

**CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL  
ASISTENCIAL EN UNA IPS DE BAJA COMPLEJIDAD, YUMBO, VALLE 2014**

**Diana Carolina Castillo Solís  
Tulio Mario Tello Britto  
Yamileth Rosero Castillo**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES ADMINISTRACIÓN EN  
SERVICIOS DE SALUD INVESTIGACIÓN II III SEMESTRE SANTIAGO DE  
CALI VALLE DEL CAUCA, NOVIEMBRE 1 DE 2014**

**CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL  
ASISTENCIAL EN UNA IPS DE BAJA COMPLEJIDAD, YUMBO, VALLE 2014**

**Diana Carolina Castillo Solís  
Tulio Mario Tello Britto  
Yamileth Rosero Castillo**

**Docente:  
Lina Patricia Muñoz Jiménez**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES ADMINISTRACIÓN EN  
SERVICIOS DE SALUD INVESTIGACIÓN II III SEMESTRE SANTIAGO DE  
CALI VALLE DEL CAUCA, NOVIEMBRE 1 DE 2014**

## TABLA DE CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| 1. ANTECEDENTES.....  | 7  |
| 2. DESCRIPCION ACTUAL DEL PROBLEMA.....   | 12 |
| 3. FORMULACION DEL PROBLEMA.....  | 14 |
| 4. JUSTIFICACION.....   | 15 |
| 5. MARCO TEORICO.....   | 17 |
| 5.1. <i>Seguridad del paciente</i> .....  | 18 |
| 5.2. <i>Cultura de seguridad del paciente</i> .....                                       | 19 |
| 5.3. <i>Evento Adverso</i> .....  | 20 |
| 6. OBJETIVOS.....   | 27 |
| 6.1. <i>Objetivo general</i> .....  | 27 |
| 6.2. <i>Objetivo específico</i> .....   | 27 |
| 7. DISEÑO METODOLOGICO.....   | 28 |
| 7.1. <i>Componente ético</i> .....  | 29 |
| 7.2. <i>Items y dimensiones de la cultura de seguridad que mide el cuestionario</i> ..... | 31 |
| 7.3. <i>Definicion de variables</i> .....   | 32 |
| 7.4. <i>consistencia interna de las dimensiones del cuestionario</i> .....                | 34 |
| 7.5. <i>Interpretación de análisis de resultados</i> .....                                | 35 |
| 7.6. <i>Calificación del clima de seguridad</i> .....                                     | 37 |
| 8. CARACTERISTICAS DE LOS ENCUESTADOS.....  | 38 |
| 9. GRAFICAS Y CARACTIZACION DE LOS ENCUESTADOS.....                                       | 39 |
| 9.1 <i>Medidas de resultado del clima de seguridad</i> .....                              | 47 |
| 10. RESULTADOS.....   | 49 |

|  |    |
|--|----|
| 10.1 <i>resultados teniendo en cuenta las 12 dimensiones</i> ..... | 55 |
| 11. <b>CONCLUSIONES</b> .....                                      | 62 |
| 12. <b>RECOMENDACIONES</b> .....                                   | 65 |
| 13. <b>PRESUPUESTO</b> .....                                       | 66 |
| 14. <b>CRONOGRAMA</b> .....  | 67 |
| 15. <b>REFERENCIAS BIBILOGRAFICAS</b> .....                        | 68 |
| 16. <b>ANEXOS</b> .....  | 69 |

## LISTA DE TABLAS

### DEFINICION DE VARIABLES

- **TABLA 1.** Definición de dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen
- **TABLA 2.** Fiabilidad de las dimensiones en el cuestionario utilizado para ejecutar el estudio
- Ítems formulados negativamente en el cuestionario

### RESULTADOS DE LA ENCUESTA

- **TABLA 1. SECCION A.** distribución y calificación general de cada ítem de la sección área de trabajo
- **TABLA 2. SECCION B.** Distribución y calificación general de la supervisión y/o jefatura en cada ítem
- **TABLA 3 SECCION C**Distribución y calificación general de cada ítem de la de la comunicación
- **TABLA 4. SECCION D**Distribución y calificación general de cada ítem de la sección los eventos reportados
- **TABLA 5. SECCION F.** distribución y calificación general de cada ítem de la evaluación del hospital

### RESULTADOS TENIENDO EN CUENTA LAS 12 DIMENSIONES

- **DIMENSION 1.** frecuencia de eventos notificados
- **DIMENSION 2.** Percepción de seguridad
- **DIMENSION 3** expectativas y acciones de la dirección, supervisión del servicio que favorece la seguridad
- **DIMENSION 4** aprendizaje organización, mejora continua
- **DIMENSION 5** trabajo en equipo en el servicio
- **DIMENSION 6** franqueza en la comunicación
- **DIMENSION 7** feed back y comunicación sobre errores
- **DIMENSION 8** respuesta no punitiva a los errores
- **DIMENSION 9** dotación del personal
- **DIMENSION 10** Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente
- **DIMENSION 11** trabajo de equipo entre servicios
- **DIMENSION 12** problemas en cambio de turno.

## **ITEMS Y DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD QUE MIDE EL CUESTIONARIO DE DEFINICION DE VARIABLES LISTA DE GRAFICAS**

### **GRAFICAS Y CARACTERIZACION DE LOS ENCUESTADOS**

- **GRAFICA 1.** Profesión de los entrevistados
- **GRAFICA 2.** Principal área de trabajo en el hospital
- **GRAFICA 3. SECCION H1.** Cuánto tiempo lleva trabajando en el hospital
- **GRAFICA 4. SECCION H2.** Cuánto tiempo lleva trabajando en el departamento actual
- **GRAFICA 5. SECCION H3.** Cuantas horas por semana trabaja en el hospital
- **GRAFICA 6. SECCION H4.** Puesto que desempeña en el hospital
- **GRAFICA 7. SECCION H5.** En su puesto tiene interacción directa con los pacientes
- **GRAFICA 8. SECCION H6.** Tiempo trabajando en su profesión

### **MEDIDAS DE RESULTADO DEL CLIMA DE SEGURIDAD**

- **FIGURA 1.** Grado de seguridad
- **FIGURA 2. SECCION G.** Numero de eventos presentados en los últimos 12 meses

## 1. ANTECEDENTES

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias<sup>1</sup>.

El interés por estudiar y controlar los riesgos de la atención en salud no es nuevo. Ya en 1956 Moserlashabía llamado “las enfermedades del progreso de la medicina”. En 1964, Schimmel publicó que el 20 % de los pacientes que ingresaban en los hospital es presentaba alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave. En 2000, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EE.UU.) publicó el informe “*Toerris human: building a saferhealthsystem*”. Este informe mostró al mundo el número de errores médicos evitables que ocurren cada día, analizando el carácter sistémico de los errores y planteando estrategias de prevención. En 2005, la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) presenta una guía acerca de 30 prácticas de seguridad, desarrollada por el *National Quality Forum*. En 2001, se publicó un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la presencia de efectos adversos en la práctica clínica, incluidas recomendaciones para su prevención y abordaje.

En Canadá, en 2003 se creó el *Canadian Patient Safety Institute*; asimismo, el *National Health Service* en el Reino Unido establece un órgano específico para la temática, la *National Patient Safety Agency*. En 2004, en el ámbito de la Unión Europea, la seguridad del paciente se incluye entre los objetivos de diferentes programas y acciones comunitarias. Como resultado de la conferencia de la *European Commission DG Health and Consumer*

*Protection*, celebrada en el año 2005, se publicó la “Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente”, que incluye recomendaciones dirigidas a las instituciones europeas, las autoridades políticas y organizaciones sanitarias de los estados miembro. En 2006, se presentan, en una edición especial del Euro-barómetro, los resultados de un estudio cuantitativo que analiza la incidencia de los errores médicos en diferentes países europeos.

En la última década ha sucedido lo contrario desde que el Instituto de Medicina (IOM) en los EE UU publicara en 1999 el informe: “To Err is Human: building a Safer Health System“, su contenido provocó un gran impacto en la sociedad y en la propia comunidad médica al señalar que la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98,000 por año, por arriba de accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA<sup>2</sup>.

En el contexto internacional este tema es liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados<sup>3</sup>.

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" en Colombia, promulgado por el Ministerio de la Protección Social en junio de 2008, seguido en el 2009 por la Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. En Colombia, el ministerio de la protección social creó el portal denominado; Observatorio de calidad de la atención en salud, en el cual se encuentra el centro de seguridad del paciente<sup>4</sup>.



Desde 2004, el Ministerio de la Protección Social de Colombia tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le llamó en ese momento; En diciembre de 2007, publicó el libro: “Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente

En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”, en el cual se recogen algunos de los avances más notables y se da una visión panorámica de los aspectos conceptuales y técnicos involucrados en esta materia. También ofrece herramientas prácticas a las cuales puede acceder el profesional de la salud involucrado en los temas de seguridad del paciente. Con el trabajo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia ha logrado en el despliegue de la estrategia de seguridad del paciente el cierre temporal o definitivo deservicios que no cumplen las condiciones del Sistema Único de Habilitación, formación de verificadores de los estándares de habilitación con profundización del enfoque a riesgo, reporte de eventos adversos de las instituciones de salud colombianas, la formulación de la política de seguridad del paciente, emisión de los documentos técnicos que hacen parte de la Guía Técnica para las Buenas Prácticas en la atención en salud y los paquetes instruccionales<sup>5</sup>.

El estudio de IBEAS (Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica), proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina con el patrocinio de la Alianza Mundial por la seguridad del paciente (OMS Ginebra, la organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de sanidad y consumo de España) es uno de los proyectos más relevantes en la actualidad<sup>6</sup>. Como resultado del estudio se puede destacar lo siguiente; 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios. Este riesgo se duplicaba si consideráramos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De

modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital<sup>7</sup>. Entre los resultados relacionados con la cultura de seguridad del paciente se resaltan la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la seguridad del paciente<sup>8</sup>.

Los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del MPS incluyen una versión en español de la Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente, diseñada originalmente por la AHRQ, con la intención de que las I.P.S la apliquen en sus instituciones y autoevalúen el nivel de implementación de esta cultura.

Recientes resultados de una investigación hecha en el marco del Sistema Nacional de Salud español, arrojan información de interés sobre la situación actual del clima de seguridad del paciente en los hospitales de dicho país. Este estudio aplicó la encuesta mencionada en 24 hospitales, que incluía los tres niveles de atención, y fue respondida por 2.503 personas. Respecto a la calificación del clima de seguridad, en una escala de 0 a 10, la calificación media fue de siete (7), con un 25 % de los casos que otorgaron una calificación por debajo de seis (6), y otro 25 % por encima de ocho (8). El 50 % de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6 y 8. Sobre el número de eventos notificados, la gran mayoría de los encuestados, 77,8%, no notificó ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año, y el 95 % contestó haber notificado menos de dos. El instrumento cuenta con doce dominios, es decir, áreas de interés que afectan el clima de seguridad del paciente. Este tipo de divisiones permite priorizar los aspectos en que se debe trabajar con más énfasis, de tal forma que deben reforzarse aquellos dominios en los que la evaluación sea baja, sin descuidar aquellos en los que la misma ha sido alta. Estos resultados representan en términos generales el Sistema Nacional de Salud de España, y no puede hacerse inferencia de los mismos para

ninguno de los hospitales que participaron en dicho estudio, ni mucho menos para aquellos que estén por fuera de dicho sistema. En este caso en particular, dichos resultados fueron diferentes dependiendo del tamaño del hospital, del servicio evaluado o del profesional que respondiera<sup>9</sup> En el contexto nacional, puede referenciarse un estudio implementado en la ciudad de Bogotá, el cual se realizó como un estudio descriptivo, transversal, exploratorio durante el año 2009, para describir la percepción de la cultura de seguridad del paciente, referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. La medición se realizó con el instrumento Hospital Surveyon Patient Safety Culture, concluyeron que la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra<sup>10</sup>.

A nivel local, La Secretaria de Salud Pública Municipal (SSPM) de Cali realizó un seguimiento a la implementación de la política de seguridad del paciente, con una primera evaluación del clima de seguridad en Abril de 2012, efectuada directamente por funcionarios de la SSPM y una segunda evaluación en el periodo comprendido entre Agosto y Septiembre de 2012, con apoyo de los líderes de seguridad de las ESE Ladera, Norte, Centro y Suroriente, tomando como muestra el 10% del personal asistencial y administrativo de cada una. Concluyeron que los funcionarios han percibido en su mayoría un grado de avance adecuado en sus empresas respecto a la seguridad del paciente<sup>11</sup>.

## 2. DESCRIPCION ACTUAL DEL PROBLEMA

Dado que los errores ocurren en cualquier actividad humana, la actividad sanitaria no puede ser la excepción, por lo que hoy todo mundo acepta que la atención médica también es vulnerable al error. Debido a ello, las teorías que se han utilizado para promover la seguridad en otras organizaciones consideradas de alto riesgo y que han tenido efectos positivos, están siendo consideradas actualmente en la atención de salud, donde los accidentes involucran tanto a las personas como a las organizaciones. Se parte del supuesto de que si en los servicios de salud se pone atención a los aspectos organizacionales tales como los de estructura, los procesos y la cultura organizacional, los cuales para ser efectivos deben estar alineados o en sincronía, se podrá obtener mejores resultados o impacto en la seguridad de los pacientes<sup>12</sup>.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. En este sentido, el fomento de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalado como la primera de las «buenas prácticas» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, reforzado en la reciente actualización de este informe, en el que se indica además la medición de la cultura de seguridad, *feed-back* de los resultados, y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación<sup>13</sup>.

Se observa que en Colombia la información que se tiene acerca de las condiciones de seguridad del paciente es escasa y más aún en atenciones del primer nivel de atención, la cual no satisface la necesidad de una información organizada y a disposición de los actores del sistema de salud, pues la mayor parte de la documentación sobre eventos adversos que se tiene proviene de estudios hospitalarios porque los riesgos asociados a la atención hospitalaria son mayores, los pacientes le dan una mayor importancia y las estrategias de mejora están ampliamente documentadas<sup>6</sup>. Si bien se han utilizado diversos instrumentos para evaluar la cultura de seguridad del paciente, el cuestionario desarrollado en el 2004 por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, para evaluar la cultura en el ámbito hospitalario, es uno de los más utilizados. Este cuestionario denominado *hospital survey on patients safety culture*, además de haberse utilizado para evaluar anualmente un extenso número de hospitales en los Estados Unidos, se ha utilizado en otros países<sup>12</sup>.

Aunque ya se cuenta con datos acerca de la cultura de seguridad del paciente con representatividad nacional y algunos por regiones, en Yumbo, en particular, no se han publicado y socializado estudios acerca del tema. Medir la cultura de seguridad del paciente en una de sus instituciones sanitarias de baja complejidad, establecerá una línea de base, que le permitirá a la IPS priorizar sus acciones de mejora. Darle continuidad y periodicidad a la evaluación además permitirá medir la efectividad de las acciones y la posibilidad de replantearlas.

### **3. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿CUÁL ES LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PARTE DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO DURANTE EL AÑO 2014?

## 4. JUSTIFICACION

Se dice que la cultura de una organización es el corazón de la misma. Es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, la que conforma el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros. En pocas palabras, representa la manera de funcionar específica de cada organización<sup>12</sup>.

La seguridad del Paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de minimizar sus consecuencias<sup>1</sup>.

Más recientemente, *Khatri* y colaboradores afirman que “desde una perspectiva organizacional, una cultura de seguridad sólo se puede definir como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia”<sup>9</sup>.

La cultura no es una variable constante ya que está influenciada directa e indirectamente por las características de las personas que la generan, y por el tiempo en el que suceden, por tanto, es muy importante que cada IPS evalúe su clima de seguridad cada determinado tiempo, con el fin de poder evaluar los resultados de los procesos de implementación de política, cultura y prácticas de seguridad del paciente, e identificar cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad, con el fin de mejorar su desarrollo. La cultura de seguridad del paciente está afectada por muchas variables y sus procesos de implementación pueden llegar a ser tan diferentes como el número de hospitales existentes. Dado que la cultura

define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto es que cada IPS establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor método para dar respuesta a las particularidades y necesidades específicas de cada institución hospitalaria<sup>9</sup>

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. Con la realización de este trabajo se pretende evaluar la cultura de seguridad del paciente percibida por el personal que labora en la institución y de esta manera poder brindar herramientas a la alta dirección que le permitan evaluar las acciones desarrolladas para minimizar la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos y para que se puedan emprender acciones que permitan intervenir de manera oportuna en busca de mejorar la calidad de la atención a los usuarios y evitar que se continúe en el desconocimiento de la importancia y trascendencia del tema.



## 5. MARCO TEORICO

La atención en salud es cada vez más compleja, utiliza tecnologías más sofisticadas, se realizan más prestaciones, la diversidad de los profesionales y la variabilidad de sus prácticas va en aumento y, por todo ello, recibir atención sanitaria entraña cada vez más riesgos potenciales, aun cuando cada día millones de personas son tratadas con éxito y de forma segura<sup>9</sup>.

Hace quince años, cuando se hablaba sobre seguridad del paciente, la pregunta más común de los profesionales médicos era “¿Qué es seguridad del paciente?”. Actualmente, con la creciente urgencia por reducir el daño iatrogénico, la pregunta más frecuente es “¿Cómo puedo reducir los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente?”.

Errar es de Humanos<sup>14</sup>, una publicación cardinal del Instituto de Medicina, de noviembre de 1999, le dio gran visibilidad a las estimaciones previas del Estudio de la Práctica Médica de Utah-Colorado sobre muertes de pacientes por errores médicos, cuyo número ascendía a 44,000 en el estudio de Gawande<sup>15</sup> y 98,000 en el Estudio de la Práctica Médica de Harvard.<sup>16</sup> Este último estudio fue a su vez una revisión estructurada de más de 30,000 registros médicos en una amplia muestra de más de 50 hospitales para atención de pacientes en estado crítico en el Estado de Nueva York en 1984. Los investigadores encontraron que el 3.7% de los pacientes había sufrido una lesión causada por tratamiento médico; el 69% de estas lesiones eran evitables y dieron lugar a un retraso en el alta o a discapacidad medible. Catorce por ciento de estos errores contribuyeron a la muerte del paciente. Extrapolando estos hallazgos a todo el sistema de salud de EE. UU., se obtiene un estimado de 98,000 muertes al año como resultado de errores médicos evitables.

## ***5.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE***

Si bien se ha hecho mucho trabajo en este campo, aún no hay una definición universalmente aceptada de seguridad del paciente. ¿Es una filosofía, una manera de hacer las cosas, una disciplina o un atributo de los sistemas de atención a la salud? ¿En qué se diferencia del mejoramiento de la calidad? Reconociendo que la seguridad del paciente es tanto una manera de hacer las cosas como una disciplina emergente, Emmanuel y sus coautores desarrollaron la siguiente definición para la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica: “Seguridad del paciente es una disciplina dentro del sector salud que aplica métodos científicos de seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud. La seguridad del paciente es también un atributo de los sistemas de atención a la salud; minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación de los mismos.”<sup>17</sup>

El Foro Nacional de Calidad, una asociación semiprivada formada en 1999, definió la práctica de seguridad del paciente como: “Un tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención a la salud dentro de un rango de enfermedades y procedimientos.”<sup>18</sup>

La Organización Mundial de la Salud, en el lanzamiento de su Alianza Para la Seguridad del Paciente de octubre de 2004, definió la seguridad del paciente así como la disciplina de seguridad del paciente como “Seguridad del paciente es la ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención a la salud. La disciplina de seguridad del paciente es el esfuerzo coordinado para evitar que se presenten daños en los pacientes, ocasionados por el proceso mismo de atención a la salud.”<sup>19</sup>

La Fundación Nacional de Seguridad del Paciente, la mayor organización multidisciplinaria dedicada únicamente a la reducción del daño por error médico, definió la seguridad del paciente como: “La eliminación, prevención y mejoramiento de efectos adversos o lesiones derivados del proceso de atención a la salud, incluyendo errores, desviaciones y accidentes. La seguridad surge de la interacción adecuada de los componentes del sistema de atención a la salud.”<sup>20</sup>»

Por último, el Instituto de Medicina definió seguridad del paciente como: “La prevención del daño causado por errores de comisión y omisión.”<sup>21</sup>»

En todas estas definiciones está implícito que debido a la complejidad de la atención a la salud, algunos errores son inevitables. Por tanto, la disciplina de la seguridad del paciente debe aspirar primero a reducir la cantidad de errores; pero, sobre todo, cuando ocurran, los procesos asistenciales deberán contar también con “redes de seguridad” para evitar que los errores causen daño al paciente.

Con respecto a seguridad del paciente es importante revisar otras definiciones que giran en torno al tema y ayudaran en el cumplimiento de los objetivos de esta investigación:

## ***5.2 Cultura de Seguridad***

La cultura de una organización es la manifestación de una serie de premisas interiorizadas por sus miembros y de compromisos que todos comparten y asumen en temas como la interacción entre seres humanos, instituciones y entornos. Estas premisas les permiten encontrar vías comunes para interpretar las situaciones y darle un sentido a su existencia profesional y personal <sup>(22)</sup> <sup>(23)</sup>. Se expresan de muchas formas, como a través de valores, creencias, actitudes, comportamientos, lenguaje, costumbres, objetivos, directivas y

funcionamiento de una organización<sup>24, 23, 25</sup>. La cultura da un sentido de identidad y establece un vínculo esencial entre los miembros de una organización y su misión, y se considera el factor determinante del éxito o fracaso de la misma. Fortalece el compromiso con los objetivos organizativos y aporta orientación para entender y reforzar las pautas de comportamiento.<sup>26, 27</sup> La cultura no es estática, sino el resultado de interacciones dinámicas entre los distintos elementos de una institución<sup>22, 25</sup>. Por tanto, una cultura de seguridad es aquella que integra la máxima hipocrática básica de "no causar daño" en la misma fibra de la identidad de la organización, que la incorpora a sus normas y funcionamiento, y la sitúa como misión prioritaria fundamental. Dicha misión se define mediante principios corporativos formales y se pone en conocimiento de sus miembros en forma de principios rectores que gobiernan el trabajo de la organización y se aplican a sus prácticas diarias. Una cultura de seguridad es la que nace del esfuerzo colectivo de una institución para encaminar la totalidad de los elementos culturales hacia los objetivos de seguridad, incluidos los de sus miembros, sistemas y actividades laborales<sup>25</sup>

### ***5.3 Evento Adverso***

En el estudio Harvard Medical Practice Study, que sirvió de base para el informe To Err is Human: Building a Safer Health System del Instituto de Medicina estadounidense, evento adverso se define como "daño involuntario causado por un acto médico y no por las condiciones o enfermedad subyacente del paciente"<sup>28</sup>. (5) En el ámbito de los servicios de la salud, se pueden encontrar muchas variantes de esta definición, Por ejemplo: "Cualquier daño imprevisto o potencial de daño que se produce durante la atención médica al paciente, causado por el propio proceso de atención médica (y no por las condiciones subyacentes) y que puede afectar negativamente, y con frecuencia afecta, a la salud del paciente"<sup>29</sup>. (6) La

expresión conato de incidente se define como "evento o situación que podría haber dado lugar a un accidente, daño o enfermedad, pero no lo ha hecho, ya sea por casualidad o por una intervención oportuna"<sup>30</sup>(7), y se utiliza para describir "cualquier variación del proceso que no ha afectado al resultado, pero que, en caso de repetirse, podría arrastrar a consecuencias graves". (8) La mayoría de los eventos adversos y conatos de incidente se producen como consecuencia de errores o condiciones peligrosas. Error se define como "acto involuntario, ya sea por comisión u omisión, o acto que no produce el resultado pretendido"<sup>31</sup>. Condiciones de peligro son el "conjunto de circunstancias exclusivas de la enfermedad o del estado por el que está siendo tratado el paciente que aumentan significativamente las probabilidades de que se produzca un resultado adverso grave"<sup>31</sup>.

Entender por qué ocurren los eventos adversos evitables llevará a las estrategias para reducir su incidencia. Cuatro factores en la atención de la salud contribuyen a que sucedan eventos adversos evitables: 1) la falibilidad humana; 2) complejidad; 3) deficiencias en los sistemas; y 4) vulnerabilidad de las barreras defensivas. La seguridad del paciente mejorará solamente al reducir primero la cantidad de errores que ocurren y, en segundo lugar, evitando que aquellos errores<sup>32</sup> que ocurren lesionen a los pacientes<sup>32</sup>.

Falibilidad Humana : Errar es de humanos. Ser falible es una parte inevitable de la condición humana. En general, los profesionales de la salud están entre los individuos más altamente capacitados y dedicados de la sociedad. Ellos ponen lo mejor de su parte todos los días con cada paciente, pero trabajan en un sistema con imperfecciones. La solución a este problema debe ser rediseñar el sistema, hacer que sea fácil hacer lo correcto y difícil hacer lo incorrecto y no exigir perfección en el desempeño humano.

Complejidad: La actual atención a la salud es una de las actividades más complejas emprendidas por los seres humanos. Mientras más complejo es el proceso es menos

probable que pueda ejecutarse sin errores. Simplemente, reduciendo la cantidad de pasos y la complejidad en cualquier proceso dado podemos reducir significativamente el error y mejorar la seguridad.

Deficiencias del sistema: Existen condiciones inseguras dentro de nuestro complejo sistema de atención a la salud, conocidas como errores latentes, que tienen el potencial de causar daño al paciente. Estas condiciones, por lo general, fuera del control del médico individual, permanecen a menudo latentes sin producir daño a los pacientes. Sin embargo, cuando se reúne un conjunto equivocado de circunstancias, pueden contribuir a resultados desastrosos. Ejemplos de tales deficiencias son la falta de personal de enfermería y la fatiga por laborar largos turnos de trabajo.

Vulnerabilidad de las barreras defensivas: Las barreras defensivas son medidas preventivas destinadas a evitar que los errores causen daño al paciente. Incluso las medidas preventivas más sólidas tienen vulnerabilidades inherentes. Mientras más prevalentes son las deficiencias, mayor es la probabilidad de que los errores produzcan daño. Por ejemplo, la mala comunicación es una de las causas más comunes de error, especialmente en el cuidado perinatal. Hay varias herramientas que se pueden utilizar para hacer clara la comunicación; un ejemplo es la comunicación de circuito cerrado en la cual el receptor del mensaje lo repite al emisor para asegurar que haya escuchado correctamente.

A pesar de la dificultad para cuantificar la reducción en el daño al paciente globalmente, existen varios ejemplos de avances notables y cuantificables en seguridad del paciente en algunas instituciones y sistemas de salud en particular<sup>33</sup>. Entre los parámetros medidos, estas organizaciones fueron capaces de lograr y mantener una reducción sustancial de eventos adversos evitables y de infecciones adquiridas en el hospital, eliminación de muchos eventos centinela, reducción de tasas de mortalidad ajustadas al riesgo, mejora en

las encuestas de actitud de seguridad, aumento del reporte e investigación más efectiva de los incidentes de seguridad del paciente, mejora en el espíritu de equipo del personal de enfermería y reducción de los costos como resultado de estadías hospitalarias más cortas.

El departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Yale-New Haven es un ejemplo de una institución que ha logrado una mejora significativa en la cultura de seguridad del paciente y sus efectos clínicos<sup>34</sup>. Con el apoyo del jefe de departamento, un consultor externo independiente evaluó el ambiente del departamento de seguridad e hizo recomendaciones para su mejoramiento. El departamento implementó un abordaje multifacético para incidir directamente sobre la cultura de seguridad. Como resultado, se contrató una enfermera dedicada a la seguridad de las pacientes obstétricas, se estandarizaron y aplicaron protocolos, todos los empleados recibieron capacitación didáctica como equipo médico, reforzada con simulaciones, se requirió certificación con monitoreo fetal electrónico para estandarizar la comunicación y se estableció un comité de alto nivel de seguridad de la paciente obstétrica. Se demostraron mejoras dramáticas en el trabajo en equipo, la cultura de seguridad, la satisfacción laboral y la administración. En un informe previo de la misma institución, sus iniciativas de seguridad del paciente también habían dado lugar a una reducción significativa de los efectos adversos evitables<sup>35</sup>.

La característica más importante compartida por estas organizaciones fue contar con líderes administrativos y clínicos comprometidos con la seguridad del paciente. Estos líderes fueron esenciales en la promoción de una cultura organizacional de seguridad, el elemento más importante que se necesita para lograr y mantener una notable reducción de eventos adversos prevenibles. El papel fundamental del liderazgo eficaz, no solamente en el establecimiento de una cultura de seguridad, sino también en el mejoramiento de sus efectos, es evidente en la atención a la salud,<sup>36</sup> así como en otros complejos campos de alto

riesgo, como la aviación.<sup>37</sup> Por el contrario, el liderazgo deficiente se identificó como un factor contribuyente en el 50% de los eventos centinela informados a la Comisión Conjunta en 2006.<sup>38</sup> El liderazgo de enfermería también juega un papel esencial en el establecimiento de una cultura de seguridad y en el mejoramiento de los resultados clínicos, ya que estos líderes mejoran la seguridad al afectar directamente los flujos de trabajo y los procesos de atención al paciente hospitalizado. A lo largo del rediseño de procesos, se redujeron los errores y se establecieron redes de seguridad de manera que cuando se produjeran errores, los pacientes no sufrieran daño.<sup>39</sup>

Aunque está claro que la seguridad en la atención a la salud tiene sus raíces en la cultura y los sistemas, no existe un consenso claro sobre los componentes esenciales de esa cultura. Tomando como base una encuesta de hospitales de California, siete características resultaron ser importantes para sustentar una cultura de seguridad: 1) compromiso con la seguridad al más alto nivel; 2) proporcionar los recursos necesarios para la seguridad; 3) la seguridad es la máxima prioridad; 4) todos los trabajadores se comunican de manera efectiva acerca de los problemas de seguridad; 5) los actos peligrosos son poco comunes; 6) hay transparencia al informar y discutir los errores; y, 7) las soluciones de seguridad se centran en la mejora del sistema y no en la culpa individual.<sup>40</sup>

En la actualidad existe amplia evidencia de una correlación directa entre la cultura de seguridad y mejores resultados clínicos, así como menos errores. Al utilizar la Encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente se correlacionó una mejor cultura de seguridad del paciente con una menor duración de estadía hospitalaria, menor número de errores de medicación, tasa más baja de neumonía asociada al ventilador, menos infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéter, y, más significativo aún, una menor mortalidad ajustada al riesgo.<sup>41</sup>



Otro atributo importante de las organizaciones con una cultura de seguridad es la capacidad de aprender continuamente de los errores cuando el paciente resulta dañado. Los líderes deben valorar la transparencia y fomentar la divulgación de los eventos adversos. El análisis de estos acontecimientos puede conducir al aprendizaje en la organización y a cambios en el sistema para evitar que ocurran errores similares en el futuro. Esto sólo ocurrirá si los líderes asumen el concepto de una "Cultura Justa". Descrita por primera vez por David Marx, la cultura justa reconoce que responder a un error involuntario con culpa y castigo desalentará la transparencia y nunca hará que progrese la seguridad del paciente. En su lugar, la respuesta a la mayoría de los errores médicos debe centrarse en cambios en el sistema y mejoramiento de los procesos. Por otro lado, una cultura justa no es una cultura libre de culpa: las violaciones intencionales y conductas negativas no pueden ser toleradas por los líderes, quienes deben responder con niveles crecientes de disciplina<sup>42</sup>.

Existen varias herramientas administrativas y clínicas validadas y efectivas para establecer una cultura de seguridad. Desde el punto de vista administrativo, es fundamental medir con precisión la cultura de seguridad. Inicialmente, esto proporcionará a la organización datos importantes de línea de base para evaluar el efecto de cualquier intervención, además de que por el simple hecho de aplicar una encuesta como ésta, todos entenderán que la seguridad es importante para los líderes. La más frecuentemente utilizada es la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente desarrollada por la Agencia para la Administración de la Atención a la Salud. Esta encuesta ha sido adaptada para su uso en el hospital, el consultorio, o en el ámbito de los hogares para ancianos. Así mismo está disponible otra encuesta diseñada específicamente para su uso en unidades de labor y parto<sup>43</sup>.

Una herramienta eficaz de liderazgo en el ámbito hospitalario son los recorridos de Líderes para Seguridad del Paciente. Estas rondas, realizadas por un líder de alto nivel, junto con el equipo principal de mejoramiento de la calidad, dejan ver al personal que proporciona servicio directo que la seguridad del paciente es importante para la organización. Las rondas se llevan a cabo en diferentes áreas clínicas del hospital, programadas a intervalos regulares. A ellas asisten el jefe de enfermería, así como los médicos y el personal de servicio directo. Se utilizan preguntas abiertas, sin emisión de juicios, para analizar las deficiencias del sistema relacionadas con eventos adversos específicos o con inquietudes de los profesionales de la salud. Los problemas de seguridad se registran, priorizan y abordan con cambios en el sistema y retroalimentación para el personal de servicio directo. De esta manera, las Rondas son una herramienta eficaz para cambiar la cultura, al hacer que el personal directivo y su respuesta no punitiva respecto a los problemas de seguridad del paciente sean visibles para todos en la organización. El papel del director de departamento es de especial importancia no sólo para los líderes administrativos, sino también para los líderes clínicos<sup>34</sup>.

## **6. OBJETIVOS**

### ***6.1 OBJETIVO GENERAL***

Evaluar la cultura de seguridad del paciente en una institución de baja complejidad en el municipio de Yumbo, Valle.

### ***6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS***

- Analizar la percepción de los funcionarios asistenciales acerca de la cultura de seguridad de paciente en las áreas asistenciales de la institución.
- Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables Relacionados con la seguridad del paciente.
- Identificar oportunidades de mejora que promuevan la seguridad del paciente.

## 7. DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño del estudio; será de tipo descriptivo. Los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar como se relacionan estas<sup>36</sup>. Selección de la muestra; probabilístico aleatorio. El enfoque es de tipo cuantitativo pues es secuencial y probatorio. Población de estudio; Personal asistencial; médicos generales, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, bacteriólogas, auxiliares de bacteriología, odontólogos, auxiliares de odontología. El personal es de las áreas de urgencias, hospitalización, laboratorio, programas de detección temprana, protección específica y puestos de salud. Independiente del tipo de contratación y que su tiempo de labor en la institución sea mayor a 6 meses.

El instrumento; es la encuesta de auto aplicación anónima “Hospital Surveyon Patient Safety Culture” patrocinada por el Medical Errors Workgroup of the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales, que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHQR, 2004), en su versión traducida al español por el grupo de investigación en gestión de la calidad de la universidad de Murcia.

La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las

Siguientes 12 dimensiones de la cultura de seguridad<sup>46</sup>:

1. Frecuencia de eventos notificados (3 ítems)

2. Percepción de seguridad (4 ítems)
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad
- OServicio que favorecen la seguridad (4 ítems)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (3 ítems)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (4 ítems)
6. Apertura en la comunicación (3 ítems)
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores (3 ítems)
8. Respuesta no punitiva a los errores (3 ítems)
9. Dotación de personal (4 ítems)
10. Apoyo de la Dirección del Hospital en la seguridad del paciente (3 ítems)
11. Trabajo en equipo entre unidades(4ítems)
- 12.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (4 ítems)Componente ético: se anexa el formato para solicitar la autorización de la ejecución de la investigación en las instituciones. La encuesta es auto diligenciada, anónimo.

### ***7.1 Componente ético***

Se referirá a las pautas éticas que rigen la actuación de quienes desempeñan diferentes funciones asistenciales en el hospital la Buena Esperanza de Yumbo que compone los vinculados por contratación de prestación de servicios y los vinculados mediante un contrato laboral directamente con la ESE para prestar su servicios a la salud de los yumbeños dentro de; la Honestidad, la Integridad, la Transparencia y orientación hacia el bien común. Y en coherencia con la acepción de la aplicación de la encuesta acerca de la

**seguridad del paciente** que se da con el fin de salvaguardar el concepto propio y la identidad del encuestado con el fin de hacer una medición ligadas a unas variables establecidas de análisis sin perjudicar su desempeño dentro de la institución.

En la encuesta, el **consentimiento informado** o **consentimiento libre esclarecido**, es el procedimiento formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía de los encuestados, es decir, la obligación de respetar al recurso humano asistencial como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados de conceptos.<sup>47</sup>

En este caso tal como la aplicación de la encuesta sobre seguridad del paciente en el **HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO**, es de orden tácito y sobreentendido. Para procedimientos continuos dentro de sus funciones o aquellos asociados a riesgos significativos o que tienen implicados alternativas, el consentimiento informado es avalado por la gerencia, y de ser necesario por el comité de ética institucional, teniendo en cuenta que el estudio no significa algún grado de riesgo para los pacientes o los empleados a quienes se les aplicara la encuesta.

## **7.2 ÍTEMS Y DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD QUE MIDE EL CUESTIONARIO**

El siguiente análisis de la encuesta AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*, anexo 1, es citado del texto; *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety*<sup>48</sup>.

Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 12 dimensiones, cuyo significado, respetando la terminología de la versión original, se describe en la tabla 1.

El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular

Como para cada dimensión en su conjunto, según se explica más adelante. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos.

### 7.3 DEFINICION DE VARIABLES

**Tabla 1.** Definición de las Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen

| <b>A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD</b>   |   |
|---|---|
| <p>1. Frecuencia de eventos notificados:<br/>Se notifican los errores siguientes:<br/>1) errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente,<br/>2) errores sin daño potencial para el Paciente<br/>3) errores que podían haber provocado daño al paciente Pero no lo hicieron.</p>   | <p>Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Pre. 40).<br/>Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Pre. 41).<br/>Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Pre. 42).</p>  |
| <p>2. Percepción de seguridad:<br/>Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores<br/>Y no existen problemas de SP.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Pre. 15).</li> <li>- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Pre. 18).</li> <li>- No se producen más fallos por casualidad (Pre. 10).</li> <li>- En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” (Pre. 17).</li> </ul>  |
| <b>B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO</b>   |   |
| <p>3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad:<br/>Los responsables toman en consideración las sugerencias de los profesionales encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de SP</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Pre. 19).</li> <li>- Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Pre. 20).</li> <li>- Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (Pre. 21).</li> <li>- Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Pre. 22).</li> </ul> |
| <p>4. Aprendizaje organizacional/ mejora continua:<br/>Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y<br/>En la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Pre. 6).</li> <li>- Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Pre. 9).</li> <li>- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Pre. 13)</li> </ul>  |
| <p>5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio:<br/>Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El personal se apoya mutuamente (Pre. 1)</li> <li>- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Pre. 3).</li> <li>- En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Pre. 4).-</li> </ul>  |



|  |   |
|--|---|
| y trabajan conjuntamente como un equipo.   | Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Pre. 11)  |
| 6. Franqueza en la comunicación:<br>Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ello. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg.35).</li> <li>- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Pre. 37).</li> <li>- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Pre. 39).</li> </ul>   |
| 7. Reed-back y comunicación sobre errores:<br>Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Pre. 34).</li> <li>- Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Pre. 36).</li> <li>- En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Pre. 38).</li> </ul>  |
| 8. Respuesta no punitiva a los errores:<br>Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizarán en contra suya y que los errores no constarán en su expediente personal                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Pre. 8).</li> <li>- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (Pre. 12).</li> <li>- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Pre. 16).</li> </ul>  |
| 9. Dotación de personal:<br>Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Pre. 2).</li> <li>- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Pre. 5).</li> <li>- En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Pre. 7).</li> <li>- Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa (Pre. 14).</li> </ul>        |
| 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente:<br>La gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la Seguridad del paciente y resalta que es una prioridad                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Pre. 23).</li> <li>- La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Pre. 30).</li> <li>- La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Pre. 31).</li> </ul> |
| <b>C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL</b>   |   |
| 11. Trabajo en equipo entre unidades:<br>Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Pre. 26).</li> <li>- Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Pre. 32).</li> <li>- Las diferentes unidades del hospital no se coordinan</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>bien entre ellas (Pre. 24).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otro servicios /Unidades (Pre. 28).</li> </ul>  |
| <p>12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades:<br/>Se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos retransfiere desde una unidad /servicio a otra (Pre. 25).</li> <li>- En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Pre. 27).</li> <li>- El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Pre. 29).</li> <li>- Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Pre. 33).</li> </ul> |

#### ***7.4 CONSISTENCIA INTERNA DE LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO***

La consistencia interna de cada una de las dimensiones en la versión en español de la encuesta tomada como modelo a aplicar instrumento Hospital Surveyon Patient Safety Culture, calificada según la tabla de Cron Bach, se presenta en la tabla 2. Escogiendo doce ítems de manera aleatoria, lo cual califica la fiabilidad aceptable a excelente, a pesar de que el número de ítems que incluye cada dimensión es relativamente pequeño y dado que la de Cron Bach tiende aumentar con el número de ítems considerados<sup>1</sup>.

**Tabla 2.** Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario utilizado para ejecutar el estudio.

| Dimensión   | Alfa de Cronbach* |
|---|-------------------|
| Notificación de eventos relacionados con la seguridad   | 0.88              |
| Percepción global de seguridad  | 0.65              |
| Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad | 0.84              |
| Aprendizaje organizacional/mejora continua  | 0.68              |
| Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio   | 0.82              |
| Franqueza en la comunicación  | 0.66              |
| Feed-back y comunicación sobre errores  | 0.73              |
| Respuesta no punitiva a los errores   | 0.65              |
| Dotación de personal  | 0.64              |
| Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente                                      | 0.81              |
| Trabajo en equipo entre unidades  | 0.73              |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades                               | 0.74              |

(\*): > 0.6 : aceptable; >0,7:buena ;> 0.8: excelente

### ***7.5 Interpretación de análisis de resultados***

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuestas originales, pero para el análisis global por dimensiones, reinvierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. Las formuladas negativamente se presentan en la tabla 3:

**Tabla 3.** Ítems formulados negativamente en el cuestionario

| <b>Dimensión</b>  | <b>Ítems</b>   |
|---|----------------|
| Frecuencia de eventos notificados   | Ninguno        |
| Percepción global de seguridad  | 10, 17         |
| Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad | 21, 22         |
| Aprendizaje organizacional/mejora continua  | Ninguno        |
| Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio   | Ninguno        |
| Franqueza en la comunicación  | 39             |
| Feed-back y comunicación sobre errores  | Ninguno        |
| Respuesta no punitiva a los errores   | 8, 12, 16      |
| Dotación de personal  | 5, 7, 14       |
| Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente                                      | 31             |
| Trabajo en equipo entre unidades  | 24, 28         |
| Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades                               | 25, 27, 29, 33 |

De forma general las respuestas del cuestionario se re codifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

| <b>Negativo</b>   |               | <b>Neutral</b>                 | <b>Positivo</b> |                |
|-------------------|---------------|--------------------------------|-----------------|----------------|
| Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo      | Muy de acuerdo |
| Nunca             | Raramente     | A veces                        | Casi siempre    | Siempre        |

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$\Sigma$  número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** se emplean los siguientes criterios alternativos:

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

Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora** se emplean los siguientes criterios alternativos:

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

## **7.6 Calificación del clima de seguridad**

La pregunta 43 presenta en una escala de cero a diez, la calificación global del clima de seguridad. Además de este ítem, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad”, son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

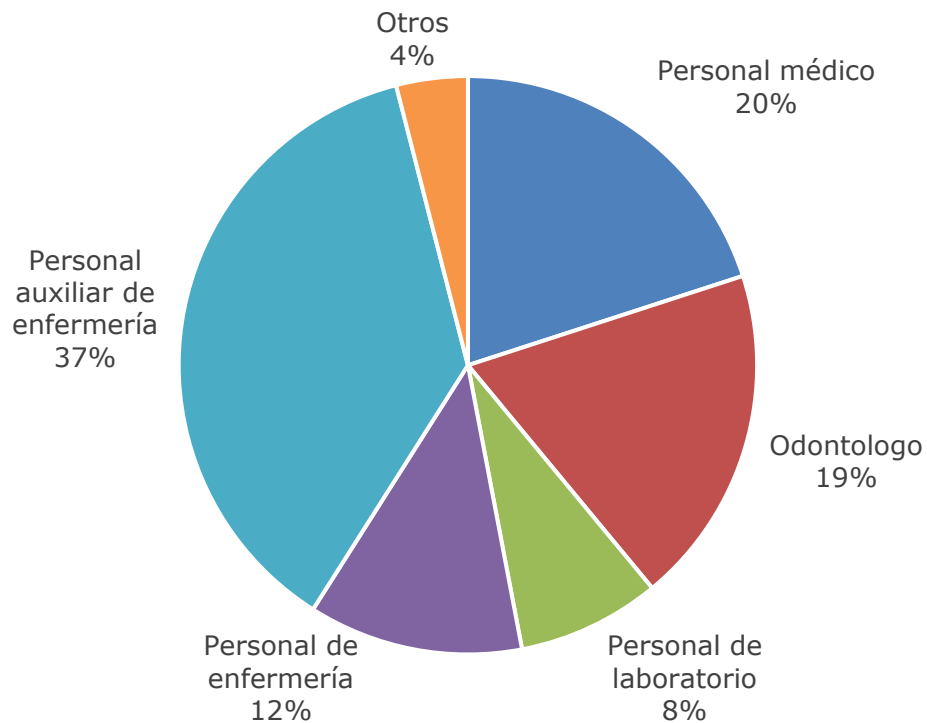
## **8. CARACTERISTICAS DE LOS ENCUESTADOS**

En esta sección muestra:

- La profesión de los entrevistados
- Principal área de trabajo en el hospital
- Cuánto tiempo lleva trabajando en el hospital
- Cuánto tiempo lleva trabajando en el departamento actual
- Puesto que desempeña en el hospital
- En su puesto tiene interacción directa con los pacientes
- Tiempo trabajando en su profesión

## 9. GRAFICAS Y CARACTERIZACION DE LOS ENCUESTADOS

**Grafica 1.** Profesión de los entrevistados



De 100 encuestados, aparece que el mayor porcentaje lo que corresponde al 37 % son auxiliares de enfermería, en segundo lugar aparece el personal médico con un porcentaje del 20 %, en tercer lugar registran los odontólogos con un porcentaje del 19% y con menor porcentaje se encuentran 12 % profesionales en enfermería y solo un 8 % personal de laboratorio.

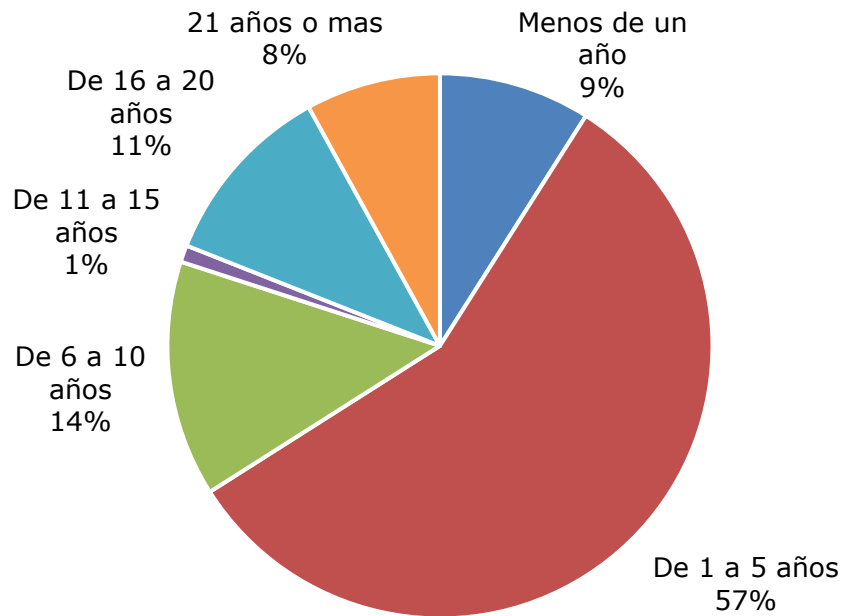
**Grafica 2.** Principal área de trabajo en el hospital



Teniendo en cuenta el tamaño de la muestra que fueron 100 encuestados donde el 29% del personal pertenece al servicio de urgencias, seguido del personal de promoción y prevención con el 22%, el área de odontología con el 21% de la población, el 12% corresponde al área de consulta externa y por ultimo esta el laboratorio clínico y otros servicios con el 8%.

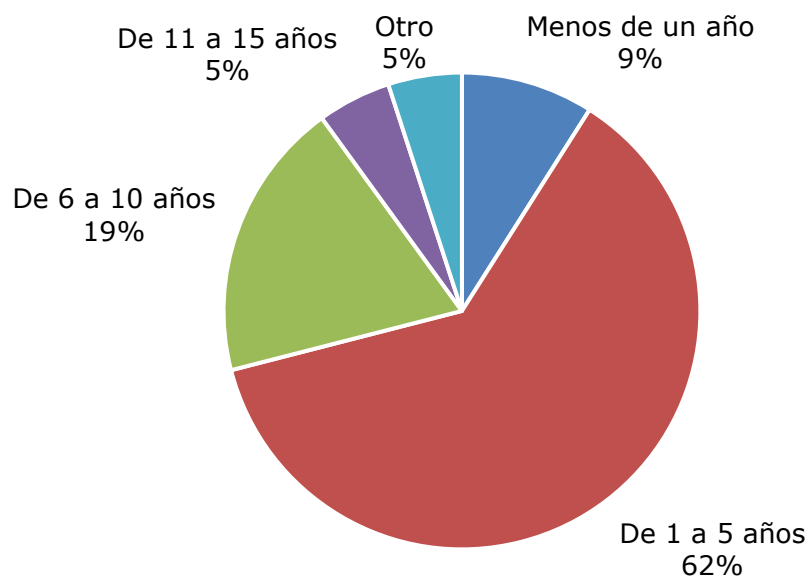


**Grafica 3.** Sección H 1. Cuánto tiempo lleva trabajando en el hospital



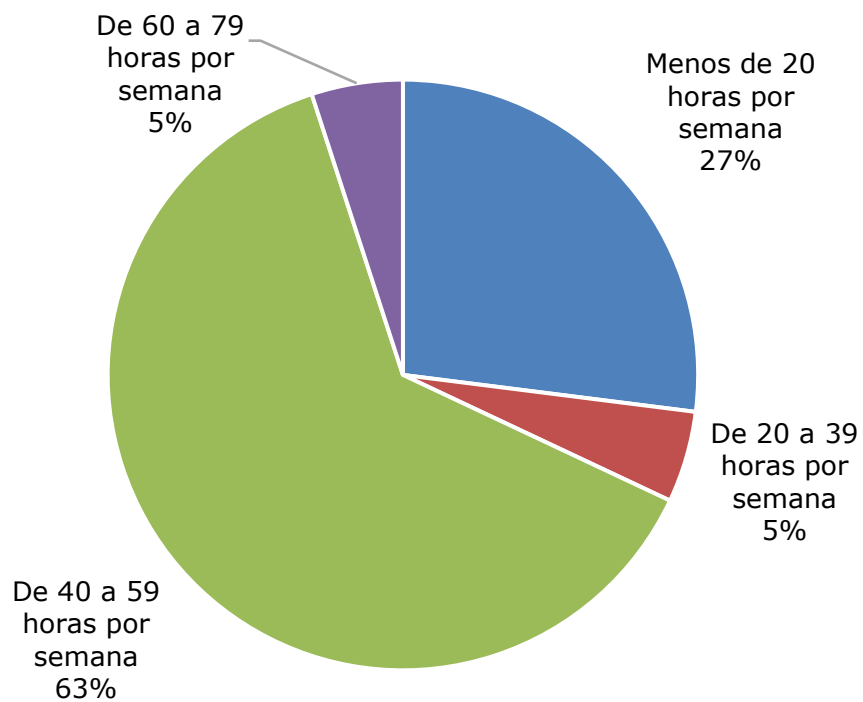
En lo que refiere al número de años laborados por los profesionales de la salud, más de la mitad ha laborado entre 1 a 5 años de antigüedad, lo cual corresponde al 57 %, el 8% corresponde al personal que lleva laborando 21 o más años.

**Grafica 4.** Sección H 2. Cuánto tiempo lleva trabajando en el departamento actual



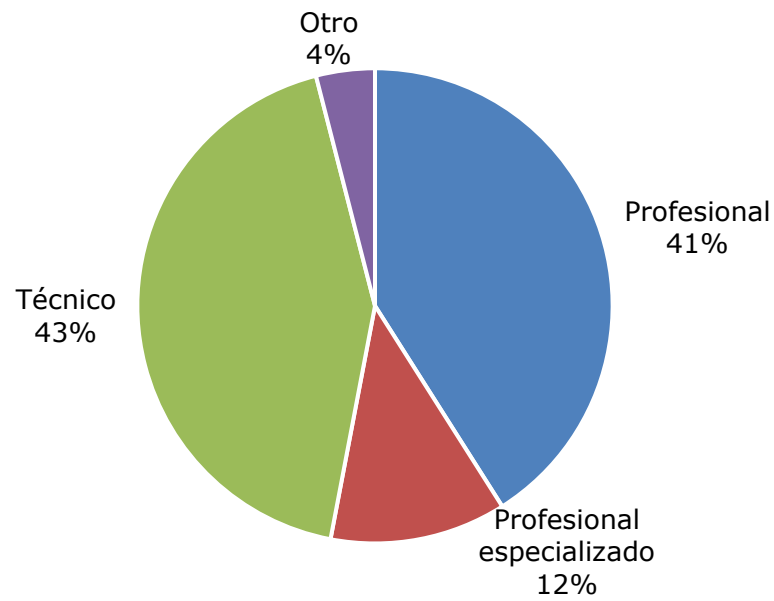
En lo que corresponde al tiempo que cada trabajador ha durado en el puesto de trabajo, el 62% lleva entre 1 a 5 años, siendo este el porcentaje de mayor valor, seguido de 6 a 10 años que corresponde a un 19% y de 11 a 15 años.

**Grafica 5.** Sección H 3. Cuantas horas por semana trabaja en el hospital



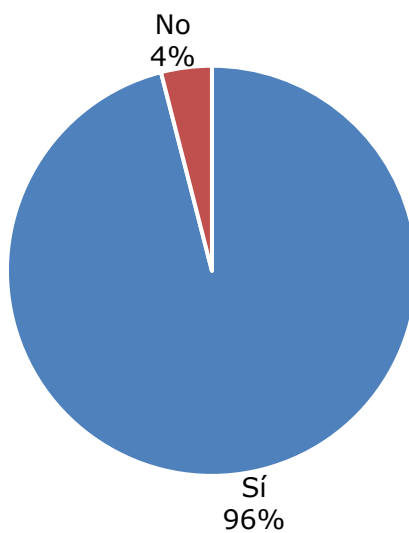
En la grafica se evidencia que la gran mayoría del personal (63%), labora entre 40 y 59 horas semanales, un bajo porcentaje de los empleados (5%) labora entre 60 a 79 horas.

**Grafica 6.** Sección H 4. Puesto que desempeña en el hospital



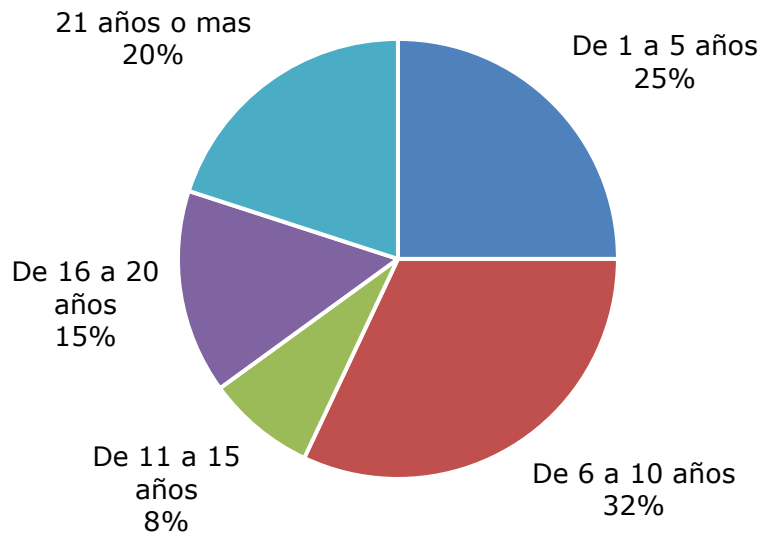
En la gráfica se observa una distribución homogénea entre el personal técnico (43%) y el profesional (41%), en menor proporción se encuentra la distribución en profesional especializado 12% y otros 4%.

**Grafica 7.** Sección H 5. En su puesto tiene interacción directa con los pacientes



Se evidencia en la grafica un alto porcentaje de interacción de 96% directa de los trabajadores con los pacientes vs un 4% que no la reporta relación.

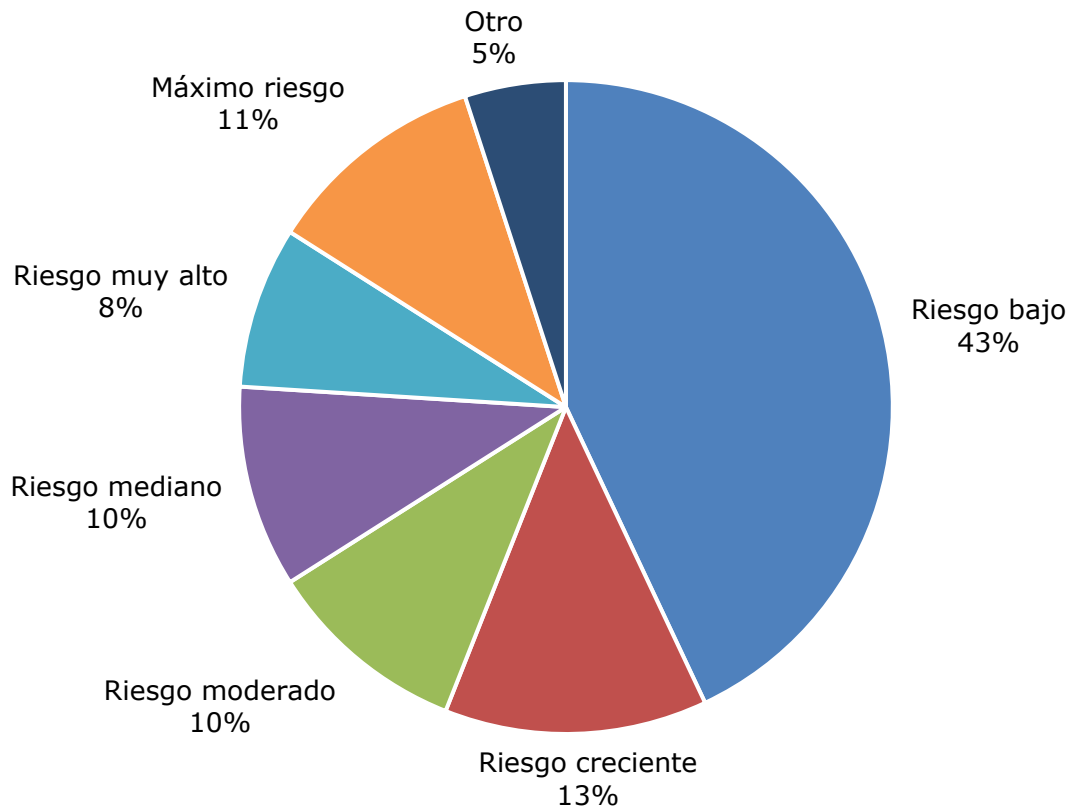
**Grafica 8.** Sección H 6. Tiempo trabajando en su profesión



En la gráfica se muestra una distribución variada del número de años en el ejercicio profesional. En términos generales el 75% de los empleados llevan más de 10 años ejerciendo la profesión, el 25 llevan entre 1 a 5 años.

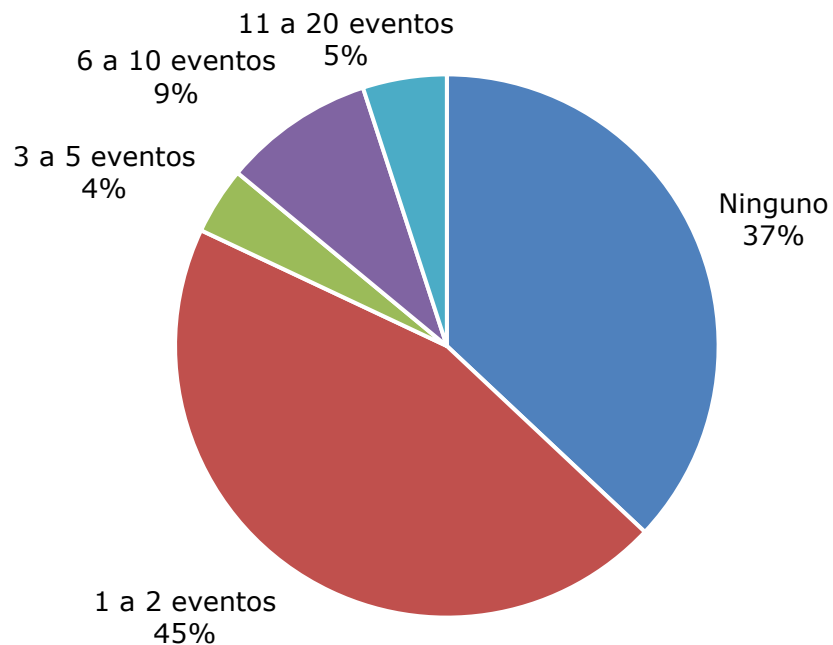
### 9.1 Medidas de resultado del clima de seguridad

**Grafica1.** Grado de seguridad del paciente



En cuanto a la percepción de riesgos a los que se expone el paciente en las diferentes áreas, el 43% del personal reporta una baja exposición al riesgo, seguido del 13% que consideran riesgos creciente en los pacientes, el máximo nivel de riesgo es percibido por el 11% de los empleados.

**Grafica2.** Sección G, Numero de eventos presentados en los últimos doce meses



Según el reporte de los trabajadores, el 45 % refiere que se han presentado entre 1 a 2 eventos, el 37% manifiestan que no se ha presentado eventos y el 5% reporta alta ocurrencia de eventos (entre 11 a 20).



## 10. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

**Tabla 1.** Sección A. Distribución y calificación general de cada ítem de la sección área de trabajo

| Ítem                            | Totalmente en desacuerdo (%) | En desacuerdo (%) | Ninguna (%) | De acuerdo (%) | Totalmente de acuerdo (%) | calificación | Indicador           |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------|----------------|---------------------------|--------------|---------------------|
| A1                              | 4.1                          | 10.3              | 9.3         | 50.5           | 25.8                      | 76.3         | Fortaleza           |
| A2                              | 10.3                         | 24.7              | 7.2         | 45.4           | 12.4                      | 57.8         | Oportunidad mejorar |
| A3                              | 3.1                          | 13.4              | 11.3        | 42.3           | 29.9                      | 72.2         | Oportunidad mejorar |
| A4                              | 3.1                          | 13.4              | 7.2         | 45.4           | 30.9                      | 76.3         | Fortaleza           |
| A5                              | 9.3                          | 11.3              | 14.4        | 47.4           | 17.5                      | 20.6         | Deficiente          |
| A6                              | 9.3                          | 6.2               | 13.4        | 48.5           | 22.7                      | 71.2         | Oportunidad mejorar |
| A7                              | 8.2                          | 20.6              | 12.4        | 48.5           | 10.3                      | 28.8         | Deficiente          |
| A8                              | 9.3                          | 27.8              | 11.3        | 36.1           | 15.5                      | 51.6         | Oportunidad mejorar |
| A9                              | 4.1                          | 14.4              | 5.2         | 50.5           | 25.8                      | 76.3         | Fortaleza           |
| A10                             | 12.4                         | 12.4              | 17.5        | 46.4           | 11.3                      | 24.8         | Deficiente          |
| A11                             | 7.2                          | 16.5              | 9.3         | 45.4           | 21.6                      | 67.0         | Oportunidad mejorar |
| A12                             | 10.3                         | 25.8              | 9.3         | 43.3           | 11.3                      | 36.1         | Deficiente          |
| A13                             | 4.1                          | 14.4              | 15.5        | 49.5           | 16.5                      | 66.0         | Oportunidad mejorar |
| A14                             | 7.2                          | 34                | 12.4        | 39.2           | 7.2                       | 41.2         | Deficiente          |
| A15                             | 8.2                          | 19.6              | 13.4        | 36.1           | 22.7                      | 58.8         | Oportunidad mejorar |
| A16                             | 11.3                         | 8.2               | 13.4        | 49.5           | 17.5                      | 19.5         | Deficiente          |
| A17                             | 21.6                         | 19.6              | 16.5        | 28.9           | 13.4                      | 41.2         | Deficiente          |
| Calificación promedio Sección A |                              |                   |             |                |                           | 62.7         | Oportunidad mejorar |

La tabla 1:

Se identifican 3 ítems que son FORTALEZAS en las áreas relacionadas con el trabajo en equipo, el respeto entre compañeros y cambios positivos derivados de los planes de mejora establecidos a los errores identificados.

Se identifican 6 ítems que son formulados positivamente como OPORTUNIDADES DE MEJORA en relación con la cantidad de personal que desarrolla actividades en las diferentes áreas donde dependiendo de la cantidad de actividades a realizar se distribuyen tareas, para cumplir el objetivo enfocado a la satisfacción y seguridad del usuario en los tiempos establecidos para las mismas, el personal que participa en el desarrollo de las actividades previamente dando una inducción rápida para el desarrollo de tareas en áreas diferentes a las asignadas para así contribuir a la disminución de errores que coloquen en riesgo la seguridad del paciente.

Al identificar errores cometidos se hacen planes de mejoras para el equipo de trabajo, sin tener en cuenta quien lo comete y realizando retroalimentaciones para ver la efectividad de las acciones implementadas.

Se identifican ítems formulados de forma negativa 7 DEFICIENCIAS teniendo en cuenta los flujos de usuarios en los diferentes servicios se trata de desarrollar las actividades de manera más rápida, cuando esto sucede se coloca en riesgo la seguridad del paciente, identificando el tiempo de trabajo en más horas de lo establecido, y en ocasiones la utilización de personal poco entrenado en áreas donde se requiere experiencia lo que ocasiona crisis en algunos de los servicios y creando sobrecarga para el personal con más experiencia, entonces se comenten errores que el personal piensa que son utilizados en su contra, creando a un temor pues piensan que va ocasionar llamados de atención directo el cual aumenta el temor de informar el evento adverso.

---

**Tabla 2.** Sección B. Distribución y calificación general de la supervisión y/o jefatura en cada ítem

| Ítem                            | Totalmente en desacuerdo (%) | En desacuerdo (%) | Ninguna (%) | De acuerdo (%) | Totalmente de acuerdo (%) | calificación | indicador           |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------|----------------|---------------------------|--------------|---------------------|
| B1                              | 13.4                         | 12.4              | 9.3         | 45.4           | 19.6                      | 65.0         | Oportunidad mejorar |
| B2                              | 10.3                         | 10.3              | 12.4        | 42.3           | 24.7                      | 67.0         | Oportunidad mejorar |
| B3                              | 17.5                         | 39.2              | 13.4        | 22.7           | 7.2                       | 56.7         | Oportunidad mejorar |
| B4                              | 28.9                         | 26.8              | 12.4        | 23.7           | 8.2                       | 55.7         | Oportunidad mejorar |
| Calificación promedio Sección B |                              |                   |             |                |                           | 61.1         | Oportunidad mejorar |

**La tabla 2:**

- Se identifican 4 acciones de mejora relación con la supervisión de cada jefe de área quien ocasionalmente resalta el cumplimiento de las actividades desarrolladas según los procedimientos establecidos, donde eventualmente tiene en cuenta las sugerencias que realiza el personal para optimizar la seguridad de los pacientes sin salirse de los procedimientos establecidos en relación con la seguridad de los pacientes.

**Tabla 3.** Sección C. Distribución y calificación general de los ítems de la comunicación

| Item                            | Nunca (%) | Raravez (%) | A veces (%) | La mayoría de las veces (%) | Siempre (%) | calificación | indicador           |
|---------------------------------|-----------|-------------|-------------|-----------------------------|-------------|--------------|---------------------|
| C1                              | 13.4      | 15.5        | 23.7        | 33                          | 14.4        | 47.4         | Deficiente          |
| C2                              | 8.2       | 16.5        | 18.6        | 35.1                        | 21.6        | 56.7         | Oportunidad mejorar |
| C3                              | 15.5      | 8.2         | 16.5        | 32                          | 27.8        | 59.8         | Oportunidad mejorar |
| C4                              | 32        | 13.4        | 20.6        | 20.6                        | 13.4        | 34.0         | Deficiente          |
| C5                              | 11.3      | 9.3         | 16.5        | 38.1                        | 24.7        | 62.8         | Oportunidad mejorar |
| C6                              | 23.7      | 12.4        | 22.7        | 36.1                        | 5.2         | 36.1         | Deficiente          |
| Calificación promedio Sección C |           |             |             |                             |             | 50.3         | Oportunidad mejorar |

En la sección C:

- Se identifican 2 DEFICIENCIAS que surgen de ítems positivos y estos relacionados con la socialización al personal de las acciones correctivas implementadas a los errores identificados, donde el personal no cuestiona acerca de las decisiones establecidas por los jefes y se limita a realizar preguntas cuando se ha presentado algún error.
- Se identifica 1 DEFICIENCIA que surge de ítem negativo y está relacionada con el personal que presenta miedo, pues se tiene el temor de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta.
- Se identifica 3 OPORTUNIDADES DE MEJORA la cual surge de ítems positivo que se refiere a las libertad desde informar alguna circunstancia que pueda ver afectada la seguridad del paciente, y ayudando a detectar las fallas que se cometen en el área de servicio, donde las personas como equipo de trabajo buscan prevenir los errores para que estos no vuelvan a ocurrir.

**Tabla 4.** Sección D. Distribución y calificación general de cada ítem de la sección los eventos reportados

| item                            | Nunca (%) | Rara vez (%) | A veces (%) | La mayoría de las veces (%) | Siempre (%) | calificación | Indicador           |
|---------------------------------|-----------|--------------|-------------|-----------------------------|-------------|--------------|---------------------|
| D1                              | 18.6      | 12.4         | 19.6        | 35.1                        | 14.4        | 49.5         | Deficiente          |
| D2                              | 19.6      | 12.4         | 19.6        | 37.1                        | 11.3        | 48.4         | Deficiente          |
| D3                              | 16.5      | 12.4         | 17.5        | 33.0                        | 20.6        | 53.6         | Oportunidad mejorar |
| Calificación promedio Sección C |           |              |             |                             |             | 50.5         | Oportunidad mejorar |

Los tres ítems de la sección D:

- Se identifican 2 DEFICIENTES: el personal encuestado se limita a la notificación de los errores pensando en la punitividad.
- El personal cuando detecta un riesgo para el paciente, en ocasiones reporta para evitar nuevas exposiciones de riesgo para ellos.

Se identifica 1 OPORTUNIDAD DE MEJORA en donde se reporta aquellos errores donde se puso en riesgo la seguridad del paciente, se toman acciones correctivas que se aplican y se dan de forma oportuna.

**Tabla 5.** Sección F. Distribución y calificación general de cada ítem de la evaluación del hospital

| ítem                            | Totalmente en desacuerdo (%) | En desacuerdo (%) | Ninguna (%) | De acuerdo (%) | Totalmente de acuerdo (%) | calificación | indicador           |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------|----------------|---------------------------|--------------|---------------------|
| F1                              | 6.2                          | 8.2               | 11.3        | 58.8           | 15.5                      | 74.3         | Oportunidad mejorar |
| F2                              | 9.3                          | 34                | 13.4        | 38.1           | 5.2                       | 43.3         | Deficiente          |
| F3                              | 18.6                         | 28.9              | 14.4        | 30.9           | 7.2                       | 47.5         | Deficiente          |
| F4                              | 7.2                          | 19.6              | 10.3        | 48.5           | 14.4                      | 62.9         | Oportunidad mejorar |
| F5                              | 11.3                         | 23.7              | 18.6        | 39.2           | 7.2                       | 35           | Deficiente          |
| F6                              | 16.5                         | 35.1              | 19.6        | 24.7           | 4.1                       | 51.6         | Oportunidad mejorar |
| F7                              | 10.3                         | 27.8              | 27.8        | 27.8           | 6.2                       | 38.1         | Deficiente          |
| F8                              | 8.2                          | 10.3              | 10.3        | 50.5           | 20.6                      | 71.1         | Oportunidad mejorar |
| F9                              | 16.5                         | 33                | 15.5        | 25.8           | 9.3                       | 49.5         | Deficiente          |
| F10                             | 7.2                          | 20.6              | 11.3        | 45.4           | 15.5                      | 60.9         | Oportunidad mejorar |
| F11                             | 19.6                         | 25.8              | 13.4        | 33             | 8.2                       | 45.4         | Deficiente          |
| Calificación promedio Sección F |                              |                   |             |                |                           | 53.4         | Oportunidad mejorar |

En la sección F:

- Se identifican 5 OPORTUNIDADES DE MEJORA en cuanto a la dirección del hospital se percibe un esfuerzo continuo trabajando de manera secuencial entre las diferentes áreas donde se necesita un trabajo conjunto eliminando fricciones entre departamentos y se demuestra como prioridad proporcionar el mejor cuidado del paciente.
- Se identifican 6 DEFICIENCIAS donde los servicios del hospital no se coordinan bien entre ellas y con frecuencia se pierde información importante para la atención del paciente durante los cambios de turnos, lo que hace que surjan problemas en el intercambio de la información entre ellas, y la dirección parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que

ocurre el evento adverso.

## ***10.1 RESULTADOS TENIENDO EN CUENTA LAS 12 DIMENSIONES***

### **DIMENSION 1:**

#### **FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS:**

Más del 50% del personal está notificando los errores identificados que colocan en riesgo la atención del paciente.

|    | Ítem | Nunca (%) | Rara vez (%) | A veces (%) | La mayoría de las veces (%) | Siempre (%) | Indicador             |
|----|------|-----------|--------------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|
| 40 | D1   | 18.6      | 12.4         | 19.6        | <b>35.1</b>                 | <b>14.4</b> | Próximo a O de M.     |
| 41 | D2   | 19.6      | 12.4         | 19.6        | <b>37.1</b>                 | <b>11.3</b> | Próximo a O de M.     |
| 42 | D3   | 16.5      | 12.4         | 17.5        | <b>33.0</b>                 | <b>20.6</b> | Oportunidad de Mejora |

### **DIMENSION 2:**

#### **PERCEPCION DE SEGURIDAD:**

El personal percibe que aún hay deficiencias a la hora de prevenir errores en cuanto a la seguridad del paciente. Pero empieza a ser consciente que la carga laboral no debe exponer a actos inseguros al paciente.

|    | Ítem | Totalmente en desacuerdo (%) | En desacuerdo (%) | Ninguna (%) | De Acuerdo (%) | Totalmente de acuerdo (%) | Indicador             |
|----|------|------------------------------|-------------------|-------------|----------------|---------------------------|-----------------------|
| 10 | A10  | <b>12.4</b>                  | <b>12.4</b>       | 17.5        | 46.4           | 11.3                      | Deficiente            |
| 15 | A15  | 8.2                          | 19.6              | 13.4        | <b>36.1</b>    | <b>22.7</b>               | Oportunidad de mejora |
| 17 | A17  | <b>21.6</b>                  | <b>19.6</b>       | 16.5        | 28.9           | 13.4                      | Deficiente            |

**DIMENSION 3:****EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCION, SUPERVISION DEL SERVICIO QUE FAVORECE LA SEGURIDAD.**

Más del 50% del personal percibe que los responsables toman en consideración las sugerencias encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que estos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de seguridad del paciente.

|    | Ítem | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ninguna | De acuerdo  | Totalmente de acuerdo | Indicador             |
|----|------|--------------------------|---------------|---------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| 19 | B1   | 13.4                     | 12.4          | 9.3     | <b>45.4</b> | <b>19.6</b>           | Oportunidad de mejora |
| 20 | B2   | 10.3                     | 10.3          | 12.4    | <b>42.3</b> | <b>24.7</b>           | Oportunidad de mejora |
| 21 | B3   | <b>17.5</b>              | <b>39.2</b>   | 13.4    | 22.7        | 7.2                   | Oportunidad de mejora |
| 22 | B4   | <b>28.9</b>              | <b>26.8</b>   | 12.4    | 23.7        | 8.2                   | Oportunidad de mejora |

---



**DIMENSION 4:****APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL, MEJORA CONTINUA:**

El personal percibe que empieza a visualizarse una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.

|    | Ítem | Totalmente En desacuerdo | en Desacuerdo | Ninguna | De acuerdo | Totalmente De acuerdo | Indicador             |
|----|------|--------------------------|---------------|---------|------------|-----------------------|-----------------------|
| 6  | A6   | 9.3                      | 6.2           | 13.4    | 48.5       | 22.7                  | Oportunidad de mejora |
| 9  | A9   | 4.1                      | 14.4          | 5.2     | 50.5       | 25.8                  | Fortaleza             |
| 13 | A13  | 4.1                      | 14.4          | 15.5    | 49.5       | 16.5                  | Oportunidad de mejora |

**DIMENSION 5****TRABAJO EN EQUIPO EN EL SERVICIO**

El personal percibe que en el servicio hay; apoyo mutuo, trato con respeto y trabajo en equipo.

|    | ITEM | Totalmente En desacuerdo | En Desacuerdo | Ninguna | De acuerdo | Totalmente De acuerdo | Indicador             |
|----|------|--------------------------|---------------|---------|------------|-----------------------|-----------------------|
| 1  | A1   | 4.1                      | 10.3          | 9.3     | 50.5       | 25.8                  | Fortaleza             |
| 3  | A3   | 3.1                      | 13.4          | 11.3    | 42.3       | 29.9                  | Oportunidad de mejora |
| 4  | A4   | 3.1                      | 13.4          | 7.2     | 45.4       | 30.9                  | Fortaleza             |
| 11 | A11  | 7.2                      | 16.5          | 9.3     | 45.4       | 21.6                  | Oportunidad de mejora |

## **DIMENSION 6**

### **FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN**

Más del 50% del personal percibe que puede hablar libremente cuando detecta que algo puede afectar negativamente la atención del paciente, pero siente que no puede cuestionar las decisiones de los superiores o hacer preguntas sobre algo que parece ha hecho mal.

|    | Ítem | Totalmente En desacuerdo | En Desacuerdo | Ninguna | De acuerdo  | Totalmente De acuerdo | Indicador             |
|----|------|--------------------------|---------------|---------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| 35 | C2   | 8.2                      | 16.5          | 18.6    | <b>35.1</b> | <b>21.6</b>           | Oportunidad de mejora |
| 37 | C4   | 32.0                     | 13.4          | 20.6    | <b>20.6</b> | <b>13.4</b>           | Deficiente            |
| 39 | C6   | <b>23.7</b>              | <b>12.4</b>   | 22.7    | 36.1        | 5.2                   | Deficiente            |

## **DIMENSION 7**

### **FEED BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES**

Más del 50% del personal percibe que se les informa de los errores que ocurren, y que al interior del servicio se comentan las maneras de prevenir los errores, pero no se informa de los cambios que se han implementado.

|    | Ítem | Nunca | Rara vez | A veces | La mayoría de las veces | Siempre     | Indicador             |
|----|------|-------|----------|---------|-------------------------|-------------|-----------------------|
| 34 | C1   | 13.4  | 15.5     | 23.7    | <b>33.0</b>             | <b>14.4</b> | Deficiente            |
| 36 | C3   | 15.5  | 8.2      | 16.5    | <b>32.0</b>             | <b>27.8</b> | Oportunidad de mejora |
| 38 | C5   | 11.3  | 9.3      | 16.5    | <b>38.1</b>             | <b>24.7</b> | Oportunidad de mejora |

**DIMENSION 8****RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES**

El personal tiene la sensación que los errores y la notificación de eventos se utilizaran en su contra y que los errores constaran en la hoja de vida.

|    | Ítem | Totalmente desacuerdo | De acuerdo  | Ninguna | En acuerdo | Totalmente en acuerdo | Indicador  |
|----|------|-----------------------|-------------|---------|------------|-----------------------|------------|
| 8  | A8   | <b>9.3</b>            | <b>27.8</b> | 11.3    | 36.1       | 15.5                  | Deficiente |
| 12 | A12  | <b>10.3</b>           | <b>25.8</b> | 9.3     | 43.3       | 11.3                  | Deficiente |
| 16 | A16  | <b>11.3</b>           | <b>8.2</b>  | 13.4    | 49.5       | 17.5                  | Deficiente |

**DIMENSION 9****DOTACION DEL PERSONAL**

Más del 50% del personal percibe que se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo, pero que los horarios no son los adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.

|    | Ítem | Totalmente en Desacuerdo | En Desacuerdo | Ninguna | De acuerdo  | Totalmente De acuerdo | Indicador           |
|----|------|--------------------------|---------------|---------|-------------|-----------------------|---------------------|
| 2  | A2   | 10.3                     | 24.7          | 7.2     | <b>45.4</b> | <b>12.4</b>           | Oportunidad mejorar |
| 5  | A5   | <b>9.3</b>               | <b>11.3</b>   | 14.4    | 47.4        | 17.5                  | Deficiente          |
| 7  | A7   | <b>8.2</b>               | <b>20.6</b>   | 12.4    | 48.5        | 10.3                  | Deficiente          |
| 14 | A14  | <b>7.2</b>               | <b>34.0</b>   | 12.4    | 39.2        | 7.2                   | Deficiente          |

---

**DIMENSION 10****APOYO DE LA GERENCIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La percepción del personal es que la gerencia del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y que es una de sus prioridades, pero aún existe la sensación que se actúa cuando hay la presencia de eventos adversos.

|    | Ítem | Totalmente En desacuerdo | En Desacuerdo | Ninguna | De acuerdo  | Totalmente de acuerdo | Indicador             |
|----|------|--------------------------|---------------|---------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| 23 | F1   | 6.2                      | 8.2           | 11.3    | <b>58.8</b> | <b>15.5</b>           | Oportunidad de mejora |
| 30 | F8   | 8.2                      | 10.3          | 10.3    | <b>50.5</b> | <b>20.6</b>           | Oportunidad de mejora |
| 31 | F9   | <b>16.5</b>              | <b>33.0</b>   | 15.5    | 25.8        | 9.3                   | Deficiente            |

**DIMENSION 11****TRABAJO DE EQUIPO ENTRE SERVICIOS**

El personal percibe que ellos trabajan de una forma coordinada entre si y entre servicios, pero hay debilidades en el tema de cooperación entre estos.

|    | Ítem | Totalmente en desacuerdo | En Desacuerdo | Ninguna | De acuerdo  | Totalmente de acuerdo | Indicador             |
|----|------|--------------------------|---------------|---------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| 24 | F2   | <b>9.3</b>               | <b>34.0</b>   | 13.4    | 38.1        | 5.2                   | Deficiente            |
| 26 | F4   | 7.2                      | 19.6          | 10.3    | <b>48.5</b> | <b>14.4</b>           | Oportunidad de mejora |
| 28 | F6   | <b>16.5</b>              | <b>35.1</b>   | 19.6    | 24.7        | 4.1                   | Oportunidad de mejora |
| 32 | F10  | 7.2                      | 20.6          | 11.3    | <b>45.4</b> | <b>15.5</b>           | Oportunidad de mejora |

**DIMENSION 12**  
**PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO**

Existe la percepción de que se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades

|    | Ítem | Totalmente En desacuerdo (%) | En desacuerdo (%) | Ninguna (%) | De acuerdo (%) | Totalmente de Acuerdo (%) | Indicador  |
|----|------|------------------------------|-------------------|-------------|----------------|---------------------------|------------|
| 25 | F3   | <b>18.6</b>                  | <b>28.9</b>       | 14.4        | 30.9           | 7.2                       | Deficiente |
| 27 | F5   | <b>11.3</b>                  | <b>23.7</b>       | 18.6        | 39.2           | 7.2                       | Deficiente |
| 29 | F7   | <b>10.3</b>                  | <b>27.8</b>       | 27.8        | 27.8           | 6.2                       | Deficiente |
| 33 | F11  | <b>19.6</b>                  | <b>25.8</b>       | 13.4        | 33.0           | 8.2                       | Deficiente |

## 11. CONCLUSIONES

- La caracterización de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal asistencial del hospital la Buena Esperanza de Yumbo, permitió evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture , lo que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales en pro del mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- En aquellas oportunidades de mejora se encuentra la relación con la cantidad de personal que desarrolla actividades en las diferentes áreas donde dependiendo de la cantidad de tareas se distribuyen de la mejor manera para cumplir el objetivo enfocado a la satisfacción y seguridad del usuario en los tiempos establecidos para las mismas, el personal que participa en el desarrollo de las actividades recibe inducciones de forma rápida para cumplir con los objetivos asignadas para así contribuir a la disminución de errores que coloquen en riesgo la seguridad del paciente.
- En el hospital teniendo en cuenta su nivel y tamaño, se percibe la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios y por tanto diseñar estrategias que promuevan al trabajo en equipo entre todas las unidades y de esta manera cultivar una actitud proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la dirección.
- La medición del clima de seguridad institucional en relación a las dimensiones que resulten problemáticas, debería aplicarse al menos semestral la encuesta, particularmente en los procesos en los que se hayan puesto en marcha actividades concretas para intentar mejorar algún proceso, atendiendo a las prioridades que ha indicado la medición o dimensión trazadora.
- En relación con la supervisión de cada jefe de área se identifica que ocasionalmente resalta el cumplimiento de las actividades desarrolladas según los procedimientos establecidos, donde eventualmente tiene en cuenta las sugerencias que realiza el personal para optimizar la seguridad de los pacientes sin salirse de los procedimientos establecidos en relación con la seguridad de los pacientes.

- Los siguientes aspectos que hacen parte de la cultura de seguridad y se destacan como relevantes en la percepción de los participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.
- En la presente investigación se encuentra que el personal reporta entre 1 y 2 eventos adversos en un 45%, seguido del 37% que no reporta a diferencia al estudio del padre hurtado quien aplicó el mismo instrumento en un hospital de España en el año 2010 donde arroja que el 41% de los encuestados no reportan los eventos presentados y el 32% reportan entre 1 y 2 eventos adversos.
- El personal encuestado en el hospital percibe que empieza a visualizarse una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de las acciones implementadas similar a los resultados del estudio del padre hurtado donde los encuestados consideran que el Hospital tiende a la mejoría continua, y un alto porcentaje reconoce la implementación de medidas para evitar que se repitan los Eventos adversos cuando ocurre algún fallo.
- Encontramos que en relación a la respuesta no punitiva a los errores el personal tiene la sensación que los errores y la notificación de eventos se utilizaran en su contra y que los errores constaran en la hoja de vida, a comparación del estudio del padre hurtado donde los encuestados tienen una política punitiva frente a los Eventos adversos, y un alto porcentaje del 74% teme que los errores notificados sean considerados en sus antecedentes personales. Este ítem se considera la debilidad más importante para la seguridad clínica de la Institución.
- El personal percibe que hay deficiencias en cuanto a la seguridad del paciente dentro de la institución, pero de manera paralela empiezan hacer conciencia de la notificación del trabajo en equipo.
- El personal empieza a identificar que hacer conciencia sobre la seguridad del paciente, es la manera más correcta de disminuir el aumento de eventos

adversos.

- El análisis de este estudio contribuye a la planeación e implementación de los programas donde se encuentren puntuaciones más bajas.
- Se identificó una importante fortaleza en relación a la percepción de la dotación del personal en relación a la cantidad de personas que ejecutan las actividades al interior de las áreas incluidas en el estudio, cualidad que se debe resaltar como seguridad institucional.



## 12.RECOMENDACIONES INSTITUCIONALES

- En la búsqueda dar continuidad y mejorar la seguridad del paciente dentro del hospital la Buena Esperanza del Municipio de Yumbo, después de haber efectuado la encuesta sobre seguridad del paciente y tomando 100 encuestas y haciendo un análisis de cada una y obtener resultados, los cuales fueron analizados se recomienda lo siguiente:
- Realizar inducciones y re inducciones periódicas en el tema de seguridad del paciente en los diferentes servicios con el objetivo que el tema sea bien aplicado en la práctica diaria.
- Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre la efectividad del entrenamiento de equipos en un ambiente, simulado para la reducción de los resultados médicos adversos en situaciones donde se requiera.
- Fomentar la notificación interna y discusión en equipo de los errores que pueden ocurrir u ocurren.
- Fomentar la responsabilidad compartida y coordinación entre servicios.
- Tratar los temas de seguridad del paciente como un trabajo en equipo y no individual.
- Socializar las acciones de mejora implementadas
- Aplicar de forma periódica la encuesta para revisar los avances e impacto en cuanto a la cultura y la seguridad del paciente

### 13. PRESUPUESTO

(Se deben clasificar en humanos, técnicos, logísticos, insumos y materiales, software, ETC)

| <b>Recurso</b> | <b>característica</b>        | <b>Unidad</b> | <b>Cantidad</b> | <b>Costo Unidad</b> | <b>Costo Total</b>  |
|----------------|------------------------------|---------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| TECNICO *      | Computador                   | Unidad        | 1               | \$ 1.300.000        | \$ 1.300.000        |
| INSUMOS        | Papelería                    | hojas         | 1200            | \$ 20               | \$ 24.000           |
|                | Tablas                       | Unidad        | 4               | \$ 5.000            | \$ 20.000           |
|                | Lapiceros                    | Caja          | 1               | \$ 12.000           | \$ 12.000           |
| MATERIAL       | Impresiones                  | hojas         | 1200            | \$ 100              | \$ 120.000          |
| HUMANO         | Asesor estadístico por horas | horas         | 24              | \$ 10.500           | \$ 252.000          |
| HUMANO         | Investigadores por horas     | horas         | 180             | \$ 13.000           | \$ 2.340.000        |
| <b>TOTAL</b>   |                              |               |                 | <b>\$ 1.340.620</b> | <b>\$ 4.068.000</b> |

\*El computador es opcional, si se tiene no se sumara ese valor, de lo contrario sí.

## 14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDAD   | E<br>a<br>J | J | A | S | O | N |
|---|-------------|---|---|---|---|---|
| Elaboración del anteproyecto  | x           |   |   |   |   |   |
| Socialización de la propuesta de investigación a las directivas de la institución |             | X |   |   |   |   |
| Ajustes a la propuesta  |             | X |   |   |   |   |
| Aplicación de encuestas   |             | X |   |   |   |   |
| Alimentación base de datos, resultados, análisis.                                 |             | X | X | X |   |   |
| Elaboración de informe final, ajustes   |             |   | X |   |   |   |
| Presentación de trabajo de investigación  |             |   | X |   |   |   |
| Socialización de trabajo de investigación a directivas de la institución          |             |   |   | X |   |   |
| Aplicación de las encuestas   |             |   |   |   | x |   |
| Análisis de los resultados  |             |   |   |   | x |   |
| Sustentación trabajo de grado   |             |   |   |   |   | x |

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de la protección social. República de Colombia. Observatorio de calidad de la atención en salud. [Sitio en internet]. Disponible en:

[http://201.234.78.38/ocs/public/seg\\_paciente/](http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/)

Consultado: Noviembre 2013

2. Evolución de la Seguridad del paciente el contexto mundial y su perspectiva en México. [Sitio en internet]. Disponible

en:<http://www.amcg.org.mx/pdfs/socio/seguridad/herramientas/Seguridad.pdf>

Consultado: Noviembre 2013

3. Organización Mundial de la salud. Carga mundial de discapacidad y daño producido por la atención insegura. [Sitio en internet]. Disponible en:

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

Consultado: Noviembre 2013

4. Enfermería; Cuidado seguro del paciente. [Sitio en internet]. Disponible en:

<http://tpenfermeriasena.blogspot.com/2012/05/cuidado-seguro-del-paciente.html>.

Consultado: Noviembre 2013

5. Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali. La seguridad del paciente, un reto de ciudad. “Seguimiento de la política de seguridad del paciente en las ESE municipales”. Santiago de Cali. 2012.

6. López D. Ríos S, Vélez L. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Monografía. Medellín 2008.

7. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Sitio en internet].

Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)

Consultado: Noviembre 2013

8. Gómez O, Soto Ha, Arenas A, Garzón J, Gonzales A, Mateus E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *av.enferm.*, XXIX (2): 363-374, 2011

9. Ordoñez J. Promoción de la cultura de seguridad del Paciente. Paquetes instrucciones. Buenas prácticas para la atención en salud. Ministerio de la protección social.

República de Colombia.

10. **Gómez O, Arenas W, González L, Garzón S, Galeano E, Amparo Soto A.** Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. [Sitio en internet]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300009&script=sci_arttext)

[95532011000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300009&script=sci_arttext).

Consultado: Noviembre 2013

11. Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali. La seguridad del paciente, un reto de ciudad. “Seguimiento de la política de seguridad del paciente en las ESE municipales”.

Santiago de Cali. 2012.

12. Comisión nacional de arbitraje medido. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la Seguridad del paciente. Módulo III de seguridad del paciente. México

2011.

13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid:

Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

14. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
15. Gawande A, Thomas E, Zimmer M, Brennan T. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999; 126:66–75.
16. Brennan TA, Leaper LL, Laird NM, Hebert L, Location AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results from the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370–6.
17. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combest J, Halie M, Leaped L, et al. What exactly is patient safety? In: *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. AHRQ; 2008. Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/). Retrieved January 25, 2012.
18. *Health care safe: a critical analysis of patient safety practice, evidence report/technology assessment, No. 43, July 2001*. AHRQ Publication No. 01–E057. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: [www.ahrq.gov/clinic/safety/summary.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/safety/summary.htm). Retrieved January 25, 2012.
19. World Alliance for Patient Safety, launch October 27, 2004, Washington, DC. Available at: [www.who.int/patientsafety/about/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html). Retrieved January 25, 2012.
20. Cooper JB, GABA DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. *Modemed* 2000; 2:E38.
21. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, editor. *Patient safety: achieving a new standard for health care*. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.

22. Leaped LL, Cullen DJ, and Clapp EB, et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA*. 1999; 282:267-273.
23. Katonah BG, Aid PR, Walters JK, et al. Effect of a pharmacist's and a nurse's interventions on cost of drug therapy in a medical intensive-care unit. *Am J Hops Pharm*. 1998; 46:179-1182?
24. Flynn EA, Barker K, Pepper GA, et al. Comparison of methods for detecting errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. *Am J Health-Syst Pharm*. 2002; 59:436- 446
25. Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, et al. Economic evaluations of clinical pharmacy services – 1988-1995. *Pharmacotherapy*. 1996; 16(6):1188-1208.
26. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds): *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: Subcommittee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press. 1999
27. Buerhaus PI. Lucian Leape on the causes and prevention of errors and adverse events in health care. *J NursManage*. 1999; 31:281-286.
28. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *JAMA*. 1995; 274(1):29-34.
29. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 1998; 279(15):1200-1205.
30. Johnson JA, Bootman LJ. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *ArchInternMed*. 1995; 155:1949-1956.

31. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Statistics - June 26, 2002. Accessed at [www.jcaho.org/accredited+organizations/ambulatory+care/sentinel+events.htm](http://www.jcaho.org/accredited+organizations/ambulatory+care/sentinel+events.htm)
32. PA. Medical error theory. *ObstetGynecolClin North Am* 2008; 35:11–7, vii.
33. McCarthy D, Blumenthal D. Committed to safety: ten case studies on reducing harm to patients. Vol 17. New York
34. The Joint Commission. Sentinel event alert, Issue 43: leadership committed to safety. August 27, 2009.  
  
[Sitioen internet].Disponibleen:  
[www.jointcommission.org/sentinel\\_event\\_alert\\_issue\\_43\\_leadership\\_committed\\_to\\_safety/](http://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_43_leadership_committed_to_safety/).  
  
Consultado; abril 2014
35. Pettker CM, Thung SF, Raab CA, Donohue KP, Copel JA, Lockwood CJ, Funai EF. A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture. *Am J ObstetGynecol* 2011; 204:216.e1–6.
36. Zohar D. The effect of leadership dimensions, safety climate and assigned priorities on minor injuries in work groups. *J Organ Behav* 2002; 23:75–92.
37. Flin R, Yule S. Leadership for safety: industrial experience. *QualSaf Health Care* 2004; 13(suppl 2):ii45–51.
38. The Joint Commission. Sentinel event alert, Issue 43: leadership committed to safety. August 27, 2009.  
  
[Sitioen internet].Disponibleen:  
[www.jointcommission.org/sentinel\\_event\\_alert\\_issue\\_43\\_leadership\\_committed\\_to\\_safety](http://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_43_leadership_committed_to_safety)



Consultado; abril 2014

39. Blouin AS, McDonagh KJ. Framework for patient safety, part 1: culture as an imperative. *J NursAdm* 2011; 41:397–400.
40. Singer SJ, GABA DM, Geppart JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *QualSaf Health Care* 2003;12:112–8.
41. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *QualSaf Health Care* 2005; 14:364–6.
42. Marx D. How building a ‘just culture’ helps an organization learn from errors. *O R Manager* 2003; 19:1, 14–5, 20.
43. Gluck PA. Physician leadership: essential in creating a culture of safety. *ClinObstetGynecol* 2010; 53: 473–81.
44. Sexton JB, Holzmueller CG, Pronovost PJ, Thomas EJ, McFerran S, Nunes J, et al. Variations in caregiver perception of teamwork climate in labor and delivery units. *J Perinatol* 2006;26: 463–70.
45. Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Quinta edición. Mc grawhill. Cap. 5; pag. 80.
46. Intendencia de Prestadores de Salud Unidad Técnica Asesora.  
Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado.  
[Sitio en internet]. Disponible  
en:[http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440_recurso_1.pdf) Consultado: Noviembre 2013
47. [Sitio en internet]. Disponible:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Consentimiento\\_informado#cite\\_note-1](http://es.wikipedia.org/wiki/Consentimiento_informado#cite_note-1)

48. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital SurveyonPatient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. [Sitio en internet]. Disponible en:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

Consultado: Enero 2014.

## ANEXOS

### 1. Encuesta AHRQ

#### Encuesta Cultura de Seguridad del Paciente Hospital la Buena Esperanza de Yumbo

##### **Indicaciones:**

Este cuestionario solicita su opinión acerca de temas relacionados con la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en su hospital. El cuestionario es anónimo y su propósito es obtener información que ayude a definir acciones para mejorar la cultura hacia la seguridad de los pacientes en su hospital. El contestarlo le tomará solo entre 10 y 15 minutos. Le agradecemos su valiosa participación y si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no tiene que ver con la realidad en su trabajo, puede usted dejarla en blanco.

Para ayudarlo a comprender algunas preguntas, le agradeceremos leer con cuidado los siguientes conceptos y si tiene dudas, consulte al gestor de calidad de su establecimiento de salud.

- Un **“incidente”** se define como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente, desviación a la norma o falta de consideración en la atención del paciente, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- Un **“evento adverso”** es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- **“Seguridad del paciente”** se define como el conjunto de acciones que tienen como finalidad evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud que se le otorgan.

Para contestar este cuestionario es muy importante que cuando la pregunta mencione “unidad”, usted piense en el área de trabajo, departamento o servicio del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o realiza la mayoría de acciones para atender a los pacientes.

##### **¿Cuál es su profesión?**

Personal Odontología  Personal de laboratorio  Personal Médico  Personal de Enfermería  Personal Auxiliar de Enfermería

##### **¿Cuál es su principal área de trabajo en este hospital? Marque solo UNA respuesta.**

- a. Consulta externa  
 b. Urgencia

- c. Hospitalización
- d. Odontología
- e. Laboratorio clínico
- f. Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- g. Otro, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN A: Su área de trabajo

A continuación se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio. Seleccione y rellene SOLO EL CÍRCULO QUE REFLEJE SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO en relación a lo que se vive EN EL ÁREA DONDE USTED TRABAJA EN EL HOSPITAL. Observe que en algunos casos, la respuesta que refleja la condición ideal es la que dice totalmente de acuerdo y en otras por el contrario, la que dice totalmente en desacuerdo.

| <b>PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO</b>  | <b>Totalmente</b> | <b>En<br/>desacuerdo</b> | <b>Ninguna</b> | <b>De<br/>acuerdo</b> | <b>Totalmente<br/>de acuerdo</b> |
|--|-------------------|--------------------------|----------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente                                   |                   |                          |                |                       |                                  |
| 2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo                            |                   |                          |                |                       |                                  |
| 3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo               |                   |                          |                |                       |                                  |
| 4. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto                                      |                   |                          |                |                       |                                  |
| 5. El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente |                   |                          |                |                       |                                  |
| 6. Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes             |                   |                          |                |                       |                                  |
| 7. Utilizamos más personal temporal o eventual, de lo que es mejor para atender al paciente  |                   |                          |                |                       |                                  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra  |  |  |  |  |  |
| 9. Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo                                    |  |  |  |  |  |
| 10. En mi área o servicio sólo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad                         |  |  |  |  |  |
| 11. Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden        |  |  |  |  |  |
| 12. Cuando se informa de un incidente, se siente como que se está reportando a la persona y no el problema |  |  |  |  |  |
| 13. Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad        |  |  |  |  |  |
| 14. Con frecuencia trabajamos como en “forma de crisis” tratando de hacer Mucho y muy rápidamente.         |  |  |  |  |  |
| 15. En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo           |  |  |  |  |  |
| 16. Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral   |  |  |  |  |  |
| 17. Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área   |  |  |  |  |  |

### SECCIÓN B: Su supervisor/jefe

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN círculo.

| <b>PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO</b>  | <b>Totalmente</b> | <b>En<br/>desacuerdo</b> | <b>Ninguna</b> | <b>De<br/>acuerdo</b> | <b>Totalmente<br/>de acuerdo</b> |
|--|-------------------|--------------------------|----------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos                                     |                   |                          |                |                       |                                  |
| 2. Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes   |                   |                          |                |                       |                                  |
| 3. Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente |                   |                          |                |                       |                                  |
| 4. Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez   |                   |                          |                |                       |                                  |

### SECCIÓN C: Comunicación

| <b>¿QUE TAN FRECUENTE OCURRE ESTO EN SU AREA DE TRABAJO?</b>  | <b>NUNCA</b> | <b>RARA<br/>VEZ</b> | <b>A<br/>VECES</b> | <b>LA<br/>MAYORIA<br/>DE LAS<br/>VECES</b> | <b>SIEMPRE</b> |
|---|--------------|---------------------|--------------------|--|----------------|
| 1. Se nos informa sobre los cambios realizados notificados en mi área o servicio a partir de los incidentes |              |                     |                    |  |                |
| 2. El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente       |              |                     |                    |  |                |
| 3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio                                    |              |                     |                    |  |                |
| 4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores              |              |                     |                    |  |                |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 5. En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer |  |  |  |  |  |
| 6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho en forma incorrecta                                 |  |  |  |  |  |

### SECCIÓN D: Frecuencia de eventos reportados

Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

| PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO  | NUNCA | RARA VEZ | A VECES | LA MAYORIA DE LAS VECES | SIEMPRE |
|---|-------|----------|---------|-------------------------|---------|
| 1. Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente ¿qué tan frecuentemente se Reporta? |       |          |         |                         |         |
| 2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente ¿Qué tan frecuentemente se reporta?             |       |          |         |                         |         |
| 3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente Pero no daño, ¿qué tan frecuente se reporta?   |       |          |         |                         |         |

### SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente

Por favor asigne a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente, de 0 el grado de seguridad más bajo a 10 el más alto

0   
 1   
 2   
 3   
 4   
 5   
 6   
 7   
 8   
 9   
 10

## SECCIÓN F: Su Hospital

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones DE SU HOSPITAL (no de su unidad o área de trabajo). Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

| PIENSE EN SU HOSPITAL   | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ninguna | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|---------|------------|-----------------------|
| 1. La dirección de este hospital proporciona un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente                   |                          |               |         |            |                       |
| 2. Las áreas o servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellas  |                          |               |         |            |                       |
| 3. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital        |                          |               |         |            |                       |
| 4. Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas                                       |                          |               |         |            |                       |
| 5. Con frecuencia se pierde información importante para la atención de pacientes durante los cambios de turno             |                          |               |         |            |                       |
| 6. Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital                               |                          |               |         |            |                       |
| 7. Con frecuencia surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios del hospital                      |                          |               |         |            |                       |
| 8. Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del Paciente es gran prioridad.                |                          |               |         |            |                       |
| 9. La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, solo después de que ocurre un evento adverso |                          |               |         |            |                       |
| 10. Los departamentos del hospital trabajan bien juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes               |                          |               |         |            |                       |
| 11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital  |                          |               |         |            |                       |





- a. SI, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- b. NO, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los pacientes.

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su profesión?

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

**SECCIÓN I: Sus comentarios**

**Por favor escriba los comentarios adicionales que desee hacer sobre la seguridad del paciente, error, o reporte de eventos en su hospital.**

***GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA***

Esta encuesta es una traducción realizada por la CONAMED, de la original elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y respeta los ítems originales de acuerdo con las indicaciones para su utilización.

## 2. CARTA DE AUTORIZACION

PEAS -623

Manizales, mayo 21 de 2014

Doctora  
**ORIANA XIMENA CARVAJAL QUITIAN**  
 Gerente  
 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO

HOSPITAL  
 LA BUENA ESPERANZA  
 DE YUMBO - VALLE

27 MAY 2014

1115  
 012306

Asunto: Autorización trabajo de investigación

Cordial saludo:

De la manera más atenta me permito solicitar su autorización para la elaboración del trabajo de investigación de los estudiantes de la Especialización en Administración de la Salud: "Cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad, en Yumbo, Valle durante el año 2014"

El tiempo del proyecto, para la fase de recolección de información, será durante el segundo semestre de este año, periodo en el que se aplicará una encuesta a un total de 100 profesionales del área de la salud, sobre la cultura de seguridad del paciente en la institución, al personal asistencial que tengan una antigüedad de más de 6 meses, desarrollando sus actividades profesionales y técnicas en la institución.

Dicho proyecto permitirá analizar la percepción de los funcionarios asistenciales acerca de la cultura de seguridad del paciente en las áreas asistenciales de la institución, describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente e identificar oportunidades de mejora que promuevan dichos comportamientos en la institución.

Así mismo los estudiantes entregarán a la institución los resultados del proyecto con sus respectivas recomendaciones.

El anteproyecto ya tiene el aval institucional, por parte de la Universidad Católica de Manizales, es importante aclarar que desde el componente ético, el desarrollo del proyecto de investigación no implica ningún tipo de riesgo para los pacientes, pues no se llevará a cabo ningún proceso de intervención

directa que impacte variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en los individuos.

Los investigadores se comprometen a manejar la confidencialidad frente a la información recopilada y los nombres de los participantes que suministrarán dicha información, pues ésta será manipulada solo con fines investigativos.

El trabajo de investigación estará orientado por la Magister LINA PATRICIA MUÑOZ JIMÉNEZ, docente de investigación del posgrado.

Relaciono los nombres de los estudiantes interesados en realizar este trabajo de investigación:

- Diana Carolina Castillo
- Tulio Mario Tello
- Yamileth Rosero Castillo

De antemano agradezco su amable atención y colaboración.

Atentamente,



PATRICIA GÓMEZ GONZÁLEZ

Directora Especialización Administración de Salud

|   |   |         |        |
|---|---|---------|--------|
|  | FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCM | Versión | 1      |
|   |   | Página  | 1 de 1 |

**Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el Repositorio Institucional UCM**

Los autores o titulares del derecho de autor confieren a la Universidad Católica de Manizales una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integra en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- Estará vigente a partir de la fecha en que se incluye en el repositorio por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad con una antelación de dos meses antes de la correspondiente prórroga.
  - Los autores autorizan a la Universidad Católica de Manizales para publicar la obra en el formato que el repositorio lo requiera (impreso, digital, electrónico o cualquier otro conocido o por conocer) y conocen que su publicación en internet implica una difusión de alcance mundial.
  - Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto renuncian a recibir emolumento alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia "Creative Commons" con que se publica.
  - Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asuman total responsabilidad por el contenido de su obra ante la Universidad Católica de Manizales y ante terceros.
- En todo caso la Universidad Católica de Manizales se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- Los autores autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
  - Los autores aceptan que la Universidad Católica de Manizales pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES, LOS AUTORES GARANTIZAN QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.

**Parte 2. Autorización para publicar y permitir la consulta y uso de obras en el Repositorio Institucional UCM.**

Con base en este documento, usted autoriza la publicación electrónica, consulta y uso de su obra por la Universidad Católica de Manizales y sus usuarios de la siguiente manera:

a. Usted otorga una licencia especial para publicación de obras en el repositorio institucional de la Universidad Católica de Manizales (Parte 1) que forma parte integral del presente documento y de la que ha recibido una copia.

Si autorizo  No autorizo

b. Usted autoriza para que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados por usted en los literales a, y b, con la Licencia "Creative Commons" Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.5 Colombia; cuyo texto completo se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/col/> y que admite copiar.

Si autorizo  No autorizo

c. Si usted no autoriza para que la obra sea licenciada en los términos del literal b, y opta por una opción legal diferente describala: \_\_\_\_\_

(Los detalles serán expuestos de ser necesario en documento adjunto)

En constancia de lo anterior, se firma a los 1 días de Noviembre del 2014

Título de la obra:

Cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de bajo complejidad

Fecha de la obra Nov 1 - 2014

Autores:

Nombre: Diana Carolina Castillo S. Firma: Diana Castillo c.c. 34.216.583

Nombre: Tulio Mario Tello Brito Firma: Tulio Tello c.c. 94.426.899

Nombre: Yamileth Roseiro Castilla Firma: Yamileth Roseiro c.c. 31.586.571

Vº Bº. Director del programa Patricia Gómez González



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES**

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA**

**BANCO DE DATOS**

**AUTORES DE ARTÍCULOS REVISTA DE INVESTIGACIONES UCM**

|                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| <b>NOMBRES</b>                     | DIANA CAROLINA               |
| <b>APELLIDOS</b>                   | CASTILLO SOLIS               |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> | 34.316.583                   |
| <b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>      | CEDULA DE CIUDADANIA         |
| <b>NACIONALIDAD</b>                | COLOMBIANA                   |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>         | 4 NOVIEMBRE 1981             |
| <b>AFILIACIÓN INSTITUCIONAL</b>    | SI                           |
| <b>NIVEL DE FORMACIÓN</b>          | PROFESIONAL                  |
| <b>TÍTULO ACADÉMICO</b>            | ENFERMERA PROFESIONAL        |
| <b>DIRECCIÓN</b>                   | CRA 6 # 7 – 21 B/ BELALCAZAR |
| <b>TELÉFONO</b>                    | 6952714                      |
| <b>CELULAR</b>                     | 3128951872                   |
| <b>E-MAIL</b>                      | DIANACAROL04@HOTMAIL.COM     |



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES**

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA**

**BANCO DE DATOS**

**AUTORES DE ARTÍCULOS REVISTA DE INVESTIGACIONES UCM**

|                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| <b>NOMBRES</b>                     | TULIO MARIO                  |
| <b>APELLIDOS</b>                   | TELLO BRITTO                 |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> | 94.426.899                   |
| <b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>      | CEDULA DE CIUDADANIA         |
| <b>NACIONALIDAD</b>                | COLOMBIANO                   |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>         | 20 NOVIEMBRE 1974            |
| <b>AFILIACIÓN INSTITUCIONAL</b>    | SI                           |
| <b>NIVEL DE FORMACIÓN</b>          | PROFESIONAL                  |
| <b>TÍTULO ACADÉMICO</b>            | ODONTOLOGIA- ORTODONCISTA    |
| <b>DIRECCIÓN</b>                   | CRA 6 # 7 – 21 B/ BELALCAZAR |
| <b>TELÉFONO</b>                    | 6952714                      |
| <b>CELULAR</b>                     | 3137453912                   |
| <b>E-MAIL</b>                      | TULIOMARIOTELLO@HOTMAIL.COM  |



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES**

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA**

## **BANCO DE DATOS**

### **AUTORES DE ARTÍCULOS REVISTA DE INVESTIGACIONES UCM**

|                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| <b>NOMBRES</b>                     | YAMILETH                     |
| <b>APELLIDOS</b>                   | ROSERO CASTILLO              |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> | 31.586.571                   |
| <b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>      | CEDULA DE CIUDADANIA         |
| <b>NACIONALIDAD</b>                | COLOMBIANA                   |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>         | 22 MAYO 1980                 |
| <b>AFILIACIÓN INSTITUCIONAL</b>    | SI                           |
| <b>NIVEL DE FORMACIÓN</b>          | PROFESIONAL                  |
| <b>TÍTULO ACADÉMICO</b>            | ENFERMERA PROFESIONAL        |
| <b>DIRECCIÓN</b>                   | CRA 6 # 7 – 21 B/ BELALCAZAR |
| <b>TELÉFONO</b>                    | 6952714                      |
| <b>CELULAR</b>                     | 3155218358                   |
| <b>E-MAIL</b>                      | YAMIROCA@HOTMAIL.COM         |