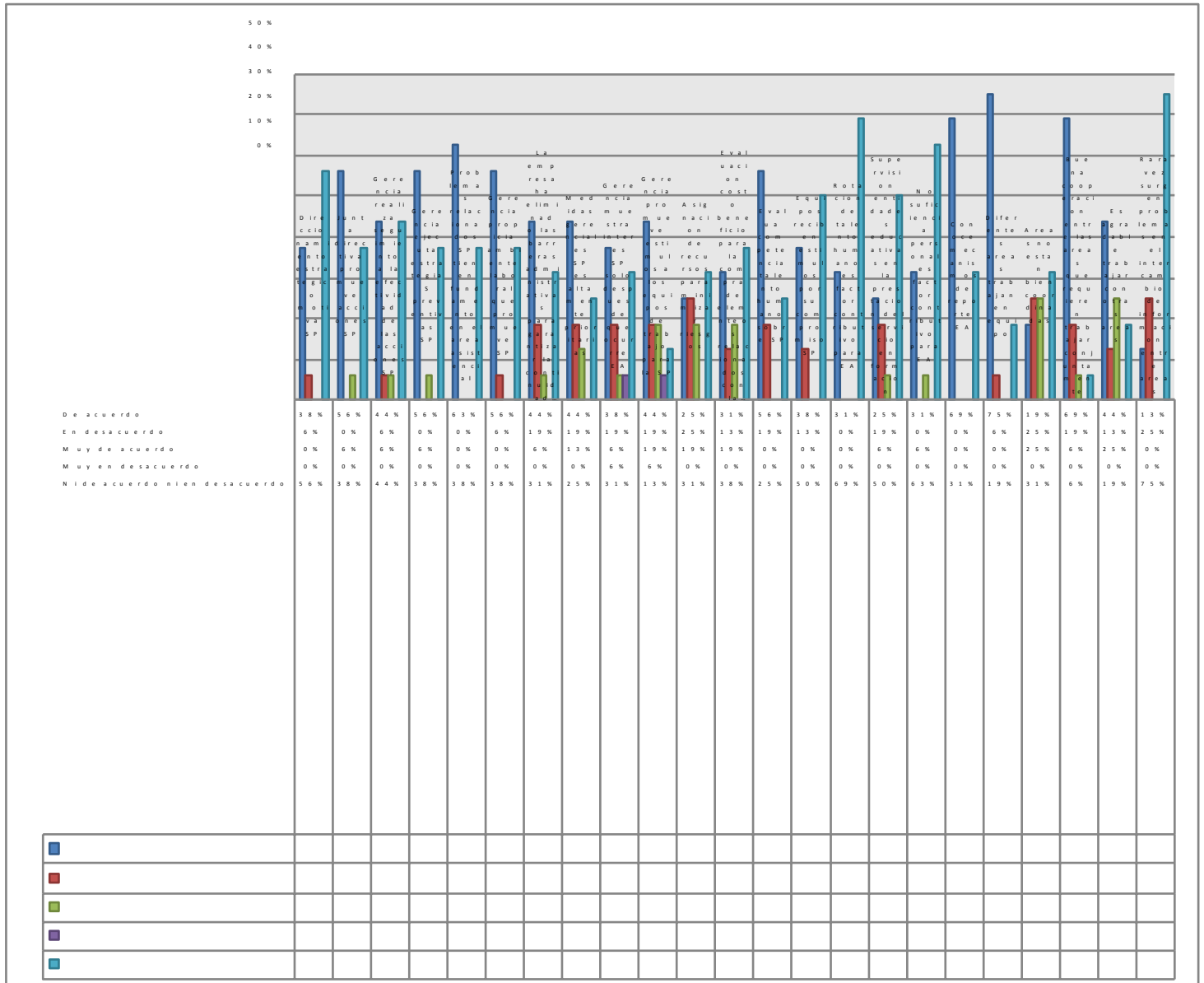
9.1.4 SECCION D, Grado de seguridad del paciente dependencia administrativa.



**ANÁLISIS:**

La gran mayoría de los trabajadores consideran que el grado de seguridad del paciente es aceptable, una tercera parte opina que es muy bueno y un porcentaje pequeño estuvieron de acuerdo en decir que es pobre, por lo que en un contexto general aunque no es mala la seguridad del paciente se debe crear estrategias de mejoramiento.

**9.1.5 SECCION E, Su institución dependencia administrativa.**

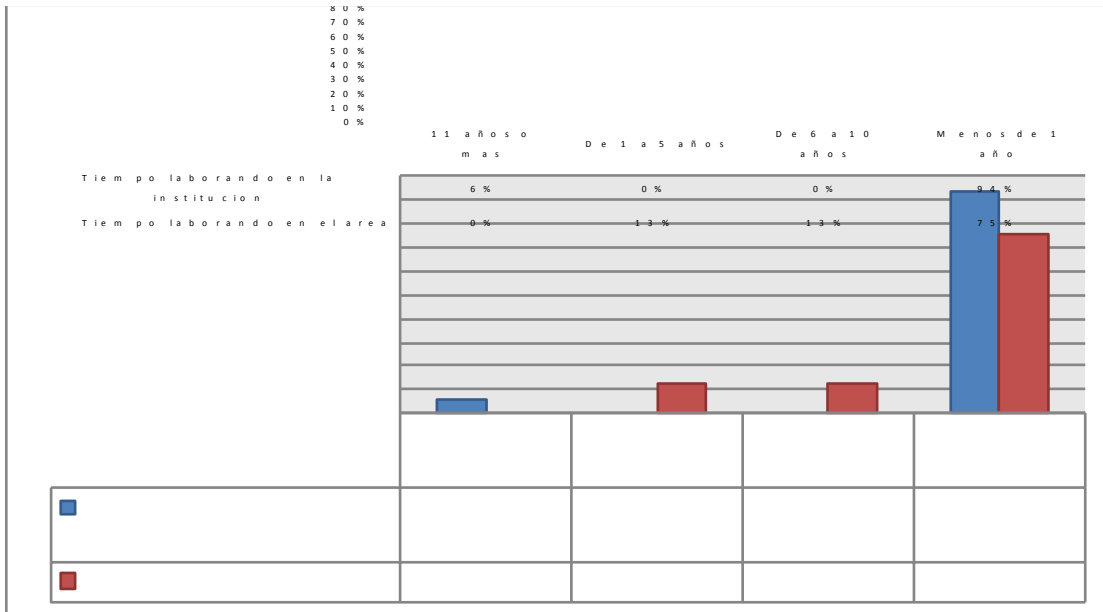


**ANÁLISIS:**

En lo referente a la institución y acerca de la manera como la gerencia maneja los mecanismos relacionados con la atención del paciente y el desempeño del trabajo por parte de los empleados y teniendo en cuenta el ambiente laboral, trabajo en equipo y todos los aspectos relacionados con el talento humano, podemos deducir que los porcentajes más altos se vieron en que los trabajadores están de acuerdo en que en la institución las cosas se manejan de forma adecuada y otra gran mayoría se mostraron neutros frente a las preguntas realizadas, los demás ocupan porcentajes pequeños los cuales la mayoría están en desacuerdo.



**9.1.6 SECCION F, Antecedentes de dependencia administrativa.**



**ANÁLISIS:**

En los antecedentes del área administrativa podemos deducir que la gran mayoría de los trabajadores llevan menos de un año en la institución y área de trabajo, por lo que podría ser un factor desfavorable a la adquisición de seguridad del paciente, pues la rotación de personal es muy alta.

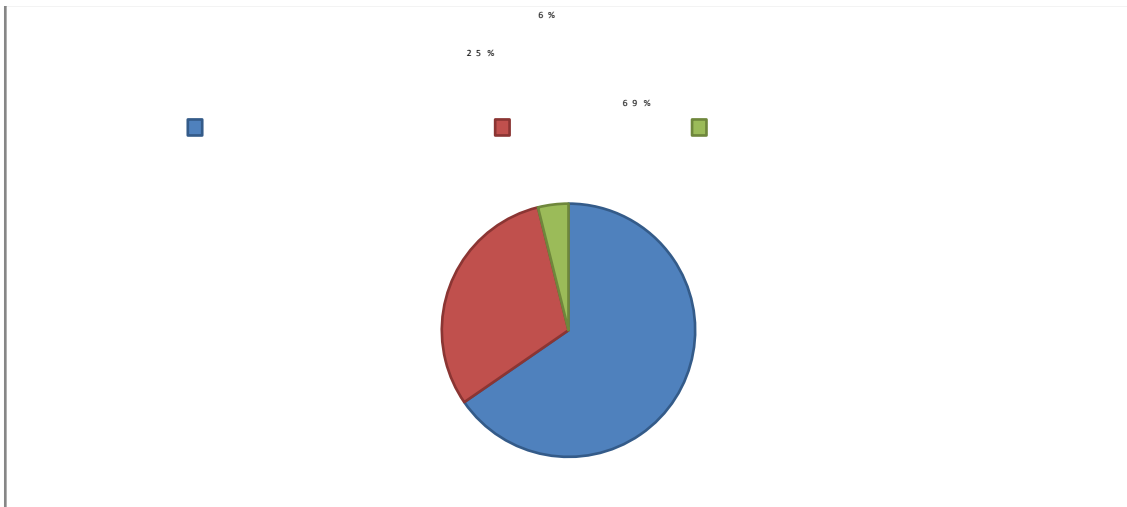
**9.1.7 SECCION F, horas semana trabajadas de dependencia administrativa**



**ANÁLISIS:**

Todos los trabajadores laboran entre 20 y 39 horas a la semana, menos de las horas que normalmente se deben laborar (48 Horas).

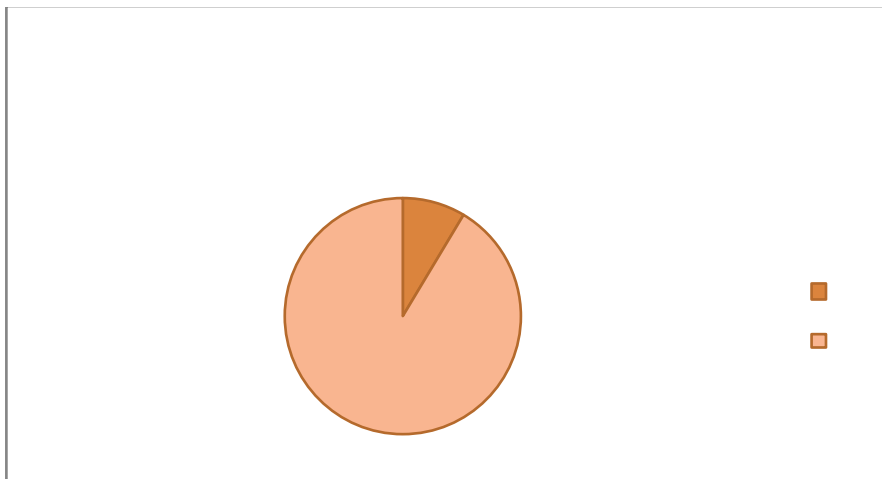
**9.1.8 SECCION F, Tipo de contrato dependencia administrativa.**



**ANÁLISIS:**

La mayoría de trabajadores del área administrativa tienen un tipo de contrato denominado carrera administrativa, seguidos por cooperativa y un menor porcentaje por prestación de servicios, es decir que aunque la llevan poco tiempo, hay buena estabilidad laboral.

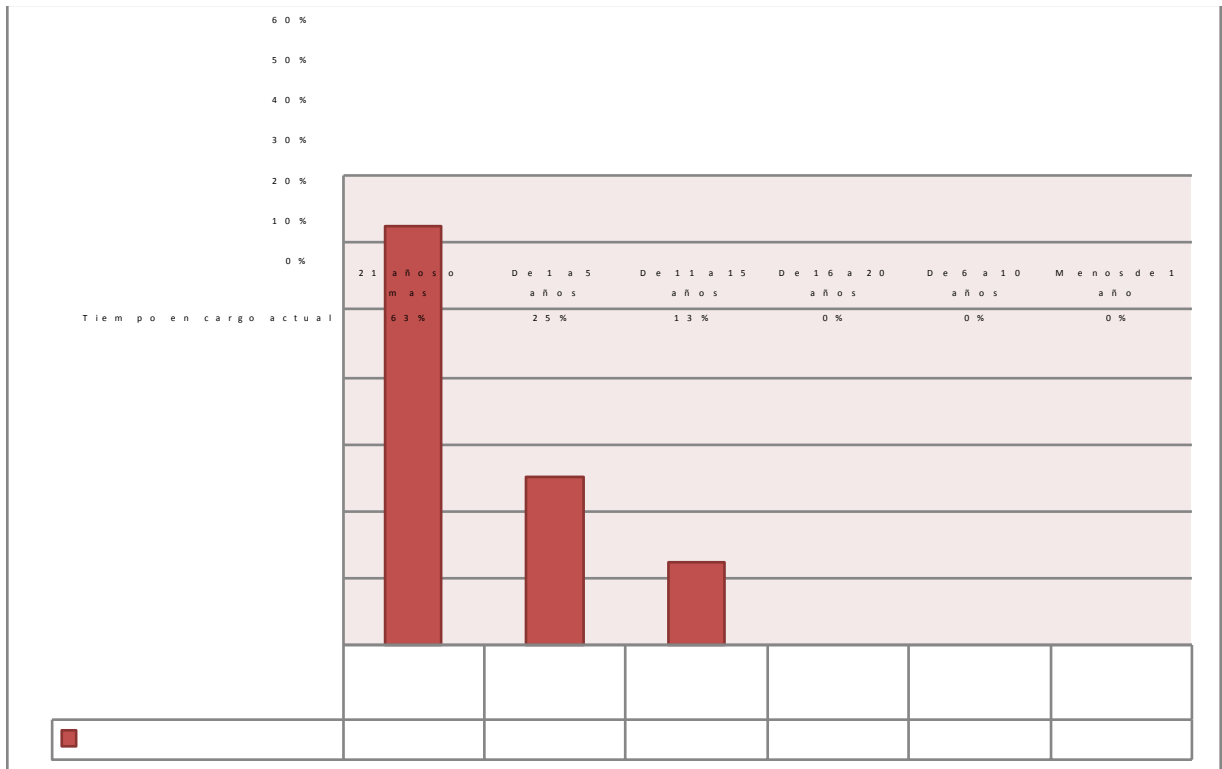
**9.1.9 SECCION F, Interacción con pacientes dependencia administrativa**



**ANÁLISIS:**

La mayor parte de los empleados del área administrativa no tienen interacción directa con los pacientes.

**9.1.10 SECCION F, Tiempo en cargo actual dependencia administrativa.**

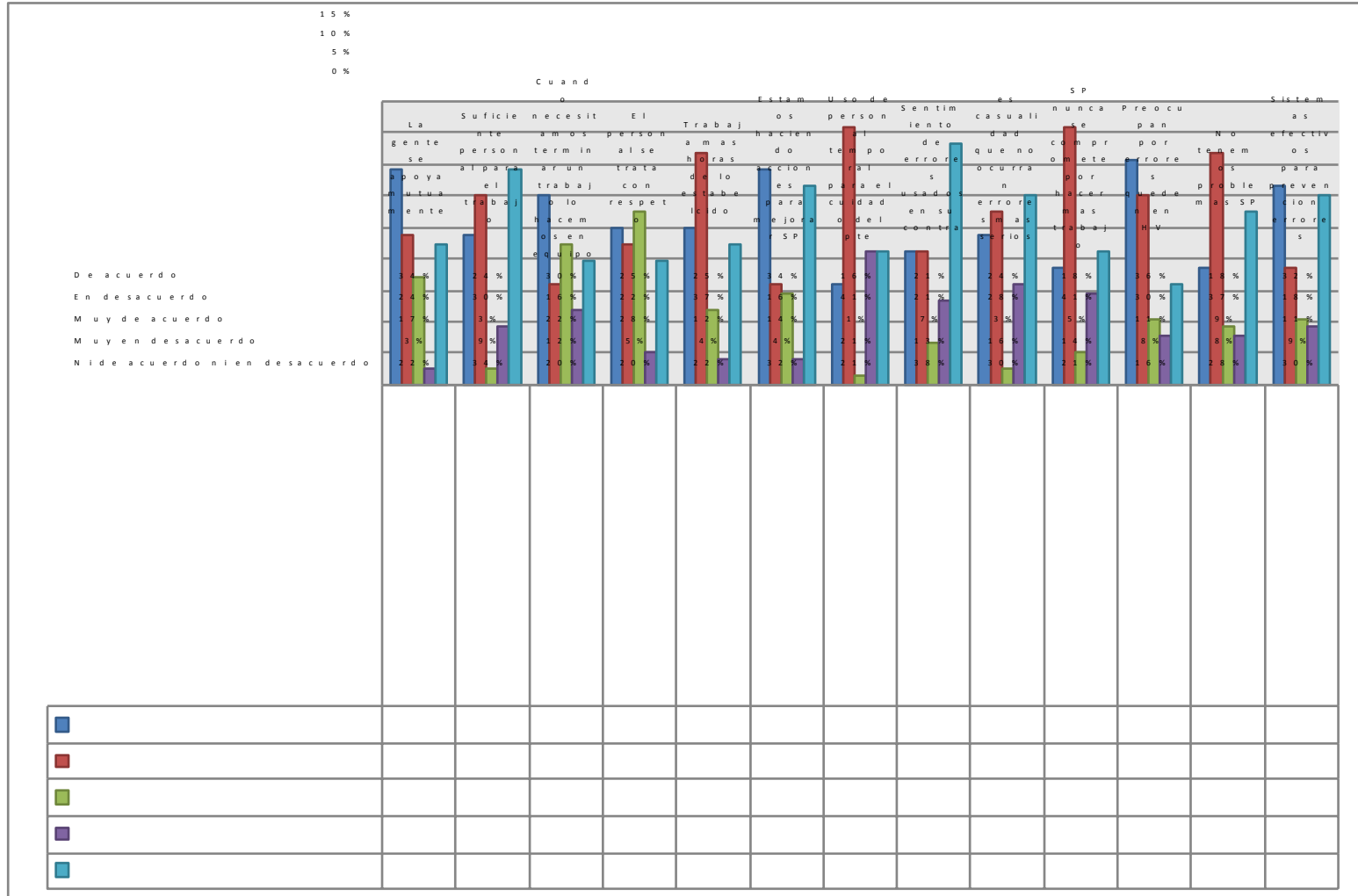


**ANÁLISIS:**

La mayor parte de la población llevan largo tiempo desempeñando su labor en cada uno de sus cargos, que corresponden a 20 años o más, la otra parte de los empleados están entre y 5 años.

## 9.2 ANÁLISIS GRÁFICAS SECCIONES ASISTENCIALES

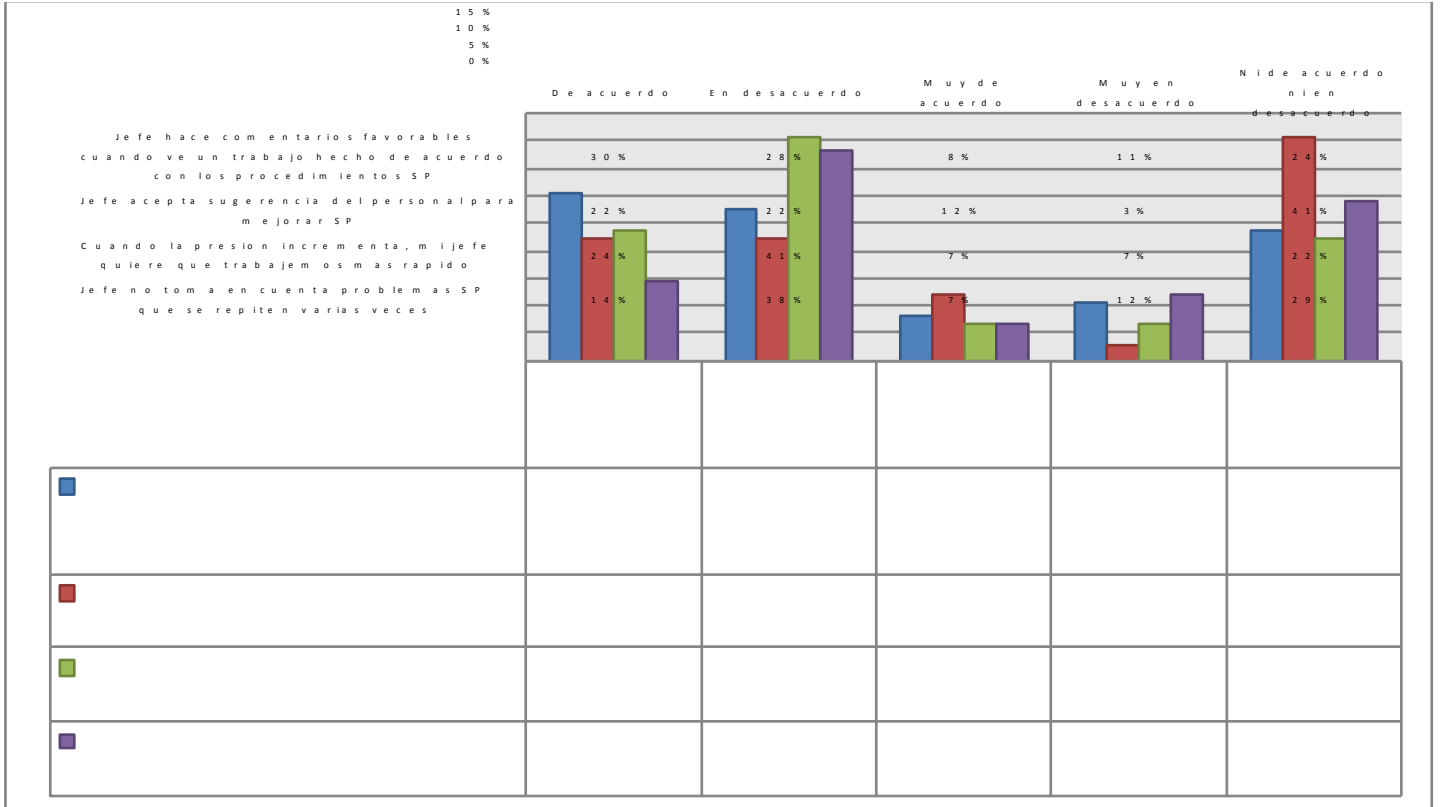
### 9.2.1 SECCION A, Área de trabajo área asistencial



#### ANÁLISIS:

En la anterior sección que se refiere al área de trabajo podemos notar que las opiniones están divididas entre aquellos trabajadores que opinan que el área de trabajo, el personal y las medidas que se toman para mejorar o prevenir errores son acordes y adecuadas, un número menor pero no muy diferente opinan lo contrario y hubo otra gran parte que se mostraron indiferentes frente al tema y las preguntas realizadas, en general y haciendo un balance podemos deducir que la mayoría están de acuerdo con que los óptimos los recursos humanos y físicos dentro de su área de trabajo.

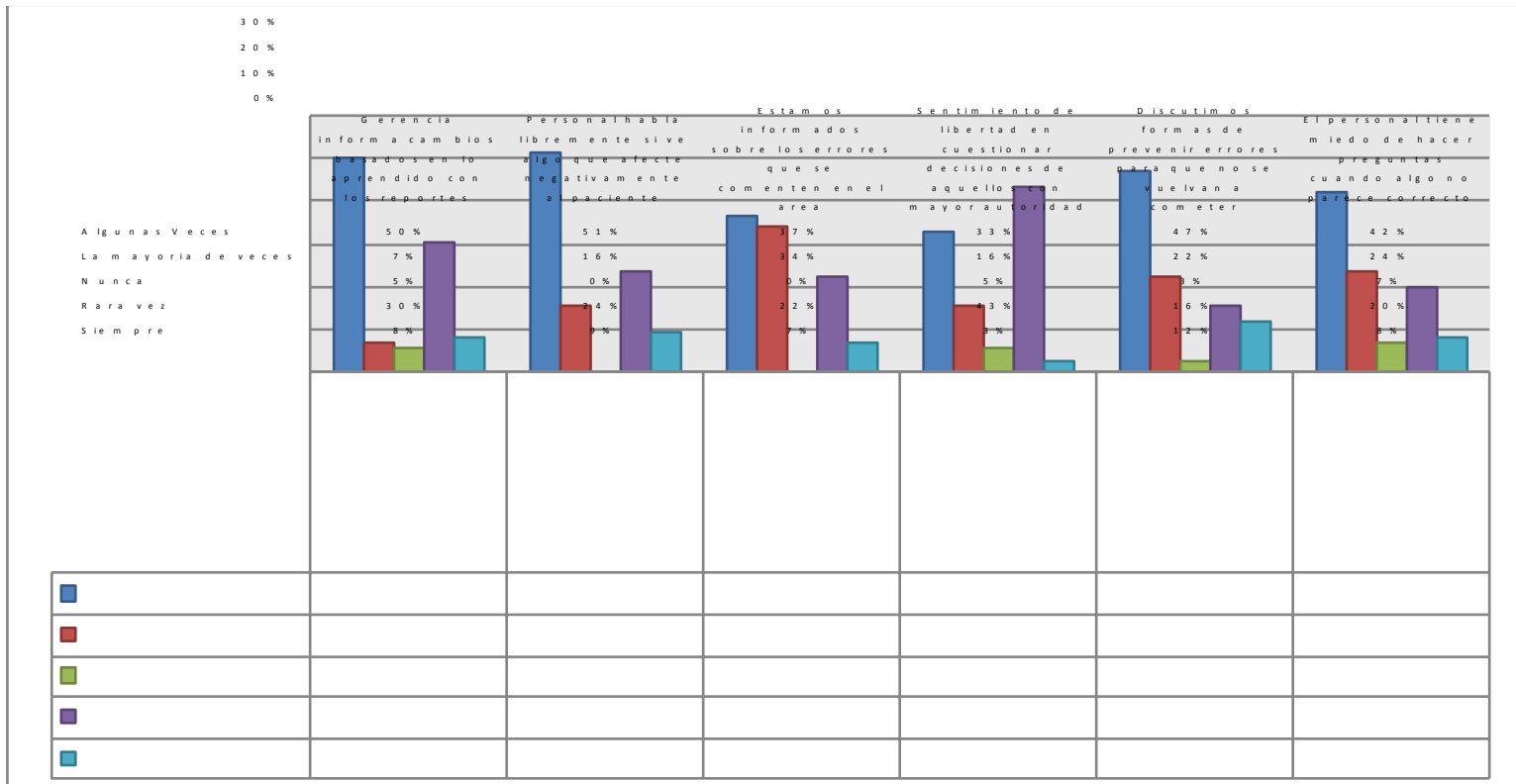
**9.2.2 SECCION B, Su jefe inmediato área asistencial.**



**ANÁLISIS:**

En esta sección que hace referencia al jefe inmediato vemos una gran variación de los conceptos que se tienen, podemos destacar que los punto más significativos para la afirmación de que el jefe hace comentarios favorables de los trabajadores, una parte importante de los encuestados están en desacuerdo con que los trabajadores tienen que trabajar más rápido cuando la presión aumenta y que su jefe no toman en cuenta los problemas que se repiten, parte de personal no está de acuerdo ni en desacuerdo en cuanto a la opinión sobre su jefe inmediato.

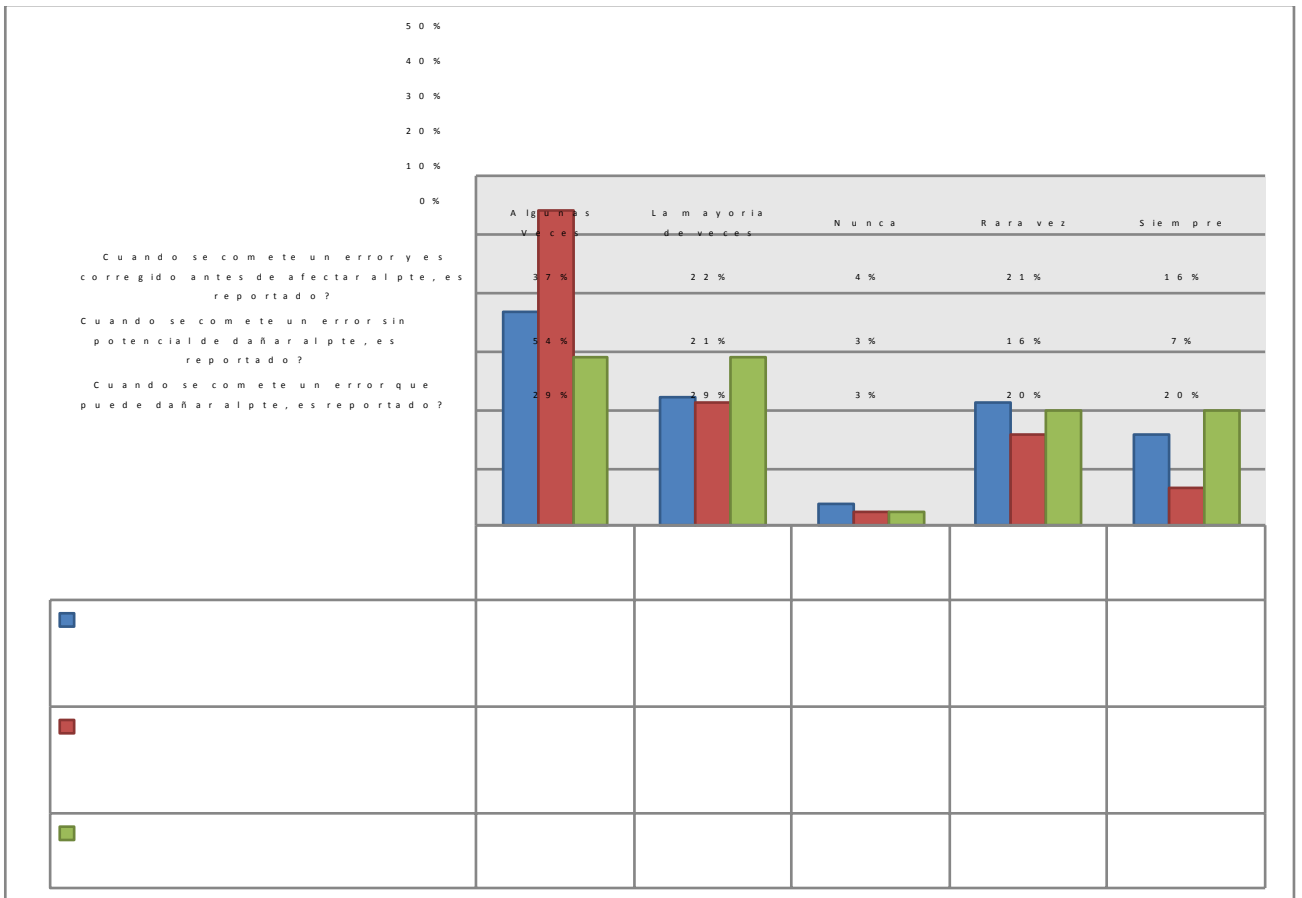
**9.2.3 SECCION C, Comunicación área asistencial.**



**ANÁLISIS:**

Frente a la sección que se refiere a la comunicación, la mayoría de los trabajadores encuestados coincidieron en que pocas o solo algunas veces la gerencia informa sobre los errores cometidos, no se tiene suficiente libertad para hacer preguntas sobre lo que consideran que no es correcto, ni tampoco se expresan cuando siente que algo negativo les está afectando, un alto porcentaje de ellos discuten la manera de cómo prevenir errores en el futuro.

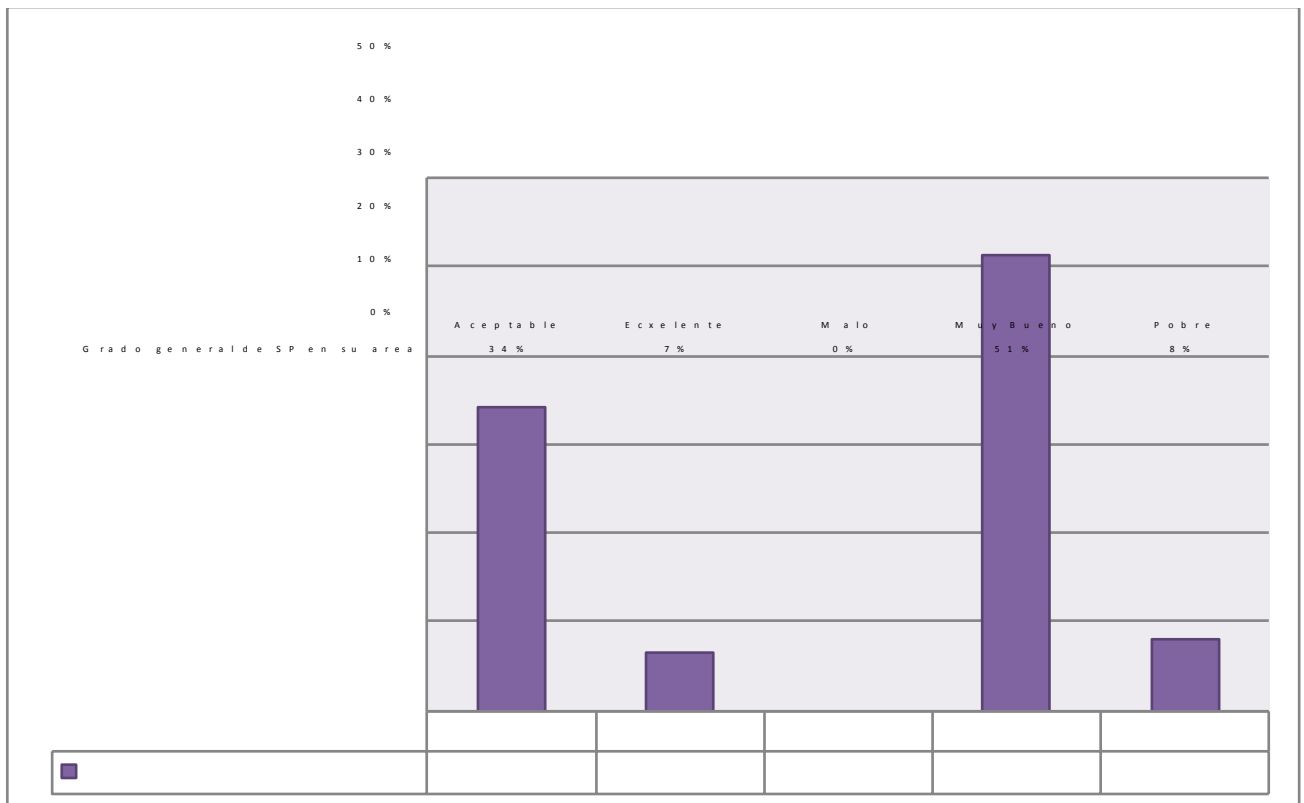
**9.2.4 SECCION D, Frecuencia de evento discreto/errores reportados área asistencial.**



**ANÁLISIS:**

En esta sección que se refiere al reporte de eventos adversos podemos hacer un análisis y decir que la gran mayoría de los trabajadores opinaron de manera positiva frente al reporte de eventos adversos, independiente si este ocasiono daño o no en el paciente, es decir que gran parte son reportados, solo un porcentaje pequeño de la población encuestada opinaron lo contrario.

**9.2.5 SECCION E, Grado general de seguridad del paciente área asistencial.**



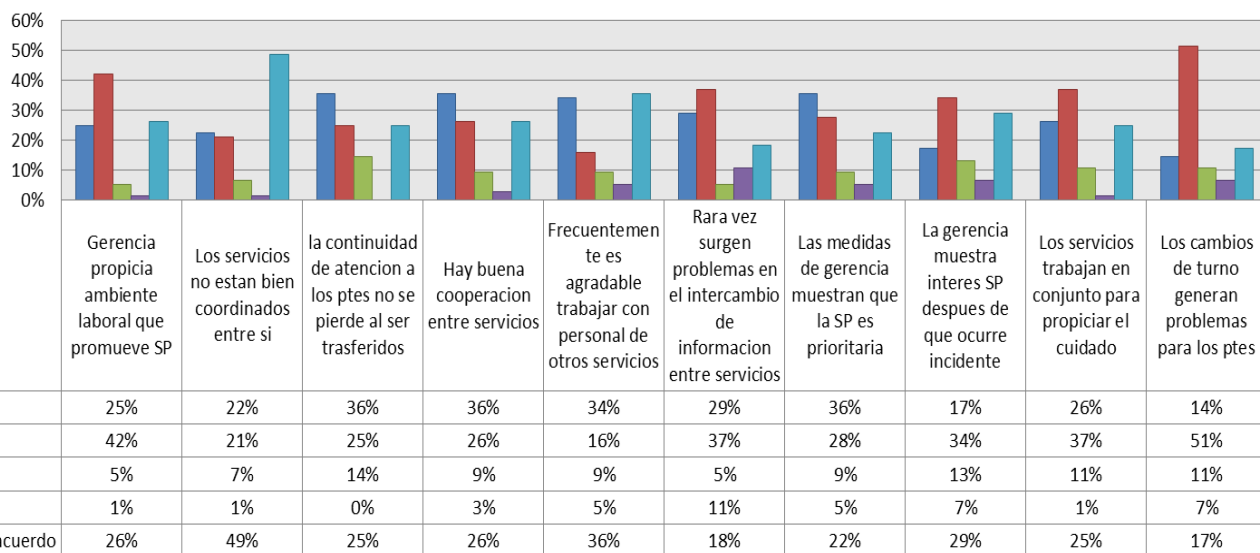
**ANÁLISIS:**

En esta sección y que hace referencia a la seguridad del paciente, los trabajadores en su gran mayoría opinan que los pacientes se atienden de manera segura, se hace una caracterización donde coinciden en que es muy buena, seguido de una población inferior que opinan que es aceptable y un número pequeño de ellos estuvieron de acuerdo en decir que la seguridad del paciente es pobre.



9.2.6 SECCION F, Su institucion área asistencial.

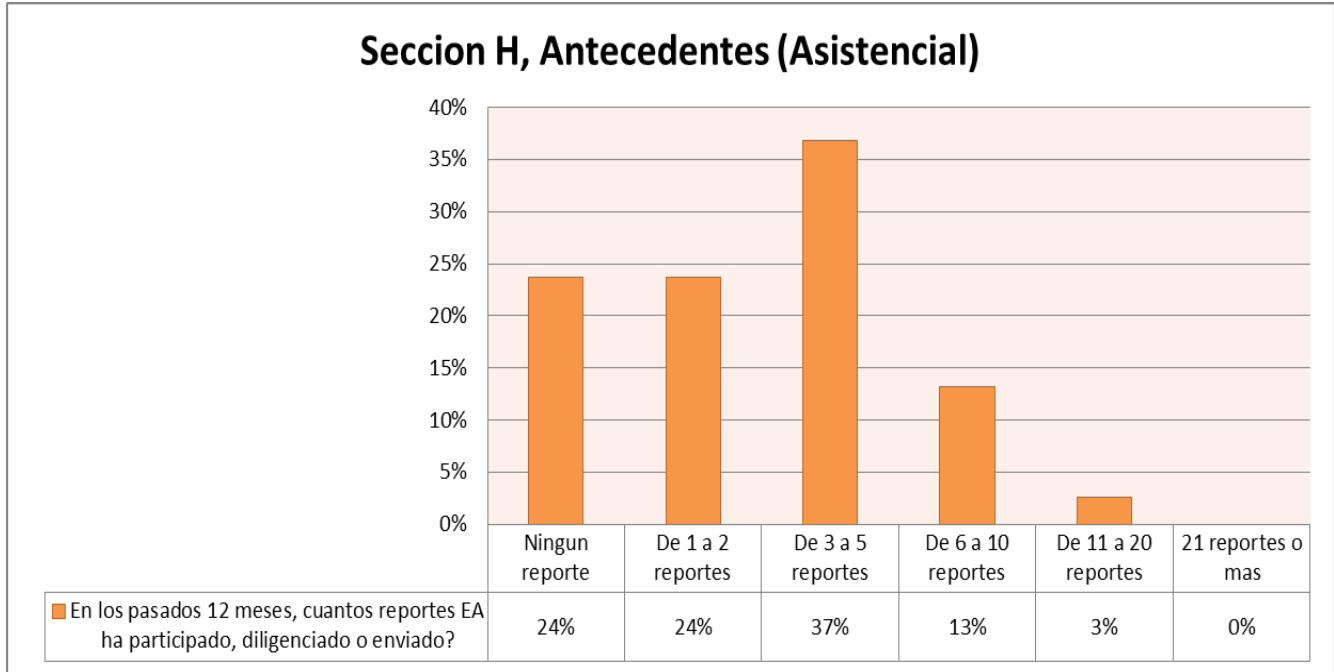
Seccion F, Su institucion (Asistencial)



ANÁLISIS:

En esta sección prevalece el desacuerdo en el cómo está organizada la institución y su interacción para ofrecer servicios seguros, los colaboradores no perciben la seguridad del paciente como parte de la institución. Es claro que si la institución no tiene estrategias que venda a los colaboradores esa cultura de seguridad del paciente, estos no lo van a adquirir, todo debe ir implícito en el ambiente laboral.

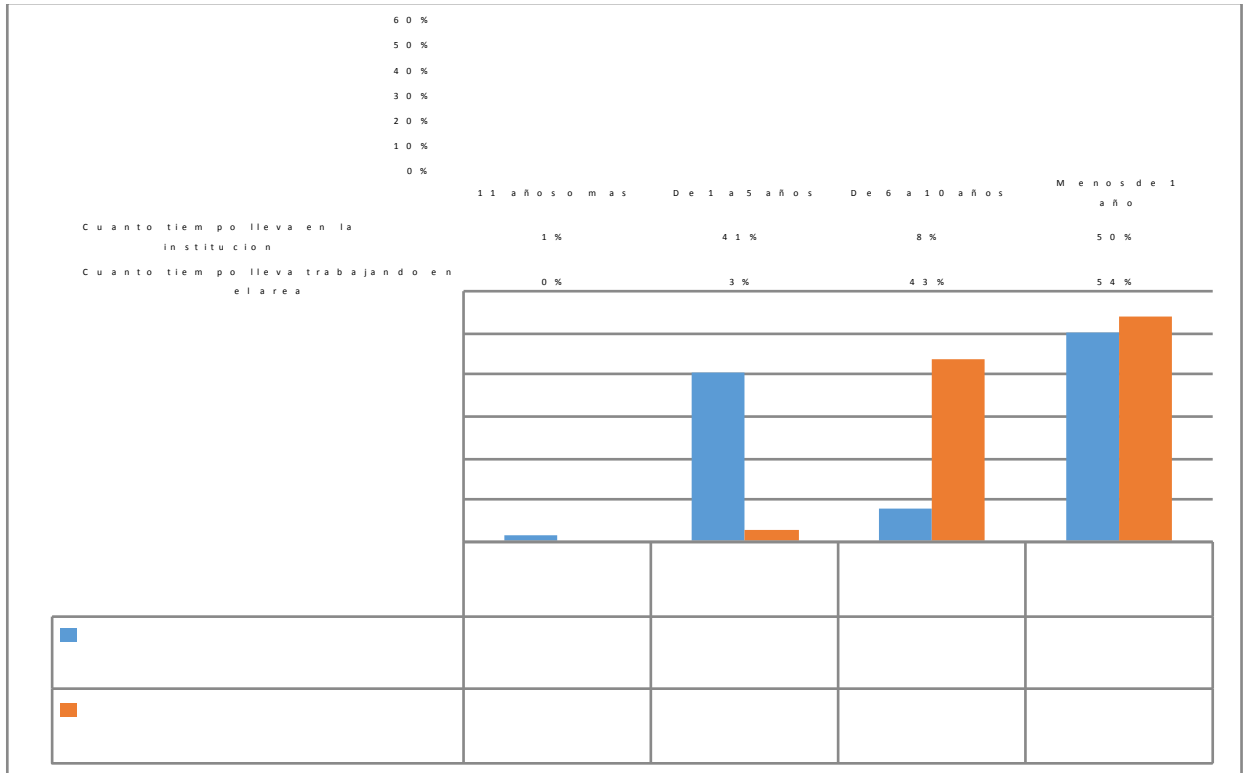
9.2.7 SECCION H, Antecedentes área asistencial.



**ANÁLISIS :**

A pesar de que no hay una buena implementación institucional de la política de seguridad del paciente, se evidencia que en un 76% de los colaboradores han reportado algún tipo de evento adverso, siendo mayor el número de reportes entre 3 a 5 en un año. Esto muestra que ya no hay tantos temores en el reporte de eventos adversos, sino que al contrario se han estado promoviendo para que se reporten.

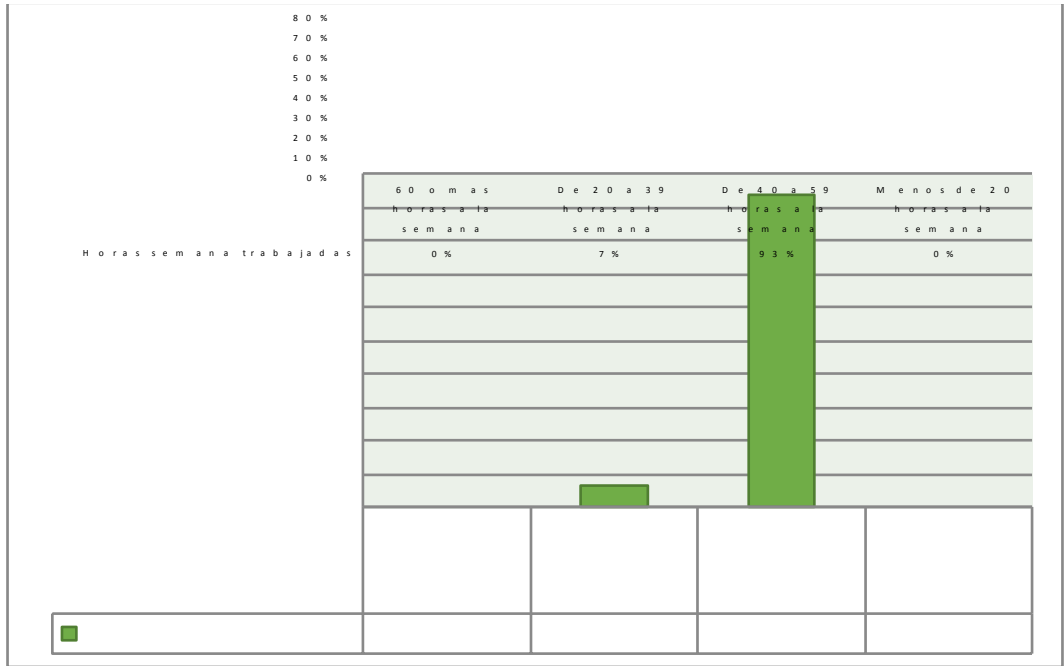
**9.2.8 SECCION H, Tiempo en la institución area asistencial.**



**ANÁLISIS:**

En su mayoría de colaboradores, no llevan más de 5 años trabajando en la institución, factor que se evidencia por la gran rotación que se da en esta, pero es personal con una amplia experiencia en el área asistencial pues casi la mitad de los colaboradores llevan entre 6 a 10 años laborando.

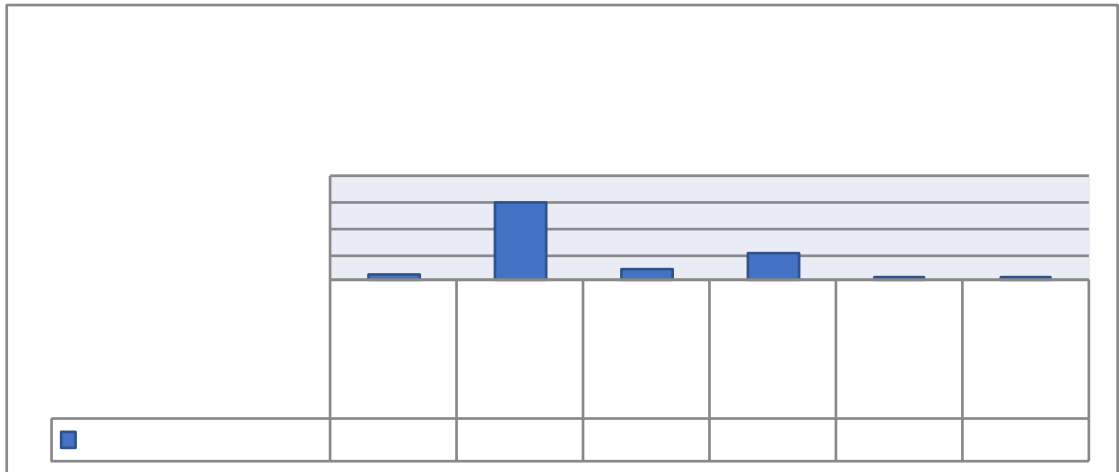
**9.2.9 SECCION H, Horas semana trabajadas area asistencial.**



**ANÁLISIS :**

En el área asistencial la mayoría de colaboradores trabajan tiempo completo , trabajando entre 48 y 59 horas a la semana .

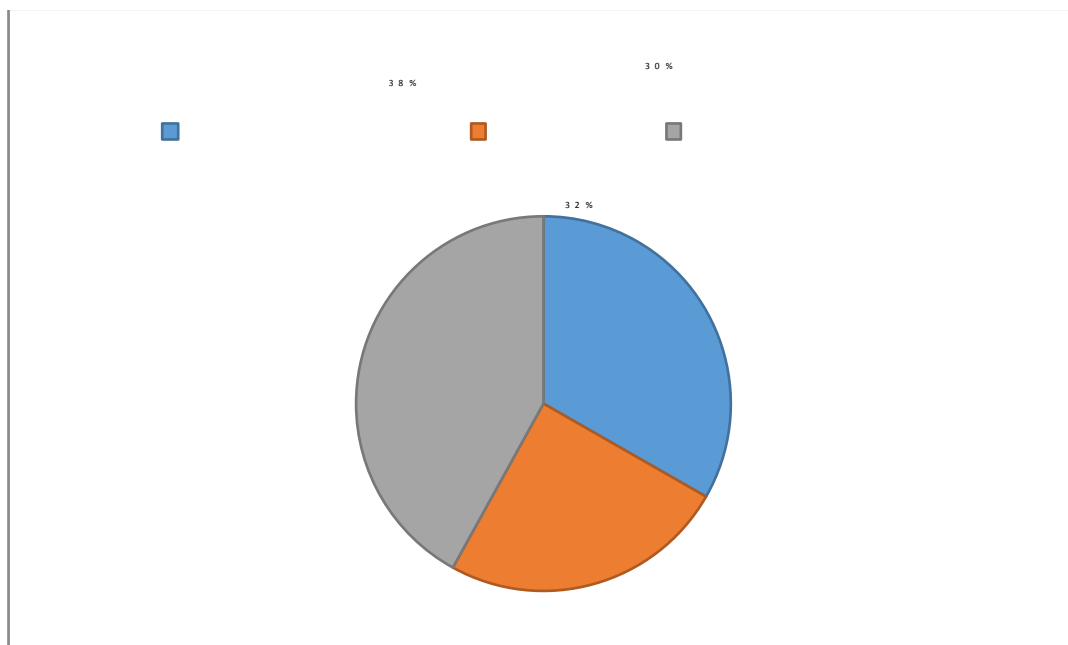
**9.2.10 SECCION H, Cargo en la institución .**



**ANÁLISIS :**

El mayor número de colaboradores en el área son auxiliares de enfermería, seguido de las enfermeras profesionales, es así como se puede evidenciar que son quienes mayor contacto e interacción tienen en los servicios .

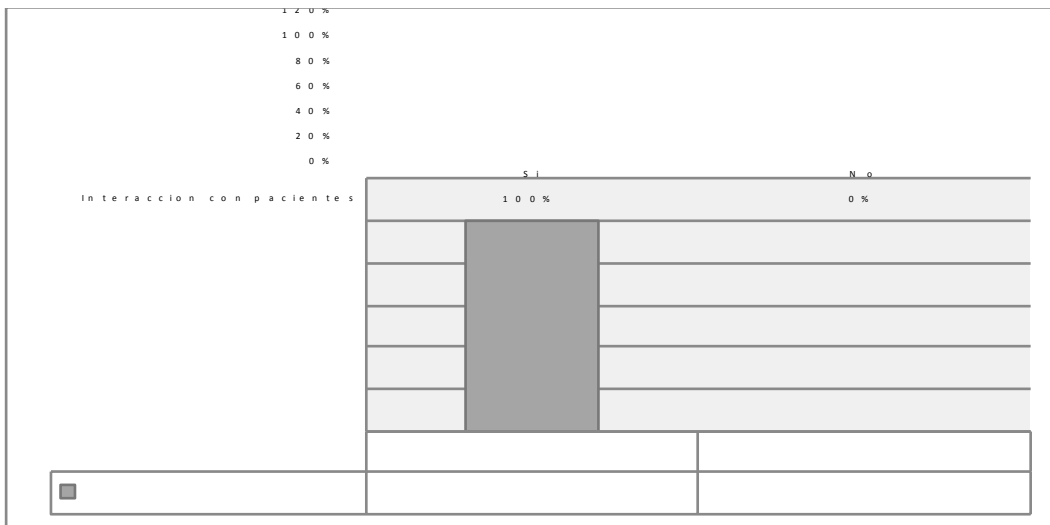
### 9.2.11 SECCION H, Tipo de contrato área asistencial.



#### ANÁLISIS:

En la institución se dan tres modalidades de contratación, siendo las tres muy activas, no se evidencia que haya una mayoría de colaboradores significativa contratada por alguna de las 3 modalidades.

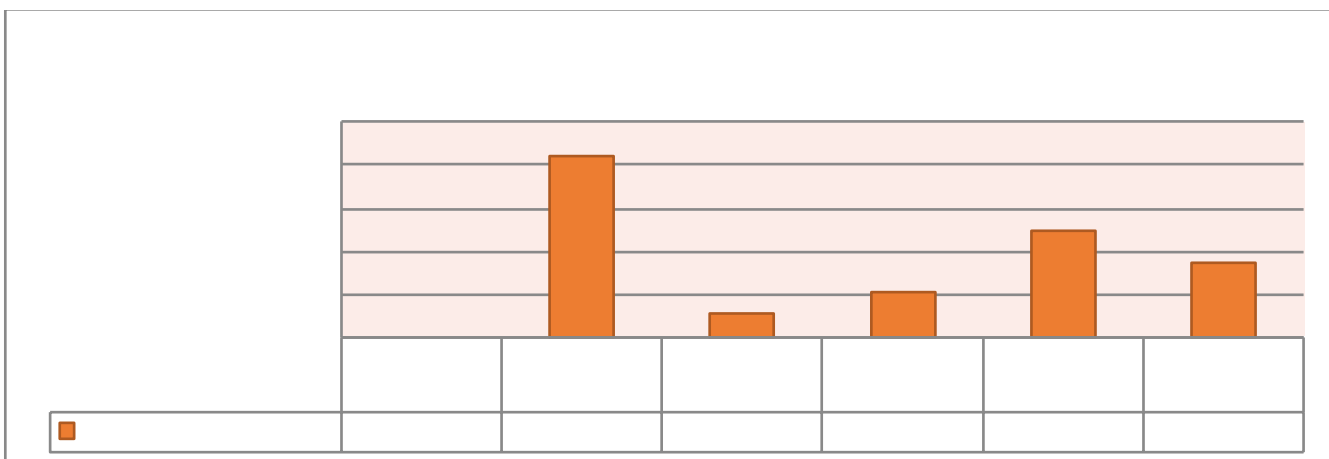
**9.2.11 SECCION H, Interacción con pacientes area asistencial.**



**ANÁLISIS :**

Todas las personas del área asistencial, tienen interacción con los pacientes, todas tienen riesgo de cometer algún evento adverso, es así como todas deben de tener muy clara la política de seguridad del paciente.

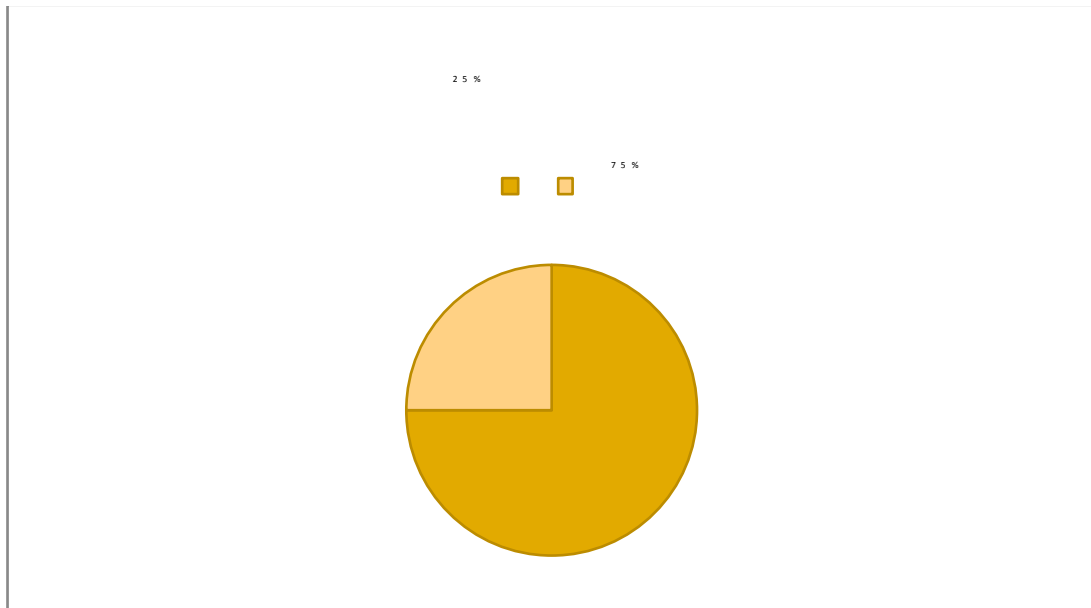
**9.2.12 SECCION H, Tiempo en cargo actual area asistencial.**



**ANÁLISIS :**

El 84% de los colaboradores del área asistencial no llevan más de 10 años en el cargo actual, son personas que han crecido en las instituciones de salud y que día a día han interactuado con todo lo relacionado a seguridad del paciente.

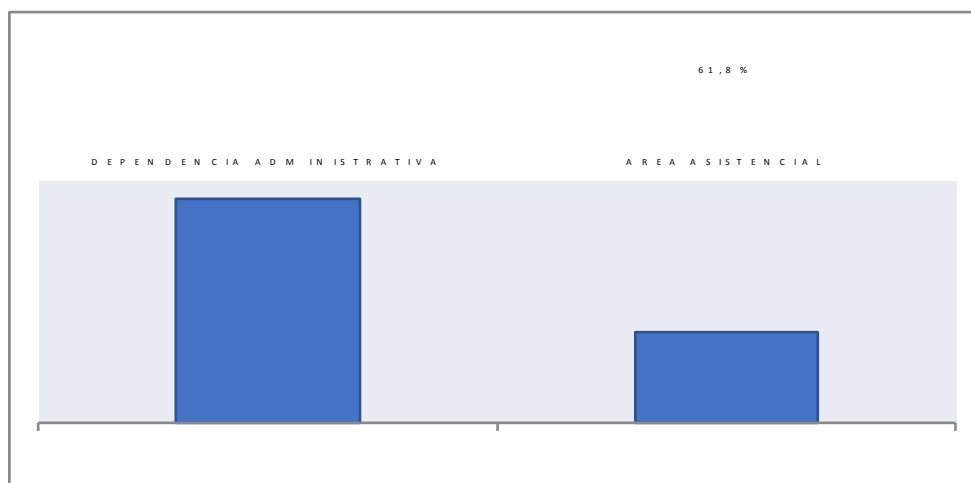
**9.2.13 Considera que los pacientes son atendidos de forma segura.**



**ANÁLISIS:**

A pesar que la mayoría de colaboradores no evidencian la cultura de seguridad del paciente, tanto en la institución como de forma personal, consideran la mayoría que los pacientes son atendidos de una forma segura.

## 10. CONCLUSIONES



1. Del total de las encuestas que se aplicaron al área administrativa, se pudo evidenciar que la cultura de seguridad del paciente va en un 67,34% de cumplimiento, los colaboradores de esta área a pesar de ser un área de poco contacto con los pacientes poco a poco han adquirido esta cultura en sus actividades diarias.
2. La Institución Clínica Saludcoop Manizales ha implementado diferentes estrategias para dar a conocer y lograr la práctica de la política de seguridad del paciente, pero a la recolección de la información, mediante las encuestas, se pudo medir que la adquisición de la cultura de seguridad del paciente en los colaboradores del área asistencial es solo del 61,8%, cultura que debería ser mayor que la de los colaboradores del área administrativa, ya que son personas que desempeñan sus labores diarias con pacientes, su contacto es directo, y su responsabilidad frente a prestar servicios seguro es mayor.
3. Tomar conciencia frente a todas las acciones seguras que se deben tener en cuenta en el momento de atender un paciente, ha sido difícil en el personal de salud por su desinterés o desmotivación debido a las modalidades de contratación, pero hay un factor aún más importante que afecta que la cultura de seguridad del paciente sea 100% en todos los colaboradores; y es el cambio constante de personal, pues crear cultura de seguridad del paciente en un área o servicio, requiere de tiempo y perseverancia, proceso que se ve debilitado con la salida de personal y el ingreso de nuevos colaboradores, con quienes se debe empezar de nuevo.
4. Existe una gran falencia en la socialización de la política de seguridad del paciente y a el protocolo de reporte de eventos adversos, es decir



que si no se tiene claro el proceso de implementación y capacitación, pues no se puede tener un proceso de seguimiento y evaluación de la aplicación de todas las acciones encaminadas a la seguridad del paciente. No obstante en la intranet del grupo Saludcoop están cargados todos los procesos, protocolos y guías incluyendo lo relacionado con seguridad del paciente, pero la adherencia a estos es muy baja, pues no hay buen manejo de esta página institucional y los colaboradores no exploran lo que allí se tiene.

5. La mayoría de colaboradores de área administrativa como del área asistencial tiene una amplia visión de que es seguridad del paciente y que acciones van encaminadas al cumplimiento, pero no conocen claramente los procesos y protocolos de la política de seguridad del paciente, así como la falta de insumos básicos como manillas de clasificación, camas seguras, estructuras físicas, pasamanos, entre otros que garantizan un servicio seguro, es así como el adquirir una cultura de seguridad del paciente se vuelve una tarea colectiva y no individual.
6. Son muy pocas las estrategias de sembrar la necesidad de brindar servicios seguros, por lo que no se tiene una forma clara de llegar a cada uno de los colaboradores para inculcarles esa cultura de seguridad del paciente.

## 11. RECOMENDACIONES

1. Tener proceso de capacitación claro y periódico, para dar a conocer la intranet y la información que allí se tiene.
2. Realizar procesos de inducción y reinducción a los colaboradores, con el fin de capacitar a los nuevos colaboradores y actualizar a quienes ya llevan tiempo en la institución.
3. Estructurar una política de seguridad del paciente que involucre tanto el personal del área administrativa como el personal del área asistencia.
4. Socializar los procesos, protocolos y políticas relacionadas con el tema de seguridad del paciente, logrando que cada uno de los colaboradores conozcan, comprendan y asimilen el deber actuar en el momento de atender los pacientes, buscando brindar servicios seguros.
5. Verificar que la estructura de la institución cumpla con los estándares para seguridad del paciente.
6. Dotar cada servicio con manillas que permitan la clasificación del riesgo de cada paciente.
7. Evaluar adherencia de cada colaborador a los procesos, protocolos y política, logrando identificar las falencias y reevaluar procesos de educación y capacitación.
8. Fomentar incentivos y reconocimientos para los colaboradores que reportan eventos adversos y para quienes muestran atenciones seguras a los pacientes, esto motiva para que esas acciones sean más frecuentes y que poco a poco se genere la seguridad del paciente como un hábito y no como una obligación.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

- Organización mundial de la salud, Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. (Internet). 2008. (Citado el 21 de abril de 2015). Disponible desde: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)
- Olga G, Wendy A, Lizath G, Jennufer G, Erika M, Amparo S. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. (Internet). 2011, Dic. (citado el 21 de abril de 2015). Disponible desde: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300009&script=sci_arttext)
- Alcaldía de Manizales, Gobierno en la calle. (Internet). Manizales Caldas: (Citado el 21 de abril de 2015) Disponible desde: [http://www.manizales.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5131:el-ses-hospital-del-caldas-socializara-su-politica-de-seguridad-en-pacientes&catid=13&Itemid=389&lang=es](http://www.manizales.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=5131:el-ses-hospital-del-caldas-socializara-su-politica-de-seguridad-en-pacientes&catid=13&Itemid=389&lang=es)
- Alcaldía de Manizales, Gobierno en la calle. (Internet). Manizales Caldas: (Citado el 21 de abril de 2015) Disponible desde: [http://www.manizales.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5137:las-ips-de-manizales-conocieron-la-politica-en-seguridad-del-paciente-del-ses-hospital-de-caldas&catid=13&Itemid=389&lang=es#page](http://www.manizales.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=5137:las-ips-de-manizales-conocieron-la-politica-en-seguridad-del-paciente-del-ses-hospital-de-caldas&catid=13&Itemid=389&lang=es#page)
- Rodríguez C.E. Estudio latinoamericano de atención del paciente y acreditación en salud. (Internet). Revista normas y calidad pág. 24-27 (Citado el 21 de abril de 2015)
- Hernández, M, Garrido, F. López. S. Diseños de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México/Vol.42, no.2, marzo-abril del 2000. Pag 144-154.
- Morales, P. Tipos de Variables y sus aplicaciones en el diseño en una investigación. Estadística aplicada a las ciencias sociales. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Revisión 25 de abril de 2009. Pag 1-14.
- ENEAS OPS. Puesta en marcha de un proyecto de investigación para la Seguridad del Paciente en Centro y Sur América. (Internet). 27-31 de marzo 2007 27 (Citado el 21 de abril de 2015) disponible desde:

[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

- Ministerio de salud, Republica de Colombia. Política de seguridad del paciente. (Internet) 2008 (Citado 5 de mayo de 2015) disponible desde: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>
- Ministerio de la protección social. Lineamiento de para la implementación de la política de seguridad del paciente. (internet) 2008 (Citado 5 de mayo de 2015) disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%20112%20de%202012-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>
- Restrepo RF. ¿Qué es un evento adverso? Calidoscopio. Boletín electrónico. Ministerio de protección Social 2007; 2: 9-10. En URL: <http://www.minsproteccion-social.gov.co/vBeContent/library/documents/DocNewNo16447DocuemenNo4178.PDF> consultado en mayo de 2015
- Restrepo RF. ¿Qué es un evento adverso? Calidoscopio. Boletín electrónico. Ministerio de protección Social 2007; 2: 9-10. En URL: <http://www.minsproteccion-social.gov.co/vBeContent/library/documents/DocNewNo16447DocuemenNo4178.PDF> consultado en mayo de 2015
- Ruelas E, Sarabia O, Tovar W. Seguridad del paciente hospitalizado. México: editorial panamericana; 2007
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [Acceso 06/04/2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS%5D>. Consultado en mayo 2015
- Estrategia para la seguridad del paciente en la SSPA 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud.; 2011 [Acceso 07/09/2013]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatoriosseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia\\_para\\_la\\_Seguridad\\_del\\_Paciente\\_2011-4.pdf%5D](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatoriosseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-4.pdf%5D). Consultado en mayo 2015
- Organización Mundial de la Salud 57ª Asamblea mundial de la salud. Aplicación de las resoluciones (informes sobre los procesos realizados) abril 2004. En URL: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57\\_18-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57_18-sp.pdf). Consultado en mayo 2015.

- Garcia-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Consejo de enfermería de la comunidad valenciana 2007. En URL: [http://www.portalcenova.es/es/grupo/biologico/pacientes/alianza\\_mundial\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.portalcenova.es/es/grupo/biologico/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf). Consultado en mayo 2015.
  
- Ministerio de la protección social. Herramientas para promover estrategias de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención en salud. Bogotá, editorial fundación FITEC 2007.
  
- Ministerio de protección social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. En URL: [http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/seg\\_paciente/Default.aspx?pageNum=0](http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx?pageNum=0). Consultado en mayo 2015.
  
- Ministerio de protección social. Política de seguridad del paciente. En URL: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16051DocumentNo3949.pdf> consultado en mayo 2015.
  
- <sup>1</sup>Espinal,M. Yepez,L. Garcia,L. Seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos. Universidad Ces. Facultad de Medicina. Medellín 2010. En URL: C:\Users\HJ6ERUPC\Downloads\seguridad del paciente..pdf Consultado en mayo 2015.
  
- Saturno P.J. Seguridad del paciente. Marco conceptual. Enfoques y actividades. Manual Del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Seguridad del Paciente. Unidad Temática 33. 1ª Ed.: Universidad de Murcia; 2008. Disponible en: [http://www.ucam.edu/sites/default/files/estudios/postgrados/sociosanitaria-semipresencial/plan-de-estudios/asignaturas/11gestion\\_de\\_los\\_servicios\\_2014\\_15\\_actualizada\\_enviar.pdf](http://www.ucam.edu/sites/default/files/estudios/postgrados/sociosanitaria-semipresencial/plan-de-estudios/asignaturas/11gestion_de_los_servicios_2014_15_actualizada_enviar.pdf) consultado en mayo 2015
  
- Gimenez,T. Analisis de la cultura de seguridad del paciente en los directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragon. Tesis Doctoral. Seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es>. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/13274/files/TESES-2013-157.pdf>; consultado en mayo 2015.