

**MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE TIENEN
EL PERSONAL Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN UNA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO QUE PRESTA SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD DEL
MUNICIPIO DE MANIZALES**

SANDRA MILENA RODRÍGUEZ

ANA GONZÁLEZ REYES

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
2019**

**MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE TIENEN
EL PERSONAL Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN UNA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO QUE PRESTA SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD DEL
MUNICIPIO DE MANIZALES**

**ANA GONZÁLEZ REYES
SANDRA MILENA RODRÍGUEZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para
optar al título de:
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

**Tutor de Investigación
RICHARD NELSON ROMÁN MARÍN**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
2019**

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. PROBLEMA	12
1.1 ANTECEDENTES	15
1.1.1 Estudios a nivel Internacional	15
1.1.2 Estudios a nivel Nacional	17
2. JUSTIFICACIÓN	21
3. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. MARCO DE REFERENCIA	23
4.1 MARCO TEÓRICO	23
4.1.1 Medición de la cultura de seguridad del paciente	23
4.1.2 Seguridad del paciente	24
4.1.3 Cultura y clima de seguridad	26
4.1.4 Error	29
4.1.4.1 Clasificación	31
4.1.5 Evento adverso	32
4.1.5.1 Clasificación	33
4.1.5.2 Definiciones de evento adverso	35
4.2 MARCO CONCEPTUAL	37
4.3 NORMATIVIDAD	39
4.3.1 Ley 100 de 1993	39

	pág.
4.3.2 Resolución N° 1474 de 2002	40
4.3.3 Decreto N° 2309 de 2002	41
4.3.4 Decreto N° 1011 de 2006	41
4.3.5 Resolución N° 1043 de 2006	44
4.3.5.1 Anexo Técnico N° 1 “Manual de estándares”	44
4.3.5.2 Anexo Técnico N° 2 “Manual de procedimientos”	45
4.3.6 Resolución N° 1445 de 2006	46
4.3.7 Resolución N° 1446 de 2006	46
4.4 MARCO CONTEXTUAL	47
5. DISEÑO METODOLÓGICO	50
5.1 TIPO DE ESTUDIO	50
5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA	50
5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	51
5.3.1 Criterios de inclusión	51
5.3.2 Criterios de exclusión	51
5.4 INSTRUMENTO Y VARIABLES DE ESTUDIO	51
5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
5.6 PROCEDIMIENTO	58
5.6.1 Componente ético	58
5.6.2 Recolección de datos	58
5.6.3 Tabulación y tratamiento de la información	59
5.6.4 Medición de la cultura de seguridad del paciente	59
5.7 REFERENCIACIÓN BIBLIOGRÁFICA	59

	pág.
6. RESULTADOS	61
6.1 GRADO GENERAL DE PERCEPCIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	61
6.2 CARACTERIZAR DEL TALENTO HUMANO SECCIÓN H: ANTECEDENTES	66
6.3 CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	67
6.4 FRECUENCIA DE EVENTOS O ERRORES REPORTADOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE	68
CONCLUSIONES	69
7. RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	75

ÍNDICE DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Evolución en la seguridad del paciente a lo largo de dos décadas (1995-2015)	25
Cuadro 2. Definiciones candidatas de del clima de seguridad y cultura de seguridad	27
Cuadro 3. Diagrama de nivel de impacto de categorías y definiciones. J Gen Intern Med. 2006 February; 21(2): 165–170. 2006 by the Society of General Internal Medicine	31
Cuadro 4. Ítems de la encuesta Cultura de Seguridad del Paciente (asistencial)	52
Cuadro 5. Ítems de la encuesta Cultura de Seguridad del Paciente (Administrativo)	52
Cuadro 6. Cuadro de operacionalización de variables	53

ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Sección A: Trabajo en Equipo	62
Tabla 2. Sección B: Jefe Inmediato	63
Tabla 3. Sección C: Comunicación	63
Tabla 4. Sección D: Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados	64
Tabla 5. Sección E: Grado de seguridad de paciente	64
Tabla 6. Sección F: Institución	65
Tabla 7. Rango de tiempo que lleva trabajando en la institución y rango de tiempo que lleva trabajando en el área de servicio	66
Tabla 8. Distribución porcentual según cargo en la institución	66
Tabla 9. Distribución porcentual según tipo de contrato	67
Tabla 10. Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados	68
Tabla 11. Percepción del personal sobre la atención de forma segura de los pacientes	68

ÍNDICE DE GRÁFICAS E ILUSTRACIONES

	pág.
Gráfica 1. Grado General de percepción de Seguridad del paciente que tienen el personal y los profesionales de la salud en una Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud del municipio de Manizales	61
Ilustración 1. Organigrama Institucional	49
Ilustración 2. Pantallazo de cierre de la encuesta	50
Ilustración 3. Imagen encuesta sobre la Cultura de Seguridad del Paciente	58

ÍNDICE DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A, CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	76
ANEXO B. DATOS RECOLECTADOS	88

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002¹, en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo a partir del año 2000, con la publicación del libro “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, 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 evitables²(1).

Según la OMS, la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad

¹ Organización Panamericana de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Internet] Disponible <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>. citadas por Gómez Ramírez et al, 2011.

² Fundación Santa Fe de Bogotá. Oficina de Atención Confiable. Seguridad del paciente: implementación de una cultura. [Internet] Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Editorial.htm>. citada por Gómez Ramírez et al, 2011.

del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria(2).

En Colombia, como se expresa en la guía técnica *“Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”* el tema de la seguridad del paciente es tratado como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias(3).

Igualmente, en Colombia, se impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente(4).

Por otra parte, siguiendo con la Política de Seguridad del Paciente, la Resolución 0112 de 2012, establece el Observatorio de Tecnologías en Salud y se define el método y la forma de reportar la información por parte de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud(5).

1. PROBLEMA

La seguridad del paciente es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos(6).

Siendo la seguridad del paciente un tema de mucha preocupación tanto a nivel mundial como a nivel nacional, es importante hacer estudios sobre este comportamiento en Empresas Sociales del Estado que presten servicios primarios de salud sobre el cumplimiento de requisitos como la calidad, seguridad y humanización, a los usuarios, lo que sería un gran aporte tanto para las entidades prestadoras de salud como para estudiantes y profesionales del área de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria(2).

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales(3).

Como equipo todos los profesionales de las instituciones ESE municipales y todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben crear la cultura de Seguridad del Paciente, los reportes de evento adverso e incidente e incluso de caídas de los pacientes, con el fin de realizar las mejoras a tiempo y evitar que se presenten nuevamente, todo de la mano de la capacitación de los prestadores en diferentes temas como: seguridad del paciente realizando énfasis en manejo de medicamentos y dispositivos médicos, en compañía de protocolos por cada servicio y sus diferentes acciones y atenciones(7).

La seguridad del paciente consiste en brindar una atención de calidad la cual requiere el compromiso de todos los prestadores de la salud siendo la prioridad disminuir el riesgo en el cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar en la problemática en el momento de la ocurrencia del evento adverso donde lo primero sea promover acciones que garanticen una atención segura que minimice el riesgo es importante Involucrar a todo el personal desde el administrativo como el asistencial lo cual fortalecerá el talento humano para así brindar un cuidado seguro y de calidad.

Que con lleva a la deshumanización en la prestación en un servicio de salud. Hoy existen varias crisis en este aspecto, por más avances técnicos, biomédicos, científicos en donde el centro de todo es la persona lo cual lo ponen en oposición con su propia humanización involucrando los valores, principios, sus derechos, su dignidad y la calidad de vida desde la bioética como unión entre humanismo y

ciencia principios éticos que siempre existirán es por eso que la humanización debe estar arraigadas a su personalidad de esta manera estará conforme a la atención con el enfermo y con el respeto que implica su dignidad humana y su calidad de vida tanto como para el que recibe la atención como para el que la da.

Desconocimiento que la seguridad del paciente es una cultura y como tal se debe hacer medición. Es esencial para la mejora y así evaluar el cumplimiento de la misma viendo la percepción global sobre seguridad del paciente creando acciones de mejora lo cual se puede realizar midiendo el riesgo potencial al que se encuentra expuesto el usuario durante su atención.

Colombia promueve una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el fin de promover la prevención en la ocurrencia de Eventos adversos que afecten la seguridad del paciente, a tal punto de ser posible, no se presenten. De esta manera las instituciones prestaran atención segura siendo competitivos. Hasta el día de hoy el concepto de seguridad del paciente ha alcanzado un desarrollo amplio en los procesos, que se aplican a la hora de prestar un servicio de alta lo cual lleva a una mejor percepción en el momento de cumplir con la política establecida si bien aún se presentan eventos adversos los cuales no siempre son prevenibles no necesariamente significa que haya habido una intención de hacer daño por parte del trabajador de la salud se relaciona con el desconocimiento de los elementos que pueden causar dicha situación. Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nigthingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, ó las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud.

1.1 ANTECEDENTES

Después de una exhaustiva revisión de literatura se encontraron estudios que muestran resultados relevantes para la investigación; entre ellos están los siguientes:

1.1.1 Estudios a nivel Internacional

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario, Rio de Janeiro, 2017. Realizado por: Pinheiro, Maria da Penha & da Silva Junior, Osnir Claudiano. Este artículo tiene como objetivo conocer la evaluación de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización hospitalaria de un hospital universitario. Método descriptivo con enfoque cuantitativo, cuya recolección de datos ocurrió entre septiembre y noviembre de 2014. La muestra del estudio estuvo compuesta por 203 enfermeras que respondieron al cuestionario traducido al portugués del Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)), disponible en Proqualis, compuesto por 12 Dimensiones para la evaluación de la cultura de seguridad, cuyo grado de acuerdo se mide por medio de una escala Likert, las respuestas van desde "muy de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo". En este manuscrito, nos informan las 03 dimensiones de la cultura de seguridad en el nivel de organización hospitalaria. Los datos indicaron la necesidad de la participación y acciones concretas por el gerente y los líderes de la organización, para fomentar y priorizar los temas de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del estudio(8).

Este estudio realizado por profesionales de enfermería describe la importancia cuando desde la parte administrativa existe una participación activa que fomenten y prioricen la atención.

Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la Seguridad del Paciente desde la experiencia del profesional. Santa Catarina, Brasil, 2015. Realizado por Ferreira Umpiérrez, Augusto; Fort Fort, Zoraida y Chiminelli Tomás,

Virginia. El estudio tuvo como objetivo conocer los aspectos significativos que surgen de las enfermeras acerca de la experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud. Estudio cualitativo, con enfoque hermenéutico dialéctico. Muestra de 10 enfermeras que tuvieron al menos una experiencia de responsabilidad ante un evento adverso y cuatro supervisores de enfermería con responsabilidad de supervisión al ocurrir el evento. El análisis de los datos recogidos permitió construir categorías de análisis relacionadas con las necesidades de recursos humanos. Se identificaron aspectos relevantes respecto a la necesidad de fortalecer el sistema de recursos humanos y su selección, surgiendo la dotación de personal, la carga de trabajo, el trabajo en equipo y la formación permanente como aspectos significativos para las enfermeras. Los datos emergidos permiten visualizar un camino para poner en práctica intervenciones tendientes a colaborar con un sistema seguro de atención(9).

No se puede desconocer que cuando se presenta un evento adverso este pudo ser prevenible desde la parte administrativa se debe contar con la infraestructura y las herramientas necesarias que minimicen el riesgo de padecer dicho evento por otra parte, desde lo asistencial hoy por hoy los servicios de salud son más complejos a la hora de la atención por no tener una cultura a la hora de consultar por ejemplo a un servicio de urgencias. Donde la probabilidad de que se dé un evento adverso es muy alta.

Percepción del personal de enfermería del Hospital “Dr. Carlos del Pozo Melgar” en el Cantón Muisne provincia de Esmeraldas, sobre Cultura de Seguridad del Paciente, junio 2013 a julio 2014. Estudio realizado por Chalapú Pozo Alexandra Patricia, Cuascota Quilumba Ana Valeria. El estudio evaluó la percepción del personal de enfermería sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar, provincia de Esmeraldas. Fue una investigación observacional, descriptivo, transversal, al personal de enfermería. Se utilizó el instrumento **Hospital Survey on Patient Safety Culture**, el cuestionario fue autoadministrado después de informar el propósito y cumplir las

consideraciones éticas. La cultura de Seguridad del Paciente referida por el personal de enfermería evidencia resultados positivos en comunicación entre el personal, líderes y la unidad en general. Entre los principales aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente, ambiente laboral y medidas que toma la dirección en relación a seguridad del paciente que se encuentran en procesos iniciales. Los participantes indican que no notifican eventos adversos por lo que existe una alta probabilidad de que se repitan, y lamentablemente no disponen de procesos de notificación y monitoreo de seguridad del paciente. Reiterando la necesidad de capacitación y formación en Cultura de Seguridad. Éste fue el primer estudio efectuado en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar y permitió tener información de base que deberá ser fortalecida desde la Carrera de Enfermería mediante capacitación para garantizar calidad en el cuidado(10).

Cuando hablamos de cuidado desde la literatura se ve “fácil” pero en el momento de aplicar el cuidado donde la capacidad de atención y la oportunidad sobrepasan el recurso humano no es posible minimizar la exposición al riesgo cada vez son más los pacientes y menos el personal asistencial.

1.1.2 Estudios a nivel Nacional

Cultura de seguridad del paciente en la Red de salud ese Centro, realizado por Carmona Yeny Marcela, Ospina Sandra Johana, Ramos Medina Miguel Leonardo, Sánchez Girón Vanessa, Vargas Torres Luz Elena. Cali, 2018, tiene como objetivo Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en la Red de Salud del Centro. **Metodología:** los autores emplearon una encuesta de tipo descriptivo, observacional, documental del estudio de la frecuencia y distribución de los eventos y conductas percibidos por 310 colaboradores de la red de salud centro, a través de criterios sistemáticos cuantitativos, es un estudio de abordaje transversal, se llevó a cabo con un abordaje cuantitativo. Resultados: El ponderado final de clima de seguridad al paciente en la sesión A del área Administrativa tiene un promedio de un 59% con respecto al 53% promedio ponderado final de clima de seguridad al

paciente y la sección A del área asistencial con un promedio de un 60% y con respecto al 52% del promedio ponderado final de clima de seguridad al paciente Asistencial podemos decir que en esta sección, la Red de Salud Centro (E.S.E) tiene una fortaleza con buen clima laboral y por ende ayuda a la construcción de una cultura de seguridad del paciente. Conclusiones: dentro de los resultados más significativos se encontró que los empleados reconocen que se están implementando acciones y se discuten formas para mejorar la seguridad del paciente, aunque, aún existen falencias que deben mejorarse, en diferentes áreas de la institución(7).

Se toma en cuenta que el estudio revela un buen clima laboral y reconocen que a pesar de las falencias tienen momentos en los que discuten y proponen la implementación de acciones que les permita mejorar la Seguridad del Paciente. Además, por sus características, el estudio permite a las investigadoras tomar como referente la metodología utilizada y las diferentes apreciaciones hechas por los autores para hacer sus respectivas observaciones de los resultados del estudio.

La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. Arias-Botero José Hugo, Gómez-Arias Rubén Darío. Medellín, 2017.

Objetivo: Revisar los enfoques que han predominado en cultura de la seguridad del paciente y describir algunas herramientas que se han utilizado para su medición. Metodología: revisión narrativa enfocada en la conceptualización de cultura de la seguridad. Resultados: el término cultura de la seguridad es utilizado por la literatura con varios significados. La polisemia del término y en particular la confusión con la noción de “clima de seguridad”, implica también confusiones en los métodos e interpretación de las mediciones. Se identifican dos enfoques conceptuales básicos en el estudio de la cultura de la seguridad: el antropológico y el funcionalista, siendo este último el predominante en el desarrollo de instrumentos utilizados para su medición; estos últimos, sin embargo, presentan constructos y propiedades métricas variables. Conclusión: el estudio de la seguridad del paciente, como

categoría en desarrollo, debería utilizar los enfoques de medición disponibles con una mirada crítica, integrando técnicas de entrevista y estudios cualitativos, en especial de tipo etnográfico, que suministren información más integral y útil en la toma de decisiones encaminadas a mejorar la seguridad y confiabilidad de la atención médica.

Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional. Bogotá, 2017. Realizado por: Peñas Felizzola, Parra Esquivel, Olga Eliana; Gómez Galindo, Ana. Objetivo: Caracterizar el ambiente de seguridad del paciente en un servicio de Terapia Ocupacional donde se desarrollan actividades docentes y asistenciales para el programa de la Universidad Nacional de Colombia. Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, con aplicación de la Encuesta sobre clima de seguridad del paciente en servicios del área de la salud (versión para Colombia, adaptada y en formato electrónico), a tres terapeutas ocupacionales vinculadas durante 2013 a 2015 en un escenario docente asistencial de la Universidad Nacional de Colombia. Consulta de reportes y estadísticas del servicio correspondientes al periodo de análisis. Resultados: Entre los hallazgos de la encuesta resaltan el sub-registro de eventos, aunque no haya una percepción punitiva frente a su reporte; se percibe comunicación abierta, con necesidad de mejorar la retroalimentación ante los errores; considerable rotación e insuficiencia de personal; se aprecia apoyo institucional al tema; y se evalúa como positivo el aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo del servicio. Conclusiones: En términos globales, las profesionales valoran bien el ambiente de seguridad del paciente en el servicio (11).

El estudio **Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta**, realizado por López, Puentes y Ramírez, 2016, cuyo objetivo era medir la percepción del personal asistencial sobre la cultura de seguridad de los pacientes en un hospital de primer nivel de complejidad por medio de un estudio descriptivo de corte transversal. Los investigadores utilizaron como herramienta de medición la encuesta 'Hospital

Survey on Patient Safety Cultura' (HSOPSC) de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) versión en español, la cual evalúa doce dimensiones. Los resultados mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron la cultura no punitiva, el personal, las transferencias y transiciones y el grado en que la comunicación es abierta. Se concluyó que, aunque el personal percibía como positivo el proceso de mejoramiento y apoyo de la administración también sentía que era juzgado si reportaba algún evento adverso(12).

Es claro que una de las causas por lo cual no se reporta el evento adverso, si bien no es punitivo se torna acusativo y esto genera discomfort por parte de la persona que tiene que en su efecto afrontar lo sucedido durante el evento ya que a la hora de buscar el por qué ocurre se realiza una investigación de esta manera al no ser punitivo se deben realizar el análisis de cómo fue que ocurrió y de ahí deben salir la acciones a corregir y al sentirse señalado se prefiere que si el incidente no produjo daño no se ve la necesidad de reportar.

La metodología del estudio, permite a las investigadoras estructurar el abordaje para realizar la observación y análisis de las diferentes variables.

Por lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

Cuál es la cultura de seguridad del paciente que tienen el personal y los profesionales de la salud en una Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud del municipio de Manizales.

2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfoca en determinar la percepción de Cultura de la Seguridad del Paciente que tiene el personal de salud en la Empresa Social del Estado Assbasalud, a través de las diferentes estructuras, procesos e instrumentos, entre otros, utilizados en la atención en salud, con el fin de minimizar los eventos adversos que se puedan presentar.

Los resultados del estudio permitirían proponer la implementación de prácticas seguras, dentro del contexto de una política de seguridad del paciente, que lleven a reducir en el máximo posible los eventos adversos que se puedan presentar en la atención en salud de un paciente.

Igualmente, permitirá identificar, orientar e implementar las acciones necesarias para evitar la recurrencia de estos eventos, a través de la prestación más segura de servicios, integrando la Seguridad del Paciente con todos los estamentos de la institución como una estrategia indispensable para un entorno seguro y una cultura de seguridad.

Por otra parte, los pacientes que Assbasalud E.S.E. atiende, se verán beneficiados con esta búsqueda, con base en los resultados se pretende contar con el recurso humano (personal de área asistencial y administrativa) más adecuar de manera óptima de las instalaciones de la misma.

Contar con el apoyo y colaboración de Assbasalud E.S.E. y de la Universidad Católica de Manizales (UCM) en la detección de falencias y planteamiento de medidas que reduzcan la ocurrencia de eventos adversos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente que tiene el personal y los profesionales de la salud en una Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud del municipio de Manizales.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente
- Caracterizar del talento humano
- Determinar las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente
- Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEÓRICO

4.1.1 Medición de la cultura de seguridad del paciente

La asociación entre la medición de la cultura de seguridad del paciente y la “verdadera” seguridad del paciente no ha sido documentada de manera suficiente, y la validez de las herramientas utilizadas para su medición ha sido cuestionada (como se cita en Farup, 2015).

Se han desarrollado varios modelos para evaluar la percepción de los trabajadores en cuanto a su entorno laboral, uno de ellos es El inventario de clima organizacional de la Organización Panamericana de la Salud - 1998, que mide cuatro dimensiones: el liderazgo, la motivación, la reciprocidad o compromiso, y la participación. A su vez, cada dimensión se compone de cuatro categorías. En una revisión de literatura existente en inglés desde el año 1980 hasta el 2009 se identificaron doce herramientas de encuestas para la medición de cultura de seguridad, de las cuales cuatro son las más frecuentemente citadas: La ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’, desarrollada por la AHRQ, ‘Safety Attitudes Questionnaire’, ‘Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey (PSCHO)’, y ‘Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument (MSI)’. No existe una herramienta que emerja como la ‘gold standard’ para su uso, a pesar de que algunas herramientas se han adoptado por regulación en Canadá (citado por Halligan, 2011).

Entre las dimensiones evaluadas por la encuesta AHRQ están: la información y la comunicación sobre errores y el grado al que la comunicación es abierta. La OMS establece que la comunicación es esencial para un lugar de trabajo y para la entrega de un trabajo seguro y de alta calidad. Algunos problemas claves relacionados con la comunicación son: entrega de pacientes, información contenida en la historia clínica, reporte de incidentes, efecto inhibitorio de la jerarquía dentro de un grupo y dificultad para transmitir comunicación dentro de una Organización grande (World

Health Organization, 2009). Las fallas en la comunicación son la principal causa de daño inadvertido en los pacientes (citado por Leonard, 2004).

El trabajo en equipo es importante para garantizar la seguridad del paciente en aspectos relevantes como la coordinación, la comunicación, el liderazgo, la calidad de la colaboración y las formas de compartir los modelos mentales de cada uno de los miembros del equipo (como lo cita Manser, 2009).

En la China Feng, Acord, Cheng, Zeng & Song (2011), citados por López, Puentes y Ramírez, 2016, encontraron que el compromiso de la alta dirección hacia la seguridad del paciente estaba significativamente relacionado con la percepción positiva de la cultura de seguridad del paciente y servía como predictor de la misma(12).

4.1.2 Seguridad del paciente

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia: Su propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.

Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001 2010: Su propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos.

Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010: Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.

Promoción de la cultura de seguridad del paciente: Su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora(3).

Cuadro 1. Evolución en la seguridad del paciente a lo largo de dos décadas (1995-2015)

	1995	2015)
Bases	Notificación de incidentes, mejora continua y desarrollo de una práctica óptima	Fundamentalmente sin cambios. Mayor aplicación y empleo de los modelos de seguridad industriales, mayor atención al análisis de casos, aprendizaje y retroalimentación
Definición	El daño se define desde un punto de vista profesional, con origen en una perspectiva médico jurídica y del ámbito de las aseguradoras. Concepción restringida de los accidentes, asociación directa entre la atención técnica y el daño	La seguridad del paciente aún se vincula a una perspectiva médico jurídica. Más amplia comprensión del error humano y de las influencias organizativas

	1995	2015)
Perímetro de inclusión	Dominio de una visión técnica de la atención, mejora de los protocolos clínicos como prioridad en la mejora de la seguridad	Reconocimiento de la importancia de los factores humanos y de las ciencias humanas. Los factores organizativos y la cultura de seguridad son prioridades complementarias en el campo de la seguridad
Medida	Recuento de incidentes y de eventos adversos	En gran medida sin cambios

Fuente: Adaptado de: Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Vincent C, Amalberti R, 2016(13)

4.1.3 Cultura y clima de seguridad

Los legisladores de salud y seguridad ocupacional se han interesado cada vez más en entender mejor la cultura de seguridad porque la investigación ha demostrado que la cultura de seguridad es un importante predictor del desempeño de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). La Victorian WorkCover Authority (VWA), vía el Institute of Safety, Compensation and Recovery Research (ISCRR), ha encargado al Australian Centre for Research in Employment and Work (ACREW) de la Monash University.

No existe un consenso en la literatura sobre qué factores socio-psicológicos (tales como actitudes, creencias, valores, normas) y las dimensiones que deben incluirse en una definición de cultura de seguridad. Una revisión de literatura sobre el tema, identificó cuatro definiciones de cultura de seguridad, incluyendo la definición de WorkCover New South Wales (ver Cuadro 2). Pueden ser necesarias modificaciones menores a estas definiciones para asegurar que cumplen con los requisitos de la VWA.

Cuadro 2. Definiciones candidatas de del clima de seguridad y cultura de seguridad

Autor	Definición
Cultura de seguridad	
NIOSH, NORA Construction Sector Council (US) (2008)	La cultura de la seguridad refleja las actitudes, los valores y las prioridades de la administración y los empleados y su impacto en el desarrollo, la implementación, el desempeño, la supervisión y el cumplimiento de la seguridad y la salud en el lugar de trabajo.
WorkCover NSW	<p>Su cultura de seguridad refleja los valores, las actitudes y los comportamientos de la organización con respecto a la salud y la seguridad. No es sólo qué sistemas de seguridad están disponibles.</p> <p>En una cultura de seguridad positiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • todos en la organización creen que tienen derecho a trabajar en un ambiente seguro y saludable. • todos aceptan la responsabilidad personal de garantizar la salud y la seguridad de sí mismos y de los demás. • los supervisores y los gerentes ven la seguridad como algo importante. • Los comportamientos y acciones de gestión demuestran un compromiso con la salud y la seguridad.
Nuclear Regulatory Commission (US) (2011)	La cultura de la seguridad nuclear se define como los valores y comportamientos centrales resultantes de un compromiso colectivo por parte de líderes e individuos que enfatiza la seguridad sobre los objetivos competitivos, para asegurar la protección de las personas y el medio ambiente.
Institute of Nuclear Power Operations (US) (2004)	Cultura de la seguridad: Los valores y los comportamientos de una organización, modelados por sus líderes e internalizados por sus miembros, sirven para hacer de la seguridad nuclear la principal prioridad.
Clima de seguridad	
Clima de seguridad Cheyne et al. (1998)	<p>El clima puede ser visto como una medida del estado temporal de la cultura, que se refleja en las percepciones compartidas de la organización en un momento determinado.</p> <p><i>Obsérvese que esta definición se presenta en la publicación en el contexto del clima de seguridad y la cultura de seguridad, por lo que se interpreta que cuando se usan los términos “clima” y “cultura”, los autores realmente significan “clima de seguridad” y “cultura de seguridad” respectivamente.</i></p>
Wiegmann et al. (2002)	El clima de seguridad es la medida del estado temporal de la cultura de seguridad, sujeto a las características comunes entre las percepciones individuales de la organización. Por lo tanto, se basa en situaciones, se refiere al estado percibido de seguridad en un lugar particular en un momento particular, es relativamente inestable y está sujeto a cambios dependiendo de las características del ambiente actual o las condiciones imperantes.
HSE (Reino Unido)	Los términos: cultura de seguridad y clima de seguridad pueden usarse para describir las formas en que los miembros de las organizaciones dan sentido a la seguridad general de su ambiente de trabajo. La cultura de la seguridad, sin embargo, existe a un nivel superior, que se relaciona en parte con las políticas y metas generales. El clima de seguridad, por otro lado, se utiliza a menudo para describir los resultados más “tangibles” de la cultura de seguridad de una organización. Por ejemplo, cómo la gente percibe y describe la importancia dada a las cuestiones de seguridad por la organización en un momento en particular y cómo se considera que las estructuras o acuerdos locales reflejan esto. El clima de seguridad existe a un nivel más localizado y, por lo tanto, proporciona un enfoque tangible para la evaluación de algunos aspectos de la cultura de seguridad.

Fuente: Adaptado de Vu T, De Cieri H. Cultura de seguridad y clima de seguridad: ¿es lo mismo? – Cibersal [Internet]. Cibersal. 2014

Los enfoques utilizados para definir el clima de seguridad también son diversos e incluyen:

- emplear la conceptualización del clima organizacional y los tipos de clima específicos,
- utilizar la estructura jerárquica de los datos de comportamiento para conceptualizar el clima de seguridad, y
- utilizar un enfoque antropológico.

Un punto de partida común para las definiciones del clima de seguridad es una referencia a las “percepciones compartidas” entre los miembros de una organización acerca del valor de la seguridad y un enfoque en las políticas y prácticas de seguridad. Algunas definiciones del clima de seguridad son algo similares a las de la cultura de seguridad.

La revisión identificó tres definiciones de clima de seguridad (Cuadro 2). Pueden ser necesarias modificaciones menores a estas definiciones para asegurar que cumplen con los requisitos de VWA.

La literatura sobre cultura y clima de seguridad sigue evolucionando. Sin embargo, los teóricos coinciden ampliamente en que la cultura de la seguridad es un subconjunto de la cultura organizacional que es inconsciente, invisible y caracterizada por valores y actitudes subyacentes compartidos hacia la seguridad. También se observa un acuerdo con respecto al mayor nivel de abstracción de la cultura de seguridad comparado con el clima de seguridad, siendo este último considerado una manifestación o una instantánea de la primera.

Deberían aplicarse criterios a las definiciones de cultura de seguridad y clima de seguridad indicadas en la Tabla 1, para asegurar que las definiciones elegidas sean académicamente rigurosas y aplicables en entornos del mundo real. Otros factores a considerar en la selección incluyen la correspondencia entre las responsabilidades legislativas de VWA y los objetivos de protección especificados

en una cultura de seguridad o una definición de clima de seguridad, la necesidad de armonizar con WorkCover NSW y otros legisladores interestatales y la necesaria adecuación o por el contrario, un planteamiento uniforme para todos(14).

4.1.4 Error

La teoría del error de Reason: Asume que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable³, Vincent en cambio la define como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria⁴. El gran objetivo de la seguridad del paciente es REDUCIR EL DAÑO y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana(15). La condición humana está ligada al error en cualquier actividad. Esto no quiere decir que no se pueda hacer nada para disminuir la frecuencia y mitigar las consecuencias de los errores.

A finales del siglo XX, el psicólogo cognitivo James Reason, profesor de la Universidad de Manchester, y experto reconocido en el estudio del error humano en sistemas tecnológicos de alto riesgo, describió el error humano como la ejecución no intencionada de un plan incorrecto para lograr un objetivo o la ejecución no adecuada de una acción planificada. Esto significa que el plan puede ser apropiado, pero las acciones asociadas a él no se producen según lo previsto o que las acciones se realizan como estaba previsto, pero el plan no es suficiente para lograr el resultado deseado. Para entender la forma en cómo los errores suceden y cómo comprometen la seguridad del paciente (SP), Reason propone estudiar el error humano desde dos enfoques:

- Centrado en las personas o modelo personal clásico.
- Centrado en los sistemas o modelo sistémico.

El enfoque **centrado en las personas**, cuya premisa es que las personas son la causa de los errores, es el que tradicionalmente ha sido aceptado y entiende que los errores son la causa de los efectos adversos. Los errores se perciben como actos inseguros derivados principalmente de los procesos mentales incorrectos, tales como lapsus de memoria, falta de atención, falta de motivación, descuido, abandono e imprudencia.

La estrategia de actuación para prevenir y tratar los errores desde el enfoque centrado en las personas es culpabilizar y castigar (Name, Blame & Shame): la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error es buscar al culpable y castigarlo.

Según una encuesta realizada en el 2016 por la Agency for Healthcare Research and Quality de los Estados Unidos, el 55% de los miembros del personal sanitario de los hospitales cree que sus instituciones responden a los errores de una manera punitiva. Sin embargo, culpar o castigar a alguien no asegura que una situación similar de daño a un individuo no se esté presentando simultáneamente en otro escenario clínico o que el mismo error no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución.

A diferencia de la visión anterior, el enfoque **centrado en los sistemas** tiene la premisa básica de que los seres humanos fallan y los errores son esperables o previsibles, incluso en las mejores organizaciones. Los errores se muestran como consecuencia y no como causa, que tienen su origen no en la perversidad de la naturaleza humana, sino en fallos latentes en el entorno asistencial y son consecuencia de los procesos y procedimientos que se aplican.

Reason considera que, aunque no se puede cambiar la condición humana, se pueden modificar las condiciones en las que los seres humanos trabajan. De

acuerdo con el enfoque centrado en los sistemas, la SP se debe basar en aprender de los errores para intentar evitarlos mediante una gestión proactiva del riesgo, en lugar de una acción reactiva y punitiva, centrada en el fracaso humano como la única causa de los eventos adversos.

La OMS define la SP como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria¹⁴. En esta definición es importante indicar que el concepto de «nivel mínimo aceptable» hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención, frente al riesgo de no tratamiento o de recibir otro tratamiento alternativo⁽¹⁶⁾.

4.1.4.1 Clasificación

Los errores o fallas institucionales se pueden clasificar según el área de atención, en clínicos o administrativos (Ver Cuadro 3); y según los sistemas de atención, en errores de acción o de omisión.

Cuadro 3. Diagrama de nivel de impacto de categorías y definiciones. J Gen Intern Med. 2006 February; 21(2): 165–170. 2006 by the Society of General Internal Medicine

Clínicos		Administrativos
No Relacionados con medicación	Relacionados con Medicación	Tipo Administrativos
Laboratorio	Dosis incorrecta	Proceso de Alta
Transfusionales	Omisión de Medicamentos	Documentación
Quirúrgicos/procedimientos invasivos	Medicamento Incorrecto	Pérdida de Propiedades
Lesión integridad piel	Reacción Medicamentosa	Comunicación
Procedimientos como Exámenes/tratamiento.	Error en la vía de administración.	Insatisfacción Paciente/Familiar
Exposición a fluidos corporal/sanguíneos.	Error en tiempo/frecuencia.	Dispositivos Médicos/Equipos
Tratamiento respiratorio	Error Tiempo infusión/forma	Identificación paciente
Infiltración/extravasación.	Medicación Paciente equivocado.	Proceso de Consentimiento

Clínicos		Administrativos
No Relacionados con medicación	Relacionados con Medicación	Tipo Administrativos
Estupefacientes		Proceso de Admisión
		Cita/Hora prevista.
otros.	otros.	otros.

Fuente: Adaptado de Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, 2007(17).

Existen referencias que clasifican los errores como de omisión y comisión, describiendo como de omisión la ausencia de diagnósticos o tratamientos, y los de comisión la realización de éstos de manera incorrecta^{3,4,5}.

Se define también como Error por acción el resultante de “hacer lo que no había que hacer” y el error por omisión el causado por “no hacer lo que había que hacer”. Esta definición es la más usada para el abordaje del error enunciada por la Organización Mundial de la Salud 2005⁶(17).

4.1.5 Evento adverso

Un evento adverso (EA) es cualquier aparición inesperada y perjudicial en un paciente o un sujeto de ensayo clínico a quien se administró un producto farmacéutico que no tiene, necesariamente, una relación causal con el tratamiento. Por lo tanto, un evento adverso (EA) puede ser cualquier signo (incluyendo un hallazgo de laboratorio anormal), síntoma o enfermedad asociada con el uso de un

³ P Davis, R Lay-Yee, R Briant and A Scott. Preventable in-hospital medical injury under the “no fault” system in New Zealand. QSHC ON LINE, New Zealand, 1 the April de 2005, page 7

⁴ Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L y otros. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991, 324: 370-376.

⁵ To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine of the national Academies. (1999).

⁶ World Health Organization, World Alliance For patient Safety, Forward Programme 2005, WHO, Geneva 2005

medicamento (sometido a investigación) no deseado y negativo, esté relacionado o no al medicamento (sometido a investigación)(18).

Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, cuando se realizó la búsqueda de términos relacionada con Seguridad del Paciente se observó, en primer lugar, la utilización de términos equivalentes para denominar, Evento Adverso, tales como acontecimiento adverso, suceso adverso, accidente, efecto adverso u ocurrencia adversa.

Un evento adverso - y sus homólogos- se podría definir entonces como cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente (5, 6, 25, 35, 58).

Dentro de las definiciones de evento adverso, se relaciona con frecuencia la no intencionalidad, la discapacidad y la relación causal de la lesión con la atención; por lo tanto, cualquier signo no intencionado, desfavorable, temporal o permanente relacionado con cualquier procedimiento en el ambiente hospitalario es un Evento Adverso.

4.1.5.1 Clasificación

Los eventos adversos han sido clasificados de diversa manera en la amplia literatura internacional revisada. Las clasificaciones incluyen, entre otras, la causa básica u origen del evento, la severidad, la discapacidad resultante, el componente de la atención donde se origina y el momento de la aparición del evento con respecto al tiempo.

Se encuentran también referencias en cuanto a la naturaleza quirúrgica o no quirúrgica, a la posible relación con medicamentos y el tipo de medicamento además del sitio de atención.

Respecto a la naturaleza u origen de los eventos Adversos se clasifican en operatorio o no operatorio, su relación con medicamentos y la clase de medicamento, el tipo de complicación, sitio de atención, tipo de error general o específico que llevó al evento y, finalmente, de acuerdo a la edad (9).

Por otra parte, según el momento de su presentación puede ser clasificado como originado en el período previo a la hospitalización, durante la hospitalización o en el período posterior a la hospitalización (21).

Según Severidad

Como severos y no severos. Se considera que un evento reportable severo es aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses (12)

Un evento adverso puede tener varios grados de intensidad o de severidad (por ejemplo, un dolor de cabeza secundario a punción lumbar puede ser grave, moderado o leve) la lesión o daño puede estar relacionada a la discapacidad con el tiempo, según la publicación se definen según severidad del evento adverso:

- Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.
- Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.
- Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria. (13).

Según Prevención

Los Eventos Adversos, en algunas ocasiones, crean una discusión que finalmente subestima o desvía la causa del problema ocasionando de forma no intencional un mal análisis, un desenfoque en los objetivos del mejoramiento, costos elevados en suministros y desgaste del personal por una mala intervención. Sin comentar la

magnitud de la evitabilidad, la discapacidad y problemas que de una u otra forma se habrían evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. (34)

Según esta determinación un evento adverso se podría describir como prevenible, si está asociado a los procesos de atención, y no prevenible, a los factores intrínsecos (7, 8, 10).

Prevenible

Resultado no deseado causado de forma no intencional, que se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado: Evento Adverso (12, 14, 15).

No Prevenible

Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado: Complicación (12, 14, 15)(17).

4.1.5.2 Definiciones de evento adverso

Estados Unidos: Se define evento adverso como la lesión resultado del manejo médico más que a la enfermedad del paciente. La lesión puede ir desde la incapacidad del paciente, la prolongación de la hospitalización hasta la muerte (BMJ 2000;320:741-44),(19).

Reino Unido: Evento adverso es toda lesión imprevista causada por el manejo médico en lugar del proceso de la enfermedad; además consideran que el evento adverso puede ser prevenible si se presta la atención de acuerdo a las normas estandarizadas en el cuidado hospitalario (BMJ2001:322;517-519),(19).

Australia: Se define evento adverso como daño no intencionado provocado por un acto médico más que el proceso nosológico en sí. Consideran que el 50% de estos son catalogados como prevenibles, por lo tanto, se pueden llegar a intervenir (N Engl J Med 1991;324:370-376),(19).

Canadá: El evento adverso se considera un error médico que debe ser identificado y reportado por todo el personal de los servicios de salud, haciendo una autocrítica efectiva que contrarreste las fallas de la atención (BMJA 1999;170:411-415),(19).

Nueva Zelanda: Los eventos adversos son ocasionados por no proporcionar seguridad al paciente y por la inadecuada calidad en los hospitales. Al ser atribuible a la negligencia médica debe ser reportado de forma oportuna para evitar su recurrencia (The NewZealand Medical Journal 115:1167: 1-9),(19).

España: El evento adverso es nombrado efecto adverso y se define como una lesión no intencionada que se relaciona con el proceso asistencial más que al estado patológico del paciente. Estos se pueden prevenir si se realiza una adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial (Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 26:22;195-209),(19).

Colombia: Eventos adversos son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente; pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y al incremento de los costos de no-calidad. Se aplica este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones arriba mencionadas”(20),(19).

Las diferentes definiciones a nivel mundial apuntan a lo mismo, los eventos adversos son responsabilidad del personal que interviene en la atención de la salud, pueden ser prevenibles o no prevenibles y su presentación depende de la seguridad

que se le preste al paciente en todos los momentos de la atención. Dada su condición de prevenibles, los eventos adversos son sujetos de intervención racional que lleven a mejorar los procesos de manera que estos no se vuelvan a presentar; además su gestión es parte del aprendizaje de la institución para fomentar la cultura de seguridad y la búsqueda continua de la calidad(19).

4.2 MARCO CONCEPTUAL

Seguridad del Paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Atención en Salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Indicio de atención insegura: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla de la atención en salud: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).

Fallas latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo).

Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Factores contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).⁷ Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención

AMEF: Análisis de modo y efecto de falla(3).

4.3 NORMATIVIDAD

4.3.1 Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. En ella, se define la seguridad social como: “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la

cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”(21).

Esta ley se basa en un modelo de cobertura universal, teniendo por principios la EFICIENCIA, UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD, INTEGRALIDAD, UNIDAD Y PARTICIPACIÓN. La cual se orienta a promover calidad y economía en un sistema de administración eficiente, otorgando al individuo la capacidad de opinar e influir sobre el sistema de salud, y de escoger teniendo en cuenta la calidad y costos, en vez de ser éste un sujeto pasivo de recepción de servicios.

4.3.2 Resolución N° 1474 de 2002

Mediante la cual se define Acreditación en Salud como un proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.

A través de ésta evaluación se reconoce públicamente a una institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de servicios de salud, (EPS, ARS), Entidad de Medicina prepagada (EPM) o Entidad Adaptada, el cumplimiento de requisitos superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la acreditación y decidir libremente si

deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas(22).

4.3.3 Decreto N° 2309 de 2002

Como quedó establecido por la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud de la República de Colombia, ahora Ministerio de la Protección Social, debería reglamentar el sistema obligatorio de garantía de calidad y sus componentes: el Sistema Único de Habilitación, el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Atención en Salud, la Acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y Aseguradoras y el Sistema de información al usuario.

Por este decreto se reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia y consideró, al acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente como las características fundamentales de la calidad de la atención.

De igual manera, la atención en salud juega un papel preponderante en la evaluación de la calidad señalando el índice de eventos adversos como el indicador de mayor influencia en la seguridad del paciente(23).

4.3.4 Decreto N° 1011 de 2006

Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde uno de los destinatarios de este decreto son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Establece que deberán cumplir con los estándares señalados de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Tiene como componentes los siguientes:

1. El Sistema único de Habilitación
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud

3. El Sistema Único de Acreditación
4. El Sistema de Información para la Calidad

Igualmente señala que las IPS deben implementar procesos de auditoria, con criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad. Los modelos que se apliquen teniendo en cuenta niveles de autocontrol, auditoria interna y externa.

Se establecen las siguientes definiciones:

o Atención de salud. Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

o Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

o Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

o Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

o Empresas administradoras de planes de beneficios. -EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

o Prestadores de servicios de salud-IPS. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

o Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

o Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

o Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.¹⁷

Finalmente anuncia el diseño e implementación de un Sistema de Información para la calidad a cargo del Ministerio de la Protección Social, en el cual se busca

estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y al mismo tiempo orientar a los usuarios en las características del sistema(24).

4.3.5 Resolución N° 1043 de 2006

Establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento.

Además, dispone que los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir para su entrada y permanencia en el Sistema único de Habilitación con capacidad tecnológica y científica, entendida como los estándares básicos de infraestructura y de procesos de salud por cada uno de los servicios que se prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios.

4.3.5.1 Anexo Técnico N° 1 “Manual de estándares”

Uno de los eventos trazadores de esta resolución es el Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios, su función es proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios. El criterio de valoración de este evento es: realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio.

4.3.5.2 Anexo Técnico N° 2 “Manual de procedimientos”

Tiene por objeto, orientar la verificación de las condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, así como unificar en el territorio nacional, los conceptos básicos de evaluación de las condiciones tecnológicas y científicas, de suficiencia patrimonial y financiera, y técnico administrativas, definidas para el sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud.

Igualmente pretende garantizar la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC, según los lineamientos de auditoria expedidos por el Ministerio de la Protección Social, como herramienta de gestión de la calidad que promueva, evalúe y mejore la atención de salud en armonía con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

El PAMEC identifica las fallas en la calidad que impactan de manera importante la salud de la población. Además, permite realizar el seguimiento a los eventos trazadores, por lo que se constituye en una herramienta más de la auditoria de la calidad del servicio.

En este anexo, se define el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud (PAMEC) como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como “e/ mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente(25).

4.3.6 Resolución N° 1445 de 2006

Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan manuales de estándares de acreditación que se encuentran contenidos en el anexo técnico N°1 de esta resolución.

El Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, presenta los lineamientos instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones y los estándares, en los que se contempla el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyendo alguno o todos los siguientes criterios: seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia, accesibilidad y oportunidad(26).

4.3.7 Resolución N° 1446 de 2006

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 de la Atención en Salud.

Dicha resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Ofrecer insumos para el referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

De igual manera en esta resolución se definen:

Eventos Adversos: entendiéndose como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad.

El evento adverso trazador: se caracteriza por que las causas que lo originan pueden estar asociadas a deficiencias en la calidad de la atención. Su existencia no indica con certeza fallas en la calidad, pero sí es señal de que hay una alta probabilidad de que alguno o varios de los procesos de atención asociados a la ocurrencia del evento no estén funcionando correctamente.

Lo anterior dando como resultado un listado de indicadores de referencia para el proceso de auto evaluación, evaluación de acreditación, verificación de habilitación o durante la auditoria para el mejoramiento de la calidad.

Unos de los indicadores que deben reportar las IPS para el seguimiento a eventos trazadores que están relacionados directamente con la seguridad del paciente, son: reingreso de pacientes hospitalizados (1.2.1), mortalidad (1.3.1) e infecciones (1.3.2) intrahospitalarias. (Ver anexo técnico)(27),(28).

4.4 MARCO CONTEXTUAL

Assbasalud es una Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud, que actúa en bajo y mediano grado de complejidad. La empresa como tal, cuenta con un equipo capacitado de colaboradores dispuestos a brindar un buen servicio. Igualmente, se define como una Institución comprometida con sus clientes internos y externos, para garantizar un servicio integral con propósito de mejoramiento continuo.

Misión: Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud en forma integral, con calidad, seguridad y humanización, a todos los habitantes del área

urbana y rural del municipio de Manizales, teniendo como eje central los territorios saludables, en pro del mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios.

Visión: Para el 2019, Assbasalud ESE busca posicionarse a nivel regional como una entidad modelo que se preocupa por brindar a sus usuarios atención integral con altos estándares de calidad en todos sus puntos de atención.

Principios Fundamentales: El desempeño de Assbasalud E.S.E. se rige por los siguientes principios corporativos:

Respeto a la dignidad Humana: Garantizando hasta donde esté al alcance de Assbasalud E.S.E., los derechos universales e irrenunciables de la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social, de conformidad con la dignidad que debe reconocerse a todo ser humano y los recursos disponibles de la institución.

Universalidad: Atendiendo a todas las personas que solicitan nuestros servicios, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que organizan la atención en el país, los recursos disponibles y la naturaleza de la institución.

Integralidad: Brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto biopsicosocial, con servicios de óptima calidad, humana, científica y técnica, en el marco de los servicios que constituyen nuestro portafolio.

Eficiencia: Buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterios de rentabilidad social y económica.

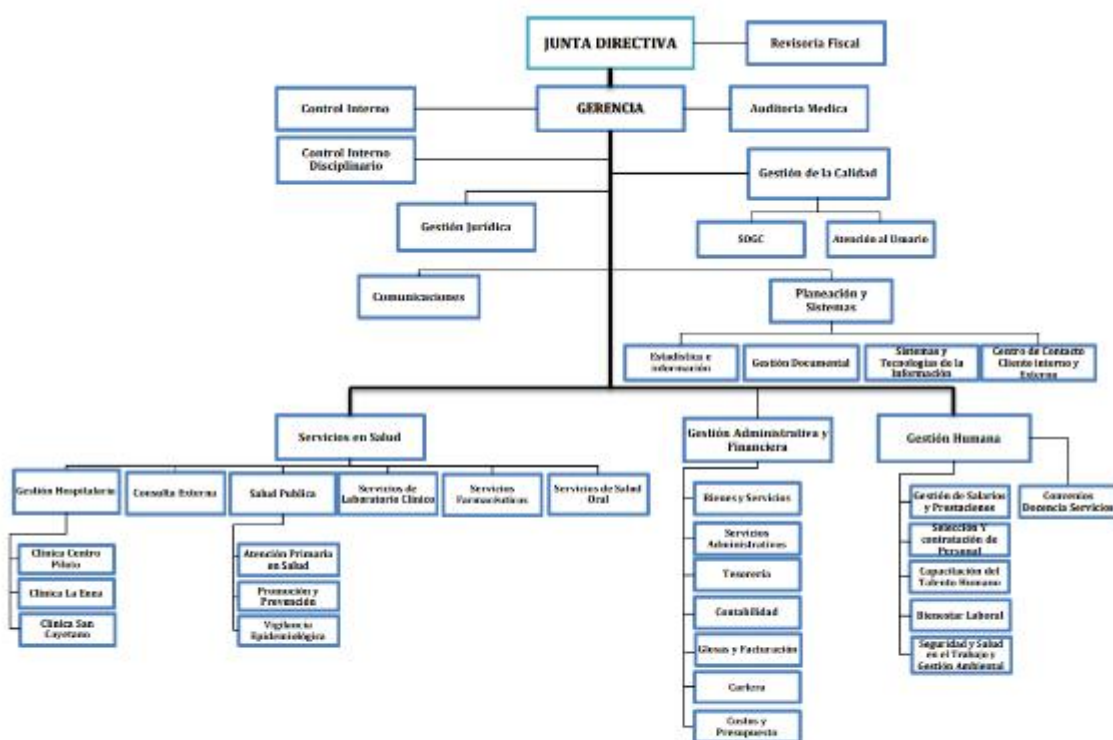
Eficacia: Garantizando, en la medida en que nuestras condiciones nos lo permitan, la solución de aquellos problemas de salud de la población usuaria que correspondan a sus principales necesidades y expectativas.

Solidaridad: Ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso.

Calidad: Buscando mejorar permanentemente nuestros patrones predefinidos para caracterizar la gestión y los servicios.

Equidad: Atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que esté a su alcance.

Ilustración 1. Organigrama Institucional



5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Para responder la pregunta del problema de investigación se aplicó un estudio de carácter descriptivo, de corte transversal. De igual forma, la investigación es de tipo cuantitativo, que se propone utilizar diferentes técnicas experimentales aleatorias, cuasi experimentales, test estructurados y sistemáticos, análisis estadísticos multivariados y estudios de muestras cuya base epistemológica es el positivismo, y su herramienta de análisis es de tipo estadístico numérico (Cook, 1986).

Para la presente investigación, se propone utilizar en parte la metodología utilizada en el documento Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud realizada por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del gobierno español(29).

5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA

La población de referencia está constituida por todos los profesionales, se incluye a médicos, enfermeras(os), auxiliares de enfermería, entre otros que laboran en una Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud del municipio de Manizales, en total 182. Finalmente, la muestra quedó conformada por 127 profesionales que dieron respuesta a la encuesta.

Ilustración 2. Pantallazo de cierre de la encuesta



Fuente: Elaboración propia

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.3.1 Criterios de inclusión

- Trabajar directamente con la Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud del municipio de Manizales, con carácter fijo o interino.
- Voluntad de participar en el estudio.

5.3.2 Criterios de exclusión

- Dependencia orgánica o funcional distintas a las de Atención Primaria.
- Desarrollar una actividad asistencial correspondiente a modelo tradicional (no integrados en equipos de Atención Primaria o de cupo).
- Desarrollar exclusivamente actividades de atención urgente, o de refuerzo.
- Ser estudiante de medicina en prácticas o estudiante de enfermería.
- Estar contratado como becario.
- No desarrollar una actividad asistencial o de atención directa a usuarios de los servicios sanitarios.

5.4 INSTRUMENTO Y VARIABLES DE ESTUDIO

Se aplicará una encuesta que hace parte del Programa de Gestión Clínica, que busca mejorar los procesos asistenciales -Clínicos- en las instituciones que prestan servicios de salud, con el fin de transformarlas en organizaciones altamente confiables y seguras.

Las variables del estudio son las del propio cuestionario de medición de cultura de Seguridad del Paciente más las variables laborales descriptivas de los profesionales de la muestra (Ver ANEXO A y **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

La percepción sobre la CSP se estimó mediante un cuestionario semiestructurado, que resumió y adaptó los principales ítems de la traducción y validación española

de la encuesta sobre CSP desarrollada por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)(30).

Cuadro 4. Ítems de la encuesta Cultura de Seguridad del Paciente (asistencial)

Secciones	No. de Ítems
Sección A: Trabajo en Equipo	18
Sección B: Su Jefe Inmediato	4
Sección C: Comunicación	6
Sección D: Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados	3
Sección E: Grado de seguridad de paciente	5 Opciones
Sección F: Su Institución	10
Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados	6 Opciones
Sección H: Antecedentes.	7
Sección I: Comentarios	Respuesta abierta
Sección J: Atención segura	1

Cuadro 5. Ítems de la encuesta Cultura de Seguridad del Paciente (Administrativo)

Secciones	No. de Ítems
Sección A: Área de Trabajo	18
Sección B: Su Jefe Inmediato	4
Sección C: Comunicación	6
Sección D: Grado de seguridad de paciente	3
Sección E: Institución	23
Sección F: Antecedentes	10
Sección G: Comentarios	Respuesta abierta
Sección H: Atención segura	1
Sección I: Comentarios	Respuesta abierta
Sección J: Atención segura	1

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro 6. Cuadro de operacionalización de variables

Secciones (Variable Independiente)	Definición teórica	Conceptos evaluados (Variables Dependientes)	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medida
Sección A: Trabajo en Equipo	Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente	1. El personal se apoya mutuamente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		2. Suficiente personal para afrontar y realizar el trabajo.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		3. Cuando hay mucho trabajo, se trabaja en equipo	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		4. En la unidad se tratan todos con respeto.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		7. En ocasiones no prestamos la mejor atención al paciente porque hay demasiado personal temporal.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos para la seguridad del paciente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		10. Es sólo por casualidad que aquí no ocurren errores más serios.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal

Secciones (Variable Independiente)	Definición teórica	Conceptos evaluados (Variables Dependientes)	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medida
		12. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se está siendo denunciada la persona y no el problema.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad del paciente, se evalúa para comprobar su efectividad.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		14. Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		16. El personal teme que los errores que comenten queden registrados en su hoja de vida.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		17. Tenemos problemas relacionados con la "seguridad del paciente" en esta unidad/ servicio.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueda ocurrir en la atención al paciente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
Sección B: Jefe Inmediato	Persona que se encuentra en el puesto superior de una jerarquía y que tiene las facultades necesarias para mandar a sus subordinados	19. Mi superior/jefe hace comentarios positivos cuando ve un trabajo de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		21. Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		22. Mi superior/jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal

Secciones (Variable Independiente)	Definición teórica	Conceptos evaluados (Variables Dependientes)	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medida
Sección C: Comunicación	El personal de salud puede hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ellos.	23. Los jefes/ superiores informan sobre los cambios realizados basado en los reportes de los incidentes y eventos adversos.	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre	Cualitativa	Ordinal
		24. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, habla de ello con total libertad.	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre	Cualitativa	Ordinal
		25. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre	Cualitativa	Ordinal
		26. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre	Cualitativa	Ordinal
		27. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que vuelva a ocurrir un error.	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre	Cualitativa	Ordinal
		28. El personal tiene miedo de hacer preguntas sobre algo que parece estar hecho de forma incorrecta.	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre	Cualitativa	Ordinal
Sección D: Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados	Los eventos reportados, proveen a la organización los datos necesarios para diseñar, implementar y optimizar continuamente las acciones de mejoramiento.	29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Qué tan frecuente es reportado?	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre	Cualitativa	Ordinal
		30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Que tan frecuentemente es reportado?	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre	Cualitativa	Ordinal
		31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Que tan frecuentemente es reportado?	1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre	Cualitativa	Ordinal
Sección E: Grado de seguridad de paciente	Percepción individual. Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de SP	32 Por favor, asigne a su servicio/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente	1. Excelente 2. Muy Bueno 3. Aceptable 4. Pobre 5. Malo	Cualitativa	Ordinal
Sección F: Institución	La institución para brindar una atención de buena calidad;	33. La gerencia o la dirección de la institución provee un ambiente	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente	Cualitativa	Ordinal

Secciones (Variable Independiente)	Definición teórica	Conceptos evaluados (Variables Dependientes)	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medida
	debe monitorizar, constantemente, la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática, mediante los indicadores	laboral que promueve la seguridad del paciente.	4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo		
		34. Las diferentes unidades/ servicios de esta institución no coordinan bien entre sí.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		35. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		36. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		37. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		38. Frecuentemente resulta desagradable o incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades en esta institución.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		39. Habitualmente surgen problemas en el intercambio de información entre los diferentes servicios/ unidades de esta institución.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		40. La gerencia o dirección de esta institución muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		41. La gerencia/dirección de esta institución sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		42. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar el mejor cuidado a sus pacientes.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
		43. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo	Cualitativa	Ordinal

Secciones (Variable Independiente)	Definición teórica	Conceptos evaluados (Variables Dependientes)	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medida
Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados	Percepción individual de eventos adversos reportados	44 En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de eventos adversos / errores ha diligenciado y enviado? Marque UNA SOLA OPCIÓN	1. Ningún reporte 2. De 1 a 2 reportes 3. De 3 a 5 reportes 4. De 6 a 10 reportes 5. De 11 a 20 reportes 6. 21 reportes o más 7. No Aplica	Cualitativa	Escala de intervalo
Sección H: Antecedentes.	Contempla aspectos relativos a los profesionales y al puesto de trabajo: categoría profesional, situación laboral, tiempo que llevan trabajando en atención primaria y en el mismo centro, número de horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta, desempeño de puestos de responsabilidad, horario laboral.	45 Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución	1. Menos de 1 año 2. 1 a 5 años 3. 6 a 10 años 4. 11 o más años	Cuantitativa	Escala de intervalo
		46 Cuánto tiempo lleva trabajando en su área de servicio	1. Menos de 1 año 2. 1 a 5 años 3. 6 a 10 años 4. 11 o más años	Cuantitativa	Escala de intervalo
		47 Cuántas horas a la semana trabaja en la institución	1. Menos de 20 horas 2. 20 a 39 horas 3. 40 a 59 horas 4. 60 o más horas	Cuantitativa	Escala de intervalo
		48Cuál es su cargo en la institución	1. Médico especialista 2. Médico general 3. Enfermera profesional 4. Enfermera auxiliar 5. Química farmacéutica 6. Auxiliar (Oda, Far, Lab) 7. Personal Administrativa 8. Personal Directiva 9. Personal Mantenimiento 10. Otra especifique	Cualitativa	Nominal
		49 Qué tipo de contrato tiene	1. Carrera administrativa 2. Cooperativa 3. Prestación de servicios	Cualitativa	Ordinal
		50 En su cargo tiene interacción directa con el paciente	1. Sí 2. No.	Cualitativa	
		51 Cuánto tiempo lleva en al cargo actual	1. Menos de 1 año 2. 1 a 5 años 3. 6 a 10 años 4. 11 a 15 años 5. 16 a 20 años 6. 21 años o más	Cuantitativa	Escala de intervalo
Sección I: Comentarios	Pregunta abierta	52 Comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su institución, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés	Respuesta abierta		
Sección J: Atención segura	Percepción individual	53 Considera que los pacientes son atendidos de forma segura	1. Sí 2. No.	Cualitativa	

5.6 PROCEDIMIENTO

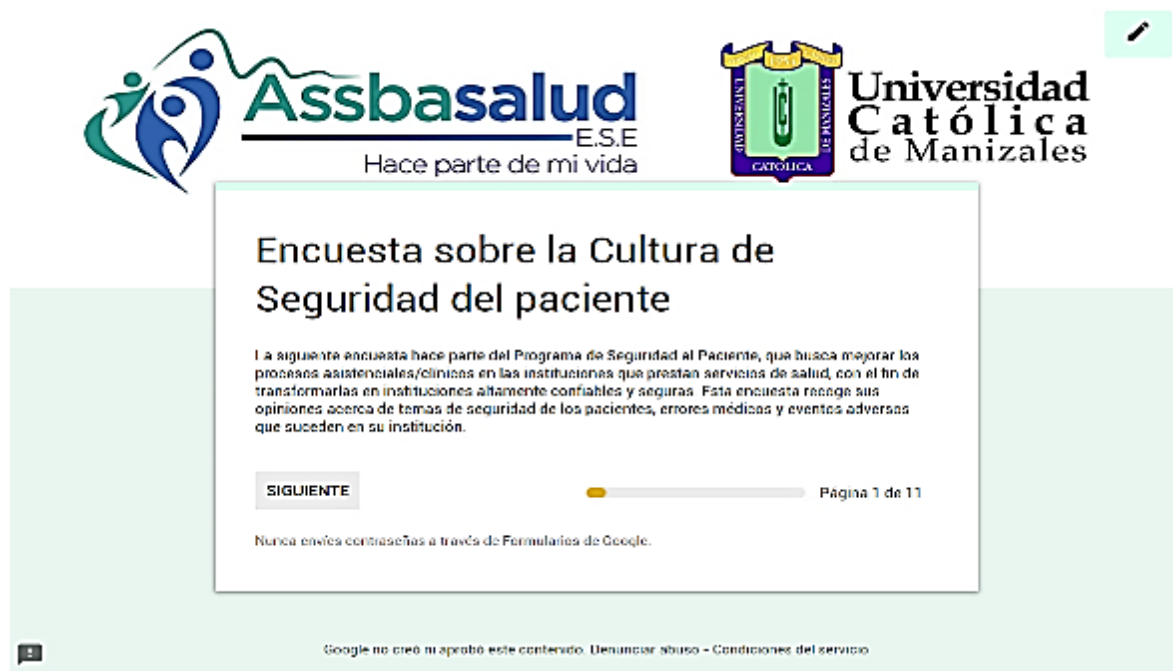
5.6.1 Componente ético

Se solicitó autorización al comité de ética de la Institución de Salud para la aplicación de la encuesta, declarando que el interés en el desarrollo del estudio es de tipo académico, que no implica que, en el desarrollo de la encuesta, en sus diferentes etapas (aplicación, tabulación, análisis y resultados) sea alterado, y que las encuestas son anónimas para guardar la confidencialidad.

5.6.2 Recolección de datos

Una vez obtenido el aval de la Institución de Salud, se procedió a aplicar las encuestas los profesionales, incluye a médicos, enfermeras(os), auxiliares de enfermería, entre otros que laboran en una Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud del municipio de Manizales, durante las 4 semanas del mes de abril.

Ilustración 3. Imagen encuesta sobre la Cultura de Seguridad del Paciente



The image shows a Google Form titled "Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del paciente". At the top, there are logos for "Assbasalud E.S.E. Hace parte de mi vida" and "Universidad Católica de Manizales". The form text states: "La siguiente encuesta hace parte del Programa de Seguridad al Paciente, que busca mejorar los procesos asistenciales/clínicos en las instituciones que prestan servicios de salud, con el fin de transformarlas en instituciones altamente confiables y seguras. Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en su institución." Below the text is a "SIGUIENTE" button, a progress bar, and the text "Página 1 de 11". At the bottom, it says "Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google." and "Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del servicio".

Fuente: Elaboración propia

Para la aplicación de la encuesta, se utilizó la interfaz de Google Docs, disponible libremente para compartir, editar y dar seguimiento de documentos online (Ver Ilustración 3), el cual permite la creación de formularios a partir de hojas de cálculo y facilita de forma rápida y sencilla editar formularios destinados a la aplicación de encuestas para la creación de bases de datos que pueden orientarse a la realización de trabajos de investigación. Todos los cuestionarios fueron auto-administrados y completados por los participantes.

5.6.3 Tabulación y tratamiento de la información

Una vez realizadas las encuestas, se generó una base de datos en Excel (ver

18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueda ocurrir en la atención al paciente.

Below the question, there are five empty square boxes for responses.

At the bottom, there are two buttons: "ATRÁS" and "SIGUIENTE". To the right of these buttons is a progress bar and the text "Página 2 de 11".

Sección B: Jefe Inmediato

Por favor, indique con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su servicio/unidad de trabajo sobre su jefe o la persona a la cual usted le reporta directamente. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Persona que se encuentra en el puesto superior de una jerarquía y que tiene las facultades necesarias para mandar a sus subordinados *

1. Muy en
desacuerdo

2. En
desacuerdo

3. Indiferente

4. De
acuerdo

5. Muy de
acuerdo

19. Mi superior/jefe hace comentarios positivos cuando ve un trabajo de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.

☐☐☐☐☐

20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.

☐☐☐☐☐

22. Mi superior/jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez.

☐☐☐☐☐

ATRÁS

SIGUIENTE

Página 3 de 11

Sección C: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su servicio/unidad de trabajo? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

El personal de salud puede hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ellos. *

1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre

23. Los jefes/ superiores informan sobre los cambios realizados basado en los reportes de los incidentes y eventos adversos.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

24. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, habla de ello con total libertad.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

25. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

26. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

27. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que vuelva a ocurrir un error.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Sección D: Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados

Los eventos reportados, proveen a la organización los datos necesarios para diseñar, implementar y optimizar continuamente las acciones de mejoramiento. *

1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre

29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Qué tan frecuente es reportado?

☐☐☐☐☐

30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Que tan frecuentemente es reportado?

☐☐☐☐☐

31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Que tan frecuentemente es reportado?

☐☐☐☐☐

ATRÁS

SIGUIENTE

 Página 5 de 11

Sección E: Grado de seguridad de paciente

Percepción individual. Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de SP

Por favor, asígnele a su servicio/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

32 Por favor, asigne a su servicio/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente *

Elegir

1. Excelente

2. Muy Bueno

3. Aceptable

4. Pobre

5. Malo

ENTE

Página 6 de 11

a través de Formularios de Google.

no aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del servicio](#)

Google Formularios

Sección F: Institución

¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su servicio/unidad de trabajo? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

La institución para brindar una atención de buena calidad; debe monitorizar, constantemente, la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática, mediante los indicadores *

1. Muy en
desacuerdo

2. En
desacuerdo

3. Indiferente

4. De
acuerdo

5. Muy de
acuerdo

33. La gerencia o la dirección de la institución provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

☐☐☐☐☐

34. Las diferentes unidades/ servicios de esta institución no coordinan bien entre sí.

☐☐☐☐☐

35. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.

☐☐☐☐☐

36. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.

☐☐☐☐☐

37. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.

☐☐☐☐☐

38. Frecuentemente resulta desagradable o incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades en esta institución.

☐☐☐☐☐

39. Habitualmente surgen problemas en el intercambio de información entre los diferentes servicios/unidades de esta institución.

☐☐☐☐☐

40. La gerencia o dirección de esta institución muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.

☐☐☐☐☐

41. La gerencia/dirección de esta institución sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente.

☐☐☐☐☐

42. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar el mejor cuidado a sus pacientes.

☐☐☐☐☐

43. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.

☐☐☐☐☐

ATRÁS

SIGUIENTE

Página 7 de 11

Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados

Percepción individual de eventos adversos reportados
Marque UNA SOLA OPCIÓN.

44 En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de eventos adversos / errores ha diligenciado y enviado? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Elegir

1. Ningún reporte

2. De 1 a 2 reportes

3. De 3 a 5 reportes

4. De 6 a 10 reportes

5. De 11 a 20 reportes

6. 21 reportes o más

7. No Aplica

Página 8 de 11

Formularios de Google.

este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del servicio](#)

Google Formularios

Sección H: Antecedentes.

Contempla aspectos relativos a los profesionales y al puesto de trabajo: categoría profesional, situación laboral, tiempo que llevan trabajando en atención primaria y en el mismo centro, número de horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta, desempeño de puestos de responsabilidad, horario laboral.

Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Tiempo que lleva trabajando *

	1. Menos de 1 año	2. 1 a 5 años	3. 6 a 10 años	11 o más años
45 Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Cuánto tiempo lleva trabajando en su área de servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47 Cuántas horas a la semana trabaja en la institución *

Elegir ▼

48Cuál es su cargo en la institución *

- ☐ 1. Médico especialista
- ☐ 2. Médico general
- ☐ 3. Enfermera profesional
- ☐ 4. Enfermera auxiliar
- ☐ 5. Química farmacéutica
- ☐ 6. Auxiliar (Oda, Far, Lab)
- ☐ 7. Personal Administrativa
- ☐ 8. Personal Directiva
- ☐ 9. Personal Mantenimiento
- ☐ Otros: _____

49 Qué tipo de contrato tiene *

- ☐ 1. Carrera administrativa
- ☐ 2. Cooperativa
- ☐ 3. Prestación de servicios

50 En su cargo tiene interacción directa con el paciente *


Elegir ▼

51 Cuánto tiempo lleva en el cargo actual *

- ☐ 1. Menos de 1 año
- ☐ 2. 1 a 5 años
- ☐ 3. 6 a 10 años
- ☐ 4. 11 a 15 años
- ☐ 5. 16 a 20 años
- ☐ 6. 21 años o más

ATRÁS

SIGUIENTE

 Página 9 de 11

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Sección I: Comentarios

Pregunta abierta

52 Comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su institución, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés *

Tu respuesta

ATRÁS

SIGUIENTE

Página 10 de 11

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Sección J: Atención Segura

Percepción individual

53 Considera que los pacientes son atendidos de forma segura

*

☐ Sí

☐ No

ATRÁS

ENVIAR

Página 11 de 11

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

ANEXO B). Los datos fueron codificados y posteriormente se importaron y analizaron con el programa estadístico SPSS, versión 16.0, para la posterior elaboración de gráficas y análisis de los resultados de cada una de las variables definidas en las encuestas de Seguridad del Paciente tanto asistencial como administrativa.

Los coeficientes alfa de Cronbach de 8 dimensiones evaluadas se situaron entre los valores de 0,70 a 0,94. Seguidamente se realizó el análisis descriptivo de las variables y de forma específica de las características de la muestra mediante la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las cuantitativas.

5.6.4 Medición de la cultura de seguridad del paciente

Para conocer la cultura de los profesionales de atención primaria respecto a la seguridad del paciente, se calculó la media y el intervalo de confianza al 95% de cada una de las variables del cuestionario.

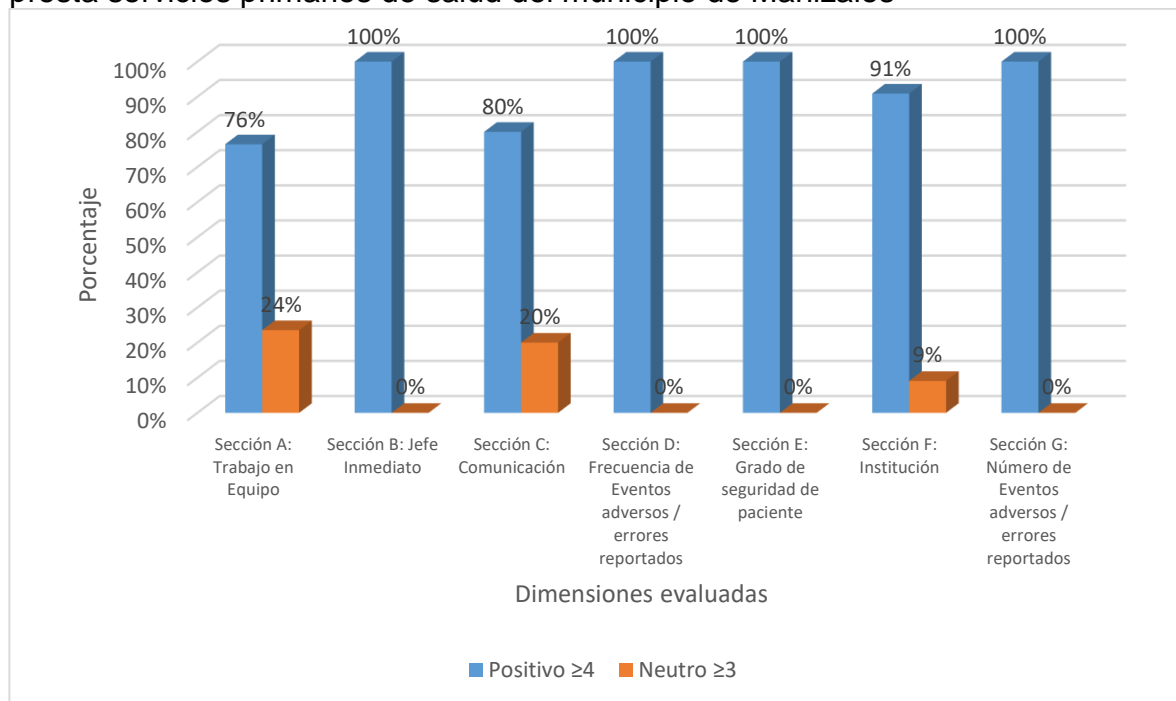
5.7 REFERENCIACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para la referenciación bibliográfica, se utilizó el programa gestor de referencias bibliográficas Zotero. Se trata de una herramienta informática que permite crear, mantener, organizar, compartir y dar forma a las referencias bibliográficas de artículos de revista, libros u otro tipo de documentos, a partir de distintas fuentes de información (bases de datos, catálogos, repositorios, páginas web, etc.) creando una especie de base de datos o colección personalizada de tales referencias. Igualmente, permite crear citas y bibliografías en los documentos de trabajo con un formato normalizado (APA, MLA, Vancouver, etc.) y dar forma a referencias bibliográficas de acuerdo con diferentes estilos de citación(31).

6. RESULTADOS

6.1 GRADO GENERAL DE PERCEPCIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Gráfica 1. Grado General de percepción de Seguridad del paciente que tienen el personal y los profesionales de la salud en una Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud del municipio de Manizales



La percepción de SP por parte del personal y los profesionales de la salud en una Empresa Social del Estado se observa una valoración positiva en todas las dimensiones, siendo las mejor valoradas las secciones Sección B: Jefe Inmediato, D: Frecuencia de eventos adversos/errores reportados, E: Grado de seguridad del paciente y G: Número de eventos adversos/errores reportados con 100% cada una, les sigue la Sección F: Institución con 91%, luego la Sección C: Comunicación con 80% y la Sección A: Trabajo en Equipo con 76%.

Tabla 1. Sección A: Trabajo en Equipo

Ítems	Media	ítems	%	Respuestas
01. En esta unidad / servicio, la gente se apoya mutuamente	4	13	76%	Positiva
03. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo				
04. En la unidad se tratan todos con respeto				
05 A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora				
06. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente				
07. En ocasiones no prestamos la mejor atención al paciente porque hay demasiado personal temporal				
08. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra				
09. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos para la seguridad del paciente				
10. Es sólo por casualidad que aquí no ocurren errores más serios				
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros				
12. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se está siendo denunciada la persona y no el problema				
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad del paciente, se evalúa para comprobar su efectividad				
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueda ocurrir en la atención al paciente				
2. Tenemos suficiente personal para afrontar y realizar el trabajo	3	4	24%	Neutro
14. Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente				
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo				
16. El personal teme que los errores que comenten queden registrados en su hoja de vida				
TOTAL DE ÍTEMS		17	100%	

En la Tabla 1. Sección A: Trabajo en Equipo presenta un balance positivo con un 76%(13) de los ítems evaluados están de acuerdo y muy de acuerdo y 24%(4) un balance neutro

Tabla 2. Sección B: Jefe Inmediato

Ítems	Media	ítems	%	Respuestas
19. Mi superior/jefe hace comentarios positivos cuando ve un trabajo de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente	4	3	100	Positivo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente				
22. Mi superior/jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez				
TOTAL DE ÍTEMS		3	100%	

En Tabla 2. Sección B: Jefe Inmediato , respecto a la seguridad del paciente se percibe 100%(3) de los ítems evaluados en una relación positiva hacia la actitud del jefe porque están de acuerdo o muy de acuerdo con los procedimientos establecidos, igualmente, tiene en cuenta las sugerencias que hace el personal para mejorar la seguridad del paciente y por último, los encuestados están en desacuerdo con que el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez porque hay

Tabla 3. Sección C: Comunicación

Ítems	Media	ítems	%	Respuestas
23. Los jefes/ superiores informan sobre los cambios realizados basado en los reportes de los incidentes y eventos adversos	4	3	75%	Positivo
24. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, habla de ello con total libertad				
25. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad				
27. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que vuelva a ocurrir un error				
26. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	3	1	25%	Neutro
TOTAL DE ÍTEMS		4	100%	

En la Tabla 3 se observa que existe una comunicación asertiva en un 75%(3) de los ítems evaluador por parte de los superiores y el personal al informar, analizar los cambios realizados basados en los reportes de los incidentes y eventos

adversos que ocurren en los diferentes servicios en la búsqueda de evitar que vuelvan a ocurrir errores y que se pueda afectar negativamente el cuidado del paciente, además de poder cuestionar con total libertad. El personal se muestra neutro (indiferente) ante las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

Tabla 4. Sección D: Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados

Ítems	Media	Ítems	%	Respuestas
29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Qué tan frecuente es reportado?	4	3	100%	Positivo
30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Que tan frecuentemente es reportado?				
31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Que tan frecuentemente es reportado?				
TOTAL DE ÍTEMS		3	100%	

Un balance positivo se muestra en la Tabla 4, respecto a Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados al estar de acuerdo o muy de acuerdo con todo el componente como cuando se comete un error ya que cuando se descubre se corrige antes de afectar al paciente al igual que cuando no tiene el potencial de causar daño.

Tabla 5. Sección E: Grado de seguridad de paciente

Percepción	Frecuencia	%
1. Excelente	29	22,83%
2. Muy Bueno	67	52,76%
3. Aceptable	29	22,83%
4. Pobre	1	0,79%
5. Malo	1	0,79%
Total general	127	100,00%

Para la conseguir la media de las puntuaciones otorgadas a la pregunta integrante de la dimensión Grado de seguridad del paciente se invirtieron los valores numéricos de las respuestas 1. Excelente = 5, 2. Muy Bueno = 4, 3. Aceptable = 3, 4. Pobre = 2, 5. Malo = 1., obteniéndose una media = 4.

En la Tabla 5. Sección E: Grado de seguridad de paciente, se observa que El 98,43%(125) presentan una tendencia positiva al tener un resultado aceptable 22,83%(29), muy bueno 52,76%(67) y excelente 22,83%(29), lo que significa que hay una Percepción global de la seguridad positiva.

Tabla 6. Sección F: Institución

Ítems	Media	Ítems	%	Respuestas
33. La gerencia o la dirección de la institución provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	4	10	91%	Positiva
35. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.				
36. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.				
37. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.				
38. Frecuentemente resulta desagradable o incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades en esta institución.				
39. Habitualmente surgen problemas en el intercambio de información entre los diferentes servicios/ unidades de esta institución.				
40. La gerencia o dirección de esta institución muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.				
41. La gerencia/dirección de esta institución sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente.				
42. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar el mejor cuidado a sus pacientes.				
43. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.				
34. Las diferentes unidades/ servicios de esta institución no coordinan bien entre sí.	3	1	9%	Neutro
TOTAL DE ÍTEMS		11	100%	

En la Tabla 6. Sección F: Institución, se observa una tendencia hacia los valores positivos en 91%(10) de los ítems evaluados, con una tendencia a los valores neutros en un 9%(1)

6.2 CARACTERIZAR DEL TALENTO HUMANO SECCIÓN H: ANTECEDENTES

Tabla 7. Rango de tiempo que lleva trabajando en la institución y rango de tiempo que lleva trabajando en el área de servicio

Rango de tiempo	Tiempo que lleva trabajando		Tiempo que lleva en el área de servicio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menos de 1 año	17	13,39%	22	17,32%
1 a 5 años	18	14,17%	31	24,41%
6 a 10 años	17	13,39%	23	18,11%
11 o más años	75	59,06%	51	40,16%
Total general	127	100,00%	127	100,00%

En la Tabla 7, el tiempo que lleva trabajando 11 o más años 59,06%(75), 1 a 5 años 14,17% (18), 6 a 10 años 13,39% (17), Menos de 1 año 13,39%(17). Respecto al Tiempo que lleva en el área de servicio 11 o más años 40,16%(51), 1 a 5 años 24,41%(31), 6 a 10 años 18,11% (23), Menos de 1 año 17,32%(22)

Tabla 8. Distribución porcentual según cargo en la institución

Cargo en la institución	Frecuencias	%
Personal Administrativo	54	42,52%
Enfermera auxiliar	21	16,54%
Auxiliar (Oda, Far, Lab)	17	13,39%
Médico general	13	10,24%
Enfermera profesional	12	9,45%
Odontología	7	5,51%
Otros	3	2,36
Total general	127	100%

En la Tabla 8 se observa que el equipo de salud de la institución se compone de Personal Administrativo 42,52%(54), Enf auxiliar 16,54% (21), Auxiliar (Oda, Far, Lab) 13,39% (17), Médico general 10,24% (13), Enfermera profesional 9,45% (12), Odontología 5,51%(7), Bacterióloga 0,79%(1), Médico especialista 0,79%(1), Química farmacéutica 0,79%

Tabla 9. Distribución porcentual según tipo de contrato

Tipo de contrato	Frecuencias	%
Carrera administrativa	81	63,78%
Prestación de servicios	46	36,22%

La Tabla 9 muestra que el equipo de salud de la institución en un 63,78%(81) tiene como tipo de contrato carrera administrativa y el 36,22%(46) por Prestación de servicios.

6.3 CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:

- Hacer bien las cosas
- No apoyarse en la memoria
- Gestionar el riesgo
- Barreras frente al error
- Aprender del error
- Compartir el aprendizaje
- Ante la duda, pedir ayuda
- Adherirse a los protocolos de la institución

6.4 FRECUENCIA DE EVENTOS O ERRORES REPORTADOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 10. Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados

Etiquetas de fila	F	%
Ningún reporte - N/A	99	77,95%
1 a 2 reportes	17	13,39%
3 a 5 reportes	6	4,72%
6 a 10 reportes	2	1,57%
11 a 20 reportes	1	0,79%
21 reportes o más	2	1,57%
Total general	127	100,00%

En cuanto al número de eventos adversos/errores reportados la Tabla 10. Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados el mayor porcentaje lo presenta Ningún reporte - N/A 77,95%(99), 1 a 2 reportes 13,39%(17), 3 a 5 reportes 4,72%(6), 6 a 10 reportes 1,57% (2), 11 a 20 reportes 0,79%(1) y 21 reportes o más 1,57%(2).

Tabla 11. Percepción del personal sobre la atención de forma segura de los pacientes

Percepción	F	%
No	8	6,30%
Sí	119	93,70%
Total general	127	100,00%

En la Tabla 11 la mayoría un 93,70% considera que los pacientes son atendidos de forma segura.

CONCLUSIONES

- 1.** Se logró identificar que hay mayor porcentaje de personal administrativo en relación al personal asistencial dentro de la institución
- 2.** La mayoría de las dimensiones tiene valores positivos lo que genera impacto a nivel institucional a favor de la seguridad del paciente.
- 3.** Se evidencia que existe cultura de reporte de eventos adversos.
- 4.** Fomentar la notificación y discusión de los errores que puedan ocurrir, lo que genera una actitud positiva y una fortaleza que se debe aprovechar.
- 5.** Se identifica que el porcentaje de cultura general de SP por parte del personal y los profesionales de la salud en la E.S.E. impacta de manera positiva en todas las dimensiones.

7. RECOMENDACIONES

- 1.** Involucrar más al personal asistencial a la hora de aplicar la cultura de seguridad del paciente dentro de la institución.
- 2.** Continuar la cultura del reporte.
- 3.** Fomentar actividades educativas al personal asistencial en cuanto a la formación específica de cultura de seguridad del paciente.
- 4.** Hacer los reportes de los eventos adversos de manera oportuna para evitar la ocurrencia durante la atención y mitigar los hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Cienc Enferm [Internet]. diciembre de 2011 [citado 12 de diciembre de 2018];17(3):97-111. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Organización Mundial de la Salud OMS. Seguridad del paciente [Internet]. 2018 [citado 12 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.who.int/topics/patient_safety/es/
3. República de Colombia, Ministerio de Salud. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2010. 101 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. Bogotá D.C., Colombia: Buenos y Creativos; 2008 [citado 1 de agosto de 2019]. 52 p. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
5. República de Colombia, Comisión de regulación en Salud. Resolución 112 de 2012 [Internet]. 2012 p. 14. Disponible en: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/Resolucion_112_de_2012_CRES_Observatorio_Tecnologias_de_Salud.pdf
6. Colaboradores de Wikipedia. Seguridad del paciente. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2019 [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Seguridad_del_paciente&oldid=113355843
7. Carmona YM, Ospina SJ, Ramos Medina ML, Sánchez Giron V, Vargas Torres LE. Cultura de seguridad del paciente en la red de salud ese centro, vigencia 2018 [Internet] [Trabajo de especialización presentado para optar al título de Especialista en Administración de la Salud]. [Manizalez, Colombia]: Universidad Católica de Manizales; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/2243/Yeny%20Marcela%20Carmona.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Pinheiro M da P, da Silva Junior OC. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [citado 27 de febrero de 2019];16(1):309-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365849076012>
9. Ferreira Umpiérrez A, Fort Fort Z, Chiminelli Tomás V. Eventos Adversos en Salud y Cuidados de Enfermería: La Seguridad del Paciente Desde La Experiencia del Profesional. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [citado 27 de febrero de 2019];24(2):310-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71442215003>
10. Chalapú Pozo AP, Cuascota Quilumba AV. Percepción del personal de enfermería del Hospital “Dr. Carlos del Pozo Melgar” en el Cantón Muisne provincia de Esmeraldas, sobre Cultura de Seguridad del Paciente, junio 2013 a julio 2014 [Internet] [Trabajo de Grado para obtener el título de licenciado en Enfermería]. [Ibarra, Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2014. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3828/1/06%20ENF%20608%20TESIS.pdf>
11. Peñas Felizzola O, Parra Esquivel E, Gómez Galindo A. Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional. *Rev Salud Uninorte* [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019];33(3):383-92. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/817/81753881013/index.html>
12. López Pinzón V, Puentes Vega MA, Ramírez AL. Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta [Internet] [Trabajo de grado para obtener el título de Maestría en Administración en Salud]. [Bogotá D.C.]: Universidad del Rosario, Facultad de Administración, Maestría Administración en Salud; 2016 [citado 7 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%C3%B3n%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20un%20Hospital%20p%C3%ABlico%20de%20Primer%20Nivel%20del%20municipio%20de%20Villeta.pdf>
13. Vincent C, Amalberti R. Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura [Internet]. 1a ed. Madrid: Editorial Modus Laborandi, S. L.; 2016. 271 p. Disponible en: https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf
14. Vu T, De Cieri H. Cultura de seguridad y clima de seguridad: ¿es lo mismo? – Cibersal [Internet]. Cibersal. 2014 [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible



en: <http://www.cibersal.com/cultura-de-seguridad-y-clima-de-seguridad-es-lo-mismo/>

15. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 8 de diciembre de 2018];28(5):785-95. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
16. Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. Human error, patient safety and medical training. Educ Médica [Internet]. 18 de diciembre de 2017 [citado 27 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301651>
17. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá D.C., Colombia: Fundación FITEC; 2007. 221 p. Disponible en: http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2017/09/Herramientas_seguridad_paciente.pdf
18. Colaboradores de Wikipedia. Evento adverso. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2018 [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Evento_adverso&oldid=109705087
19. Espinal García MT, Yepes Gil LM, García Gómez LF. Seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos [Internet] [Monografía para optar al título de Especialista en Auditoría en Salud]. [Medellín, Colombia]: Universidad CES; 2010. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/1285/1/seguridad%20del%20paciente..pdf>
20. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Anexo Técnico Resolución 1446 de mayo 8 de 2006 [Internet]. 2006 p. 83. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf
21. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. 1993. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
22. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 1474 de 2002 [Internet]. 2002. Disponible en: http://201.217.193.253/labpalma/docs/resolucion_minsalud_1474_2002.htm
23. República de Colombia, Ministerio de Salud. Decreto 2309 de 2002 [Internet]. 2002. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_2309_2002.htm

24. República de Colombia, Congreso de la República, Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 [Internet]. 2006 p. 17. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
25. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006 [Internet]. 2006. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_1043_2006.htm
26. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006 [Internet]. 2006. Disponible en: <http://legal.legis.com.co/document.legis?fn=content&docid=legcol&bookmark=b16c1c7d3ccc604633be901078b4588df7nf9&viewid=STD-PC>
27. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006 [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/d908253c-501a-4945-ab68-ec8ad3afffc2/resolucion_1446-2006.pdf?MOD=AJPERES
28. Archila Márquez CM, Coelli Podio MC. La seguridad del paciente en la prestación del servicio de salud [Internet]. 2008. Disponible en: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2008/125485.pdf>
29. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones. Madrid, España: Estilo Estugraf Impresores, S.L.; 2014. 116 p. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS%20DE%20LA%20CULTURA%20DE%20SEGURIDAD%20%20DEL%20PACIENTE%20EN%20ATENCION%20PRIMARIA.PDF>
30. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. AHRQ. 2019 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
31. Zotero, gestor de referencias bibliográficas [Internet]. Colaboratorio. s.f,. Disponible en: <https://colaboratorio.net/librarian/program/2016/zotero-gestor-de-referencias-bibliograficas/>

ANEXOS

ANEXO A, CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del paciente

La siguiente encuesta hace parte del Programa de Seguridad al Paciente, que busca mejorar los procesos asistenciales/clínicos en las instituciones que prestan servicios de salud, con el fin de transformarlas en instituciones altamente confiables y seguras. Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en su institución.

El cuestionario es anónimo y voluntario y el tratamiento de los datos realizado será confidencial.

SIGUIENTE

Página 1 de 11

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) · [Condiciones del servicio](#)

Google Formularios

Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del paciente

•Obligatorio

Sección A: Trabajo en Equipo

Por favor, indique con qué frecuencia ocurre lo siguiente sobre su servicio/unidad de trabajo. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente *

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo

1. En esta unidad / servicio, la gente se apoya mutuamente.

☐☐☐☐☐

2. Tenemos suficiente personal para afrontar y realizar el trabajo.

☐☐☐☐☐

3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En la unidad se tratan todos con respeto. 4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En ocasiones no prestamos la mejor atención al paciente porque hay demasiado personal temporal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos para la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Es sólo por casualidad que aquí no ocurren errores más serios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se está siendo denunciada la persona y no el problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad del paciente, se evalúa para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. El personal teme que los errores que comenten queden registrados en su hoja de vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueda ocurrir en la atención al paciente.

☐
☐
☐
☐
☐

ATRÁS

SIGUIENTE

Página 2 de 11

Sección B: Jefe Inmediato

Por favor, indique con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su servicio/unidad de trabajo sobre su jefe o la persona a la cual usted le reporta directamente. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Persona que se encuentra en el puesto superior de una jerarquía y que tiene las facultades necesarias para mandar a sus subordinados *

1. Muy en desacuerdo

2. En desacuerdo

3. Indiferente

4. De acuerdo

5. Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe hace comentarios positivos cuando ve un trabajo de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.

☐
☐
☐
☐
☐

20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.

☐
☐
☐
☐
☐

22. Mi superior/jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez.

☐
☐
☐
☐
☐

ATRÁS

SIGUIENTE

Página 3 de 11

Sección C: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su servicio/unidad de trabajo? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

El personal de salud puede hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ellos. *

1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre

23. Los jefes/ superiores informan sobre los cambios realizados basado en los reportes de los incidentes y eventos adversos.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

24. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente, habla de ello con total libertad.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

25. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

26. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

27. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que vuelva a ocurrir un error.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Sección D: Frecuencia de Eventos adversos / errores reportados

Los eventos reportados, proveen a la organización los datos necesarios para diseñar, implementar y optimizar continuamente las acciones de mejoramiento. *

1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría del tiempo 5. Siempre

29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Qué tan frecuente es reportado?

☐☐☐☐☐

30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Que tan frecuentemente es reportado?

☐☐☐☐☐

31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Que tan frecuentemente es reportado?

☐☐☐☐☐

ATRÁS

SIGUIENTE

 Página 5 de 11

Sección E: Grado de seguridad de paciente

Percepción individual. Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de SP

Por favor, asígnele a su servicio/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

32 Por favor, asígnele a su servicio/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente *

Elegir

1. Excelente

2. Muy Bueno

3. Aceptable

4. Pobre

5. Malo

ENTE

Página 6 de 11

a través de Formularios de Google.

no aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del servicio](#)

Google Formularios

Sección F: Institución

¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su servicio/unidad de trabajo? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

La institución para brindar una atención de buena calidad; debe monitorizar, constantemente, la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática, mediante los indicadores *

1. Muy en
desacuerdo

2. En
desacuerdo

3. Indiferente

4. De
acuerdo

5. Muy de
acuerdo

33. La gerencia o la dirección de la institución provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

☐☐☐☐☐

34. Las diferentes unidades/ servicios de esta institución no coordinan bien entre sí.

☐☐☐☐☐

35. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.

☐☐☐☐☐

36. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.

☐☐☐☐☐

37. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.

☐☐☐☐☐

38. Frecuentemente resulta desagradable o incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades en esta institución.

☐☐☐☐☐

39. Habitualmente surgen problemas en el intercambio de información entre los diferentes servicios/unidades de esta institución.

☐☐☐☐☐

40. La gerencia o dirección de esta institución muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.

☐☐☐☐☐

41. La gerencia/dirección de esta institución sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso en un paciente.

☐☐☐☐☐

42. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar el mejor cuidado a sus pacientes.

☐☐☐☐☐

43. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.

☐☐☐☐☐

ATRÁS

SIGUIENTE

Página 7 de 11

Sección G: Número de Eventos adversos / errores reportados

Percepción individual de eventos adversos reportados
Marque UNA SOLA OPCIÓN.

44 En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de eventos adversos / errores ha diligenciado y enviado? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Elegir

1. Ningún reporte

2. De 1 a 2 reportes

3. De 3 a 5 reportes

4. De 6 a 10 reportes

5. De 11 a 20 reportes

6. 21 reportes o más

7. No Aplica

Página 8 de 11

Formularios de Google.

este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del servicio](#)

Google Formularios

Sección H: Antecedentes.

Contempla aspectos relativos a los profesionales y al puesto de trabajo: categoría profesional, situación laboral, tiempo que llevan trabajando en atención primaria y en el mismo centro, número de horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta, desempeño de puestos de responsabilidad, horario laboral.

Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Tiempo que lleva trabajando *

	1. Menos de 1 año	2. 1 a 5 años	3. 6 a 10 años	11 o más años
45 Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Cuánto tiempo lleva trabajando en su área de servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47 Cuántas horas a la semana trabaja en la institución *

Elegir ▼

48Cuál es su cargo en la institución *

- ☐ 1. Médico especialista
- ☐ 2. Médico general
- ☐ 3. Enfermera profesional
- ☐ 4. Enfermera auxiliar
- ☐ 5. Química farmacéutica
- ☐ 6. Auxiliar (Oda, Far, Lab)
- ☐ 7. Personal Administrativa
- ☐ 8. Personal Directiva
- ☐ 9. Personal Mantenimiento
- ☐ Otros: _____

49 Qué tipo de contrato tiene *

- ☐ 1. Carrera administrativa
- ☐ 2. Cooperativa
- ☐ 3. Prestación de servicios

50 En su cargo tiene interacción directa con el paciente *


Elegir ▼

51 Cuánto tiempo lleva en el cargo actual *

- ☐ 1. Menos de 1 año
- ☐ 2. 1 a 5 años
- ☐ 3. 6 a 10 años
- ☐ 4. 11 a 15 años
- ☐ 5. 16 a 20 años
- ☐ 6. 21 años o más

ATRÁS

SIGUIENTE

 Página 9 de 11

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Sección I: Comentarios

Pregunta abierta

52 Comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su institución, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés *

Tu respuesta

ATRÁS

SIGUIENTE

Página 10 de 11

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Sección J: Atención Segura

Percepción individual

53 Considera que los pacientes son atendidos de forma segura

*

☐ Sí

☐ No

ATRÁS

ENVIAR

Página 11 de 11

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

ANEXO B. DATOS RECOLECTADOS

Por el volumen de la información, se anexa un archivo en el CD del informe final con toda la información tabulada.