

**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN DOS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE UNA SUBRED  
HOSPITALARIA DE BOGOTÁ**

Desarrollado en el marco de la investigación docente

**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS  
UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL  
DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE DE  
BOGOTÁ EN EL AÑO 2018**

Elaborado por el docente investigador  
**Gloria Lucia Arango Bayer**

Presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:  
**Aldana Galindo Angie Julieth, Bernal Aragon Johanna, Bonilla Avella Laura,  
Cubillos Borda Maria Fernanda, Mojica Narváez Cristian Jose  
Pérez Herrera Angela Tatiana**

Universidad El Bosque  
Facultad de Enfermería  
Bogotá D.C, Abril de 2019

**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN DOS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE  
UNA SUBRED HOSPITALARIA DE BOGOTÁ**

Desarrollado en el marco de la investigación docente

**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS  
UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL  
DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE DE  
BOGOTÁ EN EL AÑO 2018**

Elaborado por el docente investigador

**Gloria Lucia Arango Bayer**

Grupo de Investigación: Cuidado de la salud y calidad de vida  
Línea de investigación: Gestión en salud y seguridad del paciente

Presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:

**Aldana Galindo Angie Julieth, Bernal Aragon Johanna, Bonilla Avella Laura,  
Cubillos Borda Maria Fernanda, Mojica Narváez Cristian Jose  
Pérez Herrera Angela Tatiana**

Universidad El Bosque  
Facultad de Enfermería  
Bogotá D.C, Abril de 2019

## Tabla de contenido

1. MARCO DE REFERENCIA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	23
1.4 OBJETIVOS	24
1.4.1 General	24
1.4.2 Específicos	24
1.5 IMPACTOS ESPERADOS (PROPÓSITOS)	25
1.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	25
1.7 MARCO TEÓRICO	26
1.7.1 Cultura organizacional	26
1.7.2 Calidad de la atención en Salud: fundamento de la preocupación por la Seguridad del paciente.	26
1.7.3 Seguridad del paciente	29
1.7.4 Cultura de seguridad del paciente	30
1.8 MARCO LEGAL	31
2. MARCO METODOLÓGICO	33
2.1 TIPO DE ESTUDIO	33
2.2 UNIDAD DE ANÁLISIS, POBLACIÓN Y MUESTRA	34
2.2.1 Unidad de análisis	34
2.2.2 Población y muestra	34
2.3 VARIABLES	35
2.4 INSTRUMENTO	36
2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
2.6 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	39
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	40
3. RESULTADOS	41
3.1 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD A	42
3.1.1 Información general de los encuestados	42

3.1.1.1 Posición laboral en el hospital	42
3.1.1.2 Área/unidad de trabajo	43
3.1.1.3 Antigüedad en el hospital	44
3.1.1.4 Antigüedad en el área/servicio actual de trabajo	45
3.1.1.5 Horas de trabajo semanales en el hospital	46
3.1.1.6 Antigüedad en su actual especialidad o profesión	47
3.1.2 Percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo.	48
3.1.3 Percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente.	50
3.1.5 Frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados.	52
3.1.6 Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados.	53
3.1.7 Percepción de los encuestados con respecto a la cultura de seguridad del paciente a nivel de la institución.	54
3.1.8 Percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente.	55
3.1.9 Percepción de los encuestados en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos.	56
3.1.10 Porcentaje de respuestas positivas por dimensión Unidad de Servicios de Salud A	58
<b>3.2 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD B</b>	<b>60</b>
3.2.1 Información general de los encuestados	60
3.2.1.1 Posición laboral en el hospital	60
3.2.1.2 Área/unidad de trabajo	61
3.2.1.3 Antigüedad en el hospital	62
3.2.1.4 Antigüedad en el área/servicio actual de trabajo	63
3.2.1.5 Horas de trabajo semanales en el hospital	64
3.2.1.6 Antigüedad en su actual especialidad o profesión	65
3.2.2 Percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo.	66

3.2.3 Percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente.	68
3.2.4 Percepción de los encuestados sobre la comunicación en su unidad o área de trabajo.	69
3.2.5 Frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados.	70
3.2.6 Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados.	71
3.2.7 Percepción de los encuestados con respecto a la cultura de seguridad del paciente a nivel de la institución.	72
3.2.8 Percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente.	75
3.2.9 Percepción de los encuestados en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos.	76
4. DISCUSIÓN	79
5. CONCLUSIONES	83
5.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	86
6. RECOMENDACIONES	87
ANEXOS	89
ANEXO A: PRESUPUESTO	89
ANEXO B: CRONOGRAMA	90
ANEXO C. INSTRUMENTO	91
ANEXO D. POSTER PARA SENSIBILIZACIÓN	98
ANEXO E. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZADO POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA SUBRED NORTE	99

## Lista de tablas

Tabla 1 Distribución de la muestra en USS A Y B	35
Tabla 2 Agrupación de respuestas del cuestionario de la AHRQ	39

## Lista de gráficos

Gráfica 1 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿cuál es su posición laboral en este hospital? Unidad de Servicios de Salud A	42
Gráfica 2 Área/unidad de trabajo. Unidad de Servicios de Salud A	43
Gráfica 3 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital? Unidad de Servicios de Salud A	44
Gráfica 4 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad? Unidad de Servicios de Salud A	38
Gráfica 5 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: típicamente ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital? Unidad de Servicios de Salud A	46
Gráfica 6 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión? Unidad de Servicios de Salud A	47
Gráfica 7 percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo. Unidad de Servicios de Salud A	48
Gráfica 8 Percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente. Unidad de Servicios de Salud A	50
Gráfica 9 Percepción de los encuestados sobre la comunicación en su unidad o área de trabajo. Unidad de Servicios de Salud A	51
Gráfica 10 Frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados. Unidad de Servicios de Salud A	52
Gráfica 11 Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados. Unidad de Servicios de Salud A	53
Gráfica 12 Percepción de los encuestados con respecto a la cultura de seguridad del paciente a nivel de la institución. Unidad de Servicios de Salud A	54
Gráfica 13 Percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente. Unidad de Servicios de Salud A	55
Gráfica 14 Percepción de los encuestados en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos. Unidad de Servicios de Salud A	56
Gráfica 15 Porcentaje de respuestas positivas por dimensión unidad de Servicios de Salud A	58
Gráfica 16 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿cuál es su posición laboral en este hospital? Unidad de Servicios de Salud B	60
Gráfica 17 Área/unidad de trabajo. Unidad de Servicios de Salud B	61
Gráfica 18 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital? Unidad de Servicios de Salud B	62

Gráfica 19 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad? Unidad de Servicios de Salud B	63
Gráfica 20 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: típicamente ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital? Unidad de Servicios de Salud B	64
Gráfica 21 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión? Unidad de Servicios de Salud B	65
Gráfica 22 Percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo. Unidad de Servicios de Salud B	66
Gráfica 23 Percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente. Unidad de Servicios de Salud B	68
Gráfica 24 Percepción de los encuestados sobre la comunicación en su unidad o área de trabajo. Unidad de Servicios de Salud B	69
Gráfica 25 Frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados. Unidad de Servicios de Salud B	70
Gráfica 26 Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados. Unidad de Servicios de Salud B	71
Gráfica 27 Percepción de los encuestados con respecto a la cultura de seguridad del paciente a nivel de la institución. Unidad de Servicios de Salud B	72
Gráfica 28 Percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente. Unidad de Servicios de Salud B	75
Gráfica 29 Percepción de los encuestados en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos. Unidad de Servicios de Salud B	76
Gráfica 30 Porcentaje de respuestas positivas por dimensión unidad de Servicios de Salud B	77

# **PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DOS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE UNA SUBRED DE LA RED DE HOSPITALES DE BOGOTÁ**

## **1. MARCO DE REFERENCIA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la década de los 90 en los Estados Unidos, surgió la preocupación por investigar la calidad del cuidado médico como consecuencia de la incidencia de muertes inesperadas de pacientes atendidos de forma hospitalaria. Fue el informe “Errar es humano”, publicado en 1999 por el Instituto de Medicina, el que convirtió a los Estados Unidos en pionero en la investigación de lo que hoy se conoce como Seguridad del Paciente. Por orden del presidente Bill Clinton, con base en este informe, la Agencia para políticas e investigación en salud, se renombró como Agencia para la calidad y la investigación en salud (AHRQ por sus siglas en inglés).

Y es que el informe “Errar es Humano” evidenció que los errores médicos prevenibles en el proceso de atención estaban generando alrededor de 44000 a 98000 muertes al año. El doctor Lucian Leape, presentó ante una comisión del Senado de los EEUU la clasificación de las formas de errar durante las etapas de atención en salud, exponiendo las fallas en el diagnóstico, tratamiento y diferentes actividades a nivel preventivo.

Dentro de los errores más frecuentes o comunes de la atención y práctica sanitaria se evidenciaron los relacionados con los medicamentos, transfusiones y cirugías, así como lesiones generadas por caída del paciente, las lesiones en la piel y los errores en la identificación de pacientes.

En el año 2004 se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) desde la Organización Mundial de la Salud debido al incremento de las tasas de eventos adversos que no sólo generaban la muerte de los pacientes sino también incapacidades transitorias o permanentes. (1) (2)

Todo esto ha convertido a la seguridad del paciente en un tema de gran relevancia a nivel mundial. Por ello, las instituciones y el personal involucrado con la atención de los sujetos de cuidado se preocupan por investigar y dar respuesta a esta problemática. Un factor decisivo en lograr mayor seguridad del paciente es la cultura de seguridad del paciente, definida por Khatri y colaboradores como “la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia” (3)

Efectivamente, los valores y prácticas compartidos en torno a la seguridad del paciente determinan la conducta de los miembros del equipo de salud frente a los asuntos relacionados con la prevención de eventos negativos en salud que son evitables.

Por supuesto, la cultura de seguridad del paciente se relaciona con las causas que generan los eventos adversos evitables: 1) la falibilidad humana porque, aunque los profesionales de la salud están entre los individuos más capacitados, trabajan en un sistema con imperfecciones y esto hace que sea más fácil hacer lo incorrecto y más difícil lo correcto; 2) la complejidad que implican los procesos en salud, que dificultan su ejecución sin errores, es decir, si los procesos fueran más cortos y menos complejos se podría disminuir significativamente el error; 3) deficiencias en los sistemas, refiriéndose a las condiciones inseguras que existen en el sistema de atención en salud como tal, denominadas como errores latentes, que tienen el potencial de causar daño al paciente. Aunque muchos errores permanecen latentes sin causar daño al paciente, cuando se presenta un conglomerado equivocado de circunstancias pueden dar un resultado negativo. La deficiencia del personal de salud por trabajar en turnos

prolongados es un ejemplo de ello. 4) la vulnerabilidad de las barreras defensivas destinadas a evitar errores que causen daño al paciente. Mientras más predominantes son las deficiencias, mayor probabilidad de que los errores causen algún daño, como, por ejemplo, la mala comunicación. (4)

La cultura de seguridad del paciente en el contexto hospitalario conforma un componente de vital importancia, puesto que permite reconocer y analizar actitudes y comportamientos del personal de salud que interviene en el cuidado directo del paciente. Su medición otorga la facultad de registrar medidas y de esta manera tomar decisiones adecuadas referentes a su desarrollo y ejercicio enfocados a su mejoramiento, traducido esto en un sistema de salud más seguro con mayor capacidad de demanda y respuesta.

A nivel internacional se reconoce como necesidad indagar e investigar acerca de esta por el incremento en la tasa de presentación de eventos adversos y la poca importancia que el personal de salud presta a su incidencia para lograr disminuir estos eventos. Es por ello que el estudio de la cultura de seguridad del paciente resulta de enorme interés para las instituciones y los sistemas de salud. A continuación, se presentan algunos estudios sobre la cultura de seguridad del paciente que revelan las diferencias en la cultura en torno a este asunto.

En un estudio realizado en 15 hospitales de California, EE. UU, se investigó la cultura de la seguridad buscando comparar la percepción en los 15 hospitales y determinar qué tanto difería, aunque estuvieran en el mismo estado. La preocupación de los autores conduce a trazar como objetivo comprender las actitudes relacionadas con la cultura de seguridad del paciente, reconociendo además su variación según el cargo, el estado clínico y el tipo de trabajo. Para este grupo de investigadores el término “cultura segura” va más allá de la recolección y el reporte de datos, la reducción de la culpa y la necesidad de involucrar a los otros en el liderazgo en torno a la seguridad del paciente. Agregan los autores que por esta razón hay una tendencia a predefinir tipos de cultura

que en realidad no miden las actitudes de los respondientes en torno a la cultura de seguridad.

Con base en ello, los investigadores se proponen hacer la medición de la cultura de seguridad del paciente usando el cuestionario PSCI adaptado a una muestra de 6312 empleados de los 15 hospitales, incluyendo a todos los médicos, a todos los ejecutivos principales y una muestra aleatoria del 10% del resto del personal asistencial de cada uno de los hospitales. La recolección se hizo a lo largo de 6 meses, remitiéndose paquetes a los buzones de las oficinas con tres envíos separados por un periodo de cuatro semanas.

Entre los resultados se destaca el alto porcentaje de respuestas problemáticas, que fue en promedio del 18%, siendo mayor para las preguntas impersonales o hipotéticas que para las personales. Las preguntas relativas a los compañeros de trabajo obtuvieron menor número de respuestas neutras que las personales relativas a la calidad de la atención.

Con respecto a la cultura del reporte, 33% consideraron que no se les reconocía por “tomar acciones rápidas en la identificación de errores graves” mientras que el 28% consideró que podrían ser castigados si se descubriera un error cometido por ellos. Para el 52%, la falta de experiencia del personal se constituía en un riesgo para proporcionar atención segura. Más del 39% informó que habían visto a sus compañeros realizar acciones inseguras, pero no notificaron y el 8% admitió que había hecho algo que no era seguro para el paciente.

En cuanto a la variación entre hospitales se identificó que era muy amplia, ya que en ciertos hospitales decían que pedir ayuda era un acto de incompetencia y era vergonzoso, mientras que en otros ratificaron la importancia de notificar, pero no informaban si hacerlo era un acto positivo o negativo. Los representantes de la alta gerencia registraron con menor frecuencia respuestas problemáticas a las preguntas individuales, siendo la única pregunta a la que dieron una respuesta problemática con

mayor frecuencia que los trabajadores del nivel operativo la siguiente: “decirles a otros mis errores es vergonzoso”. Las respuestas de los gerentes que no tenían actividad clínica se orientaron más hacia una cultura de seguridad que el personal clínico. Entre los clínicos, las enfermeras fueron quienes dieron más respuestas que sugieren problemas de seguridad del paciente. Justamente con base en estos hallazgos los autores sugieren que es necesario establecer estrategias para mejorar la comunicación de los gerentes con los clínicos, especialmente en transmitir su interés en la seguridad del paciente. (5)

En la ciudad de Murcia, en España, se llevó a cabo un estudio descriptivo, donde se buscaba diseñar actividades para mejorar la seguridad del paciente y con ello minimizar errores y efectos adversos en la prestación de los servicios en salud en los diferentes hospitales del Sistema Nacional de Salud español, reconociendo que una cultura positiva en cuanto a la seguridad del paciente se constituye en uno de los requisitos indispensables para prevenir la ocurrencia de eventos adversos, aprender de ellos cuando ocurren y hacer ajustes para evitar que vuelvan a ocurrir.

Los autores quisieron medir la cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del cuestionario de la Agencia para la calidad y la investigación en salud (AHRQ por sus siglas en inglés), en una muestra aleatoria de 24 hospitales. Se analizaron 2.503 encuestas, en donde el 90% de los profesionales encuestados estuvieron en contacto directo con el paciente, el 95% informó menos de dos eventos en el último año. La puntuación global del clima de seguridad fue de 7 medida con una escala de 0 a 10; además obtuvieron como fortaleza los ítems “el personal se apoya mutuamente”, con 78,2% y, “cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” con respuesta general de 76,8%. Como oportunidades de mejora identificaron dotación del personal 61,7%, apoyo de la gerencia 45,5% y percepción de seguridad con 33,8%.

En conclusión, se logró evidenciar e identificar las diferentes áreas de fortaleza y oportunidades de mejora en el clima de seguridad del paciente que contribuyen al diseño de estrategias de mejora en los diferentes hospitales del sistema nacional de salud español. (6)

Otro estudio realizado en España acerca de la cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica, se llevó a cabo en un hospital público del Sistema Nacional de Salud de la Comunidad Valenciana. El estudio, descriptivo transversal, surgió de la preocupación por la ocurrencia de eventos adversos relacionados con el proceso quirúrgico, que representaban el 40% de todos los efectos adversos informados en los hospitales. Por ello, se consideró necesario saber dónde pueden existir debilidades y establecer mejoras que disminuyan la ocurrencia de los eventos adversos.

La investigación se propuso evaluar en enfermeros y auxiliares de un servicio quirúrgico las percepciones, opiniones y conductas relacionadas con la seguridad del paciente, para posteriormente describir fortalezas y oportunidades de mejora conforme a lo establecido por la agencia para la calidad y la investigación en salud (AHRQ por sus siglas en inglés) y finalmente identificar los incidentes de seguridad notificados. Para ello se aplicó el instrumento de la AHRQ a 74 profesionales de enfermería.

El resultado más relevante de esta investigación fue que en el servicio quirúrgico no se encontró fortaleza alguna. Por otra parte, las necesidades de mejora más relevantes se centraron en la dotación del personal 64,0%, y apoyo de la gerencia 52,9%. El grado de seguridad del paciente osciló, en una escala hasta 10, entre 7 y 8,99.

Los investigadores concluyeron, con base en los hallazgos, la importancia de su estudio para intervenir en la cultura de seguridad del paciente en otras unidades quirúrgicas. (7)

En México se llevó a cabo una investigación de tipo cuantitativo descriptivo, transversal, que buscaba determinar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora continua en seguridad del paciente, según la percepción del personal de Enfermería de un hospital.

El estudio parte de reconocer que se requiere poner en práctica la cultura de seguridad como pilar esencial de Enfermería para brindar y fomentar atención en salud basada en la calidad. Para ello se toma la definición de cultura de seguridad del paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) entendida como “El resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos”. (8)

La muestra estuvo conformada por 195 enfermeras, así: 41 del turno de la mañana, 35 del turno de la tarde, 61 del turno de la noche y 58 en la jornada acumulada, (es decir personal que cubre turnos los días sábados, domingos y festivos con horario de 8 am a 10 pm). Tras la aplicación y análisis del cuestionario (diseñado por la AHRQ), se obtuvieron como fortalezas el aprendizaje organizacional con puntaje de 78%, el trabajo en equipo 77% y aprendizaje organizacional con puntaje de 75%. Se identificaron como oportunidades de mejora las dimensiones de insumos entregados al personal 16%, respuesta no punitiva a los errores 18%, apoyo administrativo del hospital 28%, retroalimentación positiva y comunicación de fallas y errores 35%, trabajo mancomunado entre unidades y problemas generados en la entrega y recibo de turno y transiciones entre servicios/unidades 35%.

Con base en el estudio se encontraron 6 dimensiones como oportunidades de mejora y tres fortalezas. (8)

Otro estudio realizado en México investigó la cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. El estudio se llevó a cabo debido a que en una clínica de medicina familiar ubicada al sur de la Ciudad de México no se estaban notificando de manera adecuada los eventos adversos, por lo que decidieron averiguar qué percepción sobre cultura de seguridad del paciente manejaban las enfermeras de la clínica y por qué no se estaban notificando los eventos adversos. La finalidad del estudio fue conocer la percepción de clima y cultura de seguridad del paciente y adicional a esto calcular la prevalencia de los eventos adversos.

En esta investigación utilizaron el cuestionario de la AHRQ traducido al español con su debido consentimiento informado, aplicado a 27 enfermeras de la clínica.

Los resultados muestran una percepción entre pobre y aceptable de la seguridad del paciente, puesto que el 40.7% refirió que era entre pobre y aceptable, y el 15% muestra una percepción entre excelente y muy bueno. En cuanto al número de eventos notificados, el 66% no había notificado ningún evento, el 15% de 1 a 2 eventos y el 19% de 3 a 5 eventos.

Para concluir, la mayor parte de los entrevistados no habían reportado ningún evento adverso; además un porcentaje mínimo refirió que la cultura de seguridad del paciente está entre aceptable y superior, por lo cual los autores recomendaron instaurar políticas sobre cultura de seguridad del paciente en todas las unidades del sector salud y realizar seguimiento para evaluar dichas acciones basadas en las políticas. (9)

En Río Grande del Sur, Brasil, se hizo un estudio cuantitativo, descriptivo sobre la cultura de seguridad y la percepción de las enfermeras intensivistas. El interés por realizar la investigación surgió del Programa para la Seguridad del Paciente establecido en ese país en el año 2013, que buscaba cualificar el cuidado en salud en todo el territorio. A partir de estas directrices, las autoras se propusieron realizar el estudio en

unidades de cuidados intensivos, un entorno que por sus características exige equipos preparados para evitar riesgos en los pacientes.

La investigación fue realizada en 7 hospitales a 216 profesionales (100%), de los cuales solo participaron 173 del área profesional de enfermería que trabajaban en las UCI y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos: ser enfermeras profesionales registradas con el Consejo Regional del Estado de enfermería de Rio Grande do Sul, ser empleadas de una de las instituciones donde se realizó el estudio. Esta investigación propone utilizar un cuestionario que contempla los conocimientos que tiene el personal sobre situaciones que involucren aspectos relacionados con la percepción de los profesionales de enfermería en cuanto a las actitudes a la cultura de seguridad del paciente en las instituciones.

Este cuestionario involucra los aspectos generales; entre ellos, la seguridad en el cuidado del paciente obtuvo una media 4.01 con mayor énfasis “ Tengo tiempo suficiente para completar las tareas necesarias para la atención del paciente de forma segura” con una desviación estándar de 1,46 ,prevención de errores como prioridad organizacional , se obtuvo una media 3.62con mayor énfasis “Mi sector realiza un buen trabajo de gestión de los riesgos para garantizar la seguridad del paciente” con desviación de 1,30, la percepción de riesgos dentro de la institución con una media de 2.83 con mayor énfasis en “la dirección del hospital tiene una visión clara sobre los errores que ocurren dentro de la institución” con una desviación estándar de 1.50 ,con el fin de identificar posibles diferencias de la percepción del personal en relación a la cultura de seguridad del paciente y atención en salud.

Como resultado, se identificó que las instituciones buscan trabajar en beneficio de la seguridad del paciente. Se concluyó entonces que se requiere buscar rutas para orientar a los miembros del equipo a notificar los eventos que se presenten dentro de la institución con el fin de mejorar las cuestiones que involucran la Seguridad del Paciente. (10)

En Brasil se realizó un estudio de la cultura de seguridad del paciente en una unidad de trasplante de médula ósea. El estudio parte de reconocer que la seguridad del paciente se ha presentado como un tema global donde los países han tomado algunas iniciativas, logrando que las instituciones de salud proporcionen un cuidado seguro alcanzando resultados favorables sin generar daño o poner en riesgo a los pacientes, desde las opiniones de algunos profesionales de la salud en una Unidad de Trasplante de Médula ósea de Oncología.

En este estudio, de tipo cuantitativo transversal, se utilizó el cuestionario de actitudes de seguridad (Safety Attitudes Cuestionario- SAQ-ICU). La encuesta se aplicó a 33 profesionales, siendo la mayoría del sexo femenino. El promedio de edad de los participantes es de 40 años.

Para este estudio se catalogaron los participantes según sus años de experiencia en el servicio de oncología y en la unidad trasplante de médula ósea, donde el 40% tenían más de 5 años de experiencia en el servicio de oncología, y el 60% en la unidad de trasplante de médula ósea.

Para determinar la cultura de seguridad del paciente se evaluaron las dimensiones del cuestionario, donde una de las dimensiones mostró una buena “satisfacción laboral”, y las demás dimensiones mostraron en el análisis estadístico puntuaciones por encima del 75%. En relación a la percepción sobre la gerencia del hospital y de la unidad un 71,2% refirieron que estaban satisfechos, seguido por el clima trabajo en equipo que obtuvo un porcentaje de 71,5%.

Sin embargo, los investigadores recomiendan que por medio de una comunicación asertiva analicen las acciones que se deban aplicar para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el servicio; también se resaltó la importancia de la sensibilización a los profesionales de salud en tomar el error como un aprendizaje. (11)

En un Hospital Público de Enseñanza ubicado en la región del Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil, se hizo un estudio sobre seguridad del paciente de tipo cuantitativo observacional con el fin de determinar la asociación entre las puntuaciones del clima de seguridad del paciente, comparado con las variables sociodemográficas de los profesionales de salud, justificando que las acciones que generan inestabilidad en el desarrollo de las prácticas clínicas fomentan prácticas inseguras en salud, las cuales conllevan a la presentación de eventos adversos, constituyendo un problema de salud pública. Por ello se encontró como obligación la creación e implementación de estrategias de monitoreo de errores y mejoras en pro al cuidado de los pacientes. En este estudio definen la cultura de seguridad del paciente citando el trabajo de Nieva y cols. En donde se reconoce como el “conjunto de valores, actitudes, percepciones, tanto individuales como de grupos, que determinan el compromiso y el estilo, referentes a las cuestiones de seguridad del paciente en una organización de salud” (12)

La muestra para esta investigación estuvo constituida por 556 profesionales del área de la salud, a quienes se les aplicó el Cuestionario de actitudes frente a la seguridad (Safety Attitudes Questionnaire, SAQ). En el componente descriptivo del estudio se encontró que la puntuación general fue en promedio 61,8 (DE=13,7) y la mediana 63,3, siendo el valor de referencia 75 o superior para reconocer el clima como positivo, de modo que con base en los resultados se consideró la percepción de la seguridad del paciente como negativa. La más baja puntuación se obtuvo en lo relacionado con la gestión de la unidad y del hospital (promedio 52,4; DE=19,5), y la más alta en la satisfacción en el trabajo (promedio 80,5; DE=17,7) A excepción de este dominio, los restantes obtuvieron puntuaciones por debajo de 64, si bien se encontraron diferencias en la percepción entre el equipo médico y el de enfermería, siendo mejores las percepciones de los médicos que la de los enfermeros. El estudio sugiere continuar trabajando en establecer factores predictores de la seguridad del paciente (13).

La preocupación por la cultura de seguridad del paciente también se expresa en estudios realizados en Colombia. A manera de ejemplo, en un hospital universitario de Bogotá se

hizo una investigación con el objeto de contar con una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en la institución. En este trabajo se define cultura de seguridad del paciente como el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad.

El enfoque de este estudio fue de tipo descriptivo transversal; el instrumento utilizado fue la encuesta de la AHRQ; la muestra estuvo conformada por 194 enfermeras y auxiliares de Enfermería. Los resultados evidenciaron, en cuanto al manejo que hay frente a errores o incidentes que un 78,35% refiere que se preocupa por el error que comete y que este quede registrado, mientras que en el equipo de trabajo entre las unidades se logró evidenciar que un 59,28% refiere que no es desagradable trabajar con el personal otras unidades; en cuanto a trabajo en equipo al interior de las unidades este reflejó que un 75,77% de los participantes considera que al interior de las unidades se tratan con respeto; para la retroalimentación y comunicación de errores un 65,46% refirió que se discuten formas para prevenir errores para que no se repitan. El grado de seguridad percibido fue excelente – bueno para el 48,45% de los encuestados.

En conclusión, lograron evidenciar que la investigación en términos de seguridad del paciente ha avanzado en la institución objeto de estudio, y con ello han logrado construir una cultura de seguridad. (14)

Como puede observarse, la preocupación por la cultura de seguridad del paciente es un fenómeno de estudio a nivel mundial. Las inquietudes que originan la necesidad de investigar en torno a este asunto son diversas, pero todas confluyen en un interés por garantizar a nivel de los hospitales y de los sistemas de salud en general, una atención menos riesgosa para los pacientes. A esta preocupación se suma este proyecto de investigación, que pretende responder a la siguiente pregunta:

## **¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente en dos unidades de servicios de salud de una subred hospitalaria de Bogotá?**

### **1.2 JUSTIFICACIÓN**

En Bogotá, Colombia el 29 de Abril de 2016 el alcalde electo Enrique Peñalosa da a conocer su plan de desarrollo “Bogotá mejor para todos 2016-2020”. Allí expone la necesidad de reestructurar y reorganizar la red hospitalaria distrital de la ciudad por la ineficiencia y poca capacidad resolutive de estas. Esta nueva organización plantea la creación de cuatro subredes, integrando de esta manera las Empresas Sociales del Estado en Sur, Sur Occidente, Centro Oriente y Norte con el fin de mejorar la eficiencia, reducir los trámites y facilitar el acceso a los servicios a la población de Bogotá.

El estudio que se realizó hace parte de un macroproyecto de investigación que desarrollan conjuntamente una de las Subredes del Distrito con la Universidad El Bosque, estudio que tiene por objeto trazar una línea de base sobre la cultura de seguridad del paciente en la nueva subred. Esto surge puesto que, antes de esta reestructuración, cada centro hospitalario, de acuerdo con sus políticas y características particulares, tenía una cultura de seguridad del paciente específico. El interés de la Secretaría Distrital de Salud es que, al interior de cada una de las subredes conformadas, las unidades de servicios de salud compartan una cultura de seguridad del paciente similar, que demuestre que las políticas del distrito y los lineamientos de las subredes tienen un impacto sobre todas las unidades que las componen. Este trabajo surge de este interés.

## **1.4 OBJETIVOS**

### 1.4.1 General

Describir la percepción de la cultura de seguridad del paciente en dos unidades de servicios de una subred hospitalaria de Bogotá

### 1.4.2 Específicos

1. Describir la percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo.
2. Describir la percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente.
3. Describir la percepción de los encuestados sobre la comunicación en su unidad o área de trabajo.
4. Identificar la frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados.
5. Identificar el grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados.
6. Describir la percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente, el trabajo en equipo entre las unidades, y las transferencias y transiciones.
7. Describir la percepción de los encuestados en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos.

## **1.5 IMPACTOS ESPERADOS (PROPÓSITOS)**

Este trabajo aporta al macroproyecto de investigación sobre Cultura de Seguridad del paciente que está realizando la Universidad El Bosque con una de las subredes de salud del distrito, ofreciendo información sobre dos de las unidades de servicios de salud de la subred objeto de estudio, a la vez que aporta a las dos instituciones concretas en las cuales se ejecutó, cuyos resultados les serán útiles para identificar sus fortalezas y oportunidades de mejora específicas.

Se espera que a partir de ella las instituciones y la subred diseñen planes de mejora y que esta investigación sea la base para que de manera periódica y sistemática se evalúen los cambios en la cultura y, con ello, los planes de mejora implementados.

## **1.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS**

### **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La seguridad del paciente se define como el “Evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos asistenciales.” (15)

### **CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) define la cultura de seguridad del paciente como “el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, implementando medidas preventivas para evitar eventos adversos.” (8)

## **1.7 MARCO TEÓRICO**

Consolidando los principales conceptos en esta investigación de acuerdo al desarrollo de las diferentes búsquedas, se define el término cultura y cultura organizacional, se hace referencia a la seguridad del paciente y sus objetivos y, por último, se presenta qué es la cultura de la seguridad del paciente.

### **1.7.1 Cultura organizacional**

En 1871 Edward Burnett Tylor definió la cultura a nivel socio antropológico como: “El conjunto de conocimientos, creencias, arte, derechos, moral, costumbres y los demás hábitos y aptitudes que el hombre adquiere en cuanto es miembro de la sociedad.” (16)

Jorge Gilbert Ceballos en su obra “Introducción a la sociología” (17) y Marisol collazos en su apartado “cultura y proceso de socialización” (18) agrupan los componentes o elementos de la cultura en: ideas o conocimientos, lenguaje, valores, normas, signos (señales y símbolos), lenguaje, creencias y artefactos tecnológicos. (17)(18)

Reconociendo que en las empresas y organizaciones se construye una cultura, en el ámbito de la administración, la cultura organizacional es: según Chiavenato “un modo de vida, un sistema de creencias y valores, una forma aceptada de interacción y relaciones típicas de determinada organización.” (19) (20)

### **1.7.2 Calidad de la atención en Salud: fundamento de la preocupación por la Seguridad del paciente.**

Avedis Donabedian fue uno de los pioneros que desde los años 80 empleó el concepto de calidad asistencial. Para él la “calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”(25).

El concepto de calidad varía según la situación y en consecuencia será distinto en el ámbito que se utilice. Para ello se deben tener en cuenta tres componentes de la calidad asistencial que son:

- Componente técnico
- Componente interpersonal
- Aspectos de confort

El componente técnico es la aplicación de la ciencia y la tecnología en el manejo de un problema sin aumentar el riesgo que pueda tener una persona; el componente interpersonal está basado en la relación que deben adquirir las personas siguiendo las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general; el tercer componente (aspectos de confort) son todos aquellos aspectos que hacen sentir al individuo satisfecho con la atención recibida.

Existen iniciativa por parte del personal de salud con el fin de buscar mejorar la calidad de atención en la práctica, relacionados con los valores éticos que se pueden adquirir en el momento de la atención en salud y también cumpliendo requisitos mínimos que exige el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, que tengan los centros de atención. Aparte de las motivaciones el autor plantea diseños de acciones de mejora que los cataloga en tres grandes grupos organizados por las consecuencias que trae cada problema.

Problemas derivados de la falta de conocimientos: Se identifican porque el personal de salud presenta poco conocimiento a la hora de tomar decisiones frente a una situación de importancia hospitalaria. En el momento en que se evalúa los conocimientos y actitudes se identifica que el paciente puede llegar a presentar riesgos evitables por el desconocimiento a la hora de realizar los procedimientos.

Problemas derivados de déficits organizativos: Los administrativos deben distribuir de manera asequible las cargas laborales para el personal prestador de servicios de salud.

Problemas de actitud: se presenta cuando los profesionales no encuentran la motivación para realizar un trabajo de arduo compromiso y lleva a realizar una atención deficiente hacia los pacientes.

Para la mejora continua de la calidad de la atención se han propuesto cuatro finalidades que deben ser adoptadas por el profesional de salud como planes para que progresivamente solucionen los problemas anteriormente mencionados. Estas finalidades son:

- Conseguir un beneficio para el usuario que recibe la atención
- Minimizar los riesgos que la asistencia trae consigo
- Buscar la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la atención
- Buscar el confort del paciente y respetar sus derechos

Entonces la calidad de la atención en salud se interpreta como el suministro de servicios en salud a los usuarios individuales y colectivos de manera asequible y ecuánime, a través de un nivel profesional adecuado, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adherencia y satisfacción de dichos usuarios.

En el marco de la atención en salud, la seguridad del paciente implica conseguir la mejor atención, alcanzando los mejores resultados posibles, sin generar ningún evento adverso que genere un riesgo para la salud y/o la vida del paciente. (25)

### 1.7.3 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente se define como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. (21)

Para el logro y buen desarrollo de esta la OMS propone seis objetivos encaminados a disminuir los riesgos y mejorar la calidad en salud, estos son:

1. **Identificación correcta de los pacientes** para garantizar el cuidado y tratamiento preciso.
2. **Mejorar la comunicación efectiva** entre los profesionales y actores involucrados en el proceso de atención incluyendo médico, enfermera y paciente. Este proceso debe ser completo, oportuno, preciso, inequívoco y entendible.
3. **Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo** como aquellos que pueden conducir a la muerte; por ello se debe vigilar su administración, ser guardado y rotulado en un lugar seguro restringiendo el acceso al lugar en el que se encuentran e indicando quién o quienes pueden manipularlo.
4. **Garantizar la cirugía en el lugar correcto con el procedimiento correcto y paciente correcto** mediante la implementación de protocolos en los procedimientos quirúrgicos teniendo en cuenta los tiempos quirúrgicos (pre-intra-post)
5. **Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria** con la utilización de técnicas asépticas como el lavado de manos, teniendo en cuenta los 5 momentos.
6. **Reducir el riesgo de daño al paciente por caídas** por medio de la evaluación de incidencias teniendo en cuenta la aplicación de medidas de seguridad como brazaletes semaforizados, entornos favorables. (22)

#### 1.7.4 Cultura de seguridad del paciente

La cultura de seguridad se origina fuera del ámbito de salud. Diferentes estudios de organizaciones de alta confiabilidad muestran cómo estas llevan a disminuir los eventos adversos o resultados negativos para sus organizaciones. Grandes empresas del mundo trabajan en el reconocimiento de actividades con alto riesgo y logran operaciones seguras, el personal informa los errores sin temor de ser castigados o juzgados, entre otros. Esta cultura se instala en las instituciones de salud que buscan, además de lo anterior, incentivar a los diferentes profesionales de la salud a realizar una colaboración en pro de buscar soluciones a los problemas de seguridad y un compromiso de la organización para intervenir en problemas de seguridad. Con todas estas características se mejora la cultura de seguridad del paciente recordando que esta es un componente esencial para prevenir errores y mejorar la calidad de la atención.

La cultura de seguridad del paciente, para efectos de este estudio, se mide mediante una encuesta que está validada y disponible para su uso, formulada por la Agencia para la investigación y la calidad en Salud (AHRQ por sus siglas en inglés).(23) Este cuestionario define la cultura de seguridad del paciente como “el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, implementando medidas preventivas para evitar eventos adversos” (8).

La cultura de seguridad del paciente comprende unos elementos requeridos para definir una verdadera cultura de seguridad. En primer lugar, debe partir desde lo más altos ejecutivos o la gerencia, con su compromiso con ella. Además, los trabajadores de la salud en lo primero que deben de pensar cuando llegan a trabajar y antes de irse para la casa es en el bienestar de los pacientes y la calidad de la atención que reciben. Por ello, los ejecutivos, para que los miembros del equipo de salud reconozcan la importancia que

desde la gerencia se le da a la seguridad del paciente, deben pasar directamente por los servicios, conectándose directamente con los médicos, las enfermeras y los pacientes.

Otro elemento de la cultura de seguridad del paciente es la visión impulsada donde los ejecutivos realizan un análisis y evalúan el rendimiento y cumplimiento de estándares de atención, así como la experiencia del paciente. Así, la cultura de seguridad del paciente involucra a todos en todos los niveles, donde cada empleado, médico y miembro de la junta deben involucrarse en los planes de acción para aumentar la calidad y la seguridad del paciente. La cultura requiere también una evolución; esto se logra con la implementación de estrategias para que el personal de la salud oriente su trabajo hacia nuevas metas y objetivos para incentivar una prestación de los servicios sin errores de seguridad. La consistencia es otro aspecto relevante, y hace referencia al permanente compromiso de los líderes de la organización para que se busquen formas de mejorar los procesos para evitar que ocurran errores a futuro (24).

## **1.8 MARCO LEGAL**

La fundamentación legal de esta investigación se basa en el decreto 1011 del año 2006, que establece los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en donde se define la calidad de la atención de salud, las características y componentes respectivos para su adecuado desarrollo y la auditoría respectiva para su mejoramiento. (26)

Con el desarrollo de las características del Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud se orienta el avance y manejo de los resultados de la atención, dirigidos al usuario y de gran importancia en su seguridad siendo detallada esta como el “conjunto de elementos importantes estructurales, procesos, instrumentos y metodologías integradas en

evidencias científicamente confirmadas que conlleva a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (26).

Por otro lado, el 28 de mayo del año del 2014 se dispone la Resolución 2003 con el fin de definir, organizar y encaminar los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de asistencia en salud. Adicional a esto, se establecen estándares que tienen como objetivo principal atender la seguridad integral del paciente, basándose en las condiciones estructurales obligatorias (capacidad técnica, administrativa, suficiencia patrimonial, financiera y capacidad tecnológica).

El Decreto Nacional 903 de 2014 del Sistema Único de Acreditación presenta, en su manual de estándares de acreditación un Estándar (el número 6) orientado a la Seguridad del paciente, en la que se exige monitorear la cultura de seguridad del paciente (26).

## **2. MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

El diseño de esta investigación fue de tipo descriptivo, puesto que se pretende describir la cultura de seguridad del paciente en dos unidades de servicios de salud de Bogotá, es decir, presentar las características del fenómeno de estudio.

“La investigación descriptiva o método descriptivo de investigación es el procedimiento usado para describir las características del fenómeno, registrar y analizar las características del sujeto o población a estudiar. Los estudios descriptivos pertenecen y son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otra naturaleza, de donde se derivan frecuentemente los eventos de trabajo susceptible de ser verificados”. (27)

Se utilizó un método cuantitativo que es aquel que, según Rodríguez Peñuelas, hace uso de cuestionarios, inventarios y análisis demográficos que producen números, los cuales pueden ser analizados estadísticamente; un método en el cual los resultados se presentan con tablas estadísticas y gráficas (28).

Fue un estudio de corte transversal, puesto que toma los datos en un punto determinado del tiempo.

## 2.2 UNIDAD DE ANÁLISIS, POBLACIÓN Y MUESTRA

### 2.2.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis de este trabajo es la cultura, como construcción colectiva que se hace en la vida cotidiana

### 2.2.2 Población y muestra

Cuando se analiza una cultura ha de observarse a los actores sociales que se encuentran inmersos en el colectivo en el que se expresa la cultura. En este caso, la población objeto de este estudio fue conformada por personal asistencial de dos unidades de servicios de salud de Bogotá (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros y técnicos de radiología, laboratorio, etc.).

El tamaño de muestra para este trabajo partió del cálculo realizado para el proyecto de la profesora Gloria Lucía Arango. Para el cálculo del tamaño de muestra se usó como parámetro  $p$  a estimar, la proporción de respondientes del cuestionario sobre la seguridad del paciente en hospitales. Se usó la fórmula para la estimación de  $p$  deseada en unidades absolutas, propuesta por Remeso S., Osmar D., Llar J. y Langa S., utilizando un  $\alpha = 0.05$ , una distancia  $d$  del 5% a la proporción poblacional y asumiendo una hipótesis a dos colas (el escenario para un  $n$  más grande). La estimación de  $n$  estuvo dada por la siguiente expresión:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Desde que  $P$  sea desconocido,  $n$  toma su valor máximo en  $P = 0,5$ . De este modo, el tamaño muestral estuvo dado por 385 individuos. Bajo un muestreo por afijación proporcional, considerando la proporción de cada IPS en la muestra (29.4% para Unidad B, 48.5% para Unidad C y 22.1% para Unidad B) y la proporción de cada tipo de

profesionales dentro de cada IPS, los tamaños muestrales para las unidades A y B fueron los siguientes:

**Tabla 1 Distribución de la Muestra en USS A y B**

PERSONAL	A		B	
	%	Total, a incluir	%	Total, a incluir
Auxiliar área de salud	46.9	53	50.3	43
Enfermero	14.4	16	14.6	12
Médico	27.0	31	25.6	22
Otros profesionales	11.7	13	9.5	8
Total	113		85	

Fuente: Proyecto de investigación de la profesora Gloria Arango.

La muestra estuvo constituida por miembros del equipo de salud que regularmente tuvieran contacto directo con los pacientes, es decir, personal asistencial tanto en contrato de planta como por orden de prestación de servicios. Los auxiliares de salud incluyeron técnicos de radiología, auxiliares de enfermería y de laboratorio, auxiliares de farmacia y camilleros. Se excluyeron los miembros del equipo de salud que no tuvieran contacto directo con el paciente la mayor parte de su tiempo o que tuvieran un cargo asistencial.

### 2.3 VARIABLES

Las variables de este estudio correspondieron a las establecidas en el instrumento diseñado por la AHRQ, a saber:

- Regularidad de eventos notificados
- Percepción de seguridad

- Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad
- Aprendizaje organizacional/mejora continua
- Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
- Comunicación asertiva
- Retroalimentación positiva y comunicación sobre errores
- Respuesta no punitiva a los errores
- Dotación de personal
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
- Trabajo en equipo entre unidades/servicios
- Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

## **2.4 INSTRUMENTO**

El instrumento aplicado fue la encuesta en español provista por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, que busca medir la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud. La encuesta consta de 62 preguntas distribuidas en 6 secciones, así:

- Su área o unidad de trabajo
- Frecuencia incidentes reportados
- Supervisor o
- El hospital
- Comunicación
- Grado de seguridad del paciente

En cuanto a las opciones de respuesta en algunos de los ítems las respuestas se expresaron en grado de acuerdo, así:

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	--------------------------------	------------	----------------

En otras, las respuestas a los ítems se expresaron en términos de frecuencia, así:

Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	-----------	---------	--------------	---------

## **2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El contacto inicial con las directivas de la institución se hizo a través de la enfermera Blanca Forero, miembro del equipo de seguridad del paciente de la subred, coinvestigadora del proyecto de investigación de la profesora Gloria Lucía Arango. Dado que el macro proyecto fue aprobado por las directivas de la subred, se hizo contacto inicialmente con la persona a cargo de la seguridad del paciente en cada una de las unidades de servicios de salud objeto de estudio.

Posteriormente se hizo una sensibilización del personal asistencial de la institución mediante afiches, contacto vía WhatsApp a cada uno de los grupos profesionales cuyo líder permitió el acceso al grupo, y mediante contacto directo con otros miembros del equipo.

Hecho esto, previa elaboración de un cronograma, los estudiantes se distribuyeron por servicios en las dos instituciones hasta completar el tamaño de muestra definido previamente.

La invitación a participar en el proyecto se hizo a los miembros del equipo de salud en cada uno de los servicios. A ellos se les explicó el objetivo del estudio y se les hizo el proceso de consentimiento informado (El formato de consentimiento informado fue aprobado por la institución de salud y la Universidad El Bosque). En este proceso se explicó la justificación del estudio, así como el objetivo, propósitos, duración y la descripción de los procedimientos que se siguieron, enfatizando en la voluntariedad de la participación, el anonimato de los cuestionarios y la ausencia de riesgos. Se explicó también que la negación a participar en el estudio no traería sanciones para ellos y que podrían retirarse del estudio sin que ello significara algún riesgo para ellos en términos de la continuidad de su trabajo. También se hizo referencia a la confidencialidad de los datos. Una vez se hizo el proceso de consentimiento, se solicitó la firma del formato correspondiente y se hizo entrega del cuestionario, solicitando al participante la respuesta inmediata y sugiriendo hacerlo en un lugar tranquilo en donde no fuera visto ni oído. Los investigadores permanecieron atentos a la entrega del instrumento diligenciado, puesto que en algunos casos les fue solicitado por los respondientes que se les fuera entregado el formulario para devolverlo posteriormente. Por ello, fue necesario informarles que en un plazo no superior a dos horas tendría que recogerse el formato diligenciado.

Los sitios para diligenciar el cuestionario fueron consultorios médicos o espacios adecuados en el servicio como stand de enfermería, sala de espera, cafeterías, entre otras.

Los cuestionarios fueron aplicados en las dos instituciones en la semana comprendida entre el 28 de mayo y el 1 de junio del año 2018 tomando personal de los cuatro turnos.

## 2.6 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos a partir de la aplicación de los cuestionarios fueron tabulados en el programa dispuesto por la AHRQ para el efecto, obtenido con el apoyo de esa agencia. Atendiendo a las indicaciones de la AHRQ, en el software provisto por esa agencia se hace inversión de los puntajes de las declaraciones que se encuentran formuladas negativamente (30).

Para facilitar el análisis de los datos, el software proporcionado por la AHRQ presenta las respuestas en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

**Tabla 2 Agrupación de respuestas del Cuestionario de la AHRQ**

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Para la clasificación de cada ítem o dimensión para efectos de la interpretación se emplearon los criterios sugeridos por la AHRQ: se reconocieron como fortalezas los ítems en donde el 75% o más de las respuestas fueron positivas y como oportunidades de mejora aquellos en donde el 50% o más de las respuestas tuvieran un carácter negativo.

Los resultados y el conjunto de datos del estudio se presentaron a través de gráficos de barras apiladas.

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS**

La autonomía del participante se respetó al permitir que este tomara la decisión de participar o no contestando el cuestionario del estudio.

Al no realizar ningún tipo de intervención que generara daño al personal institucional se evidenció el principio de no maleficencia.

El cuestionamiento y posterior reflexión generada a partir del diligenciamiento del cuestionario significó ganancia en el participante ya que promovió en él la mejora en relación al tema de estudio, expresando así el principio de beneficencia.

La justicia se evidencia en que el trabajo realizado es equitativo y se implementó el cuestionario en personal asistencial, sin distinción alguna en razón de su raza, sexo, edad, credo o afiliación política.

Para garantizar la privacidad del participante se buscó un espacio en el cual no pudiese ser visto ni oído durante el diligenciamiento del cuestionario. Algunos de ellos se retiraron de los servicios y diligenciaron el formulario en el momento del descanso para garantizar privacidad. La confidencialidad se garantizó manteniendo los archivos físico y digital de la investigación en un lugar con limitación para su acceso y manteniendo el anonimato de los respondientes.

Atendiendo al respeto por la propiedad intelectual, en este trabajo se citan y referencian los autores consultados haciendo uso de las normas Vancouver.

### 3. RESULTADOS

Los datos que se presentan a continuación corresponden a los resultados de la aplicación de 113 cuestionarios en dos unidades de servicios de salud de la subred Norte, en cumplimiento del tamaño de muestra calculado para el efecto. Los respondientes cumplieron con el requisito indispensable de tener contacto directo con el paciente.

Para cada una de las dos unidades de servicios de salud (USS) estudiadas se presenta, en primer lugar, la información general de los encuestados, así: Posición laboral en el hospital, área o unidad de trabajo, antigüedad en el hospital, antigüedad en el área/servicio actual de trabajo, horas de trabajo semanales en el hospital, antigüedad en su actual especialidad o profesión

Posteriormente se exponen los resultados de la investigación atendiendo a cada uno de los objetivos específicos. Para describir la percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo, con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente y sobre la comunicación en su unidad o área de trabajo.

Luego se presentan los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados y el grado de seguridad del paciente percibido por ellos.

Se continúa con la descripción de la percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente, el trabajo en equipo entre las unidades, y las transferencias y transiciones y, finalmente en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos.

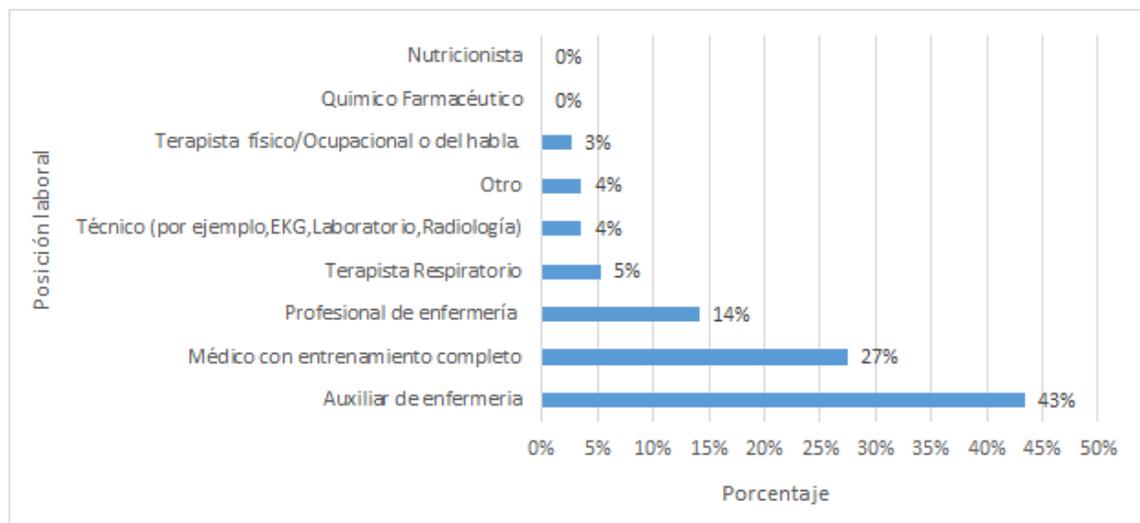
### 3.1 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD A

Se presenta en primer lugar información básica relativa a los participantes en cuanto a la unidad en la que trabajan, la experiencia laboral general y específica.

#### 3.1.1 Información general de los encuestados

##### 3.1.1.1 Posición laboral en el hospital

**Gráfica 1 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿Cuál es su posición laboral en este hospital? Unidad de Servicios de Salud A**

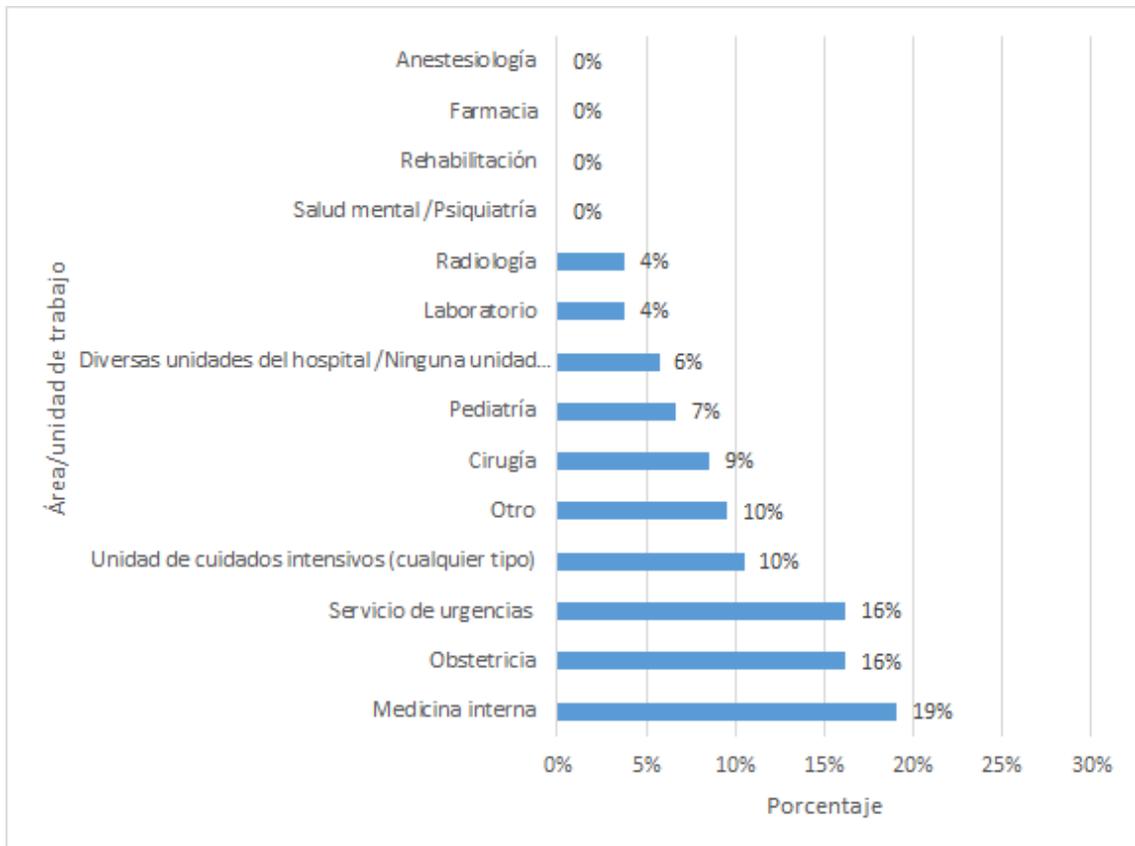


Fuente: Encuestados

En cuanto a la posición laboral, el porcentaje más alto de participantes lo obtuvo el personal auxiliar de enfermería con un 43%, seguido por médicos con entrenamiento completo con un 27%, y profesionales de enfermería con un 14 %. En coherencia con el tamaño de muestra y distribución según posición laboral, el porcentaje más bajo de participación en el diligenciamiento del cuestionario lo obtuvo el grupo de terapeuta físico/ocupacional o del habla con un 3%; no participaron nutricionistas ni químicos farmacéuticos.

### 3.1.1.2 Área/unidad de trabajo

**Gráfica 2 Área/unidad de trabajo. Unidad de Servicios de Salud A**

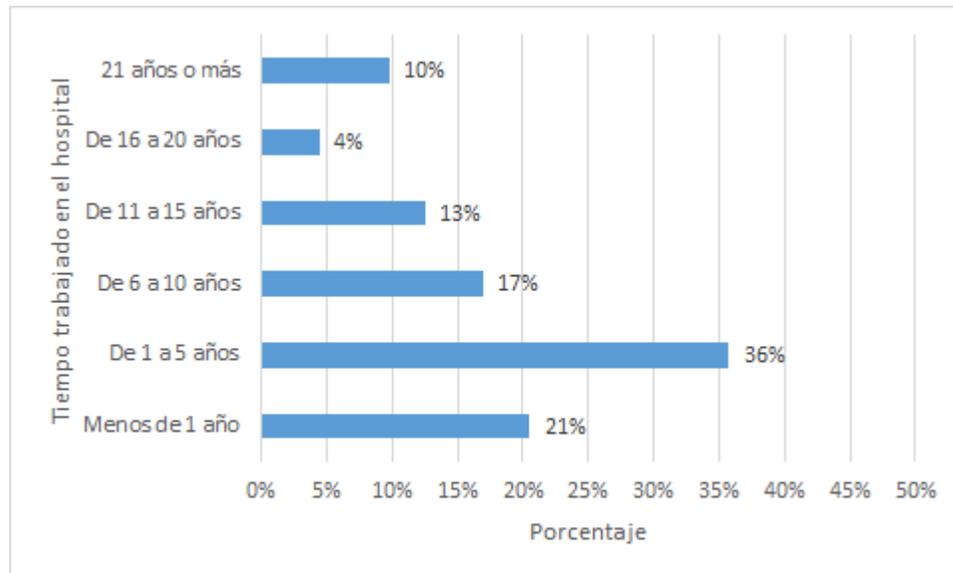


Fuente: Encuestados

Con relación a las características de los encuestados, como se observa en la gráfica, la principal área de trabajo en el hospital es medicina interna con un 19%, seguido del servicio de urgencias y obstetricia con el 16 % cada uno. No hubo participación de personal de anestesiología, farmacia, rehabilitación y salud mental/psiquiatría, y se evidenció baja participación de radiología y laboratorio con un 4% cada uno.

### 3.1.1.3 Antigüedad en el hospital

**Gráfica 3 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital? Unidad de Servicios de Salud A**

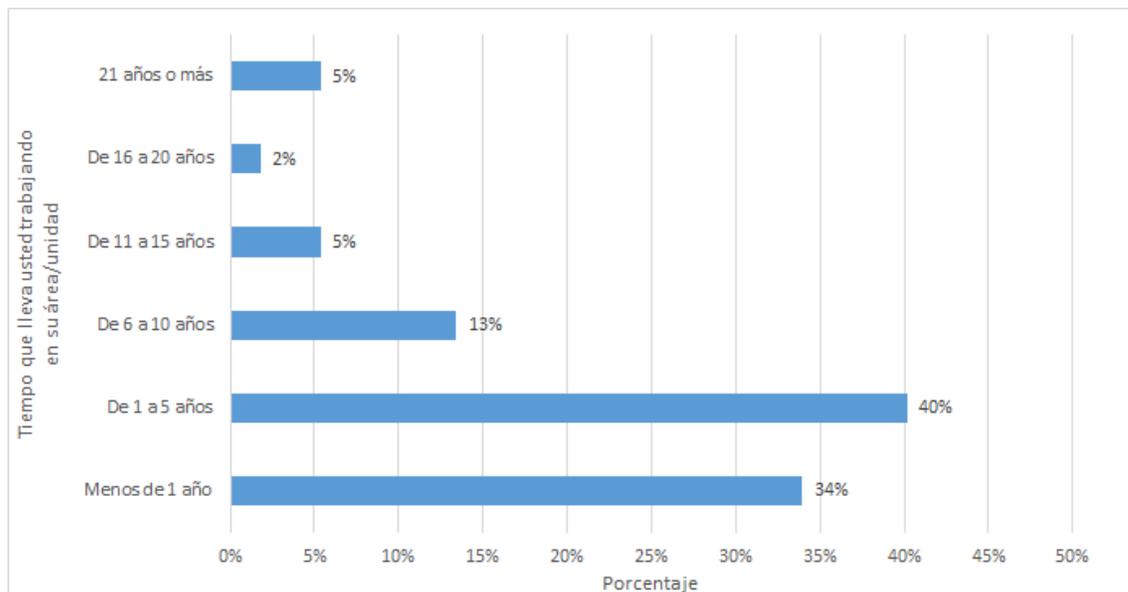


Fuente: Encuestados

Se destaca en esta gráfica que el 36% de los participantes tienen una experiencia laboral en el hospital de 1 a 5 años. Le siguen en porcentaje aquellos que tienen menos de un año de experiencia laboral en la institución (21%). Se observa además que hay una tendencia en reducción en el número de miembros del equipo de salud a medida que aumentan los años de trabajo en el hospital.

### 3.1.1.4 Antigüedad en el área/servicio actual de trabajo

**Gráfica 4 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad? Unidad de Servicios de Salud A**

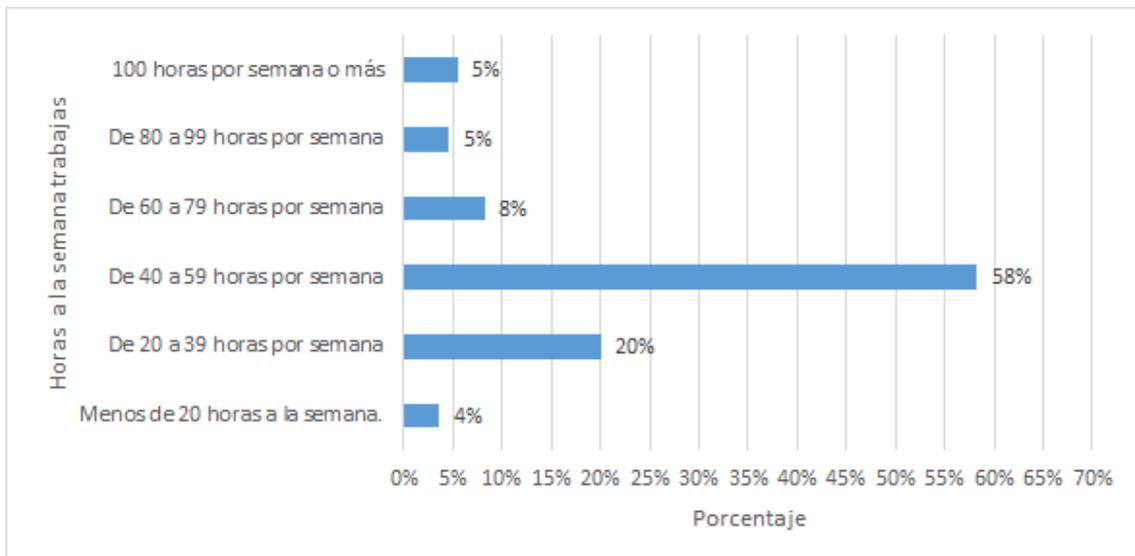


Fuente: Encuestados

Se puede observar que el 40% de los respondientes tiene una experiencia laboral en el área o servicio específico de 1 a 5 años, siendo este rango de antigüedad en el servicio o área el que ocupa el primer lugar. El 34% de los respondientes tienen menos de un año de trabajo en el área o servicio. Así, los resultados muestran que el 74% de los encuestados no han logrado experiencia en el servicio superior a 5 años, lo cual puede influir en la seguridad del paciente, porque limita la posibilidad de obtener dominio y habilidades para el manejo adecuado de los diferentes grupos de pacientes.

### 3.1.1.5 Horas de trabajo semanales en el hospital

**Gráfica 5 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: Típicamente ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital? Unidad de Servicios de Salud A**

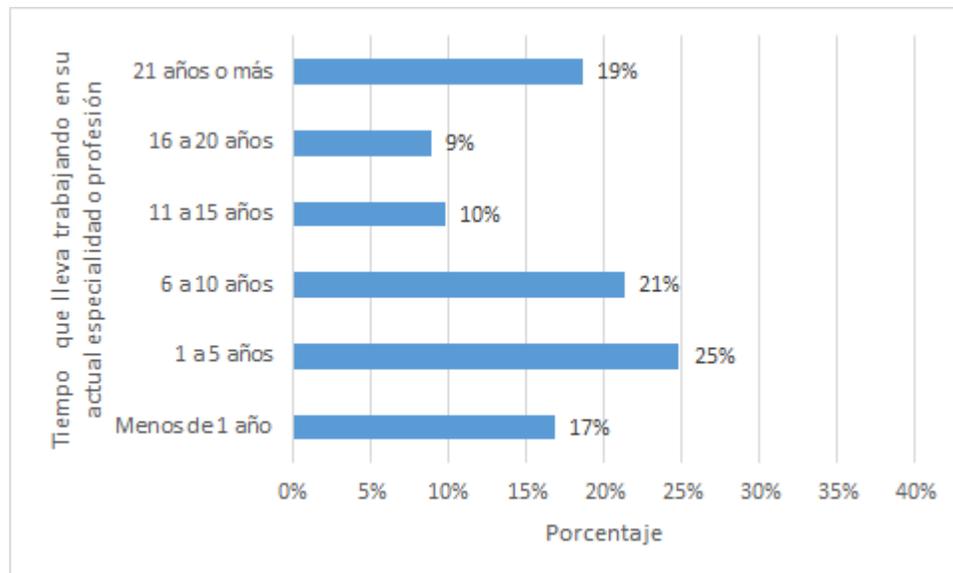


Fuente: Encuestados

En esta gráfica se observa que el 58% de los encuestados trabajan de 40 a 59 horas a la semana. Según la ley se debe trabajar un número máximo 48 horas a la semana. El 18% de los encuestados trabajan de 60 a 100 o más horas a la semana, lo cual afecta la seguridad del paciente porque hay mayor probabilidad de cometer errores atribuibles a fatiga y cansancio relacionados con el trabajo.

### 3.1.1.6 Antigüedad en su actual especialidad o profesión

**Gráfica 6 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión? Unidad de Servicios de Salud A**

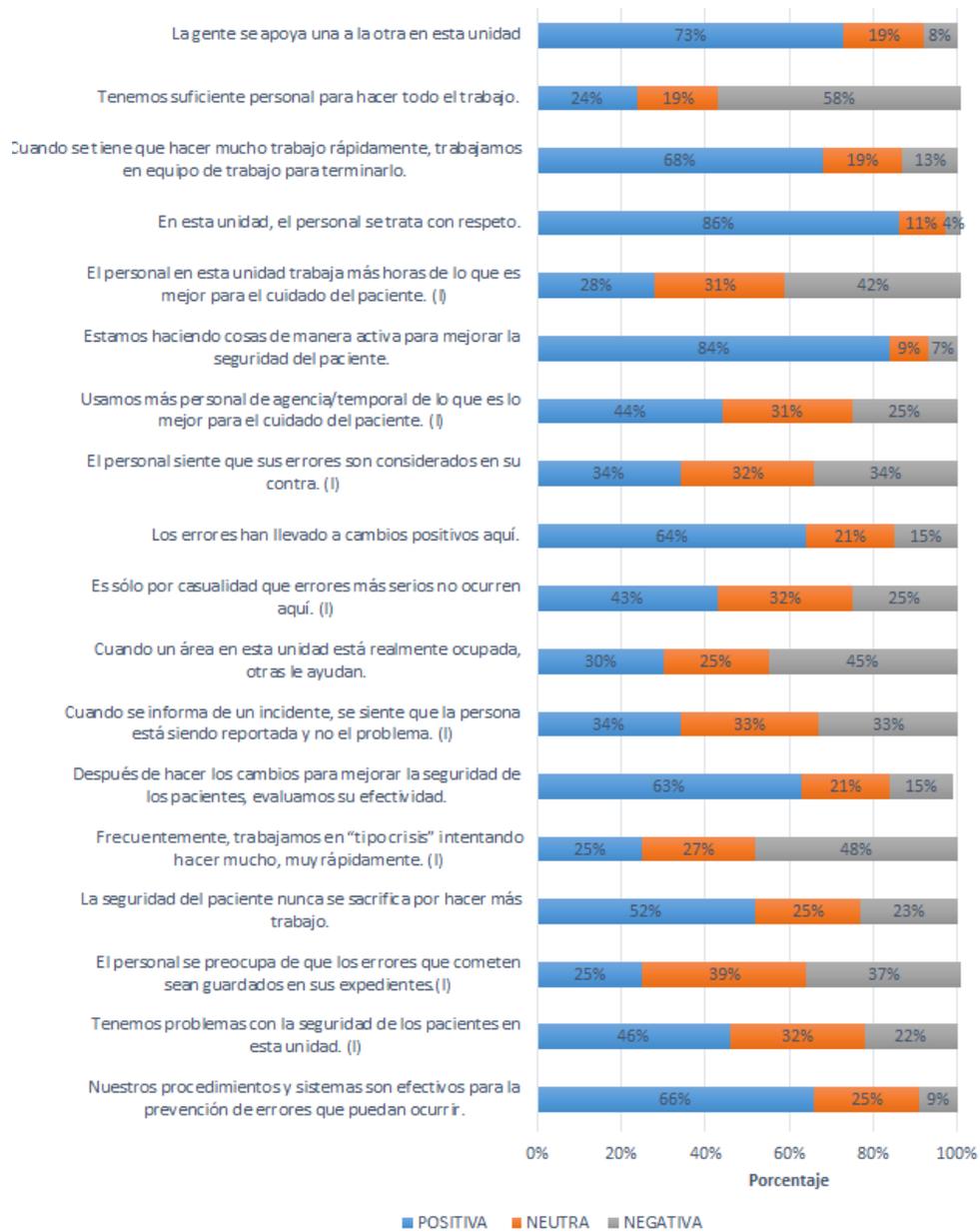


Fuente: Encuestados

En la gráfica se observa que el mayor porcentaje de los encuestados (25%) lleva trabajando en su profesión u oficio de 1 a 5 años, seguido por un 21% cuya experiencia en ejercer su profesión u oficio es de 6 a 10 años. Se destaca en esta gráfica que el 19% de los encuestados cuenta con 21 años de experiencia o más, mientras que las personas con 5 años de experiencia o menos suman 42% de los encuestados.

### 3.1.2 Percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo.

**Gráfica 7 Percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo. Unidad de Servicios de Salud A**



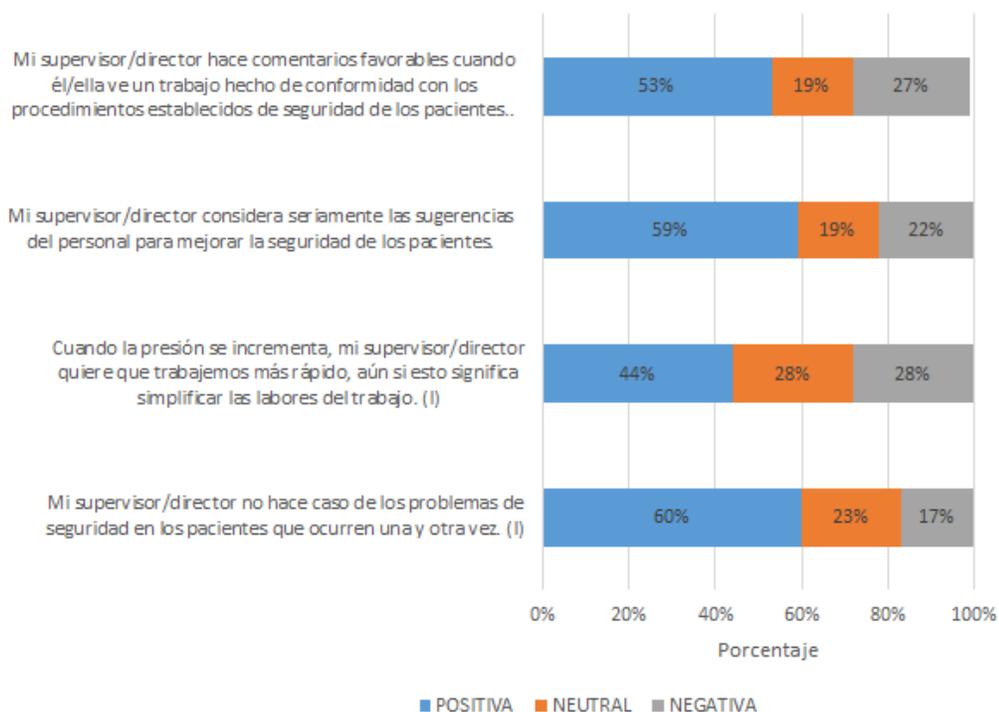
Fuente: Encuestados

En la gráfica se destacan con el mayor porcentaje de respuestas positivas el ítem relacionado con el trato respetuoso al interior de la unidad, afirmación con la cual el 86% demostró algún grado de acuerdo. Le sigue en su orden el ítem relacionado con las acciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente, en el cual el 84% mostró acuerdo. Superando estos dos ítems el 75% de las respuestas positivas, se considera fortalezas. Sin que llegue a constituirse en una fortaleza, se destaca también, con un 73%, el ítem que se refiere al apoyo que hay al interior de la unidad.

Entre los aspectos negativos de la cultura, llama la atención la falta de personal con el 58% de respuestas “De acuerdo” o “Totalmente de acuerdo”, al igual que el ítem referente a sobrecarga de horas de trabajo en el cual el 42% manifestaron algún grado de acuerdo; por último un hallazgo que vale la pena resaltar, es el alto porcentaje (39%) de respuesta neutra en el ítem relacionado con la percepción de que las fallas afectan la hoja de vida de los trabajadores. Valdría la pena preguntarse si este alto porcentaje puede atribuirse a una cultura punitiva frente al error.

### 3.1.3 Percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente.

**Gráfica 8 Percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente. Unidad de Servicios de Salud A**



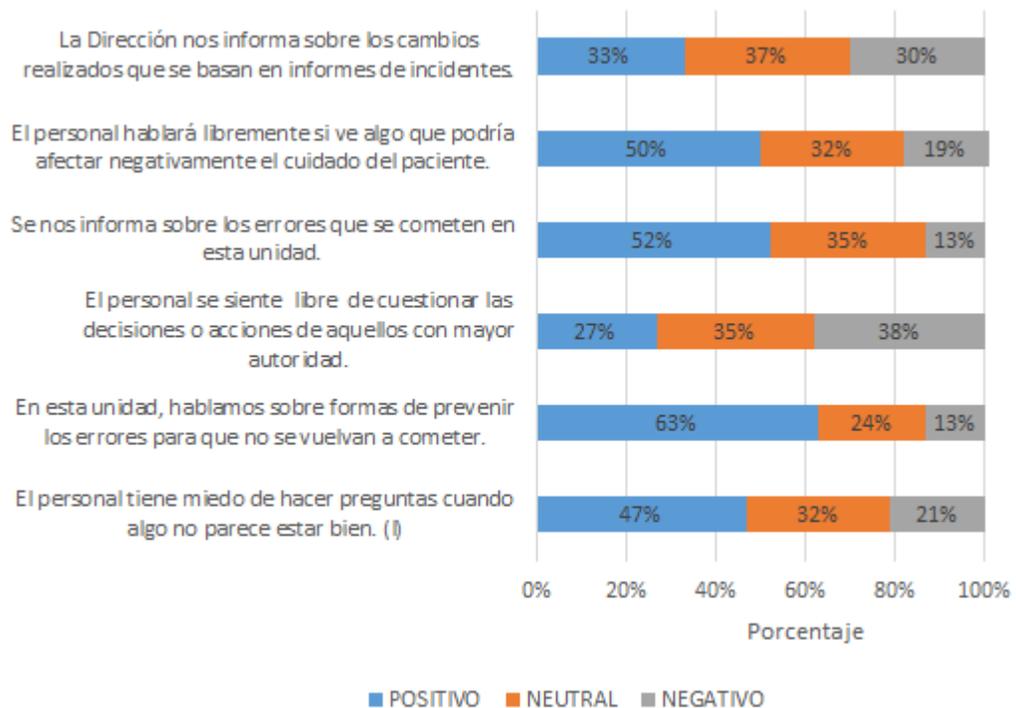
Fuente: Encuestados

De acuerdo a la percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente ningún ítem supera o iguala el 75% de respuestas positivas, así como tampoco se observan oportunidades de mejora en tanto que en ningún caso hay ítems que superen o igualen el 50% de respuestas negativas. Sin embargo, el aspecto valorado más positivamente fue el referente a la manera como el supervisor no hace caso de los problemas de seguridad del paciente cuando son repetitivos, ítem frente al cual el 60% de los encuestados manifiesta algún grado de desacuerdo. Le sigue en su orden, la consideración por parte del supervisor a

las sugerencias del personal orientadas a la seguridad del paciente, que recibió un 59% de respuestas positivas. El ítem con mayor porcentaje de respuestas negativas es el relacionado con la solicitud del supervisor de trabajar más rápido aun arriesgando la seguridad del paciente, puesto que el 28% de los respondientes estuvo de acuerdo con esta afirmación.

### 3.1.4. Percepción de los encuestados sobre la comunicación en su unidad o área de trabajo.

**Gráfica 9 Percepción de los encuestados sobre la comunicación en su unidad o área de trabajo. Unidad de Servicios de Salud A**

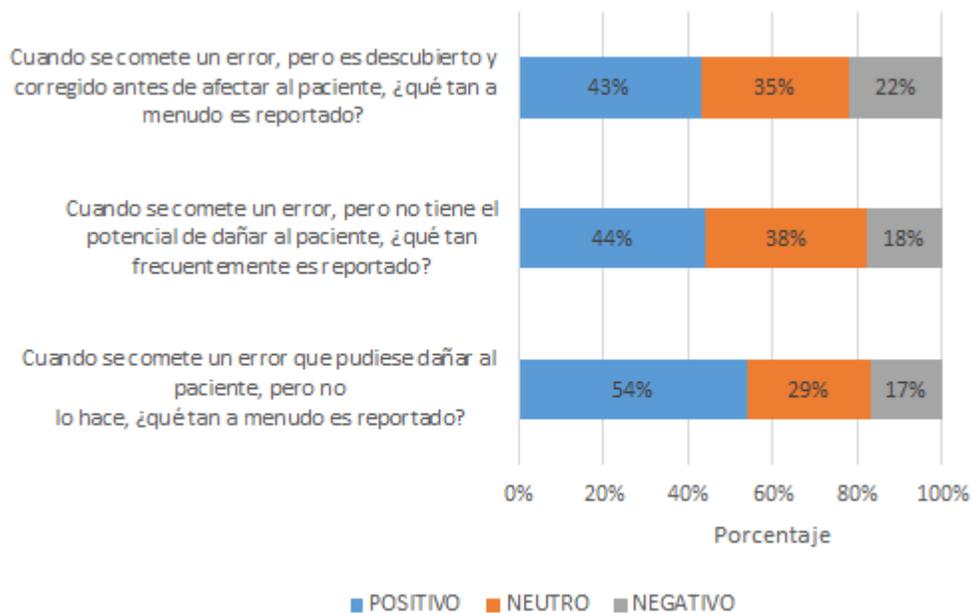


Fuente: Encuestados

Al igual que el gráfico anterior, en este se evidencia que ninguno de los aspectos relacionado con la comunicación de la unidad puede ser considerado fortaleza u oportunidad de mejora. El porcentaje más alto de respuestas positivas lo obtuvo “en esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer” con un 63% de acuerdo, seguido del aspecto “se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad” con un 52% de acuerdo. El aspecto negativo reportado con mayor frecuencia es “el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad” con un 38% de respuestas de desacuerdo, lo cual sugiere que dentro de la unidad de servicios de salud podría existir una cultura punitiva o de censura frente a los errores.

### 3.1.5 Frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados.

**Gráfica 10 Frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados. Unidad de Servicios de Salud A**

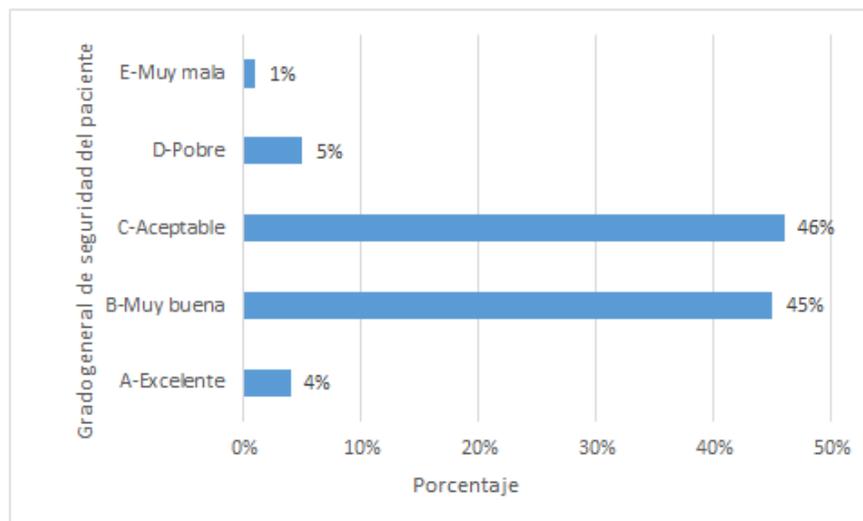


Fuente: Encuestados

Lo que más se destaca de este gráfico es el alto porcentaje de respuestas neutras a las cuestiones relacionadas con el reporte de eventos adversos, por cuanto el 38% de los encuestados reconoce que “a veces” ocurre el reporte de errores que no tienen el potencial de dañar al paciente y el 35% indica que “a veces” se reporta si se comete un error que es corregido y no alcanza a dañar al paciente. El 54% considera que un error que puede dañar al paciente, pero no lo hace frecuentemente o siempre es reportado. Aun así, ninguno de los ítems puede ser considerado una oportunidad de mejora o una fortaleza.

### 3.1.6 Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados.

**Gráfica 11 Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados. Unidad de Servicios de Salud A**

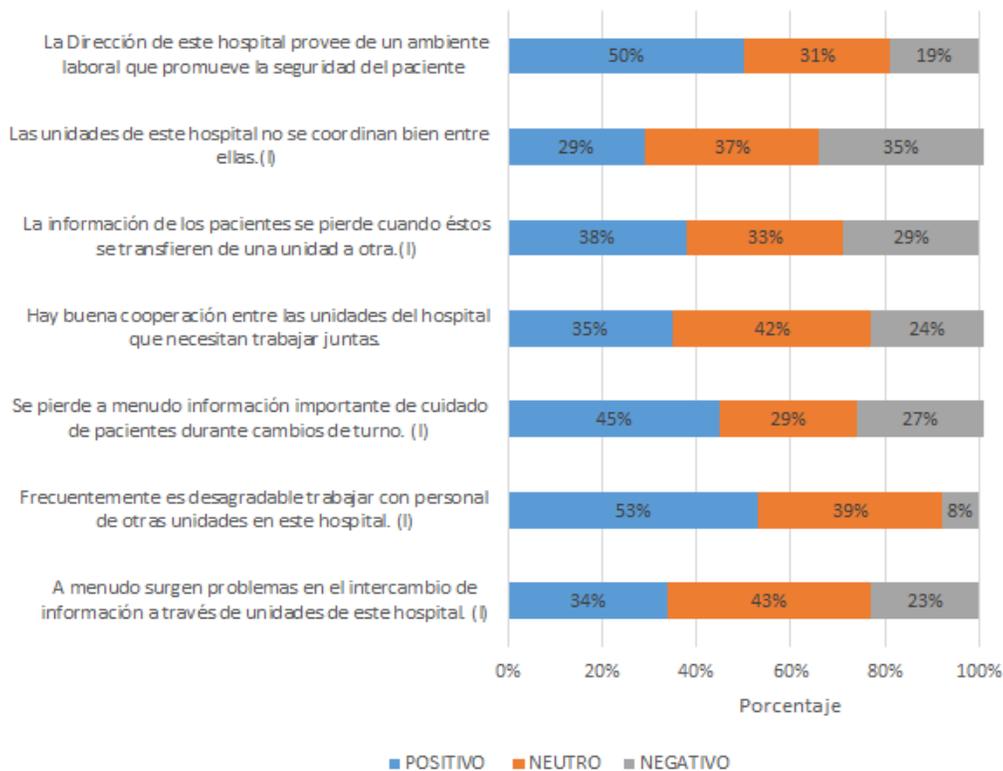


Fuente: Encuestados

En cuanto al grado general de seguridad del paciente, mientras el 49% considera la seguridad muy buena o excelente, un porcentaje muy similar (46%), la reconoce como aceptable y solo el 6% la percibe como pobre o mala. Resulta interesante observar cómo casi la mitad de los respondientes parecen destacar los logros en seguridad, mientras que la otra mitad no está conforme.

### 3.1.7 Percepción de los encuestados con respecto a la cultura de seguridad del paciente a nivel de la institución.

**Gráfica 12 Percepción de los encuestados con respecto a la cultura de seguridad del paciente a nivel de la institución. Unidad de Servicios de Salud A**

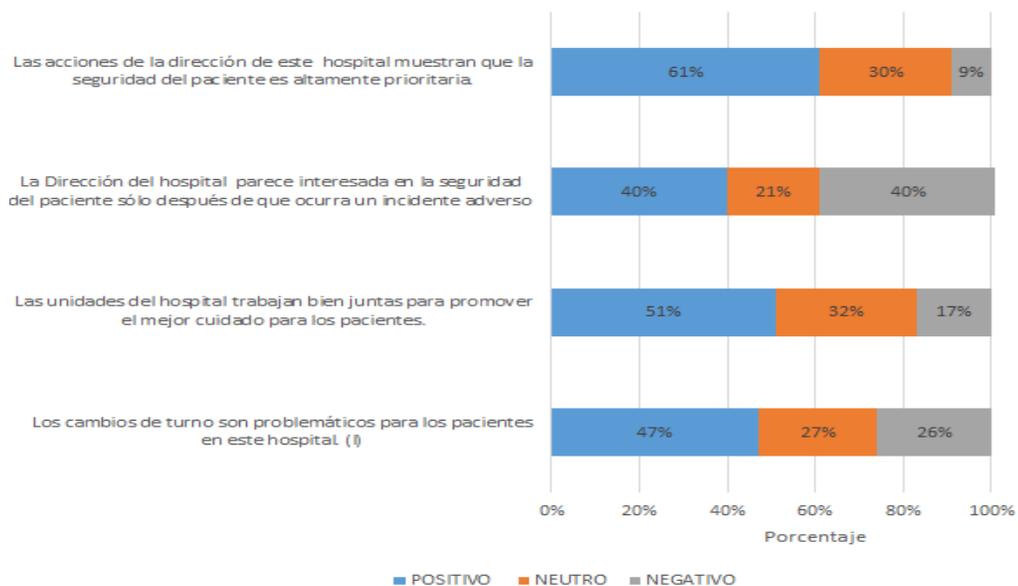


Fuente: Encuestados

A partir de la percepción de los encuestados con respecto a la cultura de seguridad del paciente no se evidencia ninguna fortaleza ni oportunidad de mejora. Sin embargo, para el 50% de ellos “la dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente”. El 53% de los encuestados están en desacuerdo con que “frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital”. Llama la atención que el 43% de los encuestados se muestran neutros frente a la afirmación “a menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital”. también se destaca que 35% de los respondientes reconocen que las unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.

### 3.1.8 Percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente.

**Gráfica 13 Percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente. Unidad e Servicios de Salud A**

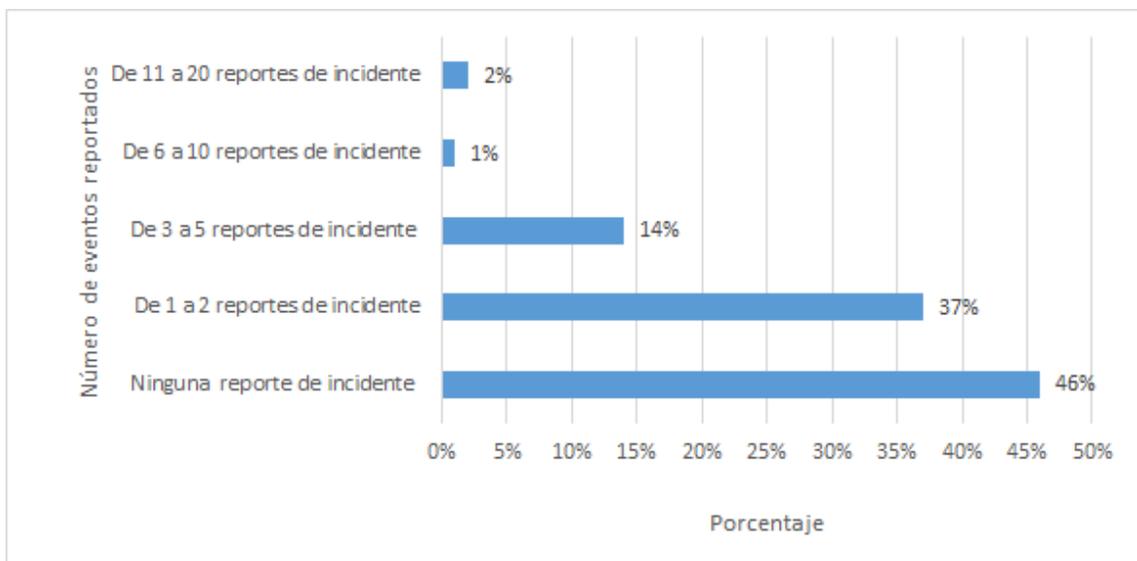


Fuente: Encuestados

De acuerdo a esta gráfica en cuanto al apoyo de la dirección en los asuntos relacionados con la seguridad del paciente no se observa ninguna fortaleza, aunque se evidencia que un 61% reconoce que “las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria”. Para el 51% de los encuestados “las unidades del hospital trabajan bien juntas para promover el mejor cuidado para los pacientes”, lo cual se contradice con el ítem de la dimensión anterior, que registra la falta de coordinación entre unidades. Llama la atención que mientras el 40% reconoce que la dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso un 40% más está en desacuerdo con esta afirmación.

### 3.1.9 Percepción de los encuestados en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos.

**Gráfica 14 Percepción de los encuestados en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos. Unidad de Servicios de Salud A**

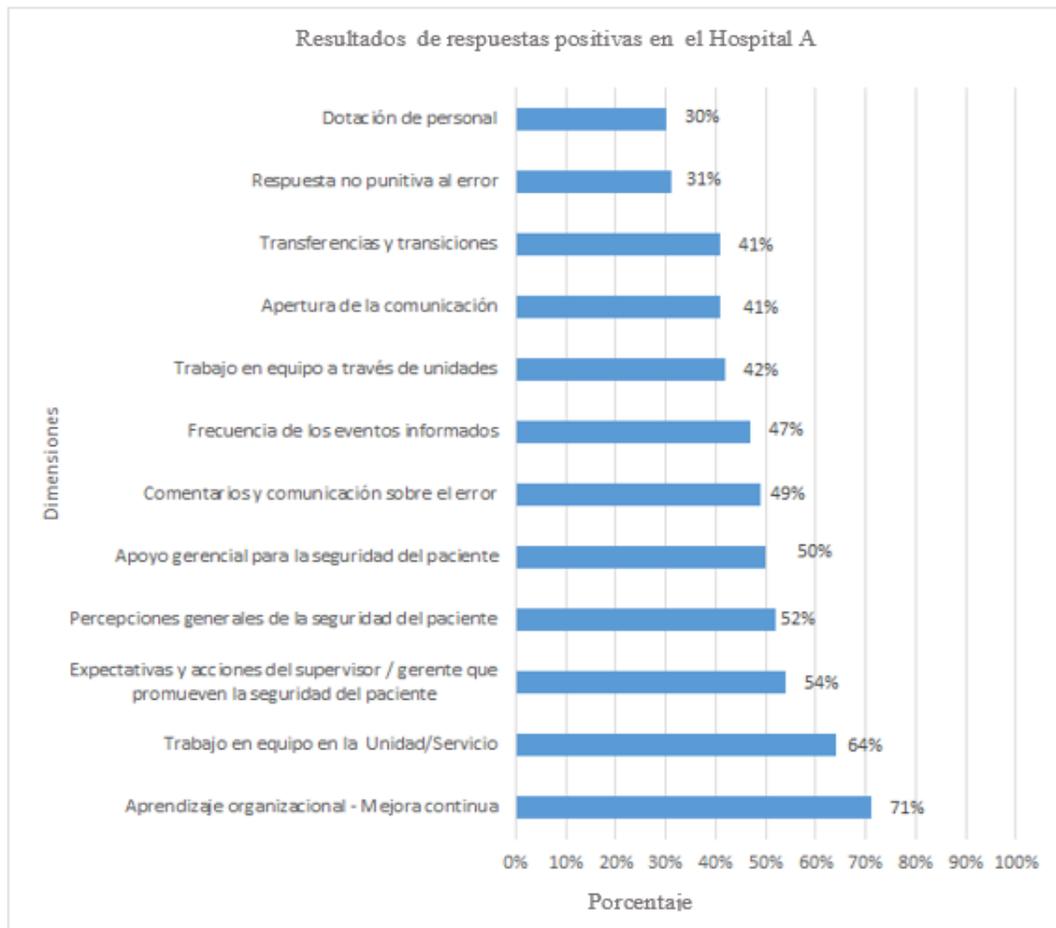


Fuente: Encuestados

En cuanto a los incidentes reportados, el 46% de los respondientes indica no haber reportado ningún incidente en el último año. Este resultado podría relacionarse con la dificultad para identificar un incidente adverso cuando este ocurre; también podría correlacionarse este porcentaje con el hecho de que directivas promueven la cultura de seguridad del paciente y debido a esto no se han presentado reportes.

### 3.1.10 Porcentaje de respuestas positivas por dimensión Unidad de Servicios de Salud A

**Gráfica 15 Porcentaje de respuestas positivas por dimensión Unidad de Servicios de Salud A**



Fuente: encuestados

La dimensión con mayor porcentaje de respuestas positivas fue aprendizaje organizacional / mejora continua con un 71%, seguido por trabajo en equipo en la unidad/servicio con un 64%, lo que sugiere que, aunque no sea una fortaleza es un aspecto que promueve la seguridad del paciente ya que se demuestra una disposición a la mejora continua cuando se cometen errores. Por otro lado, con un 41% se evidencia una

baja comunicación asertiva entre los participantes afectando la transferencia del cuidado integral oportuno de los pacientes al momento de cambiar de turno y/o servicio. No obstante, el porcentaje más bajo lo obtuvo la dotación de personal con un 30% seguido de la respuesta no punitiva al error con un 31%, lo que aumenta la probabilidad de generar eventos adversos al no garantizar el cuidado continuo y adecuado a cada uno de los pacientes debido a la alta demanda de la misma.

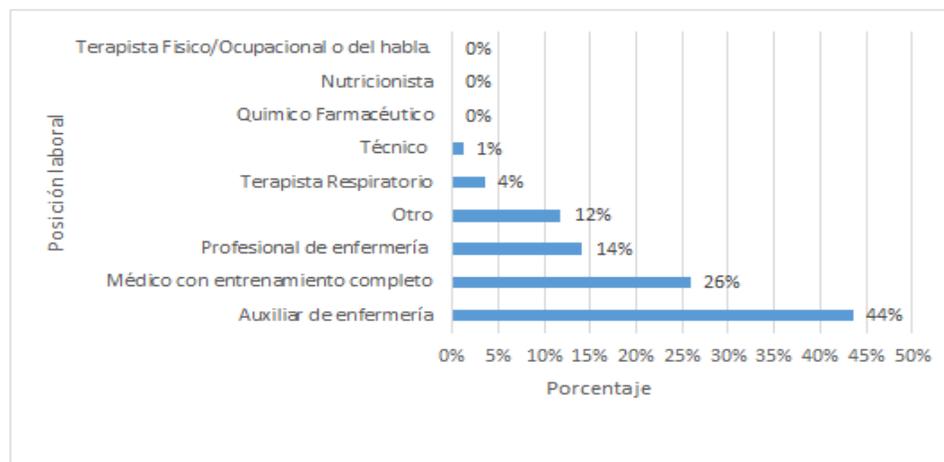
### 3.2 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD B

Los datos que se presentan a continuación, corresponden a 95 cuestionarios diligenciados en cumplimiento del tamaño de muestra calculado para el Hospital B. Valga recordar que los respondientes cumplieron con el requisito de tener contacto directo con el paciente.

#### 3.2.1 Información general de los encuestados

##### 3.2.1.1 Posición laboral en el hospital

**Gráfica 16 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿Cuál es su posición laboral en este hospital? Unidad de Servicios de Salud B**

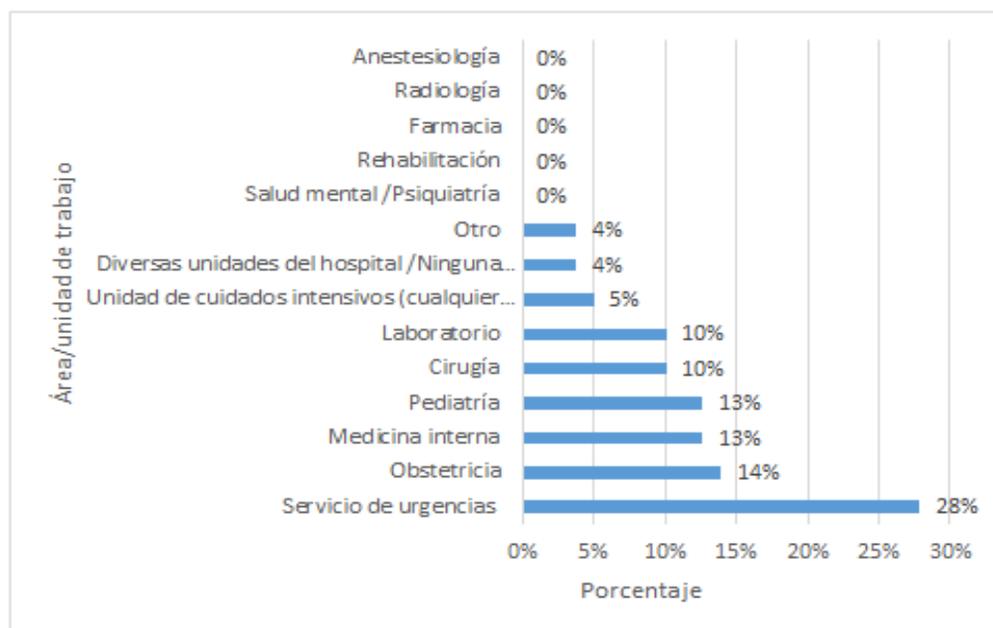


Fuente: Encuestados

En relación a la gráfica anterior el porcentaje más alto de participación lo ocupó el personal auxiliar de enfermería con un 44%, posteriormente médico con entrenamiento completo con un 26% y con un 14% profesionales de enfermería. El grupo con participación baja fue técnicos y terapia respiratoria con un 5% de participación. No participaron como respondientes nutricionistas, químicos farmacéuticos y terapeuta físico/ocupacional o del habla.

### 3.2.1.2 Área/unidad de trabajo

**Gráfica 17 Área/unidad de trabajo. Unidad de Servicios de Salud B**



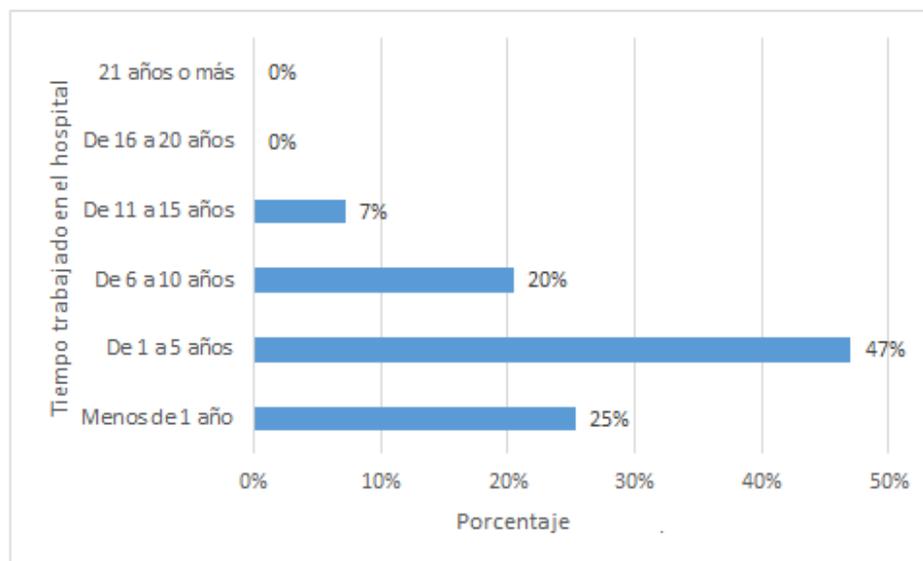
Fuente: Encuestados

En relación a las características de los participantes se identifica que el servicio del cual hubo mayor porcentaje de participantes fue el servicio de urgencias con un 28%, seguido por el servicio de obstetricia con 14%; los servicios de medicina interna y pediatría obtuvieron un porcentaje 13% cada uno, mientras que cirugía y laboratorio participaron

en 10% cada uno. En diversas unidades del hospital se encontró una participación del 4%, al igual que en otras unidades. No se obtuvo participación de personas de los servicios de anestesiología, farmacia, rehabilitación y salud mental/psiquiatría.

### 3.2.1.3 Antigüedad en el hospital

**Gráfica 18 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital? Unidad de Servicios de Salud B**



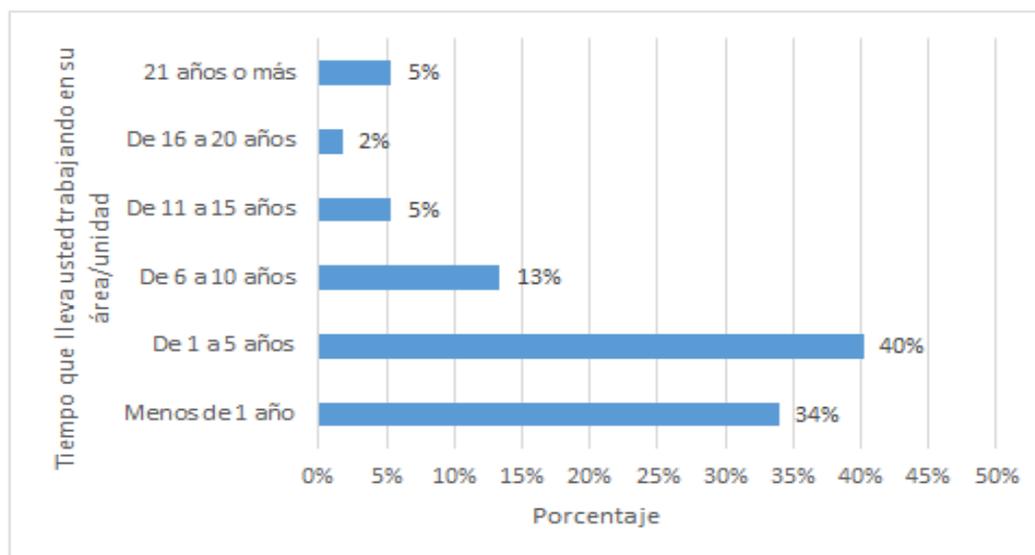
Fuente: Encuestados

La experiencia laboral en el hospital que más se resalta es de 1-5 años con un 47% de los participantes. Un 25% de ellos tienen una experiencia laboral menor a un año, Un hallazgo importante en términos de seguridad del paciente, por cuanto siendo una cuarta parte del personal de tan poca experiencia en la institución, puede esto representar mayor riesgo de cometer errores. Sin embargo, cabe resaltar que de acuerdo a los

resultados obtenidos se observa que a mayor tiempo de trabajo en el hospital se cuenta con menos personal asistencial.

#### 3.2.1.4 Antigüedad en el área/servicio actual de trabajo

**Gráfica 19 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad? Unidad de Servicios de Salud B**

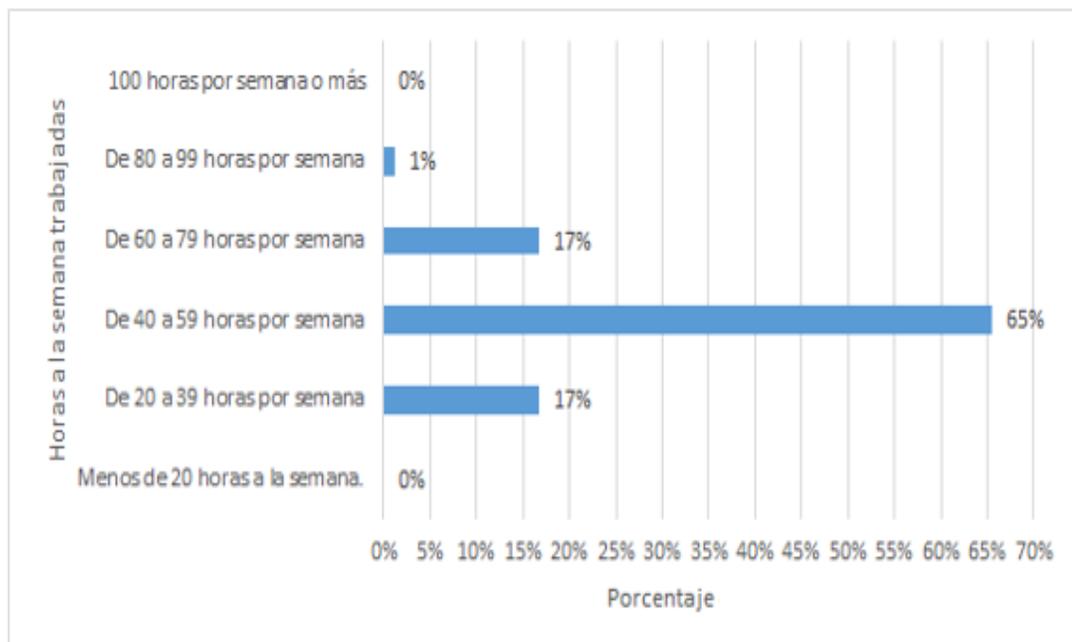


Fuente: Encuestados

En base a la experiencia laboral en el área o unidad de trabajo el 40% de los participantes tienen tiempo laborado de 1-5 años. Un 34% llevan menos de año de trabajo en el área o servicio, mientras que el 25% de los encuestados tienen experiencia igual o superior a 6 años. Preocupa el alto porcentaje de población con poca experiencia en el área actual de trabajo.

### 3.2.1.5 Horas de trabajo semanales en el hospital

**Gráfica 20 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: Típicamente ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital? Unidad de Servicios de Salud B**

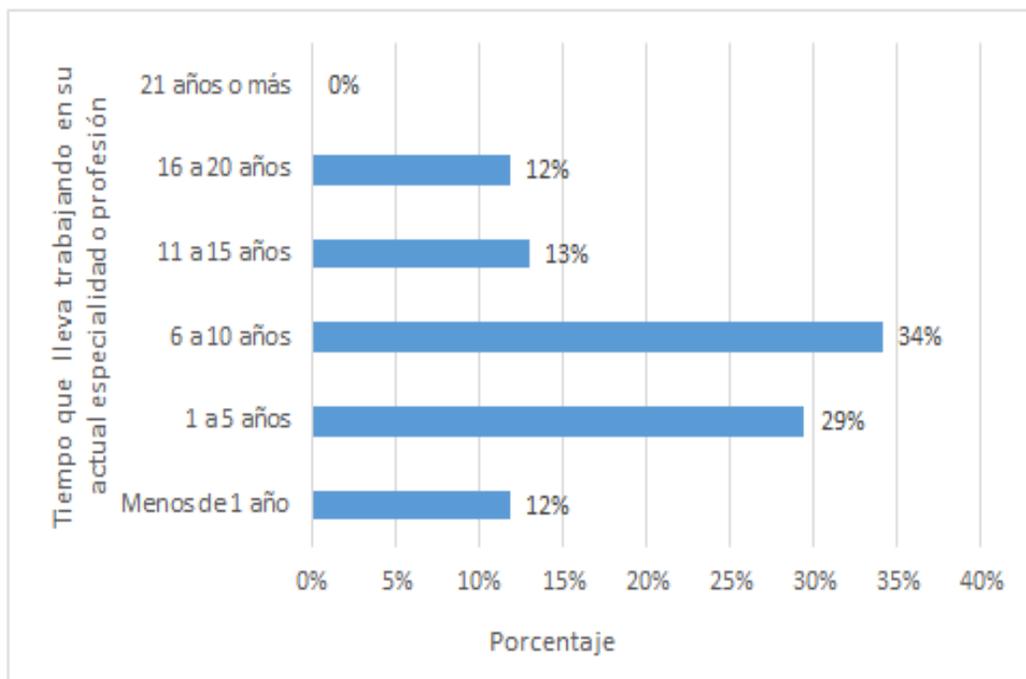


Fuente: Encuestados

Con respecto a las horas de trabajo semanal, el 65% de los encuestados trabajan de 40-59 horas a la semana, el 18% de los participantes trabajan más de 60 horas a la semana, lo que se convierte en un factor de riesgo para la seguridad del paciente debido al aumento de la carga laboral, lo que provoca cansancio excesivo en los miembros del equipo de salud, generando mayor probabilidad de errores.

### 3.2.1.6 Antigüedad en su actual especialidad o profesión

**Gráfica 21 Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión? Unidad de Servicios de Salud B**

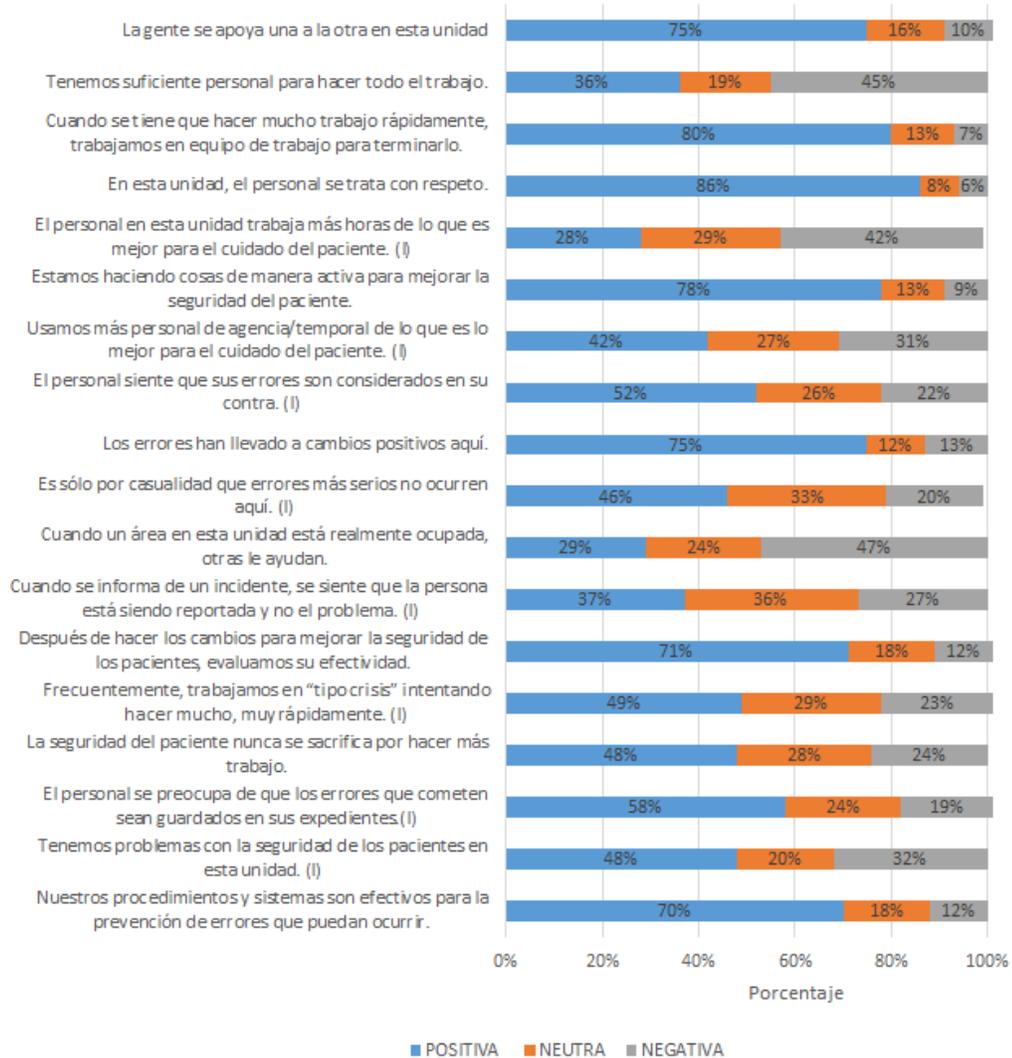


Fuente: Encuestados

En esta gráfica se muestra que un poco más de un tercio de los participantes (34%) han trabajado en su profesión u oficio entre 6 y 10 años, seguido por un 29% con experiencia profesional o en el oficio de 1 a 5 años. Se evidencia en esta gráfica que el 25% de los participantes cuenta con 11 años o más de experiencia y el 12% de los participantes tienen 5 años de experiencia o menos.

### 3.2.2 Percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo.

**Gráfica 22 Percepción del personal de salud sobre la seguridad del paciente su área o unidad de trabajo. Unidad de Servicios de Salud B**



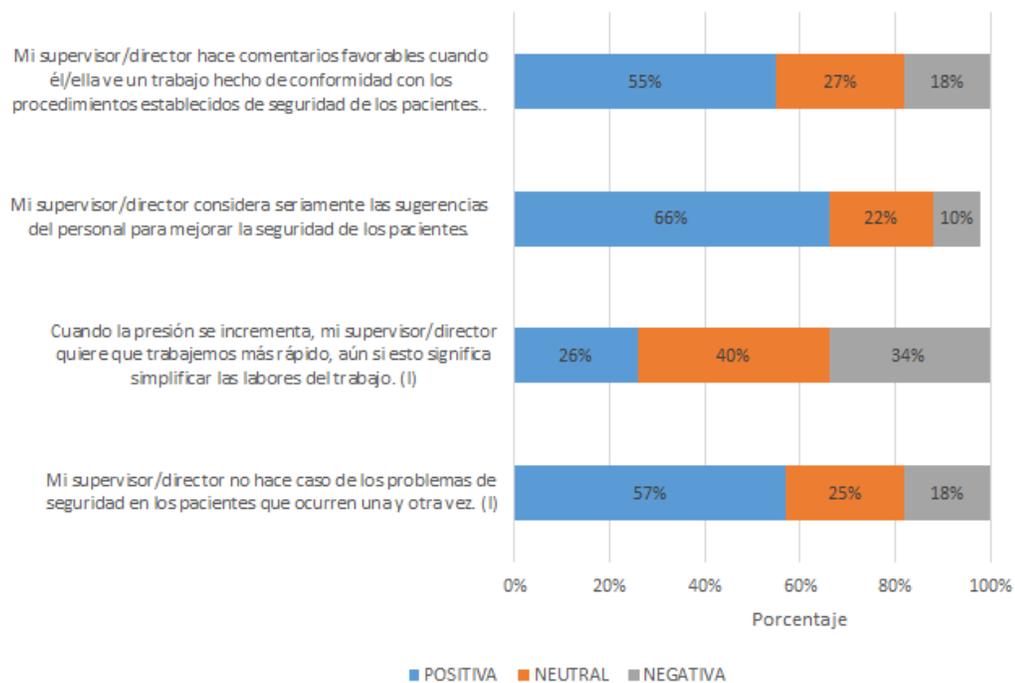
Fuente: Encuestados

En esta gráfica se puede observar que se destacan con un mayor porcentaje de respuestas positivas el trato respetuoso al interior de la unidad, ítem en el que un 86% mostró algún grado de acuerdo. Luego en el ítem relacionado con “cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente trabajamos en equipo para terminarlo” en el cual el 80% mostró un grado de acuerdo. Posteriormente el ítem relacionado con “estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente” con el cual un 78% mostró algún grado de acuerdo. Los ítems relacionados con “la gente se apoya una a la otra en esta unidad” y “los errores han llevado a cambios positivos aquí”, obtuvieron porcentajes de acuerdo del 75%. Estos cinco ítems superan el 75% de las respuestas positivas, por lo que se considera fortalezas. Sin que llegue a constituirse en una fortaleza, se destaca también, con un 71%, el ítem que se refiere a “después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad”.

Entre los aspectos negativos de la cultura, el más relevante hace referencia a “tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo” con un 46% de respuestas “Desacuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”, al igual que el ítem referente a “cuando un área en esta unidad está realmente ocupada otras le ayudan” con el cual el 47% manifestaron algún grado de desacuerdo, mientras que un 42% de los encuestados manifestaron acuerdo con respecto a que el personal en su unidad trabaja más horas de lo que consideran mejor para el cuidado con el paciente. Por último, un hallazgo que vale la pena resaltar es el alto porcentaje (36%) de respuesta neutra al ítem relacionado con el informe de incidentes, por cuanto se siente que se reporta a la persona y no el problema. Cabría preguntarse si este alto porcentaje puede atribuirse a una cultura punitiva frente al error, que conduce a los respondientes a preferir “no opinar”.

### 3.2.3 Percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente.

**Gráfica 23 Percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente. Unidad de Servicios de Salud B**



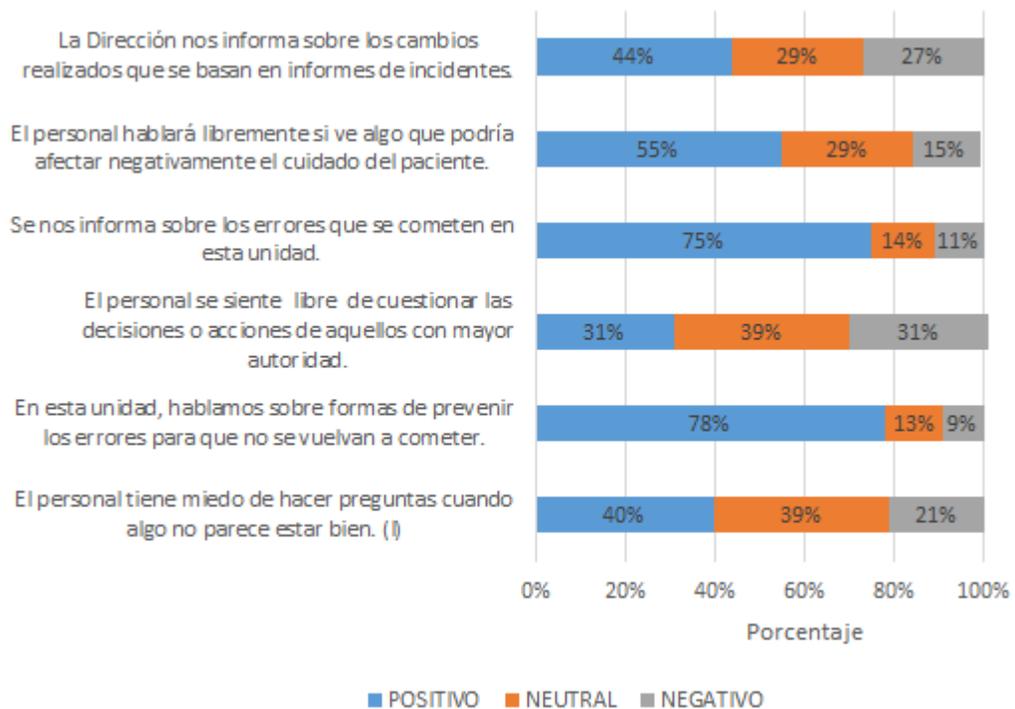
Fuente: Encuestados

En cuanto a la percepción de los encuestados con respecto a su supervisor/ y las acciones que toma para promover la seguridad del paciente se resalta que ninguno de los aspectos valorados es considerado como fortaleza u oportunidad de mejora; sin embargo entre los aspectos valorados positivamente se encuentra que el ítem “mi supervisor/ considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del

paciente” con 66%, seguido del ítem “ mi supervisor/ no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una u otra vez” con un 57% de participantes que sugieren estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con esta afirmación.

### 3.2.4 Percepción de los encuestados sobre la comunicación en su unidad o área de trabajo.

**Gráfica 24 Percepción de los encuestados sobre la comunicación en su unidad o área de trabajo. Unidad de Servicios de Salud B**

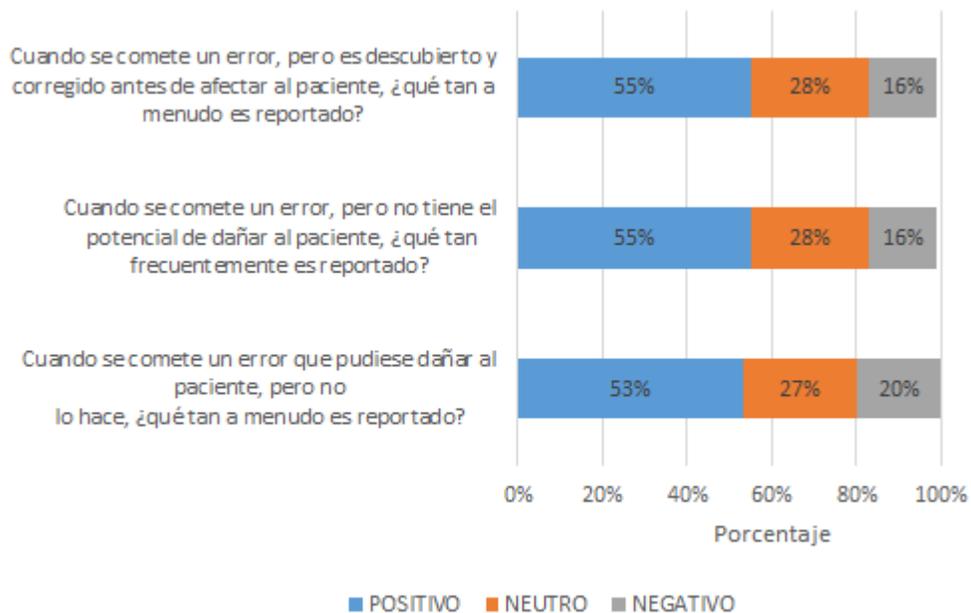


Fuente: Encuestados

De acuerdo a este gráfico se refleja que dos de los aspectos son considerados fortalezas para esta institución, de los cuales se destaca que el 78% de los participantes considera que “en esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer”, seguido del aspecto “se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad” con 75% de respuestas positivas. Se resalta también el ítem que expresa que el personal se siente libre de tomar decisiones con mayor autoridad con un 39% de respuestas neutras para esta afirmación, al igual que para la relacionada con el miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien, puesto que esto sugiere que puede haber una cultura punitiva, por lo cual los respondientes prefieren no tomar posición frente a ello

### 3.2.5 Frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados.

**Gráfica 25 Frecuencia de incidentes reportados según la percepción de los encuestados. Unidad de Servicios de Salud B**

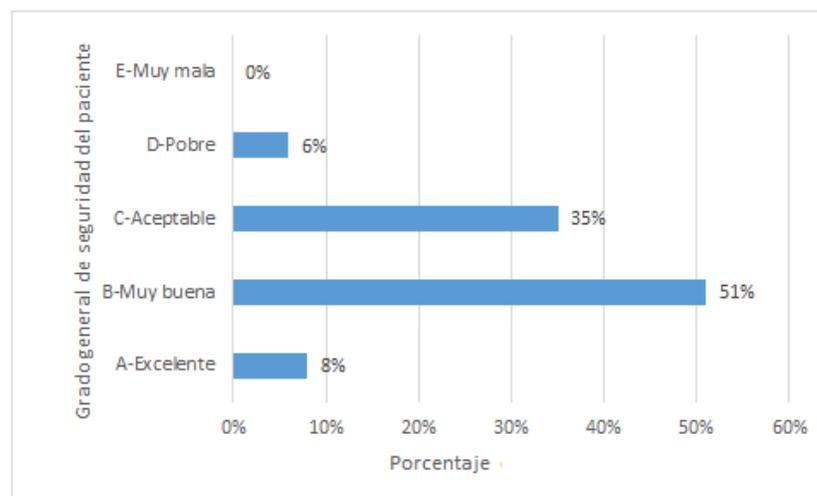


Fuente: Encuestados

En la gráfica se evidencia que ninguno de los aspectos relativos a la frecuencia del reporte de incidentes es valorado por los participantes como fortaleza. Con porcentajes muy similares poco más de la mitad de los respondientes reconocen que los errores se reportan frecuentemente o siempre cuando se descubren pero se corrigen antes de afectar al paciente, cuando no tienen potencial de dañarlo o cuando, teniéndolo, no daña al paciente.

### 3.2.6 Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados.

**Gráfica 26 Grado de seguridad del paciente percibido por los encuestados. Unidad de Servicios de Salud B**



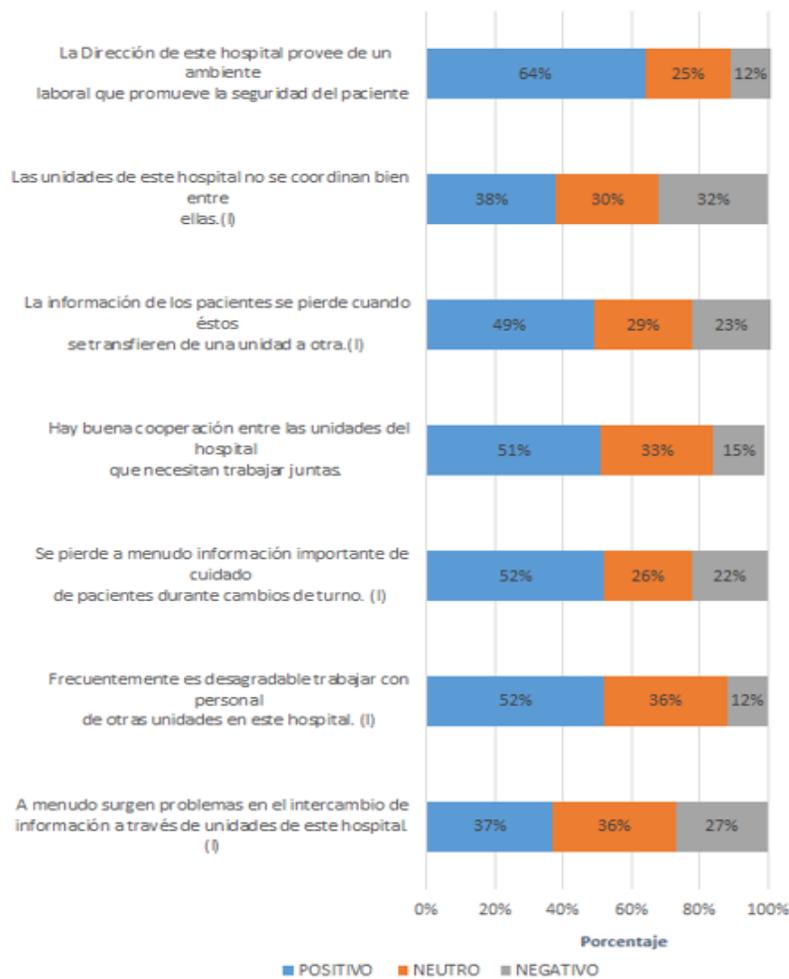
Fuente: Encuestados

Según el gráfico anterior se logra identificar que la seguridad del paciente es percibida por un 51% de participantes como muy buena, el 35% la reconoce como aceptable, un

8% la considera excelente, y solo el 6% la percibe como pobre o mala. Resulta interesante ver que casi el 60% de los encuestados valora positivamente la seguridad del paciente.

### 3.2.7 Percepción de los encuestados con respecto a la cultura de seguridad del paciente a nivel de la institución.

**Gráfica 27 Percepción de los encuestados con respecto a la cultura de seguridad del paciente a nivel de la institución. Unidad de Servicios de Salud B**



Fuente: Encuestados

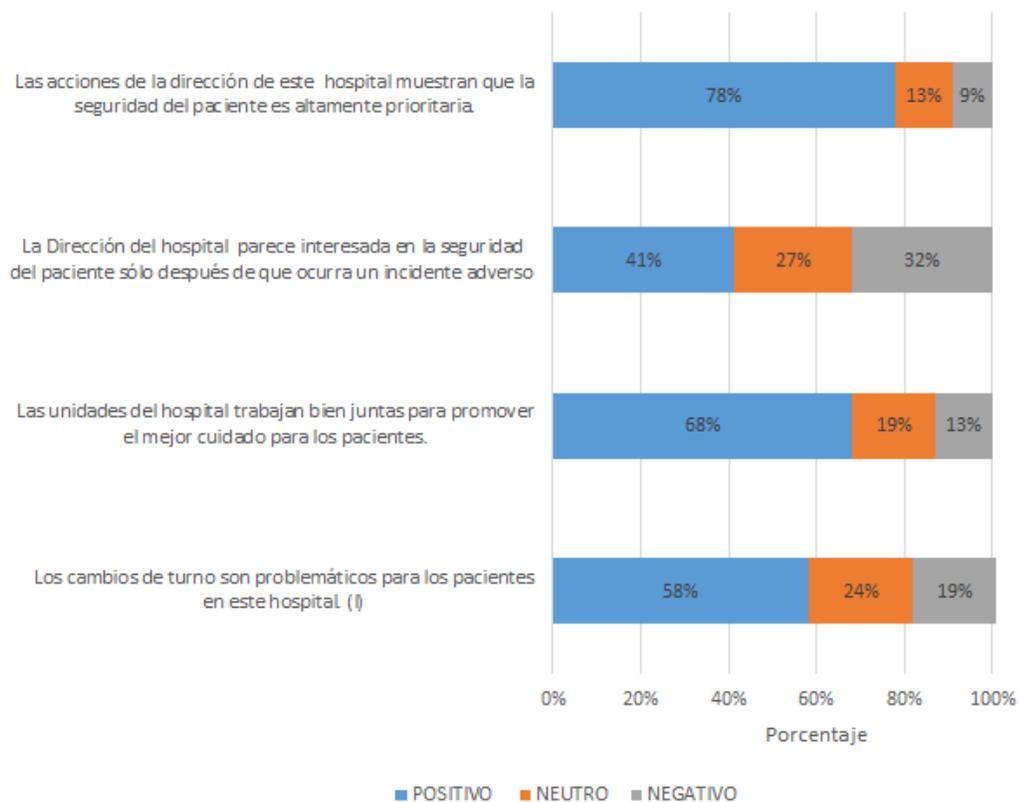


Según lo expuesto en la gráfica no es posible identificar ninguno de los ítems anteriores como fortaleza. El ítem con más alto porcentaje de respuestas positivas fue: “la dirección de este hospital provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente” con un 64% de respondientes que expresan acuerdo. El desacuerdo frente a las afirmaciones relativas al desagrado de trabajar con personal de otras unidades, así como con que “se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno”, ambas con 52% de respuestas positivas, son los ítems que, después del primero, obtienen más altos porcentajes de respuestas positivas.

Por otra parte, si bien no puede ser considerada como una oportunidad de mejora, el ítem con más alto porcentaje de respuestas negativas fue el relativo a la falta de coordinación entre las unidades, con 32% de respuestas negativas.

**3.2.8 Percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente.**

**Gráfica 28 Percepción de los encuestados en relación con la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente. Unidad de Servicios de Salud B**

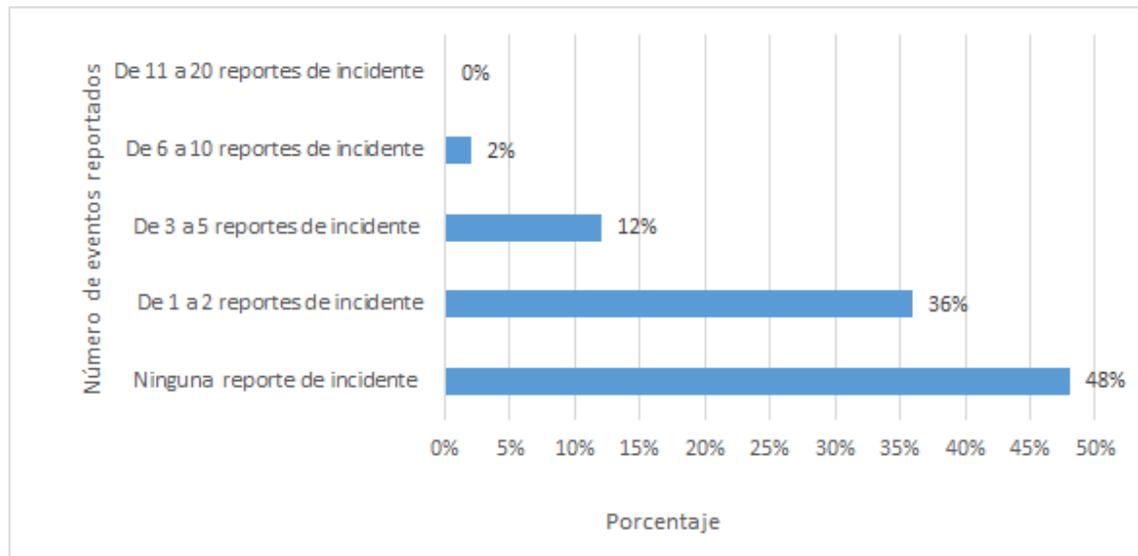


Fuente: Encuestados

Con respecto a la gráfica anterior se evidencia como fortaleza el ítem “las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria “con un 78% de respuestas de acuerdo. Por otra parte, si bien por el porcentaje de respuestas de desacuerdo obtenido (32%) no puede reconocerse como oportunidad de mejora, el ítem que hace referencia a que el hospital parece preocuparse por la seguridad del paciente solamente cuando ocurre un evento adverso, es el ítem con puntuación negativa más alta.

### 3.2.9 Percepción de los encuestados en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos.

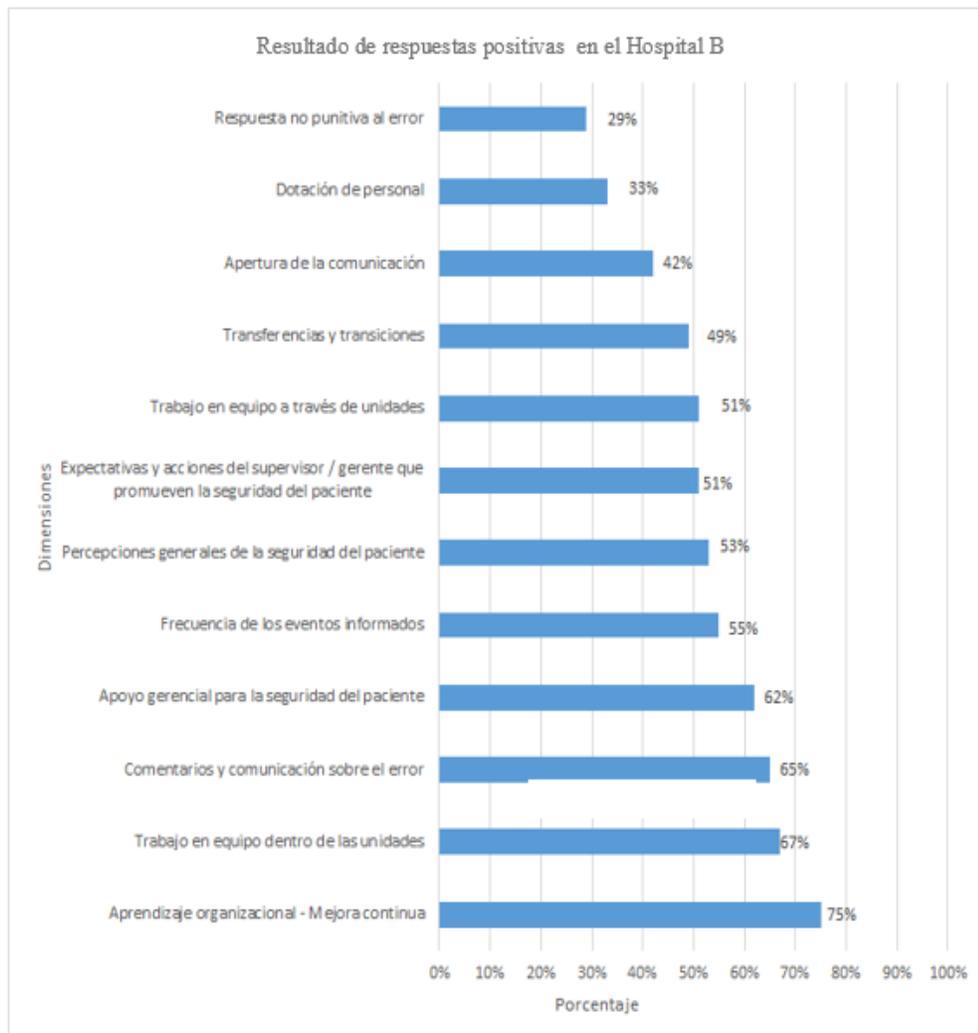
**Gráfica 29 Percepción de los encuestados en cuanto al número de incidentes reportados por cada uno de ellos. Unidad de Servicios de Salud B**



Fuente: Encuestados

En relación a la gráfica anterior se evidencia que el mayor porcentaje lo obtuvo la frecuencia nula de reporte de incidentes en el último año con un 48%. Un 36% reporta de 1 a 2 incidentes, lo cual muestra una pobre cultura del reporte. **3.2.10 Porcentaje de respuestas positivas por dimensión Unidad de Servicios de Salud B**

**Gráfica 30 Porcentaje de respuestas positivas por dimensión Unidad de Servicios de Salud B**



Fuente: Encuestados.

De acuerdo a la gráfica anterior la dimensión con mayor porcentaje de respuestas positivas es “aprendizaje organizacional - mejora continua” con un 75%, lo que sugiere que esta dimensión es una fortaleza, seguido del “trabajo en equipo dentro de las unidades” con un 67%, cuyo porcentaje de respuestas positivas no es suficiente para considerar esta dimensión como fortaleza. Las dimensiones que menos porcentaje de respuestas positivas obtuvieron fueron “respuestas no punitivas al error” con un 29% y un “dotacion personal”, con 33% de respuestas positivas, esto es, solo un tercio de los entrevistados reconocen esta dimensión como positiva.

#### 4. DISCUSIÓN

La cultura de seguridad del paciente es de vital importancia en el área clínica ya que, por medio de esta, es posible identificar la puesta en marcha de acciones y elementos en pro de la seguridad del paciente y de esta manera alcanzar la calidad en los servicios y con ello generar mayor impacto de bienestar en los usuarios de los servicios de salud.

Además, la herramienta de la agencia AHRQ permite realizar un diagnóstico en las instituciones de salud de acuerdo a las 12 dimensiones evaluadas teniendo en cuenta diversos aspectos, que conllevan a realizar planes de mejora e impactar positivamente en el sujeto de cuidado.

La literatura científica analizada permite reconocer que la medición de la cultura de seguridad del paciente se centra por lo general en el equipo de, seguido de médicos y terapeutas. Esto podría deberse a que se asume que el personal de enfermería, por su mayor permanencia con el paciente, puede detectar más y mejor las condiciones de seguridad del paciente y la cultura en torno a ella.

Las horas efectivamente trabajadas en la semana se constituyen en un factor contributorio para la seguridad del paciente. Es interesante ver cómo el promedio de horas se comporta de manera similar en diversas instituciones de salud (33) (34), pues se logra identificar que en un poco más del 50% del personal trabaja entre 20 a 59 horas, según lo reportado en dos ciudades de Brasil: Florianópolis (33) y Río de Janeiro (34) el 93% y el 88% respectivamente afirma laborar este tiempo de horas semanal, semejante a lo ocurrido en estas instituciones, USS A: 78%, USS B: 82% (32)(33).

En cuanto al tiempo laborado en su actual profesión o especialidad el promedio en este estudio en ambas instituciones de salud es de 1 a 5 años similar a lo que ocurre en algunos países latinoamericanos como Brasil (34)(35) 43.28%, 71% y México (45) 70%. Contrario a lo que sucede en Turquía (48), pues un poco más de la mitad de respondientes (52%) reporta un tiempo laborado entre 1 a 10 años en su actual profesión o especialidad.

En cuanto a la percepción de seguridad en el área/unidad de trabajo, en este estudio se logra identificar y/ o destacar en las dos unidades de servicios de salud como fortaleza el trato con respeto entre pares de trabajo, lo que coincide con otra investigación realizada en Argentina con un 76.9 % (36). Por otro lado, se percibe que la dotación de personal es insuficiente en las dos unidades de servicio de salud A y B, tanto en este estudio como en Argentina con un 24 % (37) y Brasil con un 16.9 % (38), donde se muestra que menos del 40% está de acuerdo con la suficiente dotación de personal. Por el contrario, en Estados Unidos (39), el 80% del personal responde que cuenta con personal suficiente para desarrollar el trabajo de la mejor manera, al igual que en un estudio realizado en Polonia (40), en el que el 85% está conforme con la dotación del personal.

Otro aspecto calificado de manera similar es el de trabajo en equipo; en la USS A el 64% está de acuerdo con que en su unidad hay trabajo en equipo, y en la USS B el 67% considera que hay trabajo en equipo, mostrando que no es una fortaleza de la unidad pero es un aspecto a resaltar como positivo en comparación con otros estudios, es un aspecto donde se refleja mayor dificultad, ya que es uno de los aspectos calificados más negativamente en Asia (Irak) con un 14% (44) de personal conforme con el trabajo en equipo, y en países latinoamericanos como Argentina con un 24% (37), Brasil con un 46% (38) y México con un 48% (41) donde no supera el 50% (cada uno) de satisfacción con su equipo de trabajo. Por el contrario, en Cuba (42) un 95% está de acuerdo con los aspectos relativos al trabajo en equipo, al igual que en Polonia (40) con un 85%, España (43) con un 78%, Estados Unidos (39) con un 90%. Lo que permite demostrar que, para dichos países, el confort del personal es vital para garantizar la seguridad del paciente.

En cuanto a la percepción del supervisor/director no se evidencian fortalezas u oportunidades de mejora en ninguno de los aspectos calificados para esta dimensión en las USS A y B; sin embargo, el número de respuestas positivas superan el 50%, similar a lo que sucede en Irak, continente asiático (44) Contrario a lo que sucede en otros países como Argentina con un 77.7% (36), México con un 77% (45), España con un 99% (46) y Estados Unidos con un 87% (39) en donde se logra identificar que este aspecto es valorado altamente siendo considerado fortaleza.

Para la percepción de comunicación se identifica según los estudios encontrados que en el continente europeo esta dimensión no es considerada fortaleza ya que obtuvo menos de la mitad de respuestas positivas (43)(47). Es importante mencionar que en Polonia esta dimensión obtuvo un 84% (40) de respuestas positivas, en la USS B de este estudio se obtuvo un 78% de respuestas positivas, en comparación con la percepción de los participantes de este estudio en la USS A, en donde algunos aspectos para esta misma dimensión son calificados como altamente positivos y otros de manera muy negativa.

El grado de seguridad percibido en una institución de Polonia (40) es del 85%, Cuba (42) es del 95% y EE. UU es del 92% lo que muestra una percepción del grado de seguridad como bueno y/o excelente. Por otro lado, es considerado como aceptable o bueno en países como España (46) con un 74%, Argentina (37) con un 55% al igual que en este estudio cuyos resultados fueron de (52%) y (53%) respectivamente para las unidades de servicio de salud A y B. Por el contrario, en Irak (44) con un 3,6%, Turquía (48) con un 40%, Brasil (38) con un 41%, México (41) con un 46%, se muestra que la percepción de seguridad es pobre.

Los resultados presentados permiten reconocer las importantes diferencias que hay en la cultura de seguridad del paciente en los diferentes países.

## 5. CONCLUSIONES

En el Hospital A, respecto a la posición laboral se puede identificar que el mayor número de participantes fueron auxiliares de Enfermería con un poco más de dos quintas partes de los respondientes. Respecto al área o unidad de trabajo el servicio de Medicina Interna fue el que mayor participación tuvo. Se encontró que la experiencia laboral tanto a nivel general como en el servicio en particular está comprendida mayoritariamente entre 1 y 5 años. Dos tercios de los participantes trabaja entre 40 y 59 horas a la semana, sin que se pudiera establecer si trabajan un promedio de horas semanales superior al establecido por ley. La cuarta parte de los encuestados han trabajado en su profesión de uno a cinco años.

En la USS B se encontró, al igual que en USS A, que el más alto número de respondientes fueron los auxiliares de Enfermería. En esta institución, fue el personal del servicio de Urgencias el que más participó en el diligenciamiento del cuestionario. En esta USS, a diferencia de A, el rango en el que se ubica la experiencia laboral es de 6 a 10 años. Un tercio de los respondientes señaló que trabaja entre 40 y 59 horas semanales.

Con relación a la dimensión relacionada con la percepción de los encuestados sobre la seguridad del paciente en su área o unidad de trabajo, en la USS A la mayoría de los encuestados considera como lo más positivo el trato respetuoso y lo más negativo la falta de personal. En la USS B, respecto a la seguridad en el área de trabajo, al igual que en la USS A, el respeto fue el ítem con más alto número de respuestas positivas, siendo considerado una fortaleza. En esta dimensión el aspecto considerado más negativo fue el relativo a que el error sea consignado en el expediente de quien lo comete.

Las dos terceras partes de los encuestados manifiestan desacuerdo con que el supervisor no hace caso a los problemas de seguridad y, a su vez, el factor evaluado como más negativo es el relativo a que el supervisor solicita trabajar más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad del paciente. En la USS B, con relación al supervisor/, se destaca como lo más positivo que el supervisor toma en cuenta las sugerencias que se le hacen para mejorar la seguridad del paciente. El más negativo tiene que ver con que hace caso omiso de los problemas de seguridad del paciente que son repetitivos.

Ninguno de los ítems de la dimensión relativa a comunicación se consideró como fortaleza u oportunidad de mejora. El aspecto más positivo tiene que ver con las formas de prevenir los errores para que no se repitan. El más negativo es que casi dos quintas partes de los respondientes consideran que no se sienten libre de cuestionar las decisiones de quienes tienen mayor autoridad. En cuanto a la comunicación, en la USS B, la forma de prevenir errores se constituyó en una fortaleza en esta dimensión. El aspecto más negativo guarda relación con el temor a hacer preguntas cuando algo no está bien.

Tanto en la USS A como en la B poco más de la mitad de los respondientes reportan con frecuencia o siempre tanto los errores que se cometen, pero no afectan al paciente porque son descubiertos oportunamente, así como los que no causan daño al paciente, y los que tienen el potencial de dañarlo..

Mientras que en la USS A casi la mitad de los encuestados consideran que el grado de seguridad del paciente es excelente o muy bueno, en la USS B casi dos tercios de los respondientes considera que el grado de seguridad del paciente es excelente o muy bueno.

Poco más de la mitad de los encuestados considera que es agradable trabajar con personal de otras unidades.

Sobre el número de incidentes reportados, en ambas Unidades de Servicios de Salud casi la mitad no reportó incidentes en el último año.

En cuanto a la cultura de seguridad del paciente en la institución, en la USS A se encontró acuerdo de alrededor de la mitad de los respondientes con que la dirección promueve un ambiente laboral que aporta a la seguridad del paciente, mientras que en la USS B esto lo consideró así alrededor de dos tercios de los participantes.

Lo mismo ocurrió con respecto a las acciones de la dirección del hospital para mostrar que la seguridad del paciente es prioritaria. En la USS A el 61% estuvo de acuerdo con esta afirmación, mientras que en la USS lo consideró así un poco más de tres cuartas partes de los respondientes, aunque, a la vez, un poco más de un tercio considera que esto ocurre solo cuando se presenta un evento adverso, mientras que en la USS A dos quintas partes de los respondientes consideraron que esto ocurre cuando se presenta un evento adverso.

Hasta aquí se han presentado aspectos de las dos unidades de servicios de salud en las cuales se hizo el estudio. Pero el análisis por dimensiones permite reconocer que ambos comparten como dimensiones más positivas el aprendizaje organizacional y la mejora continua (que de hecho en la USS B es la única dimensión que podría reconocerse como fortaleza), y en trabajo en equipo en la unidad/servicio. A la vez, se reconocen como los aspectos menos positivos los relacionados con la dotación de personal y la respuesta no punitiva al error, aspectos sobre los cuales ha de centrar su atención la Subred en la que se desarrolló el estudio, si se espera mejorar la cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la subred.

## **5.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Este estudio tiene varias limitaciones. Probablemente la principal de ellas guarde relación con la extensión de la encuesta, que reduce la probabilidad de ser respondida por completo y la probabilidad de que se acepte participar en su diligenciamiento.

Por otra parte, dentro del cuestionario se presentan preguntas cuya redacción confunde al lector (Por ej.: “Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente”, “frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente”); sobre ellas debe trabajarse en el futuro.

Dado lo sensible del tema, en el proceso de recolección de datos se identificó en los participantes temor durante el diligenciamiento de la encuesta, lo cual podría derivar a un sesgo de información.

Adicional a ello, pudo constituirse en un sesgo que el porcentaje de respondientes de las diferentes áreas no fuera proporcional al número de funcionarios del área.

## **6. RECOMENDACIONES**

A partir de los hallazgos, a continuación se sugieren una serie de mecanismos que podrían contribuir a una cultura de seguridad del paciente positiva en la Subred Norte.

En primer lugar, será necesario revisar, en ambas instituciones la cantidad de recurso humano con el que cuenta en el área asistencial para proporcionar la atención en salud. La falta de personal y la sobrecarga de trabajo son aspectos relacionados que afectan negativamente la seguridad del paciente, como ha sido ampliamente documentado en la literatura científica. Esto además, como se observó en los resultados, está conduciendo a presiones para hacer el trabajo más rápido, lo que aumenta la probabilidad de errores.

Por otra parte, es imperativo modificar la percepción que se tiene de la cultura de seguridad del paciente, que como dimensión en su conjunto así como en aspectos específicos mostró que se reconoce como una cultura claramente orientada al castigo, centrada en el individuo y no en la organización.

Evidentemente, la predominancia de la cultura punitiva puede estar conduciendo a una pobre cultura del reporte, que se expresa por el poco o nulo reporte de sucesos de seguridad. Solamente transformando esta cultura será posible lograr un aumento de los reportes.

En este sentido, es necesario que las universidades, a lo largo de la formación de los profesionales de salud, fomenten en sus estudiantes una preocupación por la seguridad del paciente, así como la búsqueda de mejoras en la cultura a partir de sus propias conductas y actitudes en la práctica profesional. Será necesario, además, trabajar por

promover en las universidades una formación en la que, desde los propios profesores, sea reconocido el error como algo posible; de lo contrario, esta cultura punitiva seguirá consolidándose en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Hacia el futuro, se recomienda trabajar en la investigación de la cultura de seguridad del paciente a nivel de la Red distrital de salud. Para ello, se sugiere revisar algunos de los ítems del cuestionario utilizado que, como se sabe, cuenta con el aval del Ministerio de Salud y Protección Social para su aprobación.

Parte del trabajo de los investigadores en este campo de la seguridad del paciente será encontrar en el desarrollo de investigaciones sobre este tema una oportunidad para mostrar su importancia para los pacientes y las instituciones, pero también para el propio equipo de salud, que se ve afectado física, emocional y psicológicamente cuando ocurren eventos adversos que serían prevenibles. Esto afecta negativamente el clima organizacional y socava la integridad de los trabajadores.

## ANEXOS

### ANEXO A: PRESUPUESTO

<b>1. MATERIALES Y SUMINISTROS</b>	
Fotocopias Instrumentos	150.000
Fotocopias otros	50.000
Papelería (Lápices, esferos, carpetas, cosedora, ganchos, papel).	50.000
Cartuchos de tinta para la impresora	100.000
Resmas de papel tamaño carta	50.000
<b>TOTAL, SUMINISTROS</b>	<b>\$400.000</b>
<b>2. EQUIPOS Y SOFTWARE</b>	
Uso de computador e impresora	\$350.000
Adquisición de programa estadístico (Proporcionado gratuitamente por la AHRQ)	0
Internet	\$400.000
<b>TOTAL EQUIPOS</b>	<b>\$1.130.000</b>
<b>3. GASTOS DE PERSONAL</b>	
1 Investigadora	\$14.000.000
1 Auxiliar de investigación	\$7.600.000
<b>TOTAL GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>\$21.600.000</b>
<b>4. IMPRESOS Y PUBLICACIONES</b>	
Impresión formatos Informe final resultados investigación (revisiones y entrega final)	\$280.000
<b>TOTAL IMPRESOS Y PUBLICACIONES</b>	<b>\$280.000</b>
<b>5. GASTOS DE TRANSPORTE</b>	
Transporte Urbano	\$250.000
<b>TOTAL OTROS GASTOS</b>	<b>\$230.000</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>\$22.350.000</b>

**ANEXO B: CRONOGRAMA**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>OCTAVO SEMESTRE</b>										
	<b>1 sem</b>	<b>2 se m</b>	<b>3 sem</b>	<b>4 se m</b>	<b>5 se m</b>	<b>6 se m</b>	<b>7 se m</b>	<b>8 se m</b>	<b>9 se m</b>	<b>10 sem</b>	<b>11 sem</b>
<b>Objetivos</b>											
<b>Propuesta metodológica</b>											
<b>Plan análisis información</b>											
<b>Consideraciones éticas</b>											
<b>Presupuesto</b>											
<b>Anexos</b>											
<b>Socialización del proyecto</b>											
<b>Envío del proyecto al Comité</b>											

## ANEXO C. INSTRUMENTO

 <p>UNIVERSIDAD EL BOSQUE</p>	<b>Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales</b>	 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>
--	---	--

### Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo.

Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

- Un **“incidente”** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- **“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Sección A: Su área/unidad de trabajo

**En este cuestionario, piense en su “unidad” como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.**

**Cuál es la principal área o unidad de trabajo en su hospital? Marque una respuesta.**

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
- b. Medicina interna
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Servicio de urgencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otro, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

Sección A: Su área/unidad de trabajo, continuación

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14. Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

### Sección B: Su supervisor/director

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

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### Sección C: Comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

#### Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en el área/unidad de trabajo de su hospital...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

#### Sección E: Grado de seguridad del paciente

Por favor, déle a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> <sub>A</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>B</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>C</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>D</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>E</sub>

#### Sección F: Su hospital

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

paciente.					
2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

#### Sección F: Su hospital, continuación

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

#### Sección G: Número de incidentes reportados

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de incidentes ha usted llenado y enviado? Marque UNA respuesta.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Ningún reporte de incidentes    | <input type="checkbox"/> d. De 6 a 10 reporte de incidentes   |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 2 reportes de incidentes | <input type="checkbox"/> e. De 11 a 20 reportes de incidentes |
| <input type="checkbox"/> c. De 3 a 5 reportes de incidentes | <input type="checkbox"/> f. 21 reportes de incidentes o más   |

## Sección H: Información general

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años  | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más   |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años  | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más   |

3. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas a la semana | <input type="checkbox"/> d. De 60 a 79 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> b. De 20 a 39 horas a la semana  | <input type="checkbox"/> e. De 80 a 99 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> c. De 40 a 59 horas a la semana  | <input type="checkbox"/> f. 100 horas a la semana o más  |

4. ¿Cuál es su posición laboral en este hospital? Marque UNA respuesta que mejor describa su posición laboral.

- a. Profesional de Enfermería
- c. Auxiliar de Enfermería
- e. Médico (con entrenamiento completado)
- g. Químico Farmacéutico
- h. Nutricionista
- j. Terapeuta Respiratorio
- k. Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- l. Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)
- n. Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_

5. En su posición laboral, ¿típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

- SÍ, típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- NO, típicamente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años  | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más   |

### Sección I: Sus comentarios

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, errores o incidentes reportados en su hospital.

---

---

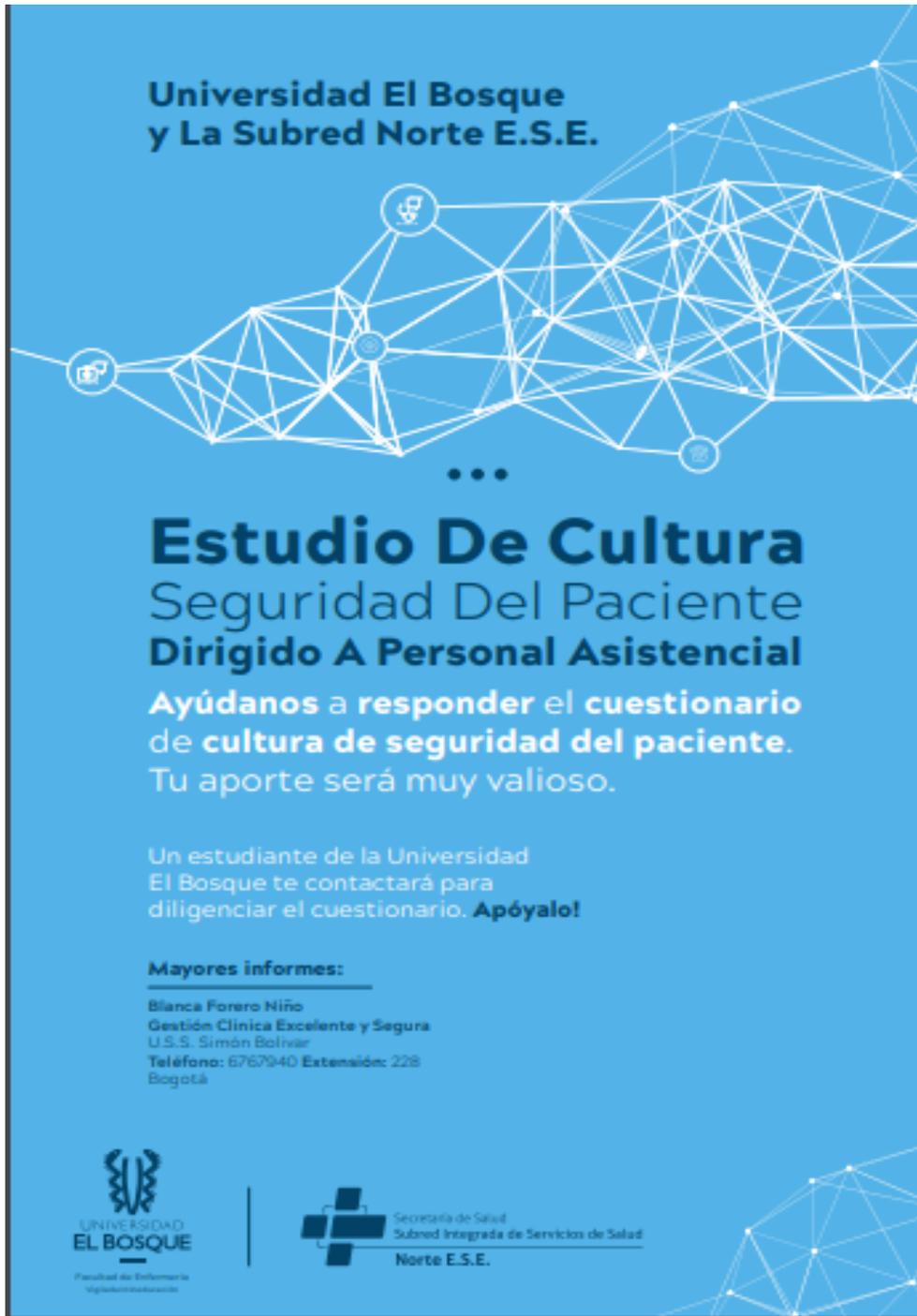
---

---

---

**Gracias por completar este cuestionario.**

## ANEXO D. POSTER PARA SENSIBILIZACIÓN



**Universidad El Bosque  
y La Subred Norte E.S.E.**

...

**Estudio De Cultura**  
Seguridad Del Paciente  
**Dirigido A Personal Asistencial**  
**Ayúdanos a responder el cuestionario**  
de **cultura de seguridad del paciente.**  
Tu aporte será muy valioso.

Un estudiante de la Universidad  
El Bosque te contactará para  
diligenciar el cuestionario. **Apóyalo!**

**Mayores informes:**

Blanca Forero Niño  
Gestión Clínica Excelente y Segura  
U.S.S. Simón Bolívar  
Teléfono: 6767940 Extensión: 228  
Bogotá

  
UNIVERSIDAD  
EL BOSQUE  
Facultad de Enfermería  
y Fisioterapia

  
Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Norte E.S.E.

**ANEXO E. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZADO  
POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA SUBRED  
NORTE**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INVESTIGACION:** Cultura de seguridad del paciente en la subred integrada de servicios de salud Norte de la ciudad de Bogotá

Respetado(a) señor(a)/doctor(a):

Es nuestro interés contar con su participación en una investigación que está desarrollando la subred de servicios de salud Norte de Bogotá con respecto a la cultura de seguridad del paciente con el apoyo de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque. Este estudio servirá a los directivos de la Subred para diseñar planes de mejora orientados a promover una cultura de seguridad del paciente que ayuda a reducir la ocurrencia de eventos adversos Y a mitigar sus consecuencias.

Su participación es totalmente voluntaria y consiste en diligenciar un cuestionario con preguntas relativas a la manera como usted percibe la cultura de seguridad del paciente en el servicio y en el hospital en el que trabaja. El diligenciamiento del cuestionario dura alrededor de 20 minutos. Usted puede suspender el diligenciamiento cuando así lo desee sin que esto tenga consecuencia alguna para usted, puesto que el cuestionario es totalmente anónimo; esto significa que nadie sabrá las respuestas que usted consignó en el formulario. Por ello este estudio no le causará daño.

Es importante que sepa que este ejercicio se hace para buscar la mejora de la institución hospitalaria en la que usted trabaja; por lo tanto usted no recibirá pago ni compensación alguna por su participación

Los resultados del estudio serán presentados en las diferentes instituciones que componen la subred norte.

Si usted tiene alguna duda con respecto a la investigación en la que participará, puede formularla al auxiliar de investigación que le está presentando este formato, o al presidente del comité de ética de la investigación de la Subred Norte, al correo electrónico [investigacionsubrednorte@gmail.com](mailto:investigacionsubrednorte@gmail.com) para que le sean resueltas sus inquietudes.

Si, después de recibir esta información, usted desea participar en esta investigación le agradecemos dejar constancia escribiendo su nombre y su firma en el espacio diseñado para ello.

Reciba nuestro agradecimiento por su interés y su apoyo a esta investigación, que esperamos redunde en beneficios para usted, los miembros del equipo de salud de la subred Norte y para los pacientes.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villarreal Pérez JZ, Gómez Almaguer D, Bosques Padilla FJ. Errar es humano. *Medicina Universitaria*: 69-7.
2. Vásquez JA, Villalba P, Villalba J, Montiel H, Hurtado C. El error en la práctica médica. *Medigraphic* 2011 Mar.;:49-57.
3. Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Manage Rev.* 2009; 34: 312-322.
4. Gluck P. Seguridad del Paciente Cierto Avance y Numerosos Retos. American College of Obstetricians and Gynecologists [Internet]. 2012 [citado 20 October 2017];:1149–59. Disponible en: [https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2012\\_GluckCES\\_Translation.pdf](https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2012_GluckCES_Translation.pdf)
5. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, et al The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals *BMJ Quality & Safety* 2003;12:112-118
6. Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, de Oliveira SL. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Universidad de Murcia. *Medicina Clínica*, 2008-12-01, Volumen 131, Páginas 18-25, Elsevier España S.L.
7. Bernalte Martí, V., Orts Cortés, M., y Maciá Soler, L. (2013). Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. *Enfermería Clínica*, 2015-03-01, Volumen 25, Número 2, Páginas 64-72, Elsevier España
8. Castañeda Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas J, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2013;19(2):77-88. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000200008](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008)

9. Ramírez Martínez ME, Pedraza Avilés AG. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel / Culture of safety and adverse events in a first level clinic / Cultura de segurança e eventos adversos em uma clínica de primeiro nível. *Enfermería Universitaria* 2017 04/05/; 14(2)
10. Schwonke CR, Filho WD, Lunardi GL, da Silveira RS, Rodríguez MC, Guerreiro M. Safety culture: The perception of intensivists nurses/Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas/Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. *Enfermería Global* 2016 01;15(1):233-243
11. Fermo V, Radünz V, Rosa L, Marinho M. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2015;68(6):1139-1146. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1139.pdf>
12. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;2(Suppl 2):17-23).
13. Luiz R, Simões A, Barichello E, Barbosa M. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2015;23(5):880-887. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000500880](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500880)
14. Barbosa C, Cárdenas E, García L, More L, Muñoz M. Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un hospital universitario en Bogotá. *Revista iberoamericana de psicología ciencia y tecnología*. 2008. Vol1 (1): 19- 28. Disponible en: <http://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/140/112>
15. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad, patient safety and safety culture. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017 [cited 15

- April 2018];28:785-795. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
16. Enguix B. [Internet]. Openaccess.uoc.edu. 2018 [12 Febrero 2018]. Disponible en:  
[http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/62086/4/Teor%C3%ADa%20de%20la%20cultura\\_M%C3%B3dulo%20\\_Cultura%2C%20culturas%2C%20antropolog%C3%ADa.pdf](http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/62086/4/Teor%C3%ADa%20de%20la%20cultura_M%C3%B3dulo%20_Cultura%2C%20culturas%2C%20antropolog%C3%ADa.pdf)
  17. Gilbert Ceballos J. Introducción a la sociología. 1st ed. Santiago de Chile: LOM; 1997.
  18. Collazos M. [Internet]. Marisol collazos.es. 2018 [ 12 February 2018]. Disponible en: <http://www.marisolcollazos.es/Sociologia-complemento/pdf/SOC04.pdf>
  19. Chiavenato I, Mascaró P. Comportamiento organizacional. 2nd ed. Distrito Federal: McGraw-Hill Interamericana; 2017
  20. Administración de recursos humanos [Internet]. Ucipfg.com. 2013 [citado 12 February 2018]. Disponible en: [http://www.ucipfg.com/Repositorio/MAES/MAES-08/UNIDADES-APRENDIZAJE/Administracion%20de%20los%20recursos%20humanos\(%20lect%202\)%20CHIAVENATO.pdf](http://www.ucipfg.com/Repositorio/MAES/MAES-08/UNIDADES-APRENDIZAJE/Administracion%20de%20los%20recursos%20humanos(%20lect%202)%20CHIAVENATO.pdf)
  21. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente [Internet]. Minsalud.gov.co. 2014 [citado 20 February 2018]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)
  22. Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente [Internet]. Clinica Angloamericana.pe. 2016 [citado 20 February 2018]. Disponible en: <https://www.clinicaangloamericana.pe/pdfs/objetivos-internacionales-seguridad-paciente.pdf>

23. Culture of Safety | AHRQ Patient Safety Network [Internet]. Agency for healthcare research and quality. 2017 [cited 15 April 2018]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>.
24. 6 Elements of a True Patient Safety Culture [Internet]. Clinical Leadership & Infection Control. 2012 [cited 15 April 2018]. Available from: <https://www.beckershospitalreview.com/quality/6-elements-of-a-true-patient-safety-culture.html>
25. Ponències iJornades: Rosa Suñol i Àlvar Net [Internet]. Coordinadoraprofunds.org. 2012 [citado 20 October 2017]. Disponible en: [http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)
26. Secretaria jurídica distrital. (03/04/2006). Secretaría Jurídica Distrital Decreto 1011 de 2006 Nivel Nacional. 03/04/2018, de alcaldia mayor de bogota Sitio web: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1997>
27. Hoyos Serrano M, Espinoza Mendoza E. Estudios Descriptivos [Internet]. Revistasbolivianas.org.bo. 2013 [citado 2 April 2018]. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682013000600002&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000600002&lng=es).
28. Riaño M, Vasco B. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de antioquia colombia, 2013 [Internet]. Repositorio.uta.edu.ec. 2016[Internet]. Repositorio.uta.edu.ec. 2016 [citado 2 April 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24203/1/T3815i.pdf>
29. Universidad de Antioquia [Internet]. Hgm.gov.co. 2015 [citado 2 April 2018]. Disponible en: <http://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2015-investigaciones/clima-de-seguridad-del-paciente.pdf>
30. Saturno P. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español. Plan de calidad para el sistema nacional de salud, madrid. 2008.
31. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza Sd, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. Revista da Escola de Enfermagem da U S P 2016 Sep;50(5):756-762.

32. Minuzzi1, A., Chiodelli Salum, N. and Honório Locks, M. (2016). Assessment Of Patient Safety Culture In Intensive Care From The Health Team's Perspective. [online] Scielo. Available at: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/en\\_0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/en_0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf) [Accessed 3 Mar. 2019].
33. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza Sd, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* 2016 Sep;50(5):756-762.
34. Pinheiro Maria da Penha, Junior Osnir Claudiano da Silva. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 01] ; 16( 45 ): 309-352. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000100309&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100309&lng=es). Epub 01-Ene-2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238811>.
35. Oliveira Isabelly Costa Lima de, Cavalcante Maria Lígia Silva Nunes, Aires Samia Freitas, Freitas Rodrigo Jacob Moreira de, Silva Beatriz Viana da, Marinho Daniela Maria Freire et al . Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 03] ; 71( Suppl 5 ): 2316-2322. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001102316&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102316&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0125>.
36. Ramos F., Coca S.M., Abeldaño R.A.. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Abr 07] ; 14( 1 ): 47-53. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000100047&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100047&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.004>.
37. Meddings, J., Reichert, H., Greene, M. T., Safdar, N., Krein, S. L., Olmsted, R. N., ... & Saint, S. (2017). Evaluation of the association between Hospital Survey

- on Patient Safety Culture (HSOPS) measures and catheter-associated infections: results of two national collaboratives. *BMJ Qual Saf*, 26(3), 226-235.
38. Bernardi da Costa, D., Ramos, D., Gabriel, C. and Bernardes, A. (2018). Patient Safety Culture: Evaluation by Nursing Professionals. [online] Scielo. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300303&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300303&script=sci_arttext&tlng=en) [Accessed 3 Mar. 2019].
  39. Smith SA ; Yount N ; Sorra J.Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17: 143
  40. Raczkiwicz D, Owoc J, Krakowiak J, Rzemek C, Owoc A, Bojar I. Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 2019 Feb 12,.
  41. Perez castro y vazquez jorge alfonso l;Rodriguez Tanguma,Ericka Daniea l,Rocio España ,Fernando Isaac Comisión Nacional de arbitraje Médico,Subcomisión Médica,México Distrito Federal México[Revista CONAMED,México,2016 vol.21Núm 3 de Jul-sep,pag 109-119]
  42. Bolaños LP. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. *Revista Cubana de Enfermería* [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 Mar 31];33(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1209>
  43. Mir-Abellán, R., Falcó-Pegueroles, A. and De la Puente, M. (2016). Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. [online] Scielo. Available at: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2017.v31n2/145-149> [Accessed 3 Mar. 2019].
  44. Sabouri, M., Najafipour, F., Jariani, M., Hamedanchi, A., Karimi, P. Patient Safety Culture as Viewed by Medical and Diagnostic Staff of Selected Tehran Hospitals, Iran. *Hospital Practices and Research*, 2017; 2(1): 15-20. doi: 10.15171/hpr.2017.04

45. Martínez Paloma, Martínez José Luis, Cavazos Judith, Nuño José Pablo. Mejora en el tiempo de atención al paciente en una Unidad de urgencias por medio de Lean Manufacturing. Nova scientia [revista en la Internet]. 2016 [citado 2019 Mar 31] ; 8(16):17-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-07052016000100017&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052016000100017&lng=es).
46. Raso-Raso R, Uris-Selles J, Nolasco-Bonmatí A, Grau-Jornet G, Revert- Gandia R, Jiménez-Carreño R, et al. Análisis de la cultura de seguridad en una Unidad de Cardiología gestionada por procesos. Archivos de Cardiología de México 2018 Jul;88(3):190-196.
47. Merino Plaza M.J., Carrera Hueso F.J., Castillo Blasco M., Martínez Asensi A., Martínez Capella R., Fikri Benbrahim N.. Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Abr 04]; 40(1):43-56. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272017000100043&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000100043&lng=es). <http://dx.doi.org/10.23938/assn.0005>
48. Güneş ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. Collegian 2016 Jun;23(2):225-232.