

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL
SANITARIO DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA

FASE I

OMAR FRAY HERNÁNDEZ VANEGAS

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
BOGOTÁ D.C

2020

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL
SANITARIO DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA.

FASE I

OMAR FRAY HERNÁNDEZ VANEGAS

TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
SEGURIDAD DEL PACIENTE.

ASESOR: VÍCTOR A. VILLALOBOS CRUZ

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA CON PROFUNDIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO Y
ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

BOGOTÁ D.C

2020

AGRADECIMIENTOS

A Dios por bendecir mi vida, guiar y respaldar mis pasos para cumplir cada uno de mis objetivos.

A mi familia por su dedicación, especialmente a mi esposa e hijo por su apoyo incondicional y por estar en los momentos más importantes de mi vida.

A Mario David Martínez Cueto, mi excompañero de tesina, quien me ayudo en los primeros pasos durante esta investigación.

A los docentes de la especialización por compartir sin reserva sus conocimientos para lograr esta meta.

A mi asesor, Víctor Villalobos Cruz por sus valiosas recomendaciones, por su apoyo, su tiempo y su paciencia en la elaboración de este documento.

RESUMEN

La seguridad del paciente es una prioridad en la actualidad, al punto de ser un requisito de obligatorio cumplimiento en todas las instituciones de salud y un pilar fundamental en la gestión de calidad del cuidado que se brinda a los usuarios.

El presente proyecto pretende determinar cuál es la percepción que tiene el personal sanitario del Hospital Naval de Cartagena sobre la cultura de la seguridad del paciente, teniendo en cuenta que esta es una institución de salud perteneciente a las fuerzas militares y por ende al régimen de excepción. Este nivel de percepción se medirá aplicando el cuestionario 'Hospital Survey on Patient Safety Culture', diseñado por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ).

Se realizará un estudio con un enfoque cualitativo, tipo de investigación descriptiva exploratoria y de diseño transversal, la muestra del estudio será el 45 por ciento del personal sanitario del Hospital Naval de Cartagena de los servicios asistenciales. La muestra fue obtenida por muestreo aleatorio simple.

Las variables para estudiar son:

Características sociodemográficas: Edad, género, antigüedad en la institución, cargo, horas laborales semanales, tipo de contrato.

La percepción de cultura de seguridad será medida por dimensiones, las cuales en total son 12.

A través de esta investigación se espera determinar si la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario del Hospital Naval de Cartagena se afecta de forma positiva, negativa o no representa riesgo al pertenecer al régimen de excepción o régimen especial.

PALABRAS CLAVES

Cultura de seguridad, Seguridad del paciente, Hospital Naval, Régimen de excepción, Nivel de percepción del personal sanitario, Estudio descriptivo exploratorio.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Pregunta de investigación:	7
2. OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo general	8
2.2 Objetivos específicos	8
3. HIPÓTESIS	9
3.1 Hipótesis de la Investigación:	9
3.2 Hipótesis Nula	9
3.3 Hipótesis Alternativa	9
4. JUSTIFICACIÓN	10
5. MARCO TEÓRICO/MARCO CONCEPTUAL	11
6. ESTADO DEL ARTE	18
7. METODOLOGÍA	29
7.1 Enfoque	29
7.2 Diseño	29
7.3 Tipo de estudio	29
7.4 Unidad de análisis	29
7.5 Muestra	29
7.5 Instrumento de recolección de datos	30
7.6 Variables a estudiar	31
7.6.1 Características sociodemográficas	31
7.6.2 Percepción de cultura de seguridad por dimensiones	34
7.6.3 Consideraciones éticas	42
8. RESULTADOS ESPERADOS	43
9. CRONOGRAMA	44
9.1 Dificultades técnicas/metodológicas	46
10. PRESUPUESTO	47
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51

ANEXOS62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas	32
Tabla 2. Dimensiones de la cultura de seguridad.....	35
Tabla 3. Ítems formulados negativamente en el cuestionario	39
Tabla 4. Categorías y tipo de respuestas	40
Tabla 5. Cronograma.....	45
Tabla 6. Presupuesto.....	47

INTRODUCCIÓN

El Hospital Naval de Cartagena en este año 2020 cumple 40 años, es una institución de referencia para las demás bases y guarniciones militares de la región caribe y está catalogado como hospital de III nivel de atención con alta complejidad por el sistema de salud, su atención va dirigida exclusivamente al personal militar activo, retirado, y beneficiarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFFMM), centrado en la salud operacional hacia el personal, la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.

Actualmente, el Hospital Naval de Cartagena tiene a disposición de sus usuarios 59 camas para el servicio de hospitalización, 4 salas de cirugía, 1 sala de partos, pabellón de Psiquiatría, más de 40 consultorios en el área de consulta externa, salud pública, fisioterapia, terapia respiratoria, laboratorio clínico y servicio de urgencias. Cuenta con las siguientes especialidades: pediatría, ginecobstetricia, anestesiología, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica, ortopedia, medicina interna, urología, otorrinolaringología, gastroenterología, endocrinología, nefrología, neurocirugía, cardiología, psiquiatría, radiología, hematología, infectología, neumología, dermatología, patología y oftalmología.

Posee una unidad de cuidados intensivos adultos con disponibilidad 7 camas.

El servicio de urgencias cuenta con 20 camas para adultos y 7 cunas para pacientes pediátricos, 1 sala de enfermedad respiratoria aguda (ERA), 1 sala de reanimación cardio cerebro vascular, servicio de patología y cámara hiperbárica.

El departamento de enfermería tiene a su cargo 180 personas, entre profesionales y auxiliares.

Entre el personal médico, las áreas administrativas y de apoyo encontramos 300 colaboradores.

Por ser un hospital de atención exclusiva para las Fuerzas Militares, pertenece al régimen de excepción o régimen especial, por lo cual, está exento de cumplir con los principios de la seguridad social concebidos en la Ley 100 de 1993 y con otras normas emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Sumado a esto, su régimen de carácter militar castrense hace que su tipo de cultura organizacional sea orientada al poder, lo que lo hace totalmente diferente a la de los hospitales públicos y privados del país; y por ende el tratamiento, manejo y control de los problemas, incidentes y eventos que se presentan en cualquier área, son tratados acorde al estilo o protocolo de quien lo dirija en el momento; esto incluye el programa de seguridad del paciente, lo que hace que este sea tema de interés para la presente investigación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente no es un tema nuevo, data del siglo XIX, cuando Florence Nightingale, más conocida como “La dama de la lámpara” dio a conocer las duras condiciones en las que se encontraban los heridos durante la guerra de Crimea (1853-1856). Durante esa época, Nightingale describió que los heridos recibían tratamientos inapropiados por parte del sobrecargado equipo médico (Era mayor el número de heridos comparados con el personal sanitario que los atendía), los suministros médicos eran insuficientes, la higiene del lugar donde se atendían a estas personas era inadecuada; lo que provocaba que las infecciones fueran cada vez más comunes y como resultado hubo muchas víctimas mortales. Se estableció que los soldados morían diez veces más por enfermedades como: fiebre tifoidea, cólera y disentería que por las heridas recibidas en el campo de batalla; y todo debido al hacinamiento, a los deficientes desagües sanitarios y a la falta de ventilación en el hospital de las barracas.

Después, durante la II guerra mundial (1939-1945) paso exactamente lo mismo, los pacientes, en este caso soldados en su mayoría; morían más por las infecciones producidas por la falta de higiene y las condiciones de insalubridad que por las heridas sufridas durante los enfrentamientos.

En abril de 1986, se produjo el peor accidente nuclear de la historia, conocido como la tragedia de Chernóbil, la cual ocurrió cuando un reactor de una central nuclear explotó y ardió; produciendo la muerte a muchas personas, pero además, se pudo comprobar que la evacuación realizada en ese momento por las autoridades competentes, al resto de las víctimas, no fue la más adecuada; ya que la radiación afectó una zona mayor trayendo como desenlace a mediano y largo plazo el aumento en la incidencia de cáncer de tiroides y leucemia, esto enseñó que la seguridad siempre se puede mejorar.

El informe "To Err is Human", reveló la gran cantidad de eventos adversos que sufrían los pacientes durante la atención en salud; problema al cual no se le había prestado atención hasta el momento.

Un estudio realizado en Cuba y publicado en el año 2015 evidenció, que en los últimos años se ha introducido el término de "prácticas seguras" para referirse a aquellas que se basan en evidencias generalizables y que logran un impacto positivo en beneficio del paciente si son implementadas adecuadamente. Los principios que rigen las prácticas seguras incluyen en primer lugar la creación de una "*cultura de la seguridad*". (Soler, 2015).

Poseer cultura de seguridad, implica que la organización tiene una activa y permanente conciencia que las cosas pueden ir mal; que tanto la organización como el equipo de trabajo son capaces de reconocer los errores, aprender de ellos, mediante la formación, la educación continuada, la supervisión, la verificación y el análisis retrospectivo de los incidentes y eventos adversos y tomar acciones encaminadas a enmendarlos; ser justos, trabajar en equipo y tener la mente abierta para compartir la información libremente cuando ocurre un incidente. (Soler, 2015)

Esta investigación concluyó que se debe reconocer que las causas de un incidente no están solamente ligadas a los factores humanos sino indisolublemente relacionados con el sistema en el cual el individuo trabaja, observar lo que está mal en el sistema permite aprender las lecciones que evitarán la recurrencia de los incidentes. La inclusión de la seguridad de los pacientes en la agenda de los directivos en una organización conllevará a la mejora progresiva de los sistemas y contribuirá, sin dudas, en la excelencia de la atención médica que se busca como meta en beneficio de la salud del pueblo. (Soler, 2015).

En el año 2017, una investigación realizada en Chile demostró que a pesar de los avances que se vienen realizando en materia de seguridad del paciente durante los últimos 15 años, este sigue siendo un problema de salud pública, se debe implementar mejores sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, establecer una cultura no punitiva, implementar medidas de mejora, que involucren a los pacientes para que se empoderen en su propia seguridad y al personal de salud. Lo más importante que los investigadores establecieron fue que el éxito de todas estas acciones para disminuir el daño y el error requiere de la participación activa de todos los actores involucrados en el cuidado de la salud, incluidas las agencias gubernamentales. (Rocco y Garrido, 2017).

En España, En el año 2019, varios investigadores evaluaron la eficacia de los programas de seguridad del paciente y determinaron que existen múltiples programas, diseñados y adaptados para cada institución, en cambio son escasos los estudios que se llevan a cabo para evaluar la eficacia de estas estrategias una vez establecidas. (Estepa, Moyano, Pérez y Crespo, 2019).

En Colombia, dos enfermeros en el año 2019 realizaron un estudio de tipo transversal y descriptivo, acerca de la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre la seguridad del paciente en un hospital de la ciudad de Bogotá, mediante la aplicación del instrumento de la Agency For Health Care Research and Quality (AHRQ), lo cual les llevo a concluir, que para alcanzar niveles aceptables de cultura de seguridad del paciente es necesario recurrir al método científico porque ayuda a definir y comprender los problemas asociados con la ocurrencia de fallas y errores que afectan la atención del paciente. Por lo tanto, las dimensiones de personal, la respuesta no punitiva a los errores, los problemas en los cambios de turno y las transiciones entre servicios y unidades son el punto de partida para formular estrategias de mejora que pueden tener un impacto en la institución. (Cruz y Veloza, 2019).

Pero aún, con todas estas referencias podemos encontrar que en la actualidad la seguridad del paciente y la medición de la cultura de seguridad al interior de los servicios de salud a pesar de ser un tema generalizado tiene pocos estudios en Colombia que nos muestren el estado actual del arte, ya que a pesar de que se apunta a mejorar la seguridad del paciente, solo con la puesta en marcha de la Resolución 1446 de 2006 emanada por el Ministerio de la Protección Social se empezó a hacer énfasis en la seguridad del paciente mediante la vigilancia de los eventos adversos trazadores, pasando por diferentes reformas y otras normatividades, llegando hasta la Resolución 3100 de 2019 donde se obliga a garantizar la seguridad del paciente dentro del estándar de habilitación y el estándar de procesos prioritarios.

Por tal razón se hace necesario que nos enfoquemos de una manera más metodológica e investigativa para tratar de comprender, evaluar y recomendar nuevas maneras de mejorar y crear una cultura de seguridad al interior de nuestros sistemas de salud.

Esto no solo es de interés institucional, sino que es una inquietud de países en vías de desarrollo. En Latinoamérica, específicamente en Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú; se realizó el estudio IBEAS (Estudio de prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria) sobre seguridad del paciente, el cual reveló que existe una incidencia de eventos adversos de un 19,8%, lo cual nos lleva a evaluar cuál es la percepción que tiene el personal sanitario sobre la cultura de seguridad del paciente en los hospitales de nuestro territorio que abarcan temas como: caídas, úlceras por presión, infecciones, cirugías seguras, resultados clínicos, reingresos, re intervenciones quirúrgicas, información y comunicación, y para este caso en especial dentro de una institución perteneciente al Ministerio de Defensa nacional.

1.1 Pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal sanitario del Hospital Naval de Cartagena como institución perteneciente al régimen de excepción?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente por parte del personal sanitario del Hospital Naval de Cartagena, institución de salud del régimen de excepción, a través de la aplicación del instrumento cuestionario ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’, diseñado por la AHRQ.

2.2 Objetivos específicos

- Establecer el modo de medición de la percepción que puede tener el personal sanitario del Hospital Naval de Cartagena acerca del abordaje del programa de seguridad del paciente.
- Dar continuidad a la investigación en la fase II por medio del instrumento elaborado, con el fin, de evidenciar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el interior de los servicios asistenciales del Hospital Naval de Cartagena.

3. HIPÓTESIS

Hipótesis de causalidad.

3.1 Hipótesis de la Investigación: El régimen de excepción afecta negativamente el nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Naval de Cartagena basado en que la normatividad emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social no es de obligatorio cumplimiento a este tipo de regímenes.

3.2 Hipótesis Nula: El régimen de excepción no afecta negativamente el nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Naval de Cartagena, basado en que la normatividad emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social no es de obligatorio cumplimiento a este tipo de regímenes.

3.3 Hipótesis Alternativa: El régimen de excepción beneficia de forma positiva el nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Naval de Cartagena basado en que la normatividad emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social no es de obligatorio cumplimiento a este tipo de regímenes.

4. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Naval de Cartagena por ser una entidad perteneciente al componente activo de la Dirección General de Sanidad Militar, se considera régimen de excepción; esto le imprime un carácter de tipo castrense dentro de sus tratados; una cultura organizacional autoritaria orientada al poder, es por ello, que tiene una forma diferente de manejar las fallas y errores cometidos por el personal, las cuales pueden estar más orientadas por su régimen de tipo militar que por los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

De igual forma el tratamiento de los problemas y su resolución bajo un régimen de excepción le permite no adherirse a los lineamientos y normatividad emanada por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, lo que le permite gestionar de manera diferente la resolución de los problemas relacionados con la cultura de seguridad del paciente, siendo este un punto digno de evaluación en pro de servir de referencia positiva, negativa o neutra para las conclusiones.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario fortalecer el programa de seguridad del paciente en el Hospital Naval de Cartagena y por ende la cultura de seguridad en todos sus niveles jerárquicos.

5. MARCO TEÓRICO/MARCO CONCEPTUAL

En relación con el tema desarrollado en esta investigación se abordarán conceptos sobre seguridad del paciente, cultura de seguridad, clima de seguridad, incidente, error y evento adverso. Así mismo identificaremos los diferentes referentes con los que cuenta la política de seguridad del paciente para realizar la medición de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Naval de Cartagena.

- Concepto de la Seguridad del paciente: la Organización Mundial de la Salud ([OMS]) define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

El Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia por su parte, en la Guía Técnica: “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” la 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. (Ministerio de Salud, 2012, pág. 17).

De hecho, es bueno recordar la máxima dicha por el medico Hipócrates: “Primum non nocere”.

La seguridad del paciente es un tema que conlleva a diversos abordajes, y aunque en la actualidad se ha tratado de normatizar y protocolizar, aunque existe literatura acerca del tema y experiencias compartidas por sistemas de salud de otros países. En Colombia todavía estamos sobre la base de un conocimiento teórico incipiente, con poco respaldo de la dirección y gestión

administrativa de las instituciones de salud y sumado a esto encontramos desconocimiento y desinterés por parte del personal sanitario.

De hecho, muchos de los abordajes que se están estructurando han sido relacionados con las herramientas que han sido efectivas para otros. Pero definitivamente lo más crucial para su implementación es definir la cultura organizacional.

- **Cultura de Seguridad:** la cultura de seguridad es un patrón integral del comportamiento individual y organizado que abarca las actitudes y valores de las personas y de la empresa en los aspectos relativos a la seguridad, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que pueda resultar de los procesos de atención en salud. (Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, 2009, p.115).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se refiere a la cultura de seguridad del paciente como el resultado de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, así como el estilo y la competencia con la gestión de la salud y la seguridad de la organización. (Mella, Gea, Aranaz, & Ramos, 2018).

La European Society for Quality in Healthcare la define como el modelo integrado de comportamiento individual y organizativo, basado en creencias y valores compartidos, continuamente orientado a minimizar los daños asociados a la atención sanitaria. (Mella, Gea, Aranaz, & Ramos, 2018).

- **Clima de Seguridad:** hace referencia a la visión colectiva de la seguridad dentro de una organización y que impulsa a la acción o inacción de los empleados con respecto a la seguridad. (Geseme, 2018).

- **Cultura Organizacional:** Es el conjunto de percepciones, sentimientos, actitudes, hábitos, creencias, valores, tradiciones y formas de interacción dentro y entre los grupos existentes en todas las organizaciones. La cultura organizativa puede facilitar la implantación de la estrategia si existe una fuerte coherencia entre ambas o, por el contrario, impedir o retrasar su puesta en práctica. (Mendoza, 2013).
- **Cultura Organizacional orientadas al poder:** son aquellas instituciones cuyos valores están orientados a reforzar su posición de poder, por lo que suele tomar decisiones a través de la figura de un directivo con autonomía y control sobre los empleados. (Nuño, P, 2018)
- **Comité de Seguridad del Paciente:** Grupo de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la Seguridad del Paciente. (Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos, 2013)
- **Atención en Salud:** Según el Ministerio de Salud, (2008) son “servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud” (pág. 14)
- **Calidad en la atención en salud:** según Luft y Hunt, la calidad en la atención es "el grado en el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por el paciente y disminuyen los no deseados". (pág. 330)
- **Atención Segura:** Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y de minimizar los riesgos. (Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos, 2013)

- **Indicio de Atención insegura:** Según el Ministerio de Salud (2012), es “un acontecimiento o una circunstancia que puede alterar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso”. (pág. 17)
- **Fallas de la atención en Salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales. (Ministerio de Salud, 2012, pág. 17)
- **Fallas Activas o fallas inseguras:** Según el Ministerio de Salud (2012), “son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud”. (págs. 17-18).
- **Fallas Latentes:** El Ministerio de Salud (2012) afirma, que “son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo”. (pág. 18).
- **Error:** Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes. (Organización Mundial de la Salud,, 2009)
- **Error Médico:** Conducta clínica equivocada en la práctica médica o por cualquier profesional de la salud como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto. (Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos, 2013)

- Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. (Ministerio de Salud, Republica de Colombia, 2008, pág. 15)
- Evento adverso: Ministerio de Salud (2012) afirma, que “es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles”. (pág. 18)
- Evento adverso prevenible: Ministerio de Salud (2012) “es el Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado”. (pág. 18)
- Evento adverso no Prevenible: Ministerio de Salud (2012) “es el Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial”. (pág. 18)
- Evento centinela: Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente. (Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos, 2013)
- Evento adverso grave: Según la (Organización Mundial de la Salud (2009), “es un evento que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica, o una lesión física o psíquica grave”. (pág. 127)
- Factores Contributivos: Según el (Ministerio de Salud, (2012) “son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa)”. (pág. 18)

- Medición de la Cultura: (Carrillo Punina, 2016) “método por medio del cual se permite conocer el impacto que esta tiene sobre los resultados de una empresa”
- Régimen de excepción en Salud: El régimen de excepción en salud es aquel sistema de seguridad social que ofrece cobertura a regímenes exceptuados o especiales, es decir, a aquellos sectores de la población que siguen rigiéndose por las normas de seguridad social concebidas con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993, o por las que regulan de forma especial para ellos. (Régimen excepcional de Salud, 2015).
- Régimen Subsidiado: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley. (Ley 100 de 1993. Artículo 211. Ministerio de Salud República de Colombia, 1993)
- Régimen Contributivo: El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. (Ley 100 de 1993. Artículo 202. Ministerio de Salud República de Colombia, 1993)
- Régimen Castrense: En sentido general es el nombre en español que reciben las instituciones encargadas de las acciones bélicas de un Estado. Como tal, cada país define tanto su estructura como el tipo y cantidad de unidades que lo formarán, su composición, sus misiones y su equipo. (Ejército, s.f)

- Hospital Naval de Cartagena: Hospital de tercer nivel de atención con alta complejidad, el cual está ubicado en la ciudad de Cartagena y hace parte de la Dirección de Sanidad Naval, adscrito a la Dirección General de Sanidad Militar.

- Percepción: Proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organizar los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido. De este modo lo siguiente que hará el individuo será enviar una respuesta en consecuencia, mediante la percepción, la información es interpretada y se logra establecer una idea. (Pérez Porto & Gardey, 2008)

6. ESTADO DEL ARTE

Es importante e imprescindible mencionar que, gracias a los estudios efectuados por el Instituto Nacional de Salud de los EE. UU., se visibilizó en su momento este gran problema de salud pública por el que está atravesando todo el sector, el cual es; los eventos adversos asociados a la atención en salud.

Este tema es tan antiguo que en la década de los años 1950-1960, ya algunos estudios habían reportado la presencia de efectos adversos, pero no se le prestó atención a nivel general. (Gutiérrez, 2007, págs. 4-5)

Más específicamente en los años cincuenta se publicaron unos estudios que demostraron que existían riesgos durante la hospitalización asociados a errores médicos; gracias a estas publicaciones y a otras subsiguientes se empezaron a implementar algunas prácticas seguras que lograron reducir ampliamente la muerte relacionada con eventos adversos en los últimos 25 años.

En 1984, Brennan, aportó una metodología para el estudio de los eventos adversos que se replicó en todo el mundo y fue así como se conoció mejor la frecuencia de dichos eventos y sus determinantes (Castañeda - Hidalgo, y otros, 2013).

En 1991, el estudio Harvard, empieza a mostrar la magnitud del problema a nivel de seguridad del paciente, concluyendo que el 4% de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de daño por eventos adversos y que el 70% de los mismos provoca una incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales. (Gutiérrez, 2007).

Es en este punto, donde la historia de la seguridad del paciente es marcada por un antes y un después. En el año 1999, el informe del Instituto de Medicina de EE. UU. “Errar es humano: construyendo un sistema más seguro de salud”, concientizó a nivel mundial, lo relevante que es

establecer como un requisito de obligatorio cumplimiento la seguridad del paciente en las instituciones de salud, e intervenir de forma prioritaria sobre los riesgos evitables. Este mismo estudio determinó que los errores clínicos prevenibles son responsables de entre 44.000 y 98.000 muertes de pacientes en hospitales al año y además estableció que los costos económicos de estos errores son altísimos; sin mencionar los costos emocionales relacionados para los pacientes y sus familiares. (Gutiérrez, 2007)

A partir de estos estudios la Organización Mundial de la Salud (OMS) se interesa en esta problemática y empieza a abordar el tema; entonces en el año 2004 establece la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que inicialmente fue llamada "Errar es Humano" y hoy se conoce como Programa de Seguridad del Paciente, el cual tuvo como finalidad aunar esfuerzos por parte de los países miembros para trabajar mancomunadamente en el tema, y de esta manera evitar eventos adversos prevenibles. Es así, que desde entonces se redoblaron los esfuerzos para mejorar la seguridad en el momento de la atención y los entes internacionales empezaron a hacer investigaciones que evidenciaran el problema, pero esta vez encaminados a entregar las posibles soluciones. (Ministerio de Salud, 2012, pág. 26)

En el 2002, El Departamento de Salud del Reino Unido en su informe, "An organization with a memory" estimó que se producen eventos adversos en aproximadamente el 10% de las hospitalizaciones, lo que representa alrededor de 850.000 eventos adversos al año. Y lo más impactante es que estos daños son prevenibles desde la atención médica recibida. (Gutiérrez, 2007)

En marzo de ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55ª Asamblea Mundial informó que existían unas tasas muy altas de eventos adversos para diferentes países desarrollados, estas tasas oscilaron entre el 3,2 y 16,6%, destacando así que esto se había

convertido en un problema global. Además, en esta misma Asamblea se dio a conocer que muchas personas no murieron producto del error médico, pero quedaron con una discapacidad transitoria o permanente. (Castañeda - Hidalgo, y otros, 2013, pág. 79)

Un informe publicado en el año 2003 por el National Quality Forum de los Estados Unidos, además de fundamentarse en la seguridad del paciente; empezó a hablar de algo que hoy día es muy relevante, la cultura de la seguridad del paciente; diciendo que una cultura positiva con respecto a la seguridad en las instituciones de salud es un requisito esencial para gestionar los riesgos inherentes a la práctica de atención en salud, concluyendo así que con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos se podría evitar recaer en los mismos. (Castañeda - Hidalgo, y otros, 2013, pág. 79)

Es por esto, que a nivel de instituciones sanitarias se está haciendo énfasis insistentemente en conseguir una adecuada cultura de seguridad del paciente que garantice una óptima atención. Tan relevante es este tema que se ha señalado como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Aunado a esto, hay que realizar la medición de la cultura de seguridad, retroalimentación de los resultados y las intervenciones a que haya lugar.

En el año 2006, se reportó que los eventos adversos eran la sexta causa de muerte en Estados Unidos, por encima de enfermedades cardiovasculares, renales y respiratorias y que los días de estancia hospitalaria y la mortalidad, por eventos adversos asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año. Durante ese mismo año se reportó también que los eventos adversos son la primera causa de morbilidad y mortalidad global en algunos países en vía de desarrollo. (Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados

con la seguridad del paciente. 2014. Ministerio de Salud, República de Colombia. Bogotá, Colombia)

Sin embargo, aún con todos estos estudios que se han realizado, paradójicamente todavía en el 2009 se reportó que uno de cada siete pacientes hospitalizados del Medicare sufren uno o más eventos adversos y que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud. (Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Seguridad del paciente y la atención segura. Ministerio de Salud y Protección de Social, República de Colombia, Bogotá, Colombia, 2012., pág. 27)

En el año 2010, se realizó un estudio en España llamado EVADUR, (Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles) en este se determinó que el 12% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias sufren algún tipo de evento adverso; todo producto de factores como la sobrecarga laboral, el estrés, la fatiga, la inexperiencia y la complejidad de la patología de los pacientes. (Jaraba, Sartolo, Villaverde, & Espuis, 2013)

En España, en el año 2013 se realizó una investigación que evaluaba la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias, este estudio descriptivo transversal utilizó como instrumento de medición la versión española del “Hospital Survey on Patient Safety”, para determinar las fortalezas y oportunidades de mejora del servicio; encontrándose entre los encuestados que existía desconocimiento de las vías para notificar eventos adversos, y a su vez una deficiencia formativa en cultura de seguridad. (Jaraba, Sartolo, Villaverde, & Espuis, 2013)

En Colombia, en el año 2016 se realizó un estudio basado en la medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta encontrándose que la percepción general de la seguridad del paciente obtuvo un 58% de respuesta positiva, este valor se considera de riesgo por la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos. (López, M.A., & A.L., 2016)

Un estudio más reciente realizado en España en el año 2018, en el cual se hizo el análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario para determinar la percepción de seguridad que tienen los profesionales sanitarios y no sanitarios concluyó que la percepción es buena, aunque mejorable. No se identificaron fortalezas, por el contrario, las debilidades fueron muy notables tales como: falta de dotación del personal, poco apoyo de la gerencia al programa de seguridad del paciente, cambios de turno y transición entre servicios. (Mella, Gea, Aranaz, & Ramos, 2018)

A través de este recorrido es fácil inferir que, aunque se han realizado estudios y se viene luchando por implementar y poner en marcha el programa de seguridad del paciente en todas las instituciones de salud en el mundo; todavía se identifican muchas falencias y falta de compromiso de la gestión administrativa e incluso del personal de salud. Además, se observa que la incidencia de eventos adversos continúa siendo alta y que la cultura de reporte es casi nula.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es un organismo especializado de las Naciones Unidas que tiene como objetivo construir un futuro mejor y más saludable para las naciones del mundo. Es por esto, que fomenta la investigación multinacional sobre este tema; Para contribuir al conocimiento de la magnitud y naturaleza de los problemas de seguridad del paciente.

A través de todas estas investigaciones la OMS dio a conocer los siguientes datos y cifras:

- Los eventos adversos ocasionados por una atención insegura se convierten en una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad a nivel mundial.
- En los países desarrollados con ingresos altos, se infiere que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre daño por algún tipo de evento adversos, y así mismo se estimó que por lo menos el 50% de estos pueden ser prevenibles.
- En los países bajos y medios anualmente se producen 134 millones de eventos adversos debido a una atención insegura.
- En estos mismos países, otro estudio relacionado con los años perdidos por discapacidad y muerte conocidos como años de vida ajustados en función de la discapacidad estimó que dos tercios de todos los eventos adversos son producto de una atención insegura.
- En el mundo, cuatro de cada diez pacientes sufren daños durante la atención primaria y ambulatoria relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos. Lo más relevante es que el 80% de estos daños pueden ser prevenibles.
- En los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se hizo un estudio que reveló que el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalario es el resultado directo de eventos adversos.

Estas investigaciones son tan relevantes que pudieron concluir que si se invierte en seguridad del paciente se pueden reducir los daños a los mismos en un 15%, lo que se traduce en ahorros financieros significativos para las entidades de salud. (OMS, 2019)

Gracias a todos estos avances e investigaciones la comunidad sanitaria a nivel mundial empezó a hacer énfasis en este tema en todas las instituciones, y a nivel de entes regulatorios con el fin de salvaguardar la vida y la integridad de sus pacientes.

Es así, como en la mayoría de los países han surgido una serie de leyes, normas y regulaciones de obligatorio cumplimiento para cumplir la meta propuesta por la OMS y que fue acogida por los gobiernos y otros asociados para que todas las personas gocen del grado máximo de salud que se pueda lograr.

En España, la seguridad del paciente tiene tanta relevancia que, en los últimos años, el Sistema Nacional de Salud Español (SNS) lo ha situado como centro de sus políticas sanitarias y a su vez lo ha definido como un elemento clave para mejorar la calidad implementando estrategias de cultura e información sobre seguridad de los pacientes.

Una de las estrategias más importantes en este país en el sistema sanitario público de Andalucía ha sido implementar el programa “estrategia para la seguridad del paciente” cuya finalidad es mejorar la calidad de la atención sanitaria proporcionando atención y cuidados seguros que disminuyan la incidencia de eventos adversos. (López, Ríos, & Vélez, 2008).

En Estados Unidos, la seguridad del paciente va mancomunada con la calidad de los servicios de salud por lo cual hay unos requisitos establecidos que deben acatar tanto hospitales públicos como privados. Estos requisitos consisten en una serie de actividades que deben garantizar la calidad de la atención; estos son: desempeño profesional que se traduce en calidad técnica, empleo de recursos que garantizan la eficiencia, medir el riesgo del paciente en relación con los servicios suministrados y la satisfacción del paciente luego de recibir estos servicios.

Todos los hospitales en Estados Unidos deben tener programas de garantía de la calidad formalizados dirigidos por profesionales certificados en el tema. (López, Ríos, & Vélez, 2008).

En Chile para evitar los eventos adversos se constituye en el 2007 el Departamento de seguridad del paciente, el cual tiene como objetivo que los procesos de atención sean seguros, mejorar la calidad, proteger al paciente de los riesgos evitables asociados a la atención sanitaria. Por lo anterior, se crea un modelo de gestión de riesgos en salud.

Para garantizar esto el Ministerio de Salud de Chile crea la Ley de Autoridad Sanitaria No. 19.93771/04, la cual establece que los prestadores de salud, deben cumplir unos estándares mínimos para estar acreditados, y que estos deben garantizar la seguridad del paciente en todos los servicios que ofrecen. Siendo el mismo Ministerio el que elabora los estándares y verifica su cumplimiento. (López, Ríos, & Vélez, 2008)

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública es la autoridad sanitaria nacional y ha fijado como meta que sus instituciones de salud brinden una atención segura a los pacientes que garantice la prevención de los eventos adversos; para esto elaboró el Manual de “seguridad del paciente” cuya finalidad es brindar a las instituciones de salud los lineamientos necesarios que permitan minimizar el riesgo del paciente en el proceso de atención en salud y en caso que se presente un evento adverso se puedan mitigar sus consecuencias, mediante la aplicación de barreras de seguridad en cada proceso de atención y la consolidación de una cultura de calidad, proactiva y responsable. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Los conceptos de calidad y seguridad del paciente son definiciones acopladas, ya que una es el complemento de la otra, son los mecanismos que se utilizan para impactar de forma positiva, las fallas que se presentan durante la prestación de servicios de salud a los usuarios. Pero para

intervenir esta dificultad, los errores o fallas, se hacía imperativo regular a través de una normatividad todo lo relacionado con seguridad del paciente y sistemas de calidad; en Colombia con el advenimiento del Decreto 1011 de 2006 se obliga a todos los actores del sistema de salud a trabajar en favor de una atención con criterios de calidad y por otra parte a minimizar los riesgos asociados a la atención.

El Decreto 1011 de abril de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud ([SOGCS]), entendido como una combinación de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad en los servicios de salud. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad en salud, el SOGCS debe cumplir con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. (Decreto No. 1011, 2006).

Con la expedición de este Decreto se avanzó en el tema de la seguridad del paciente, ya que, se hizo imperativo y de obligatorio cumplimiento en nuestras instituciones de salud, debido a esta preocupación, empezaron a emanar una serie de guías y lineamientos para su correcta aplicación; tales como:

La Resolución 1446 de mayo de 2006, establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad la vigilancia de eventos adversos, se establecen los lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores; los cuales se debían reportar de manera obligatoria a través del sistema de información para la calidad. (Resolución No. 1446, 2006).

En junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (Ministerio de la Protección Social, 2008)

Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” cuya finalidad es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos. Se complementa con el desarrollo de paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones. Hay un paquete instruccional muy relevante que trata de la evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

Resolución 2003 de 2014 exige en los estándares de habilitación contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: la planeación estratégica de la seguridad, fortalecimiento de la cultura institucional, medición, análisis, reporte y gestión de eventos adversos. (Resolución No. 2003, 2014)

Resolución 3100 de 2019 dice que todo servicio de salud habilitable debe tener por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente. Además, hace énfasis en que los estándares de habilitación buscan atender la seguridad del paciente.

Específicamente el estándar de procesos prioritarios busca garantizar que el prestador de servicios de salud cuente con una política de seguridad del paciente acorde a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, que la promueva y que involucre a todo el personal con un enfoque educativo a cumplirla y adquirir la cultura de la seguridad del paciente. (Resolución No. 3100, 2019).

De lo anterior se puede inferir que una atención en salud segura, es decir; con el mínimo riesgo debe ser un condicionante en todas las entidades que ofrecen servicios de salud, pero la norma relacionada con el tema exceptúa a las Instituciones del Sistema de Salud colombiano pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional a cumplir con esta obligatoriedad y les permiten la opción de acogerse voluntariamente al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

Todo lo anterior despierta el interés de realizar este proyecto, para determinar la percepción que tiene el personal sanitario sobre la cultura de seguridad del paciente en una entidad del régimen de excepción.

Para lograr el objetivo se utilizará como instrumento de medición el cuestionario ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’, diseñado por la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud ([AHRQ]), versión en español. El cual por medio de preguntas dirigidas y con respuestas en positivo y negativo, más un valor determinado por máximos, mínimos y promedios estándar, nos acercará al resultado ideal para cada conjunto de preguntas y valoración de la dimensión encuestada. Todo esto con el fin de obtener resultados expresados en porcentajes que permitan inferir cual es la percepción global al interior de la institución, que tiene el personal sanitario sobre la cultura de seguridad del paciente.

7. METODOLOGIA

Diseño y tipo de investigación.

7.1 Enfoque

Cualitativo.

7.2 Diseño

No experimental.

7.3 Tipo de estudio

Descriptivo exploratorio, con diseño transversal.

7.4 Unidad de análisis

Personal médico y de enfermería del Hospital Naval de Cartagena de los servicios de hospitalización en quirúrgicas, medicina interna, psiquiatría, ginecología, pediatría, unidad de cuidados intensivos adultos, urgencias, consulta externa y cirugía.

7.5 Muestra

El 45% de los colaboradores, entre médicos y personal de enfermería del Hospital Naval de Cartagena, de los servicios asistenciales mencionados anteriormente.

El método utilizado para obtener la muestra fue el muestreo aleatorio simple para población finita. (Aguilar-Barojas, 2005)

La muestra se calculó con el 95% de confianza y un porcentaje de error del 5%. (Aguilar-Barojas, 2005)

Formula:

$$n = (Z^2 * p * q * N) / (e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q)$$

donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño total de la población de estudio

Z = nivel de confianza (95% = 1.96)

e = error (Margen de error = 5%)

p = probabilidad a favor (50% =0.5)

q = probabilidad en contra (50% =0.5)

$$n = \frac{[(1.96)]^2 * 0.5 * 0.5 * 480}{[(0.05)]^2 * (480 - 1) + [(1.96)]^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 460.8 / (2.1575)$$

$$n = 213.5 \approx \mathbf{214}$$

Nota: La muestra de estudio son 214 personas que equivalen al 45% de la población total.

7.5 Instrumento de recolección de datos

Aplicación de encuesta autoadministrada. ‘‘Cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente’’. Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Versión en español, diseñada por la AQRH.

Este instrumento está diseñado para medir la cultura de la seguridad del paciente de un hospital o para áreas específicas.

Según el contexto enmarcado por la pandemia de la COVID-19, en la fecha estipulada para la ejecución de la encuesta se contempla su realización de forma mixta (presencial o virtual).

Presencial: el investigador se reunirá con el personal a encuestar, explicará el objetivo de su participación en el proyecto, garantizará la confidencialidad de los datos de los participantes, la importancia de la participación de forma voluntaria, explicará el consentimiento informado y comprobará que ha sido entendido. Posterior a la reunión entregará el consentimiento informado y verificará que lleven las firmas respectivas.

Luego, entregará la encuesta en un sobre sellado para su respectivo diligenciamiento.

Virtual: se enviará a los correos electrónicos de los participantes el consentimiento informado con su respectiva explicación, el mismo se recibirá cuando esté debidamente firmado y luego de verificar su cumplimiento se procederá a enviar por el mismo medio la encuesta que será realizada en la plataforma Google Forms.

Adicionalmente, se le dirá al participante que puede contactar al investigador vía mail o telefónicamente para aclarar dudas o inquietudes.

La recolección de la encuesta realizada de manera presencial por los colaboradores en el hospital será de forma personal en el servicio correspondiente.

7.6 Variables a estudiar

7.6.1 Características sociodemográficas: Edad, género, cargo, antigüedad en el cargo, horas laborales semanales, tipo de contrato.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Variable	Definición	Valores	Clasificación según su Naturaleza	Escala de medición
Edad	Tiempo vivido desde su nacimiento.	18 años a 31 32 años a 45 46 años a 60 Más de 60 años	Cuantitativa	Intervalo
Género	Características del sexo.	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Cargo	Puesto que ocupa dentro de la institución.	Auxiliar de Enfermería Enfermera Enfermera Especializada Sección H, Ítem 4	Cualitativa	Nominal
Antigüedad en el cargo	Tiempo que lleva laborando en su	De 3 meses a 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años	Cuantitativa Discreta	Intervalo

	actual sitio de trabajo.	De 11 a 15 años De 16 a 20 años 21 años o más		
Horas laborales semanales	Tiempo en horas que labora en la institución por semana.	Menos de 20 horas De 20 a 39 horas De 40 a 59 horas De 60 a 79 horas De 80 a 99 horas De 100 horas o más	Cuantitativa Discreta	Intervalo
Tipo de contrato	Acuerdo entre la jurídico entre la institución y el empleado.	Indefinido Temporal	Cualitativa	Nominal

7.6.2 Percepción de cultura de seguridad por dimensiones: el cuestionario ha sido diseñado para medir en total 12 dimensiones.

- Percepciones generales de seguridad del paciente.
- Frecuencia de incidentes reportados.
- Expectativas y acciones del líder del área para promover la cultura de seguridad del paciente.

- Aprendizaje organizacional.
- Trabajo en equipo dentro de los servicios.
- Apertura de la comunicación.
- Comunicación e información sobre errores.
- Respuestas no punitivas a errores.
- Dotación de personal.
- Apoyo por parte de la alta dirección en seguridad del paciente.
- Trabajo en equipo entre unidades.
- Transferencia y transiciones entre servicios.

Al analizar las respuestas se evalúa tanto el ítem de forma particular como cada dimensión en conjunto, sobre la percepción que tiene el colaborador que responde.

A continuación, se relacionan las dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen.

Tabla 2. Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
1. Frecuencia de incidentes reportados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado? (preg.1 sección D) ➤ Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado? (preg.2 sección D) ➤ Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado? (preg.3 sección D)
2. Percepciones generales de seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo. (preg.15 sección A) ➤ Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. (preg.18 sección A) ➤ Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí. (preg.10 sección A) ➤ Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. (preg.17 sección A)
B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	
3. Expectativas y acciones del líder del área para promover la cultura de seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes. (preg.1 sección B) ➤ Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. (preg.2 sección B) ➤ Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo. (preg.3 sección B)

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez. (preg.4 sección B)
4. Aprendizaje organizacional.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente. (preg.6 sección A) ➤ Los errores han llevado a cambios positivos aquí. (preg.9 sección A) ➤ Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. (preg.13 sección A)
5. Trabajo en equipo dentro de los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La gente se apoya una a la otra en esta unidad. (preg.1 sección A) ➤ Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo. (preg.3 sección A) ➤ En esta unidad, el personal se trata con respeto. (preg.4 sección A) ➤ Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan. (preg.11 sección A)
6. Apertura de la comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. (preg.2 sección C) ➤ El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. (preg.4 sección C) ➤ El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (preg.6 sección C)
7. Comunicación e información sobre errores.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes. (preg.1 sección C) ➤ Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad. (preg.3 sección C)

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer. (preg.5 sección C)
8. Respuesta no punitiva a los errores.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El personal siente que sus errores son considerados en su contra. (preg.8 sección A) ➤ Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona esta siendo reportada y no el problema. (preg.12 sección A) ➤ El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes. (preg.16 sección A)
9. Dotación de personal.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo. (preg.2 sección A) ➤ El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (preg.5 sección A) ➤ Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente. (preg.7 sección A) ➤ Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente. (preg.14 sección A)
10. Apoyo por parte de la alta dirección en seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. (preg.1 sección F) ➤ Las acciones de la Dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. (preg.8 sección F) ➤ La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso. (preg.9 sección F)
C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	
11. Trabajo en equipo entre unidades.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas. (preg.4 sección F) ➤ Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes. (preg.10 sección F)

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas. (preg.2 sección F) ➤ Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital. (preg.6 sección F)
12. Transferencias y transiciones entre servicios.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra. (preg.3 sección F) ➤ Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno. (preg.5 sección F) ➤ A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital. (preg.7 sección F) ➤ Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital. (preg.11 sección F)

Fuente: Autores.

Tabla 3. *Ítems formulados negativamente en el cuestionario*

Dimensión	Ítems
Frecuencia de incidentes reportados.	Ninguno
Percepción de seguridad.	10, 17 Sección A
Expectativas y acciones del líder del área para promover la cultura de seguridad del paciente.	3, 4 Sección B
Aprendizaje organizacional.	Ninguno
Trabajo en equipo dentro de los servicios.	Ninguno
Apertura de la comunicación.	6 Sección C
Comunicación en información sobre errores.	Ninguno
Respuesta no punitiva a los errores.	8, 12, 16 Sección A
Dotación de personal.	5, 7, 14 Sección A
Apoyo por parte de la alta dirección en seguridad del paciente.	9 Sección F
Trabajo en equipo entre unidades.	2, 6 Sección F
Transferencias y transiciones entre servicios.	3, 5, 7, 11 Sección F

Fuente: Autores.

En el cuestionario las preguntas son formuladas de dos maneras: positiva o negativamente.

En el análisis de frecuencias inicial por ítems, Se realizan valoraciones de cada ítem de la encuesta por medio de la escala de Likert en 5 grados de acuerdo a cada sección del cuestionario; pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. (Estévez, Jiménez y Silva, 2017).

Las variables de cada dimensión se clasifican según su naturaleza en cualitativas y su escala de medición es nominal.

Las respuestas se codificarán en categorías:

Tabla 4. Categoría y tipo de Respuestas

TIPO DE CATEGORIA	TIPO DE RESPUESTA
Negativa	Muy en desacuerdo (nunca) En desacuerdo (raramente)
Neutral	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (a veces)
Positiva	De acuerdo (casi siempre) Muy de acuerdo (siempre)

Fuente: Autores.

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada ítem, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente formula:

$$\frac{\Sigma \text{ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Definición positivo, neutro y negativo:

Positivo: es el porcentaje de respuestas valoradas en 4 o 5 para preguntas redactadas en sentido positivo, o en 1 o 2 para preguntas redactadas en sentido negativo.

Neutro: es el porcentaje de respuestas valoradas en 3.

Negativa: es el porcentaje de respuestas valoradas en 1 o 2 para preguntas redactadas en sentido positivo, o en 4 o 5 para preguntas redactadas en sentido negativo. (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, s.f.)

Definición de frecuentemente, a veces, rara vez / nunca:

Frecuentemente: es el porcentaje de respuestas que fueron calificadas como un 4 o 5 para las preguntas redactadas en forma positiva, o un 1 o 2 para preguntas redactadas en sentido negativo.

A veces: es el porcentaje de respuestas que fueron calificadas como un 3 por una cuestión de frecuencia.

Rara vez/ nunca: es el porcentaje de respuestas que fueron calificados como un 1 o 2 para las preguntas redactadas en forma positiva, o un 4 o 5 para preguntas redactadas en sentido negativo. (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, s.f.)

Explicación de los cálculos:

Áreas fuertes o fortalezas: se considera Área fuerte cuando $\geq 75\%$ de los encuestados valora de forma positiva aspecto de la seguridad, por lo tanto, también están incluidas las valoraciones negativas de las variables redactadas en sentido negativo. (que están indicando una percepción POSITIVA de la seguridad)

Potenciales de mejora: se considera área con potencial de mejora cuando $\geq 50\%$ de los encuestados valora de forma negativa ese aspecto de la seguridad, por lo tanto, también están incluidas las valoraciones positivas de las variables redactadas en sentido negativo. (que están indicando una percepción NEGATIVA de la seguridad). (Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, s.f.)

7.6.3 Consideraciones éticas.

Según el artículo 11 literal a de la Resolución 8430 de 1993, esta investigación se considera sin riesgo, por tratarse de datos recolectados por medio de una encuesta. (Resolución No.8430, 1993)

Se propone revisión y aval por parte del comité de ética del Hospital Naval de Cartagena.

Se recomendará a la Alta Dirección del Hospital Naval de Cartagena, que el cuestionario no incluya el nombre del entrevistado con el propósito de garantizar la confidencialidad de la información.

La participación de los funcionarios debe ser voluntaria; sin embargo; deben firmar consentimiento informado y luego procederán a contestar el cuestionario. (ver anexos)

Requiere aval ético	SI	NO	Nivel de riesgo ético	Investigación sin riesgo	X
	X			Investigación con riesgo mínimo	
				Investigación con riesgo mayor que el mínimo	

8. RESULTADOS ESPERADOS

(FASE II)

Conocer la percepción de la cultura de Seguridad del Paciente en una institución del régimen de excepción y si esta garantiza la aplicación de la misma, debido a que la normatividad colombiana los exonera de cumplir con estos lineamientos por no ser una institución prestadora de servicios de salud del sector público, por lo cual no los obliga a cumplir con el estándar de procesos prioritarios contemplados en el Sistema Único de Habilitación, que es uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que exige la existencia de procesos seguros en los prestadores de servicios de salud convencionales.

Además, aunque el ente auditor perteneciente al Distrito visita y audita la institución, únicamente deja recomendaciones para aplicar, que deben ser enviadas a la Dirección General de Sanidad Militar y es allí donde se toma la decisión de aplicarlas o no.

Por otra parte, el programa de seguridad del paciente que se lleva en el hospital es dinámico y sujeto a decisiones de modificación por parte de las directivas.

La persona encargada del programa tiene la facultad de hacer recomendaciones en pro del mejoramiento continuo del mismo; recomendaciones que son evaluadas por el comité o las directivas de la institución, que, dependiendo la factibilidad y beneficios, pueden ser sujetas a aprobación o no, impactando de manera importante la atención del paciente.

Lo descrito anteriormente llama la atención del investigador debido a que las decisiones, políticas y lineamientos en seguridad del paciente en una institución del régimen de excepción serían tomadas sin tener en cuenta las normas emitidas, lo que lo convierte en una “rueda suelta”, creando sus propias reglas y no acogiéndose a lo establecido por el Ministerio de Salud. Lo que al final terminaría por afectar de manera considerable la seguridad del paciente.

9. CRONOGRAMA

Para la presentación de la presente propuesta estos son los pasos para seguir:

FASE I:

1. Presentación de la propuesta de investigación.
2. Diseño de la investigación por medio de la construcción del documento, justificación, marco teórico, conceptual, propuesta final, etc.
3. Presentación y planteamiento de la propuesta a la Alta Directiva y la Oficina de Seguridad del Paciente del Hospital Naval de Cartagena, con el fin de obtener el permiso para la aplicación de la encuesta.
4. Socialización del documento propuesta ante la Universidad El Bosque en el programa de Especialización en Seguridad del Paciente.

FASE II:

1. Trabajo de campo.
2. Realización de encuestas de forma virtual o presencial dependiendo del contexto de la pandemia.
3. Tabulación de la información.
4. Socialización de los resultados con la Universidad El Bosque en el programa de Especialización en Seguridad del Paciente y la Oficina de Seguridad del Paciente del Hospital Naval de Cartagena

Tabla 5. Cronograma

Actividad Fase I	FASE I												FASE II					
	1er. Semestre Académico						2do. Semestre Académico						1er. Semestre Académico					
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
1. Presentación propuesta de investigación					15													
2. Diseño de la investigación								28 - 27										
3. Presentación y planteamiento de la propuesta												27						
4. Socialización del documento													27					
Actividad Fase II																		
1. Trabajo de Campo													25					
2. Realización de Encuesta														1 - 25				
3. Tabulación de la Información														26 - 8				
4. Socialización de Resultados																		15

Fuentes: Autores. Adaptación de la información recolectada de procedimiento formulación ejecución y aprobación del Proyecto

9.1 Dificultades técnicas/metodológicas

Ante la contingencia por la pandemia de la COVID-19 resulta un poco difícil realizar la encuesta de cultura de seguridad en forma grupal, lo cual se podrá sortear efectuando el cuestionario por parte de los colaboradores en forma virtual y/o presencial de forma individual, según el contexto de la pandemia.

NOTA: De acuerdo con información suministrada por el líder de seguridad del paciente del Hospital Naval de Cartagena, se tiene restringido el acceso a las áreas de hospitalización y urgencias al personal ajeno a la institución y/o familiares; lo anterior dispuesto por lineamientos institucionales y orden de la Dirección General de Sanidad Militar con el fin de prevenir contagios por COVID-19.

10. PRESUPUESTO

Tabla 6. Presupuesto

Rubro	Desembolso nuevo (\$)	Desembolso normal (\$)	Contrapartida otra institución (Si aplica)		Total (\$)
			Contrapartida efectiva (\$)	Contrapartida especie (\$)	
1. investigador	4.000.000				4.000.000
2. Docente asesor	2.000.000				2.000.000
3. Encuestadores	2.500.000				2.500.000
4. Equipos especializados: Computadores y/o tablet	1.000.000				1.000.000
5. Materiales: resmas tamaño carta, impresiones, tinta, bolígrafos.	300.000				300.000
6. Salidas de campo: Transporte para el desplazamiento del encuestador y del líder de seguridad del paciente del hospital.	600.000				600.000
7. Refrigerios: jugos, sandwiches y frutas. (si se hace presencial la encuesta dependiendo el contexto de la pandemia)	500.000				500.000
8. Capacitaciones para el diligenciamiento de la encuesta:	300.000				300.000

<i>9. Materiales, plataformas de contenido virtual y conexión a internet.</i>	<i>800.000</i>	<i>800.000</i>
<i>10. Imprevistos</i>	<i>500.000</i>	<i>500.000</i>
<i>Total</i>	<i>12.500.000</i>	<i>12.500.000</i>

Fuente: Autores

CONCLUSIONES

Fase I

- Se puede concluir que una buena técnica de aplicación de la encuesta aunado a la respuesta sincera de los colaboradores conducirá por un camino en el cual los mayores beneficiados con la socialización de los resultados serán los pacientes, el personal asistencial y la institución como tal, quienes tendrán la oportunidad de trabajar de una forma articulada, con el fin de mejorar la calidad en la atención de los pacientes y fortalecer el programa de seguridad del paciente.
- El lograr determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente por parte del personal sanitario del Hospital Naval de Cartagena, (institución de salud del régimen de excepción), a través de la aplicación del instrumento cuestionario ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’, permite al equipo de salud, tanto administrativo como asistencial, detectar las posibles falencias y acciones tanto de consolidación como de mejora, que se pueden fortalecer y al mismo tiempo corregir, fue este, el enfoque principal de la investigación, con el fin de ser garantes y servir de cierto modo colaborativo, en la prestación de los servicios de salud al paciente, su familia y la comunidad que asisten a instituciones de régimen especial.
- El realizar la búsqueda exhaustiva de la información presente en este documento, permitió al investigador, ampliar el panorama relacionado con la atención de calidad y segura a los pacientes, empleando un modelo de evaluación que permita detectar si este tipo de atención se ve afectada en un sistema o régimen especial, a lo visto comúnmente en otras instituciones, todo esto con el fin de ampliar las perspectivas de aprendizaje y el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud.

RECOMENDACIONES

Fase II

- Se puede recomendar con la presente propuesta de investigación, que es necesario en aras de profundizar en el conocimiento y evidencia, ampliar el campo de aplicación de este tipo de encuestas y realizarlo no solo en el Hospital Naval de Cartagena, sino en todos los establecimientos de sanidad que estén adscritos a la Dirección General de Sanidad Militar, pertenezcan al régimen especial y porque no, más adelante, poder realizarla en instituciones privadas y públicas del régimen ordinario o común, con el fin de realizar paralelos y obtener interesantes resultados.
- Ajustarse a los tiempos establecidos por la institución para la aplicación de las encuestas y manteniendo presente el contexto de la pandemia, con el fin de no presentar riesgos tanto para el investigador, como para los pacientes y personal asistencial implicado.
- Se propone la posible realización del consentimiento informado y la encuesta de forma virtual y asincrónica debido al contexto de la pandemia por la COVID 19.
- Hacer una alianza estratégica con el líder del Programa de Seguridad del Paciente del Hospital Naval de Cartagena, con el fin de ejecutar el trabajo de campo de una forma articulada y que garantice la colaboración del personal a encuestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilar-Barojas, Saraí (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11 (1-2). [Fecha de Consulta 27 de octubre de 2020]. ISSN: 1405-2091. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Articulación entre seguridad del paciente y vigilancia epidemiológica (2014). Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Infecciones%20Asociadas%20a%20Atencin%20en%20Salud/Comites/2017/Junio/Articulaci%C3%B3n%20entre%20seguridad%20del%20paciente%20y%20Vigilancia%20Epidemiol%C3%B3gica.pdf>
- Barbosa, L. C. (2008). Establecimiento de una línea base de la cultura de seguridad de los pacientes en un hospital universitario de Bogotá. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 1(1), 19-28. Consultado en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.1102>
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal Medicine*. 1991; 324: 370-376. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743811/>
- Carmen Luisa Betancur Pulgarín, Yudi Nathalia Angulo Ante, Yaqueline Churi Antero, Luis Gabriel Murillo Micolta, Mónica Roció Romero Carvajal. Política de seguridad del paciente en la ESE norte 2, Caloto, Cauca según protocolo de Londres (2019). Obtenido de <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/3423/Articulo%20política%20>

de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20la%20ESE%20norte%202%2C%20Calo
to%2C%20Cauca%20según%20protocolo%20de%20Londres.pdf?sequence=2&isAllowe
d=y

Carrillo Punina, Á. P. (1 de Septiembre de 2016). Medición de la Cultura Organizacional.

Ciencias Administrativas - Revista Digital. Obtenido de

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/5116/511653788007/html/index.html>

Castañeda - Hidalgo, H., Garza Hernandez, R., González Salinas, J. F., Pineda Zúñiga, M.,

Acevedo Porras, G., & Aguilera Pérez, A. (2013). Percepción de la Cultura de la
seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Percepción de la Cultura de la
seguridad de los pacientes por personal de enfermería*. Ciencia y Enfermería, XIX,

Bogota. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3704/370441813008>Mario
Mella Labordea, M.

Classen DC, Resar R, Griffi n F, et al. (2011) ‘Global Trigger Tool’ shows that adverse events in

hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)*
2011;30: 581–589. Obtenido en

[https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2011.0190#:~:text=The%20Institut
e%20for%20Healthcare%20Improvement%27s,one-
third%20of%20hospital%20admissions.](https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2011.0190#:~:text=The%20Institut,e%20for%20Healthcare%20Improvement%27s,one-third%20of%20hospital%20admissions.)

Cruz, J. W. y Veloza, M.C. (2019). La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá,

percepción del profesional de enfermería. *Revista Investigaciones Andina*, 21 (39), 9-20.

Consultado en: <https://doi.org/10.33132/01248146.1552>

Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. (2005) Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado en:
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. (2008) The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216–23. <http://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519629>

Decreto No.1011 de 2006. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Bogotá, Colombia, 03 de abril de 2006.

Estepa, M., Moyano, M.C., Pérez, C. y Crespo, R. (2019). Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería*, 19 (1), 63-75. Consultado en: http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v19n1/08_revision1.pdf

Estévez, J.B., Jiménez, L.S. y Silva, M.A. (2017). Percepción de la cultura de Seguridad del Paciente en el servicio de urgencias de una Institución prestadora de Servicios de Salud de cuarto nivel de complejidad, Bucaramanga, 2017. Disponible en: [Repositorio Universidad de Santander: Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de una Institución prestadora de Servicio de Salud de cuarto nivel de complejidad, Bucaramanga, 2017 \(udes.edu.co\)](#)

José Almirante y Torroella, (1869). *Diccionario militar, etimológico, histórico*. Disponible en: <http://www.esqh.net/%5D>

Jaraba Becerril, M.T. Sartolo Romeo, M.V. Villaverde Royo, L. Espuis Albas, M. Rivas Jiménez (2013) Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000300012>

Ejército. (Sin fecha). En Wikipedia. Consultado en: [Ejército - Wikipedia, la enciclopedia libre](#)

Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente (2014). Ministerio de Salud, República de Colombia. Bogotá, Colombia. Obtenido en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Geseme. (2018). *Geseme.com*. Obtenido de Geseme.com: <https://geseme.com/clima-de-seguridad-versus-cultura-de-seguridad-y-salud-es-lo-mismo/#:~:text=Por%20otro%20lado%2C%20el%20clima,con%20respecto%20a%20la%20seguridad>

Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente (Sin fecha). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf

Gobierno de España, Ministerio de sanidad. (Sin fecha). Seguridad del paciente. Recuperado de: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyectos-sscc/semfyc/2010/>

Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. (2012)

Seguridad del paciente y la atención segura. Ministerio de Salud y Protección de Social,

República de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.

Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Bogotá, Colombia, 04 de marzo de 2010.

Gutiérrez, P. (2007). Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. *CONAMED, Vol.12*, 4-5.

Jaraba, C., Sartolo, M., Villaverde, M., & Espuis, L. y. (2013). Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. An. Sist. Sanit. Navar, Vol. 36.*

Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, W Bates D. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* Published Online First: 18 September 2013. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616>

Jha AK. (18 October 2018). Presentation at the “Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike” a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation. Disponible en : <https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>, consultado el 23 de julio de 2019).

Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definición de percepción
(<https://definicion.de/percepcion/>)

Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. (2000) *To Err is Human: Building a Safer Health System*
. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of
Medicine: National Academy Press. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>

Ley 100 de 1993 (23 de diciembre de 1993). Ministerio de Salud, República de Colombia.
Bogotá, República de Colombia, Bogotá, Colombia.

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” (noviembre de
2008). Ministerio de la Protección Social, Bogotá, República de Colombia.

López, D., Ríos, S., & Vélez, L. (2008). Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de
Salud de Primer Nivel de Atención. (Tesis de posgrado). *Seguridad del Paciente en la
Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención. (Tesis de posgrado)*.
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

López, V. P., M. y., & A.L. (2016). Medición de la cultura de seguridad del paciente en un
hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. *Medición de la cultura de
seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta*.
Universidad Del Rosario, Bogota, Colombia.

Luft HS, Hunt SS. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. *JAMA*
1986;255:2780-2784.

- Mella, M., Gea, M., Aranaz, J., & Ramos, G. y. (2018). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
- Mendoza, I. (5 de Agosto de 2013). *Utel Blog Universidad*. Obtenido de Utel Blog Universidad: <https://www.utel.edu.mx/blog/10-consejos-para/identidad-y-cultura-organizacional/#:~:text=La%20cultura%20organizacional%20se%20refiere,de%20los%20patrones%20repetitivos%20del>
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Bogota, Republica de Colombia.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Seguridad del Paciente - Usuario. Manual. Primera edición. Obtenido de <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>
- Ministerio de Salud, C. (2012). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de www.minsalud.gov.co: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenaspracticassseguridad-paciente.pdf>
- Ministerio de Salud, Republica de Colombia. (11 de Junio de 2008). *Minsalud.gov.co*. Obtenido de Minsalud.gov.co: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenciónEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACIÓN%20DE%20LA%20POLÍTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Buenas prácticas de Seguridad del Paciente. Disponible en:

<http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/GUIA%20TECNICA%20DE%20BUENAS%20PRACTICAS%20EN%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>

Ministerio de la Protección Social (diciembre 2007). República de Colombia, Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Estudios IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid. España.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (<https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>, consultado el 26 de julio de 2019).

Nightingale, Florence (1979). Cassandra. Primera edición 1852: 1979 reimpresso por The Feminist Press. ISBN 0-912670-55-X. Consultado el 10 de septiembre de 2011.

Nuño, P. (31 de Enero de 2018). *Emprendepyme.net*. Obtenido de *Emprendepyme.net*: https://www.emprendepyme.net/tipos-de-cultura-organizacional.html#modelos_de_cultura_organizacional

OMS. (13 de Septiembre de 2019). *who.int*. Obtenido de *who.int*: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Organización Mundial de la Salud,. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. who. Recuperado el Enero de 2009, de https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes, Geneva, octubre 2004 Kaiser Family Foundation, Agency for Healthcare Research and Quality, Harvard School of Public Health. National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information. Menlo Park, Calif.: Kaiser Family Foundation, July 5, 2004.

Organización Mundial de la Salud. (enero de 2009). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente.

https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. 59a Asamblea Mundial de la Salud, Seguridad del Paciente.

2006. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/s/WHA59_2006_REC1-sp.pdf

Pérez Porto, J., & Gardey, A. (2008). <https://definicion.de>. Obtenido de <https://definicion.de>: <https://definicion.de/percepcion/>

R. Thomson, P. Lewalle, H. Sherman (2009) Towards an international classification for patient safety: a Delphi survey Int J Qual Health Care., 21, pp. 9-17

Régimen excepcional en salud. (20 de julio de 2015). Tomado de:

<https://actualicese.com/regimen-excepcional-de-salud/#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20excepcional%20de%20Salud,100%20de%201993%2C%20o%20los>

Resolución No. 1446 de 2006. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Bogotá, Colombia, 08 de mayo de 2006.

Resolución No. 2003 de 2014. Ministerio de Salud y de la Protección Social, República de Colombia, Bogotá, Colombia, 28 de mayo de 2014.

Resolución No. 3100 de 2019. Ministerio de Salud y de la Protección Social, República de Colombia, Bogotá, Colombia, 25 de noviembre de 2019.

Resolución No. 8430 de 1993. Ministerio de Salud, República de Colombia, Bogotá, Colombia, 04 de octubre de 1993.

Rocco, C. y Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Condes*, 28 (5), 785-795. Consultado en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301268>

Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos. (2013). *Gob.mx*. Obtenido de Gob.mx: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/59937/cocasep_01.pdf

Secretaría de Salud Estados Unidos Mexicanos. (Sin fecha). Glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf

Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. (2017) . The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; Disponible: <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>, consultado el 26 de julio de 2019.

Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N.(2018) The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. Paris: OECD; Disponible en

<http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>, consultado el 23 de julio de 2019.

Soler, C. (2015). Garantizar la seguridad de los pacientes, una prioridad de hoy. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 14 (1), 44-49. Consultado en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v14n1/scar05115.pdf>

The Conceptual Framework for the international Classification for patient Safety (2009) WHO.
Disponible en <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>

The National Quality Forum: Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus report.
Washington: NQF; 2003.

WHO. Patient safety. [internet] 2015 [citado noviembre 19 de 2018]. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/.

World Health Organization. (2009). Human Factors in Patient safety. Review of Topics and Tools.

World Health Organization. (2011). IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America: towards safer hospital care. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330055>