

**EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN
HOSPITAL DE ANTIOQUIA COLOMBIA, 2013**

INVESTIGADORAS

**PAULA ANDREA GIRALDO ARANGO
MARÍA ISABEL MONTOYA ROMERO**

ASESOR

JOSE BAREÑO SILVA

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN: CLÍNICA HGM ĖCES
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN
HOSPITALARIA**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD CES
MEDELLÍN
2013**

**EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN
HOSPITAL DE ANTIOQUIA COLOMBIA, 2013**

INVESTIGADORAS

PAULA ANDREA GIRALDO ARANGO¹

MARÍA ISABEL MONTOYA ROMERO²

ASESOR

JOSE BAREÑO SILVA³

¹ ODONTÓLOGA

² BACTERIÓLOGA, ESP MICROBIÓLOGA CLÍNICA

³ MD MSc EPIDEMIOLOGÍA, ASESOR METODOLÓGICO

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÁGISTER EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD CES

MEDELLÍN

2013

Tabla de Contenidos

Resumen.....	v
Abstract	vi
Glosario de siglas	viii
2. FORMULACION DEL PROBLEMA	1
2.1. Planteamiento del problema.....	1
2.2. Justificación de la propuesta	2
2.3. Pregunta de investigación.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. La seguridad del paciente	5
3.1.1. Situación internacional frente a eventos adversos.....	6
3.1.2. Estrategias y Normatividad en pro de la seguridad del paciente.....	9
3.2. Cultura y sus Fundamentos	14
3.2.1. Características esenciales de la Cultura.....	17
3.3. La importancia de la Cultura	19
3.4. Cultura de Seguridad del paciente.....	20
3.4.1. Relación entre cultura Organizacional y la cultura de seguridad del paciente.	
23	
4. MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	25
4.1. Estudios sobre cultura de seguridad del paciente	28
4.2. Fundación Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros	
32	
5. OBJETIVOS.....	37
5.1. Objetivo general	37
5.2. Objetivos específicos	37
6. METODOLOGÍA	38
6.1. Enfoque metodológico de la investigación	38
6.2. Tipo de estudio.....	38

6.3. Población y diseño muestral	38
6.3.1. Criterios de inclusión	38
6.3.2. Criterio de exclusión	38
6.4. Descripción de las variables	39
6.4.1. Tabla de variables	39
6.5. Técnicas de Recolección de Información	41
6.6. Fuentes de información	41
Fuente de información primaria: está compuesta por los datos recolectados a través de la encuesta auto-administrada a los 44 trabajadores de planta del hospital Santa Isabel.	41
Fuente de información secundaria: corresponde a la base de datos de los resultados con los obtenidos en los 1.128 hospitales de EE.UU., disponibles en la AHRQ y los documentos de la literatura científica relacionados	41
6.6.1. Instrumento de recolección de información	41
6.6.2. Proceso de obtención de la información	42
6.7. Control de errores y sesgos	43
6.7.1. Sesgo de información	43
6.7.2. Sesgo de selección	43
6.8. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	43
6.8.1. Explicación de los cálculos (Traducción propia, de la versión Americana de HSPSC de la AHRQ)	44
6.8.2. Definiciones de positivo, neutro y negativo	44
6.8.3. Definición de los resultados por componentes	45
6.8.4. Definición de resultados comparativos	45
6.8.5. Definición de las tendencias en los resultados	45
6.8.6. Explicación de cómo se calculan las puntuaciones por componente	46
6.8.7. Interpretación de sus resultados por pregunta y por componente (Traducción propia a partir de la herramienta original)	46
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
8. RESULTADOS	51
8.1. Resultados sociodemográficos adicionales a los de la encuesta original .	51
8.1.1. Información Demográfica	52

8.1.2.	Resultados demográficos obtenidos mediante la herramienta (<i>HSPSC</i>).....	53
8.1.3.	Tabla N°4. Información Demográfica de la Encuesta	54
8.1.4.	Tabla N°5. Equivalencias de áreas de trabajo y profesiones.....	57
8.1.5.	Resultados sobre antecedentes relacionados con la seguridad del paciente	59
8.1.6.	Capacitaciones recibidas.....	59
8.1.7.	Reporte de Eventos adversos.	59
8.1.8.	Sección I: Sus comentarios	60
7.2	Asociaciones entre variables para ver posibles relaciones de variables sociodemográficas con la frecuencia del reporte.....	61
1.2.1	Posibles asociaciones entre variables.....	61
8.2.	Resultados de los componentes culturales de la seguridad del paciente...	63
8.2.1.	Trabajo en equipo en las unidades Hospital Santa Isabel (HSI).....	66
8.3.	Expectativas y acciones de los directivos a favor de la seguridad del paciente.....	66
8.3.1.	Impulso organizacional al aprendizaje continuo.	67
8.3.2.	Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente.....	68
8.3.3.	Percepción general de la seguridad del paciente.	69
8.3.4.	Retroalimentación y comunicación acerca de los Errores.....	69
8.3.5.	Apertura a la comunicación.....	70
8.3.6.	Frecuencia de eventos adversos reportados.....	71
8.3.7.	Trabajo en equipo entre las distintas unidades.....	72
8.3.8.	Posición del recurso humano.	72
8.3.9.	Cambios de turno y traslados de pacientes.....	73
8.3.10.	Respuesta no punitiva al EA.	74
8.4.	Componentes de la seguridad del paciente	74
8.4.1.	Percepción general de la seguridad del paciente en el área de trabajo.....	74
8.4.2.	Reporte de eventos adversos en los últimos 12 meses.....	76
8.5.	Opiniones y sugerencias.....	77
8.5.1.	Obstáculos al reporte de EAs.....	77
8.5.2.	Capacitación y comunicación.....	77
8.5.3.	Otras sugerencias.....	78
9.	CONCLUSIONES.....	100

10. SUGERENCIAS.....	102
BIBLIOGRAFÍA	105
ANEXOS.....	117
Anexo 1. Formato de encuesta.....	117
Anexo 2. Consentimiento informado.....	123
Anexo 3. Resultados: Data Entry and Analysis Tool.....	126
Resultados comparativos por componentes y preguntas.....	134
Resultados comparativos por componentes y preguntas por interacción con los pacientes	141

Resumen

Introducción: Este estudio se realizó con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia, basado en la percepción del personal asistencial y administrativo, vinculado a La Fundación Hospital Santa Isabel de San Pedro de los Milagros en Antioquia (HSI). **Materiales y Métodos** es un estudio observacional de corte transversal, en donde se tomó toda la población de trabajadores del hospital y se eligió la encuesta “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” (HSPSC) desarrollado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) en EEUU, pues su precisión ha sido suficientemente probada desde el año 2004 hasta hoy en EEUU y otros países. En el último año cuenta con reporte de 1.128 Hospitales de EEUU. La información obtenida permitió establecer la percepción que tienen los empleados del Hospital, en cuanto a doce dimensiones que conforman la cultura de seguridad del paciente según la encuesta utilizada. A su vez, se realizó una comparación entre el personal que tiene interacción directa con el paciente y quienes tiene una interacción indirecta. Así mismo se cotejaron los datos obtenidos en el Hospital Santa Isabel con los de la base de datos del AHRQ. **Resultados:** Se encontraron similitudes entre los resultados comparativos en cuanto al apoyo de los administrativos en la seguridad del paciente (72% ambos) aprendizaje organizacional (72% AHRQ, 73% HSI), y retroalimentación y comunicación en torno al error (64% AHRQ, 61% HSI) y diferencias frente a la posición y recurso humano suficiente para garantizar la seguridad del paciente con un (22% más de AHRQ frente al HSI) , la percepción general de seguridad es de (14 % más en AHRQ que en HSI), y las acciones de los administrativos para promover la seguridad del paciente (con un 12 % más del AHRQ frente al HSI). Se encontraron debilidades y fortalezas para las que se plantearon algunas sugerencias con el fin de mejorar algunos aspectos dentro de la institución. **Conclusiones:** El análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en los conceptos y paradigmas, que requiere mejorar algunas prácticas del personal de

salud, como el concepto de jerarquización, la respuesta punitiva al error, la comunicación, las relaciones entre áreas de trabajo, el proceso entre los cambios de turno, el liderazgo y compromiso de la alta dirección, entre otros, que permitan mejorar la cultura del reporte de eventos adversos y entender la seguridad como un asunto de responsabilidad compartida.

Palabras clave: Cultura, Cultura de Seguridad, Calidad, Evento adverso.

Abstract

Background: This study was conducted in order to describe the patient safety culture based on data provided by the healthcare and administrative personnel, linked to St. Isabel Hospital Foundation of San Pedro de los Milagros in Antioquia.

Materials and Methods: This is a cross-sectional observational study, which considered the entire population of the hospital workers and, turned to the survey "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSPSC) developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in the United States, as its accuracy have been sufficiently tested since 2004 until today in the U.S. and other countries. The last year's report has 1,128 U.S. Hospitals. The acquired information allowed establishing the perception Hospital employees have, through twelve dimensions that shape the culture of patient safety according to the survey used. In turn, a comparison was made between the staff who have direct interaction with the patient and those who have an indirect interaction. Furthermore, St. Elizabeth Hospital's data was collated with the AHRQ database. **Results:** When comparing the data with those of the AHRQ some similarities were found between the comparative results in the domains of Management Support for Patient Safety (72% both) Organizational Learning (72% AHRQ, 73% HSI), and Feedback and Communication about Error around (64% AHRQ, 61% HSI) and differences regarding the quantity of human resource needed to ensure patient safety with (22% HSI below AHRQ), the Overall Perception on Patient Safety (14% AHRQ over HSI), and the administrative actions to promote patient safety (AHRQ 12%

over HSI). Weaknesses and strengths were found and some corresponding suggestions were raised in order to improve some aspects within the institution.

Conclusions: The data analysis shows that the construction of the safety culture is a process that involves changes in concepts and paradigms, requiring from the staff improving some health practices, such as the concept of hierarchization, punitive response to error, communication, relationships between work areas, the procedure between shift changes, leadership and commitment of senior management, among others, to improve the culture of reporting adverse events and understanding security as a matter of shared responsibility.

Keywords: Safety culture, quality, patient, adverse event

Glosario de siglas

AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality (USA)*

BDH: Base de datos de los Hospitales

EAs: Eventos adversos

HSPSC: *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

HIS: Hospital Santa Isabel

ID: Interacción directa

II: Interacción Indirecta

NPSA: *National Patient Safety Agency (UK)*

SAQ: *Safety Attitudes Questionnaire (US)*

SP: Seguridad del paciente

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud

FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Atendiendo a la normatividad y a las regulaciones nacionales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS), frente a la implementación obligatoria de **políticas de seguridad del paciente** promovidas por el Ministerio de Salud y Protección Social ((1–3)), la Fundación Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros tiene como una de sus prioridades el mejoramiento de la calidad en atención de la salud, en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

En este contexto, desde el año 2007 se ha definido e implementado la puesta en marcha de Programas de Seguridad Clínica y Gestión de Riesgos, así como el Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos, cuyo fin es la adopción de una Cultura de Seguridad Clínica en la organización. Sin embargo pese al esfuerzo realizado en el Hospital para mejorar el reporte de eventos adversos (EAs) y estrategias de prevención y mitigación de los mismos, no se está realizando un reporte sistemático de EAs por los canales y/o medios establecidos por la organización y tampoco han sido socializados mediante los mecanismos formales preestablecidos, lo cual dificulta la vigilancia, monitoreo y la implementación de mejoras en el Hospital.

Aunque no hay datos del impacto económico del anterior escenario en las finanzas del hospital, la Coordinadora de Calidad evidencia quejas de usuarios contra los servicios y profesionales de la salud en las cuales se identifica EAs, pacientes que llegan a la consulta con tratamiento farmacológico innecesario, resultados de laboratorio alterados que no fueron alertados por profesionales del laboratorio ni detectados por el médico tratante, comentarios de los pacientes en los diferentes servicios donde expresan situaciones vividas que corresponden a un evento adverso no notificado, manejo informal entre los trabajadores de fallas

activas provocadas por integrantes del equipo de salud a lo largo del proceso de atención médica que generaron daño en el paciente, reportes del SIVIGILA (muertes perinatales, bajo peso al nacer en neonatos, etc.) comunicados a la Alta Dirección dentro de los indicadores, sin figurar en los reportes de EAs, lo cual va en contravía de las directrices y objetivos de la organización o la exponen a riesgos jurídicos, financieros, y reputaciones entre otros.

Si partimos de la definición de **cultura de seguridad del paciente** del Departamento de Salud Británico ((4)): *Una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar, y son capaces de aprender de lo que ha fallado para poder corregirlo*+, es claro que aunque se han desarrollado múltiples capacitaciones, actividades lúdicas, evaluativas y se promueven estímulos al reporte, al parecer la cultura de seguridad del paciente no es lo suficientemente sólida en la organización, porque al personal asistencial y administrativo vinculado le falta adhesión a las instrucciones dadas para el reporte, uno de los principales eslabones para el mejoramiento continuo y el aprendizaje enfocado a la prevención de acciones inseguras generadoras de los EAs.

1.2. Justificación de la propuesta

Para las organizaciones de salud como para su personal, debe ser una prioridad garantizar una atención segura lo cual contempla el enfoque prospectivo del riesgo para minimizar las acciones inseguras que generan incidentes y terminan en eventos adversos cuando fallan las barreras de seguridad. Así mismo, el enfoque retrospectivo cuando ya se presentan, con el fin de aprender de las fallas o errores y promover acciones de mejoramiento radicales.

Para lograrlo no es suficiente considerar e instituir las normas y demás disposiciones gubernamentales porque éstas solo son el marco dentro del cual se debe actuar sino que es necesario la creación de una cultura de seguridad del paciente que es la primera buena práctica que se debe implementar en las

organizaciones de salud encaminada a la atención segura, y es el resultado de las creencias, los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso del personal en todos los niveles, el estilo de trabajo, la forma de actuar y su desempeño con relación a la ocurrencia y manejo de las fallas de calidad que ocurren en la atención de los pacientes.

Según la AHRQ 2004 (5), su construcción involucra la percepción del clima de seguridad que se vive en la organización, la frecuencia de eventos reportados y el grado de seguridad general del paciente. El clima debe ser de carácter educativo en lugar de punitivo porque lo que éste último persigue es encontrar culpables para aplicar castigos y lo que se necesita es uno que promueva el aprendizaje continuo. Su caracterización es fundamental para direccionar las acciones destinadas a promover el cambio hacia uno apropiado para concebir una cultura receptiva a la seguridad del paciente que motive mejores prácticas de atención entre el personal de salud, facilite el aprendizaje organizacional a partir del análisis de las causas de las fallas o errores que se convierten en acciones de inseguras y la implementación de acciones de mejoramiento que eviten su repetición.

Por lo anterior, es conveniente para la entidad hospitalaria establecer un diagnóstico inicial de la percepción de los empleados vinculados sobre el clima de seguridad que se vive en la Institución y los elementos que intervienen en él, para establecer acciones que impacten positivamente los factores que están afectando la seguridad del paciente .

La herramienta elegida para realizar esta evaluación es la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente (*Hospital Survey on Patient Safety Culture* - HSPSC) diseñada por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Salud (*Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ) de EE UU que en 12 dimensiones aborda la percepción de la cultura de seguridad del paciente y

permite la comparación con la base de datos construida por la AHRQ a partir de los reportes de 1128 Hospitales en EE UU.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cómo es el clima de seguridad que percibe el personal vinculado al Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros y cuáles son las similitudes o diferencias con respecto al reporte que, sobre este aspecto tienen los empleados de los 1.128 hospitales de EE UU que reportaron en 2012, al AHRQ, con el fin de priorizar los factores susceptibles de mejora para promover el cambio hacia un clima propicio en la concepción de una cultura receptiva a la seguridad del paciente ?

MARCO TEÓRICO

2.1. La seguridad del paciente

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la seguridad del paciente como: *"La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia médica a un mínimo aceptable. Un mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas del conocimiento de los recursos disponibles y el contexto en el cual el cuidado fue entregado, pesado contra el riesgo de no tratamiento u otro tratamiento+(13).*

El diccionario de la Seguridad del Paciente de Canadá (2003) define la seguridad del paciente como *"la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de asistencia médica, así como el empleo de las mejores prácticas mostradas para conducir a resultados óptimos en la atención de los pacientes"*.

La seguridad del paciente fue promovida por la OMS (2004) a través de La Alianza para la Seguridad del Paciente (6). Lo anterior, a raíz del libro publicado por el *Institute of Medicine* de los Estados Unidos en 1999, titulado *To Err Is Human* el cual (14), estimó que "entre 44.000 a 98.000 pacientes mueren anualmente en Estados Unidos por Eventos Adversos Evitables", además, consideró que "mueren más personas por Errores Médicos que por accidentes de tránsito (43.458), por cáncer de seno (42.297) o SIDA (16.516)" "constituyéndose en la octava causa de muerte en Estados Unidos"; con un costo total de los eventos adversos prevenibles en ese país, que oscilan entre 19 y 29 billones de dólares.

Actualmente es un tema universal que ha impactado globalmente el ejercicio moderno de la medicina, incluso se le ha denominado *la nueva medicina del siglo XXI*. Desde la Organización Mundial de la Salud, hasta diversas entidades sanitarias gubernamentales en el mundo, así como profesionales de la salud se

han convocado para el despliegue de los procesos de seguridad del paciente como una prioridad de la atención en salud a nivel mundial (3) el desarrollo de estrategias que involucren la reducción de los eventos adversos, definido como “el daño no intencional o complicación que resulta en estancia hospitalaria prolongada, discapacidad al momento del alta o muerte y es causado por el manejo de la atención en salud más que de la enfermedad subyacente del paciente”.. (5,15,16).

2.1.1. Situación internacional frente a eventos adversos

Diferentes estudios a nivel internacional evidencian que a diario los pacientes sufren EA en las instituciones de atención en salud, tanto en el plano asistencial como administrativo. El interés actual, se centra en minimizar a través de estrategias preventivas la ocurrencia de EA. A continuación se relacionan algunos estudios sobre EA, tanto locales como extranjeros, que nos ayudan a entender la magnitud del problema.

En una revisión sistemática realizada por deVries (5), se observó que en promedio, uno de cada diez pacientes ingresados a hospitalización sufrió alguna forma de daño evitable que pudo provocar discapacidades graves o incluso la muerte. La incidencia de Evento Adverso (EA) en hospitales fue estimada en entre un 3.7 - 16.6 %, de los cuales el 50% se consideraron evitables.

Brennan (17), publicó *The Harvard Medical Practice Study (HMPS)*, estudio realizado en New York en 1984, en el que se evaluó la incidencia de eventos adversos y la negligencia en pacientes hospitalizados, encontró en 30121 registros analizados aleatoriamente de instituciones (sin tener en cuenta los pacientes psiquiátricos) una incidencia de eventos adversos de 3.7% (IC 95% 3,2 - 4.2).

Wilson y otros (18), publicaron *The quality in Australian health care study*, una revisión de 14000 registros médicos de 28 hospitales en Nueva Gales y el sur de Australia, encontrando que el 16.6% (IC 95% 15.2-17.9) de las admisiones

estaban asociadas con un evento adverso.

Vicent (19), estudió EA en hospitales Británicos de Londres entre 1999-2000, en 1014 registros médicos encontró una incidencia de 10.8% EAs, de los cuales el 48% fueron catalogados como prevenibles. El 66% de los pacientes que presentaron EAs tuvo daño mínimo que se recuperó en menos de un mes; el 34% el daño fue moderado o permanente.

Davis (15), en Nueva Zelanda, realizó un análisis retrospectivo de 6.579 registros médicos en 1998 en 13 hospitales, encontró que la proporción de admisiones asociados con EA fue de 12.9%, el 15% de los paciente sufrieron discapacidad permanente o muerte.

Kable (20), en el 2002 en Australia en pacientes quirúrgicos, observó que las admisiones por EA quirúrgico fue de 21.9%, el 48% de los casos fueron catalogados como prevenibles.

En Latinoamérica el estudio IBEAS (11), *Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica*, fue un estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina donde participó Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el objetivo de medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica. En él evaluaron 58 centros asistenciales de los 5 países participantes, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitalizados. Se puso de manifiesto que 10 de cada 100 pacientes que ingresan en un día a un hospital sufren daño producido por los cuidados sanitarios; además, este riesgo se duplica si se considera todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. Las cifras cuantifican que 20 de cada 100 pacientes ingresados a los centro hospitalarios presentan al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia; mostró una incidencia global EAs de 19.8% y una prevalencia de 10.5%.

En Colombia el informe del estudio IBEAS Publicado por el Ministerio de la Protección Social publica en 2010 el informe del estudio IBEAS (11), reporto una

prevalencia del 13.1%, en donde 8 de cada 100 personas atendidas en hospitales son víctimas de errores médicos. El perfil de los eventos adversos identificados en el estudio IBEAS (26) es altamente coincidente con lo encontrado en otros estudios internacionales como España 2005, Dinamarca 2001, Canadá 2000 , entre otros, y *la evidencia que se dan como consecuencia de una mayor detección resultante del mayor esfuerzo que realizan las instituciones en Colombia en pro de la seguridad del paciente+*

En Brasil, Mandes (21) encontró una incidencia de EA de 7,6% (84 de 1103 Pacientes). La proporción global de acontecimientos adversos evitables fue del 66,7% (56 de 84 Pacientes).

Siguiendo las directrices de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente emitidas por la OMS, Colombia estableció el reporte obligatorio de Eventos Adversos bajo las normas aplicables al sistema de Información para la calidad del SOGC creado mediante la Resolución 1446 de 2006.

Tal y como lo describe en su estudio Restrepo, FR (23), los resultados iniciales de la resolución 1446 de 2006 (24), y circular 030 del 2006 (24), revelaron que 493 instituciones reportaron estar desarrollando vigilancia de eventos adversos, de los cuales 19 casos se encontraron inconsistencias en los datos, 283 (59,7%) instituciones dijeron haber gestionado el 100% de los casos de eventos adversos detectados, 76 (16,0%) reportaron no haber gestionado ninguno de los eventos detectados y el resto reportan algún grado de gestión frente al tema.

Un estudio realizado por Gaitán H (22), en tres instituciones hospitalarias en 2006, con 6.688 sujetos evaluados de forma prospectiva en un período de 5 meses detectaron 310 sujetos con al menos un EA, una incidencia acumulada de EAs de 4,6% (IC 95% 4,1-5,1), el 69% de los EAs se detectaron durante la hospitalización.

Para tener un estimado del impacto económico de los eventos adversos sin desconocer los daños morales y/o físicos a los pacientes, un estudio publicado por

el periódico El Tiempo en Julio 2 de 2008 (25) relata que el estado colombiano, pagó desde 2005 el equivalente a US\$1,68 millones de dólares en indemnizaciones por concepto de errores médicos, cirugías sin consentimiento y diagnósticos falsos. La Súper Intendencia Nacional de Salud (25) reporta que recibió entre 2006 y 2007 más de 50.000 reclamos y peticiones de usuarios del sistema de salud. Mientras que

El reporte nacional oficial 2010-2011 publicado en el Observatorio de calidad de la atención en salud (27) del Ministerio de Protección social, corresponde al reporte 2010 – 2011, donde el cuadro de mando integral de las IPS a nivel nacional reporta que frente a la proporción de vigilancia de Eventos adversos (Código I.3.3.0) muestra que durante el primer semestre del año 2010, de 27.455 instituciones que registraron sus indicadores en la plataforma, el 90.8 reportan la vigilancia de EA. Para el segundo semestre de 2010, de 32.428 instituciones que registraron su información el 87.5 realiza vigilancia de EA. Este alteración en la cifras demuestra una alta variabilidad en el indicador. Para 2011 se registraron para el reporte 32.127 instituciones con una proporción de vigilancia de EA del 83,5%. Según lo interpreta el ente regulador se manifiesta una tendencia al incremento en las instituciones que vigilan EAs, pero a la vez se interpreta una disminución de la proporción de su gestión (27).

2.1.2. Estrategias y Normatividad en pro de la seguridad del paciente

La AHRQ –Agencia para la investigación y calidad de la salud de EE UU (24), define la estrategia de seguridad del paciente como el “conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”

Con el propósito de reducir la incidencia de EA, la OMS y diferentes agencias de seguridad del paciente unieron esfuerzos y lanzaron diferentes programas como la ***Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente*** (6), un conjunto de estrategias

centradas en Desafío global en seguridad del paciente, Implicación de pacientes y consumidores en la seguridad, Desarrollo de una taxonomía en seguridad del paciente, Investigación en seguridad de pacientes, Soluciones para reducir el riesgo de la asistencia sanitaria y mejorar su seguridad, Información y aprendizaje para mejorar la seguridad de los pacientes.

En Inglaterra el Instituto Nacional de Salud por medio de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) (25): **Crear una cultura de seguridad** abierta y justa, dirigir y apoyar a los profesionales, Sistemas de gestión del riesgo, Promover y facilitar la notificación, Implicar e informar al paciente, Aprender y compartir lecciones sobre seguridad e Implantar soluciones para prevenir daños.

Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (art. 2 y 25) (26). La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que impulsa el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud “que propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud”

El decreto 1011 de 2006 (1), establece El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, con cuatro componentes enfocados a la gestión del riesgo para minimizar los eventos adversos evitables: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud, el Sistema Único de Acreditación como método voluntario para garantizar altos estándares de calidad en la atención de los usuarios de servicios de salud y el Sistema de información para la Calidad, por el cual se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

En junio de 2008, el Ministerio de Protección Social (1,2), impulsa la Política de Seguridad del Paciente como eje transversal a estos cuatro componentes, con el objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y en lo posible, eliminar la ocurrencia de EA para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Estimula a los diferentes actores del sistema, al desarrollo de acciones y el logro del objetivo propuesto en la política y para dar enfoque a estos objetivos y acciones a implementar, publica para este mismo año el documento *Lineamientos para la implementación de Política de Seguridad del Paciente* ((2,3)). Este manual de lineamientos, define la seguridad del paciente 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*+(2,3)).

Propone además, siete principios orientadores que direccionarán las actividades en pro de la seguridad del paciente: Enfoque de atención centrado en el usuario, *Cultura de Seguridad*, Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, Multicausalidad, Validez, Alianza con el paciente y su familia y Alianza con el profesional de la salud ((2,3)).

Con el ánimo de que se cumplan los principios orientadores, en su capítulo VI, *Implementación de acciones institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente*+(2)), recomienda la creación de una *cultura de seguridad del paciente* justa, educativa y no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad. Define que las acciones a implementar para lograr una cultura de Seguridad, deben facilitar *el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho*

ambiente+(2)).

Aunque el tema de Seguridad del Paciente, fue puesto en marcha desde el 2008 con la emisión de la Política por parte del Ministerio de protección social ((2,3)) por desconocimiento y/o falta de interés en algunas Instituciones sanitarias, el Programa de Seguridad del Paciente se volvió obligatorio para todas los prestadores de servicios de salud en el país, dentro del Sistema Único de Habilitación y el seguimiento a la gestión de los riesgos de eventos adversos uno de los objetivos del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud –PAMEC- según consta en la Resolución 1441 de 2013, emitida el pasado 06 de mayo de 2013 (28). Define que las instituciones en salud deben implementar el Programa de Seguridad del Paciente con cuatro elementos fundamentales :Planeación Estratégica de la Seguridad del Paciente, *Fortalecimiento de la Cultura Institucional*, Medición, análisis, reporte y gestión de los Eventos Adversos y Procesos Seguros.

Adicional a la normatividad que da obligatoriedad al cumplimiento de programas encaminados a la seguridad del paciente, Colombia también promueve, la **Acreditación en salud** (28), de carácter voluntario, para aquellas instituciones que buscan excelencia en la prestación de sus servicios con altos estándares de calidad para su reconocimiento nacional e internacional. Define que la *%Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud,+*(28).

La filosofía de acreditación en salud se enmarca en los siguientes ejes: *La Seguridad de paciente* entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un EA en el proceso de atención en salud, la Existencia de políticas y programas dirigidos a la Humanización de la atención, la Gestión de la Tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las

instituciones y el Enfoque y Gestión del Riesgo mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre la gestión clínica y la gestión administrativa y los beneficios, riesgos y costos.

Los estándares que se evalúan en la Acreditación buscan fomentar el mejoramiento continuo de la calidad, dando gran relevancia al enfoque de Seguridad del paciente. Para esto, se incorporan como exigencia las recomendaciones de la “Guía técnica de buenas prácticas en seguridad de paciente” (29), a lo largo del manual se insiste permanentemente en el proceso de *transformación cultural*, donde se alinean las normas, la cultura y la ética, conformando el valor agregado más importante del proceso.

Esta transformación cultural, implica *el aprendizaje organizacional y la internalización de conocimientos, estrategias y buenas prácticas, así como la Responsabilidad Social entendida como la corresponsabilidad de las instituciones, la sociedad y los individuos+* (28). La acreditación en salud es una forma de manifestación de compromiso social.

En Colombia actualmente 28 instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, se encuentran Acreditadas (30), estas se distribuyen geográficamente así: 1 en Barranquilla, 12 en Bogotá, 2 en Cali, 1 en Cartagena, 2 en Santander, 2 en Pasto y 8 en Medellín; lo que demuestra el alto compromiso con la excelencia en la prestación de sus servicios.

Además y dando cuenta de este reconocimiento de calidad, en la quinta edición del ranking de los mejores hospitales y clínicas de América Latina, realizado por la revista América Economía (31), publicada en septiembre de 2013, 19 instituciones hospitalarias de Colombia se ubicaron entre los mejores 45 hospitales de la región, gracias a sus altos estándares de calidad y los resultados de sus procesos de gestión. De estos 19 Hospitales 12 se encuentran Acreditados, y al ser estos evaluados bajo parámetros estrictos de estándares de seguridad del paciente todos están por encima del promedio de América Latina. Para la fecha Colombia

es el país con más hospitales en el ranking, con un 42%. Los parámetros evaluados en el ranking son: Seguridad y Dignidad del Paciente (25%), Capital Humano (25%) , Capacidad (20%), Gestión del Conocimiento (10%), Eficiencia (10%) y Prestigio (10%)

Al ser reconocidas estas 19 IPS Colombianas (31), por su buen desempeño en la evaluación de estándares de seguridad del paciente, da cuenta del compromiso con la excelencia clínica, como un objetivo que promueve una *cultura de seguridad del paciente y aprendizaje organizacional entre todos sus profesionales*.

2.2. Cultura y sus Fundamentos

Para los fines propios de este estudio se entenderá la cultura como “aquel conjunto de códigos de comportamiento que identifican a una persona un grupo o una sociedad...” (32) siendo los *códigos de comportamiento* producto de un determinado *cuerpo de creencias* que, de acuerdo a las circunstancias espacio-temporales, constituyen lo que se ha denominado *estilo de vida o manera de ser, si se quiere, o sea: costumbres, hábitos, acciones, gestos, valoraciones, gustos, maneras de expresarse etc.* (33).

André Leroi Gourham en su tratado “El Gesto y la Palabra” (1965) se refiere a la cultura como una huella, que ha marcado la memoria a través del tiempo y la repetición de acciones, es lo que podríamos llamar herencia cultural o tradición. El autor distingue tres planos de la cultura, a saber: *Automático*, de carácter profundo, referido a los aspectos biológicos como postura corporal, sexualidad o alimentación, *Maquinal* que se adquiere por la educación y la experiencia y el *Lúcido* que se incorpora a través de la palabra en el ejercicio de la comunicación (34).

La huella a la que se refiere el autor estará inscrita en la memoria colectiva como una marca de difícil remoción, cuando se trata de establecer rupturas para instaurar cadenas simbólicas que se traduzcan en nuevos comportamientos. Esto

sólo será posible con un cúmulo de experiencias individuales y sociales que en el plano lúcido permitan la confrontación.

Así pues, los conocimientos contruidos por los grupos humanos en los contextos socioculturales de la experiencia cotidiana, diferentes a los conocimientos científicos, puesto que no se ocupan de la realidad sino que se la representan, se los denomina *representaciones socioculturales* y dan cuenta de los *Imaginario colectivo*. Sólo haciendo consciente a los sujetos de sus propias representaciones, pueden éstas transformarse para responder a las distintas realidades humanas (35)

Para Castell (1995) citado por (36), p.65, “La cultura define ... actitudes inadvertidas que influyen el comportamiento de otros alrededor de la persona enferma y del enfermo hacia sí mismo. Las normas culturales y las reglas sociales regulan si alguien puede estar en medio de otros o aislado, si el enfermo es considerado sucio o aceptable y si merece piedad o censura”.

Resulta entonces de importancia para abordar este estudio hacer una breve relación a los aspectos culturales dominantes en la sociedad contemporánea con miras a establecer relaciones coherentes entre los comportamientos que se habrán de considerar así como los análisis comparativos. Para ello se debe aclarar que los grupos humanos crean *Modelos explicativos* de sus propias realidades que se constituyen en verdaderos Paradigmas, los cuales según Edgar Morin son una especie de “principios ocultos que gobiernan nuestra visión de las cosas y del mundo sin que tengamos conciencia de ello” (37).

En estos términos, se puede afirmar que el Paradigma contemporáneo de occidente gira en la órbita de las comunicaciones, la tecnología, la globalización, el multiculturalismo, el consumo como satisfacción del deseo por encima de la necesidad y una reivindicación de lo sensible en oposición a la herencia, emanada de los siglos anteriores, que consagró la razón como centro de lo humano y glorificó la ciencia como fuente de la verdad. Sin embargo, se puede decir que en

este momento de la historia se asiste a “algo más complejo y es la presencia simultánea de lo premoderno, lo moderno y lo posmoderno, en una rara amalgama que por momentos se percibe caótica y que algunos como García Canclini interpreta como hibridez” (33). Hay que señalar también que el tradicional abismo oriente-occidente se ha venido cerrando por cuenta de la globalización y el desarrollo de las comunicaciones, al igual que la brecha centro-periferia.

Habrá que puntualizar aspectos que tocan de una manera más directa con el interés de este estudio y entonces se debe hacer referencia a la manera como se expresan los conceptos de la cultura en general y contemporánea, que se han enunciado, en relación con el campo específico de la institución de salud y los comportamientos que tocan este espacio de la vida social.

Tenemos en primer lugar que los servicios de salud se han insertado en la economía global como negocio, sometido a las leyes del mercado que imponen la eficiencia, utilizando la tecnología al límite y una estructura administrativa piramidal y autoritaria.

En cuanto al modelo explicativo dominante en las ciencias de la salud, es el llamado “tecnológico curativo” (33) que se fundamenta en la ciencia, bastión de la era moderna, con la especialización y sus avances en los métodos diagnósticos que indagan por los agentes causales de la enfermedad, buscando la evidencia que permita un tratamiento cada vez más cercano a lo invencible. Dicho modelo pone a la cabeza al médico especialista y de ahí para abajo una pirámide escalonada con los demás miembros del “equipo” de salud. Igualmente, en la relación médico – paciente se pretende un ejercicio de la autoridad del saber frente a un paciente, no sólo paciente sino pasivo y pareciente.

Sin embargo, los avances acelerados de las tecnologías de la comunicación, entre otros fenómenos socio-culturales, han determinado cambios importantes en los comportamientos de los usuarios de los servicios, quienes se han acercado, cada vez más, al lenguaje médico, ganando autonomía, demandando mejores

servicios, adquiriendo conciencia acerca de sus derechos y haciendo uso de los recursos legales. Además crece el consumismo en medicina tradicional sumada a las medicinas alternativas.

Ante todo lo anterior la Institución de salud se ve abocada a introducir cambios en la atención de los hospitales a la comunidad, incrementando su responsabilidad por las actuaciones de sus funcionarios, acrecentando la prevención y educación de los usuarios y utilizando mecanismos administrativos de contención de costos (36).

Con la tecnología de punta y un recurso humano entrenado para su uso, la institución de salud se enfrenta al mercado y a la competencia con las herramientas que proveen las normas de calidad. Es aquí donde aparece la Cultura Organizacional que no es otra cosa que la estandarización de los principios, valores, actitudes y comportamientos que singularicen la institución confiriéndole la posibilidad de competir en el mercado. (Visión, Misión, Valores).

La idea de prevención, como una manera de racionalizar los recursos y evitar las consecuencias derivadas de las acciones legales, se ponen al orden del día y surgen en el lenguaje de la salud los conceptos de: Control de riesgo, reducción del riesgo y diagnóstico precoz, estilo de vida saludable, autocuidado, entre otros.

2.2.1. Características esenciales de la Cultura

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (38), cultura es el "conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.". En la medida que un individuo enriquece ese conjunto de costumbres y conocimientos se vuelve más "culto" y en teoría su comportamiento debe ser fiel reflejo de ello.

El ser humano tiene una actividad social y podría afirmarse que esta actividad social es importante, por el resultado obtenido que es lo que llamamos cultura.

Edward B. Tylor (39), en su obra “La cultura primitiva (1.874)” afirma que cultura es *el conjunto complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, la ley, las costumbres y todas las otras capacidades y hábitos adquiridos por el ser humano como miembro de una sociedad*

Tylor (39) analiza la cultura bajo dos aspectos:

A. En primer lugar, tres elementos claramente distinguibles:

- *Un elemento conductual:* que está conformado por la moral, la ley y la costumbre y se materializa a través de valores, normas y actitudes. Es así, como el ser humano conoce las reglas del juego.
- *El segundo elemento Cognitivo:* lo constituyen el conocimiento y las creencias.
- *El tercer elemento Material,* expresado por Tylor con el arte, hace referencia a todos aquellos objetos que las sociedades humanas han producido, en el sentido que nos propone eso que es agradable o desagradable.

B. En segundo lugar, cuando se refiere a la cultura humana, es el resultado de la interacción entre los diversos miembros de los diferentes grupos sociales y por tanto, no proviene de su herencia biológica. Así, los seres humanos aprendemos e interiorizamos formas de comportamiento y maneras de pensar gracias a todas las personas que nos rodean, lo cual indica que **la cultura se aprende socialmente**.

Las características que se observan en cada cultura están relacionadas en 4 elementos (32):

- a. Toda la cultura constituye una configuración. Es por eso que podemos hablar de cultura americana, italiana, Occidental, capitalista, etc., ya que cada una está separada de las otras y tiene características que la definen específicamente.

- b. Toda conducta es aprendida, aunque tenga su origen en necesidades biológicas o instintivas.
- c. Es una conducta compartida, no se apropia en un solo individuo, sino en un conjunto amplio de personas.
- d. Es una conducta transmitida, ya que nos ha llegado por las generaciones anteriores.

2.3. La importancia de la Cultura

Amarada Sen, profesor de la Universidad de Harvard - Premio Nobel de Economía 1998, afirma que la cultura es la base del desarrollo contemporáneo, en donde: *“La cultura debe ser considerada en grande, no como un simple medio para alcanzar ciertos fines, sino como su misma base social. No podemos entender la llamada dimensión cultural del desarrollo sin tomar nota de cada uno de estos papeles de la cultura+(40).*

Jimeno Duce (41) describe que *“dar importancia a la cultura en nuestras vidas es fundamental para poder ejercitar la sensibilidad, el entendimiento, el razonamiento y la comunicación que necesitaremos aplicar en nuestro comportamiento social o ideológico.+* Esta definición no es ajena a los intereses de una cultura corporativa pues desde esta, se abordan todos los comportamientos que la organización ha asumido como válidos para su funcionamiento operativo, estos se comparten y transmiten a todos sus miembros y son el reflejo público del modo natural de actuar de la organización.

Antecama M (42) describe que *“la cultura corporativa se nutre de diversos elementos que van desde la misión y la visión de la empresa, sus principios, sus valores, sus lineamientos estratégicos; que son potenciados por el comportamiento individual de los miembros de la empresa, lo cual puede ser positivo o negativo dependiendo del grado de identificación que aquellos tengan con la organización+*

En Salud podría hacerse el símil en donde muchas de las IPS han convertido su cultura corporativa “Cultura de seguridad del Paciente” como un factor de éxito que los hace mas competitivos (42).

Dice Antezana (42), que si se logra impregnar esta cultura a todos los trabajadores de la organización, estos crearan sentido de pertenencia que los identificara plenamente con su cultura corporativa, de no ser así , estos no lograrán generar sintonía con el día a día y llegarán a entorpecer el desempeño de la organización, fortaleciendo y/o debilitando la imagen que los usuarios internos y público externo tiene de la institución.

En conclusión frente a la importancia de la cultura corporativa (42), *esta no es un lujo, no es una moda, ni algo que se pueda obviar o dejar al azar. La cultura debe ser gerenciada estratégicamente ya que es parte de la identidad de la organización, es el nexo con el comportamiento corporativo y puede convertirse en generadora de utilidades tangibles o intangibles.*+ Para las organizaciones en salud es un compromiso ético y legal , promover una cultura de seguridad clínica, enfocada a la prevención y gestión del riesgo, que promueva la corresponsabilidad entre sus directivos y empleados, en pro del bienestar de sus pacientes y familias, una estrategia que deberá enfocarse a la consolidación de una *Cultura de seguridad del Paciente*.

2.4. Cultura de Seguridad del paciente

La agencia para la investigación y calidad en salud de los Estados Unidos, Agency For Healthcare Research And Quality (AHRQ) (5), ha definido la cultura de la seguridad **como:** *Íel producto de los valores 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. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.”* (15,16).

De acuerdo al estudio Seguridad del paciente en 7 pasos, de la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) (45), el primer paso a implementar en pro de la Seguridad, es “desarrollar una cultura de seguridad del paciente”, y para que esto se de, cada una de las personas de la organización debe reconocer: sus responsabilidades con la seguridad del paciente y esforzarse por mejorar la asistencia que proporciona; además debe recordar que durante los procesos asistenciales pueden suceder errores, pero si la cultura de la organización es consistente en la seguridad, las personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre los errores e incidentes sucedidos.

Por tanto NPSA (45) propone tres principios claves para construir una Cultura de seguridad del paciente:

- a. Promover una conciencia activa y vigilante para reconocer los errores e incidentes, aprender de ellos y plantear acciones de mejoramiento.
- b. Una cultura abierta y justa: en donde se comparte libremente información con los pacientes y sus familias, promoviendo un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente.
- c. Un enfoque sistémico de seguridad: reconocer que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal de salud involucrado. Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en el que las personas están trabajando.

Existe cultura de seguridad, cuando se realiza análisis de que falló en el sistema, esto ayuda a las organizaciones a tomar acciones correctivas y así se logra minimizar las posibilidades de recurrencia del incidente.

En Colombia, el término cultura de seguridad del paciente abarca tanto el conocimiento, como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los

lineamientos de seguridad del paciente vigentes(2), que tienen origen en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) (1). Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, “constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, las cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos, los profesionales y la comunidad” (2).

El sistema de salud en Colombia, busca intensamente promover y adoptar una Cultura organizacional, sensibilizando y promoviendo acciones preventivas y formativas que favorezcan la seguridad en la atención asistencial. Esta cultura organizacional se le ha denominado “Cultura de Seguridad del Paciente”. En el documento de Lineamientos para Implementación de Políticas de seguridad del paciente (2) propone que como estrategia de gestión del riesgo, las instituciones en salud deberán instituir una cultura de seguridad del paciente: *justa, educativa y no punitiva*”.

Para entender este concepto Scott-Cawiezell y colaboradores (3) definieron que una cultura de seguridad justa, es aquel “entorno favorable al diálogo, abierto ,con el fin de facilitar prácticas más seguras en la atención sanitaria” Este entorno cultural en las instituciones de salud, puede estar mediado por diferentes comportamientos del personal, es a esto a lo que Sammer y colaboradoras (46) indican como la existencia de siete subculturas que aportan al entendimiento de la cultura de seguridad del paciente: *liderazgo, trabajo en equipo, práctica basada en evidencia (EBP), comunicación, actitud de aprendizaje, justicia y práctica centrada en el paciente.*

Las autoras (46) exponen que la cultura de seguridad es un fenómeno complejo que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar, que debe estudiarse continuamente dentro de las organizaciones y sistemas de salud a escala mundial.

Algunos de los beneficios esperados del desarrollo de una cultura de seguridad

del paciente en las instituciones de salud:

- Disminución en la recurrencia y la gravedad de incidentes, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizacional.
- Reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al trabajo realizado cuando las cosas fallan.
- Mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención en salud como consecuencia de los incidentes identificados.
- Optimización y reducción de los costos financieros y sociales provocados por incidentes, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.

2.4.1. Relación entre cultura Organizacional y la cultura de seguridad del paciente.

Según como lo define Teodoro Carrada Bravo (47) en su publicación, “La cultura organizacional en los sistemas de salud es una mezcla de saberes, conductas, relatos, creencias, suposiciones y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédica y sociales”.

El desarrollo organizacional es un estrategia de planificación a largo plazo que promueve el aprendizaje, trabajo colaborativo y la innovación, encaminados a incrementar la competitividad, mejorar el clima laboral, y el poder resolutivo de los profesionales asistenciales y de los directivos y los grupos de apoyo, mediante una administración eficiente de la cultura organizacional. (47)

Carrada Bravo (47) concluye, que una optima cultura organizacional en salud,

busca promover una cultura preventiva en pro de la seguridad del paciente, que estimula el reporte y no castiga el error, evidenciando la promoción en la identificación de la ocurrencia de errores, incidentes y eventos adversos, el análisis del error no punitivo centrado en el individuo y no en el castigo, el compromiso de la alta dirección para intervenir los aspectos mas vulnerables que ponen en riesgo la seguridad, destinando los recursos necesarios para la mejora continua de los procesos de calidad.

En Colombia, el Ministerio de salud y Protección social, vienen incentivando la participación voluntario de las IPS, en el Sistema Único de Acreditación (28): el modelo propuesto esta centrado en la Seguridad del paciente, y como gestionar los riesgos. Para ello ha definido unos ejes estratégicos en los cuales se centra su cumplimiento. Uno de estos y que cobra mayor relevancia por su transversalidad es la “Cultura Organizacional” (28)

El reto de la cultura organizacional en las instituciones de salud en Colombia, se centra en incentivar “La cultura del reporte de los EA”, pues el subregistro es común, existe desconocimiento de los programas y normas de seguridad, se percibe la falta de capacitación y actualización del personal profesional, así como un sistema dinámico que cambia constantemente los métodos y sus tecnologías. Por tanto, el país deberá promover una cultura de seguridad no sólo para contribuir a recuperar la autonomía de los profesionales y mitigar condenas por responsabilidad civil (28,47).

MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

Los conocimientos derivados del estudio de la cultura organizacional, han contribuido a definir un marco teórico para estudiar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud, dado que la seguridad del paciente cobra cada vez mayor importancia, en relación al concepto de evitar el daño. Es aquí cuando las instituciones de salud identifican y promueven factores culturales favorecedores de un buen clima de seguridad, además reconocen los aspectos en los que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución.

La evaluación de la cultura de seguridad suele realizarse mediante cuestionarios de auto aplicación. El análisis de los cuestionarios o instrumentos utilizados para evaluar la cultura de seguridad, permite identificar algunos elementos o dimensiones comunes de seguridad que se tratan de evaluar con ellos (48).

De manera gradual, las organizaciones han reconocido que la evaluación de la cultura de seguridad, es una herramienta útil que contribuye a mejorar la seguridad de los pacientes. En el año 2003, el informe Publicado por el *National Quality Forum de los Estados Unidos*, afirman que la cultura de seguridad es la primera de las “buenas prácticas” de las organizaciones de salud, para mejorar la seguridad del paciente y se propone retroalimentar al personal con los resultados y utilizar estos para definir intervenciones que mejoren la seguridad de los pacientes.

Si bien se han utilizado diversos instrumentos para evaluar la cultura de seguridad del paciente, a nivel internacional se destacan dos cuestionarios como los mejor cualificados para medir la cultura de seguridad: Safety Attitudes Questionary (SAQ) (44) y Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) (49).

El cuestionario SAQ (44), de origen estadounidense, es un cuestionario

ampliamente utilizado en la aviación comercial. Pero que para el contexto del área de salud ha recibido algunas adaptaciones, siendo utilizado en las unidades de cuidados intensivos, en los servicios de cirugía e incluso en servicios de atención ambulatoria tal y como lo implemento en 2007 Modak y Colaboradores (50). El cuestionario SAQ original consta de 60 ítems y mide seis dimensiones de seguridad. Las distintas versiones reducen el número de dimensiones y de ítems. No se encontraron estudios de su aplicación en España y/o América latina.

El otro cuestionario es desarrollado en Estados Unidos como país avanzado en seguridad del paciente, donde se ha estandarizado una herramienta para la evaluación de Cultura de seguridad de uso público y gratuito desde el año 2004, la encuesta "*Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)* de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (51), la cual ha mostrado ser eficiente en cuanto a la adhesión de los reportantes desde que apareció en 2004 hasta su último reporte publicado en 2012 en donde participan 1128 hospitales de EEUU.

Este instrumento cuenta con 42 preguntas asociadas a 12 dimensiones de cultura de seguridad del paciente, una sección orientada a algunos aspectos sociodemográficos y antecedentes laborales, antecedentes de capacitación y de evaluación, presenta una pregunta referente a la percepción general de seguridad en el área de trabajo, otra específica de reporte de eventos adversos en el último año y una respuesta abierta de comentarios y sugerencias. Adicional a la encuesta, la AHRQ dispone de una herramienta para sacar los resultados, así como la base de datos donde se permite reportar y realizar comparación con las 1128 entidades que reportan actualmente en EEUU presentando la posibilidad de evaluar la tendencia futuro.

Las 12 dimensiones que describe la encuesta son (43,52):

- Trabajo en Equipo en la unidad
- Expectativas/acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que

favorecen la seguridad

- Aprendizaje organizacional y mejora continua
- Apoyo de la gerencia del hospital en la SP
- Percepción de seguridad
- *Feed-back* y comunicación sobre errores
- Franqueza en la comunicación
- Frecuencia de eventos notificados
- Trabajo en equipo entre unidades/servicios
- Posición del recurso Humano (Staff)
- Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades
- Respuesta no punitiva a los errores

Además de su extensa aplicación, anual en cientos de hospitales de EEUU, ha sido adaptado en distintos países europeos. En España, la Agencia de Calidad financió su aplicación y traducción para posterior adaptación, dentro del estudio *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español* (49) pero además es frecuentemente utilizado por los hospitales a nivel mundial.

Una de las principales estrategias centradas en la implementación de las políticas de seguridad del paciente según la normatividad Colombiana en el SOGCS, se promueve la evaluación de la cultura de la seguridad del paciente, como un punto de partida para identificar en el personal del hospital, el conocimiento y percepción que tienen de las distintas dimensiones relacionadas a la Cultura de Seguridad Clínica en muchos casos, concebida a partir de apreciaciones personales, enfocadas hacia prácticas que buscan garantizar la integridad del paciente (10).

Para Colombia se encontró un cuestionario referenciado en diferentes estudios, validado por el Centro de Gestión Hospitalaria y la Fundación Corona (54), publicada en 2009 como herramienta de trabajo en su libro *“Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la*

atención en salud+ Este instrumento es una adaptación de la encuesta, *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) traducida al castellano por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Español (MSPSI) (49) en colaboración con la Universidad de Murcia, que además presenta modificaciones en el lenguaje en algunas sus preguntas en comparación con el instrumento Español.

Para este estudio en particular se decide tomar como referente la encuesta HSPSC de la AHRQ (51), dado que este instrumento presenta un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción, se aplica anualmente en cientos de hospitales de EEUU, ha sido adaptado en distintos países europeos y América Latina (40). Adicional a esto el cuestionario de la AHRQ pone el énfasis en la seguridad de los pacientes y en la calidad de los cuidados y es un modelo que permite su evaluación, monitorización y la comparación interna y externa, además que favorece realizar un análisis de tendencias en los tiempos de evaluación.

3.1. Estudios sobre cultura de seguridad del paciente

Un estudio sobre cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencia en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español (55), encontró que la calificación media sobre nivel de seguridad fue de 6,1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad del paciente” con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron “Dotación de recursos humanos” y “Apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital” con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente. Un total de cuatro dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas, que constituyen un referente para priorizar como aspectos susceptibles de mejora.

Mardon (56) evaluó la relación entre cultura de seguridad de pacientes y EA, observó que los hospitales con una cultura positiva de seguridad de los pacientes,

tenían menores tasas de complicaciones intrahospitalarias o eventos adversos, medidos por indicadores de seguridad del paciente de la *Agency for Healthcare Research and Quality's* (AHRQ).

Vlayen (57), aplicó la encuesta en hospitales de Bélgica, observó que la percepción general de la seguridad de los pacientes fue menor en los hospitales de habla francesa. Sin embargo, todas las dimensiones tienen aspectos para mejorar sobre cultura de seguridad.

Gutiérrez (58) en España, aplicó la encuesta sobre clima de seguridad en unidades de cuidados intensivos (UCI). La distribución de las respuestas positivas por dimensión es la siguiente: la satisfacción laboral: un 65,2%, el clima en equipo: 62,1%, el clima de seguridad: 50,7%, la percepción de la gestión: un 30,3%, las condiciones de trabajo: 43,3%, y el reconocimiento de estrés: 68,8%. Se detectaron algunos puntos fuertes, como los porcentajes de los que respondieron afirmativamente a las declaraciones "Me gusta mi trabajo" (95,1%) y "reuniones de información son importantes para la seguridad del paciente" (86,8%). Se encontraron diferencias significativas por tamaño de hospital: actitudes eran mejores en el personal de la UCI en los hospitales más pequeños que en los grandes hospitales.

Ballangrud (59), aplicó la encuesta en 220 enfermeras, respondieron (72%). Siete de las 12 dimensiones alcanzaron una proporción de puntuaciones positivas en más del 55%. Se encontraron diferencias significativas en la percepción de la seguridad del paciente en las enfermeras "entre tipos de unidades y entre los cuatro hospitales la variación total en la medida de resultado se explica porque el modelo en su conjunto fue de las dimensiones de los resultados "percepción general de seguridad" 32% y "la frecuencia de notificación de incidentes" 32%.

Muralidhar (60), encontró en un estudio de cultura de seguridad que sólo el 55% sabía de la existencia de una política de control de la infección en la institución. Una gran mayoría de los encuestados (94%) cree que los informes de errores le

ayudarán a reducir su incidencia. Las razones principales para sufrir eventos adversos fueron de alta carga de trabajo (82%) y la información incompleta de los pacientes (71%).

Aboshaiqah (61), realizó un estudio para identificar los factores que las enfermeras perciben que contribuyen a la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Arabia Saudí. Un total de 498 enfermeras registradas que trabajan en el hospital completó la encuesta. La mayoría de las enfermeras perciben una cultura positiva de seguridad del paciente. No hubo diferencias significativas en la percepción de la cultura de seguridad del paciente, en enfermeras, basadas en el género, la edad, años de experiencia, habla árabe versus no-árabe, y la duración del desplazamiento.

Turkmen (62) en un estudio que incluyó 561 enfermeras en los hospitales ubicados en Estambul, Turquía, observó que el tipo de unidad de trabajo afectó negativamente los comportamientos de los trabajadores y de presentación de informes de eventos adversos en términos de cultura de seguridad del paciente.

Feng (63) en un estudio sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente y los factores asociados a estas percepciones de enfermeras. Encontró que la mitad (61,3%) de las enfermeras tenían una percepción positiva de la cultura de seguridad del paciente. Las Enfermeras respondieron positivamente a dos dimensiones: el trabajo en equipo dentro de las unidades y el aprendizaje organizacional. Respondieron más negativamente a la dotación de personal y no punitiva respecto a los errores. Hay cuatro factores que se encontraron asociados con la cultura de seguridad del paciente: la percepción de los directivos 'enfermeras confiabilidad ($P < 0,001$), la priorización de organización de seguridad ($P < 0,001$), años de experiencia de enfermería de la unidad ($P = 0,004$), y el compromiso en la seguridad por parte de los gerentes ($P = 0,023$).

Gama (64) evaluó, en Brasil, la Cultura de Seguridad del Paciente en una red regional de los hospitales públicos, de acuerdo con la percepción de los

profesionales de la salud, y analizo la influencia de los factores socio-profesionales. Aplicó la encuesta a 1.113 profesionales de ocho hospitales. Las percepciones fueron descritas a través del porcentaje de respuestas positivas (PPR) y Negativas (PNR). Por la dimensión y la asociación de factores fueron analizados mediante regresión lineal multivariado. La dimensión "El trabajo en equipo dentro de la misma unidad" tuvo la PPR más alto (73,5), y "Personal" del PNR más alto (61). Las variables "Servicio" (farmacia, centro quirúrgico) y "profesión" (enfermeras) se asociaron significativamente con las evaluaciones positivas.

Wagner (65) evaluó la cultura de seguridad en 45 hospitales de los Países Bajos, 622 en EE.UU. y 74 en Taiwán. Un total de 3779 profesionales de los hospitales participantes en los Países Bajos, 196.462 de los EE.UU. y 10.146 de Taiwán participaron en el estudio. La mayoría de los hospitales en los tres países tienen las puntuaciones más altas en el trabajo en equipo dentro de las unidades. El área con un alto potencial de mejora en los tres países es cambio de turno y transiciones entre servicios. Existen diferencias entre los países en las siguientes dimensiones: la respuesta no punitiva al error, diálogo y comunicación sobre el error, en la apertura Comunicación, Apoyo a la gestión de la seguridad del paciente y la mejora de la organización de aprendizaje continuo. En general, los encuestados de Estados Unidos fueron más positivos acerca de la cultura de seguridad que en los hospitales holandeses y taiwaneses. Sin embargo, hay diferencias aún mayores entre los hospitales de un mismo país.

La Unidad de Gestión y Riesgo Clínico, del Hospital Padre Hurtado (66) en Chile, realizó en 2009 un estudio aplicando la encuesta *adaptada del instrumento HSPSC*, con el objetivo de describir aspectos claves de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que trabaja en el Hospital, estableció que "la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, y que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos en toda la

Institución.”

Arenas Gutiérrez WA y colaboradores (67) en Colombia, al evaluar la cultura de seguridad del paciente entre el personal de enfermería en instituciones de III nivel en Bogotá, se evidencio que la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería fue positiva en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destacó la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente.

Ramírez LCB (68), en Colombia 2008 encontraron que el grado de seguridad del paciente entre los encuestados en un hospital universitario , es percibido como deficiente, y concluye “que si existe un aprendizaje organizacional, respecto al análisis de los errores, que lleva a cambios positivos en el manejo de la seguridad del paciente y todos los esfuerzos están orientados a este fin, reconociendo que el mejoramiento continuo se da, pero requiere ser fortalecido en el día a día” .

3.2. Fundación Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros

Para este caso el estudio se realiza en la Fundación Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros, institución prestadora de servicios de salud (IPS) fundada desde el 02 de Junio de 1957, y que ofrece servicios primer nivel de atención y algunos servicios del segundo nivel. Cuenta con talento humano competente, infraestructura y tecnología adecuada para el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

“El Hospital Santa Isabel se encuentra ubicado en el Municipio de San Pedro de los Milagros, en la calle 43 No. 52 A 109, Teléfono: 86-87-610. Este municipio de Colombia, está localizado en la subregión Norte del departamento de Antioquia. Limita por el norte con los municipios de Belmira y Entrerriós, por el este con el

municipio de Donmatías, por el sur con los municipios de Girardota, Copacabana y Bello y por el oeste con el municipio de San Jerónimo. El municipio es llamado "La Puerta Cultural del Norte", y "La Sixtina de Antioquia". Actualmente San Pedro está compuesto por 14 barrios, 19 veredas y un corregimiento, el Llano de Ovejas. Cuenta con una población total de 24.756 habitantes. De estos el 48% de la Población vive en las áreas rurales, según datos del DANE 2011."

De conformidad con lo dispuesto por el acuerdo Nro. 008 (69) proferido por el Honorable Concejo Municipal de San Pedro, el día 16 de enero de 1995, el Hospital Santa Isabel es una entidad descentralizada de orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa sometida al régimen jurídico, previsto en el Capítulo VI, Título II, Libro Primero del Decreto Ley Nro. 1298 del 22 de Junio de 1994.

HIPÓTESIS

H0: La cultura de seguridad del paciente en el Hospital Santa Isabel de San Pedro de los milagros, es similar que en los 1.128 hospitales de EEUU que reportan a la AHRQ.

H1: La cultura de seguridad del paciente en el Hospital Santa Isabel de San Pedro de los Milagros es diferente que en los otros 1.128 hospitales de EEUU que reportan a la AHRQ.

OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Evaluar la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal, asistencial y administrativo, vinculado del Hospital Santa Isabel, mediante la encuesta “Hospital *Survey on Patient Safety Culture*+y comparar los resultados con los obtenidos en los 1.128 hospitales de EE.UU., disponibles en la AHRQ.,

4.2. Objetivos específicos

- Determinar las dimensiones de la cultura según la encuesta HSPSC en las que se ve afectada la seguridad del paciente en el Hospital Santa Isabel de San Pedro de los Milagros
- Comparar los resultados obtenidos sobre cultura de seguridad del paciente del Hospital Santa Isabel con los datos reportados por los hospitales de EEUU en el informe del año 2012.
- Sugerir acciones que consideren los elementos más representativos en os resultados de la comparación anterior, que puedan impactar positivamente en la construcción de un clima organizacional propicio para la construcción de la cultura de seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

5.1. Enfoque metodológico de la investigación

El enfoque de esta investigación empírica será de corte cuantitativo, el cual busca determinar cuál es la cultura que tiene el personal vinculado en la Fundación Hospital Santa Isabel sobre la seguridad del paciente, a partir de la recolección sistemática de información, suministrada por el instrumento “*encuesta de evaluación de cultura de seguridad del paciente*”

5.2. Tipo de estudio

Se realizará un estudio de tipo transversal, en donde se aplicará una encuesta a los trabajadores actuales vinculados en la Fundación Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros, durante en al año 2013.

5.3. Población y diseño muestral

En este estudio no habrá muestra, dado que se tomará toda la población.

Como universo se incluyeron a los 44 empleados vinculados tanto asistenciales como administrativos de la Fundación Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros, durante el mes de Abril del año 2013.

5.3.1. Criterios de inclusión

Todos los empleados activos vinculados a la institución.

5.3.2. Criterio de exclusión

Personal no vinculado al hospital sea por tercerización y/o outsourcing

5.4. Descripción de las variables

Se consideran dos grupos de variables; las primeras están orientadas a describir los aspectos sociodemográficos de la población objeto. Las segundas corresponden a variables propias de la herramienta, utilizada para medir la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal que labora en la institución. (ver Tabla N°1 y Tabla N°2)

5.4.1. Tabla de variables

Tabla 1. Variables sociodemográficas				
Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de Medición	Codificación
Edad	Años de vida cumplidos al momento del evento	Cuantitativa	Razón	Número
Sexo	Género	Cualitativa	Nominal dicotómica	Femenino Masculino
Nivel de escolaridad	Perfil educativo de la población	Cualitativa	Ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Técnica Universitaria
Cargo	Actividad laboral en el momento actual	Cualitativa	Nominal	Médico Enfermera Auxiliar Administrativo
Estado civil	Condición de cada persona con relación con los derechos y obligaciones civiles	Cualitativa	Nominal	Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo Soltero
Tiene Hijos	Condición de maternidad / Paternidad	Cualitativa	Nominal dicotómica	Sí No
Tiempo laborado en la institución	Período transcurrido entre el inicio de su contrato hasta el momento actual	Cuantitativo	Razón	Número

Tabla N2. Definición de las dimensiones de la encuesta Hospitalaria para evaluar cultura de seguridad del paciente de la AHRQ

Área / Dimensión de la cultura de seguridad		Definición de las dimensiones de la encuesta HSPSC de la AHRQ
1	Franqueza en la comunicación	Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ellos.
2	Feed-back y comunicación sobre errores	Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.
3	Frecuencia de eventos notificados	Se notifican los errores siguientes: 1) errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, 2) errores sin daño potencial para el paciente y 3) errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron.
4	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades Se generan problemas en la transferencia de información
5	Apoyo de la gerencia del hospital en la SP	La gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la SP y resalta que la SP es una prioridad.
6	Respuesta no punitiva a los errores	Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizaran en contra suya y que los errores no constaran en su expediente personal.
7	Aprendizaje organizacional y mejora continua	Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.
8	Percepción de seguridad	Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de SP
9	Dotación de personal	Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.
10	Expectativas/acciones de la dirección/supervisión	Los responsables toman en consideración las sugerencias de las unidad/servicio que favorecen la seguridad profesionales encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de SP.
11	Trabajo en equipo entre	Las unidades del hospital cooperan y se coordinan

	unidades/servicios	entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.
12	Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo.

HSPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture; AHRQ: SP: seguridad Del paciente

5.5. Técnicas de Recolección de Información

Se aplicó la encuesta del instrumento “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que fue elaborada desde el año 2004 en EEUU.

La encuesta permite tres modalidades de aplicación: auto-administrada, electrónica y mixta. Para esta investigación se utilizó la modalidad auto-administrada, se realizó en físico, en presencia de los investigadores, durante el tiempo laboral, en períodos previamente convenidos con la gerencia del Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los milagros.

5.6. Fuentes de información

Fuente de información primaria: está compuesta por los datos recolectados a través de la encuesta auto-administrada a los 44 trabajadores de planta del hospital Santa Isabel.

Fuente de información secundaria: corresponde a la base de datos de los resultados con los obtenidos en los 1.128 hospitales de EE.UU., disponibles en la AHRQ y los documentos de la literatura científica relacionados

5.6.1. Instrumento de recolección de información

La encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) de la Agencia para la Investigación y Calidad en la Atención de la Salud (*Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ), está diseñada para ayudar a los hospitales a evaluar su cultura de seguridad mediante

la medición de doce dominios.

Para permitir la comparación con otros hospitales evaluados, la AHRQ recoge la información suministrada en la base de datos comparativa de Cultura de Seguridad del Paciente. La frecuencia de aplicación de la encuesta puede variar entre 12, 18 a 24 meses. Por lo tanto, para el reporte anual se utilizan datos nuevos, actualizaciones y datos de hasta 3,5 años anteriores.

El primer informe anual, lanzado en 2007, incluyó datos de 382 Hospitales de Estados Unidos. El número de Hospitales y empleados que reportan, ha venido creciendo cada año; para el 2012, esta base de datos incorporó los resultados de 1128 hospitales.

Previa a la aplicación de la prueba, también se consideraron las adaptaciones hechas en España, México y Colombia. La elección de la versión traducida del inglés obedece a la posibilidad que ofrece la AHRQ de tener una base de datos que permite la tabulación de los resultados propios y la comparación con los resultados disponibles en los hospitales que reportan en EEUU y adicionalmente, la opción futura de evaluar la tendencia.

Con el interés de buscar relaciones entre los dominios evaluados, y las condiciones sociodemográficas de la población evaluada, se adicionaron algunas preguntas al formato original de la prueba.

5.6.2. Proceso de obtención de la información

Se establece comunicación telefónica con la gerencia del Hospital Santa Isabel. Posteriormente con la coordinación del área de Calidad, para conocer los antecedentes de las actividades de capacitación realizadas en la institución, además de programar las visitas para la aplicación de la encuesta.

A través de una carta a la gerencia del Hospital se obtiene el aval para la aplicación de la encuesta.

El área de Calidad socializa la visita con el personal de la institución.

Las encuestas fueron realizadas entre el mes de Abril y Mayo de 2013, personalizadas a cada uno de los empleados, previa explicación del instrumento y firma del consentimiento informado donde se comunican las condiciones de confidencialidad.

5.7. Control de errores y sesgos

5.7.1. Sesgo de información.

Se evita este sesgo con la debida explicación de cómo llenar la encuesta a cada persona en el momento de la aplicación de la misma.

5.7.2. Sesgo de selección.

Se evita asegurando la participación de todo el personal de la institución. Se contactan las personas ausentes durante los días de aplicación de la encuesta para que la diligencien.

5.8. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

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.

Para el procesamiento y análisis de datos, se ingresaron los mismos a una base de datos realizada en Excel por los investigadores y posteriormente se transportaron a la herramienta suministrada por la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*.

Se utilizó el software SPSS versión 15 para hacer un análisis univariable de las variables sociodemográficas y algunas las referentes a la encuesta. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y una frecuencia absoluta, y las de tipo cuantitativo se representaron en media con su respectiva desviación estándar.

5.8.1. Explicación de los cálculos

(Traducción propia, de la versión en inglés de la AHRQ)

El Cuestionario Hospitalario para la Cultura de Seguridad del Paciente está diseñado para medir lo siguiente:

- 1) Dos resultados generales de seguridad del paciente
 1. Número de eventos reportados
 2. Grado general de seguridad del paciente
- 2) Doce dimensiones de cultura relacionadas con la seguridad del paciente:
 1. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
 2. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad
 3. Aprendizaje organizacional/mejora continua
 4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
 5. Percepción global de seguridad
 6. Retroalimentación y comunicación sobre errores
 7. Franqueza en la comunicación
 8. Notificación de eventos relacionados con la seguridad
 9. Trabajo en equipo entre unidades
 10. Dotación de personal
 11. Transferencias y transiciones
 12. Respuesta punitiva al error

5.8.2. Definiciones de positivo, neutro y negativo

- 1) **Positivo** es el porcentaje de respuestas calificadas 4 ó 5 (*De acuerdo / Muy de acuerdo o, Casi Siempre / Siempre*) para las preguntas redactadas en forma positiva y, 1 ó 2 (*En Desacuerdo / Muy En Desacuerdo o, Rara Vez / Nunca*) para preguntas redactadas negativamente.

- 2) **Neutro** es el porcentaje de respuestas que se han clasificado como un 3 (*Ni De Acuerdo, Ni En Desacuerdo o, A Veces*) para cualquier pregunta.
- 3) **Negativo** es el porcentaje de respuestas calificadas 1 ó 2 (*En Desacuerdo / Muy En Desacuerdo o, Rara vez / Nunca*) para las preguntas redactadas en forma positiva, o un 4 o 5 (*De Acuerdo / Muy De Acuerdo o Casi Siempre / Siempre*) para preguntas redactadas negativamente.

5.8.3. Definición de los resultados por componentes

- 1) Los resultados o los puntajes por componente miden 12 diferentes áreas de la cultura de seguridad del paciente. Se calculan para cada hospital promediando el porcentaje de respuestas positivas a las preguntas de un componente. Por ejemplo, para un componente de 3-preguntas, si los porcentajes de respuestas positivas por pregunta fueron 50%, 55%, y 60%, la respuesta porcentual positiva de ese componente del hospital, sería la media de estos tres porcentajes, es decir, 55% positivo.

5.8.4. Definición de resultados comparativos

- 1) **El nivel de los resultados comparativos por pregunta** se obtiene al comparar los resultados por elemento de su hospital con la base de datos comparativa por preguntas de los demás hospitales.
- 2) **El nivel de resultados comparativos por componente** se obtiene al comparar los resultados por componente de su hospital con base de datos comparativa por componentes de la AHRQ.

5.8.5. Definición de las tendencias en los resultados

- 1) **La tendencia en los resultados por pregunta** se obtiene al comparar sus resultados por pregunta más recientes con los resultados anteriores.

- 2) **La tendencia en los resultados por componente** se obtiene al comparar los resultados por componente más recientes de su hospital con los resultados por componente anteriores.

5.8.6. Explicación de cómo se calculan las puntuaciones por componente

En primer lugar es necesario calcular el porcentaje de respuestas positivas por pregunta en cada dimensión de la cultura de seguridad. El porcentaje de respuestas positivas por pregunta, se calcula dividiendo en primer lugar el número de respuestas positivas por el número total de respuestas positivas, neutras y negativas de los elementos (excepto las respuestas faltantes) en cada pregunta de una dimensión. La puntuación por componente de una dimensión es simplemente el porcentaje promedio general de respuesta positiva a cada pregunta de una dimensión.

5.8.7. Interpretación de sus resultados por pregunta y por componente (Traducción propia a partir de la herramienta original)

5.8.7.1. Escalas de respuesta de la encuesta

Los encuestados usan una escala de respuesta de 5 puntos para responder a las preguntas:

- **Concordancia**
 - Muy De Acuerdo y De Acuerdo (se combinan)
 - Ni De Acuerdo, Ni En Desacuerdo
 - En Desacuerdo y Muy En Desacuerdo (se combinan)
- **Frecuencia**
 - Siempre y Casi Siempre (se combinan)
 - A veces
 - Rara Vez y Nunca (se combinan)

Las respuestas faltantes se excluyen al presentar los porcentajes de respuesta a las preguntas de la encuesta.

Se utilizaron las preguntas formuladas positivamente y negativamente.

5.8.7.2. Puntajes de componentes

Una puntuación de componente resume cómo los encuestados respondieron los grupos de preguntas que lo componen. Para calcular la puntuación de un componente de su hospital, sólo promedie el porcentaje de respuestas positivas en cada pregunta del componente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por tratarse de datos recolectados por medio de una encuesta, la investigación que se realiza en la Fundación Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros, se clasifica de acuerdo con la declaración internacional de Helsinki(70), el informe de Belmont(71) y la Resolución 8430 de 1.993 del Ministerio de Salud(72); como una investigación sin riesgos biológicos, fisiológicos, psicológicos, y sociales para los participantes.

Adicionalmente, para cada empleado que participa de forma voluntaria en el estudio, se diligencia una ficha de consentimiento informado, en la cual se explica el pacto de confidencialidad y que las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. (ver anexo 2)

RESULTADOS

7.1. Resultados sociodemográficos adicionales a los de la encuesta original

Esta encuesta fue aplicada a 44 empleados (asistenciales y administrativos) vinculados a la fundación Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de los Milagros.

La edad promedio de los encuestados fue de 37,18 (de 11,6) años, el 50% de los encuestados tenían una edad de 35 años o menos con una variabilidad de 19,5 años, siendo 19 años la edad mínima y 58 años la edad máxima.

El sexo predominante fue el femenino con el 68,2% (30); el estado civil más frecuente fue soltero con el 59,1% (26); con respecto a si tenían hijos el 52,3% (23) respondió que sí; con respecto al nivel de escolaridad se aprecia que el 47,7% (21) tenían estudios universitarios. La ocupación más frecuente fue auxiliar con un 36,4% (16).

El promedio de tiempo de vinculación fue de 7,4 (DE 8,9) años, el 50% de los encuestados tenían un tiempo de vinculación de 4 años (RI 11,2) años o más; con respecto al tipo de vinculación se halló que el 77,32% (34) era a término indefinido. (Ver tabla No1.)

El promedio de personas a cargo fue de 1,32 (DE 1,5) personas, el 50% de los encuestados tenían a cargo 1 (RI 2) o más personas. (Ver tabla N°3)

7.1.1. Información Demográfica

Tabla N°3. Distribución de los factores demográficos y ocupacionales.

Factor Demográfico	N=44 n (%)
Edad Promedio 37 años	
35 años o menos	22 (50%)
36 años o mas	22 (50%)
Sexo	
Hombre	14(32%)
Mujer	30(68,%)
Nivel de Escolaridad	
Sec.	4(9,%)
Tc	19(44%)
Univers	21(48%)
Tiempo de vinculación	
Menos de un año	7(16%)
De 1 a 3 años	12(29%)
De 4 a 10 años	12(29%)
Más de 10 años	11(26%)
Tipo de vinculación	
Estudiante en rotación	3 (7%)
Prestación de servicios	4 (9,%)
Termino fijo	3 (7%)
Término indefinido	34(77,%)
Estado civil	
Casado	13(30%)
Soltero	26(59%)
Unión libre	5(11%)
Tiene Hijos	
No	21(48%)
Si	23(52,%)

Nota: Se resaltan los datos predominantes

7.1.2. Resultados demográficos obtenidos mediante la herramienta (HSPSC)

1. De la **población encuestada**, 44 personas, se obtuvo una respuesta del 100% debido a que los encuestadores hicieron un acceso personalizado a todos y cada uno de los funcionarios del hospital.
2. La **distribución de los encuestados por unidades o áreas de trabajo** muestra un 16% en el área médica, un 25 % es personal que rota por diversas áreas, un 18% se encuentra en las áreas de apoyo y un 41% pertenece a otras áreas como administrativa y servicios generales.
3. La **distribución del staff por posición en las áreas clínicas y administrativas** es de 57% clínicos, y 43 % de las áreas administrativas.
4. El 70% de los encuestados dice **interactuar directamente** con los pacientes.
5. La **permanencia** en la institución se observa a través de la cifra más significativa que señala al 58% de los funcionarios con una vinculación entre 1 y 10 años, el 26% corresponde a quienes tienen más de 10 años y un 17% están en el nivel de menos de un año.
6. En cuanto a la **estabilidad por área de trabajo**, se observa un 63% en el rango de 1 a 10 años, un 20% con menos de 1 año y 18% con más de 10 años.
7. En **horas laboradas por semana**, el 84% está en un rango entre 40 y 59 horas.
8. En **tiempo de ejercicio profesional** el 62% tiene entre 6 y 15 años.(Ver tabla N°4)

7.1.3. Tabla N°4. Información Demográfica de la Encuesta

La recolección de datos se hizo en	Marzo-Abril / 2013
Número de encuestas completadas (Numerador de la tasa de respuesta)	44
Número de encuestas administradas (Denominador de la tasa de respuesta)	44
Tasa de respuesta	100%

Área de Trabajo / Unidad (Pregunta Ai de la encuesta)	N	%
Múltiples Unidades / Ninguna Unidad en específico	1	25%
Medicina (no quirúrgica)	1	16%
Cirugía	7	0%
Obstetricia	0	0%
Pediatría	0	0%
Urgencias	0	0%
Unidad de Cuidados Intensivos (cualquier tipo)	0	0%
Psiquiatría / salud mental	0	0%
Rehabilitación	0	2%
Farmacia	1	7%
Laboratorio	3	7%
Radiología	3	2%
Anestesiología	1	0%
Otra	18	41%
Total	44	100%
Faltante	0	

Cargo (Pregunta H4 de la encuesta)	N	%
Enfermero (a) titulado (a)	0	0%
Asistente Médico / Practicante de enfermería	0	0%
LVN / LPN	12	27%
Asistente de cuidado al paciente	0	0%
Médico residente / Médico rural	0	0%
Farmacéuta	2	5%
Nutricionista	0	0%
Auxiliar admón. / Recepcionista / Secretario (a)	9	20%
Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, o del lenguaje	1	2%
Técnico (p.ej. RM, Laboratorio, Radiología)	2	5%
Administrativo	4	9%
Otro	6	14%
Total	44	100%
Faltante	0	

Interacción con pacientes (Pregunta H5 de la encuesta)	N	%
SÍ, normalmente tengo interacción directa o contacto con los pacientes	31	70%
NO, normalmente NO tengo interacción directa o contacto con los pacientes	13	30%
Total	44	100%
Faltante	0	

Tiempo laborado en el Hospital (en años) (Pregunta H1 de la encuesta)	N	%
Menos de 1 año	8	18%
1 a 5 años	18	41%
6 a 10 años	7	16%
11 a 25 años	2	5%
18 a 20 años	5	11%
21 años o más	4	9%
Total	44	100%
Faltante	0	

Tiempo laborado en su cargo/área/área actual (en años) (Pregunta H2 de la encuesta)	N	%
Menos de 1 año	9	20%
1 a 5 años	20	45%
6 a 10 años	8	18%
11 a 25 años	2	5%
18 a 20 años	2	5%
21 años o más	3	7%
Total	44	100%
Faltante	0	

Horas promedio laboradas por semana (Pregunta H3 de la encuesta)	N	%
Menos de 20 horas por semana	0	0%
20 a 39 horas por semana	4	9%
40 a 59 horas por semana	37	84%
60 a 79 horas por semana	2	5%
80 a 99 horas por semana	0	0%
100 o más horas por semana	1	2%
Total	44	100%
Faltante	0	

Tiempo trabajado en su especialidad o profesión actual (Pregunta H6 de la encuesta)	N	%
Menos de 1 año	5	12%
1 a 5 años	11	26%
6 a 10 años	7	16%
11 a 15 años	7	16%
16 a 20 años	6	14%
21 años o más	7	16%
Total	43	100%
Faltante	1	

7.1.4. Tabla N°5. Equivalencias de áreas de trabajo y profesiones.

Para insertar los datos en la herramienta fue necesario homologar los cargos de la institución a los cargos presentados en la herramienta en la sección A y la H (Ver tabla N°5)

Tabla N°5. Sección A: Área de Trabajo

USA	HSI San Pedro
Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica	Personal asistencial que labora en diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica. Todo el personal administrativo se asignó en N.
Medicina (No-quirúrgica)	Consulta externa / Med. Gral. / Odontología / Higienista / Enfermera / aux. enfermería
Cirugía	
Obstetricia	
Pediatría	
Departamento de emergencias	
Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)	
Salud mental/Psiquiatría	
Rehabilitación	Fisioterapia
Farmacia	Farmacia
Laboratorio	Laboratorio / aux. lab
Radiología	Radiología / Tec. IDX
Anestesiología	
Otro, por favor, especifique	Administración / Serv. Grales / Conduct. / Estud. Rotación

9. Sección H (14) Ë Cargo

USA	HSI San Pedro
Enfermera registrada	
Asistente Médico/Enfermera Profesional	
Enfermera Vocacional con Licencia/Enfermera Practicante con Licencia (LVN/LPN)	Aux. Enfermería / Vacunadora / Aux. Odont / Higienista Oral / Aux. Farm / Aux. Lab / Est. Rotación
Asistente de Cuidado de Pacientes/Pareja de Cuidados	
Médico (con entrenamiento completado)	Médico / Odontólogo
Médico Residente/Médico en Entrenamiento	
Farmacéutico	Reg. Farmacia
Dietético	
Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria	Aux. Admon / Ing. Sistemas
Terapista Respiratorio	
Terapista Físico, Ocupacional o del Habla	Fisioterap.
Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)	Bacterióloga / Técnico IDX
Administración/Dirección	Director / SubD. / Técnico Financiero / Coord. Calidad
Otro, por favor especifique:	Serv. Generales / Mantenimiento / Conductores

Nota: Para homologar los cargos se tomó en cuenta el tiempo de capacitación en cuanto a la relación con el paciente y, el conocimiento necesario sobre seguridad del paciente.

7.1.5. Resultados sobre antecedentes relacionados con la seguridad del paciente

7.1.6. Capacitaciones recibidas

El 95.3%(41) respondió esta encuesta por primera vez y cuando se les preguntó si han participado en grupos focales y/o entrevistas a profundidad sobre cultura tanto organizacional como de seguridad del paciente el 50% (21) no ha participado, y el 40.5% (17) respondió afirmativamente. El 88,4% de la población total ha sido convocada a inducción y re inducción y en ellas al 81.8% le han capacitado en seguridad del paciente.

7.1.7. Reporte de Eventos adversos.

Al indagar sobre el reporte de incidentes el 100% respondió que la institución posee un sistema de reportes; el 73 % (32) dice que es obligatorio. (Ver Tabla N°6)

Tabla 6. Distribución sobre el reporte de incidentes.

Cultura del reporte	N=44 n (%)
Su institución posee un sistema de reportes	
Si	44 (100%)
No	0
De qué tipo es el sistema de reportes?	
Voluntario	12(28%)
Obligatorio	32 (73%)
En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de incidentes ha llenado y enviado?	
Ningún reporte de incidentes	21 (48%)
De 1 a 2 reportes de incidentes	10 (23%)
De 3 a 5 reportes de incidentes	9 (20%)
De 6 a 10 reporte de incidentes	2 (4%)
N/A	2 (4.5)

Al preguntar en los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de incidentes ha llenado y enviado?, el 48% (21) respondió que ninguno, el 23 % (10) respondió que de 1 a 2 reportes de incidentes, el 20% (9) respondió que de 3 a 5 reportes de incidentes. (Ver Tabla N°6)

Tabla 7. Distribución sobre comentarios

	N= 44	n (%)
Alguna vez completó antes esta encuesta sistema de reportes		
Si	2	(4.7%)
No	41	(95.3%)
¿Participó de un grupo focal o entrevista en profundidad sobre la cultura organizacional y la seguridad institucional?		
Si	17	(40.5%)
No	21	(50.0%)
N/A	4	(9.5%)
La organización lo ha convocado a inducciones o re-inducciones?		
Si	38	(88.4%)
No	4	(9.3%)
N/A	1	(2.3%)
¿En ellas les han capacitado sobre seguridad del paciente?		
Si	36	(81.4%)
No	5	(11.1%)
N/A	3	(6.8%)

7.1.8. Sección I: Sus comentarios

Sobre los comentarios realizados por el personal, el 95.3%(41) respondió esta encuesta por primera vez. Cuando se les preguntó si han participado en grupos focales y/o entrevistas a profundidad sobre cultura tanto organizacional como de seguridad del paciente el 50% (21) no ha participado, y el 40.5% (17) respondió afirmativamente. El 88,4% de la población total ha sido convocada a inducción y reinducciones y en ellas al 81.8% le han capacitado en seguridad del paciente. (Ver Tabla N°7)

7.2 Asociaciones entre variables para ver posibles relaciones de variables sociodemográficas con la frecuencia del reporte

Tabla 8.D1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es reportado?

Variable		NO		SI		X^2	Valor p
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Sexo	hombre	3	23.1%	11	35.5%	0.650*	0.420
	mujer	10	76.9%	20	64.5%		
	Total	13	100.0%	31	100.0%		
Tipo de vinculación	Término	11	84.6%	23	74.2%	0.128	0.720
	indefinido						
	Otro	2	15.4%	8	25.8%		
Total		13	100.0%	31	100.0%		
Nivel de escolaridad	Universitario	9	69.2%	12	38.7%	3.419	0.064
	SEC O TEC	4	30.8%	19	61.3%		
	Total	13	100.0%	31	100.0%		

* Corrección por continuidad

1.2.1 Posibles asociaciones entre variables

Al realizar el análisis para mirar las posibles asociaciones de las variables de interés con la frecuencia de notificación (variables D1, D2, D3) se encontró:

El 23% de personas que contestaron que no en la variable D1 eran hombres; con el tipo de vinculación, se observó que las personas que contestaron que no el 84,6% eran a término indefinido; por último el nivel de escolaridad mostro que de los las personas que contestaron que no en la variable D1 el 69,2% tenían estudios universitarios; ninguna de estas variables presento asociación estadística con la variable D1. (Ver Tabla N°8.D1.)

Tabla 9. D2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es reportado?

Variable		NO		SI		X ²	Valor p
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Sexo	hombre	4	30.8%	10	32.3%	0.000	1.000
	mujer	9	69.2%	21	67.7%		
	Total	13	100.0%	31	100.0		
Tipo de vinculación	Termino indefinido	9	69.2%	25	80.6%	0.185	0.667
	Otro	4	30.8%	6	19.4%		
	Total	13	100.0%	31	100.0		
Nivel de escolaridad	Universitario	10	76.9%	11	35.5%	6.304	0.012
	SEC O TEC	3	23.1%	20	64.5%		
	Total	13	100.0%	31	100.0		

Al analizar las variables sexo, tipo de vinculación y nivel de escolaridad con la variable D2 se encontró: de los que contestaron que no el 69,2% eran mujeres, el 69,2% su tipo de vinculación era a término indefinido, y el 76,9% tenían estudios universitarios; la única variable que presento asociación estadística fue el nivel de escolaridad (valor p: 0.012), (Ver TablaN° 9.D2)

Tabla 10. D3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es reportado?

Variable		NO		SI		χ^2	Valor p
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Sexo	hombre	2	20.0%	12	35.3%	0.2 77	0.598
	mujer	8	80.0%	22	64.7%		
	Total	10	100.0%	34	100.0%		
Tipo de vinculación	Termino indefinido	8	80.0%	26	76.5%	0.0 00	1.000
	Otro	2	20.0%	8	23.5%		
	Total	10	100.0%	34	100.0%		
Nivel de escolaridad	Universitario	6	60.0%	15	44.1%	0.7 81	0.377
	SEC O TEC	4	40.0%	19	55.9%		
	Total	10	100.0%	34	100.0 %		

Al realizar el análisis con la variable D3 el 80% de los que contestaron que no eran mujeres; el 80% tenía un contrato a término indefinido y el 60% tenían estudios universitarios; ninguna de estas variables presento asociación estadística. (Ver Tabla N°10.D3)

7.2. Resultados de los componentes culturales de la seguridad del paciente

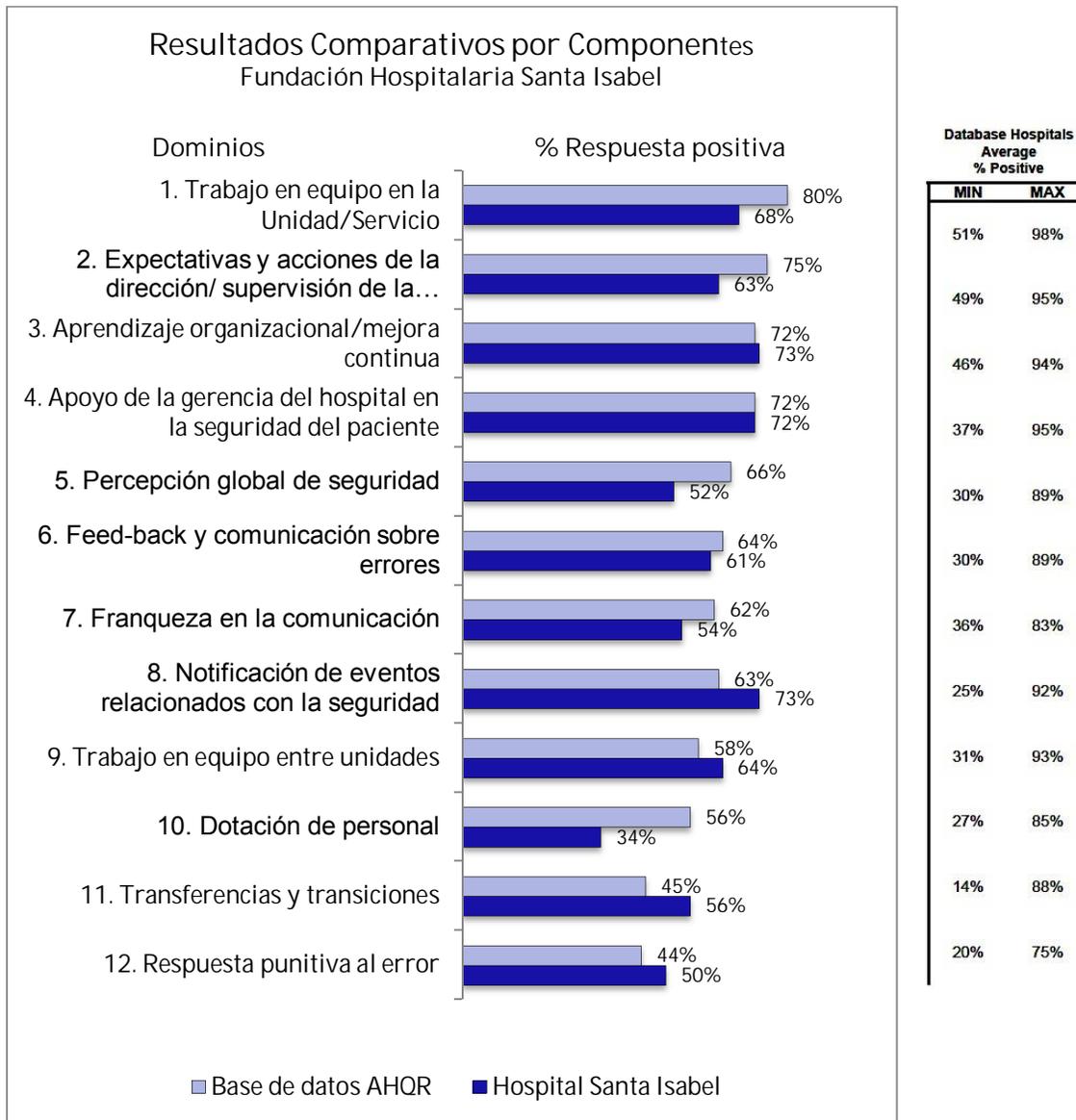
Se realiza una evaluación de los resultados del Hospital Santa Isabel en las 12 dimensiones que conforman la seguridad del paciente y se relacionan con los obtenidos en la base de datos de la AHRQ (Ver Gráfico N°1)

Adicionalmente se observarán las diferencias entre el personal que tiene Interacción directa (ID) con el paciente (31 personas) y quienes no lo tienen (Interacción Indirecta (II) 13 personas). (Ver cuadro N°1). Para el estudio es importante definir:

Interacción Directo (**ID**): Cuando los profesionales y personal vinculado a la entidad hospitalaria tiene contacto directo poco o mucho con el paciente.

Interacción Indirecta (**II**): Cuando el personal hospitalario no llega a tener contacto directo con el paciente.

Gráfico N°1. Resultados comparativos por componentes



CUADRO N° 1 Comparativo del promedio porcentual de respuestas positivas discriminado por componentes según nivel de interacción con los pacientes

	Promedio AHRQ db		Hospital Santa Isabel	
	Interacción con los pacientes			
Componentes de la Cultura de Seguridad del Paciente	CON interacción directa	SIN interacción directa	CON interacción directa	SIN interacción directa
# de encuestados	407.808	130.006	31	13
1. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	80%	81%	69%	67%
2. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	75%	77%	62%	63%
3. Aprendizaje organizacional/mejora continua	72%	73%	75%	67%
4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	71%	77%	70%	77%
5. Percepción global de seguridad	66%	68%	54%	48%
6. <i>Feedback</i> y comunicación sobre errores	64%	68%	66%	49%
7. Franqueza en la comunicación	61%	64%	56%	49%
8. Notificación de eventos relacionados con la seguridad	63%	65%	77%	62%
9. Trabajo en equipo entre unidades	58%	59%	64%	63%
10. Dotación de personal	58%	54%	37%	27%
11. Transferencias y transiciones	47%	39%	52%	67%
12. Respuesta punitiva al error	44%	46%	50%	51%
Promedio entre los componentes	63%	64%	61%	57%

Nota 1) Los resultados comparativos están basados en datos de 1.128 hospitales incluidos en el reporte comparativo de datos de la encuesta para evaluación de la cultura de seguridad del paciente de 2012. **Nota 2)** Los puntajes por componentes no se calculan cuando un porcentaje por interacción tiene menos de 5 encuestados y cuando cualquier ítem en el componente obtiene menos de 3 respuestas.

7.2.1. Trabajo en equipo en las unidades Hospital Santa Isabel (HSI)

Se observa un promedio del 68% de respuestas positivas (69% en interacción directa y 67% no directa con el paciente)

Se destaca el respeto y el apoyo en las actividades, con una respuesta positiva del 86% y 80% respectivamente. Cuando se requiere trabajo rápido se apoyan los unos a los otros, pero cuando la carga laboral aumenta decae el trabajo en equipo, esto se ve reflejado en una respuesta positiva del 36%. Esta caída en el promedio se debe a la percepción en las unidades que no tienen contacto directo con los pacientes (15%)

Comparación entre la Base de datos de los Hospitales (BDH) y HSI: los datos de la BDH, son de un promedio del 80% lo cual nos da una diferencia del 12%. Por lo demás en el único ítem en el cual el HSI supera los resultados de la BDH es en que se afirma la existencia de un trato respetuoso entre los funcionarios: aquí se da un 10% de diferencia a favor del HSI. El apoyo en los momentos de mayor demanda se percibe menguado por el 69% en la BDH y el 36% en las unidades del HSI.

Es de anotar que las diferencias que se presentan en el trabajo en equipo cuando tenemos en cuenta las unidades comprometidas con la interacción directa (ID 80%) y la Indirecta (II 81%) no son significativas.

En la BDH, la falta de colaboración en los momentos críticos, es percibida por el 70% de los funcionarios de interacción indirecta (II), y en el HSI solamente son el 15% II.

7.3. Expectativas y acciones de los directivos a favor de la seguridad del paciente.

HSI: Se presenta un promedio del 63% de respuestas positivas (ID 62% II 63%).

Para resaltar, la receptividad de los directivos al escuchar las sugerencias, que es reconocida en el 82% de los encuestados. Los supervisores dan incentivos verbales

cuando ven un trabajo bien hecho que tiene relación con la seguridad del paciente, en un 66%. No obstante un 55% de respuestas positivas, indican que cuando hay que hacer las cosas rápido, el supervisor prefiere que se tomen atajos, y un 48 % dice que los supervisores o jefes de área pasan por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez. Lo anterior significa que hay aspectos por mejorar, muy especialmente el relacionado con los eventos adversos repetitivos.

Comparación entre la BDH y HSI: La respuesta positiva de los datos de la BDH fue del 75% (ID 75% y II 77%) un 12% por encima del HSI con 63%.

Un 73% de los funcionarios en la BDH creen que sus jefes los estimulan cuando realizan acciones favorables a la seguridad de sus pacientes. En el HSI esta cifra es de 66%. En cuanto a la atención que los directivos prestan a las sugerencias de los funcionarios en la BDH el porcentaje es de 76%, en el HSI esta cifra sube a un 82 %

También es relevante que en los aspectos negativos - valga decir la actitud de los directivos en situaciones irregulares, en donde el aumento de la demanda requiere celeridad en las acciones, pero también cuando los EAs son repetitivos – El HSI responde afirmativamente en un porcentaje promedio de 55% frente a un 74% de la BDH

Es importante señalar que en la BDH todos los porcentajes positivos son mayores en quienes no tiene contacto directo con el paciente.

7.3.1. Impulso organizacional al aprendizaje continuo.

HSI: Un promedio de respuestas positivas de 73% (ID 75% II 67%) nos está indicando que los encuestados consideran que en la institución se promueve el aprendizaje continuo de la seguridad de los pacientes. Lo expresan en una respuesta positiva frente a las acciones que se hacen para mejorar la seguridad del paciente con un 82%. Un 73% creen que los errores han generado cambios positivos y un 64% conceptúa que cuando se han hecho dichos cambios para mejorar la seguridad del paciente, se

evalúa su efectividad. Este promedio corresponde en un número mayor a las unidades de ID, 68% frente a las de II con el 54%.

Comparación entre la BDH y HSI: Se presenta un resultado equivalente con un promedio de 73% (HSI) y 72% (BDH) para ambos casos, en los aspectos de: promoción de condiciones favorables a la seguridad, medidas para corregir nuevos episodios, pero en la evaluación de la efectividad de las medidas tomadas, se observa menor porcentaje en las II con un 54 % en HSI frente a un 68% de la BDH. Adicionalmente el personal ID en igual porcentaje (84%) cree que se están implementando acciones para mejorar la seguridad del paciente. El personal de II presenta igual porcentaje (69%) en la concepción de que los errores han dejado cambios positivos.

7.3.2. Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente.

HSI: En promedio el 72% (ID 70% II 77%) estima que hay una actitud positiva de los directivos hacia la seguridad del paciente y un 86% cree que se propicia un clima laboral favorable. Un 74% cree que las acciones de los directivos del hospital muestran que la seguridad del paciente es una prioridad. Sin embargo un 56% cree que la atención a la seguridad del paciente, por parte de los directivos, solamente se evidencia cuando suceden los EAs.

Comparación entre la BDH y HSI: Hay una equivalencia en la priorización, que los estamentos directivos de los hospitales que reportan en a base de datos comparativa de la AHRQ,(72%) hacen de la seguridad de los pacientes con HSI (72%).

El clima laboral que proveen los directivos frente a la seguridad del paciente es favorable en un 81% de la BDH frente a un 86 % de HSI. Adicionalmente en la BDH el 61% cree que la atención por parte de los directivos a la seguridad del paciente, se limita a los momentos en los que ocurren EAs.

Para resaltar que el personal con ID tiene el mismo porcentaje tanto en la BDH y HSI

(73%) respecto a la prioridad que para los directivos es la seguridad del paciente.

7.3.3. Percepción general de la seguridad del paciente.

HSI: Con un promedio del 52% (ID 54% II 48%) De respuestas positivas se indica la división en la percepción de seguridad.

A pesar de que un 63% de los encuestados considera que utilizan procedimientos y sistemas buenos para prevenir EAs, el 57% cree que es por casualidad que no ocurren errores más serios. Esta percepción es mayor en las unidades de ID con un 65%, frente a las de II que alcanzan el 38%. Solo un 32% cree que no se sacrifica la seguridad del paciente por hacer más trabajo. Y un 57% percibe que en su unidad de trabajo hay problemas de seguridad del paciente. Es de resaltar que en aquellas unidades de II esta percepción sea del 62% frente a las de ID que presentan un 55%.

Comparación entre la BDH y HSI: La percepción de seguridad en la BDH es del 66%, 14% mayor que en el Santa Isabel (52%). El 62% de la BDH creen que es solo por casualidad que no ocurren más accidentes frente a un 57% del HSI. Como dato relevante, es el hecho de que en la BDH el 64% cree que la seguridad nunca es sacrificada por hacer más trabajo, mientras que en el HSI es de 32% tiene respuesta positiva ante el mismo hecho.

Es relevante sobre la pregunta del sacrificio de la seguridad del paciente cuando hay mucho trabajo, que en el HSI el porcentaje es muy bajo tanto en el ID (35%) como en II (23%), mientras que en la BDH es del 64% y el 68% respectivamente.

7.3.4. Retroalimentación y comunicación acerca de los Errores.

HSI: En promedio el 61% (ID 66% II 49%) de los encuestados consideran que hay retroalimentación y comunicación de los errores.

Sobre los errores y los cambios que se efectúan a raíz de los informes recibidos, un 55% cree que hay retroalimentación, correspondiendo el porcentaje mayor a los ID con el

61%, frente a los II que sólo representan un 38%. El 64 % dice estar informado sobre los errores que ocurren en su unidad. Sin embargo, solamente el 46% corresponden a los de II y un 71% son de ID. Un 64 % dice que en su unidad se discuten las vías para prevenir que los errores vuelvan a ocurrir.

Comparación entre la BDH y HSI: El porcentaje de retroalimentación y comunicación del error es de 64 % para la BDH (ID 64% - II 68%) similar al 61% de HSI. Sobre los errores y los cambios que se efectúan a raíz de los informes recibidos, un 56% de la BDH (ID56% - II 60%) cree que hay retroalimentación, muy cercano al 55% HSI (ID 61% - II 38%)

Para la BDH el 65 % (ID 64% - II 70%) dice estar informado sobre los errores que ocurren en su unidad, también similar al 64 % de HSI (ID 71% - II 46%).

Un 72 % de la BDH (ID 71% - II 75%) dice que en su unidad se discuten las vías para prevenir que los errores vuelvan a ocurrir, frente a un 64% de HSI (ID65% - II 62%).

Para resaltar, la poca respuesta positiva del personal con II de 38% frente a la retroalimentación basada en reportes de EAs y la respuesta de un 46 % II en cuanto a estar informados sobre los errores que ocurren en su unidad.

7.3.5. Apertura a la comunicación.

HSI: Un promedio del 54% (56% ID y 49% II) de respuestas positivas hacia la apertura en la comunicación.

El 64 % dice que puede hablar libremente cuando detecta algo que puede afectar negativamente el cuidado de los pacientes (ID 71% y II 46%). Un 41 % se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de quienes tiene más autoridad (ID 39% y II 46%).

Sin embargo un 57% tiene miedo de preguntar o cuestionar cuando algo no les parece bien (ID 58% - II 54%).

Comparación entre la BDH y HSI: El promedio de respuesta positiva a la apertura en la comunicación para la BDH es de 62 % frente al 54 % de HSI. En todos los casos se reporta un porcentaje significativo de encuestados que señalan temor a hacer preguntas cuando observan que algo, aparentemente, no está bien: (HSI 57% y BDH 63%.) El promedio (64%, HSI y 75% DH) considera que tiene libertad para expresarse si observa algo negativo que ponga en riesgo la seguridad del paciente o si tiene que contradecir a un superior. (HSI 41% BDH 47%).

En cuanto a la interacción con los pacientes, cabe anotar que se observan los porcentajes más bajos de respuesta positiva frente a la libertad de cuestionar a sus superiores, en ambos casos para quienes tiene interacción directa con un 46 % para BDH y un 39% en HSI.

7.3.6. Frecuencia de eventos adversos reportados

HSI: El 73 % (ID 77% II 62%) de los encuestados responde positivamente. El 70% cree que cuando se comete un error, pero es detectado y corregido antes de que afecte al paciente, es reportado (ID 77% y II 54%9). Otro 70 % Cree que cuando se comete el error y este no tiene potencial de causar daño es reportado (ID 74% y 62%). Por último, el 77 % cree que se reporta cuando puede afectar y dañar al paciente pero no lo daña (ID 81% y II 69%).

Comparación entre la BDH y HSI: En promedio el 63 % de respuesta positiva sobre la frecuencia de eventos adversos reportados para BDH, frente a un 73 % de HSI.

Para resaltar que el personal de la BDH, presenta menores porcentajes de respuesta positiva frente a la frecuencia de reporte en las áreas donde tienen contacto directo con el paciente, a diferencia de HSI, que reportan más eventos adversos quienes están en contacto directo con los pacientes. Además, resulta relevante que en ambos casos, el reporte alcanza los mayores porcentajes cuando se trata de eventos en donde el riesgo de daño es mayor: BDH 74% (ID 74% - II 74%) HSI 77%(ID 81% - II 69%)

7.3.7. Trabajo en equipo entre las distintas unidades.

HSI: Un promedio del 64% (ID 64% y II 63%) de respuestas positivas sobre el trabajo entre unidades

El 43% dice que no hay una buena coordinación entre las unidades.

Un 66% de los encuestados cree hay una buena coordinación entre las unidades que requieren trabajar juntas (DI 71% y II 54%). Un 79% cree que normalmente no es agradable trabajar con personal de otras unidades del hospital y un 67% cree que las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado a los pacientes.

Comparación entre la BDH y HSI: El promedio de respuestas positivas en cuanto al trabajo en equipo entre unidades en BDH es del 58% frente a un 64 % de HSI.

La colaboración entre las unidades para garantizar la seguridad de los pacientes es reconocida y practicada por un promedio del 66% (HSI) y el 60% (BDH) de los encuestados. Sin embargo, hay diferencias entre un 79%(HSI) y un 59 %(BDH) reconocen que dicha colaboración no es placentera.

Frente a la coordinación en la unidad ambos presentan similar porcentaje de respuestas positivas con un 43%(HSI) y 46% (BDH).

Para resaltar que las personas que tiene contacto directo con el paciente encuentran poco agradable el trabajo entre unidades del hospital al igual que las que no tiene contacto directo, esto para todos los casos, sin embargo se nota un porcentaje de respuesta positiva muy alto en el HSI con un 80 %, Frente a un 60 % del DH.

7.3.8. Posición del recurso humano.

HSI: Con un promedio del 34% (ID 37% y II 27%) de respuestas positivas.

El 36 % de los encuestados consideran que hay suficiente personal para hacer el

trabajo, el 30 % cree que en su unidad se trabajan más horas de lo indicado para garantizar la atención del paciente.

EL 33% cree que utilizan más personal temporal para favorecer el cuidado del paciente (ID 37% y II 23%). Y un 36 % cree que se trabaja en “modo crisis” tratando de hacer mucho más trabajo y más rápidamente (ID 42% y II 23%).

Comparación entre la BDH y HSI: El promedio de respuestas positivas de la BDH en cuanto a la dotación del personal es de 56 % frente a un 34 % de HSI.

Hay una diferencia marcada entre los porcentajes de respuestas positivas en todos los ítems o preguntas de esta dimensión entre el HSI y la BDH, donde esta última presenta diferencias en porcentajes superiores al 20%. Para resaltar en cuanto al contacto con el paciente en ambos casos quienes tienen y no tienen contacto en el HSI el porcentaje de respuestas positivas es bajo con un 37% ID y un 27 % II, frente a BDH(ID 58% - II 54%)

Esto se debe posiblemente a que en el HSI la mayoría del personal es vinculado y muy poco personal es por contrato.

7.3.9. Cambios de turno y traslados de pacientes.

HSI: Con un promedio del 56% (ID 52% y II 67%) de respuestas positivas.

El 57% Cree que la situación cambia negativamente cuando se transfiere a un paciente entre una unidad y otra. Esta percepción es dominante en los II con el 75% frente a los ID con el 50%.

El 51 % cree que se pierde información valiosa cuando se hacen cambios de turnos (ID 47% y II 62%).

El 47% considera que los problemas generalmente ocurren en el intercambio de información a través de las unidades del hospital .Y Es relevante que el 70% de los encuestados considere problemático el cambio de turnos en la institución.

Comparación entre la BDH y HSI: De acuerdo a las repuestas confrontadas, en promedio el 56% de los funcionarios del HSI considera que tanto los cambios de turno como los traslados de los pacientes de una unidad a otra, tienen problemas de pérdida de información. Así mismo lo consideran los encuestados de los demás hospitales con un 45% en promedio. Lo significativo es que en el HSI 70% de los encuestados, con y sin contacto con el paciente, percibe que los cambios de turno son problemáticos en este hospital mientras que en la BDH es del 45 %. Llama la atención que igual porcentaje de encuestados en ambos HSI y BDH consideran que se pierde información importante en los cambios de turno con un 51 %.

7.3.10. Respuesta no punitiva al EA.

HSI: Un 50%(ID 50% y II 51%) en promedio considera que existe una actitud punitiva en la institución con respecto a los errores, y es significativo que el 61% considere que estos son utilizados en su contra (ID 65% y II 54%). El 57% cree que cuando un evento es reportado, se siente que la persona es la reportada, no el error (ID58% y II 54%). El 33% del Staff se preocupa de que los errores que ellos cometen se incluyan en su archivo personal (ID 27% y II 46%). Se resalta que preocupe más al personal II que al ID.

Comparación entre la BDH y HSI: En el HSI la percepción de temor frente a los errores es en promedio del 50% cuando en los demás hospitales de la base de datos de la BDH es del 44%. Esto incluye la idea de personalización del error y constancia en la hoja de vida del funcionario. Tanto en el personal ID como en el II de la BDH presentan porcentajes similares en cuanto a la preocupación de reporte a su hoja de vida. 35 % y 37 % respectivamente.

7.4. Componentes de la seguridad del paciente

7.4.1. Percepción general de la seguridad del paciente en el área de trabajo.

HSI: Es relevante que el 79% de los encuestados consideren pobre y mala la seguridad

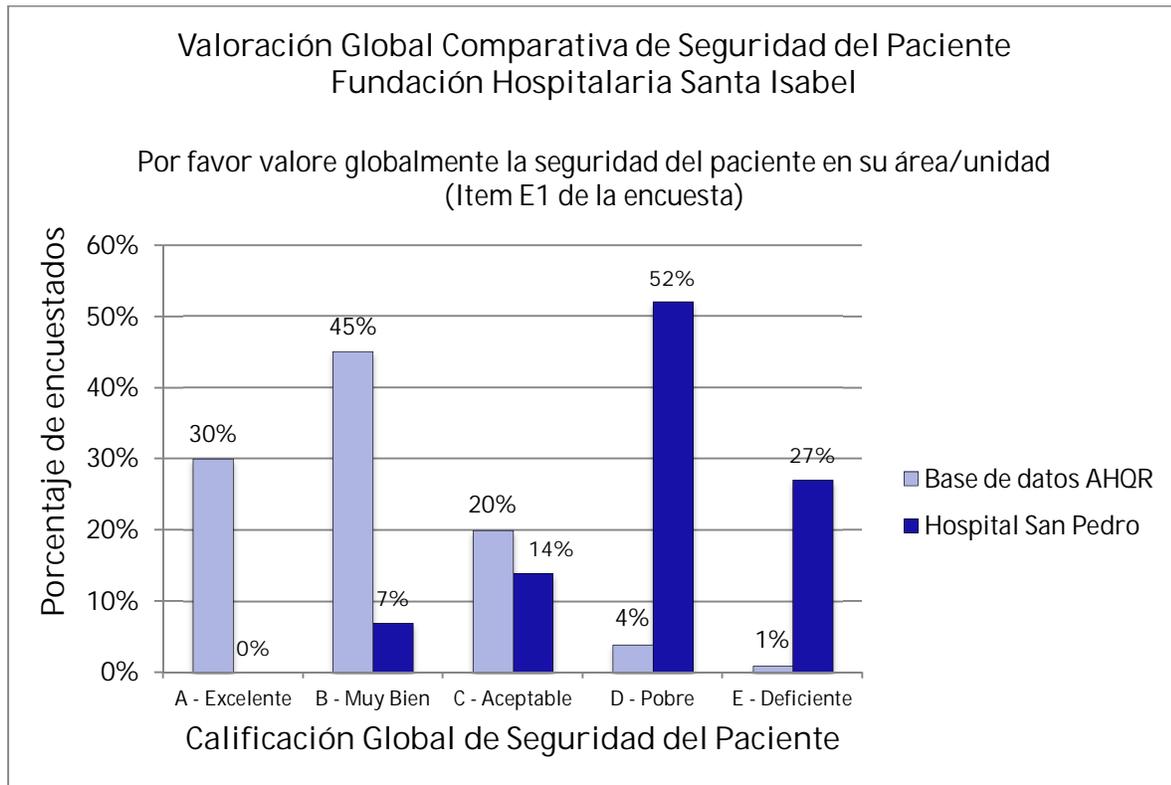
en su área de trabajo. Sólo el 27% la considera muy buena y aceptable.

De las áreas que tiene contacto con el paciente, la percepción general es de 22 % entre muy bueno y aceptable, y un 84% pobre y malo.

De las áreas donde no hay contacto directo con el paciente se observa 16 % buena y aceptable y 77% pobre y malo.

Comparación entre BDH y HSI : Es relevante la diferencia entre la percepción general de seguridad del paciente de los Hospitales incluidos en la base de datos BDH y la percepción del Hospital Santa Isabel, que en su mayor porcentaje (52%) es una percepción de poca seguridad. (Ver gráfico N°2)

GRAFICO N° 2

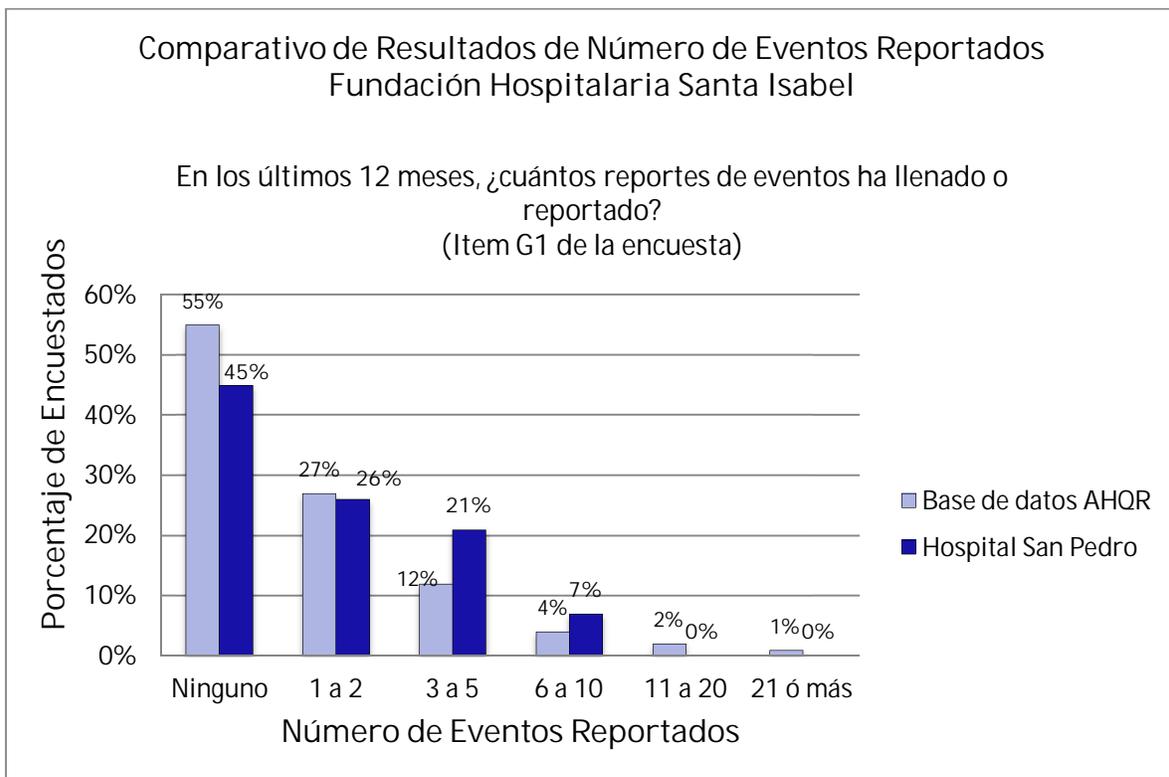


7.4.2. Reporte de eventos adversos en los últimos 12 meses.

HSI: A pesar de que el 72% (ID 34% y 1169%) de los encuestados dice que los EAs se reportan, en el último año solamente el 28% (ID 31% y 23%) ha reportado más de 3 eventos y el 45% (ID 43% y 69%) no ha reportado ninguno.

Comparación entre BDH y HSI: Se observa que durante el último año no hubo reporte de eventos adversos en alto porcentaje tanto en el HSI (45%) como en la Base de datos de los Hospitales que reportaron en la AHRQ (BDH) (55%). Sin embargo llama la atención que en los reportes de 1 a 2 son muy similares (27% BDH -26% HSI), en el de 3 a 5 eventos reportados, la diferencia se amplía a un 9% a favor del HSI así como en el de 6 a 10 que para HSI es de 7% y BDH 4%. (Ver gráfico N°3)

GRAFICO. N°3



7.5. Opiniones y sugerencias.

El 57% de los encuestados presentaron sus opiniones y sugerencias que podrían resumirse, por temas, de la siguiente manera:

7.5.1. Obstáculos al reporte de EAs.

- Percepción de castigo.
- Formato de reporte poco estimulante.
- Carencia de retroalimentación y seguimiento acerca de los eventos reportados.
- Falta de compromiso.

7.5.2. Capacitación y comunicación.

- Se sugiere capacitación en seguridad del paciente.
- Se manifiesta la existencia de capacitación permanente por parte del personal responsable.
- Se señala poca comunicación.
- La información se presenta fragmentada.
- No se dan a conocer los indicadores y los planes oportunamente.
- “Los médicos desconocen los EAs a reportar”

7.5.3. Otras sugerencias.

- Implementar farmacovigilancia y tecnovigilancia.
- Variar el enfoque de los accidentes a los incidentes.
- Realizar análisis de riesgo a los pacientes
- Asignar tiempo suficiente a los funcionarios para dichas actividades.
- Mejorar el trabajo en equipo, indispensable para el logro de la seguridad del paciente.

Tabla N°11. Comparativo por respuesta

Componentes de la Cultura de Seguridad del Paciente	Preguntas relacionadas con cada dimensión	HSI	BDH	Interacción directa HSI (31)	Interacción indirecta HSI (13)	Interacción directa BDH (407,880)	Interacción indirecta BDH (130,006)
1. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Sección A)	-¿Las personas se apoyan unas a otras en esta unidad (A1)?	80%	86%	77%	85%	86%	86%
	-¿Cuando hay mucho trabajo y este debe hacerse rápidamente, nosotros trabajamos juntos como un equipo para hacer el trabajo? (A3)	70%	86%	65%	85%	86%	87%
	-¿En esta unidad las personas se tratan con respeto? (A4)	86%	78%	87%	85%	78%	80%
	-¿Cuándo un área en esta unidad está realmente ocupada los otros le ayudan? (A11)	36%	69%	45%	15%	69%	70%
2. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad (Sección B)	-Mi Supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando él/ella ve una trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes? (B1)	66%	73%	65%	69%	72%	77%
	-¿Mi Supervisor/jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente? (B2)	82%	76%	81%	85%	76%	79%
	-¿Cuando la presión se incrementa mi Supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto signifique tomar atajos? (B3R)	55%	74%	55%	54%	73%	76%
	Mi Supervisor/jefe no toma en cuenta los problemas la seguridad del paciente que ocurren una y otra vez (B4R)	48%	76%	48%	46%	76%	77%
3. Aprendizaje organizacional/mejora continua (Sección A)	-Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente? (A6)	82%	84%	84%	77%	84%	82%
	-¿El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos? (A9)	73%	64%	74%	69%	63%	69%
	-¿Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad? (A13)	64%	69%	68%	54%	70%	68%

Tabla N°11. **Comparativo por respuesta** (cont.)

Componentes de la Cultura de Seguridad del Paciente	Preguntas relacionadas con cada dimensión	HSI	BDH	Interacción directa HSI (31)	Interacción indirecta HSI (13)	Interacción directa BDH (407,880)	Interacción indirecta BDH (130,006)
4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Sección F)	-¿La dirección de esta institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente? (F1)	86%	81%	84%	92%	80%	86%
	-¿Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria? (F8)	74%	75%	73%	77%	73%	80%
	-¿La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso? (F9R)	56%	61%	53%	62%	60%	66%
5. Percepción global de seguridad (Sección A)	-¿Es sólo por casualidad que acá no ocurren errores más serios? (A10R)	57%	62%	65%	38%	63%	62%
	-¿La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo?(A15)	32%	64%	35%	23%	64%	68%
	-¿Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad? (A17R)	57%	64%	55%	62%	64%	76%
	-¿Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir?(A18)	63%	72%	60%	69%	72%	74%
6. Feedback y comunicación sobre errores (Sección C)	-¿La dirección nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos adversos?(C1)	55%	65%	61%	38%	56%	60%
	-¿Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad? (C3)	64%	65%	71%	46%	64%	70%
	-¿En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer? (C5)	64%	72%	65%	62%	71%	75%

Tabla N°11. **Comparativo por respuesta** (cont.)

Componentes de la Cultura de Seguridad del Paciente	Preguntas relacionadas con cada dimensión	HSI	BDH	Interacción directa HSI (31)	Interacción indirecta HSI (13)	Interacción directa BDH (407,880)	Interacción indirecta BDH (130,006)
7. Franqueza en la comunicación (Sección C)	-¿El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente?(C2)	64%	75%	71%	46%	75%	76%
	-¿El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad?(C4)	41%	47%	39%	46%	46%	52%
	-¿El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto? (C6R)	57%	63%	58%	54%	63%	64%
8. Notificación de eventos relacionados con la seguridad (Sección D)	-¿Cuándo se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, es reportado? (D1)	70%	57%	77%	54%	56%	61%
	-¿Cuándo se comete un error, pero NO tiene el potencial de dañar al paciente, es reportado? (D2)	70%	59%	74%	62%	59%	61%
	-¿Cuándo se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero NO lo hace, es reportado? (D3)	77%	74%	81%	69%	74%	74%
9. Trabajo en equipo entre unidades (Sección F)	-¿Las Unidades de esta institución no coordina bien entre ellas?(F2R)	43%	46%	39%	54%	45%	48%
	-¿Hay buena cooperación entre las unidades de la institución?(F4)	66%	60%	71%	54%	59%	62%
	¿Frecuentemente es desagradable trabajar con el personal de otras unidades en esta institución ¿(F6R)	79%	59%	80%	77%	60%	57%
	-¿Las unidades de la institución trabajan bien juntas para propiciar el mejor cuidado para los pacientes?(F10)	67%	68%	67%	69%	68%	71%

Tabla N°11. **Comparativo por respuesta** (cont.)

Componentes de la Cultura de Seguridad del Paciente	Preguntas relacionadas con cada dimensión	HSI	BDH	Interacción directa HSI (31)	Interacción indirecta HSI (13)	Interacción directa BDH (407,880)	Interacción indirecta BDH (130,006)
10. Dotación de personal	-¿Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo?(A2)	36%	56%	39%	31%	55%	58%
(Sección A)	-¿El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente(A5R)	30%	53%	29%	31%	54%	49%
	-¿Usamos más personal transitorio/de refuerzo de lo adecuado, para el cuidado del paciente (A7R)	33%	68%	37%	23%	71%	59%
	-¿ Frecuentemente, trabajamos “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente? (A14R)	36%	50%	42%	23%	51%	49%
11. Traslados y cambios de turnos	-¿La información de los pacientes se pierde cuando éstos se trasfieren de una unidad a otra? (F3R)	57%	41%	50%	75%	43%	35%
(Sección F)	-¿Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno? (F5R)	51%	51%	47%	62%	53%	44%
	-¿A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre unidades de esta institución? (F7R)	47%	44%	40%	62%	45%	39%
	-¿Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes? (F11R)	70%	45%	70%	69%	47%	40%
12. Respuesta punitiva al error	-¿El personal siente que sus errores son usados en su contra? (A8R)	61%	50%	65%	54%	49%	53%
(Sección A)	-¿Cuándo se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo denunciada y no el problema? (A12R)	57%	46%	58%	54%	46%	49%
	-¿Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados? (A16R)	33%	35%	27%	46%	35%	37%

Tabla propia.

Notas :

- 1) “R”= es una pregunta redactada en negativo
- 2) Los totales no incluyen las respuestas perdidas y pueden no sumar cien por el redondeo
- 3) Las respuestas perdidas = % de encuestados con datos faltantes

- 4) Los Datos de los elementos no se muestran cuando menos de 3 responden
- 5) No se visualiza el 5 % o menos

Los rangos de respuestas positivas mínimo (32%) y máximo (80%) en **HSI** Y mínimo (35%) y máximo (86%) en la **BDH**

Tabla N°12. Semaforización

Rojo	Aspectos críticos o debilidades
Amarillo	Aspectos por mejorar
Verde	Aspectos positivos o fortalezas

Tabla propia

Tabla N°13. Definición de porcentajes

Porcentaje bajo	cuando es menor de 50
Porcentaje medio	entre 51 y 70
Porcentaje alto	entre 71 y 100

Tabla propia

Cuadro N°2 Resultados globales por dimensión vs % Intervalos de confianza promedios en la base de datos

Dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente	Resultados comparativos por componentes		Intervalos de confianza Promedio % Positivo	
	HSI	Base de datos AHRQ		
1. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	68%	80%	51%	98%
2. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	63%	75%	49%	95%
3. Aprendizaje organizacional/mejora continua	73%	72%	46%	94%
4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	72%	72%	37%	95%
5. Percepción global de seguridad	52%	66%	30%	89%
6. Feedback y comunicación sobre errores	61%	64%	30%	89%
7. Franqueza en la comunicación	54%	62%	36%	83%
8. Notificación de eventos relacionados con la seguridad	73%	63%	25%	92%
9. Trabajo en equipo entre unidades	64%	58%	31%	93%
10. Dotación de personal	34%	56%	27%	85%
11. Traslados y cambios de turnos	56%	45%	14%	88%
12. Respuesta punitiva al error	50%	44%	20%	75%
Promedio total	60%	63%	33%	90%

Fuente propia

Al evaluar los intervalos de confianza de los Hospitales de la Base de Datos de EE UU, y los resultados globales de ambos, se observa que El Hospital Santa Isabel tiene un promedio global muy similar y se encuentra dentro de los Rangos.

Discusión

Partiendo del concepto de cultura de seguridad del paciente como el conjunto de valores, creencias, prácticas y “*códigos de comportamiento*” (33) que identifican al personal de las instituciones de salud, que busca evitar, disminuir o corregir los

daños potenciales causados como consecuencia de la práctica cotidiana, en el presente estudio se evaluó la cultura de seguridad del paciente en el personal que labora en la Fundación Hospital Santa Isabel de San Pedro de los milagros, en los meses de marzo y abril de 2013. Se hizo una comparación con los resultados obtenidos en la base de datos de AHRQ que recogieron la información de 1.128 hospitales de los EE.UU en el 2012. Se identificaron los aspectos que afectan, así como los que propician la seguridad del paciente y se pudieron establecer algunas similitudes y diferencias entre el personal de contacto directo e indirecto con el paciente.

Se eligió la encuesta Americana original, tomada del sitio oficial de la AHRQ, y se solicitó vía e mail a la dirección de la página, la herramienta para evaluación de la encuesta. Esto garantizó la confiabilidad, la posibilidad de estandarización de la prueba y de la tabulación de los resultados, también facilitó la comparación con datos de 1.128 hospitales, cuyo tamaño es medido por Número de camas y el de menor cantidad es de 6 camas, equiparable al Hospital Santa Isabel, lo que posibilitó su comparación, y a futuro permitirá medir la tendencia.

Esta encuesta puede ser aplicada a todo el personal de la institución y sus resultados se expresan en términos de contacto directo o indirecto con el paciente. Esta particularidad permite una comparación con el personal encuestado en EEUU que reportan a la base de datos, dando un panorama global de los contrastes observados entre estas poblaciones. (Ver Cuadro N°3, comparativo de fortalezas y debilidades)

EEUU es un país desarrollado que ha venido trabajando el tema de seguridad del paciente hace ya varias décadas, prueba de ello son los numerosos estudios encontrados (Ver marco teórico)

Se analizaron otras encuestas como la planteada por la NHS que trabaja sobre las 7 dimensiones de la cultura del *National Health Service* (NHS) (4).

En España, la encuesta (HSPSC) fue adaptada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) en colaboración con la Universidad de Murcia, cuyo ajuste difiere con la encuesta original de la AHRQ disponible en español, tanto en su forma como en su contenido, lo cual, aunque impide el uso de la herramienta de la AHRQ para la tabulación de los datos, permite cierto grado de comparación con algunos resultados, ya que involucra los mismos elementos de la cultura de seguridad del paciente.

En el estudio elaborado en el Hospital Santa Isabel se pudo establecer que el 82% del personal que ha recibido inducciones o reinducciones (88%), ha recibido información sobre el tema de seguridad del paciente, sin embargo la percepción general de seguridad es pobre en el 52%, y deficiente en el 27% de los encuestados.

Partiendo de los 12 dominios o áreas de interés en la cultura de seguridad del paciente, es necesario resaltar los aspectos positivos para darles continuidad, trabajar sobre los aspectos por mejorar y reforzar aquellos que muestran debilidades.

Cuadro N°3, Comparativo fortalezas y debilidades

Dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente	HSI	BDH
1. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Aspectos por mejorar (amarillo)	Fortaleza (verde)
2. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	Aspectos por mejorar (amarillo)	Fortaleza (verde)
3. Aprendizaje organizacional/mejora continua	Fortaleza (verde)	Fortaleza (verde)
4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Fortaleza (verde)	Fortaleza (verde)
5. Percepción global de seguridad	Debilidad (rojo)	Aspectos por mejorar (amarillo)
6. Feedback y comunicación sobre errores	Aspectos por mejorar (amarillo)	Aspectos por mejorar (amarillo)
7. Franqueza en la comunicación	Debilidad (rojo)	Debilidad (rojo)
8. Notificación de eventos relacionados con la seguridad	Aspectos por mejorar (amarillo)	Aspectos por mejorar (amarillo)
9. Trabajo en equipo entre unidades	Aspectos por mejorar (amarillo)	Aspectos por mejorar (amarillo)
10. Dotación de personal	Debilidad (rojo)	Aspectos por mejorar (amarillo)
11. Traslados y cambios de turnos	Aspectos por mejorar (amarillo)	Fortaleza (verde)
12. Respuesta punitiva al error	Aspectos por mejorar (amarillo)	Fortaleza (verde)

Cuadro Propio

A pesar de que, por definición, distintas realidades socioeconómicas y culturales son compatibles con diferencias en los comportamientos de las comunidades humanas, fenómenos como la globalización y el desarrollo inusitado de la tecnología de la comunicación, han acercado el centro y la periferia, favoreciendo

la interculturación y homogenizando algunos comportamientos (33). Lo anterior puede dar explicación al hecho de que en los estudios comparativos entre los resultados incluidos en la base de datos del AHRQ y los obtenidos en el HSI se encontraron coincidencias significativas en fortalezas y debilidades que permiten indagar, en aspectos comunes, las posibles actuaciones que merecen reforzarse o corregirse. (Ver cuadro N°3)

Es así como la actitud receptiva de los directivos de la institución debe complementarse con acciones consecuentes, que vayan encaminadas a que se afirme el compromiso del personal. No deben limitarse a los asuntos coyunturales sino más bien dirigirse hacia los aspectos preventivos.

David Gaba sostiene, que “para lograr la seguridad del paciente, se debe contar con una cultura coherente en toda la organización”. (73)

Si bien la mayoría de los funcionarios reconocen que existen los mecanismos de prevención, perciben que hay deficiencia en las condiciones de seguridad. En el estudio se plantean algunos elementos explicativos como pueden ser los referidos a los cambios de turno o los traslados de pacientes. Igualmente lo relacionado con la actitud de los coordinadores en los momentos de congestión, ligados probablemente a asuntos de productividad afines al modelo económico, poniendo de presente una tendencia a la optimización del recurso humano. También con la distribución de dicho recurso o la colaboración entre unidades.

La Universidad de Michigan (74), en el estudio publicado en 2002 “Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales: de las ideas a la acción”, afirma que “Las acciones encaminadas a la seguridad deberán ser una estrategia de corresponsabilidad”.

Otro aspecto a mejorar es la comunicación sobre el error y el cuestionamiento a los superiores, limitada por el temor a las medidas punitivas ya que en nuestra cultura es arraigado el concepto de “agente causal” que va ligado a la idea de la

búsqueda del culpable para aislarlo o destruirlo.

Esto afecta considerablemente el reporte de EAVs. También es predominante la jerarquización que dificulta un intercambio de saberes porque se presume que quien está en un rango superior tiene la autoridad y el conocimiento (36).

Las buenas relaciones y la colaboración al interior de las unidades deben extenderse al trabajo entre las distintas áreas, percibidas como entes aislados. Esto dificulta el flujo de la información y de las acciones encaminadas al fin común, **el paciente**.

Es positivo que en la institución se presente una estabilidad laboral manifestada en los tipos de contratos y en el tiempo de vinculación del personal. Esto significa una ventaja comparativa con otras instituciones, sin embargo, este aspecto que genera un buen nivel de compromiso institucional y una experiencia favorable para una buena calidad en la atención, también puede ser fuente de resistencia, normal en todo proceso que enfrente cambios de rutinas, creencias, prácticas y en general asuntos que tocan con ideas arraigadas, sobre todo en personas que tienen un tiempo largo al servicio de la institución y pertenecen a segmentos etarios de mediana o mayor edad. Es necesario tener en cuenta las distintas etapas del ciclo vital para entender las conductas de resistencia y darles un manejo adecuado.

Mingote Adán JC y otros (75), en un estudio presentado por el Departamento de Psicología Biológica y Salud de la Universidad Autónoma de Madrid en 2002, explica que dichas variables, como: la edad, sexo, estado civil, años de experiencia en la profesión, situación laboral, etc., pueden influir positiva o negativamente en el desempeño del personal. El agotamiento emocional en función del número de hijos, la inestabilidad laboral y el número de horas laboradas, puede afectar la situación laboral en la que se encuentra el individuo, y parecen ser elementos relevantes a lo largo de todo el proceso de desgaste en los trabajadores.

Al cruzar las variables sexo, tipo de vinculación y nivel de escolaridad con la frecuencia en el reporte, para determinar si tenían o no relevancia estadística, solamente se observó en el nivel de escolaridad con la pregunta relacionada con el reporte del error, cuando este no tiene el potencial de dañar al paciente.

Por lo que se puede deducir que estas variables no son notables a la hora de relacionarlas como posible barrera para reportar en esta institución.

El trabajo en equipo al interior de las unidades es satisfactorio en un alto porcentaje, no así **entre unidades**, el cual no se percibe placentero aunque presenta una percepción relativamente positiva en la coordinación y cooperación. Esto indica que se requieren mecanismos efectivos que relacionen las actividades entre unidades bajo la perspectiva de la motivación para mejorar los resultados.

La evaluación que se hace en ambos casos del **papel directivo** en cuanto a la priorización de la seguridad del paciente, receptividad a las sugerencias del personal, y el impulso al aprendizaje continuo es bastante positiva. Sin embargo, se presenta una percepción común de presión, por parte de estos, para que el trabajo sea rápido en momentos de máxima congestión, sacrificando los aspectos de seguridad. Así mismo la receptividad contrasta con las acciones efectivas, que solo se presentan en casos de EAs repetitivos.

En la **apertura a la comunicación** también hay coincidencia en lo que tiene que ver con la libertad para expresarse que contrasta con el temor a contradecir al superior o a referir observaciones sobre aspectos irregulares.

En ambos casos (HSI y BDH) se deben implementar medidas para evitar la pérdida de información en los cambios de turno o el traslado de pacientes, por otro lado en BDH es una fortaleza el intercambio de información entre unidades de la misma institución.

Es interesante señalar que en ambos casos, **los EAs más reportados** son

aquellos en los cuales el riesgo de daño para el paciente es mayor.

Es relevante la desventaja que presenta el HSI con respecto a los hospitales compendiados en la base de datos del AHRQ, en cuanto a la **efectividad de los sistemas de prevención de errores** así como la diferencia en cuanto a la **percepción general de seguridad** y las condiciones que favorecen la ocurrencia de los mismos.

El recurso humano temporal en EEUU es un mecanismo utilizado para satisfacer la demanda, garantizando condiciones favorables a la seguridad, mientras en el HSI, esto no ocurre.

En el número de reportes de EAs hay una diferencia a favor de los hospitales de la base de datos del AHRQ expresada en el 2 % que ha reportado de 11 a 20 en el último año y el 1 % que ha reportado mas de 21, sin embargo es mayor el porcentaje de encuestados que no ha reportado ninguno 55%, frente a 45 % del HSI.

Esto en términos generales indica que hay mucho por hacer aún en el tema de cultura del reporte.

En el Hospital Santa Isabel, el resultado comparativo porcentual global de las 12 Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente entre los funcionarios de (ID) y los de (II) es equiparable, en tanto que sólo presenta una diferencia de 4 %, (61%-57%) en sus respuestas positivas.(ver cuadro N°1)

Esto podría interpretarse como una tendencia unívoca en cuanto a la cultura de seguridad en todos los funcionarios. Sin embargo, el rango diferencial esta entre el 1 y 17 %, tomando cada dimensión, en donde el 17% está referido a la dimensión 6, Retroalimentación y comunicación sobre los errores, que se percibe más en quienes tienen (ID).

Evaluando cada una de las dimensiones se observa que en 8 de ellas el

porcentaje mayor de respuestas positivas se da en los empleados que tienen (ID). Sin embargo dos de ellas, frecuencia de reporte de eventos (8) y educación y mejora continua (3), muestran un porcentaje que estarían en el rango de Fortaleza (77%-75%). Los demás estarían en el rango de aspectos por mejorar.

En cuanto a los funcionarios que tienen (II), solamente en la dimensión (4) Soporte de los directivos en la seguridad del paciente, se observa un resultado importante de respuestas positivas (77%), que se puede señalar como fortaleza. Las 3 dimensiones restantes, están dentro del rango, Aspectos por mejorar, y en el caso de la apertura a la comunicación, se aprecia una debilidad.

Merece especial atención a la dimensión 10 (Disposición del recurso Humano), dado que las respuestas a las preguntas negativas, no siempre indican situaciones desfavorables o debilidades. Por ejemplo a la pregunta acerca de la suficiencia del personal, la respuesta es baja (ID 39%-II31%). Así mismo cuando se pregunta si se trabaja en “modo crisis” tratando de hacer mucho, muy rápido, la respuesta también es baja (ID42%-II23%).

En la primera respuesta el resultado indica una debilidad, quiere decir que hace falta personal. Por el contrario, en el segundo caso, es positivo que no se haga un trabajo en “modo crisis” y el dato bajo, significa una fortaleza. En cuanto a la utilización de personal temporal, es bajo (37%ID- 23%II), dado que en el Hospital Santa Isabel prima la contratación del personal a término indefinido, lo cuál es una ventaja desde el punto de vista del compromiso institucional, pero en algunos momentos críticos pudiera ser necesario reforzar los servicios y no acudir a las jornadas extendidas. La diferencia se muestra en los (42%ID- II23%), podría pensarse que la demanda de servicios se percibe mayor en los funcionarios que tienen ID, por cuanto sus acciones están mas sujetas a la condiciones en que se de la consulta.

Es compatible la percepción de educación continua en los aspectos de SP, en el ID (75%ID), con la frecuencia de reporte (77%ID), por el contrario tiene menos

educación continua (67%II) y menos percepción de reporte en el personal II (62%II).

Son aspectos equiparables por su mínima diferencia (1%-2%) entre ID e II, en cuanto a:

- 1) Trabajo en equipo en las unidades (dimensión 1)
- 2) Acciones de los supervisores en pro de la seguridad del paciente(dimensión 2)
- 3) Trabajo en equipo entre Unidades (dimensión 9)
- 4) La respuesta No punitiva al error. (dimensión 12)

Se observó que los II perciben que tienen alto soporte de los directivos en la seguridad del paciente (77%), esto se debe posiblemente a su relación mas intima con la gerencia y la administración. (Ver cuadro N°1)

En la BDH, al igual que en el Hospital Santa Isabel, los datos globales solo presentan 1% de diferencia en sus respuestas positivas, por lo tanto la percepción de seguridad del paciente en ambos grupos es similar.

La diferencia con el HSI se da en el hecho de que los porcentajes más altos se presentan en los funcionarios de (II), en 10 de las 12 dimensiones.

Se presentan coincidencias en las dimensiones 4, Percepción de soporte administrativo (ambos 77%) y 10, disposición del recurso Humano (mayor en ID).

Quiere decir que en EEUU, el personal de II tiene en general una mayor percepción de cultura de seguridad que en HSI, en donde dicha percepción es mayor en quienes están en interacción directa (ID).(Ver Tabla N°11)

Al respecto David Gaba refiere que “los empleados de atención al paciente se muestran más preocupados por los errores, están más al tanto de las quejas sobre seguridad de los pacientes, no están tan seguros de contar con el apoyo de sus jefes en cuanto a conciencia y procedimientos de seguridad, y se muestran

escépticos respecto al interés de los directivos por este tema.” (73)

Estudios similares, sobre cultura de seguridad del paciente en Colombia (47), Chile (45) y España (34), donde utilizaron la herramienta HSPSC, traducida y validada en España, permite hacer la comparación que se muestra más adelante (Ver cuadro N°4).

Estos estudios se centran principalmente en la percepción del personal asistencial o en contacto directo con el paciente.

El presente estudio contempla la totalidad de los funcionarios de la organización, buscando comprometerlos y promover la adopción de una cultura de seguridad.

Uno de los estudios realizados en España (34), donde fueron evaluadas 30 Unidades de atención de Urgencias en Hospitales de diferentes regiones del país, encontraron que las dimensiones mejor valoradas fueron las de “trabajo en equipo en la unidad” y “expectativas/acciones de los responsables de la unidad que favorecen la seguridad” y las dimensiones peor valoradas son “dotación de personal”, y “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente“. Adicionalmente, indican que sus resultados son muy similares a los de estudios anteriores realizados en otros Hospitales Españoles, donde se encuestó a personal de diferentes áreas. (Ver Cuadro N°4)

Al evaluar los resultados del estudio en Colombia(46), realizado en un grupo de enfermeras de III Nivel de atención en el año 2009, utilizando la encuesta (HSPSC) validada y traducida en España, aplicada a la población de enfermeras, se observan las dimensiones 1 y 2 “trabajo en equipo en la unidad” y “expectativas/acciones de los responsables de la unidad que favorecen la seguridad” con porcentaje positivo más alto y las dimensiones 10 y 12 “dotación de personal”, “respuesta no punitiva al error “ con porcentajes de respuestas positivas más bajas, además de un alto porcentaje 64%de encuestados ,que dice no haber reportado eventos adversos en el último año (Ver cuadro N°4)

En otro estudio en Colombia (68), hecho en la Universidad Javeriana se toma la encuesta HSPSC, patrocinada por el *Medical Errors Workgroup of the Quality Interagency Condition Task Force* (QUIC), para medir las 7 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente del *National Health Service* (NHS), cuya versión fue traducida por el centro de investigación epidemiológica de la academia Nacional de Medicina de Buenos Aires Argentina (2006), donde tomaron una muestra de 194 profesionales de diferentes áreas asistenciales, con diferentes cargos y diferente antigüedad, evaluaron igualmente los 12 dominios de cultura de seguridad que posee la encuesta, pero lo analizaron desde la perspectiva de las respuestas positivas y negativas, presentando los resultados tabulados de una forma diferente a los de la Herramienta suministrada por la AHRQ, lo cual impide una total comparación con este estudio. Sin embargo se observó (ver cuadro N°4) que las dimensiones con porcentajes de respuestas positivas más altas fueron la 1 y la 3 “trabajo en equipo en la unidad” y “Aprendizaje organizacional y mejora continua”, y las de respuestas positivas más bajas fueron las 10, 11 y 12 en ese orden; “dotación de personal”, “trasferencias y cambios de turnos” y “respuesta no punitiva al error”, por otro lado el 48% tiene una percepción de seguridad general entre excelente y muy buena, sin embargo el 74% de los encuestados no reportó ningún evento adverso en el último año.

Por otro lado, en Chile (66), el Hospital Padre Hurtado en el 2009, realizó el estudio con la encuesta patrocinada por el *Medical Errors Workgroup of the Quality Interagency Condition Task Force* (QUIC) y aplicó la versión traducida por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia. Tomó como población objeto a 143 profesionales de la salud como médicos, enfermeras, matronas, kinesiólogos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y tecnólogos médicos, sin importar tipo de contrato, antigüedad, ni jornada. Y presentó sus resultados bajo la perspectiva de fortalezas y debilidades encontrando dimensiones con porcentajes de respuestas positivas más altas las 1,2,3 y 6, “trabajo en equipo en la unidad”, “expectativas/acciones de los

responsables de la unidad que favorecen la seguridad”, “Aprendizaje organizacional y mejora continua “, y “Retroalimentación y comunicación sobre los errores “.Los porcentajes de respuestas positivas más bajas, fueron 12, 10 y 7 en ese orden; ”respuesta no punitiva al error “,”dotación de personal”, “Franqueza o apertura en la comunicación “, con una percepción general de seguridad muy buena del 44 % y de 1 a 10 reportes en el último año de 56% (ver Cuadro N°4)

A continuación se establecen las comparaciones mas relevantes en cuanto a las dimensiones con porcentaje de respuestas positivas más altas y más bajas, así como la percepción general de seguridad y el reporte de EAs en los últimos 12 meses, entre los resultados obtenidos en el hospital con los obtenidos en los diferentes estudios mencionados además de los extraídos de la base de datos de los Hospitales de EE UU que reportaron en el año 2012.

CUADRO N° 4

Hospital Santa Isabel (<i>San Pedro de los Milagros</i>)	Base de Datos Hospitales (EE.UU)	Hospital Padre Hurtado (Chile)	Universidad Javeriana (Bogotá)	Servicios de Urgencias de 30 Hospitales (España)	Enfermería 3 nivel de atención (Bogotá)
Dimensiones con porcentaje global positivo más alto					
3-8-4-1	1-2-3-4	1-2-3-6	1-3	1-2	1-2
Dimensiones con porcentaje global positivo más bajo					
10-12-5-7	12-11-10-9	12-10-7	10-12-11	10-4	10-12
Valoración General de seguridad del paciente					
Excelente - 0%	30%	4.2%	[Ex+buena]	NA	NA
Muy Buena - 7%	45%	43.6%	48.45%		
Aceptable - 14%	20%	39.4%	27.84%		
Pobre - 52%	4%	1.6%	NA		
Malo - 27%	1%	0%	18.4%		
Reporte de Eventos Adversos en los últimos 12 meses					
0 eventos -45%	55%	41%	73.8%	NA	63.6%
De 1 a 10 -55%	43%	56%	NA		33.8%
De 11 a 21 -0%	3%	3%	26%		NA

Cuadro propio

Nota: Se utiliza semaforización señalando lo positivo en verde los aspectos por mejorar en amarillo y negativo en rojo.

Llama la atención que todos los estudios presentan el trabajo en equipo en la unidad dentro de los porcentajes globales positivos mas altos y la mayoría de ellos, **excepto** el HSI y el estudio realizado por la Universidad Javeriana, muestran “expectativas/acciones de los responsables de la unidad que favorecen la seguridad” como fortaleza.

Como respuesta positiva global mas baja en común se encuentra la dotación de personal que en todas se percibe insuficiente seguido de la respuesta no punitiva al error , presente en todas menos en el estudio de los servicios de Urgencias ,sin embargo solo se encontraron dos resultados comparables

De señalar que la valoración general de seguridad en los estudios que se pudo encontrar el resultado, es muy buena, mientras que en el HSI es pobre y malo en mayor porcentaje.

Por otro lado se observa el pobre reporte de eventos adversos en el último año como aspecto por mejorar.

CONCLUSIONES

- La utilización del cuestionario de la AHRQ en español y la herramienta de almacenamiento de datos de la encuesta, permiten estandarizar y comparar los resultados.
- A través de la comparación de los resultados podemos concluir que HSI y BDH presentan 6 dimensiones con resultado igual y 6 diferente, sin embargo no se observan las diferencias opuestas, sino a un paso una de otra, por ejemplo cuando en HSI se observa una dimensión como “aspectos por mejorar” en la BDH es una “fortaleza” (Ver cuadro comparativo N°3)
- Por lo anterior y por estar dentro de los rangos mínimos y máximos de la base de datos de los Hospitales de EEUU, (Ver Cuadro N°2 Resultados globales por dimensión vs % Intervalos de confianza promedios en la base de datos) el resultado de esta investigación corrobora la Hipótesis Nula y concluye que somos similares debido a las raíces culturales de ambos.
- Es importante resaltar el esfuerzo que hacen los directivos del HSI así como los equipos de trabajo, para cumplir con los estándares de calidad en la institución dentro de los lineamientos del sistema de salud. Dichos esfuerzos se evidencian en el “Programa de Seguridad Clínica y Gestión de Riesgos”, así como el “Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos”, cuyo fin es la adopción de una “Cultura de Seguridad Clínica en la organización”. Esta investigación se inscribe en dichos propósitos.
- Los resultados obtenidos nos indican que la implementación de los programas aludidos está en proceso y esto ha permitido avanzar en la consecución de una cultura de la seguridad, sin que eso signifique que no se deban establecer correctivos ya que nos encontramos frente a una tarea compleja que requiere tiempo, constancia, compromiso y que involucra a todo el equipo de salud.

- El estudio arroja resultados que hacen pensar en la presencia de obstáculos que limitan la confianza en la comunicación a la hora de reportar los EAs, componente clave en la seguridad de los pacientes. Este aspecto se evidencia igualmente en los datos recopilados por la AHRQ, los cuales aunque se presumiría, que por pertenecer a realidades diferentes no pudieran compararse, resultan comunes, y esto, como veíamos anteriormente, es compatible con los fenómenos de interculturación que se han abierto con la globalización. Tampoco podemos olvidar las raíces culturales de occidente que cuenta con mitos fundacionales arraigados en la culpa. Es por esto que, los cambios implican rupturas paradigmáticas, asunto que no debe dejarse de lado cuando se piensen alternativas para avanzar en la cultura de seguridad.
- Se hace necesario, así mismo revisar el modelo de liderazgo y del poder jerarquizado dominante, ya que el compromiso y la confianza requieren de un ejercicio participativo, horizontal en la construcción de las propuestas.
- Se evidencia una paradoja en la apreciación predominante, acerca de la existencia de los requerimientos necesarios para unas condiciones óptimas de seguridad, frente a una percepción, también preponderante, de inseguridad.
- Al respecto se podrían examinar aspectos como la distribución del recurso, su optimización, las relaciones inter-unidades, las condiciones en que se realizan los cambios de turno, la necesidad de incorporar recurso humano y los procesos de traslado de pacientes, ya que todo esto contribuye a una percepción que puede llegar a ser certeza de fallas en las condiciones de riesgo.
- Debe señalarse que aunque los resultados obtenidos en las mediciones realizadas en el HSI son susceptibles de comparar con los datos reportados en la AHRQ y la explicación de este fenómeno se puede deber a que se tienen unas bases académicas y culturales compatibles, como se ha dicho, esto no

implica que a la hora de establecer políticas de mejoramiento, no se deban estudiar, en detalle, las características particulares correspondientes a la idiosincrasia de cada región o de cada comunidad, su historia y su entorno.

SUGERENCIAS

En el transcurso de esta investigación se ha partido de un concepto de cultura que contiene los elementos suficientes para entender la dificultad que significa el desarraigo de los valores, las creencias y las prácticas con miras a instaurar nuevas formas de comportamiento en el plano individual y social de las personas y las comunidades humanas.

Es así como en el terreno específico que toca esta investigación, a saber, la seguridad del paciente en la institución de salud, se observan una serie de obstáculos en los llamados dominios o áreas de interés que sirven para determinar el grado de cultura de seguridad que se ha comentado anteriormente.

Para superar dichos obstáculos y desarrollar la nueva cultura se pudiera proponer una metodología como la sugerida por Ordoñez Molina que se basa en el *Modelo Centrado en el Paciente*, desarrollado desde la década de los 80 por el equipo que lideró, en la Universidad de Western Ontario, el profesor Ian Mc Whinney. (36)

Dicho modelo implica una transformación de fondo en la concepción del trabajo médico y en las relaciones que se establecen entre médico y paciente, así como entre los miembros del equipo de trabajo en salud. Implica ello la adopción de un nuevo paradigma basado en el empoderamiento del paciente y de todos los actores que intervienen en la institución de salud, la redefinición de roles, la eliminación de las barreras del conocimiento y la responsabilidad compartida, con una orientación eminentemente preventiva. En síntesis, el paciente es el sujeto central, considerado en su entorno familiar y social, con una participación activa en su proceso curativo. También, como indican los manuales del Minsalud, los

usuarios deberían entrar a ser sujetos activos de su propia seguridad.

Sin embargo, bien podría aterrizar esta propuesta, de una manera más simple, partiendo de algunos factores particulares del HSI que han sido enunciados anteriormente, como ventajas comparativas, las cuales favorecen definitivamente el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente, tales como: el tamaño de la institución, el número de funcionarios, las condiciones de estabilidad laboral y el tiempo de vinculación, el compromiso de los directivos y funcionarios con su institución, entre otros.

Es interesante considerar la conformación de un equipo de liderazgo ejecutivo interdisciplinario que denomina Ordoñez (76) "*Tríada Ejecutiva*", compuesta por el médico, la enfermera y el administrador para ejercer un papel de liderazgo que logre sustituir "*el modelo jerárquico* por un *modelo colaborativo*" (76). Esta dirección compartida puede generar intercambio de saberes que proyectados a las unidades, debe derivar en la conformación de equipos participativos que no se limiten a recibir directrices y ejecutar acciones mecánicas sino que produzcan, de acuerdo a sus experiencias positivas y a sus errores, nuevas ideas para mejorar su práctica.

Esta sugerencia va encaminada a una comunicación activa que comprometa los equipos de las distintas unidades y a estas entre sí. También es un mecanismo válido para promocionar la idea del error como fuente de conocimiento y atacar la cultura de la culpa y transformarla en una cultura no punitiva. En este sentido es necesario que los equipos interdisciplinarios no jerarquizados exploren las fallas del sistema y busquen los correctivos sin acudir al "*lavado de manos y al chivo expiatorio*".

Con acierto, Ordoñez (76) se refiere al fenómeno de Chernobyl, ésta fatal experiencia, que dejó una enseñanza fundamental al definir la clave de la cultura de seguridad como "La percepción compartida entre los administradores y el personal sobre la importancia de la seguridad"

Como complemento y apoyo a las ideas expresadas se sugiere a las directivas del Hospital realizar una posible intervención desde las áreas sociales que genere un diagnóstico específico de los perfiles de sus empleados, que al ser personal vinculado, con cierto grado de antigüedad en la empresa y que cuenta con ciertas características socioculturales, admita crear mecanismos de acercamiento a la capacitación y sensibilización efectiva, que impacte en la elevación de los estándares de calidad y redunde en el mejoramiento de la seguridad del paciente, rompiendo las barreras del reporte, de la incomunicación y permitiendo finalmente conseguir resultados en la salud de su población atendida.

Adicionalmente se plantea la opción de realizar la encuesta anual o bianual con el fin de evaluar el impacto de las medidas tomadas y aprovechar la herramienta en cuanto a la medición de la tendencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Congreso de la República, Colombia. Decreto 1011 de 2006. [Internet]. [cited 2013 May 5]. Available from: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf
2. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente [Internet]. [cited 2013 May 5]. Available from: http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
3. Ordóñez, J. Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente [Internet]. [cited 2013 May 5]. Available from: http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea8/descargables/linea8%20_Promocion%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20EDITADO.pdf
4. Department of Health, UK. An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: Dept. of Health; 2000.
5. Agency for Healthcare Research and Quality, USA. AHRQ Patient Safety Network - Safety Culture [Internet]. [cited 2013 May 5]. Available from: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>
6. CPSI-ICSP. What is Quality and Patient Safety? [Internet]. [cited 2013 Jan 5]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/toolsresources/governancepatientsafety/pages/whatisqualityandpatientsafety.aspx>

7. OMS. OMS | Seguridad del paciente [Internet]. WHO. [cited 2013 May 5]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
8. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To Err is Human: building a safer health system. Washington, D.C: National Academy Press; 2000.
9. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008 Jun;17(3):216–23.
10. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J*. 2002 Dec 13;115(1167):U271.
11. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2004 May 25;170(11):1678–86.
12. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care*. 2004 Apr;13(2):145–151; discussion 151–152.
13. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995 Nov 6;163(9):458–71.
14. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001 Mar 3;322(7285):517–9.

15. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua*. 2002 Aug;14(4):269–76.
16. Ministerio de Sanidad y Política Social, España. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. 2010. Available from:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf
17. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, Colombia. Informe IBEAS [Internet]. Ministerio de la Protección Social; 2012 p. 25. Report No.: 2. Available from:
<http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2011/Seguridad%20del%20Paciente%202011.pdf>
18. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua*. 2009 Aug;21(4):279–84.
19. Restrepo P. FR. La Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. 2007 [cited 2013 Nov 15]. Available from:
<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/Seguridad%20del%20Paciente%20anexos/LA%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE,%202007.pdf>
20. Ministerio de la Protección Social, Colombia. El Estudio IBEAS y la Política de Seguridad del Paciente en Colombia [Internet]. 2012. Available from:
<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/Seguridad%20del%20Paciente%20anexos/EL%20ESTUDIO%20IBEAS%20Y%20LA%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>

21. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagon N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H. [Incidence and preventability of adverse events in patients hospitalised in three Colombian hospitals during 2006]. *Rev Salud Pública Bogotá Colomb.* 2008 May;10(2):215–26.
22. Guerrero M. \$ 3.200 millones por fallas médicas. *eltiempo.com* [Internet]. 2007 Jul 2 [cited 2013 Nov 15]; Available from: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2997367>
23. Observatorio de calidad de la atención en salud, Colombia. Cuadro de Mando IPS Nacional [Internet]. Ministerio de la Protección Social; 2013. Report No.: Noviembre 11 de 2011. Available from: http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/mando_ips.aspx#
24. Agency for Healthcare Research and Quality, USA. About Us [Internet]. AHRQ. 2013 [cited 2013 Sep 24]. Available from: <http://www.ahrq.gov/about/index.html>
25. National Patient Safety Agency, UK. Seven Steps to Patient Safety [Internet]. NHS. [cited 2013 May 5]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>
26. Congreso de la República, Colombia. LEY 1122 DE 2007 [Internet]. 1122 Enero de, 2007. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1122_2007.html
27. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Resolución 1441 de 2013 [Internet]. May 6, 2013. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.PDF>

28. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Guía Práctica para la Acreditación en Salud [Internet]. 2005 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%A1da%20de%20preparacion%20para%20la%20Acreditaci%C3%B3n.pdf>
29. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Guía técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%A1da%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>
30. Servicios de salud [Internet]. Seguim. Al Sect. Salud En Colomb. [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/23>
31. En busca del estándar. América Econ. 2013 Sep;32–41.
32. Arqhys Arquitectura. La cultura y sus características esenciales [Internet]. Arqhys Arqit. [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://www.arqhys.com/general/la-cultura-y-sus-caracteristicas-esenciales.html>
33. Girón J. Cultura y salud. Salud Colect Las Puertas Siglo 21. Medellín: Universidad Nacional y Universidad de Antioquia; 2000. p. 294.
34. Leroi-Gourhan A. El Gesto y la palabra. Universidad Central de Venezuela; 1971.
35. Morin E. El paradigma perdido: ensayo de bioantropología. Barcelona: Kairos; 1992.

36. Stewart M, editor. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Abingdon, U.K.: SAGE Publications; 1995.
37. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 2007.
38. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 22nd ed. 2001 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://lema.rae.es/drae/?val=cultura>
39. Tylor EB. Cultura primitiva. Madrid: Ayuso; 1977.
40. Amartya S. La cultura como base del desarrollo contemporáneo. Unesco Oficina Inf Al Público Para América Lat El Caribe. 1991;24.
41. Jimeno Duce AJ. La importancia de la cultura [Internet]. Elpaiscom El Pensam. En Palabras. 2011 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://lacomunidad.elpais.com/ajimenoduce/2010/8/11/la-importancia-la-cultura>.
42. Antezana Corrieri M. La importancia de gestionar una buena cultura corporativa [Internet]. Conex. ESAN. 2013 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2013/04/22/importancia-gestion-buena-cultura-corporativa/>
43. Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [cited 2013 Sep 25]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
44. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. 2006;6:44.

45. National Patient Safety Agency, UK. Seven steps to patient safety: The full reference guide [Internet]. 2004 [cited 2013 Nov 15]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&type=full&servicetype=Attachment>
46. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature: Patient Safety Culture. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Jan 21;42(2):156–65.
47. Carrada-Bravo T. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? *Rev Médica IMSS*. 2002;40:203–11.
48. Fleming M, Hartnell N. Safety Culture and Climate in Healthcare. *Safe Eff. Canadian Pharmacists Association*; 2007.
49. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes [Internet]. [cited 2013 May 5]. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
50. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire—Ambulatory Version. *J Gen Intern Med*. 2007 Jan 9;22(1):1–5.
51. Agency for Healthcare Research and Quality, USA. Encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente [Internet]. 2013 [cited 2013 Sep 24]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
52. Sorra, Joann, Famolaro, Theresa, Dyer, Naomi, Khanna, Kabir, Nelson, Dawn. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report [Internet]. AHRQ; 2011 [cited 2012 Jul 10]. Available from: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/hospsurvey11/index.html>

53. Golemboski K. Improving patient safety: lessons from other disciplines. *Clin Lab Sci J Am Soc Med Technol.* 2011;24(2):114–9.
54. Luengas Amaya S. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Primera. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria; 2009.
55. Roqueta Egea, Fermí, Tomás Vecina, Santiago, Chanovas Borrás, Manel R. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *1/7/2011.* 2011 Jul 1;23(5):9.
56. Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf.* 2010 Dec;6(4):226–32.
57. Vlayen A, Hellings J, Claes N, Peleman H, Schrooten W. A nationwide Hospital Survey on Patient Safety Culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. *BMJ Qual Saf.* 2011 Jul 18;
58. Gutiérrez-Cía I, de Cos PM, Juan AY, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies Á, Martín-Delgado MC, et al. Perception of safety culture in Spanish intensive care units. *Med Clínica.* 2010 Jul;135 Suppl 1:37–44.
59. Ballangrud R, Hedelin B, Hall-Lord ML. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs Off J Br Assoc Crit Care Nurses.* 2012 Dec;28(6):344–54.
60. Muralidhar S, Taneja A, Ramesh V. Patient safety culture-perception of health care workers in a tertiary care hospital. *Int J Risk Saf Med.* 2012;24(4):191–9.

61. Aboshaiqah AE, Baker OG. Assessment of Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in a Saudi Arabia Hospital. *J Nurs Care Qual.* 2013 Mar 4;
62. Turkmen E, Baykal U, Intepeler SS, Altuntas S. Nurses' Perceptions of and Factors Promoting Patient Safety Culture in Turkey. *J Nurs Care Qual.* 2013 Mar 7;
63. Feng X, Bobay K, Krejci JW, McCormick BL. Factors associated with nurses' perceptions of patient safety culture in China: a cross-sectional survey study. *J Evid-Based Med.* 2012 May;5(2):50–6.
64. Gama ZA da S, Oliveira AC de S, Hernández PJS. [Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals]. *Cad Saúde Pública.* 2013 Feb;29(2):283–93.
65. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua.* 2013 Apr 9;
66. Hospital Padre Hurtado. Análisis de la Cultura Sobre Seguridad del Paciente en el Hospital Padre Hurtado [Internet]. [cited 2013 Oct 1]. Available from: <http://www.hurtadohosp.cl/estadisticas/>
67. Arenas Gutiérrez WA, Garzón Salamanca J, González Vega LA, Mateus Galeano EM. Cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel en Bogotá [Internet]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2010 [cited 2013 Oct 1]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8606/1/535656.2010.pdf>
68. Barbosa Ramírez LC, CLAVIJO EC, CASTILLO LPG, MORE L, ORTEGA MLM. Establecimiento de una Línea de Base de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes en un Hospital Universitario en Bogotá. [cited 2013 Oct 2];

Available from:
<http://184.107.232.210/~iberoame/app/Docs/PSIN1V1ART2.pdf>

69. E.S.E Hospital Santa Isabel. E.S.E Hospital Santa Isabel - San Pedro de los Milagros [Internet]. [cited 2013 Sep 23]. Available from: <http://www.esesantaisabel.gov.co/quienes.php>
70. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008.
71. Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento de los E.U.A. Informe de Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. [Internet]. 1979 Apr. Available from: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/4-3/v4n3ce1.pdf>
72. Ministerio de Salud EG. Resolución Número 8430 de 1993. Apr 10, 1993.
73. Gaba D. Culture of Safety in Hospitals: What is it? How can it be measured? How can it be improved? Proc 2002 Annenburg IV Conf Patient Saf Lets Get Pract. 2002;
74. University of Michigan. Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales: de las ideas a la acción [Internet]. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2008 [cited 2013 Oct 2]. Available from: http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/traduccion/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf
75. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gávez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. Med Clínica. 2004;123(7):265–70.

76. Ordóñez Molina JE. Promoción de la cultura de seguridad del paciente [Internet]. Ministerio de la Protección Social - República de Colombia; [cited 2013 Oct 5]. Available from: http://www.ces.edu.co/index.php/component/docman/doc_download/257-cultura-de-la-seguridad-del-paciente?Itemid=

ANEXOS

Anexo 1. Formato de encuesta



Encuesta sobre la Seguridad del Paciente

Código

Institución

La información consignada en esta encuesta es totalmente confidencial. Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores en la atención en salud, riesgos, incidentes y eventos adversos que suceden en la institución. Sólo le llevará de 10 a 15 minutos completarla.

Edad

Sexo

- Masculino
 Femenino

Nivel de escolaridad

- Ninguna
 Primaria
 Secundaria
 Técnica
 Universitaria

Ocupación / Oficio / Cargo

Tiempo de vinculación a la institución

Tipo de vinculación a la institución

- Prestación de servicios
 Contrato a término fijo
 Contrato a término indefinido
 Estudiante en rotación

Estado civil

¿Tiene hijos?

- Sí
 No

Número de personas a cargo.

Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

1. ¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en esta institución? Marque UNA respuesta.

- Diversas unidades de la institución/Ninguna unidad específica
 Urgencias
 Consulta Externa Medicina General
 Hospitalización
 Odontología
 Salud mental/Psiquiatría
 Fisioterapia
 Farmacia
 Laboratorio
 Radiología
 Otro, por favor, especifique:

2. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo.
Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mayor
 (5 = Si; 4 = MV; 3 = AV; 2 = RV; 1 = NO) Donde MV=Mayoría de las veces; AV= Algunas veces; RV=Rara vez)

	1	2	3	4	5
1. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente.	<input type="radio"/>				
2. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.	<input type="radio"/>				
3. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.	<input type="radio"/>				
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="radio"/>				
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>				
6. Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="radio"/>				
7. Usamos más personal transitorio/de refuerzo de lo adecuado, para el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>				
8. El personal siente que sus errores son usados en su contra.	<input type="radio"/>				
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos.	<input type="radio"/>				
10. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.	<input type="radio"/>				
11. Cuando su área/unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="radio"/>				
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo denunciada y no el problema.	<input type="radio"/>				
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="radio"/>				
14. Frecuentemente, trabajamos "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="radio"/>				
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="radio"/>				
16. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados.	<input type="radio"/>				
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="radio"/>				
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="radio"/>				

Sección B: Su Supervisor/Director

3. Por favor, indique grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su jefe o la persona a la que usted reporta directamente. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mayor.

	1	2	3	4	5
1. Mi jefe/a hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.	<input type="radio"/>				
2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="radio"/>				
3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto signifique tomar atajos.	<input type="radio"/>				
4. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.	<input type="radio"/>				

Sección C: Comunicación

4. ¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo?
Piense acerca de su área/unidad de trabajo de la institución.
Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa nunca y 5 siempre.

	1	2	3	4	5
1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.	<input type="radio"/>				
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>				
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="radio"/>				
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="radio"/>				
5. En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="radio"/>				
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.	<input type="radio"/>				

Sección D: Frecuencia de Eventos Reportados

5. En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Piense en el área/unidad de trabajo de su institución. Responda por SI ó por NO.

	Si	No
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección E: Grado de Seguridad del Paciente

	Muy mal	Mal	Indiferente	Bien	Muy bien
6. Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.	<input type="radio"/>				

Sección F: Su institución

7. Por favor, indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su institución. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mayor.

	1	2	3	4	5
1. La Dirección de esta institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="radio"/>				
2. Las unidades de esta institución no coordinan bien entre ellas.	<input type="radio"/>				
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="radio"/>				
4. Hay buena cooperación entre las unidades de la institución.	<input type="radio"/>				
5. Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.	<input type="radio"/>				
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta Institución.	<input type="radio"/>				
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución.	<input type="radio"/>				
8. Las medidas que toma la Dirección de ésta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="radio"/>				
9. La Dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	<input type="radio"/>				
10. Las unidades de la institución trabajan bien juntas para propiciar el mejor cuidado para los pacientes.	<input type="radio"/>				
11. Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes.	<input type="radio"/>				

Sección G: Número de Incidentes Reportados

8. Su institución posee un sistema de reportes?
(Si la respuesta es NO pasa a la sección H)

- Sí
 No

9. ¿De qué tipo es el sistema de reportes?

- Voluntario
 Obligatorio

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

- a. Ningún reporte de incidentes
- b. De 1 a 2 reportes de incidentes
- c. De 3 a 5 reportes de incidentes
- d. De 6 a 10 reporte de incidentes
- e. De 11 a 20 reportes de incidentes
- f. 21 reportes de incidentes o más

Sección H: Información Antecedente

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la evaluación. Marque solo UNA respuesta para cada pregunta.

11. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución?

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

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

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

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

- a. Menos de 20 horas a la semana
- b. De 20 a 39 horas a la semana
- c. De 40 a 59 horas a la semana
- d. De 60 a 79 horas a la semana
- e. De 80 a 99 horas a la semana
- f. 100 horas a la semana o más

14. ¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque UNA sola respuesta que mejor describa su posición laboral.

- a. Enfermera profesional
- b. Auxiliar en enfermería
- c. Odontólogo
- d. Odontólogo Especialista
- e. Médico Especialista
- f. Médico General
- g. Químico Farmacéutico
- h. Regente en farmacia
- i. Técnico (ej. ECG, laboratorio, radiología)
- j. Fisioterapeuta
- k. Nutricionista
- l. Psicólogo
- m. Bacteriólogo
- n. Administrativo
- ñ. Personal de Dirección y Gerencia
- o. Empleado de mantenimiento
- Otro

15. En su cargo, ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

- Si, habitualmente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- NO, habitualmente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.

16. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

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

Sección I: Sus comentarios

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

18. ¿Alguna vez completó antes esta encuesta?

- Sí
- No
- No sabe

19. ¿Participó de un grupo focal ó entrevista en profundidad sobre cultura organizacional y *seguridad del paciente / reporte de eventos adversos*?

- Sí
- No
- No sabe

20. ¿La organización lo ha convocado a inducciones o re-inducciones? (Si la respuesta es afirmativa, pase a la pregunta 21)

- Sí
- No

21. ¿En ellas les han capacitado sobre seguridad del paciente?

- Sí
- No

Gracias por completar este cuestionario!!

Su ayuda será muy útil para saber más sobre la cultura de seguridad del paciente en su Institución.

Personas de contacto para cualquier aclaración:

Maria Isabel Montoya Romero mmontoyaromero@yahoo.com / Paula Andrea Giraldo paulagirald0301@hotmail.com

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes en la encuesta de Percepción de Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Santa Isabel del Municipio de San Pedro de Los Milagros 2013

El propósito de este consentimiento, es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **MARIA ISABEL MONTOYA** y **PAULA ANDREA GIRALDO**, estudiantes de IV Semestre de Maestría de Administración en Salud de la Universidad CES. El objetivo de este estudio es conocer *“Cuál es la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal asistencial y administrativo del Hospital Santa Isabel”*.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La respuesta a las preguntas de esta encuesta será tabulada, de modo que los investigadores puedan evaluar estas respuestas a manera de análisis del estudio.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De antemano agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **MARIA ISABEL MONTOYA** y **PAULA ANDREA GIRALDO**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación

En este estudio, puedo contactar a los investigadores **MARIA ISABEL MONTOYA** al teléfono 3007821925 y/o **PAULA ANDREA GIRALDO** teléfono 3014302522.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a las Investigadoras del estudio a los

Anexo 3. Resultados: Data Entry and Analysis Tool

Respondent Demographics for Fundación Hospitalaria Santa Isabel

Your Hospital Completed Survey Data Collection Marzo / 2013

Survey Administration Statistics

Number of completed surveys (response rate numerator)	44
Number of surveys administered (response rate denominator)	44
Response rate	100%

Work Area/Unit (Survey Item: Ai)	N	%
Many different units / No specific unit	11	25%
Medicine (non-surgical)	7	16%
Surgery	0	0%
Obstetrics	0	0%
Pediatrics	0	0%
Emergency department	0	0%
Intensive care unit (any type)	0	0%
Psychiatry / mental health	0	0%
Rehabilitation	1	2%
Pharmacy	3	7%
Laboratory	3	7%
Radiology	1	2%
Anesthesiology	0	0%
Other	18	41%
Total	44	100%
Missing	0	

Staff Position (Survey Item: H4)	N	%
Registered nurse	0	0%
Physician assistant / Nurse practitioner	0	0%
LVN / LPN	12	27%
Patient care asst / Aide / Care partner	0	0%
Attending / Staff physician	8	18%
Resident physician / Physician in training	0	0%
Pharmacist	2	5%
Dietician	0	0%
Unit assistant / Clerk / Secretary	9	20%
Respiratory therapist	0	0%
Physical, occupational, or speech therapist	1	2%
Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)	2	5%
Administration / Management	4	9%
Other	6	14%
Total	44	100%
Missing	0	

**Respondent Demographics for Fundación Hospitalaria
Santa Isabel**

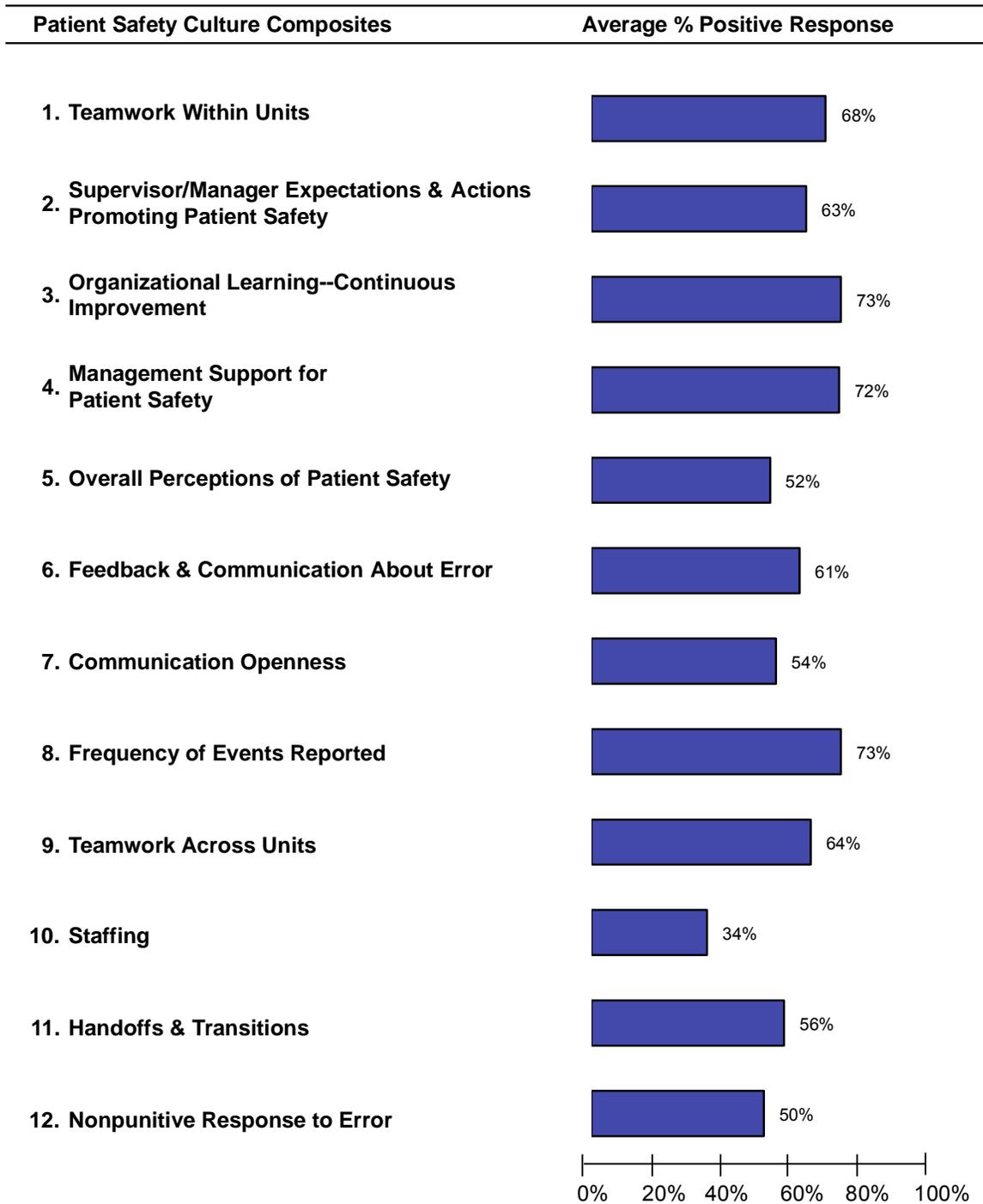
Interaction with Patients (Survey Item: H5)	N	%
YES, I typically have direct interaction or contact with patients	31	70%
NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients	13	30%
Total	44	100%
Missing	0	

Time Worked in the Hospital (Years) (Survey Item: H1)	N	%
Less than 1 year	8	18%
1 to 5 years	18	41%
6 to 10 years	7	16%
11 to 15 years	2	5%
16 to 20 years	5	11%
21 years or more	4	9%
Total	44	100%
Missing	0	

Time Worked in Their Current Hospital Work Area/Unit (Years) (Survey Item: H2)	N	%
Less than 1 year	9	20%
1 to 5 years	20	45%
6 to 10 years	8	18%
11 to 15 years	2	5%
16 to 20 years	2	5%
21 years or more	3	7%
Total	44	100%
Missing	0	

Typical Hours Worked Per Week (Hours) (Survey Item: H3)	N	%
Less than 20 hours per week	0	0%
20 to 39 hours per week	4	9%
40 to 59 hours per week	37	84%
60 to 79 hours per week	2	5%
80 to 99 hours per week	0	0%
100 hours per week or more	1	2%
Total	44	100%
Missing	0	

Composite-Level Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel



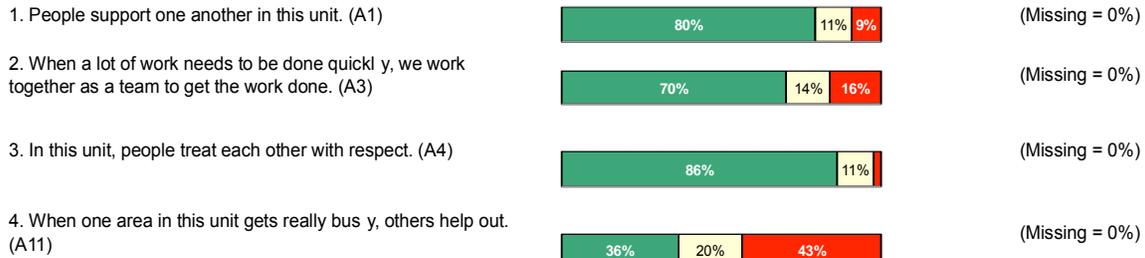
Note: Composite scores are not calculated when any item in the composite has fewer than 3 respondents.

Item-Level Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel

Number of responses=44

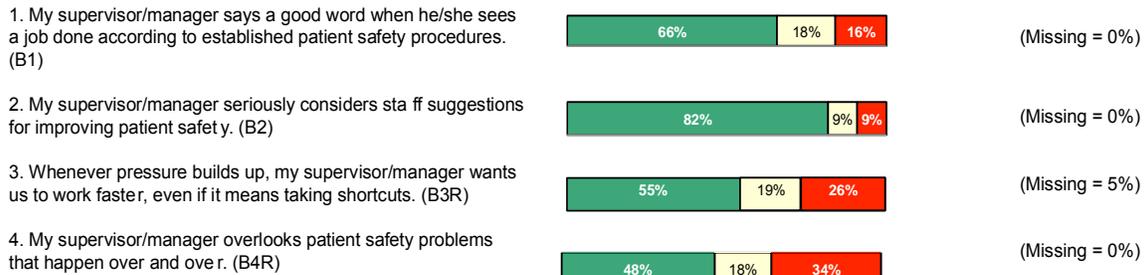
1. Teamwork Within Units

Positive Neutral Negative



2. Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety

Positive Neutral Negative



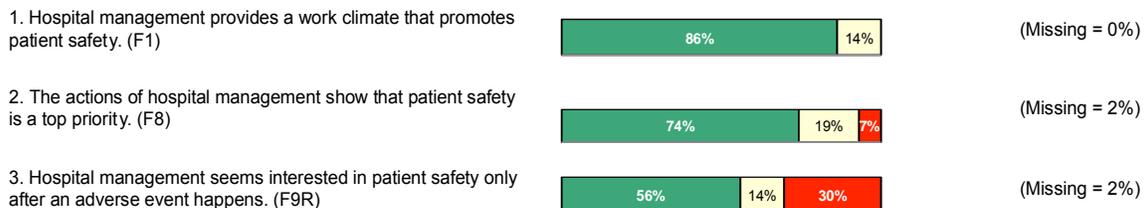
3. Organizational Learning/ Continuous Improvement

Positive Neutral Negative



4. Management Support for Patient Safety

Positive Neutral Negative



Note: 1) "R" = a negatively worded item; 2) Chart totals exclude missing & may not sum to 100% due to rounding; 3) Missing = % of respondents with missing data; 4) Item data not displayed for fewer than 3 respondents; 5) % not displayed for 5% or less.

Item-Level Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel

Number of responses=44

5. Overall Perceptions of Patient Safety

Positive Neutral Negative

1. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here. (A10R)  (Missing = 0%)

2. Patient safety is never sacrificed to get more work done (A15)  (Missing = 0%)

3. We have patient safety problems in this unit. (A17R)  (Missing = 0%)

4. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening. (A18)  (Missing = 2%)

6. Feedback and Communication About Error

Positive Neutral Negative

1. We are given feedback about changes put into place based on event reports. (C1)  (Missing = 0%)

2. We are informed about errors that happen in this unit. (C3)  (Missing = 0%)

3. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again. (C5)  (Missing = 0%)

7. Communication Openness

Positive Neutral Negative

1. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care. (C2)  (Missing = 0%)

2. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority. (C4)  (Missing = 0%)

3. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right. (C6R)  (Missing = 0%)

8. Frequency of Events Reported

Positive Neutral Negative

1. When a mistake is made, but is caught and corrected before affecting the patient, how often is this reported? (D1)  (Missing = 0%)

2. When a mistake is made, but has no potential to harm the patient, how often is this reported? (D2)  (Missing = 0%)

3. When a mistake is made that could harm the patient, but does not, how often is this reported? (D3)  (Missing = 0%)

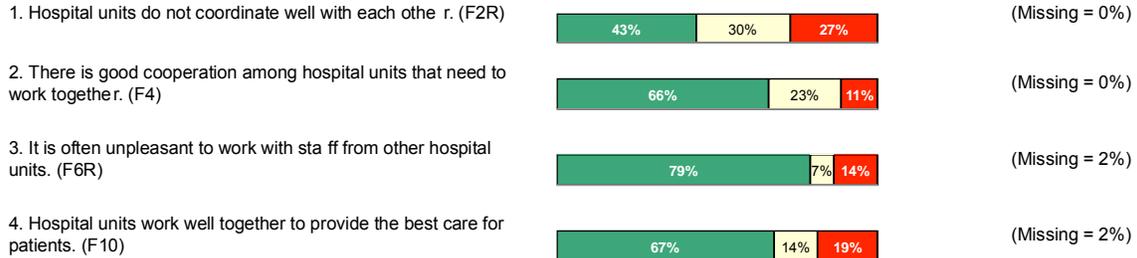
Note: 1) "R" = a negatively worded item; 2) Chart totals exclude missing & may not sum to 100% due to rounding; 3) Missing = % of respondents with missing data; 4) Item data not displayed for fewer than 3 respondents; 5) % not displayed for 5% or less.

Item-Level Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel

Number of responses=44

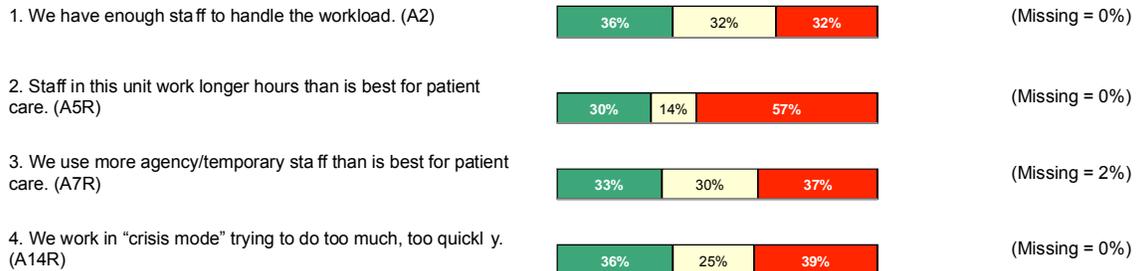
9. Teamwork Across Units

Positive Neutral Negative



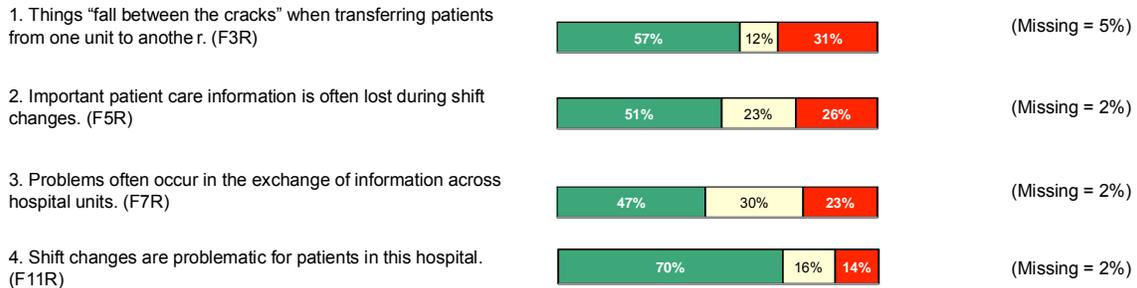
10. Staffing

Positive Neutral Negative



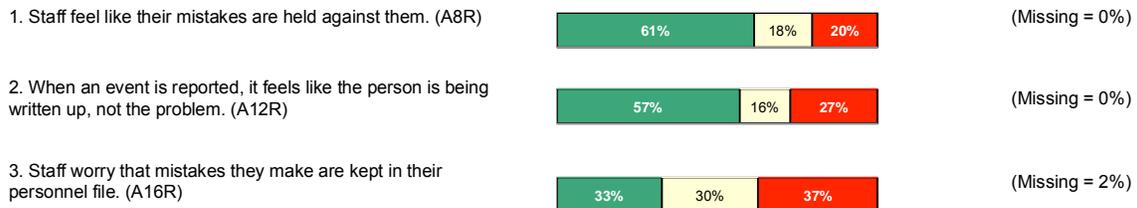
11. Handoffs & Transitions

Positive Neutral Negative



12. Nonpunitive Response to Error

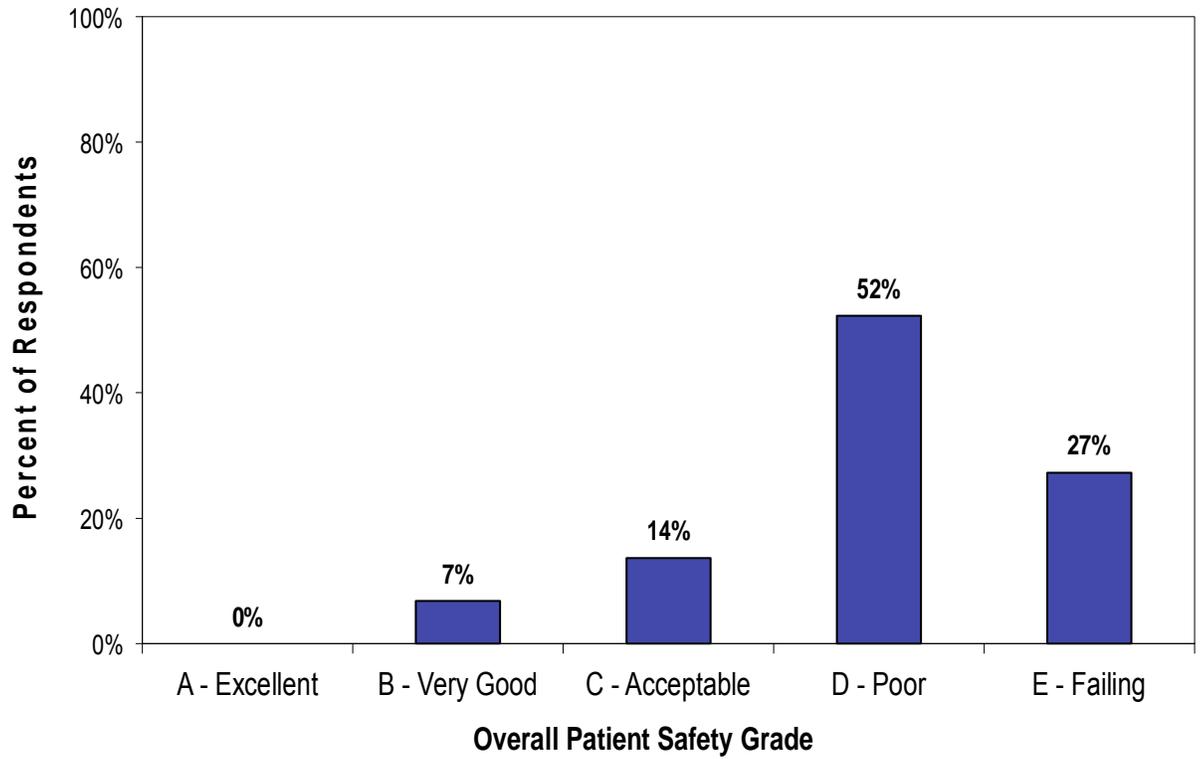
Positive Neutral Negative



Note: 1) "R" = a negatively worded item; 2) Chart totals exclude missing & may not sum to 100% due to rounding; 3) Missing = % of respondents with missing data; 4) Item data not displayed for fewer than 3 respondents; 5) % not displayed for 5% or less.

Fundación Hospitalaria Santa Isabel

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.
(Survey item E1)



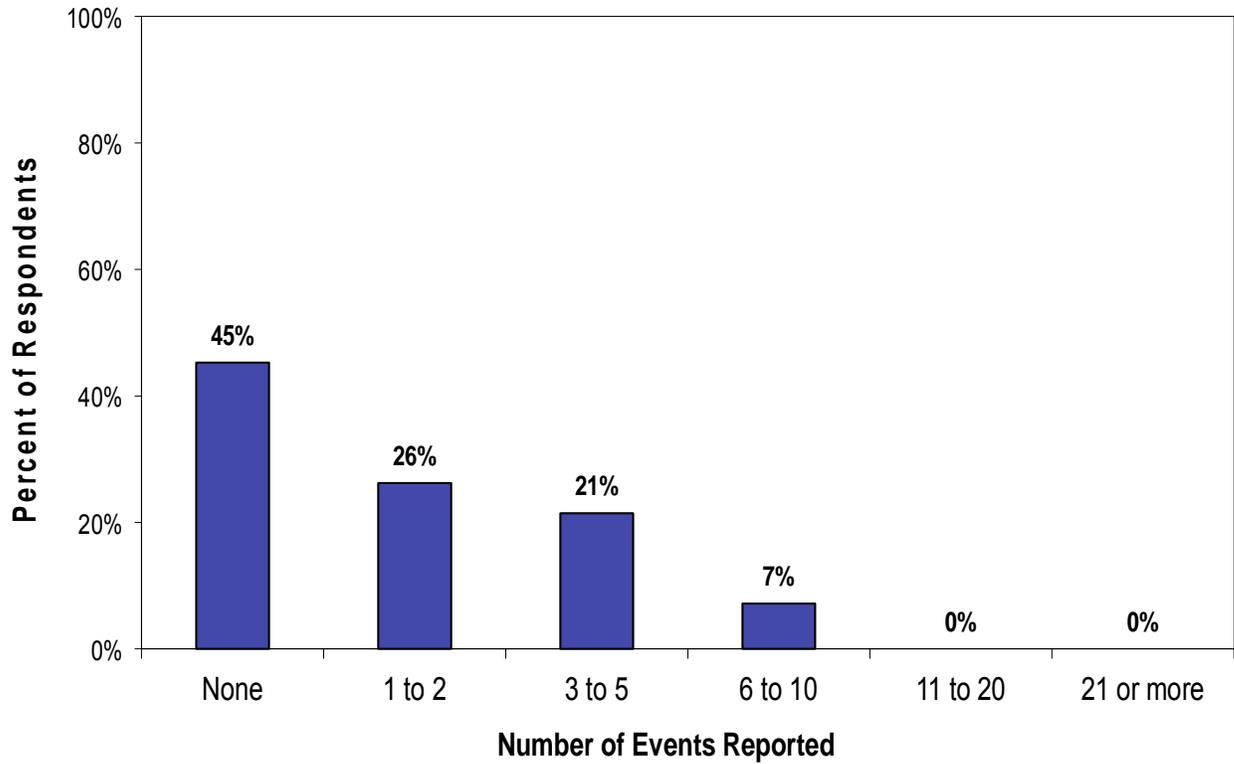
Note: 1) Missing = 0%

2) Missing refers to the percentage of respondents with missing data.

3) Item level data does not display for fewer than 3 respondents.

Number of Events Reported for Fundación Hospitalaria Santa Isabel

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?
(Survey item G1)



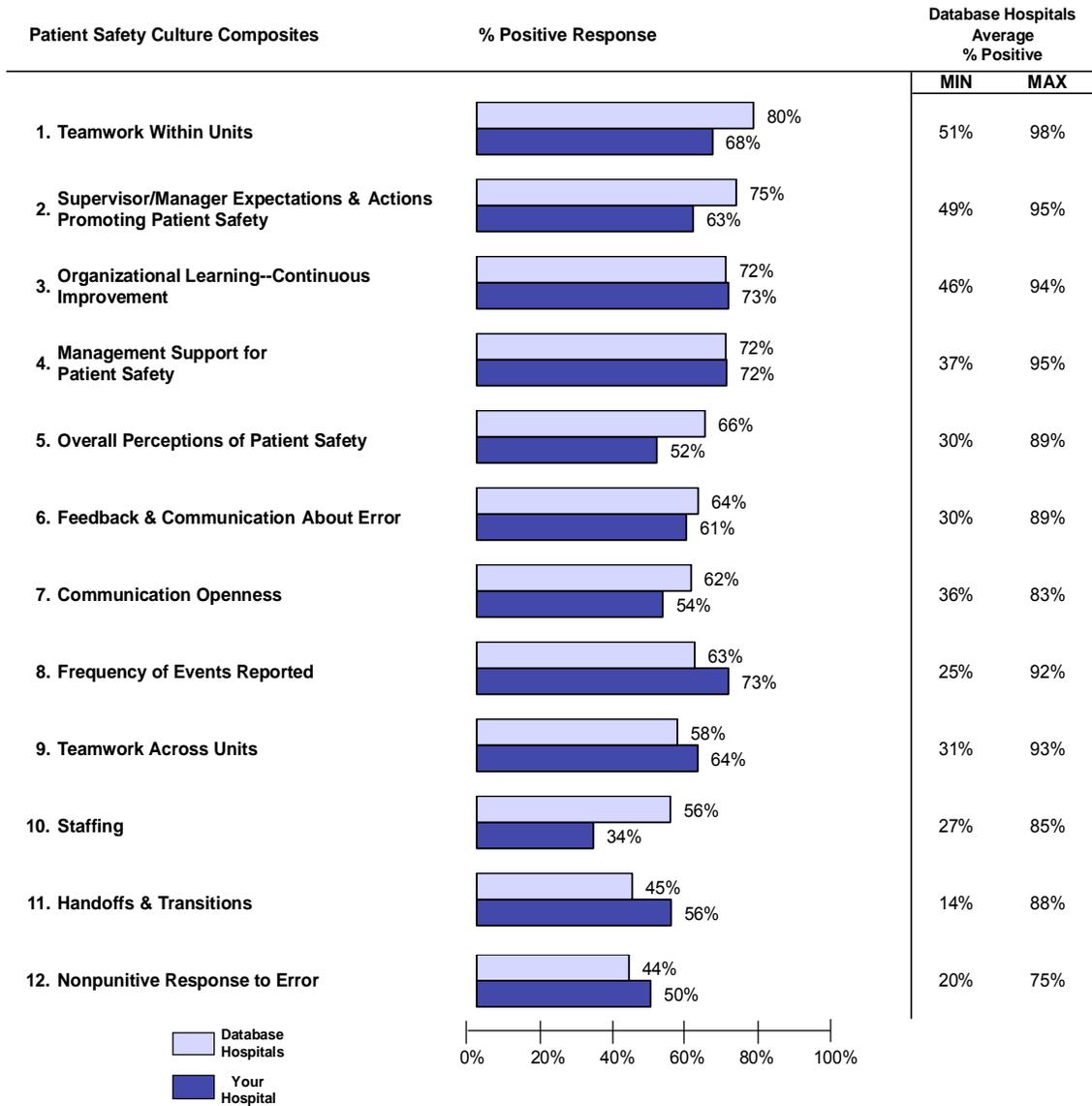
Note: 1) Missing = 5%

2) Missing refers to the percentage of respondents with missing data.

3) Item level data does not display for fewer than 3 respondents.

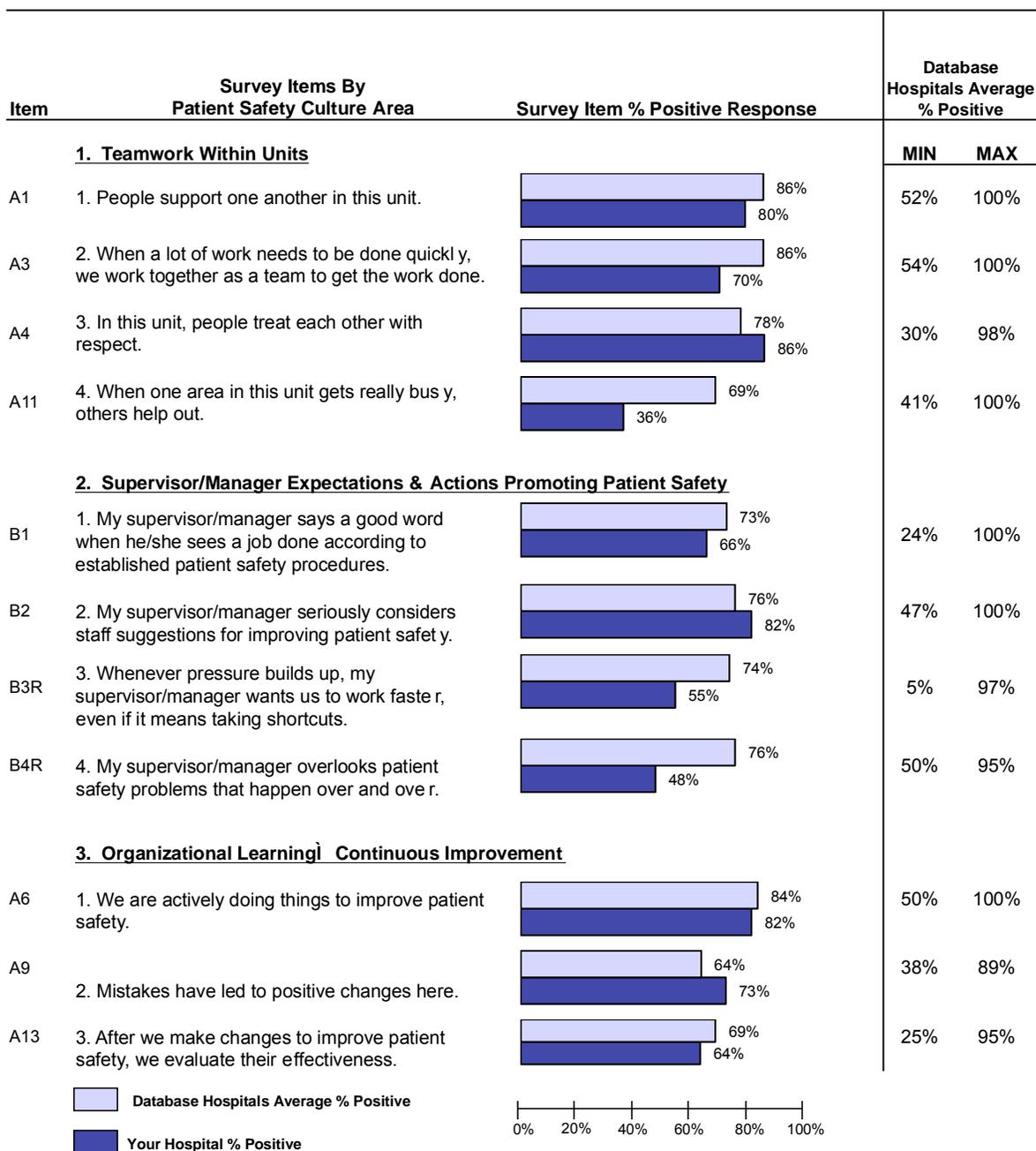
Resultados comparativos por componentes y preguntas

Composite-Level Comparative Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel



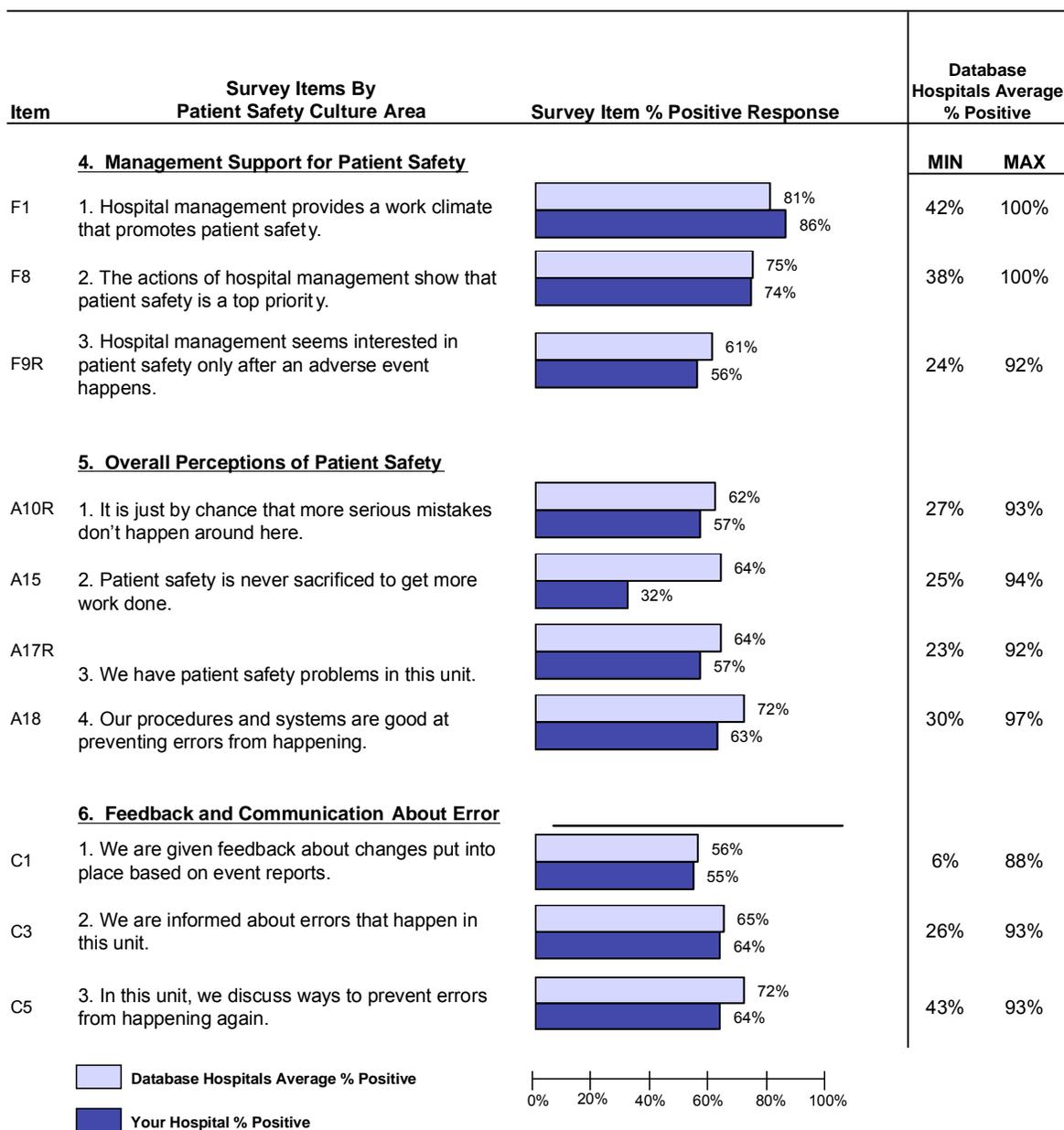
Note: 1) Composite scores are not calculated when any item in the composite has fewer than 3 respondents; 2) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report.

Item-Level Comparative Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel



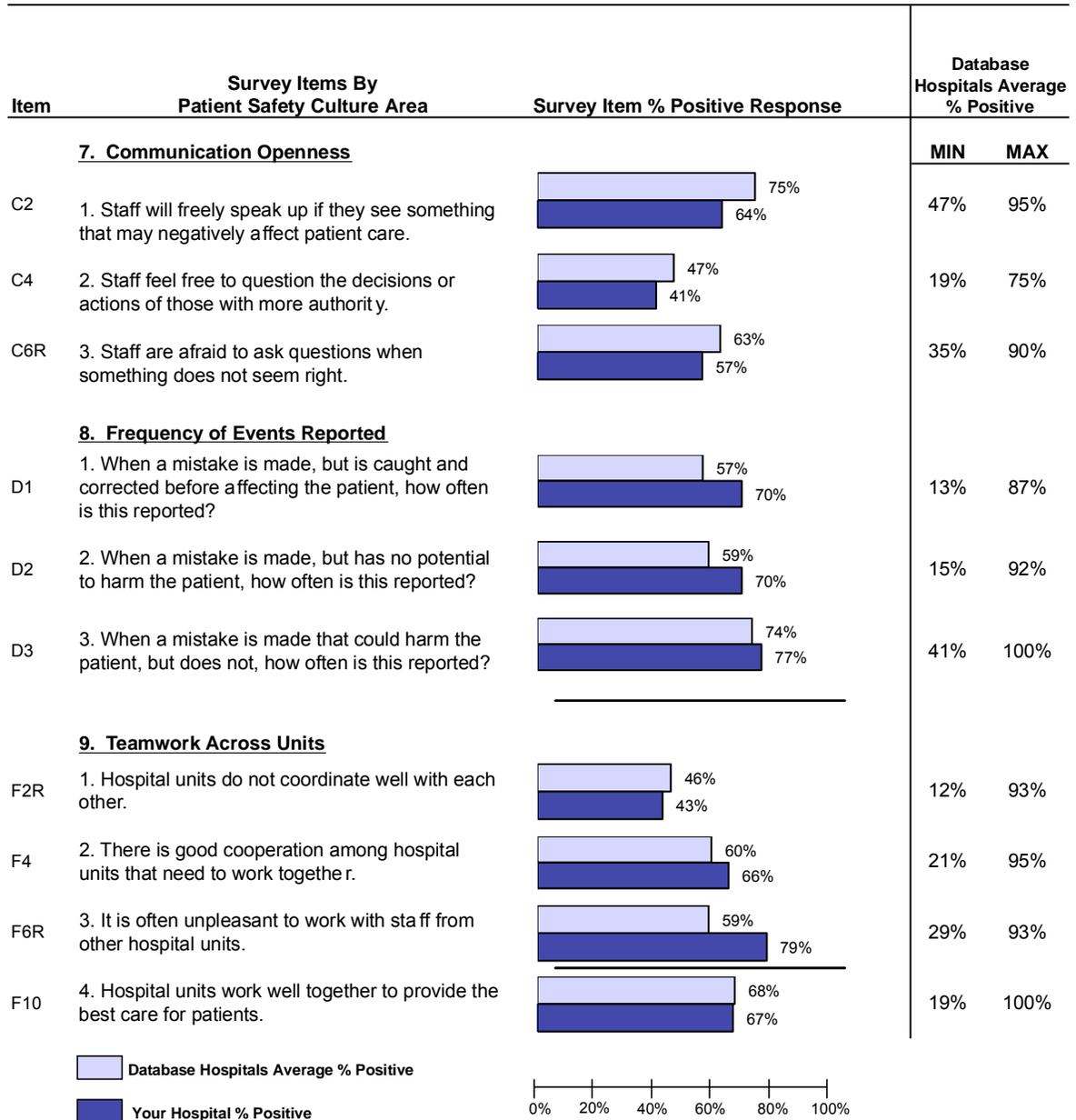
Note: 1) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report; 2) "R" indicates a negatively worded item; 3) Item data not displayed for fewer than 3 respondents.

Item-Level Comparative Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel



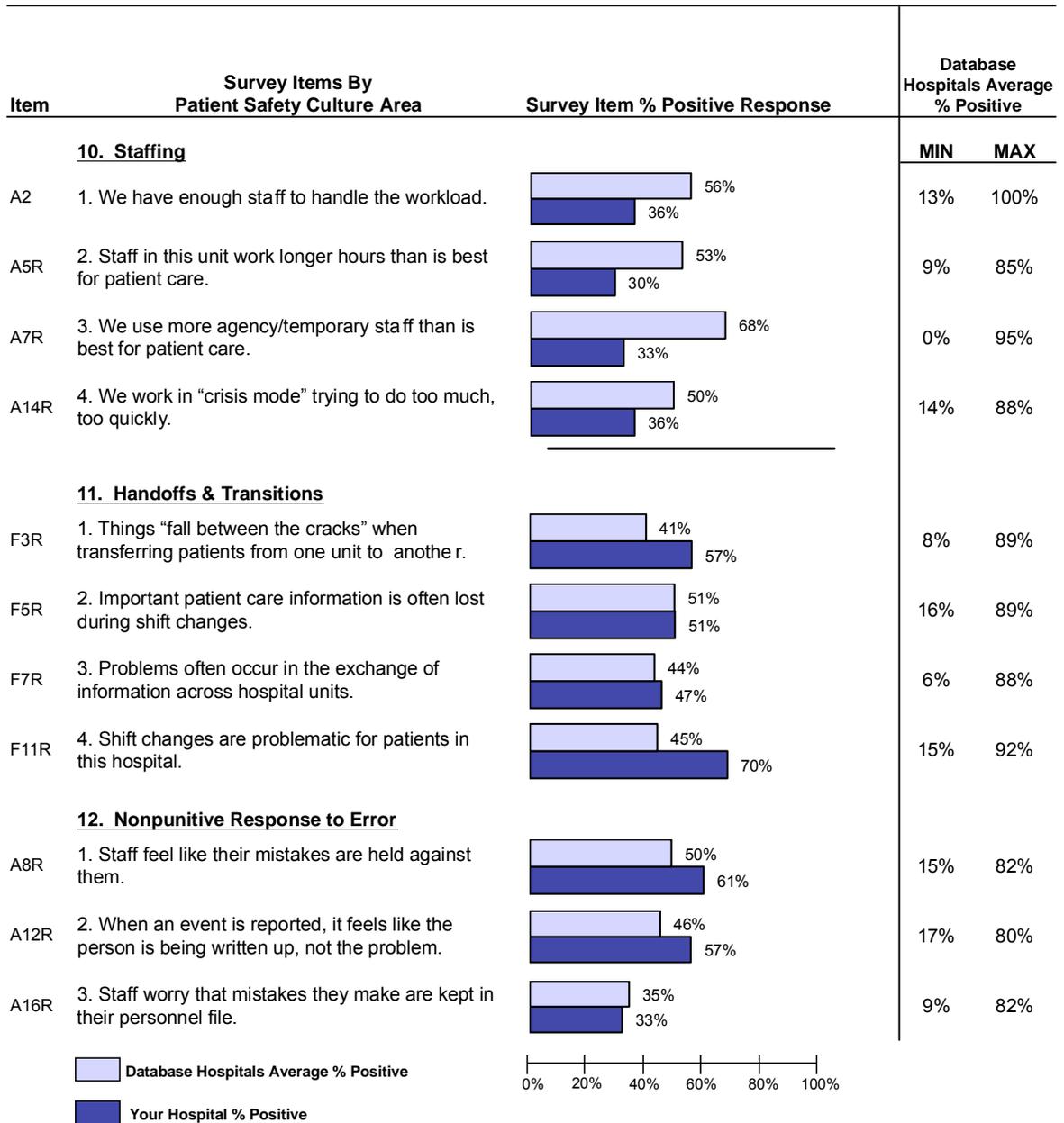
Note: 1) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report; 2) "R" indicates a negatively worded item; 3) Item data not displayed for fewer than 3 respondents.

Item-Level Comparative Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel



Note: 1) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report; 2) "R" indicates a negatively worded item; 3) Item data not displayed for fewer than 3 respondents.

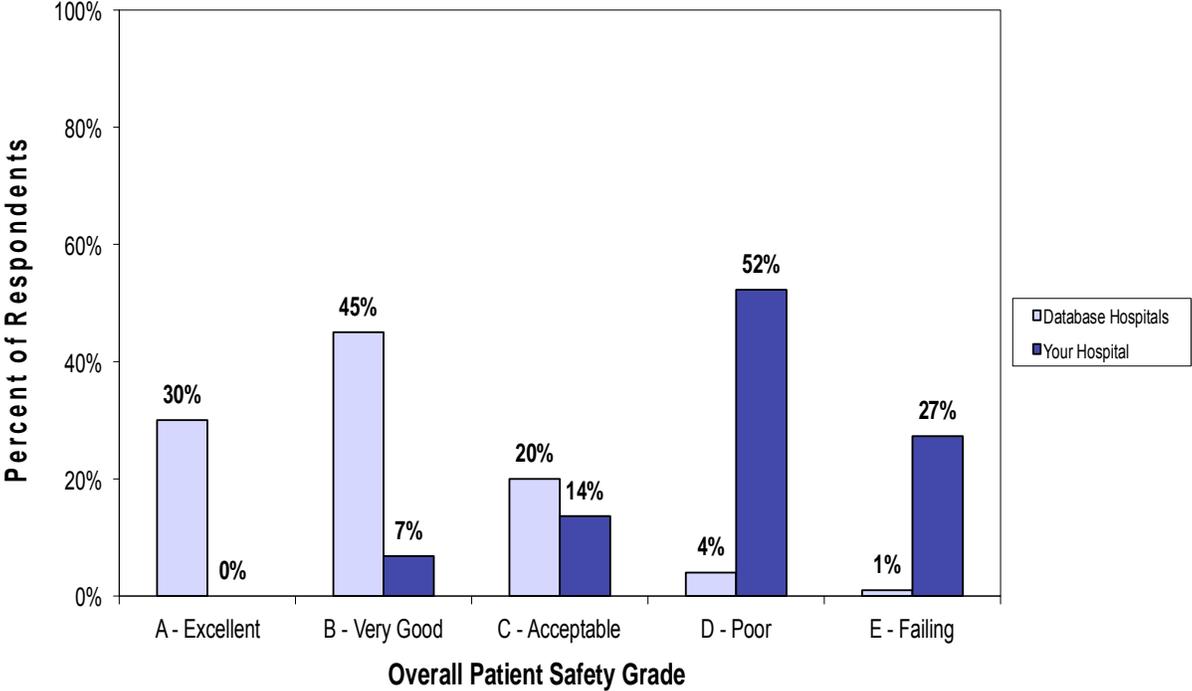
Item-Level Comparative Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel



Note: 1) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report; 2) "R" indicates a negatively worded item; 3) Item data not displayed for fewer than 3 respondents.

Overall Patient Safety Grade Comparative Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel

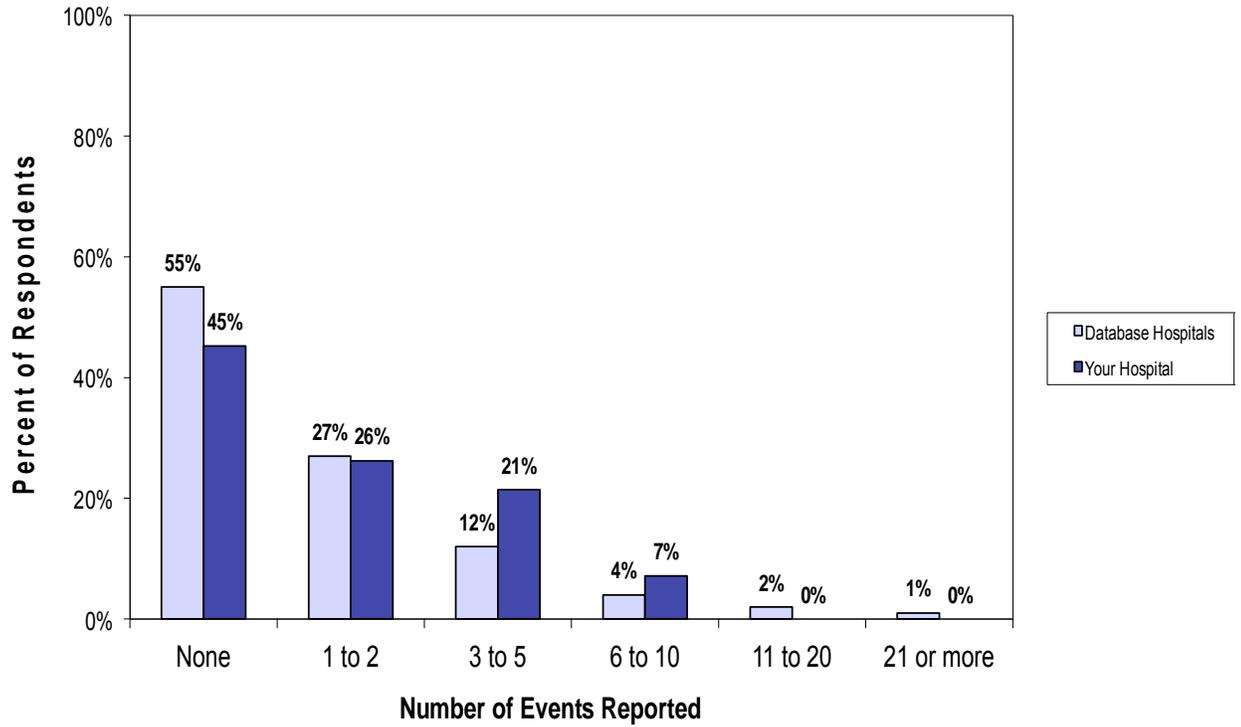
Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.
(Survey item E1)



Note: 1) Item level data does not display for fewer than 3 respondents; 2) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report.

Number of Events Reported Comparative Results for Fundación Hospitalaria Santa Isabel

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?
(Survey Item G1)



Note: 1) Item level data does not display for fewer than 3 respondents; 2) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report.

Resultados comparativos por componentes y preguntas por interacción con los pacientes

Composite-Level Comparative Average % Positive Response by Respondent Interaction with Patients --
Fundación Hospitalaria Santa Isabel

Patient Safety Culture Composites	Database Hospital Average		Your Hospital	
	Interaction with Patients			
	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction
<i># Respondents</i>	407,880	130,006	31	13
1. Teamwork Within Units	80%	81%	69%	67%
2. Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety	75%	77%	62%	63%
3. Org Learning--Continuous Improvement	72%	73%	75%	67%
4. Management Support for Patient Safety	71%	77%	70%	77%
5. Overall Perceptions of Patient Safety	66%	68%	54%	48%
6. Feedback & Communication About Error	64%	68%	66%	49%
7. Communication Openness	61%	64%	56%	49%
8. Frequency of Events Reported	63%	65%	77%	62%
9. Teamwork Across Units	58%	59%	64%	63%
10. Staffing	58%	54%	37%	27%
11. Handoffs & Transitions	47%	39%	52%	67%
12. Nonpunitive Response to Error	44%	46%	50%	51%
Average Across Composites	63%	64%	61%	57%

Note: 1) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report. 2) Composite scores are not calculated when a percentage for interaction has fewer than 5 respondents and any item in the composite has fewer than 3 respondents.

Item-Level Comparative Average % Positive Response by Respondent Interaction with Patients (Page 1 of 2) --
Fundación Hospitalaria Santa Isabel

		Database Hospital Average		Your Hospital	
		Interaction with Patients			
Item	Survey Items By Composite	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction
# Respondents		407,880	130,006	31	13
1.	Teamwork Within Units				
A1	1. People support one another in this unit.	86%	86%	77%	85%
A3	2. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done.	86%	87%	65%	85%
A4	3. In this unit, people treat each other with respect.	78%	80%	87%	85%
A11	4. When one area in this unit gets really busy, others help out.	69%	70%	45%	15%
2.	Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety				
B1	1. My supv/mgr says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures.	72%	77%	65%	69%
B2	2. My supv/mgr seriously considers staff suggestions for improving patient safety.	76%	79%	81%	85%
B3R	3. Whenever pressure builds up, my supv/mgr wants us to work faster, even if it means taking shortcuts.	73%	76%	55%	54%
B4R	4. My supv/mgr overlooks patient safety problems that happen over and over.	76%	77%	48%	46%
3.	Organizational Learning Continuous Improvement				
A6	1. We are actively doing things to improve patient safety.	84%	82%	84%	77%
A9	2. Mistakes have led to positive changes here.	63%	69%	74%	69%
A13	3. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness.	70%	68%	68%	54%

Note: 1) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2 012 Comparative Database Report; 2) Data are not only displayed for interaction where there are fewer than 5 respondents and item data are not displayed for fewer than 3 respondents.

Item-Level Average % Positive Response by Respondent Interaction with Patients (Page 1 of 2) -- Fundación Hospitalaria Santa Isabel

		Database Hospital Average		Your Hospital	
		Interaction with Patients			
Item	Survey Items By Composite	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction
# Respondents		407,880	130,006	31	13
4.	Management Support for Patient Safety				
F1	1. Hospital mgmt provides a work climate that promotes patient safety.	80%	86%	84%	92%
F8	2. The actions of hospital mgmt show that patient safety is a top priority.	73%	80%	73%	77%
F9R	3. Hospital mgmt seems interested in patient safety only after an adverse event happens.	60%	66%	53%	62%
5.	Overall Perceptions of Patient Safety				
A10R	1. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here.	63%	62%	65%	38%
A15	2. Patient safety is never sacrificed to get more work done.	64%	68%	35%	23%
A17R	3. We have patient safety problems in this unit.	64%	67%	55%	62%
A18	4. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening.	72%	74%	60%	69%
6.	Feedback and Communication About Error				
C1	1. We are given feedback about changes put into place based on event reports.	56%	60%	61%	38%
C3	2. We are informed about errors that happen in this unit.	64%	70%	71%	46%
C5	3. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again.	71%	75%	65%	62%

Note: 1) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2 012 Comparative Database Report; 2) Data are not only displayed for interaction where there are fewer than 5 respondents and item data are not displayed for fewer than 3 respondents.

Item-Level Average % Positive Response by Respondent Interaction with Patients (Page 2 of 2) -- Fundación Hospitalaria Santa Isabel

		Database Hospital Average		Your Hospital	
		Interaction with Patients			
Item	Survey Items By Composite	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction
	# Respondents	407,880	130,006	31	13
7.	Communication Openness				
C2	1. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care.	75%	76%	71%	46%
C4	2. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority.	46%	52%	39%	46%
C6R	3. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right.	63%	64%	58%	54%
8.	Frequency of Events Reported				
D1	1. When a mistake is made, but is caught and corrected before affecting the patient, how often is this reported?	56%	61%	77%	54%
D2	2. When a mistake is made, but has no potential to harm the patient, how often is this reported?	59%	61%	74%	62%
D3	3. When a mistake is made that could harm the patient, but does not, how often is this reported?	74%	74%	81%	69%
9.	Teamwork Across Units				
F2R	1. Hospital units do not coordinate well with each other.	45%	48%	39%	54%
F4	2. There is good cooperation among hospital units that need to work together.	59%	62%	71%	54%
F6R	3. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units.	60%	57%	80%	77%
F10	4. Hospital units work well together to provide the best care for patients.	68%	71%	67%	69%

Note: 1) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report; 2) Data are not only displayed for interaction where there are fewer than 5 respondents and item data are not displayed for fewer than 3 respondents.

Item-Level Average % Positive Response by Respondent Interaction with Patients (Page 2 of 2) -- Fundación Hospitalaria Santa Isabel

		Database Hospital Average		Your Hospital	
		Interaction with Patients			
Item	Survey Items By Composite	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction
	# Respondents	340,637	108,936	31	13
10.	Staffing				
A2	1. We have enough staff to handle the workload.	55%	58%	39%	31%
A5R	2. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care.	54%	49%	29%	31%
A7R	3. We use more agency/temporary staff than is best for patient care.	71%	59%	37%	23%
A14R	4. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly.	51%	49%	42%	23%
11.	Handoffs & Transitions				
F3R	1. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another.	43%	35%	50%	75%
F5R	2. Important patient care information is often lost during shift changes.	53%	44%	47%	62%
F7R	3. Problems often occur in the exchange of information across hospital units.	45%	39%	40%	62%
F11R	4. Shift changes are problematic for patients in this hospital.	47%	40%	70%	69%
12.	Nonpunitive Response to Error				
A8R	1. Staff feel like their mistakes are held against them.	49%	53%	65%	54%
A12R	2. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem.	46%	49%	58%	54%
A16R	3. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file.	35%	37%	27%	46%

Note: 1) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report; 2) Data are not only displayed for interaction where there are fewer than 5 respondents and item data are not displayed for fewer than 3 respondents.

Percent of Respondents Giving Their Work Area/Unit a Patient Safety Grade by Interaction with Patients for Fundación Hospitalaria Santa Isabel

Work Area/Unit Patient Safety Grade	Database Hospital Average		Your Hospital	
	Interaction with Patients			
	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction
<i># Respondents</i>	407,880	130,006	31	13
A Excellent	29%	34%	0%	0%
B Very Good	46%	46%	6%	8%
C Acceptable	20%	18%	16%	8%
D Poor	4%	2%	45%	69%
E Failing	1%	0%	32%	15%

Note: 1) Percent totals in the table may not sum to exactly 100% due to rounding of decimals; 2) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report; 3) Data are not only displayed for interaction where there are fewer than 5 respondents and item data are not displayed for fewer than 3 respondents.

Percent of Respondents Reporting Events in the Past 12 Months by interaction with Patients for Fundación Hospitalaria Santa Isabel

Number of Events Reported by Respondents	Database Hospital Average		Your Hospital	
	Interaction with Patients			
	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction	WITH direct interaction	WITHOUT direct interaction
<i># Respondents</i>	407,880	130,006	29	13
No events	50%	70%	34%	69%
1 to 2 events	30%	15%	34%	8%
3 to 5 events	13%	7%	24%	15%
6 to 10 events	4%	4%	7%	8%
11 to 20 events	2%	2%	0%	0%
21 event reports or more	1%	2%	0%	0%

Note: 1) Percent totals in the table may not sum to exactly 100% due to rounding of decimals; 2) Comparative results are based on data from 1,128 hospitals included in the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 Comparative Database Report; 3) Data are not only displayed for interaction where there are fewer than 5 respondents and item data are not displayed for fewer than 3 respondents.

10.3 Encuesta Sección I: Sus comentarios

57% de los encuestados suministraron comentarios

1. Me parece que todavía no tenemos la cultura del reporte de los incidentes o eventos adversos, porque todavía se tiene la percepción del castigo y creo que debemos avanzar más en ese sentido
2. Mejorar la atención médica incrementando el número de médicos y esto disminuya el tiempo de espera. Mucha demora en la asignación de citas.
3. Como bien es sabido la seguridad del paciente es primordial. Cada vez hay que mejorar mucho más para tal fin. Nos debemos capacitar e investigar más para atender a nuestros pacientes.
4. Más precaución con el descarte de agujas.
5. Es muy importante hacer efectivos los procesos para la atención de los usuarios, para mejorar en calidad y prevenir todo tipo de incidentes y hacer un 100% una buena atención.
6. El formato de reporte de eventos adversos de la institución no estimula la notificación.
7. No existe una verdadera retroalimentación de los incidentes.
8. Nuestra institución ha brindado capacitación al personal sobre este tema y ha hecho la invitación constante para que reportemos todos los eventos adversos que se presenten, buscando mejorar la calidad en la atención y promover la buena imagen de nuestra institución
9. La seguridad de los pacientes siempre será prioritaria para el personal de la institución, es por esto que siempre es recalcada en cada una de las personas a cargo del mismo.

10. La seguridad del paciente se ha convertido en uno de los temas más importantes en toda la institución prestadora de servicios de salud, es gratificante saber que personas externas evalúen nuestro conocimiento sobre el tema y la adherencia al mismo. Me gustaría que no solo el trabajo que están haciendo las estudiantes se quede en esta encuesta, sino que también tuviéramos más aportes como: capacitaciones, reuniones, etc.
11. El enfoque es hacia los accidentes, no existe proceso sobre los incidentes
12. Deberían implementar y tener en cuenta la farmacovigilancia y la tecnovigilancia, ya que a pesar de que muchos pacientes sufren efectos adversos, no son reportados y son importantes para la seguridad del paciente.
13. Seguridad del paciente, tema que nos debe ocupar las 24 horas del día. Reportar todo por pequeño que nos parezca y mejorar cada día más.
14. Errores: Hay poca comunicación.
15. Hacer análisis de riesgos para los pacientes antes de que ocurran los eventos. Darle tiempo al personal para todas estas situaciones
16. Hace falta hacer seguimiento a los eventos adversos reportados. El análisis de la información con respecto a los errores o incidentes presentados requiere de varios correctivos,
17. Tener en cuenta las horas de trabajo y el número de pacientes que llega a la institución a realizarse los exámenes de laboratorio
18. Aunque la institución cuenta con un grupo de seguridad del paciente con una política definida y objetivos concretos, falta más compromiso por parte de los funcionarios para hacer reportes y cuando se hacen, debido al poco tiempo que tiene este grupo para su análisis, la retroalimentación es un poco demorada. no se dan a conocer los indicadores y planes de mejoramiento

oportunamente. el grupo formado pone todo su empeño, esmero y compromiso con todo lo relacionado sobre la cultura de seguridad del paciente.

19. La seguridad de los usuarios es un compromiso de todos los empleados de la ESE, por lo tanto es un trabajo en equipo para lograr este objetivo.

20. Mejorar el tema de información porque es fragmentado.

21. La mayoría de los eventos adversos reportados en la institución son por la mala comunicación entre las áreas y el personal, lo que deteriora el ambiente laboral y hace que el trabajo se torne más pesado y poco agradable. Es necesario confrontar en las diferentes áreas sobre las dificultades que se presentan y buscar soluciones y mejorar en el momento oportuno. Hay que recordar que la razón de ser de las instituciones de salud, son los pacientes que confían en ellas.

22. Mayor cultura de reporte. Tomar medidas con mayor rapidez. Crear cultura de posibles soluciones con respecto a falencias de seguridad del paciente y prevención

23. No tengo conocimiento de nada porque no contamos con buena información de parte de la administración

24. Mejorar el área de urgencias. Implementar triage

25. Su análisis contribuye al aprendizaje organizacional. Algunos funcionarios son apáticos al diligenciamiento del formato de reporte. La mayoría de EA son prevenibles. A pesar de que el reporte es formativo y no punitivo no se reporta. Fortalecer la cultura del reporte al interior de la organización fortalece el aprendizaje organizacional. Los médicos desconocen los EA a reportar.

26. Me gustaría que se mejorara todo lo relacionado a seguridad del paciente capacitando y corrigiendo oportunamente