

**EVALUACIÓN DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
SALUD TOTAL EPS-S DE BUCARAMANGA SEGUNDO SEMESTRE DE 2010**

**ADRIANA ESCUDERO HERNANDEZ
MEDICO GENERAL
MAYBRITH GAMARRA TRIANA
MEDICO GENERAL**

**Asesor de tesis
Fernando Acosta Rodríguez
Magister en Administración en Salud**

**UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
AGOSTO
2010**

**EVALUACIÓN DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
SALUD TOTAL EPS-S DE BUCARAMANGA SEGUNDO SEMESTRE DE 2010**

ADRIANA ESCUDERO HERNANDEZ

MEDICO GENERAL

MAYBRITH GAMARRA TRIANA

MEDICO GENERAL

**Trabajo de grado presentado como
Requisito para optar al título de
Especialista en Auditoria en Salud**

Asesor de tesis

Fernando Acosta Rodríguez

Magister en Administración en Salud

UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD

BUCARAMANGA

AGOSTO

2010

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	14
1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	16
2 MARCO TEÓRICO	17
2.1 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	17
2.2 SITUACIÓN ACTUAL EN COLOMBIA	18
2.3 DEFINICIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD	20
2.4 INTERACCIÓN ENTRE CULTURA DE CALIDAD Y DE SEGURIDAD	21
2.5 MARCO LEGAL	21
2.5.1 Constitución Nacional de Colombia	21
2.5.2 Ley 100 de 1993	22
2.5.3 Resolución 1474 de 2002	22
2.5.4 Decreto 2309 de 2002	23
2.5.5 Decreto 1011 de 2006	24
2.5.6 Resolución 1043 de 2006	24
2.5.7 Resolución 1446 de 2006	24
3 OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4 METODOLOGÍA	27
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	27
4.2 TIPO DE ESTUDIO	28
4.3 POBLACIÓN	28
4.4 DISEÑO MUESTRAL	28
4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	29
4.5.1 Diagrama de variables	29
4.5.2 Tabla de variables	30
4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	33
4.6.1 Fuentes de información	33
4.6.2 Instrumento de recolección de información	33
4.6.3 Proceso de obtención de la Información	37
4.7 PRUEBA PILOTO	38
4.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	39
4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	39
5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
6 RESULTADOS	41
6.1 NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS	41
6.2 FORTALEZAS Y DEBILIDADES IDENTIFICADAS	41
6.3 TABLAS	43
6.3.1 Sección A unidad de trabajo de la institución	43
6.3.2 Sección A área de trabajo de la institución	44

6.3.3	Sección H antecedentes tiempo trabajando en la institución	44
6.3.4	Sección H antecedentes tiempo trabajando en su área unidad	44
6.3.5	Sección H antecedentes horas a la semana trabajadas	45
6.3.6	Sección H cargo en la institución	45
6.4	GRÁFICOS	46
6.4.1	Sección A unidad de trabajo de la institución	46
6.4.2	Sección A área de trabajo de la institución	46
6.4.3	Sección H antecedentes tiempo trabajando en la institución	47
6.4.4	Sección H antecedentes tiempo trabajando en su área unidad	48
6.4.5	Sección H antecedentes horas a la semana trabajadas	48
6.4.6	Sección H cargo en la institución	49
6.4.7	Frecuencia de eventos adversos notificados	49
6.4.8	Percepción de seguridad	50
6.4.9	Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad	50
6.4.10	Aprendizaje organizacional / mejora continua	51
6.4.11	Trabajo en equipo en la área / unidad de trabajo	51
6.4.12	Franqueza en la comunicación	52
6.4.13	Retroalimentación y comunicación sobre errores	52
6.4.14	Respuesta no punitiva a los errores	53
6.4.15	Dotación de personal	53
6.4.16	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	54
6.4.17	Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo	54
6.4.18	Problemas en cambios de turno y transiciones	55
6.4.19	Valoración en seguridad del paciente	55
6.5	FOTOGRAFÍAS	56
7	DISCUSIÓN	58
8	CONCLUSIONES	60
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
	ANEXOS	68

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Distribución de las secciones y número de preguntas de la ECSP	29
Tabla 2. Variables para caracterizar la ECSP	30
Tabla 3. Dimensiones de la cultura de seguridad ítem A	34
Tabla 4. Dimensiones de la cultura de seguridad ítem B	35
Tabla 5. Dimensiones de la cultura de seguridad ítem C	36
Tabla 6. Recodificación de las respuestas en la ECSP	37
Tabla 7. Número de eventos notificados	41
Tabla 8. Resultados de la cultura de seguridad según dimensiones	42
Tabla 9. Porcentaje de encuestas completadas por UAB	43
Tabla 10. Distribución de las encuestas completadas por área profesional.	44
Tabla 11. Porcentaje de encuestados según antigüedad en la Institución	44
Tabla 12. Porcentaje de encuestados según antigüedad en la unidad de trabajo	45
Tabla 13. Porcentaje de encuestados según horas a la semana trabajadas	45
Tabla 14. Distribución de las encuestas completadas por cargo profesional.	45
Tabla 15. Comparación de las respuestas positivas con medias en % para cada dimensión	59
Tabla 16. Porcentaje de respuestas positivas comparadas con otras publicaciones	59

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Diagrama de variables	30

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Dimensiones del clima de seguridad. Oportunidades de mejora.	43
Gráfica 2. Porcentaje de encuestas completadas por UAB	46
Gráfica 3. Distribución de las encuestas completadas por área profesional.	47
Gráfica 4. Porcentaje de encuestados según antigüedad en la Institución	47
Gráfica 5. Porcentaje de encuestados según antigüedad en la unidad de trabajo	48
Gráfica 6. Porcentaje de encuestados según horas a la semana trabajadas	48
Gráfica 7. Distribución de las encuestas completadas por cargo profesional	49
Gráfica 8. Frecuencia de eventos adversos notificados	49
Gráfica 9. Percepción de seguridad	50
Gráfica 10. Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad	50
Gráfica 11. Aprendizaje organizacional / mejora continua	51
Gráfica 12. Trabajo en equipo en la área / unidad de trabajo	51
Gráfica 13. Franqueza en la comunicación	52
Gráfica 14. Retroalimentación y comunicación sobre errores	52
Gráfica 15. Respuesta no punitiva a los errores	53
Gráfica 16. Dotación de personal	53
Gráfica 17. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	54
Gráfica 18. Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo	54
Gráfica 19. Problemas en cambios de turno y transiciones	55
Gráfica 20. Valoración en seguridad del paciente	55
Gráfica 21. Tiempo de trabajo en la institución versus contrato laboral	61

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

	pág.
Fotografía 1. Unidad de Atención Básica Cañaveral	56
Fotografía 2. Unidad de Atención Básica Bucarica	56
Fotografía 3. Unidad de Atención Básica Cabecera	57
Fotografía 4. Unidad de Atención Básica González Valencia	57

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A	68
ANEXO B	72

RESUMEN

La cultura sobre seguridad es esencial para minimizar errores y eventos adversos. Su medición es necesaria para diseñar actividades que la mejoren. Este proyecto describe la metodología y los principales resultados de un estudio sobre clima de seguridad realizado en una muestra representativa de unidades de atención básica en salud total EPS-S, en el segundo semestre de 2010

El objetivo de este estudio aplicado, fue describir aspectos claves de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que trabaja en salud total EPS-S. Se utilizó como instrumento una encuesta adoptada de la encuesta original de la “Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos”. La información recogida permitió establecer la percepción que tienen los profesionales de la salud en cuanto a 12 dimensiones que conforma la cultura de seguridad. El análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos en toda la Institución.

En una muestra aleatoria de seis unidades de atención básica de Salud total EPS-S, proporcionalmente estratificada por tamaño, se distribuyó la encuesta sobre seguridad de los pacientes a una muestra representativa de profesionales de la salud. Con los resultados, se describe el clima de seguridad, sus fortalezas y debilidades.

Se presentan Algunas variaciones, de la comparación de resultados de las dimensiones analizadas, en el presente trabajo con los estudios de España (Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social), México (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, D. F) y Chile (Hospital Padre Hurtado), por su similitud en cuanto al ámbito y tipo de profesionales encuestados.

ABSTRACT

The culture about safety is fundamental to minimize mistakes and unfavorable events. Also, its measuring is necessary to design activities that might help with its improvement. This project describes the methodology, and the main results of a research on safety atmosphere carried out in a representative sample of primary attention centers in Salud Total EPS-S, during the second semester of 2010.

The aim of this applied research was to describe key aspects of the patients' safety culture, and the safety atmosphere perceived by the current personnel in Salud Total EPS-S. As a research instrument, a survey adopted from the original survey "Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) from the United States" was used. The gathered information allowed establishing the perception health professionals have regarding the 12 dimensions that constitute safety culture. The analysis of the information clearly shows that safety culture is a process which implies changes in the conceptions and practices of the health personnel, and although it already shows significant improvements in all the institution, it still needs to consolidate.

The previously mentioned survey was distributed in a proportionally leveled size random sample of six primary attention centers of Salud Total EPS-S among a representative sample of health professionals. The results allow describing the safety atmosphere, its strengths, and weaknesses.

Taking into account the similarity regarding field, and kind of professionals who filled out our questionnaire, some differences in the comparison of dimensions were found between the current work and the studies carried out in Spain (Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social), Mexico (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, D. F) and Chile (Hospital Padre Hurtado).

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.⁽¹⁾

Una cultura sobre seguridad del paciente en las entidades promotoras de salud (EPS) forma parte de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de eventos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, además mejorar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. En este sentido, conseguir 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.⁽²⁾

Actualmente, se dispone de una herramienta auto administrada válida y fiable, adaptada al contexto colombiano; la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, y que puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las EPS, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución. Aunque hay otros instrumentos para la medición del clima de seguridad en los hospitales,^{(3) (4)} se eligió el elaborado por la AHRQ debido a su riguroso proceso de construcción y validación,^{(5) (6)} que incluye más de 380 hospitales en Estados Unidos.⁽⁷⁾

Cuando se habla de cultura de una organización, inmediatamente se piensa en la generación de políticas, las cuales son responsabilidad del nivel directivo, pues los gerentes y directores de EPS son los responsables de los modelos de atención de estas organizaciones y es en estos modelos donde se ven reflejadas las acciones de seguridad. Además hace parte de la dirección el velar por una cultura

organizacional hacia la excelencia, particularmente desde el ejemplo para que todas las instancias manejen el concepto de seguridad, mediante una verificación sistemática con coherencia entre las políticas, cultura organizacional y las prácticas del día a día.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Seguridad de los Pacientes es una preocupación que se remonta a comienzos de los años 90s, época para la que Brennan y Leap publicaron los resultados de un estudio diseñado con el propósito de conocer la incidencia y naturaleza de los eventos adversos ocurridos a pacientes hospitalizados, en los Estados Unidos. Estos autores, se basan en la revisión de 30.000 historias clínicas escogidas al azar, encontraron que hay *“una cantidad importante de lesiones infringidas a pacientes por la atención médica”*, que *“muchas de estas lesiones son resultado de atención subestándar”*⁽⁸⁾ y que *“la reducción de estos eventos requerirá identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias”*.

Pasaron varios años, hasta 1999, época en la que la comunidad mundial se enteró de que solo en los Estados Unidos ocurren entre 44.000 y 98.000 muertes anuales, producto de “errores médicos”,⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ es decir, más que como consecuencia de accidentes automovilísticos, SIDA y cáncer de seno entre otros.

En lo corrido de la pasada década se evidencia una enorme y progresiva proliferación de conceptos, e información acerca del tema, así como herramientas de diferente índole diseñadas o adaptadas con miras a garantizar la seguridad de los pacientes. Es así como se habla y se publica acerca de *Evento Adverso*, *Indicio de Evento Adverso*, *Error*, *Acción Insegura*, *Factores Contributivos*, *Fallas Latentes y Activas*, *Cultura de Calidad*, *Cultura de Seguridad*, *Cultura Justa*, *Organizaciones Altamente Confiables*, *Análisis de Modo y Efecto de Falla*, *Protocolo de Londres*, *Modelo de Causalidad de Errores y Eventos Adversos*,

Barreras de Seguridad, Atención Segura, Rondas Ejecutivas de Seguridad, Sesiones Breves de Seguridad y Encuesta de Seguridad,⁽¹¹⁾ por sólo mencionar algunos de los temas de control sistemático en los riesgos de la atención en salud más frecuentes. Aunque este entusiasmo es positivo, lo cierto es que hay una enorme confusión acerca de los términos y, particularmente, acerca de qué hacer para, de manera efectiva, producir resultados concretos.

En el ámbito colombiano, el Ministerio de la Protección Social (MPS) desde junio de 2008 trabaja en la Política de Seguridad del Paciente, que es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS): Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud. PAMEC, Acreditación, Sistema de Información para la Calidad.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros, requiere que, la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.⁽¹²⁾

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Una de las debilidades encontradas en la seguridad del paciente es el limitado impacto de las acciones en los sistemas de notificación de incidentes y el escaso progreso en la mejora de las competencias que son exigibles a los profesionales.

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. Todo apunta a “*prácticas seguras*” que promuevan una cultura de seguridad en la organización, al entender que el mayor cambio, para pasar a un sistema de salud más seguro, es cambiar a

otra cultura en la que los eventos adversos no son tratados como fallos de las personas sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el daño. En Colombia, el observatorio de calidad de la atención en salud del ministerio de la protección social desde el año 2006 promueve una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención en salud, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje, objetivo que es compartido como formación en línea con paquetes institucionales y un aula virtual en plataforma moodle,⁽¹³⁾ desde donde se puede acceder a un compendio de información pertinente a la seguridad del paciente, para *“evaluar la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos”* en las instituciones de salud colombianas *“Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente”*, entre otras.

Dado que la cultura define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto consiste en que cada institución prestadora de salud (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.

Todo lo anteriormente expuesto promueve el diseño de un Modelo de herramienta que evalúe la cultura en Seguridad del Paciente, el cual no es nada diferente a un referente conceptual y metodológico para la utilización ordenada, coherente y articulada de herramientas que permitan mejorar la seguridad de los pacientes.

El diseño se logró gracias al aporte referencial del estudio de la AHRQ, Fundación Corona - Centro de Gestión Hospitalaria,⁽¹⁴⁾ y el informe, estudios e investigación 2009 - ministerio de sanidad y política social de España,⁽¹⁵⁾ se conserva la estructura original en inglés y adicionándole otros aspectos del modelo español ver anexo a, *“HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE”*.

La adaptación de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, puede ser utilizada para medir la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución. La aplicación de la “Encuesta sobre la cultura de la seguridad del paciente” (ECSP), permite obtener un diagnóstico inicial de la percepción que tienen los profesionales de Salud Total EPS-S, respecto de las distintas dimensiones relacionadas a la Cultura de Seguridad del Paciente.

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las causas que dificultan el desarrollo de una cultura sobre seguridad del paciente?

¿Cuáles son los factores que inciden sobre la relevancia de asumir prácticas seguras para generar una cultura de seguridad del paciente?

2 MARCO TEÓRICO

2.1 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El concepto de cultura de la seguridad se mencionó por primera vez en 1988, en un informe sobre el desastre nuclear de Chernobyl, en la antigua URSS, que preparó el Grupo Asesor Internacional de Seguridad Nuclear. El concepto ha ganado el reconocimiento mundial en varias industrias, especialmente en industrias de alto riesgo, como la energía nuclear y de aviación. La característica clave de la cultura de la seguridad es *"la percepción compartida entre los administradores y el personal sobre la importancia de la seguridad"*.

El desarrollo de la *"cultura positiva de la seguridad"* ha sido declarado como un medio para reducir el potencial de las grandes catástrofes y accidentes relacionados con las tareas de rutina. Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal.

La cultura tradicional de seguridad del paciente de *"culpa y vergüenza"* en las organizaciones de salud, ha sido criticada por obstruir la posibilidad de *"aprender de los errores"*, y en gran parte, es responsable de los errores cometidos.⁽¹⁶⁾

Según 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 abril de 2011 sobre "Hospital Survey on Patient Safety Culture", basada en datos de 1032 hospitales de estados unidos, además provee una base de datos comparativa de los estudios adelantados desde el año 2007. En adición a los estudios adelantados se presentan reportes sobre 512 hospitales incluidos como nuevos. Aparte de los estudios realizados en Estados Unidos,⁽¹⁷⁾ sólo se han publicado en Europa estudios con la misma herramienta en cinco hospitales belgas,⁽¹⁸⁾ uno noruego⁽¹⁹⁾ y en UCIs de hospitales del Reino Unido.⁽²⁰⁾

Otros estudios, a veces circunscritos a un sólo tipo de profesional, se han realizado en países como Japón,⁽²¹⁾ Nueva Zelanda ⁽²⁰⁾ y Corea.⁽²²⁾ En el orden iberoamericano se cuentan casos de estudio como el de la Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social Paseo del Prado, Madrid España,⁽¹⁵⁾ Hospital Padre Hurtado de Chile⁽²³⁾ y un estudio a profesionales de la salud de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, D. F.⁽²⁴⁾ En todos los casos, el objetivo ha sido averiguar cuál es la situación de esta importante característica de actitud en las organizaciones y cuáles serían las iniciativas a tomar para mejorarla.

Debido a que actualmente existen varias escalas para medir variables de cultura sobre seguridad del paciente, su aplicación fuera del ámbito de elaboración y uso original de la AHRQ, amerita la necesidad de realizar adecuaciones de acuerdo con los resultados y efectuar comparaciones entre las diferentes publicaciones y análisis de fiabilidad, todo depende del ámbito en el cual se han utilizado.⁽²⁵⁾

Algunas de estas variaciones, donde se comparen resultados de las dimensiones analizadas, en el presente trabajo se realizarán con los estudios de España (Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social), México (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, D. F) y Chile (Hospital Padre Hurtado), por su similitud en cuanto al ámbito y tipo de profesionales encuestados.

2.2 SITUACIÓN ACTUAL EN COLOMBIA

La consecución de una adecuada cultura se ha señalado como la primera de las recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Según el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de EE.UU, reforzado en su reciente actualización, señala también la medición de la cultura de seguridad, la retroalimentación de los resultados y las intervenciones consecuentes, como algunos de los elementos necesarios para llevar a cabo dicha recomendación.

Los *“Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”* del Ministerio de la Protección Social incluyen una versión en español de

la Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente, diseñada originalmente por la AHRQ, con el fin que las IPS la apliquen en sus instituciones y autoevalúen el nivel de implementación de esta cultura.

Aún no hay datos publicados de los resultados que reportan las IPS en Colombia sobre el proceso de implementación, pero resultados recientes 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.

Dicho 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. Esto se debe a que la cultura no es constante porque está directamente afectada por las características de las personas de cada grupo social y por el tiempo, ya que el conocimiento y su implementación no se hacen de la noche a la mañana. En este caso en particular, dichos resultados fueron diferentes, sujeto al tamaño del hospital, del servicio evaluado o del profesional que respondiera.

Por tanto, es muy importante que cada institución prestadora de salud (IPS) evalúe su clima de seguridad cada determinado tiempo, con el fin de poder estimar 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 e implementación.

Dado que la cultura define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto consiste en 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.⁽²⁶⁾

2.3 DEFINICIÓN DE 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.^{(27) (28)} Se expresan de muchas formas, como a través de valores, creencias, actitudes, comportamientos, lenguaje, costumbres, objetivos, directivas y funcionamiento de una organización.⁽²⁹⁾ 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.⁽³⁰⁾ La cultura no es estática, sino el resultado de interacciones dinámicas entre los distintos elementos de una institución; 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.

2.4 INTERACCIÓN ENTRE CULTURA DE CALIDAD Y DE SEGURIDAD

La creación de una cultura de seguridad puede ser una tarea más fácil para una organización que ya cuenta con una dinámica de mejora continua de la calidad (CQI, siglas en inglés de “continuous quality improvement”) en su cultura organizativa. Las instituciones de salud, con un programa CQI pueden encontrarse con menos barreras a la implementación de iniciativas de seguridad porque ambos enfoques tienen una filosofía y una metodología similares. El enfoque CQI capacita a los profesionales vinculados a funciones que prestan atención sanitaria a aplicar una mirada crítica sobre ciertos aspectos de la calidad de la asistencia. Una herramienta CQI eficaz es el modelo conocido como PDCA (siglas de “Plan-Do-Check-Act”, es decir “planificar, hacer, verificar, actuar”) que hace uso de un aprendizaje inductivo que analiza los cambios y evalúa la eficacia de los mismos en escenarios de trabajo real. Este modelo de aprendizaje a pequeña escala puede aplicarse después a un modelo de aprendizaje a gran escala. Algunas publicaciones sostienen que, en términos generales, las instituciones con una cultura de la calidad funcionan con mayores niveles de eficacia organizativa.

Las organizaciones con mayor grado de eficacia son aquellas que se centran en la prevención de errores y en la búsqueda de enfoques innovadores que mejoren la calidad. La integración ideal de ambas culturas consiste en adoptar la seguridad como el aspecto principal de la calidad y combinar técnicas de calidad y seguridad en una estrategia organizativa integral.⁽³¹⁾

2.5 MARCO LEGAL

2.5.1 Constitución Nacional de Colombia Artículo 48 define: “garantiza a todos los habitantes del país el derecho irrenunciable a la Seguridad Social y a la Salud, por lo cual el Estado, con la participación de los particulares, deberá ampliar

progresivamente la cobertura de Seguridad Social y deberá subsidiar a quienes, por escasez de recursos, no tiene acceso a los servicios de salud”.⁽³²⁾

Es importante precisar que la Salud, de conformidad con el artículo 48 de la Constitución Política, está definida como un servicio público, por ello el tratamiento frente a la falla de dicho servicio es integral.

2.5.2 Ley 100 de 1993 El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993, mediante la Ley 100/93,⁽³³⁾ la cual estableció también la reforma del sector de servicios de salud. Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preeminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago.

Con la reforma, se implementó un sistema cuya administración y financiamiento se articulan en dos modalidades: los regímenes contributivo y subsidiado. Al régimen contributivo accede el sector poblacional con capacidad de pago o cotizante inserto en el mercado formal de trabajo. Al régimen subsidiado acceden los grupos de población de poca o ninguna accesibilidad económica, categorizada como población pobre y vulnerable.

2.5.3 Resolución 1474 de 2002 Mediante la cual se define acreditación en salud como un proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.⁽³⁴⁾

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

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.

2.5.4 Decreto 2309 de 2002 Como quedó establecido por la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud de la República de Colombia, ahora Ministerio de la Protección Social, debería reglamentar el sistema obligatorio de garantía de calidad y sus componentes: el Sistema Único de Habilitación, el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Atención en Salud, la Acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y Aseguradoras y el Sistema de información al usuario.⁽³⁵⁾

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

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

2.5.5 Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Aplica a todos los prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales. El SOGCS es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. El decreto establece la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.⁽³⁶⁾

2.5.6 Resolución 1043 de 2006 Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, en cuanto a: *a) Capacidad tecnológica y científica, b) Suficiencia Patrimonial y Financiera, c) Capacidad técnico-administrativa.*⁽³⁷⁾

2.5.7 Resolución 1446 de 2006 Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.⁽³⁸⁾

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

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

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente en Salud Total EPS-S de Bucaramanga segundo semestre de 2010

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar la herramienta que se adoptó, para la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito de las unidades de atención básica Salud Total EPS-S de Bucaramanga.

Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales de la salud de las unidades de atención básica Salud Total EPS-S de Bucaramanga.

Analizar los factores sociodemográficos y laborales que están relacionados con una actitud y un comportamiento favorable en relación con la seguridad del paciente.

4 METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

La estrategia metodológica se basa en los métodos, técnicas e instrumentos utilizados para resolver el problema. En este estudio, se aborda un enfoque cuantitativo en la recolección de datos y análisis estadístico para establecer los patrones de comportamiento, como una predicción en la medida y cuantificación que aporte evidencia a favor o en contra en la cultura de seguridad del paciente en Salud Total EPS-S de Bucaramanga.

El tipo de investigación planteada para medir los alcances de la cultura de seguridad del paciente en Salud Total EPS-S de Bucaramanga, es descriptiva, la cual permite especificar las propiedades, dimensiones, componentes, características, situaciones, hechos o eventos, rasgos y perfiles importantes del grupo encuestado. Así mismo con este tipo de investigación se analizan, describen (miden / recolectan) y / o evalúan datos, de manera independiente o conjunta sobre los conceptos / variables de la cultura de seguridad del paciente en Salud Total EPS-S de Bucaramanga. Además ofrece la posibilidad de predicciones o relaciones entre variables.

Como método de investigación empleado para llevar a cabo la investigación, se sigue un método teórico, que permita organizar, sistematizar e interpretar la información recogida (datos), así como conceptualizar las conclusiones, al comparar y analizar los datos estadísticos.

Finalmente la técnica de investigación utilizada, para recoger, analizar y sistematizar la información necesaria que aporte solución al problema documentalmente, se basa en observación de campo para efectuar mensuraciones; la técnica utilizada tiene un ámbito de aplicación geográfico, temporal: Salud Total EPS-S de Bucaramanga meses de Febrero y Marzo; un instrumento de investigación para aplicación de la técnica: encuesta, cámara

fotográfica, plan de muestreo, trabajo de campo, personal requerido, capacitación del personal, proceso de levantamiento de la información, procesamiento, codificación y análisis de datos de la información.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

El trabajo es un estudio aplicado de tipo descriptivo transversal. Se estudió la cultura sobre seguridad del paciente en las unidades de atención básica (UAB), en busca de elementos que describan la cultura de seguridad del paciente en Salud Total EPS-S de Bucaramanga.

4.3 POBLACIÓN

En una muestra aleatoria de seis unidades de atención básica (UAB) Salud Total EPS-S de Bucaramanga, proporcionalmente estratificada por tamaño, se distribuyó la encuesta auto administrada sobre Seguridad del Paciente a una muestra representativa de 95 profesionales de la salud de las unidades de atención básica Salud Total EPS-S de Bucaramanga.

4.4 DISEÑO MUESTRAL

La ECSP, recoge las opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en las unidades de atención básica Salud Total EPS-S de Bucaramanga a través de un total de 55 preguntas agrupadas en 9 secciones (de la A a la I). La ECSP, se adopta de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, y se utiliza para medir la cultura de las organizaciones de salud, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución. La distribución de las secciones y número de preguntas en cada una de las mismas se muestra en la Tabla 1.

Del total de las 55 preguntas, 46 miden las 12 dimensiones que configuran el constructor de cultura de la seguridad del paciente. Nueve de las dimensiones de la ECSP, es comunicación acerca de eventos adversos y errores, percepción general de los antecedentes y características de los profesionales que trabajan en las unidades de atención básica Salud Total EPS-S de Bucaramanga: categoría profesional, tiempo que llevan trabajando en dicho centro y número de horas por semana que trabajan en el lugar en el que cumplimentan la encuesta.

Tabla 1. Distribución de las secciones y número de preguntas de la ECSP

Sección	Descripción	Numero de preguntas	Preguntas
A	Su área / unidad de trabajo	18	A1 – A18
B	Su Superior / Jefe	4	B19 - B22
C	Comunicación	5	C23 - C27
D	Frecuencia de eventos adversos / errores reportados	7	D28 - D34
E	Grado de seguridad de paciente	1	E35
F	Su institución	11	F36 – F46
G	Número de eventos adversos / errores reportados	1	G47
H	Antecedentes	7	H48 - H54
I	Comentarios	1	I55

Fuente: los Autores adoptada de la encuesta AHRQ

4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

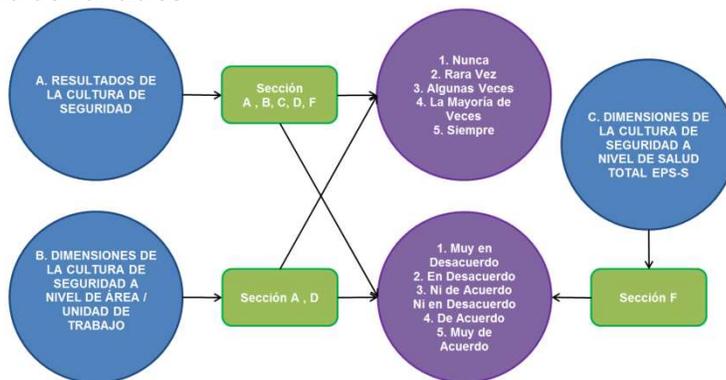
Las variables contenidas en la ECSP son de tipo *cuantitativas discretas*, de naturaleza ordinal, estas están relacionadas con el sitio o unidad de trabajo, medición de resultados, percepción global de seguridad, grado de seguridad del paciente y número de eventos informados.

4.5.1 Diagrama de variables

La ECSP agrupada en un total de 12 dimensiones reúne las principales variables la cultura de la seguridad. En la Figura 1 se muestra el diagrama de variables con las dimensiones y los indicadores de la seguridad del paciente. Está compuesto por tres bloques que evalúan la cultura de seguridad del paciente a nivel de resultados, área / unidad de trabajo, Salud Total EPS-S, (círculos con fondo azul). Ocho sesiones distribuidas en la encuesta (rectángulos con fondo verde) y dos

bloques de indicadores que miden la percepción de los encuestados, sobre cada ítem y dimensión de la ECSP (círculos con fondo purpura).

Figura 1. Diagrama de variables



Fuente: los Autores.

4.5.2 Tabla de variables

Como características observables de la ECSP, en la muestra de profesionales que trabajan en las unidades de atención básica Salud Total EPS-S de Bucaramanga, se presenta bajo una estadística descriptiva, las variables cuantitativas discretas de naturaleza ordinal que facilita la organización resumen y comunicación de los datos. (Ver Tabla 2.)

Tabla 2. Variables para caracterizar la ECSP

Variable	Definición	Tipo	Naturaleza	Pregunta	Categoría	Código
Frecuencia de eventos notificados	En su área / unidad de trabajo, cuando se presentan eventos adversos, ¿con qué frecuencia son reportados?	Cualitativa	Ordinal	Sección D 28, 29, 30, 31	Nunca	1
					Rara Vez	2
					Algunas Veces	3
					La Mayoría de Veces	4
					Siempre	5
Percepción de seguridad	Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo sobre la seguridad de los pacientes en su área / unidad de trabajo.	Cualitativa	Ordinal	Sección A 10, 15, 17, 18	Muy en Desacuerdo	1
					En Desacuerdo	2
					Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
					De Acuerdo	4
					Muy de Acuerdo	5
Expectativas y acciones de la dirección sobre seguridad	Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo sobre su superior / jefe o la persona a la cual usted le reporta directamente	Cualitativa	Ordinal	Sección B 19, 20, 21, 22	Muy en Desacuerdo	1
					En Desacuerdo	2
					Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
					De Acuerdo	4
					Muy de Acuerdo	5

Continúa...

Variable	Definición	Tipo	Naturaleza	Pregunta	Categoría	Código
Aprendizaje organizacional / mejora continua	Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo sobre aprendizaje y mejora en la seguridad del paciente sobre su área / unidad de trabajo.	Cualitativa	Ordinal	Sección A 6, 9, 13	Muy en Desacuerdo	1
					En Desacuerdo	2
					Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
					De Acuerdo	4
					Muy de Acuerdo	5
Trabajo en equipo	Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo sobre trabajo en equipo en su área / unidad de trabajo.	Cualitativa	Ordinal	Sección A 1, 3, 4, 11	Muy en Desacuerdo	1
					En Desacuerdo	2
					Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
					De Acuerdo	4
					Muy de Acuerdo	5
Franqueza en la comunicación	En su área/unidad de trabajo, ¿con qué frecuencia? las discusiones sobre eventos adversos se socializan,	Cualitativa	Ordinal	Sección D 32, 33, 34	Nunca	1
					Rara Vez	2
					Algunas Veces	3
					La Mayoría de Veces	4
					Siempre	5
Retroalimentación y comunicación sobre errores	¿Con qué frecuencia se retroalimente y comunica sobre eventos adversos en su área / unidad de trabajo	Cualitativa	Ordinal	Sección C 23, 25, 26	Nunca	1
					Rara Vez	2
					Algunas Veces	3
					La Mayoría de Veces	4
					Siempre	5
Respuesta no punitiva a los errores	Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a reportar los eventos adversos en su área / unidad de trabajo.	Cualitativa	Ordinal	Sección A 8, 12, 16	Muy en Desacuerdo	1
					En Desacuerdo	2
					Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
					De Acuerdo	4
					Muy de Acuerdo	5
Dotación de personal	Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto al personal en su área / unidad de trabajo.	Cualitativa	Ordinal	Sección A 2, 5, 7, 14	Muy en Desacuerdo	1
					En Desacuerdo	2
					Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
					De Acuerdo	4
					Muy de Acuerdo	5
Apoyo de la gerencia de la UAB en la seguridad del paciente	Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo respecto al apoyo de la gerencia	Cualitativa	Ordinal	Sección F 36, 43, 44	Muy en Desacuerdo	1
					En Desacuerdo	2
					Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
					De Acuerdo	4
					Muy de Acuerdo	5
Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo	Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con respecto al trabajo en equipo en su institución.	Cualitativa	Ordinal	Sección F 37, 39, 41, 45	Muy en Desacuerdo	1
					En Desacuerdo	2
					Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
					De Acuerdo	4
					Muy de Acuerdo	5
Problemas en cambios de turno	Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con los cambios de turno y transiciones entre áreas / unidad de trabajo	Cualitativa	Ordinal	Sección F 38, 40, 42, 46	Muy en Desacuerdo	1
					En Desacuerdo	2
					Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	3
					De Acuerdo	4
					Muy de Acuerdo	5
Unidad de trabajo	En esta encuesta, piense en su unidad de trabajo, de la institución donde usted pasa la mayor parte de su horario laboral.	Cualitativa	Nominal	Sección A	UAB Cabecera	1
					UAB González Valencia	2
					UAB de Baja Complejidad	3
					UAB Bucarica	4
					UAB Cañaveral	5
					UAB Girón	6
Área de trabajo	En esta encuesta, piense en su área de trabajo, de la institución donde usted pasa la mayor parte de su horario laboral.	Cualitativa	Nominal	Sección A	Medicina General	1
					Especialistas	2
					Fisioterapia	3
					Terapia Respiratoria	4
					Enfermería	5
					Farmacia	6
					Servicio al Cliente	7
					Servicios Generales	8
					Otro	9

Continúa...

Variable	Definición	Tipo	Naturaleza	Pregunta	Categoría	Código
Grado de seguridad de paciente	Por favor, asignele a su área / unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente.	Cualitativa	Ordinal	Sección E 35	Excelente	1
					Muy bueno	2
					Aceptable	3
					Pobre	4
					Malo	5
Número de eventos adversos / errores reportados	En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de eventos adversos / errores ha diligenciado y enviado?	Cualitativa	Ordinal	Sección G 47	Ningún Reporte	1
					1 a 2 Reportes	2
					3 a 5 Reportes	3
					6 a 10 Reportes	4
					11 a 20 Reportes	5
					21 Reportes o más	6
Tiempo en la institución	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	Cualitativa	Ordinal	Sección H 48	Menos de 1 Año	1
					1 a 5 Años	2
					6 a 10 Años	3
					11 a 15 Años	4
					16 a 20 Años	5
					21 Años o Más	6
Tiempo en la área / unidad	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área / unidad?	Cualitativa	Ordinal	Sección H 49	Menos de 1 Año	1
					1 a 5 Años	2
					6 a 10 Años	3
					11 a 15 Años	4
					16 a 20 Años	5
					21 Años o Más	6
Horas laborales	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	Cualitativa	Ordinal	Sección H 50	Menos de 20 Horas a La Semana	1
					20 a 39 Horas a La Semana	2
					40 a 59 Horas a La Semana	3
					60 a 79 Horas a La Semana	4
					80 a 99 Horas a La Semana	5
					100 a la Semana o más	6
Cargo laboral	¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque LA OPCIÓN que mejor describa su posición laboral.	Cualitativa	Nominal	Sección H 51	Médico General	1
					Médico Especialista	2
					Profesional en Fisioterapia	3
					Profesional en Terapia Respiratoria	4
					Terapeuta ocupacional	5
					Nutricionista	6
					Fonoaudióloga	7
					Jefe de Enfermería	8
					Auxiliar de Enfermería	9
					Administrativo	10
					Regente de Farmacia	11
					Asesor del Servicio al Cliente	12
					Personal de Servicios Generales	13
					Camillero	14
					Personal de mantenimiento Técnico	15
					Otro	16
					Tipo de contrato	¿Qué tipo de contrato tiene?
Cooperativa	2					
Prestación de servicios	3					
Contacto con pacientes	En su cargo, ¿tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	Cualitativa	Nominal	Sección H 53	Si	1
					No	2
Tiempo actual profesión	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	Cualitativa	Ordinal	Sección H 54	Menos de 1 Año	1
					1 a 5 Años	2
					6 a 10 Años	3
					11 a 15 Años	4
					16 a 20 Años	5
					21 Años o Más	6

Fuente: los Autores.

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En la investigación se utilizó, la encuesta dirigida estructurada, con preguntas cerradas, donde el encuestado, para cada pregunta, tiene como únicas alternativas de respuesta las que aparecen en el cuestionario, y sigue un esquema de preguntas con el objeto de obtener la tendencia sobre la cultura de seguridad del paciente.

4.6.1 Fuentes de información Las fuentes de información utilizadas consta de: a) encuesta adoptada de “Hospital Survey on 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 grupo administrativo (AHRQ). b) Fuente Primaria los encuestados de áreas y unidades de trabajo Salud Total EPS-S. c) Fuentes secundarias toda la bibliografía relacionada en el documento.

4.6.2 Instrumento de recolección de información Las preguntas de la encuesta original se agrupan en un total de 12 dimensiones, cuyo significado, es respetada en su terminología de la versión original, se describe como dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems: a) *A. Resultados de la cultura de seguridad*, b) *B. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de área / unidad de trabajo*, c) *C. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo salud total*, que se muestran en las Tablas 3, 4 y 5.

El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden la ECSP y proporcionan información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 4 ítems).
2. Percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems).
3. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión de la área / unidad de trabajo que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems).
4. Aprendizaje organizacional / mejora continua (Agrupa 3 ítems).
5. Trabajo en equipo en la área / unidad de trabajo (Agrupa 4 ítems).
6. Franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems).
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems).
8. Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems).
9. Dotación de personal (Agrupa 4 ítems).
10. Apoyo de la gerencia de la UAB en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems).
11. Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo (Agrupa 4 ítems).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / unidad de trabajo (Agrupa 4 ítems).

Tabla 3. Dimensiones de la cultura de seguridad ítem A

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

1. Frecuencia de eventos notificados.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se presenta un evento adverso usted lo reporta aplicando el formato de seguimiento. (Preg. 28). • Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado? (Preg. 29). • Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado? (Preg. 30). • Cuando se comete un error que pudiera dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado? (Preg. 31).
2. Percepción de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios. (Preg. 10). • Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente. (Preg. 15). • Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. (Preg. 17). • Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. (Preg. 18).

Fuente: los Autores adoptada de la encuesta AHRQ

Tabla 4. Dimensiones de la cultura de seguridad ítem B

B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE ÁREA / UNIDAD DE TRABAJO

3. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión del área / Unidad de trabajo que favorecen la seguridad	<ul style="list-style-type: none">• Mi Superior / Jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes. (Preg. 19).• Mi Superior / Jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. (Preg. 20).• Cuando la presión se incrementa, mi Superior / Jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente. (Preg. 21).• Mi Superior / Jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez. (Preg. 22).
4. Aprendizaje organizacional / mejora continua	<ul style="list-style-type: none">• Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente. (Preg. 6).• El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos. (Preg. 9).• Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad. (Preg. 13)
5. Trabajo en equipo en la área / unidad de trabajo	<ul style="list-style-type: none">• En esta unidad, la gente se apoya mutuamente. (Preg. 1)• Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo. (Preg. 3).• En esta unidad, el personal se trata con respeto. (Preg. 4).• Cuando su área / unidad está realmente ocupada, otras le ayudan. (Preg. 11)
6. Franqueza en la comunicación	<ul style="list-style-type: none">• El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. (Preg. 32).• En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. (Preg. 33).• El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto. (Preg. 34).
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	<ul style="list-style-type: none">• Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo. (Preg. 23).• Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta unidad. (Preg. 25).• En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. (Preg. 26).
8. Respuesta no punitiva a los errores	<ul style="list-style-type: none">• El personal siente que sus errores son usados en su contra. (Preg. 8).• Cuando se informa de un evento adverso se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema. (Preg. 12).• Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida. (Preg. 16).
9. Dotación de personal	<ul style="list-style-type: none">• Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo. (Preg. 2).• El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente. (Preg. 5).• Usamos más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente. (Preg. 7).• Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho muy rápidamente. (Preg. 14).
10. Apoyo de la gerencia de la UAB en la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none">• La dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. (Preg. 36).• Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. (Preg. 43).• La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso. (Preg. 44)

Fuente: los Autores adoptada de la encuesta AHRQ

Tabla 5. Dimensiones de la cultura de seguridad ítem C

C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE SALUD TOTAL EPS-S	
11. Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo	<ul style="list-style-type: none">• Las unidades de esta institución no están bien coordinadas entre sí. (Preg. 37).• Hay buena cooperación entre las unidades de la institución que requieren trabajar conjuntamente. (Preg. 39).• Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta institución. (Preg. 41).• Las unidades de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes. (Preg. 45).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / unidad de trabajo	<ul style="list-style-type: none">• La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra. (Preg. 38)• Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno (Preg. 40).• A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución. (Preg. 42).• Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes. (Preg. 46).

Fuente: los Autores adoptada de la encuesta AHRQ

La versión adoptada de la encuesta, ECSP, que se utiliza en el estudio tanto en su versión original como en la adoptada, se trata de un cuestionario auto administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos. (Ver Anexo B)

Al modelo de encuesta original se la agrega una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en las UAB con el fin de asegurar o mejorar las acciones institucionales y otra sobre el número de eventos notificados en el último año, para evaluar la exigencia y cumplimiento del reporte de eventos adversos, además de las variables clasificatorias socio-profesionales. Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, además se sigue la metodología propuesta por la AHRQ.

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

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas («de acuerdo / muy de acuerdo» o «la mayoría de veces / siempre») a preguntas *formuladas en positivo*.

- $\geq 75\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo / muy en desacuerdo» o «nunca / rara vez») a preguntas *formuladas en negativo*.

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

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo / muy en desacuerdo» o «rara vez / nunca») a preguntas *formuladas en positivo*.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas («de acuerdo / muy de acuerdo» o «la mayoría de veces / siempre») a preguntas *formuladas en negativo*.

La ECSP, contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. De forma general, las respuestas de la ECSP se recodifican en tres categorías de acuerdo con la Tabla 6:

Tabla 6. Recodificación de las respuestas en la ECSP

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre

Fuente: los Autores adoptada de la encuesta AHRQ

4.6.3 Proceso de obtención de la Información La recolección de la información se realizó en los meses de Febrero y Marzo del 2011. La Gerencia de Calidad de Salud Total EPS-S de Bucaramanga, envió un comunicado a las diferentes unidades de atención básica, informándoles acerca del objetivo del estudio, de las personas que recogerían la información y del instrumento que se utilizaría. Las encuestas se realizaron unidad por unidad de acuerdo al número que se estableció era representativo en cada una.

El proceso de recolección de información y tabulación duró dos meses, en algunas áreas o unidades se contestaron encuestas en forma incompleta, o mal diligenciada; algunas se repitieron otras no fueron posible repetir las cuales fueron retiradas del análisis, para quedar finalmente un total de 95 de 195 empleados con que cuentan las UAB de Salud Total EPS-S de Bucaramanga, y con las que se procedió al estudio. El análisis de la información siguió los parámetros establecidos en el manual del instrumento original, y se respeta la información suministrada por los encuestados.

4.7 PRUEBA PILOTO

Inicialmente se adopta el modelo de encuesta del esquema original AHRQ, se aplica un pre-test o prueba piloto a manera de ensayo con la aplicación de la técnica seleccionada para la recolección de datos y su administración respectiva vista en el numeral 4.6, este pre-test nos permitió evaluar la eficiencia del instrumento en función al problema motivo de investigación, pero además permite establecer en la sección área unidad de trabajo, las UAB donde se aplicó el instrumento, que sirve de base comparativa para las directivas de Salud Total EPS-S de Bucaramanga donde se aplicó el instrumento. Este proceso se lleva a cabo previo a la aplicación definitiva de la técnica a la realización de la encuesta propiamente dicha.

El pre-test o prueba piloto nos permitió evaluar el planeamiento, organización, ejecución y control de la aplicación de la encuesta, como herramienta válida y fiable, que se adoptó al contexto colombiano de la encuesta original de la (AHRQ) grado de validez y confiabilidad de los datos recolectados. Realizar los reajustes necesarios en la muestra; al establecer la eficiencia y la técnica en la obtención de toda la información necesaria para el análisis de la cultura de seguridad en el paciente. Poner a prueba el plan de crítica o control de calidad en los datos, su grado de consistencia, plan de codificación y procesamiento estadístico.

4.8 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS

Se parte del hecho de que el sesgo puede definirse como el resultado de un error sistemático en el diseño o la realización de un estudio. Para este caso en particular hay carencia de error sistemático, toda vez que se adopta un instrumento ya validado tanto por la AHRQ como por las instituciones con las que se compara el estudio, referenciadas en el numeral 2.1.

Además los investigadores no tienen control sobre los sesgos de aplicación, por cuanto es una encuesta auto aplicada. Se controló el sesgo de diseño de muestra por cuanto se hizo aleatoriamente la selección de las personas; de otra parte la adaptación de la encuesta no afecta el instrumento y se tiene control sobre sesgo de diseño ya que es un instrumento ampliamente validado.

4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realiza una base de datos en Excel con los datos de 95 encuestas realizadas en las UAB, de Salud total EPS-S Bucaramanga, separadas en hojas dentro de un libro llamado encuesta, cada hoja contiene los datos de las preguntas de las secciones A hasta la H.

Con los datos se realiza la descripción estadística de la recodificación de las respuestas en respuestas negativas, respuestas neutras y respuestas positivas contempladas en las 12 dimensiones que indagan la percepción sobre cada ítem relativo a la cultura de seguridad del paciente.

Con estos datos agrupados en tablas por cada dimensión se calcula el porcentaje de respuestas negativas, neutras y positivas para cada las mismas, esto permite realizar las gráficas de presentación de resultados.

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En el artículo 4. Numeral e) La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen: *Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.*⁽³⁹⁾

Este trabajo se clasifica como estudio "sin riesgo", según el numeral a del Artículo 11, de la resolución 008430 de 1993: *"Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta"*

La información aquí descrita se utilizará como propósito exclusivo para investigación y tal como se expresa en la hoja de encuesta *"Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán y respetara de manera rigurosa el secreto estadístico"*. Se respetará la confidencialidad de todos los profesionales de la salud que hicieron parte de este estudio.

No fue necesario el consentimiento informado por tratarse de un estudio retrospectivo donde no se tomaron aspectos sensibles de la conducta y no se hicieron intervenciones adicionales que pusieran en riesgo la vida del paciente.

6 RESULTADOS

Se analizaron los datos de las frecuencias de respuestas para cada una de las variables y dimensiones de cultura a través de una matriz; los resultados se expresan en porcentajes. El último punto de la encuesta hacía referencia a comentarios sobre la seguridad de los pacientes, reporte de errores o eventos adversos que el encuestado tenía respecto al tema, en su UAB, las cuales serán tabuladas por temáticas, para posterior análisis con las directivas de la institución, por consiguiente no se incluyen en el estadístico de este proyecto.

6.1 NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS

La gran mayoría de los encuestados (47%) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año. El 40% contesta haber notificado menos de dos. (Ver Tabla 7.)

Tabla 7. Número de eventos notificados

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Ningún Reporte	45	47%
De 1 a 2 Reportes	38	40%
De 3 a 5 Reportes	11	12%
De 6 a 10 Reportes	1	1%
De 11 a 20 Reportes	0	0%
21 Reportes o más	0	0%
N	95	100%

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.2 FORTALEZAS Y DEBILIDADES IDENTIFICADAS

Al usar los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ, no aparece globalmente como fortaleza ninguna de las dimensiones que mide la encuesta (Ver Tabla 8.), si bien destacan por el porcentaje global de respuestas con carácter positivo dos de ellas: *“Trabajo en equipo en la área / unidad de trabajo”*, con un 64.56% y con un 51.93%, *“Aprendizaje organizacional / mejora continua”*.

La información obtenida en cuanto a ítems específicos señala como fortalezas sólo uno de los 43 ítems que indaga el cuestionario: “En esta unidad, el personal se trata con respeto” (ítem de la dimensión “Trabajo en equipo en la área / unidad de trabajo”), con un 81% de respuestas positivas.

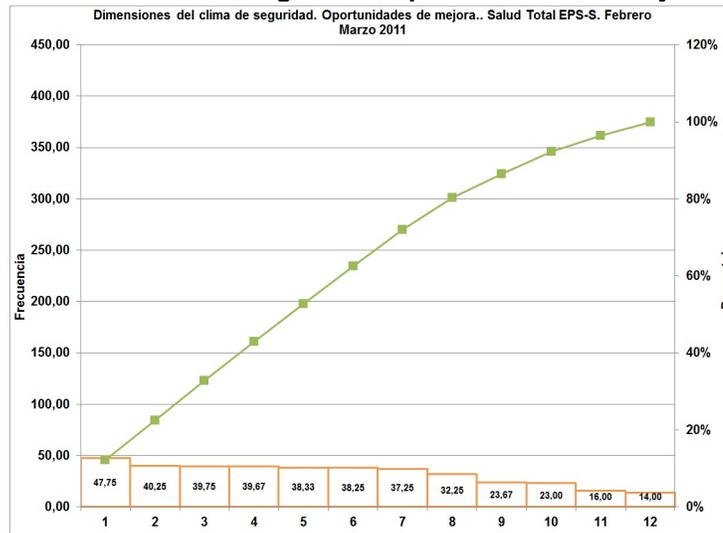
Tabla 8. Resultados de la cultura de seguridad según dimensiones

DIMENSION	RESPUESTAS POSITIVAS	RESPUESTAS NEUTRAS	RESPUESTAS NEGATIVAS
1. Frecuencia de eventos notificados.	28,68%	28,95%	42,37%
2. Percepción de seguridad	36,05%	24,74%	39,21%
3. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión del área / Unidad de trabajo que favorecen la seguridad	35,53%	30,53%	33,95%
4. Aprendizaje organizacional / mejora continua	51,93%	33,33%	14,74%
5. Trabajo en equipo en la Área / Unidad de trabajo	64,56%	23,51%	11,93%
6. Franqueza en la comunicación	23%	35%	42%
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	38%	37%	25%
8. Respuesta no punitiva a los errores	27,37%	27,89%	44,74%
9. Dotación de personal	23,16%	36,58%	40,26%
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	50,18%	25,61%	24,21%
11. Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo	14,74%	26,05%	41,84%
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / unidad de trabajo	49%	32%	50%

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

En relación con las debilidades, el diagrama de Pareto (Ver Grafica 1.) nos indica que las oportunidades de mejora se centran sobre todo, y por este orden, en las dimensiones “Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / unidad de trabajo”, “Frecuencia de eventos notificados”, “Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo”, “Franqueza en la comunicación” y “Respuesta no punitiva a los errores”. Estas cinco solas acumulan más del 50% de todas las respuestas con carácter negativo. De ellas destaca “Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / unidad de trabajo” (47.75% de respuestas con carácter negativo), claramente identificada como debilidad, seguida, aunque de lejos, por las otras tres (“Dotación de personal”, 38.33% de respuestas con carácter negativo; “Percepción de seguridad”, 37.25% de respuestas con carácter negativo, y “Expectativas y acciones de la dirección”, 32.25% de respuestas con carácter negativo).

Gráfica 1. Dimensiones del clima de seguridad. Oportunidades de mejora.



- 1 Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas / unidad de trabajo
- 2 Frecuencia de eventos notificados.
- 3 Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo
- 4 Franqueza en la comunicación
- 5 Respuesta no punitiva a los errores
- 6 Dotación de personal
- 7 Percepción de seguridad
- 8 Expectativas y acciones de la dirección / supervisión del área / unidad de trabajo que favorecen la seguridad
- 9 Retroalimentación y comunicación sobre errores
- 10 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
- 11 Trabajo en equipo en la área / unidad de trabajo
- 12 Aprendizaje organizacional / mejora continua

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.3 TABLAS

6.3.1 Sección A unidad de trabajo de la institución Se analizaron las respuestas de 95 encuestados, de los cuales la mayor parte trabajan en las UAB Bucarica 27 (28%) y. 23 (24%) en la UAB Cabecera (Ver Tabla 9.)

Tabla 9. Porcentaje de encuestas completadas por UAB

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
UAB Bucarica	27	28%
UAB Cabecera	23	24%
UAB Baja Complejidad	15	16%
UAB González Valencia	11	12%
UAB Cañaveral	11	12%
UAB Girón	8	8%
N	95	100%

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.3.2 Sección A área de trabajo de la institución Se analizaron las respuestas de 95 encuestados, de los cuales la mayor parte corresponden a medicina general 43 (45%) y. 12 (13%) a servicio al cliente (Ver Tabla 10.)

Tabla 10. Distribución de las encuestas completadas por área profesional.

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Medicina General	43	45%
Servicio al Cliente	12	13%
Farmacia	10	11%
Enfermería	9	9%
Servicios Generales	7	7%
Otro	6	6%
Especialistas	5	5%
Fisioterapia	2	2%
Terapia Respiratoria	1	1%
N	95	100%

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.3.3 Sección H antecedentes tiempo trabajando en la institución La mayor parte, 64 sujetos (67%), llevaban trabajando en la institución de uno a cinco años, 20 sujetos (21%) indicaron que lo han hecho menos de un año, 11 (12%) de seis a diez años. (Ver Tabla 11.)

Tabla 11. Porcentaje de encuestados según antigüedad en la Institución

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
De 1 a 5 Años	64	67%
Menos de 1 Año	20	21%
De 6 a 10 Años	11	12%
De 11 a 15 Años	0	0%
De 16 a 20 Años	0	0%
21 Años o Más	0	0%
N	95	100%

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.3.4 Sección H antecedentes tiempo trabajando en su área unidad La mayor parte, 56 sujetos (59%), llevaban trabajando en la área unidad de trabajo de uno a cinco años, 32 sujetos (34%) indicaron que lo han hecho menos de un año, 7 (7%) de seis a diez años. (Ver Tabla 12.)

Tabla 12. Porcentaje de encuestados según antigüedad en la unidad de trabajo

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
De 1 a 5 Años	56	59%
Menos de 1 Año	32	34%
De 6 a 10 Años	7	7%
De 11 a 15 Años	0	0%
De 16 a 20 Años	0	0%
21 Años o Más	0	0%
N	95	100%

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.3.5 Sección H antecedentes horas a la semana trabajadas La mayor parte, 61 sujetos (64%), trabaja de 40 a 59 horas por semana y 31 (33%), 20 a 39 horas por semana. (Ver Tabla 13.)

Tabla 13. Porcentaje de encuestados según horas a la semana trabajadas

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
De 40a 59 Horas a La Semana	61	64%
De 20 a 39 Horas a La Semana	31	33%
Menos de 20 Horas a La Semana	3	3%
De 60 a 79 Horas a La Semana	0	0%
De 80 a 99 Horas a La Semana	0	0%
100 Horas a La Semana o más	0	0%
N	95	100%

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.3.6 Sección H cargo en la institución Se analizaron las respuestas de 95 encuestados, de los cuales la mayor parte se desempeña como médico general 43 (45%) y. 23 (24%) a servicio al cliente (Ver Tabla 14.)

Tabla 14. Distribución de las encuestas completadas por cargo profesional.

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Médico General	43	45%
Asesor del Servicio al Cliente	23	24%
Auxiliar de Enfermería	8	8%
Regente de Farmacia	5	5%
Personal de Servicios Generales	5	5%
Médico Especialista	4	4%
Profesional en Fisioterapia	2	2%
Jefe de Enfermería	2	2%

Continúa...

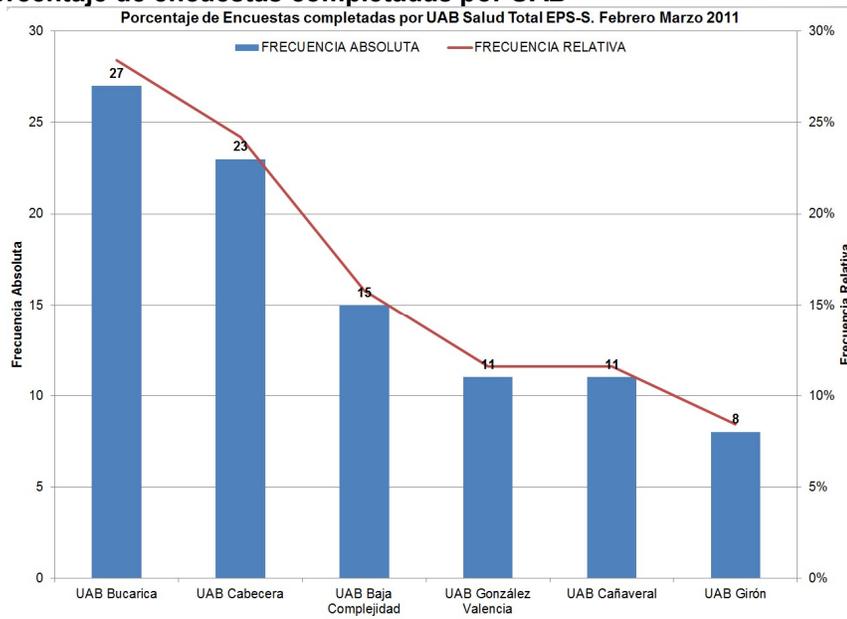
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Otro	2	2%
Profesional en Terapia Respiratoria	0	0%
Terapista ocupacional	0	0%
Nutricionista	1	1%
Fonoaudióloga	0	0%
Administrativo	0	0%
Camillero	0	0%
Personal de mantenimiento	0	0%
Técnico	0	0%
N	95	100%

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4 GRÁFICOS

6.4.1 Sección A unidad de trabajo de la institución La distribución de encuestados entre las UAB fue bastante homogénea, sin embargo, la UAB Bucarica reunió la mayor cantidad de encuestados. (Ver Gráfica 2.)

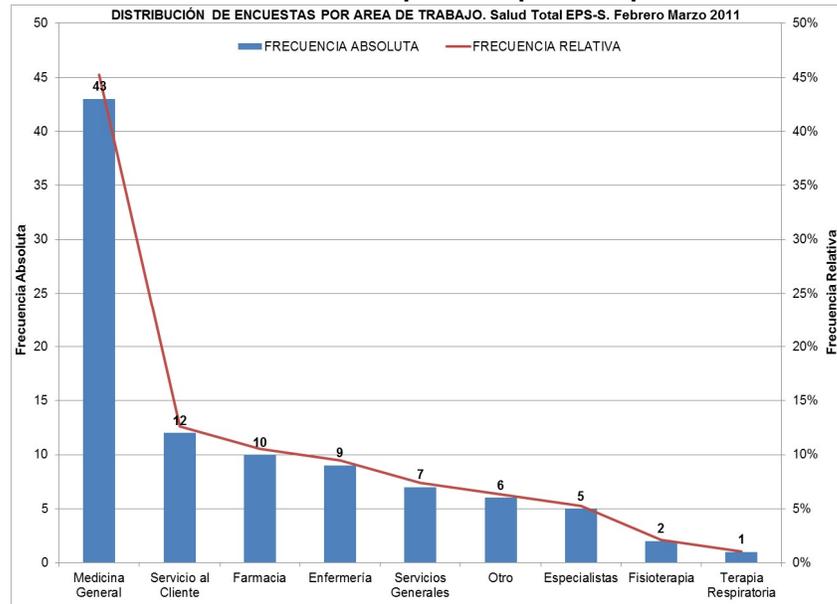
Gráfica 2. Porcentaje de encuestas completadas por UAB



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.2 Sección A área de trabajo de la institución Los profesionales de la salud, de medicina general representan 45 % de la muestra, cuya labor clínica implica una permanente interacción con el paciente. Entre los otros profesionales que respondieron la encuesta se incluye a psicólogos y nutricionistas. (Ver Gráfica 3.)

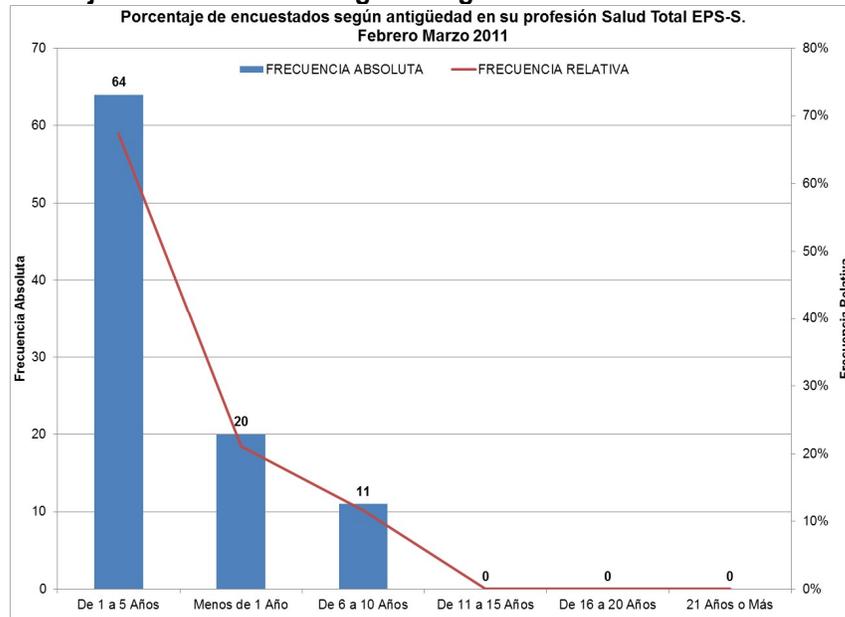
Gráfica 3. Distribución de las encuestas completadas por área profesional.



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.3 Sección H antecedentes tiempo trabajando en la institución Entre los profesionales que respondieron la encuesta, más del 12% tiene una antigüedad superior a los 6 años en la Institución y sobre el 67% ha permanecido en la institución entre uno y cinco años. (Ver Gráfica 4.)

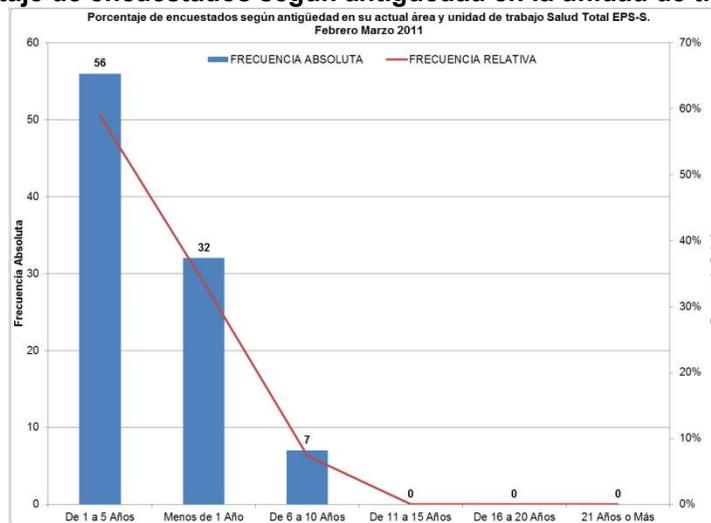
Gráfica 4. Porcentaje de encuestados según antigüedad en la Institución



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.4 Sección H antecedentes tiempo trabajando en su área unidad Entre los profesionales que respondieron la encuesta, el 59% tiene una antigüedad entre uno a cinco años y sobre el 34% ha permanecido en la misma área unidad de trabajo. (Ver Gráfica 5.)

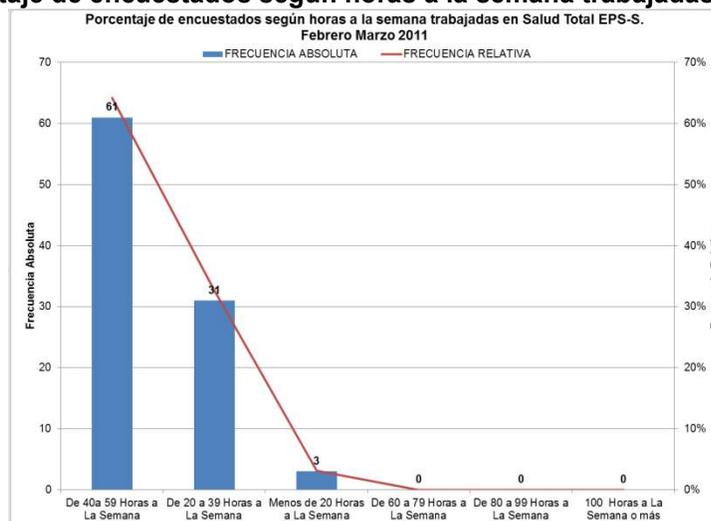
Gráfica 5. Porcentaje de encuestados según antigüedad en la unidad de trabajo



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.5 Sección H antecedentes horas a la semana trabajadas Entre los profesionales que respondieron la encuesta, más del 64% permanece sobre 40 horas semanales en la institución, lo que permite inferir la validez de su percepción. (Ver Gráfica 6.)

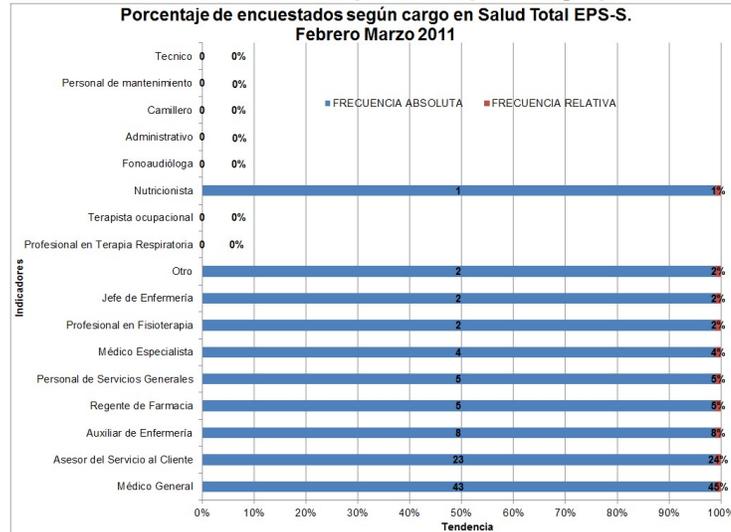
Gráfica 6. Porcentaje de encuestados según horas a la semana trabajadas



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.6 Sección H cargo en la institución Los profesionales de la salud, con cargo de médico general representan 45 % de la muestra, cuya labor clínica implica una permanente interacción con el paciente. (Ver Gráfica 7.)

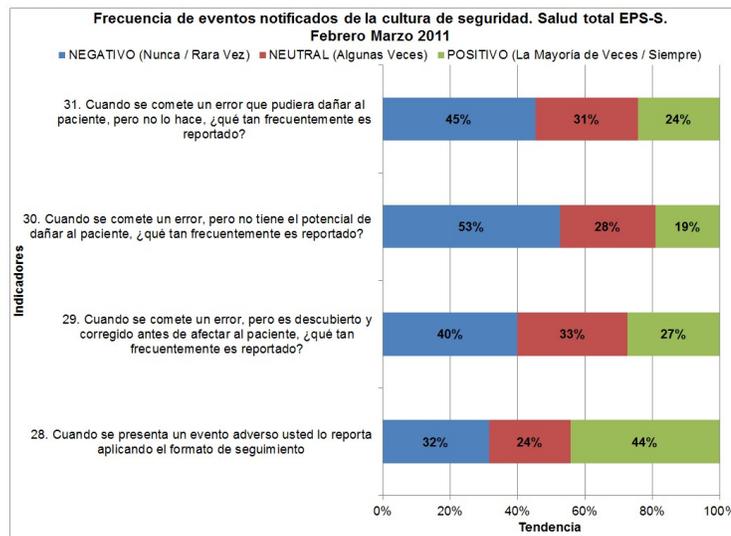
Gráfica 7. Distribución de las encuestas completadas por cargo profesional



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.7 Frecuencia de eventos adversos notificados Destaca con una media de 42.37% de los encuestados, consideraron que los incidentes eventos adversos no son reportados aun cuando estos pueden afectar al paciente. (Ver Gráfica 8.)

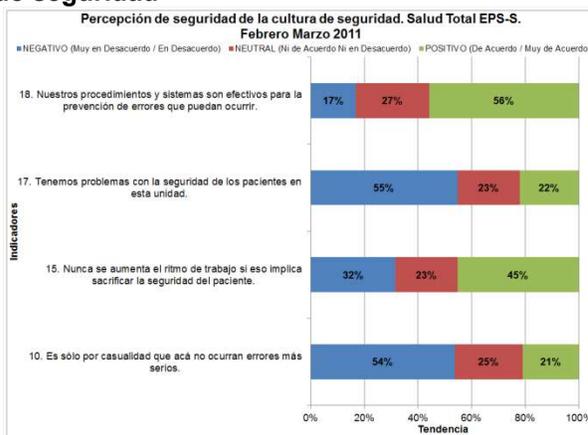
Gráfica 8. Frecuencia de eventos adversos notificados



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.8 Percepción de seguridad El 32% de los encuestados considera que la seguridad clínica se ve afectada por la sobrecarga de trabajo, sin embargo, destaca el 56% que considera que los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. Por otra parte, sólo el 21% cree que podrían ocurrir más errores y el 22% considera que hay problemas con la seguridad de los pacientes al interior de la Unidad. (Ver Gráfica 9.)

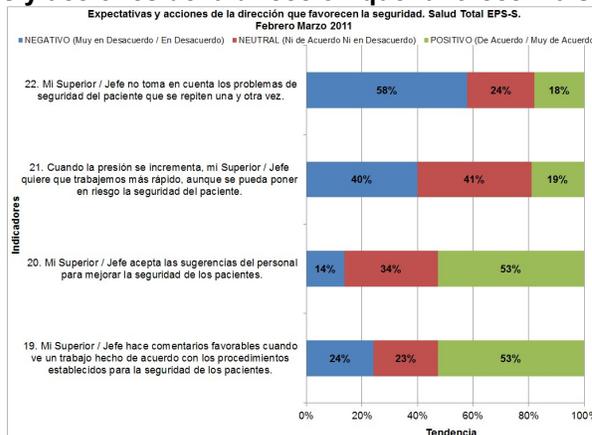
Gráfica 9. Percepción de seguridad



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.9 Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad Con una media del 70%, los encuestados perciben las acciones de la dirección como favorables de la seguridad clínica, lo cual es considerado como una fortaleza para la Seguridad asistencial de la Institución. (Ver Gráfica 10.)

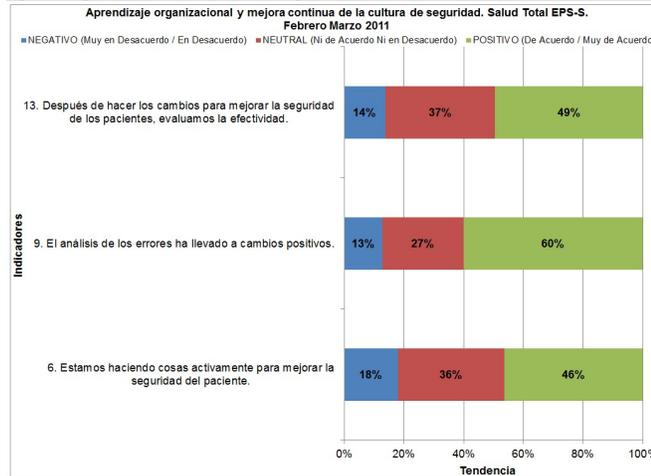
Gráfica 10. Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.10 Aprendizaje organizacional / mejora continua Con una media del 51.93%, los encuestados consideran que las UAB tiende a la mejoría continua. Destaca el alto porcentaje (60%) que reconoce en el análisis de los errores los cambios positivos para evitar que se repitan los eventos adversos. (Ver Gráfica 11.)

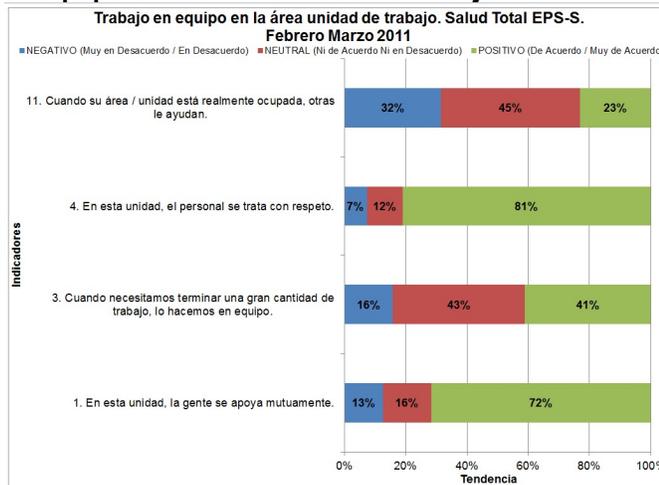
Gráfica 11. Aprendizaje organizacional / mejora continua



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.11 Trabajo en equipo en la área / unidad de trabajo Con una media del 54.56%, los encuestados reconocen un excelente trabajo de equipo al interior de las áreas de trabajo. Esta dimensión es la fortaleza con el más alto resultado obtenido en el Estudio. (Ver Gráfica 12.)

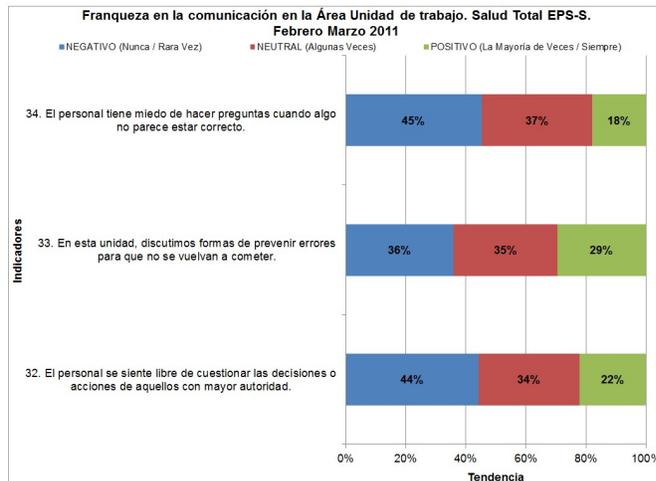
Gráfica 12. Trabajo en equipo en la área / unidad de trabajo



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.12 Franqueza en la comunicación Con una media del 42%, los encuestados considera que no existe una apertura de comunicación para manifestar sus dudas y /o comentarios relacionados con aspectos que pueden afectar la seguridad clínica. (Ver Gráfica 13.)

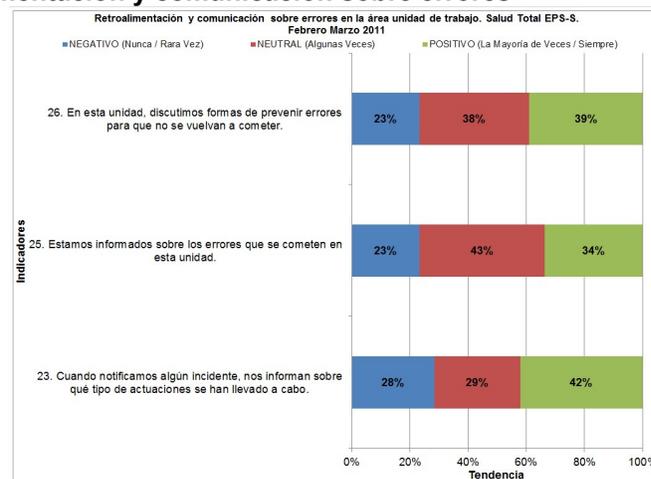
Gráfica 13. Franqueza en la comunicación



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas ores

6.4.13 Retroalimentación y comunicación sobre errores Destaca la indiferencia con una media del 38.25%, sobre la percepción de los encuestados acerca de la retroalimentación existente en las UAB respecto de la ocurrencia de errores y las medidas adoptadas para evitar que éstos se repitan. (Ver Gráfica 14.)

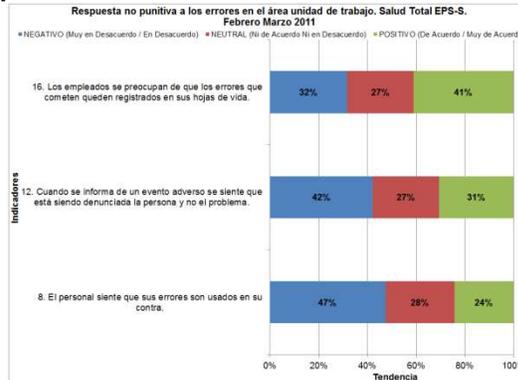
Gráfica 14. Retroalimentación y comunicación sobre errores



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.14 Respuesta no punitiva a los errores Con una media de 44.74% se evidencia una política punitiva frente a los errores. Llama la atención el porcentaje (41%) que teme que los errores que se cometen queden registrados en sus hojas de vida. Este ítem se considera la debilidad más importante para la seguridad clínica de la Institución. (Ver Gráfica 15.)

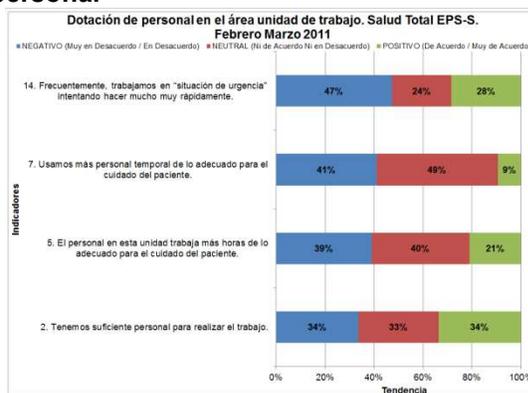
Gráfica 15. Respuesta no punitiva a los errores



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.15 Dotación de personal Con una media de 40.26%, la dotación de personal es considerada inadecuada, lo que corresponde a una debilidad importante para la seguridad clínica de las UAB. El 34% de los encuestados considera que la dotación de personal es insuficiente para la carga de trabajo existente y el 28% cree que se trabaja bajo presión. Cabe señalar que sólo el 9% considera que existe demasiado personal de reemplazo temporal, quienes frecuentemente se asocian con una mayor incidencia de errores. (Ver Gráfica 16.)

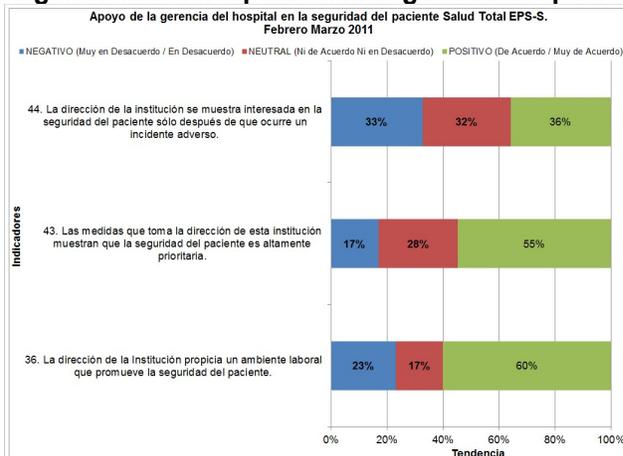
Gráfica 16. Dotación de personal



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.16 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente Sólo un 50.18% (media) considera que la dirección actúa como un apoyo para la seguridad clínica. Cabe señalar que sólo un 36% cree que ésta se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente adverso. (Ver Gráfica 17.)

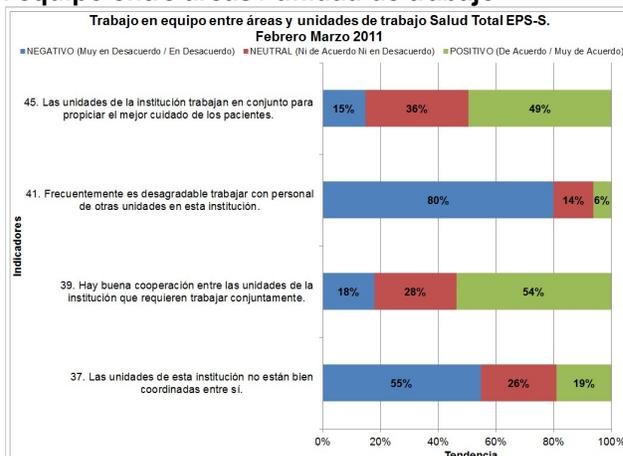
Gráfica 17. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.17 Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo A diferencia de la excelente percepción de trabajo de equipo al interior de las áreas clínicas, entre las UAB, se percibe una escasa dinámica de equipo. Sólo un 6% cree que existe buena coordinación entre las áreas y unidades. (Ver Gráfica 18.)

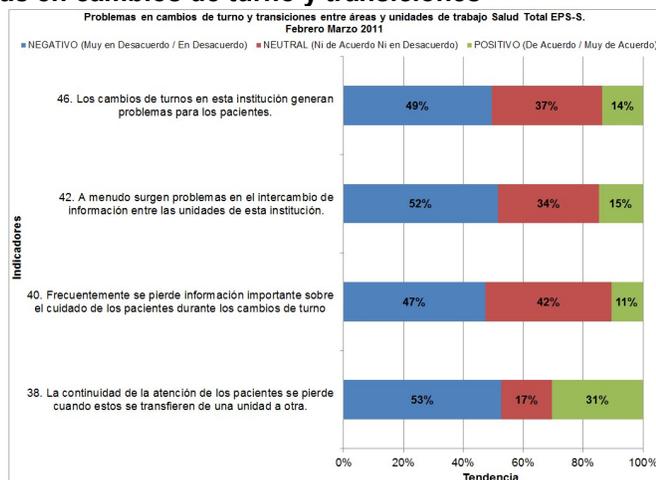
Gráfica 18. Trabajo en equipo entre áreas / unidad de trabajo



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.18 Problemas en cambios de turno y transiciones Llama la atención que más del 31% de los encuestados considera que los traslados de pacientes y los cambios de turnos en el hospital, puede significar la pérdida de información relevante para la atención segura de los pacientes. (Ver Gráfica 19.)

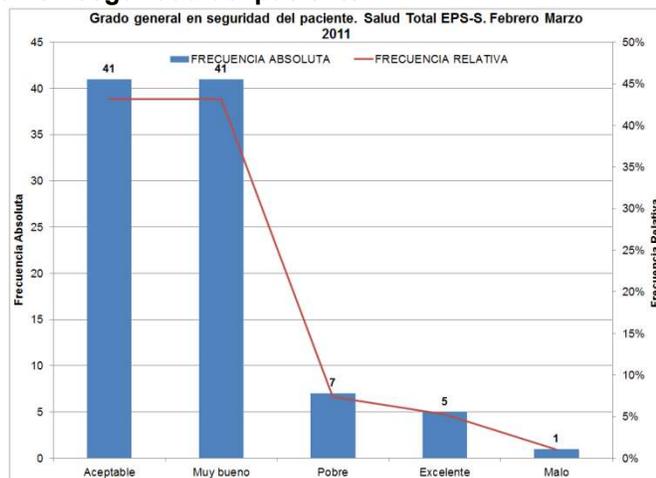
Gráfica 19. Problemas en cambios de turno y transiciones



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.4.19 Valoración en seguridad del paciente No destaca el grado de excelencia en la seguridad del paciente solo un 5% tiene la percepción de seguridad en el área de trabajo considerada como excelente. Sólo el 7% la considera como “pobre” y un solo encuestado evalúa como “malo” el nivel de seguridad del área de atención. (Ver Gráfica 20.)

Gráfica 20. Valoración en seguridad del paciente



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

6.5 FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1. Unidad de Atención Básica Cañaverl



Fuente: los Autores

Fotografía 2. Unidad de Atención Básica Bucarica



Fuente: los Autores

Fotografía 3. Unidad de Atención Básica Cabecera



Fuente: los Autores

Fotografía 4. Unidad de Atención Básica González Valencia



Fuente: los Autores

7 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten identificar la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre los diferentes temas relacionados con la cultura de la seguridad de los pacientes, entre los que se incluye el reporte de eventos adversos, actitudes para el trabajo de equipo, comunicación y coordinación entre los equipos de trabajo, entre otros temas no menos relevantes y estrechamente asociados con el proceso de educación médica relacionada con el desarrollo de la cultura de seguridad.

Adicionalmente, los resultados presentan diferencias sustanciales con los obtenidos en otros estudios, situación que se podría explicar parcialmente por las diferencias en los contextos de aplicación.^{(15) (23) (24)}

La percepción sobre la seguridad en 36.05% de los encuestados permite ubicar la percepción de la población en algunos puntos porcentuales por abajo del 69% informado por la AHRQ, 48.4% del estudio de la Agencia de Calidad del SNS, 32.25% del hospital padre hurtado de Chile y 51% de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Esto podría considerarse como una disminución en la capacidad de respuesta ante diferentes contingencias, que puede hacerse evidente frente a determinados retos de la atención médica y que puede incrementarse al desarrollar una mejor cultura de la seguridad en los sistemas de salud. (Ver Tabla 15.)

Algunas dimensiones, como expectativas y acciones que favorecen la seguridad, franqueza en la comunicación, trabajo en equipo entre áreas de trabajo y retroalimentación y comunicación sobre errores, se encontraron bajos en relación con otros estudios.

Tabla 15. Comparación de las respuestas positivas con medias en % para cada dimensión

Dimensión	ECSP	ACSNS ⁽¹⁵⁾	CONAMED ⁽²⁴⁾	HPH ⁽²³⁾	AHRQ ⁽⁷⁾
Frecuencia de eventos notificados	28,68	46,9	44	57,6	64
Percepción de seguridad	36,05	48,4	51	32,25	69
Expectativas y acciones que favorecen la seguridad	35,53	61,8	44	39,75	76
Aprendizaje organizacional / mejora continua	51,93	54,4	68	65,66	71
Trabajo en equipo en la unidad de trabajo	64,56	71,8	66	87	83
Franqueza en la comunicación	23,16	47,9	38	29	66
Retroalimentación y comunicación sobre errores	38,25	43,8	44	61,33	65
Respuesta no punitiva a los errores	44,74	52,9	45	62,66	48
Dotación de personal	40,26	61,7	40	37,5	63
Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	50,18	24,5	63	37	75
Trabajo en equipo entre áreas de trabajo	32,11	42,1	51	34,75	66
Cambios de turno y transiciones entre áreas de trabajo	50,3	53,7	47	38,75	56

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

Actualmente existen varias escalas para medir variables de cultura sobre seguridad del paciente, su aplicación fuera del ámbito de elaboración y uso original deben considerar la necesidad de realizar adecuaciones de acuerdo con los resultados y de efectuar comparaciones entre las diferentes publicaciones y análisis de fiabilidad, dependiendo del ámbito en el cual se han utilizado. Algunas de estas variaciones pueden observarse en la Tabla 16, donde se comparan los resultados en seis de las dimensiones analizadas en el presente trabajo con los obtenidos en otras investigaciones.

Tabla 16. Porcentaje de respuestas positivas comparadas con otras publicaciones

Dimensión	ECSP	ACSNS ⁽¹⁵⁾	CONAMED ⁽²⁴⁾	HPH ⁽²³⁾	AHRQ ⁽⁷⁾
Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	47.67	33.6	52	31	42
Respuesta no punitiva a los errores	30.33	27	26	40	18
Cambios de turno y transiciones entre áreas de trabajo	16.5	26	47	35	44
Dotación de personal	22	53.9	39	33	49
Trabajo en equipo en la unidad de trabajo	51.5	71.8	50	72	58
Trabajo en equipo entre áreas de trabajo	30.5	39.1	66	29	76

Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

8 CONCLUSIONES

La medición de las diferentes dimensiones de la cultura sobre la seguridad del paciente constituye un elemento diagnóstico importante que forma parte del proceso para mejorar la seguridad del paciente.

Al ser este el primer estudio de percepción de la seguridad del paciente efectuado en Salud Total EPS-S de Bucaramanga, los resultados permiten tener una información de base para medir el impacto del desarrollo del programa de gestión de riesgo y seguridad de la Institución.

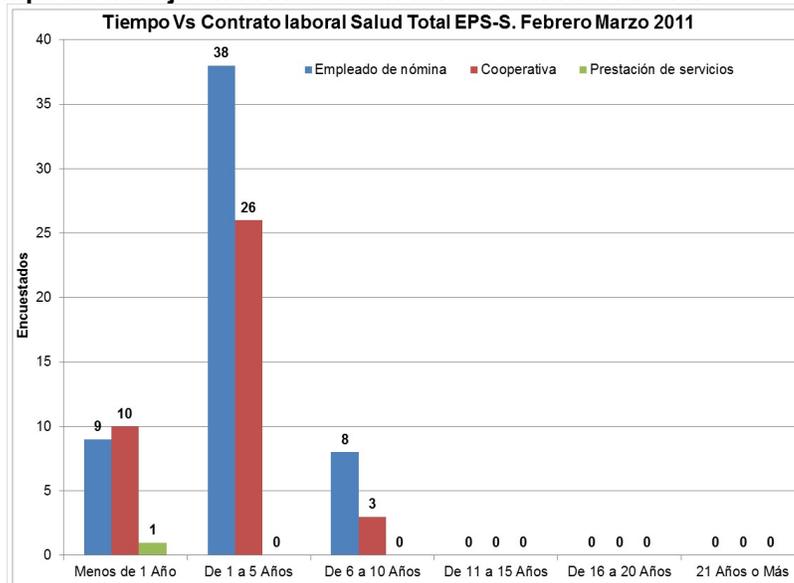
Se hace evidente fomentar la notificación interna y discusión en equipo de los errores que pudieran ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos, es una fortaleza que debe ser aprovechada.

Se debe enfocar los problemas de seguridad del paciente como problemas de equipo, no individuales. Focalizar los análisis con énfasis en los factores sistémicos más que en los personales y avanzar en estrategias cada vez menos punitivas frente a la identificación de eventos adversos.

Está claro que aunque en el análisis general no se tocaron los datos sobre el tiempo que lleva laborando en la institución y su tipo de contrato laboral, se debe prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se pueden ver sometidos.

Tal como se muestra en la gráfica 21, la relación de empleados nomina con respecto a los empleados por cooperativa es bastante significativa dado la cercanía de sus tendencias, y máxime en el tiempo que los profesionales llevan laborando en la institución entre uno a cinco años. Esto se ve reflejado en el interés y compromiso de los profesionales con la institución y por ende con la seguridad del paciente

Gráfica 21. Tiempo de trabajo en la institución versus contrato laboral



Fuente: Consolidado estadístico de los resultados de las encuestas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) **Ministerio de la Protección Social. 2011.** ocs_contenidos: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] 5 de Febrero de 2011. [Citado el: 20 de Febrero de 2011.] Esta edición ha sido posible gracias a los recursos del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicio de Salud.. http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf.
- (2) **National Quality Forum. 2010.** home: National Quality Forum. sitio web de National Quality Forum. [En línea] 5 de Diciembre de 2010. [Citado el: 12 de Diciembre de 2010.] Is a nonprofit organization that operates under a three-part mission to improve the quality of American healthcare by. <http://www.qualityforum.org/Home.aspx>.
- (3) **John B Sexton, Robert L Helmreich, Torsten B Neilands, Kathy Rowan, Keryn Vella, James Boyden, Peter R Roberts and Eric J Thomas. 2006.** search: BMC Health Services Research. sitio web de BMC Health Services Research. [En línea] This is an Open Access article, 03 de Abril de 2006. [Citado el: 17 de Diciembre de 2010.] psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-44.pdf>. doi:10.1186/1472-6963-6-44.
- (4) **S J Singer, D M Gaba, J J Geppert, A D Sinaiko, S K Howard, K C Park. 2002.** content: BMJ Publishing Group Ltd. sitio web de BMJ Publishing Group Ltd. [En línea] Open Access, 5 de Diciembre de 2002. [Citado el: 16 de Diciembre de 2010.] is an international peer review publication providing, news, opinion, debate and research for academics, clinicians and healthcare managers. It encourages innovation and creative thinking to improve the quality of health care and the science of improvemen. <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/2/112.full.pdf>. Online ISSN 2044-5423.
- (5) **AHRQ, Quality, Agency for Healthcare Research and. 2010.** patientsafetyculture: AHRQ. sitio web de AHRQ. [En línea] Hospital Survey Web pages, 20 de Diciembre de 2010. [Citado el: 20 de Diciembre de 2010.] As part of its goal to support a culture of patient safety and quality improvement in the Nation's health care system, the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) sponsored the development of patient safety culture assessment tools for hospitals. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>.
- (6) **Sorra JS, Nieva VF. 2007.** patientsafetyculture: ahrq. sitio web de ahrq. [En línea] 10 de Abril de 2007. [Citado el: 10 de Febrero de 2011.] Hospital Survey on Patient Safety Culture: Instructions. Text reads: The survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in hospital will take 10 to 15 minutes complete. Hospital Survey on Patient Safety Cultu. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospform.pdf>.

- (7) **AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. 2010.** hospsurvey10: AHRQ. sitio web de AHRQ. [En línea] Comparative Database Report Web, U.S. Department of Health & Human Services, 15 de Marzo de 2010. [Citado el: 21 de Diciembre de 2010.] Based on data from 885 U.S. hospitals, the Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 User Comparative Database Report provides initial results that hospitals can use to compare their patient safety culture to other U.S. <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey10/>. No. 10-0026.
- (8) **ICONTEC, Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. 1995-03-15.** NORMA TÉCNICA COLOMBIANA - NTC 3701. [ed.] ICONTEC. Print On Demand -POD. Bogotá, D.C Editada por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) Apartado 14237, 1995-03-15. págs. 3-6. Vols. (Gracias al sistema Print On Demand -POD o impresión bajo demanda- la Norma siempre corresponderá a la última versión editada por el ICONTEC), ESTA NORMA DA DEFINICIONES Y PAUTAS PARA MANTENER LOS REGISTROS BASICOS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES. ICON 891.
- (9) **P J Pronovost, B Weast, C G Holzmueller, B J Rosenstein, R P Kidwell, K B Haller, E R Feroli, J B Sexton, H R Rubin. 2003.** content: qualitysafety.bmj. sitio web de qualitysafety.bmj. [En línea] Qual Saf Health Care, 7 de Agosto de 2003. [Citado el: 18 de Diciembre de 2010.] survey of clinicians and. <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/6/405.full.pdf>. 12:405–410.
- (10) **National Academy of Sciences. 2000.** openbook: National Academy of Sciences. sitio web de National Academy of Sciences. [En línea] 28 de Diciembre de 2000. [Citado el: 28 de Diciembre de 2010.] "The IOM report is of more than passing interest and of great potential impact on the practice of medicine in all its ramifications. There will not be a medical professional who cannot agree with the principles underlying the report. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=28. ISBN-13: 978-0-309-06837-6.
- (11) **Ministerio de la Protección Social. 2008.** seg_paciente: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] 11 de Junio de 2008. [Citado el: 16 de Diciembre de 2010.] Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx.
- (12) **Ministerio de la Protección Social. 2006.** introduccion: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] EQUIPO UT UNIVERSIDAD CES – GESAWORLD S.A, 07 de Diciembre de 2006. [Citado el: 22 de Diciembre de 2010.] En este minisitio se recopilan los resultados del proyecto Diseño y/o Adaptación de Herramientas Innovadoras para Colombia, de Mejores Prácticas Internacionales de Gestión Clínica y/o Administrativa, para que los hospitales optimicen su desempeño. <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/introduccion.html>.

- (13) **Ministerio de la Protección Social. 2010.** Campo Virtual: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud. [En línea] 27 de Diciembre de 2010. [Citado el: 27 de Diciembre de 2010.] Es este espacio estará disponible un foro "Novedades" en donde se colocarán todas las ultimas actividades del curso, para que lo revisen cada vez que entran; además encontrará unos recursos de utilidad para todas las sesiones del curso. <http://ocsav.info/av/>.
- (14) **Sergio Luengas Amaya. 2009.** salud: Fundación Corona. sitio web de Fundación Corona. [En línea] Documentos de trabajo de la Fundación Corona, 15 de Diciembre de 2009. [Citado el: 18 de Diciembre de 2010.] Este libro, preparado por Sergio Luengas, presenta un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud, así como un conjunto de tópicos que definen, amplían y complementan la información sobre el tema.. http://www.fundacioncorona.org.co/descargas/publicaciones/salud/SAL_32_seguridadpaciente.pdf. ISBN: 978-958-8402-14-7.
- (15) **MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. 2009.** docs: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. sitio web de MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. [En línea] INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009, 9 de Septiembre de 2009. [Citado el: 28 de Diciembre de 2010.] Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf. Depósito Legal: M-26.919-2009.
- (16) **Ministerio de la Protección Social. 2010.** cultura: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] 12 de Julio de 2010. [Citado el: 11 de Enero de 2011.] <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/cultura.html>.
- (17) **Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. 2007.** Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture. 5, 26 de Febrero de 2007, Health Services Research, Vol. 42, págs. 1999–2021. Article first published online: 26 FEB 2007. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x.
- (18) **Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. 2007.** Challenging patient safety culture: survey results. [ed.] MEDLINE. Hospital East-Limburg, Genk, Belgium. : PubMed, 20 de Julio de 2007, Health Services Research, Vol. Online, págs. 620 - 632. The purpose of this paper is to measure patient safety culture in five Belgian general hospitals. Safety culture plays an important role in the approach towards greater patient safety in hospitals. PMID: 18030963.
- (19) **Olsen E. 2007.** Perceptions of safety culture at a hospital. [ed.] MEDLINE. Tidsskr Nor Laegeforen. : PubMed, 18 de Octubre de 2007, Health Services Research, págs. 2656 - 2660. Article in Norwegian. PMID: 17952147.

- (20) **John B Sexton, Robert L Helmreich, Torsten B Neilands, Kathy Rowan, Keryn Vella, James Boydenl, Peter R RobertsI and Eric J Thomas. 2006.** The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. Open Access means for the reader, s.l. : BioMed Central Ltd., 3 de Abril de 2006, BMC Health Services Research, Vols. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>, pág. 6:44. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License. doi:10.1186/1472-6963-6-44.
- (21) **Kenji Itoh, Henning Boje Andersen. 2009.** Organisational culture for patient safety in Japanese hospitals. [ed.] PubMed. 1, s.l. : MEDLINE, 12 de Enero de 2009, BMC Health Service Research, Vol. 47, págs. 70 - 79. Department of Preventive Medicine and Public Health, Kitasato University School. PMID: 19218760.
- (22) **Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. 2007.** Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. [ed.] MEDLINE. 7, Seoul National University, Korea. : PubMed, 17 de Julio de 2007, BMC Health Service Research, Vol. 29, págs. 827 - 844. An exploratory study was conducted with 886 nurses at eight Korean teaching hospitals. PMID: 17636243.
- (23) **Superintendencia de Salud de Chile. 2010.** observatorio: Superintendencia de Salud de Chile. sitio web de Superintendencia de Salud de Chile. [En línea] online, 26 de Enero de 2010. [Citado el: 25 de Marzo de 2011.] Experiencia de aplicación de la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture", diseñada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, instrumento de uso público para hospitales que evalúa diversos ámbitos de la cultura. http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440_EstudioHPH.pdf.
- (24) **Germán Fajardo-Dolci, Javier Rodríguez-Suárez, Heberto Arboleya-Casanova, Cintia Rojano-Fernández, Francisco Hernández-Torres, Javier Santacruz-Varela. 2010.** Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. [ed.] México, D. F. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 6, México, D. F. : s.n., 5 de Diciembre de 2010, medigraphic, Vol. 78, págs. 527-532.
- (25) **Marleen Smits, Ingrid Christiaans-Dingelhoff, Cordula Wagner, Gerrit van der Wal, and Peter P Groenewegen. 2008.** The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. s.l. : BioMed Central Ltd., 7 de Noviembre de 2008, BMC Health Service Research, págs. 7 - 230. In many different countries the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) is used to assess the safety culture in hospitals. Accordingly, the questionnaire has been translated into Dutch for application in the Netherlands. PMID: PMC2588576.
- (26) **Ministerio de la Protección Social. 2010.** situaciones: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] 12 de Julio de 2010. [Citado el: 13 de Enero de 2011.] <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/situaciones.html>.

- (27)**Huw T O Davies, Sandra M Nutley, Russell Mannion. 2000.** pdf: National Center for Biotechnology Information. sitio web de National Center for Biotechnology Information. [En línea] Special article, 20 de Marzo de 2000. [Citado el: 14 de Marzo de 2010.] A student of management and organisation theory could only be stunned by how little the efforts to improve quality [in health care] have learnt from current thinking in management and from the experience of other industries. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743521/pdf/v009p00111.pdf>.
- (28)**Grote G, Kunzler C. 2008.** Diagnosis of safety culture: A replication and extension towards assessing “safe” organizational change processes. Zürich: Elsevier B.V., 20 de Marzo de 2008, Safety Science, Vol. 46, págs. Pages 450-460. "Regulatory Issues, Safety Climate, Culture and Management Papers selected from the third international conference Working on Safety (WOS2006), September 12-15th, 2006, Zeewolde, The Netherland",. issn0925-7535.
- (29)**Cooper M. D. 2000.** Towards a model of safety culture. East Yorkshire : Elsevier Science Ltd, 15 de Noviembre de 2000, Safety Science, Vol. 36, págs. 111-136. Organisational culture; Safety culture; Goal-setting; Reciprocal determinism; Triangulation; Safety climate; Safety behaviour; Safety management systems; Levels of measurement; Levels of analysis. ISSN 0925-7535.
- (30)**Morgan G. 1996.** Images of Organization. Segunda Edición. California: Sage Publications, 1996. pág. 496. ISBN-13: 978-0761906322.
- (31)**Schiff G. Rucker T. 2001.** Beyond Structure-Process-Outcome: Donabedian's Seven Pillars and Eleven Buttresses of Quality. Joint Commission Resources, 14 de Marzo de 2001, Journal on Quality Improvement, Vol. 27, págs. 169-174. ISSN 1553-7250.
- (32)**Senado de la República de Colombia. 2009.** basedoc: Senado de la República de Colombia. sitio web de Senado de la República de Colombia. [En línea] Diario Oficial No. 47.410, 14 de Julio de 2009. [Citado el: 19 de Febrero de 2011.] Anexo: Expediente legislativo y dos (2) textos de ley. (1.843 folios). http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/acto_legislativo_01_2009.html. ISSN 1657-6241.
- (33)**Senado de la República de Colombia. 1993.** ley_0100_1993: Senado de la República de Colombia. sitio web de Senado de la República de Colombia. [En línea] Diario Oficial No. 41.148, 23 de Diciembre de 1993. [Citado el: 20 de Marzo de 2011.] Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html. ISSN 1657-6241.
- (34)**Ministerio de la Protección Social. 2002.** Normatividad: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] 7 de Noviembre de 2002. [Citado el: 21 de Marzo de 2011.] Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201474%20DE%202002.pdf>.

- (35) **Ministerio de la Protección Social. 2002.** Normatividad: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] 7 de Julio de 2002. [Citado el: 12 de Marzo de 2011.] Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%202309%20DE%202002.pdf>.
- (36) **Ministerio de la Protección Social. 2006.** Normatividad: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] 03 de Abril de 2006. [Citado el: 10 de Marzo de 2011.] Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>.
- (37) **Ministerio de la Protección Social. 2006.** Normatividad: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] 3 de Abril de 2006. [Citado el: 5 de Marzo de 2011.] Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201043%20DE%202006.pdf>.
- (38) **Ministerio de la Protección Social. 2006.** Normatividad: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] 8 de Mayo de 2006. [Citado el: 12 de Marzo de 2011.] <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20Anexo%20T%C3%A9cnico.pdf>.
- (39) **Ministerio de la Protección Social. 1993.** Normatividad: Ministerio de la Protección Social. sitio web de Ministerio de la Protección Social. [En línea] Online, 4 de Octubre de 1993. [Citado el: 12 de Marzo de 2011.] Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>.

ANEXOS

ANEXO A



HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

INSTRUCTIONS

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

- An *“event”* is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- *“Patient safety”* is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend *most of your work time* or provide *most of your clinical services*.

What is your primary work area or unit in this hospital? Mark ONE answer by filling in the circle.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> a. Many different hospital units/No specific unit | <input type="radio"/> g. Intensive care unit (any type) | <input type="radio"/> i. Radiology |
| <input type="radio"/> b. Medicine (nonsurgical) | <input type="radio"/> h. Psychiatry/mental health | <input type="radio"/> m. Anesthesiology |
| <input type="radio"/> c. Surgery | <input type="radio"/> j. Pharmacy | <input type="radio"/> n. Other, please specify: |
| <input type="radio"/> d. Obstetrics | <input type="radio"/> k. Laboratory | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> |
| <input type="radio"/> e. Pediatrics | | |
| <input type="radio"/> f. Emergency department | | |

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit. Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
1. People support one another in this unit.....	1	2	3	4	5
2. We have enough staff to handle the workload.....	1	2	3	4	5
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done.....	1	2	3	4	5
4. In this unit, people treat each other with respect.....	1	2	3	4	5
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care....	1	2	3	4	5
6. We are actively doing things to improve patient safety.....	1	2	3	4	5
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care.....	1	2	3	4	5
8. Staff feel like their mistakes are held against them.....	1	2	3	4	5
9. Mistakes have led to positive changes here.....	1	2	3	4	5
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here.....	1	2	3	4	5
11. When one area in this unit gets really busy, others help out.....	1	2	3	4	5
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem.....	1	2	3	4	5

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness.....	①	②	③	④	⑤
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly.....	①	②	③	④	⑤
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done	①	②	③	④	⑤
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file.....	①	②	③	④	⑤
17. We have patient safety problems in this unit	①	②	③	④	⑤
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	①	②	③	④	⑤

SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report. Mark your answer by filling in the circle.

	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures.....	①	②	③	④	⑤
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety.....	①	②	③	④	⑤
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts.....	①	②	③	④	⑤
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over.....	①	②	③	④	⑤

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit? Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital work area/unit...	Never	Rarely	Sometimes	Most of the time	Always
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports.....	①	②	③	④	⑤
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care	①	②	③	④	⑤
3. We are informed about errors that happen in this unit	①	②	③	④	⑤
4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority	①	②	③	④	⑤
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again.....	①	②	③	④	⑤
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right	①	②	③	④	⑤

SECTION D: Frequency of Events Reported

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported? Mark your answer by filling in the circle.

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is <i>caught and corrected before affecting the patient</i> , how often is this reported?	①	②	③	④	⑤
2. When a mistake is made, but has <i>no potential to harm the patient</i> , how often is this reported?	①	②	③	④	⑤
3. When a mistake is made that <i>could harm the patient</i> , but does not, how often is this reported?	①	②	③	④	⑤

SECTION E: Patient Safety Grade

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety. Mark ONE answer.

- A Excellent
 B Very Good
 C Acceptable
 D Poor
 E Failing

SECTION F: Your Hospital

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital. Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety	①	②	③	④	⑤
2. Hospital units do not coordinate well with each other	①	②	③	④	⑤
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another	①	②	③	④	⑤
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together	①	②	③	④	⑤
5. Important patient care information is often lost during shift changes	①	②	③	④	⑤
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units..	①	②	③	④	⑤
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units	①	②	③	④	⑤
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	①	②	③	④	⑤
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens	①	②	③	④	⑤
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients	①	②	③	④	⑤
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital	①	②	③	④	⑤

SECTION G: Number of Events Reported

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted? Mark ONE answer.

- a. No event reports
 b. 1 to 2 event reports
 c. 3 to 5 event reports
 d. 6 to 10 event reports
 e. 11 to 20 event reports
 f. 21 event reports or more

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results. Mark ONE answer by filling in the circle.

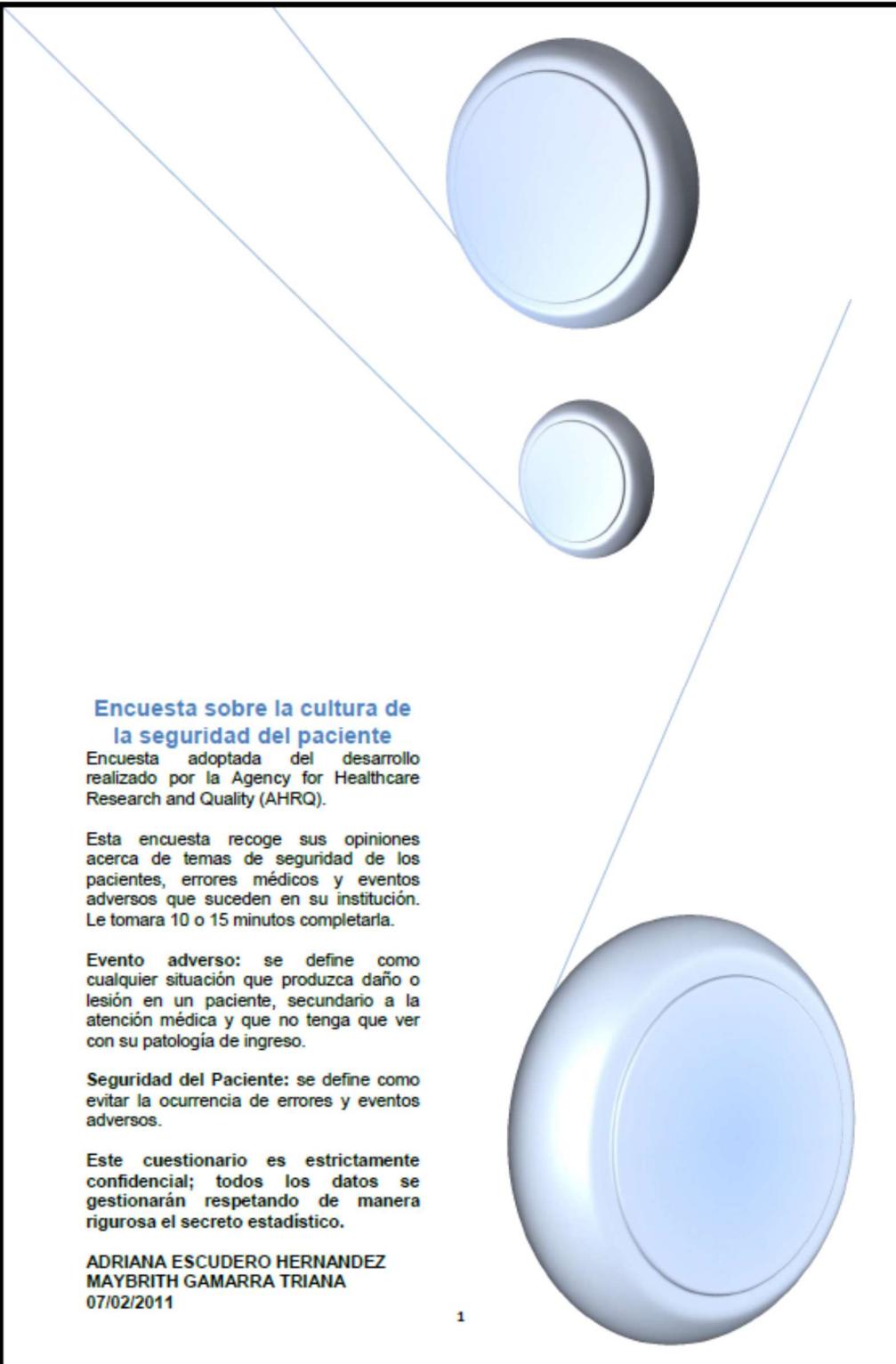
1. How long have you worked in this hospital?
 - a. Less than 1 year
 - b. 1 to 5 years
 - c. 6 to 10 years
 - d. 11 to 15 years
 - e. 16 to 20 years
 - f. 21 years or more
2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?
 - a. Less than 1 year
 - b. 1 to 5 years
 - c. 6 to 10 years
 - d. 11 to 15 years
 - e. 16 to 20 years
 - f. 21 years or more
3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?
 - a. Less than 20 hours per week
 - b. 20 to 39 hours per week
 - c. 40 to 59 hours per week
 - d. 60 to 79 hours per week
 - e. 80 to 99 hours per week
 - f. 100 hours per week or more
4. What is your staff position in this hospital? Mark ONE answer that best describes your staff position.
 - a. Registered Nurse
 - b. Physician Assistant/Nurse Practitioner
 - c. LVN/LPN
 - d. Patient Care Assistant/Hospital Aide/Care Partner
 - e. Attending/Staff Physician
 - f. Resident Physician/Physician in Training
 - g. Pharmacist
 - h. Dietician
 - i. Unit Assistant/Clerk/Secretary
 - j. Respiratory Therapist
 - k. Physical, Occupational, or Speech Therapist
 - l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)
 - m. Administration/Management
 - n. Other, please specify:
5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?
 - a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
 - b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.
6. How long have you worked in your current specialty or profession?
 - a. Less than 1 year
 - b. 1 to 5 years
 - c. 6 to 10 years
 - d. 11 to 15 years
 - e. 16 to 20 years
 - f. 21 years or more

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

ANEXO B



Encuesta sobre la cultura de la seguridad del paciente

Encuesta adoptada del desarrollo realizado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en su institución. Le tomara 10 o 15 minutos completarla.

Evento adverso: se define como cualquier situación que produzca daño o lesión en un paciente, secundario a la atención médica y que no tenga que ver con su patología de ingreso.

Seguridad del Paciente: se define como evitar la ocurrencia de errores y eventos adversos.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

**ADRIANA ESCUDERO HERNANDEZ
MAYBRITH GAMARRA TRIANA
07/02/2011**

1

Sección A Su área / unidad de trabajo

En esta encuesta, piense en su "unidad" como el área de trabajo, de la institución donde usted pasa la mayor parte de su horario laboral. Marque UNA SOLA OPCIÓN

Unidad de atención básico Cabecera	
Unidad de atención básico González Valencia	
Unidad de atención básica de Baja Complejidad	
Unidad de atención básico Bucarica	
Unidad de atención básico Cañaveral	
Unidad de atención básico Girón	

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en esta institución? Marque UNA SOLA OPCIÓN

Medicina General		Farmacia	
Especialistas		Servicio al Cliente	
Fisioterapia		Servicios Generales	
Terapia Respiratoria		Otro, por favor, especifique:	
Enfermería			

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su área / unidad de trabajo. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Plense en su área / unidad de trabajo	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
1. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente.	1	2	3	4	5
2. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.	1	2	3	4	5
3. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.	1	2	3	4	5
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	1	2	3	4	5
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
6. Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
7. Usamos más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
8. El personal siente que sus errores son usados en su contra.	1	2	3	4	5
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos.	1	2	3	4	5
10. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.	1	2	3	4	5
11. Cuando su área / unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	1	2	3	4	5
12. Cuando se informa de un evento adverso se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema.	1	2	3	4	5
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.	1	2	3	4	5
14. Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho muy rápidamente.	1	2	3	4	5
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
16. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.	1	2	3	4	5
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	1	2	3	4	5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	1	2	3	4	5

Sección B Su Superior / Jefe

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su Superior / Jefe o la persona a la cual usted le reporta directamente. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Plense en su área / unidad de trabajo	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
19. Mi Superior / Jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
20. Mi Superior / Jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
21. Cuando la presión se incrementa, mi Superior / Jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
22. Mi Superior / Jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.	1	2	3	4	5

Sección C Comunicación

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

Plense en su área / unidad de trabajo	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	La Mayoría de Veces	Siempre
23. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1	2	3	4	5
24. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
25. Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta unidad.	1	2	3	4	5
26. En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.	1	2	3	4	5
27. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.	1	2	3	4	5

Sección D Frecuencia de eventos adversos / errores reportados

En su área / unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿con qué frecuencia son reportados?
 Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Pliese en su área / unidad de trabajo	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	La Mayoría de Veces	Siempre
28. Cuando se presenta un evento adverso usted lo reporta aplicando el formato de seguimiento	1	2	3	4	5
29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	1	2	3	4	5
30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	1	2	3	4	5
31. Cuando se comete un error que pudiera dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	1	2	3	4	5
32. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	1	2	3	4	5
33. En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.	1	2	3	4	5
34. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.	1	2	3	4	5

Sección E Grado de seguridad de paciente

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

Excelente	Muy bueno	Aceptable	Pobre	Malo

Sección F Su institución

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su institución.
 Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Pliese en su área / unidad de trabajo	Muy en Acuerdo	En Acuerdo	NI de Acuerdo NI en Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
36. La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
37. Las unidades de esta institución no están bien coordinadas entre sí.	1	2	3	4	5
38. La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra.	1	2	3	4	5
39. Hay buena cooperación entre las unidades de la institución que requieren trabajar conjuntamente.	1	2	3	4	5
40. Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.	1	2	3	4	5
41. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta institución.	1	2	3	4	5
42. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución.	1	2	3	4	5
43. Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	1	2	3	4	5
44. La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	1	2	3	4	5
45. Las unidades de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.	1	2	3	4	5
46. Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes.	1	2	3	4	5

Sección G Número de eventos adversos / errores reportados

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

Ningún Reporte	De 1 a 2 Reportes	De 3 a 5 Reportes	De 6 a 10 Reportes	De 11 a 20 Reportes	21 Reportes o más

Sección H Antecedentes

48. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?

Menos de 1 Año	De 1 a 5 Años	De 6 a 10 Años	De 11 a 15 Años	De 16 a 20 Años	21 Años o Más

48. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?

Menos de 1 Año	De 1 a 5 Años	De 6 a 10 Años	De 11 a 15 Años	De 16 a 20 Años	21 Años o Más

60. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

Menos de 20 Horas a La Semana	De 20 a 39 Horas a La Semana	De 40 a 59 Horas a La Semana	De 60 a 79 Horas a La Semana	De 80 a 99 Horas a La Semana	100 a la Semana o más

