VALIDEZ INTERNA Y CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA CLIMA DE SEGURIDAD EN UNA INSTITUCION DE BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD DURANTE EL AÑO 2015

INVESTIGADORA

YENI PATRICIA HENAO FRANCO

INFORME DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER EN CALIDAD EN SALUD

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN: OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD CES

MEDELLIN

2016

VALIDEZ INTERNA Y CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA CLIMA DE CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA INSTITUCIÓN DE BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD DURANTE EL AÑO 2015

INVESTIGADORA

YENI PATRICIA HENAO FRANCO

ASESORA

LILIANA PATRICIA MONTOYA VELEZ

INFORME DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER EN CALIDAD EN SALUD

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD CES

MEDELLIN

2016

ÍNDICE DE CONTENIDO

Índice de tablas 5
Índice de gráficos 5
RESUMEN 6
Abstract 8
GLOSARIO DE TERMINOS 10
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 11
1.1. Planteamiento del Problema 11
1.2. Justificación de la propuesta 12
1.3. Pregunta de investigación 14
2. MARCO TEÓRICO 14
2.1. Seguridad del paciente 14
2.2. Calidad y cultura de seguridad del paciente 16
2.3. Lineamientos y herramientas para la gestión de la seguridad del paciente 17
2.4. Medición de la cultura de seguridad 19
2.5. Validez y confiabilidad de un cuestionario 21
3. OBJETIVOS 24
3.1. Objetivo general 24
3.2. Objetivos específicos 24
4. METODOLOGÍA 25
4.1. Enfoque metodológico de la investigación 25
4.2. Tipo de estudio 25
4.3. Población y diseño muestral 26
4.4. Criterios de inclusión 26
4.5. Criterio de exclusión 26
4.6. Descripción de las variables 26
4.6.1 Diagrama de variables 27
4.6.2 Tabla de Variables 30

4.7. Técnicas de recolección de información 44
4.7.1 Fuentes de información 44
4.7.2 Instrumento de recolección de información 44
4.7.3 Proceso de obtención de la información 45
4.8. Prueba piloto 45
4.9. Control de errores y sesgos 46
4.8.1 Sesgo de información 46
4.8.2 Sesgo de selección 46
4.10. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos 46
4.11. Plan de divulgación de los resultados 48
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS 49
6. RESULTADOS 50
6.1 Caracterización de los empleados 50
6.2 Análisis bivariado 54
6.3 Análisis factorial exploratorio y alpha de Cronbach 63
7. DISCUSIÓN 72
8. CONCLUSIONES 77
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 79
10. ANEXOS 86
Anexo 1. Encuesta de cultura de seguridad del paciente 86

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución porcentual de encuestas de clima de cultura de seguridad según área de trabajo. Primer semestre de 2015 50
Tabla 2. Distribución porcentual de encuestas de clima de cultura de seguridad del paciente según cargo que desempeñan. Primer semestre de 2015 51
Tabla 3. Distribución porcentual de encuestas de personal asistencial y administrativo con respecto a variables de la sección 1: Unidad de trabajo 54
Tabla 9. Análisis factorial exploratorio: varianza total explicada 66
Tabla 10. Análisis factorial exploratorio: matriz de componentes rotados..... 68

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución porcentual horas laborales por semana..... 52
Gráfico 2. Distribución porcentual de empleados por tipo de contrato..... 53
Gráfico 3. Distribución porcentual de tiempo laborado en: la institución, área actual de trabajo y profesión 53
Gráfico 4. Distribución porcentual de encuestas con respecto a grado de seguridad del paciente por área..... 59
Gráfico 5. Distribución porcentual de encuestas con respecto al número de eventos adversos/ eventos reportados 62
Gráfico 6. Análisis factorial exploratorio. Sedimentación de los componentes ... 67

RESUMEN

Introducción: Esta investigación tuvo como objetivo determinar la validez interna y confiabilidad de la encuesta ñClima de seguridad del pacienteò aplicada al personal de diferentes áreas de una institución de salud en Colombia, de bajo nivel de complejidad durante el primer semestre del 2015; basado en la percepción del personal asistencial y administrativo.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo con intención analítica, se tomó como fuente secundaria de información la base de datos obtenida con las respuestas de las encuestas de los empleados de la institución. El instrumento aplicado fue la encuesta sugerida por el Ministerio de Salud y la Protección social, en una versión adaptada y revisada por el Centro de Gestión Hospitalaria de Colombia, basada en la ñHospital Survey on Patient Safety Cultureò (HSPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en EEUU.

Se realizó el análisis factorial exploratorio en la identificación de los dominios de esta y se determinó la consistencia a través del alfa de Cronbach como estimación de las correlaciones entre los factores e identificar posibles diferencias en la validez interna y confiabilidad de la escala según área de trabajo en la institución (administrativo o asistencial).

Resultados: del total de los empleados, el 52,4% tenían cargos asistenciales; solo el 25,7% forma parte de la planta de cargos (contrato directo) y el 74,3% (142) restante hacen parte de la institución por medio de otras formas de vinculación. Algunas variables presentan diferencias estadísticas al ser comparadas entre el personal asistencial con el administrativo, sobre todo en aquellas variables que interrogan por actividades netamente asistenciales; para cada una de ellas se tuvo en cuenta la prueba de Chi cuadrado y el valor p, por ejemplo, el 13% de los asistencial contra un 48,4% de los administrativos, dieron

como respuesta ñni de acuerdo, ni en desacuerdoò cuando en la encuesta se interroga si los cambios de turno en la institución generan problemas para los pacientes; se obtuvo los siguientes datos: Chi cuadrado=30,538 y valor de p=0,000.

Con relación al análisis factorial exploratorio solo se tuvo en cuenta aquellas variables que mostraban una correlación igual o mayor de 0,5. Al finalizar, solo 26 de estas se utilizaron en el análisis. Se obtuvo una medida del Kaiser Meyer Olkin (KMO) de 0,829; adicional se obtuvo un Chi cuadrado de 2184,036 con un valor de p de 0,000 lo que comprueba que el análisis tiene una muy buena significancia. Se determina que se pueden extraer 8 componentes. Complementado el análisis factorial, con el fin de identificar la confiabilidad del instrumento con los factores extraídos, se realizó el alfa de Cronbach teniendo en cuenta las 26 variables que mostraron algún valor de correlación. El alfa de Cronbach total del instrumento reducido fue 0,891, considerado aceptable.

Conclusiones: De acuerdo con los resultados de la investigación, se propone que debería diseñarse un instrumento que aplique al personal asistencial y un instrumento que mida los factores contributivos dentro de la cultura de seguridad que aplica para el personal administrativo. Teniendo claro los alcances de dichos instrumentos, diseñar una guía metodológica de aplicación, análisis e interpretación, con el fin estandarizar resultados y se logre realizar comparación y/o referenciación entre diferentes instituciones de salud. Por último, el instrumento reducido, podría aplicarse en otras instituciones de salud con el fin de observar su comportamiento y evaluar si continúa teniendo igual validez y confiabilidad.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Cultura de Seguridad, validez interna, confiabilidad.

Abstract

Introduction: This investigation had as objective to determine the internal validity and reliability of the survey "climate of security of patient" applied to personnel in different areas of a health institution in Colombia, low level of complexity during the first half of 2015; based on the perception of health care staff and administrative.

Materials and methods: descriptive study with the intention was taken as analytical, secondary source of information the database obtained with the responses from the surveys of employees of the institution. The instrument applied was the survey suggested by the Health and social protection Ministry, in an adapted version and revised by the Hospital Management Center of Colombia, based on the "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSPSC) developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in the USA.

Was the factorial analysis in the identification of the domains in this and it was determined the consistency through the Cronbach Alpha as an estimate of the correlations between the factors and to identify possible differences in the internal validity and reliability of the scale by area of work in the institution (administrative or care).

Results: Of the total number of employees, 52.4% had charges of healthcare; only 25.7% is part of the plant of charges (direct contract) and 74.3% (142) remainder are part of the institution by means of other forms of linkage. Some variables presented statistical differences to be compared between the health

care staff with the administrative, especially in those variables that wonder by activities clearly healthcare; for each one of them took account of the Chi square test and the p value. For example, 13% of the care against 48.4% of the administrative, gave the answer "neither agree nor disagree" when in the survey asks if the shift changes in the institution create problems for patients was obtained; the following data: chi square = 30,538 and value of p=0.000. With regard to the factorial analysis is only took into account those variables that showed a correlation equal to or greater than 0.5. At the end, only 26 of these were used in the analysis. It was obtained a measure of Kaiser Meyer Olkin (KMO) of 0.829; additional obtained a Chi-square 2184,036 with a p value of 0.000, which proves that the analysis has a very good significance. It is determined that you can remove 8 components. Complemented the factorial analysis, in order to identify the reliability of the instrument with the extracted factors, held the Cronbach Alpha taking into account the 26 variables that showed some value of correlation. The Cronbach Alpha Overall instrument reduced was 0,891, considered acceptable.

Conclusions: According to the investigations results, it is proposed that should be designed an instrument that is applied to health care staff and an instrument to measure the contributory factors within the culture of security that applies to the administrative staff. Taking clear the scope of those instruments, designing a methodological guide for the application, analysis and interpretation, in order to standardize results and comparison is done and/or referencing between different health institutions. Finally, the instrument reduced, could be applied in other health institutions in order to observe its behavior and assess if you continue to have equal validity and reliability.

Key words: Patient Safety, Safety Culture, internal validity, reliability.

GLOSARIO DE TERMINOS

A continuación se presenta un glosario de términos con referencia a la seguridad del paciente, encontrados en la ñguía de buenas prácticas para la seguridad del paciente en Colombiaò

- **Seguridad del paciente:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Evento adverso:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
- **Factores contributivos:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).
- **Fallas activas o acciones inseguras:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc)
- **Cultura de seguridad**: producto de los valores, actitudes, competencias

y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridadò

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Como requisito de habilitación y acreditación las instituciones de salud en Colombia deben implementar un programa de seguridad del paciente y evaluar periódicamente los cambios y alcances del mismo (1). En el documento *Lineamientos de la Política de seguridad del paciente* del Ministerio de salud y protección social de Colombia (2) encontramos como herramienta la ñEncuesta de clima de seguridad del paciente del pacienteò propuesta como único medio para realizar una medición de cultura en las instituciones, dicho instrumento es una versión adaptada que realizó el Centro de Gestión Hospitalaria en base a la encuesta original realizada en el 2004 por la AHQR (Agency for Healthcare Research and Quality) y que cuenta con una versión en español (2).

El instrumento evalúa 12 dimensiones y se puede aplicar a diferentes perfiles profesionales y áreas de la institución, sin embargo hay dimensiones que se enfocan o interrogan por situaciones que solo podrían contestar objetivamente el personal de las áreas asistenciales, por ejemplo ñerrores que pueden afectar la seguridad del paciente durante los cambios de turnoò(3). En Colombia no se ha realizado una validación de este instrumento o por lo menos no se encuentra publicado el estudio al respecto; las referencias que se realizan de la encuesta y su aplicación, están relacionadas con la versión encontrada en el documento de

Lineamientos para la política de seguridad del paciente y enfocadas al diagnóstico del clima de cultura de seguridad. (2).

Si bien los resultados de la encuesta pueden arrojar una visión general de la percepción de cultura de seguridad, independiente que se haya trabajado en este tema o no dentro de la organización; los datos que proporcionan las personas de las áreas o cargos no asistenciales podrían sesgar los resultados de algunas dimensiones evaluadas puesto que no conocen o no están involucrados en algunos procesos por los cuales se interroga en la encuesta, relacionados con la atención del paciente directamente y no hay una respuesta que permita contestar que la pregunta no le aplica o que no se conoce del tema, solo aparece ñni de acuerdo, ni en desacuerdoòque podría ser la opción en estos casos pero también se podría tomar como una respuesta neutra o indiferente hacia el proceso o situación por la cual se está interrogando.

1.2. Justificación de la propuesta

La cultura de seguridad del paciente en una organización de salud hace parte fundamental en la prevención de eventos adversos, cuando las personas que trabajan en la atención del paciente se ciñen a los protocolos y guías de atención establecidas se disminuye la probabilidad que se cometa un error durante la atención. Las barreras de seguridad que se instauran como el protocolo de identificación del paciente, la prevención de caídas y ulceras por presión entre otras impactan de forma positiva la incidencia de los eventos adversos pero si no existe a nivel institucional y personal una cultura de seguridad del paciente difícilmente se lograran los objetivos que se buscan con relación a la disminución de eventos adversos y la adherencia a protocolos. Lograr medir la cultura de seguridad del paciente en una institución de salud sirve para determinar en qué

grado de madurez, con respecto a este tema se encuentra la organización y el compromiso de las área y cada una de las personas que laboran allí para lograr una atención con calidad.

Con el fin de medir la cultura se han utilizado numerosos instrumentos validados alrededor del mundo; en el caso de Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los *Lineamientos de la Política de seguridad del paciente* (2), pone a disposición la ñEncuesta de Clima de seguridad del pacienteò, en su versión adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria. Este instrumento en su versión original, se ha probado en más de 1000 centros hospitalarios en EEUU de diferentes niveles de atención. En Colombia hasta el momento no se tiene conocimiento de un estudio de validación sobre dicha encuesta, solo se hace referencia a una ñadaptaciónò. Como ya se mencionó en el planteamiento del problema; dicho instrumento está compuesto por 12 dimensiones y cada una contiene preguntas referentes a lo que se está tratando de explorar. El resultado que arroje cada dimensión servirá como herramienta para la toma de decisiones en cuanto a cambios en los procesos o la forma en que se aborden los eventos adversos con el fin de crear confianza en los empleados que se vea reflejada en cantidad y frecuencia de los reportes, la mejoría de la percepción y de la cultura de seguridad entre los integrantes de la organización.

Lo anterior, toma relevancia ya que es importante conocer con respecto a la seguridad del paciente como se encuentra cada organización, hacer una radiografía del tema; sin embargo la encuesta que propone el Ministerio de Salud y la Protección social de Colombia, como herramienta para dicha medición, puede generar ñfalsos positivosò en varias dimensiones que son netamente orientadas a situaciones que pueden ocurrir durante la atención asistencial y por ende las personas de la organización que no tienen contacto directo con el paciente, contestando bajo la realidad de su área de trabajo aportan respuestas que pueden generan datos erróneos.

Tomando en cuenta lo anterior, es conveniente establecer si la encuesta propuesta por el Ministerio de salud de la protección social de Colombia, para su aplicación en todas las áreas de la institución arroja información veraz y confiable cuando es contestada tanto por personal asistencial como de otras áreas, y establecer acciones que impacten positivamente los factores que están afectando la seguridad del paciente.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la validez interna y confiabilidad de la encuesta de clima de seguridad del paciente propuesta por el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Seguridad del paciente

La confianza del paciente en los servicios de salud y la calidad con los cuales se prestaban estos, fue un tema poco discutido hasta comienzos de los años noventa, época para la que Brennan y Leape (4), dos investigadores estadounidenses, publicaron en el The New England Journal of Medicine, una de las más prestigiosas y rigurosas revistas del mundo científico; los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar. Los anteriores autores encontraron que una cantidad importante de lesiones ocasionadas a los pacientes eran derivadas de la atención médica, y que muchas de estas lesiones son ocasionadas por no adherirse a los protocolos o guías de atención. Concluyen diciendo que ñla reducción de estos eventos requerirá de identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuenciasò(5).

En los últimos años la preocupación por la seguridad del paciente se incrementó por la evidencia presentada en la *55a Asamblea mundial de la salud* en 2002, al presentar un informe del alto costo de los eventos adversos que ñafectan la calidad de la atención en saludò (6). Para responder a dicha problemática la OMS crea lineamientos para la atención segura a través de la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, ñcreada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo; la alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los estados miembros, la secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industriaò (7).

A nivel de Latinoamérica se realizó el estudio IBEAS ñcon el fin de medir e identificar la incidencia y la prevalencia de los eventos adversos y erroresò (8). En este estudio fue participe Colombia, cuyos resultados fueron publicados por el antiguo Ministerio de la Protección social, hoy Ministerio de Salud y la protección Social, en el 2010, donde se describe que hay una prevalencia de errores médicos del 13.1% (9). A partir de este momento el Gobierno Nacional ha venido instaurando herramientas y lineamientos dentro de la *política nacional de seguridad del paciente* para que sea implementado por todas las instituciones de salud pues este tema es una de las características de la calidad en salud y forma parte de los requisitos de habilitación (10).

Con el fin de obtener datos y continuar la medición de los eventos adversos que se presentan en la instituciones de salud; en el año 2006 se publica en Colombia la Resolución 1446 de 2006 (11) donde se establece el reporte obligatorio de eventos adversos; derogada a la fecha por la Resolución 256 de 2016 la cual dicta las disposiciones del Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. El Sistema

de Información para la Calidad desarrolla una buena parte de los indicadores de monitorización en conceptos de riesgos para el paciente que contribuyen al diagnóstico con respecto a este tema (12).

A pesar de contar con normativa sobre la seguridad del paciente y con información sobre eventos adversos a través de los indicadores de obligatorio reporte, no hay estudios de investigación en el país que validen la encuesta propuesta por el Ministerio de Salud y la Protección social, como ya se mencionó se refieren a esta como una adaptación; los trabajos de investigación encontrados con relación a la cultura de seguridad del paciente, consisten en la aplicación de la encuesta para el diagnóstico del clima de seguridad del paciente y el análisis de eventos adversos ocurridos en una determinada institución de salud.

2.2. Calidad y cultura de seguridad del paciente

La calidad tiene muchos atributos que deben verse reflejados en la prestación de servicios, en las instituciones de salud, como la efectividad, la eficiencia y sobre todo lo concerniente al factor humano; atributos que permiten crear cultura de seguridad en las instituciones de salud. El factor humano juega un papel importante en la cultura organizacional o de seguridad del paciente en cualquier institución, la disposición y la idoneidad que tenga cada individuo para ejecutar las actividades a su cargo en relación con la atención del paciente, están estrechamente ligadas a la percepción de cultura de seguridad y los resultados esperados y obtenidos con relación a la calidad en la atención en salud. Las competencias que tiene cada individuo tanto a nivel personal como laboral entran a formar parte del clima organizacional de una empresa y por ende en la

calidad de la atención, determinan la adherencia a una cultura de seguridad por parte de cada integrante de la institución (10).

La AHRQ, define la cultura de la seguridad como: ñel 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 pacienteò(13).

Sergio Castaño en su artículo ¿Qué tan importante es la gestión de la cultura en el proceso de la calidad?; hace referencia a que ñla cultura es una condición necesaria para que la calidad sea algo que los usuarios sientanò (14). El autor plantea un ejemplo con relación a la calidad de un producto, la cual depende de un conjunto de acciones integradas, conductas y comportamientos individuales y de la organización que buscan resultados y se apoyan en las competencias que como individuos o grupo pueden obtener (14).

Según Sergio Luengas, ñ*sin cultura de seguridad difícilmente puede haber procesos seguros*ò, describe la cultura como un ambiente en el que se habla libremente de los errores, se aprende de ellos, nunca se personalizan y se castiga el ocultamiento (15). Lo anterior hace referencia a características que concuerdan con lo planteado por el Ministerio de salud y de la protección social en Colombia, como estrategias para crear una adecuada cultura de seguridad dentro de los lineamientos para la implementación de la *política de seguridad del paciente* (2).

2.3. Lineamientos y herramientas para la gestión de la seguridad del

paciente

Colombia a través del Ministerio de Salud y la Protección social, antiguo Ministerio de la Protección social; a partir del año 2008 lidera la *Política nacional de seguridad del paciente* (10) que tiene como objetivo ñprevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmenteò(10,16).

Para el desarrollo de la política en Colombia, el Ministerio pone a disposición los *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente* (2), documento donde se establecen varios principios orientadores como: enfoque de atención centrado en el usuario, integración con el SOGC, multicausalidad, validez, alianza con el paciente y su familia y alianza con el profesional de la salud; dentro de estos principios está incluida y definida la *cultura de seguridad* como un ñambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente que deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidadò(2,16).

Así mismo, para la construcción de una cultura de seguridad en las instituciones de salud, el Ministerio, como herramienta para cumplir los objetivos de la política de seguridad enuncia varias características estratégicas que ayudan a fortalecer la cultura de seguridad a nivel interno en cada institución de salud: *la reflexión organizacional sobre los temas de seguridad, el carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso, la sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento, la información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente y el énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan* (2,16).

Además de lo anterior, el Ministerio de salud desarrolló para las instituciones de salud en Colombia, una guía técnica de ñbuenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en saludò con sus respectivos paquetes instruccionales donde se brindan directrices técnicas para su implementación práctica (17). En cada paquete instruccional se encuentran descritas tanto barreras de seguridad y factores contributivos en diferentes ámbitos que hacen que se genere un evento adverso, dejando en claro, que los procesos administrativos y gerenciales de las instituciones pueden comportarse como factor contributivo en la ocurrencia de eventos adversos, aunque en las áreas administrativas no se presenten en sí estos, puesto que no es allí donde se genera la atención del paciente (17).

2.4. Medición de la cultura de seguridad

A través de los años, a nivel internacional, se ha tratado de realizar e implementar instrumentos que ayuden a realizar un diagnóstico institucional con referencia a la seguridad del paciente. El análisis de los cuestionarios o instrumentos validados utilizados para evaluar la cultura de seguridad, permite identificar algunos elementos o dimensiones comunes de seguridad que se tratan de evaluar con estos (18).

Con respecto a lo anterior, existen dos encuestas reconocidas y cualificadas, ambas de origen estadounidense, para medir la cultura de seguridad: Safety Attitudes Questionary (SAQ) utilizada en la aviación y aplicada en el área de la salud, más específicamente para medir las actitudes de seguridad en las áreas de cuidados intensivos con la adaptación realizada en el 2006 por Sexton y colaboradores (19). Por otro lado, se encuentra la encuesta, Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

(20); la cual se compone de 52 preguntas divididas por dimensiones que buscan medir la cultura de seguridad del paciente: trabajo en equipo, acciones de la dirección, supervisión de la unidad y servicio que favorecen la seguridad; aprendizaje organizacional y mejora continua, apoyo de la dirección en la seguridad del paciente, percepción de seguridad, retroalimentación y comunicación sobre errores, franqueza en la comunicación, frecuencia de eventos notificados, trabajo en equipo entre áreas, posición del recurso humano, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios, respuesta no punitiva a los errores (20).

A propósito de esta última encuesta; en España, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; desarrolló una investigación con el fin de realizar una ñTraducción, adaptación transcultural y validación del cuestionario al español para explorar la percepción de los profesionales de los centros de salud sobre la cultura de seguridad del pacienteò(21).

Con respecto a dicha investigación, uno de los resultados obtenidos hace referencia a que ñla estructura de las dimensiones de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de ñformaciónò, ñcomunicación francaò y ñpercepciones generales sobre la seguridad del pacienteòson cuestionables para el modelo español y su composición debería revisarse para su posterior aplicación ya que en el análisis mostro menor consistencia en dichas dimensionesò(21).

Finalmente, concluyen que ñel cuestionario de la AHQR es un instrumento válido y fiable para su aplicación pero con su debida traducción, adaptación y ampliación de preguntas para lograr la medición de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud de España que proporcionan atención

primaria de saludò (21); hacen además un comentario con referencia al número de preguntas que contiene el cuestionario, sugieren entonces ñconsiderar una versión más reducida que permita efectuar sin dificultades una monitorización de la cultura de seguridad 1del paciente de forma más periódicaò (21).

En lo que respecta a Colombia, dentro de los *Lineamientos de la política de seguridad del paciente*, el Ministerio de Salud y la Protección social, referencia la encuesta de clima de seguridad del paciente; como una ñversión revisada y corregida tomada de la adaptación de la encuesta de Clima de Seguridad propuesta por la AHRQ y adaptada por el Centro de Gestión Hospitalariaò con este instrumento se pretende realizar un diagnóstico en todas las instituciones de salud en cuanto a la cultura de seguridad que se vive en cada una de ellas (3).

2.5. Validez y confiabilidad de un cuestionario

ñLos instrumentos de medición, como las escalas, se utilizan para cuantificar atributos, cualidades o propiedades, constructos o conceptos completamente teóricos, que es imposible medir o cuantificar de otra formaò (22). La cultura de seguridad del paciente se compone de dichos conceptos por lo tanto es susceptible a medirse por medio de escalas como la de Likert, la cual propone la AHQR en su instrumento de evaluación para este tema.

ñLas escalas, como todos los instrumentos de medición, deben ser plenamente válidos y confiables, es decir, mostrar altos valores de validez y de confiabilidadò (23). ñLa confiabilidad es una condición necesaria; pero no suficiente, para garantizar la validez de un instrumento ñ(24). ñLa validez o exactitud de una escala se refiere al ñgrado de confianza que podemos tener de que la medición

corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendoò(25). La encuesta de cultura de seguridad del paciente de la AHQR ha mostrado validez y confiabilidad atreves del tiempo en el cual ha sido aplicada en EE.UU, se puede observar la constancia en el reporte de datos aportado por diferentes hospitales de ese país, que año tras año aplican este instrumento para medir como están en relación a este tema (20).

Igualmente, ñaunque necesaria e indispensable en el proceso de validación de una escala, la reproducibilidad no es, por sí sola, suficiente para determinar la validez de una escala. La validez determina qué conclusiones pueden derivarse de las personas que obtienen diferentes resultados en la escalaò (26). ñEs importante tener presente que este tipo de coeficientes sólo se puede calcular apropiadamente a escalas que miden atributos o características y no el conocimiento sobre un tópico particular, es decir, no se puede determinar la consistencia interna a una prueba de conocimiento que se aplica en un colegio o universidad, o sea, que necesitan entrenamiento o conocimiento previo en un tópico particularò(27).

Con relación a lo anterior, para algunos autores, ñla consistencia interna de una escala se considera aceptable cuando se encuentra entre 0,70 y 0,90ò(28-31); mientras que otros sugieren que la consistencia interna de un instrumento es adecuada si el coeficiente alcanza valores entre 0,80 y 0,90, más aún cuando se está en los primeros estadios de construcción de una escalaò(31-35). ñAlgunos conciben la confiabilidad tipo consistencia interna como la proporción de la variabilidad que es debida a la variabilidad real de las puntuaciones observado y no el resultado de algún tipo de errorò(36). En consecuencia, ñalgún grado de error siempre es posible en cualquier mediciónò (37). ñsi se observa un coeficiente alfa de 0,85 se puede asumir que el 85% de la variabilidad es cierta y el 15% restante probablemente producto del error inherente al tipo de medición,

el error no sistemáticoò (38). Asimismo, ñvalores de consistencia interna inferiores a 0,70 indican una pobre correlación entre los ítems y aquellos por encima de 0,90 indican redundancia o duplicación de ítems, es decir, que por los menos un par de ítems miden exactamente el mismo aspecto de un constructo y uno de ellos debe eliminarseò(39).

ñDe la misma forma, coeficientes por encima de 0,90 se pueden observar con regularidad cuando se explora la consistencia interna de instrumentos con más de veinte ítems dado que el coeficiente, si se recuerdan las fórmulas como se calcula, se afecta en forma directa por el número de ítems que hacen parte de la escala, se sobreestima el coeficienteò(40,41). ñPara instrumentos formados por veinte ítems se recomienda que se calcule la consistencia interna de diferentes sub escalas, subgrupo de ítems, que generalmente hacen parte de una escalaò (42).

ñEl proceso de validación de instrumentos es un proceso continuo en constante evaluación que invita a modificaciones que se basen en las investigaciones disponiblesò (43). Diferentes autores recomiendan para validar un instrumento realizar una adaptación lingüística cuando se traducen escalas de otros idiomas y, ñaún, en el mismo idioma cuando el contexto cultural es distinto. Es importante conocer siempre la consistencia interna de un instrumento en una población específicaò(44,45). Por consiguiente, ñes frecuente observar estudios en los que se usan escalas y no se informa la consistencia interna de las puntuaciones en la muestra investigada; en cambio, se presenta la consistencia interna que se encontró en otro estudioò(46).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar la validez interna y confiabilidad de la Encuesta ñClima de seguridad del pacienteò aplicada al personal de las diferentes áreas de una institución de salud de baja complejidad, en Colombia.

3.2. Objetivos específicos

- Describir la validez interna de la encuesta utilizando el análisis factorial exploratorio en la identificación de los dominios de la encuesta.
- Determinar la consistencia de la encuesta a través del alfa de Cronbach como estimación de las correlaciones entre los factores
- Identificar posibles diferencias en la validez interna y confiabilidad de la escala según área de trabajo en la institución (administrativo o asistencial)

4. METODOLOGÍA

4.1. Enfoque metodológico de la investigación

La presente investigación fue abordada mediante un enfoque cuantitativo o empírico analítico, el cual buscaba determinar si el instrumento de medición de cultura de seguridad del paciente propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, tiene consistencia y validez interna, para ser aplicado tanto al personal asistencial como no asistencial, a partir de una base de datos como fuente secundaria de información, suministrada de la encuesta objetivo de investigación, aplicada a una institución de salud de bajo nivel de complejidad.

4.2. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo con intención analítica en el que se utilizó la base de datos de las encuestas aplicadas durante el primer semestre de 2015 al personal tanto asistencial como administrativo de una institución de salud de bajo nivel de complejidad como fuente secundaria de información.

Descriptivo, pues la intención fue describir, más no encontrar una relación causa ï efecto sobre cómo se comporta la cultura de seguridad del paciente en una institución de salud a partir de su medición por medio de un cuestionario validado para dicho fin. Con intención analítica pues se pretendía identificar y analizar las diferencias o relación entre la información obtenida de personal asistencial y personal administrativo de una institución de salud y verificar que la validez interna y el análisis factorial exploratorio eran o no similares.

4.3. Población y diseño muestral

Por la metodología aplicada actualmente por la organización para la aplicación de la encuesta, al momento del ingreso del personal nuevo y posterior a una capacitación en seguridad del paciente; se cuenta permanente con datos sobre esta, sin embargo para la investigación, la población solo la conformaba el total de encuestas diligenciadas por los empleados de la institución durante el primer semestre de 2015, aplicadas luego de que la institución tomara la decisión de iniciar la medición de la cultura de seguridad.

4.4. Criterios de inclusión

Todos los datos de las encuestas de clima de seguridad del paciente diligenciadas completamente y aplicadas durante el primer semestre de 2015.

4.5. Criterio de exclusión

Datos de encuestas diligenciadas que hayan sido aplicadas en un periodo diferente al primer semestre de 2015

4.6. Descripción de las variables

Las variables que fueron consideradas eran las propias de la ñencuesta de clima de seguridad del pacienteò de la versión adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia (3), utilizadas para medir la cultura de seguridad en una institución de bajo nivel de complejidad.

4.6.1 Diagrama de variables

Relación de variables según dimensiones evaluadas en la encuesta de clima de seguridad del paciente en la versión adaptada del Centro de Gestión Hospitalaria para el Ministerio de salud y Protección Social de Colombia (49).

DIMENSIONES	VARIABLES
Características demográficas de los encuentros	▪ Principal área de trabajo en la Institución ▪ Tiempo de trabajo en la institución ▪ Tiempo de trabajo en área actual ▪ Horas a la semana que labora en la institución
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad	▪ Comentarios favorables del jefe cuando un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos ▪ Aceptación de sugerencias por parte del jefe para mejorar la seguridad de los pacientes ▪ El jefe requiere que trabajen más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes ▪ El jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez
Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo	▪ Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente ▪ El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos ▪ Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de ▪ los pacientes, evaluamos la efectividad
trabajo en equipo	▪ Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan

DIMENSIONES	VARIABLES
dentro de las áreas	▪ En esta área, la gente se apoya mutuamente ▪ Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo ▪ En esta área, el personal se trata con respeto
Actitud de comunicación abierta	▪ El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente ▪ El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad ▪ El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto
Retroalimentación y comunicación sobre el error	▪ Nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos ▪ Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área ▪ En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer
Respuesta no punitiva al error	▪ El personal siente que sus errores son usados en su contra ▪ Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada que la persona y no el problema ▪ Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida
Personal	▪ Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo ▪ El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente ▪ Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente ▪ Frecuentemente, trabajamos en ñsituación de urgenciaò

DIMENSIONES	VARIABLES
	intentando hacer mucho rápidamente
Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente	▪ La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente ▪ Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria ▪ La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso
Trabajo en equipo entre las áreas del hospital	▪ Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí ▪ Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente ▪ Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución ▪ Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes
Transiciones y no intervenciones del hospital	▪ La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra ▪ Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno ▪ A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución ▪ Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes
Percepciones generales de	▪ Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios

DIMENSIONES	VARIABLES
la seguridad	▪ La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo ▪ Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área ▪ Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir
Frecuencia de reporte de eventos	▪ ¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? ▪ Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado? ▪ ¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?
Número de eventos reportados	▪ En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?
Datos de caracterización de los empleados	▪ ¿Cuál es su cargo en esta institución? ▪ ¿Qué tipo de contrato tiene? ▪ En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? ▪ ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

4.6.2 Tabla de Variables

A continuación se presentan las variables establecidas en la encuesta de cultura de seguridad del paciente.

Código	Nombre	Categorías	Naturaleza	Nivel de medición
X1	Principal área de trabajo	a) Urgencias b) Hospitalización c) Consulta externa d) Cirugía e) Partos f) Apoyo diagnostico g) Odontología h) Terapia física i) Terapia respiratoria j) Entorno saludable k) Administrativa y financiera	Cualitativa	Nominal
X2	Apoyo mutuo en el área	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X3	Trabajo en equipo	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal

X4	Trato respetuoso	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X5	Trabaja más horas de lo adecuado	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X6	Actividades de mejora para la SP	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X7	Uso de personal temporal para cuidado del paciente	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal

X8	Siente que los errores son usados en su contra	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X9	El análisis de errores ha generado cambios positivos	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X10	Por casualidad no ocurren errores más serios	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X11	Hay apoyo entre áreas por nivel de trabajo	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal

X12	Con el evento adverso se siente denunciada la persona no el problema	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X13	Se evalúa la efectividad de los planes de mejora por la SP	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X14	Trabajamos en "Situación de urgencias"	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X15	La SP no se compromete por hacer más trabajo	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal

X16	Preocupación por que los errores queden en la hoja de vida	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X17	Hay problemas de seguridad del paciente en el área	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X18	Procedimientos y sistema son efectivos para prevención de errores	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X20	Comentarios favorables del jefe inmediato cuando ve adecuada trabajo con SP	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal

X21	Mi jefe acepta sugerencias para mejorar la SP	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X22	Exigen trabajar más rápido aunque se requiere saltar pasos importantes	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X23	Se toma en cuenta los problemas de SP que se repiten una y otra vez	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X24	Informan los cambios realizados basados en lo aprendido de los EA	1. Siempre 2. La mayoría de las veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca	Cualitativa	Ordinal

X25	El personal habla libremente de algo que puede afectar la SP	1. Siempre 2. La mayoría de las veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca	Cualitativa	Ordinal
X26	Estamos informados sobre los errores que se comenten en el área	1. Siempre 2. La mayoría de las veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca	Cualitativa	Ordinal
X27	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones/acciones de aquellos con mayor autoridad	1. Siempre 2. La mayoría de las veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca	Cualitativa	Ordinal
X28	Se discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer	1. Siempre 2. La mayoría de las veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca	Cualitativa	Ordinal

X29	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando aglo no parece estar correcto	1. Siempre 2. La mayoría de las veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca	Cualitativa	Ordinal
X30	Se comete el error pero se detecta y corrige a tiempo, que tan frecuente es reportado	1. Siempre 2. La mayoría de las veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca	Cualitativa	Ordinal
X31	Se comete el error pero no tiene potencial de daño, que tan frecuente es reportado	1. Siempre 2. La mayoría de las veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca	Cualitativa	Ordinal
X32	Se comete el error, que puede dañar al paciente pero no lo hace, que tan frecuente es reportado	1. Siempre 2. La mayoría de las veces 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca	Cualitativa	Ordinal

X33	Grado general de SP del área	a) Excelente b) Muy bueno c) Aceptable d) Pobre e) Malo	Cualitativa	Ordinal
X34	La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la SP	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X35	Las áreas de trabajo no están bien coordinadas entre si	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X36	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando se transfieren de una área a otra	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal

X37	Buena cooperación entre las áreas que requieren trabajar conjuntamente	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X38	Se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante el cambio de turno	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X39	Es desagradable trabajar con el personal de otras áreas	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X40	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal

X41	Las medidas que toma la dirección muestra que la SP es altamente prioritaria	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X42	La dirección se muestra interesada en la SP solo después de que ocurre un evento adverso	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X43	Las áreas trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal
X44	Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo	Cualitativa	Ordinal

X45	En los pasados 12 meses, cuantos reportes de EA/incidentes ha diligenciado y enviado	a) Ningún reporte b) De 1 a 2 reportes c) De 3 a 5 reportes d) De 6 a 10 reportes e) De 11 a 20 reportes f) 21 reportes o más	Cualitativa	Ordinal
X46	Tiempo de trabajo en la institución	a) Menos de un 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) De 21 años o más	Cualitativa	Ordinal
X47	Tiempo de trabajo en su área actual	a) Menos de un 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) De 21 años o más	Cualitativa	Ordinal

X48	Horas de trabajo por semana	a) Menos de 20 horas/semana b) De 20 a 39 horas/semana c) De 40 a 59 horas/semana d) De 60 a 79 horas/semana e) De 80 a 99 horas/semana f) De 100 a la semana o más	Cualitativa	Ordinal
X49	Cargo en la institución	a) Enfermera profesional b) Auxiliar de enfermería c) Medico d) Químico farmacéutico e) Técnico f) Fisioterapeuta g) Nutricionista h) Camillero y/o conductor de ambulancia i) Personal de Dirección y gerencia j) Personal de mantenimiento k) Aseo general	Cualitativa	Ordinal

X50	Tiempo trabajando en la profesión	a) Menos de un 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) De 21 años o más	Cualitativa	Ordinal
X51	Tipo de contrato	a) Planta de cargos b) Agremiación c) Outsourcing	Cualitativa	Ordinal
X52	Interacción directa o contacto con pacientes	a) Si b) No	Cualitativa	Ordinal

4.7. Técnicas de recolección de información

4.7.1 Fuentes de información

Se utilizó como fuente de información secundaria, la base de datos de resultados obtenidos de la encuesta de clima de seguridad del paciente aplicada a los empleados de una institución de bajo nivel de complejidad durante el primer semestre de 2015, realizada por el área de Calidad a través del programa de seguridad del paciente.

4.7.2 Instrumento de recolección de información

La medición de la cultura de seguridad del paciente es de gran importancia en las instituciones de salud y en Colombia el Ministerio de salud y de la protección

social, tiene como herramienta una versión de la encuesta de Clima de seguridad del paciente de la AHQR, adaptada para el país por el Centro de Gestión Hospitalaria e incluida en los lineamientos de la política nacional de seguridad del paciente; esta encuesta permite a las entidades de salud identificar como es la percepción de los empleados en cuanto a seguridad del paciente mediante doce dominios.

4.7.3 Proceso de obtención de la información

Se socializó el proyecto de investigación con la Coordinadora de calidad de la institución y posteriormente se dirigió una carta al Gerente de la institución para obtener el aval y poder utilizar como fuente secundaria, la base de datos de los resultados de la encuesta realizada en la institución.

Las encuestas fueron realizadas por la institución durante el primer semestre de 2015 previa explicación de su diligenciamiento por el área de calidad y la líder de seguridad del paciente de la institución, y posteriormente diligenciadas en la plataforma de capacitaciones de la institución, ñMoodleò, de donde se obtiene la base de datos que se utilizó como fuente secundaria de información. Se anexó de forma manual a esta base de datos los resultados de las encuestas de los empleados que no tenían acceso a la plataforma virtual.

4.8. Prueba piloto

La prueba piloto consistió en la comprobación del estado de la base de datos que permitió establecer el correcto diligenciamiento de las variables y la verificación de la integridad en la información.

4.9. Control de errores y sesgos

4.8.1 Sesgo de información

Este sesgo no se puede controlar en es este estudio por tratarse de una fuente secundaria, sin embargo la institución tuvo en cuenta los sesgos de información para la aplicación de la encuesta a los empleados con respecto a la recolección de la información y su posterior sistematización en los casos en los cuales las encuesta se aplicó de forma escrita y no digital al personal no asistencial que no cuenta con usuario para el acceso a la plataforma virtual de capacitaciones.

Puede haber sesgo de información cuando se transcribió a la base de datos, los resultados de las encuestas de los empleados que no la diligenciaron en la plataforma virtual por no contar con un usuario.

4.8.2 Sesgo de selección

Este sesgo se evitó asegurando la inscripción de los empleados a la plataforma virtual y el posterior diligenciamiento del instrumento por todo el personal de la institución; además con la opción de obligatoriedad colocada en las preguntas por medio de la plataforma para evitar preguntas sin contestar.

4.10. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Según las instrucciones de la encuesta para su análisis se realizó la valoración de cada pregunta por medio de la escala de Likert en 5 grados de acuerdo por cada dimensión evaluada.

La plataforma Moodle permitía descargar los resultados de la encuesta en un

archivo en formato Excel y que fue suministrado a la investigadora por la institución, luego se exportó al software SPSS licenciado con la Universidad CES.

En el análisis factorial exploratorio se buscó establecer si las preguntas de la encuesta se agrupan de alguna forma característica buscando encontrar grupos de variables con un significado común (46); para ello se utilizó la opción análisis factorial en SPSS. Por lo tanto, para este análisis se tuvo en cuenta el Índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) que ñse utiliza para evaluar la fuerza de la relación entre dos variables o ítems, a partir de las correlaciones parciales, la cual representa la correlación entre este par de ítems, después de remover el efecto de los demás, el cual toma valores entre 0 y 1 ñ(47). ñLa medida puede ser interpretada con distintos lineamientos; sin embargo, los más utilizados son: valores menores de 0,5 se consideran inaceptables; de 0,5 a 0,59, pobres; de 0,6 a 0,79, regulares, y de 0,8 a 1, meritoriosò ñEste índice toma el valor de 1 solo en el caso de que una variable sea perfectamente predicha. Una desventaja de este índice es el de ser muy sensible, pues tiende a incrementarse cuando el tamaño de la muestra o el número de variables aumenta, y a decrecer cuando las correlaciones o el número de factores disminuye ñ(47). En cuento a la aplicación de dicho proceso estadístico, ñse considera que se justifica si el valor del determinante encontrado es pequeño, pero diferente de 0. En el caso de obtener valores altos (cercanos a 1), su interpretación es que las variables entre sí probablemente son independientesò(46,47).

Por otro lado, para establecer la consistencia se hizo uso de la herramienta Alfa de Cronbach que busca establecer si hay una alta concordancia entre los ítems que componen una escala (48). El alfa de Cronbach es el ñpromedio de las correlaciones entre los ítems que hacen parte de un instrumentoò(48). ñTambién se puede concebir este coeficiente como la medida en la cual algún constructo,

concepto o factor medido está presente en cada ítem. Generalmente, un grupo de ítems que explora un factor común muestra un elevado valor de alfa de Cronbachò(49,50).

Del mismo modo, se tuvo en cuenta lo establecido en la literatura que dice que ñel valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja (50). Por su parte, el valor máximo esperado es 0,90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación. Varios ítems están midiendo exactamente el mismo elemento de un constructo; por lo tanto, los ítems redundantes deben eliminarse. Usualmente, se prefieren valores de alfa entre 0,80 y 0,90ò(50).

Por último, se establecieron las posibles diferencias en la validez interna y confiabilidad de la escala según área de trabajo en la institución (administrativo o asistencial) asumiendo diferencias en aquellos casos cuyo valor de p fuera menor a 0,05.

4.11. Plan de divulgación de los resultados

Al finalizar la investigación se obtuvo como producto un informe final de la misma, un manuscrito para revista indexada y la respectiva divulgación de resultados a la institución que suministró la base de datos.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación que se realizó en una institución de salud de bajo nivel de complejidad se clasificó como una investigación sin riesgos según la Resolución 8430 de 1993, Artículo 11: *ñInvestigación sin riesgos: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conductaò*(51).

En este trabajo de investigación la fuente de información fue secundaria, sin embargo teniendo en cuenta los requisitos éticos para una investigación; se garantizó a la institución de salud de donde se obtuvo la base de datos, la protección de su privacidad a través de la confidencialidad y la provisión de información acerca de los resultados de la investigación.

6. RESULTADOS

6.1 Caracterización de los empleados

Para el análisis referente a la caracterización de los empleados se tuvieron en cuenta las variables de dos secciones de la encuesta: De la sección uno, la variable X1(principal área de trabajo) y de la sección ocho, las variables de la X46 a la X52.

Tabla 1. Distribución porcentual de encuestas de clima de seguridad según área de trabajo. Primer semestre de 2015

Área de trabajo	N	%
Área administrativa	38	**19,9**
Consulta externa	33	17,3
P y P	31	16,2
Urgencias	27	14,1
Servicios generales	13	6,8
Hospitalización	11	5,8
Vigilancia	10	5,2
Farmacia	7	3,7
Laboratorio	7	3,7
Cirugía y central de esterilización	6	3,1
Sistemas	4	2,1
Mantenimiento	2	**1**
Vacunación	2	**1**
Total	**191**	**100**

Fuente: Resultados variable X1 de base de datos de Encuesta de Clima de seguridad. Primer Semestre 2015

De las 191 encuestas de la base de datos, el área administrativa aportó la mayor cantidad de datos (19,9%) correspondiente a 38 empleados; mientras que del área de mantenimiento y vacunación solo se obtuvo los datos de 2 encuestas (2%), sin embargo corresponde al total de personas que se desempeñan en estas áreas. (Tabla 1)

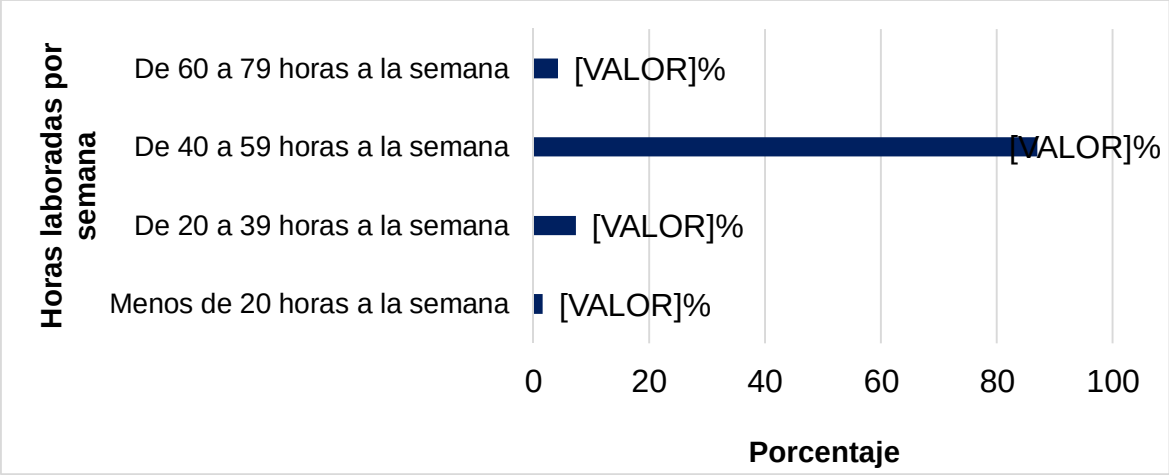
Según la base de datos de la encuesta del total de los empleados, el 52,4% tenían cargos asistenciales, el 23,6% eran auxiliares administrativos; 14,1% auxiliares de enfermería; 12,6% médicos; 10,5% persona de dirección y gerencia; 7,9% auxiliares de odontología, farmacia y/o laboratorio; 7,3% servicios generales, 5,2% enfermeras profesionales; 4,7% vigilancia; 4,2% odontólogos; 2,6% fisioterapeutas y/o terapeuta respiratoria; 2,6% psicólogos y el 4,7% pertenecían a otras áreas diferentes. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución porcentual de encuestas de clima de seguridad del paciente según cargo que desempeñan. Primer semestre de 2015

Cargo que desempeña en la institución	N	%
Auxiliar administrativo	45	23,6
Auxiliar de enfermería	27	14,1
Médico (a)	24	12,6
Personal de dirección y gerencia	20	10,5
Auxiliar (odontología, farmacia, laboratorio)	15	7,9
Servicios generales	14	7,3
Enfermera profesional	10	5,2
Vigilancia	9	4,7
Odontólogo (a)	8	4,2
Fisioterapeuta o Terapeuta respiratoria	5	2,6
Psicólogo	5	2,6
Bacteriólogo (a)	3	1,6
Personal de mantenimiento	3	1,6
Nutricionista	2	1
Camillero - Conductor	1	0,5
Total	**191**	**100**

Fuente: Resultados variable X49 de base de datos de Encuesta de Clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

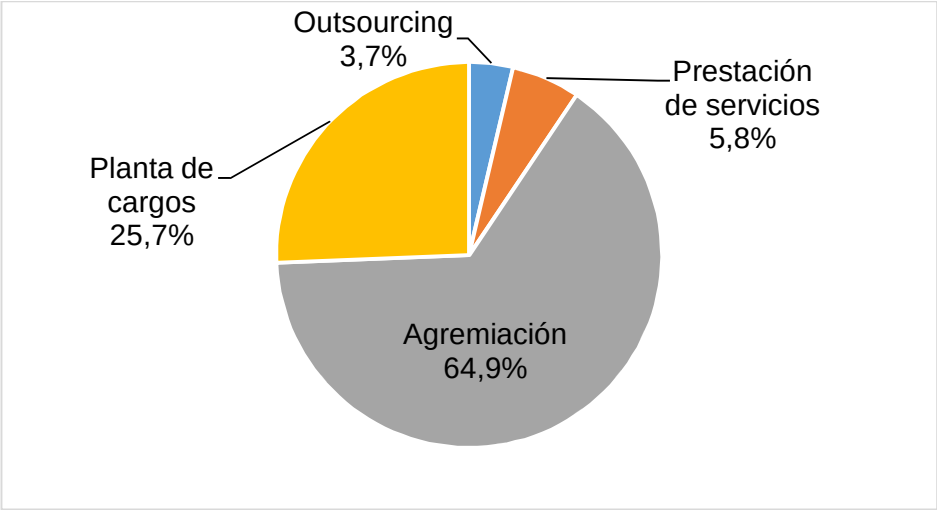
Con respecto al total de horas laboradas por semana; el 86,9% laboran de 40 a 59 horas semanales (Grafico 1).



Fuente: Variable X48 de base de datos de Encuesta de Clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Gráfico 1. Distribución porcentual horas laborales por semana

Al consultar los datos de las encuestas diligenciadas con relación al tipo de contrato de los empleados, se halló que solo el 25,7% forma parte de la planta de cargos (contrato directo) y el 74,3% (142) restante hacen parte de la institución por medio de otras formas de vinculación (Grafico 2).

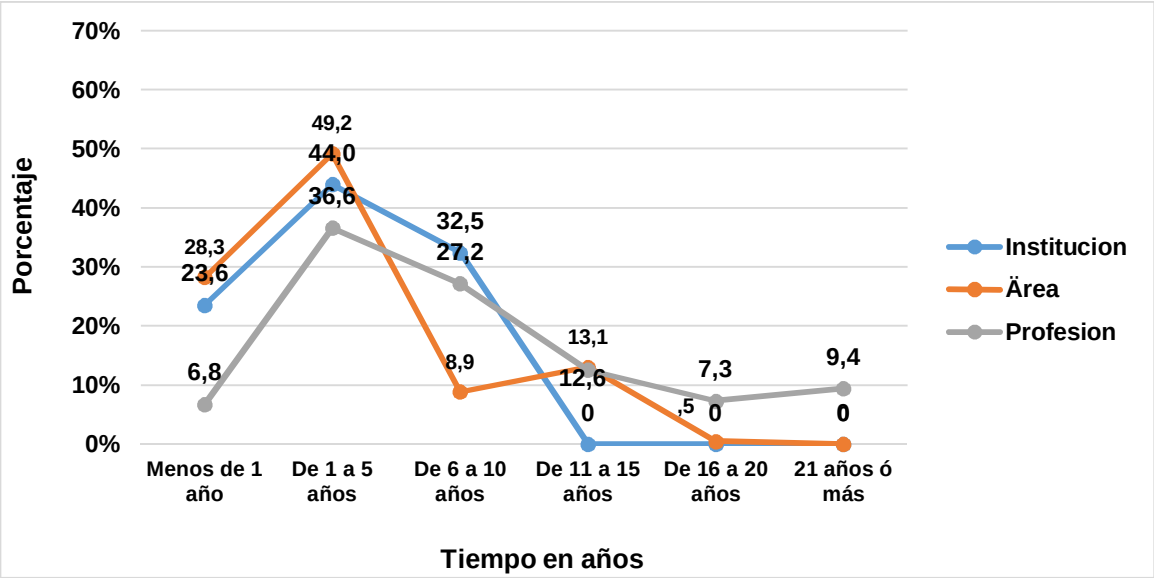


Fuente: Resultados variable X50 de base de datos de Encuesta de clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Gráfico 2. Distribución porcentual de empleados por tipo de contrato

En la encuesta de clima de seguridad del paciente se encuentran tres preguntas que hacen referencia al tiempo, en años, que los empleados llevan desempeñándose tanto en la institución, el área actual de trabajo y su profesión.

En cuanto al tiempo que llevan laborando en la institución, el 23,6% lleva menos de un año y el 44% de 1 a 5 años. Se encontró que el 28,3% lleva en su actual área de trabajo menos de 1 año; el 49,2% de 1 a 5 años; el 8,9% de 6 a 10 años; el 13,1% de 11 a 15 años y el 0,5% de 16 a 20 años. La menor proporción de estos 6,8% lleva menos de 1 año en su actual profesión y la mayor proporción la integran el 36,6% que llevan un tiempo de 1 a 5 años en su actual profesión; seguidos de un 27,2% con un tiempo de 6 a 10 años, 12,6% de 11 a 15 años, 9,4% 21 años o más y 7,3% de 16 a 20 años. (Grafico 3)



Fuente: Variables X46, X47 y X52 de base de datos de Encuesta de clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Gráfico 3. Distribución porcentual de tiempo laborado en: la institución, área actual de trabajo y profesión

Completando la caracterización según la base datos de los empleados que diligenciaron la encuesta de clima de seguridad del paciente, independiente del área de trabajo se pregunta por el contacto directo de los empleados con el paciente. Respecto a lo anterior se encontró que el 80,1% de los empleados que diligenciaron la encuesta tienen contacto directo con el paciente.

6.2 Análisis bivariado

A continuación se realizó un análisis bivariado en cada una de los dominios en los cuales está dividida la encuesta con el fin de establecer diferencias estadísticas entre los empleados discriminados, para este objetivo, como administrativos y asistenciales. Por consiguiente, dentro de la categoría de empleados asistenciales, se ubicaron aquellas encuestas de quienes tenían como cargo, los siguientes: enfermera profesional, auxiliar de enfermería, odontología, farmacia o laboratorio; médico, fisioterapeuta, bacteriólogo, nutricionista, psicólogo. Por otro lado en la categoría de personal administrativo se incluyeron aquellos quienes tenían cargos como: personal de mantenimiento, servicios generales, vigilancia, auxiliares administrativos, personal de dirección y gerencia, camillero y/o conductor.

Sección 1: Unidad de trabajo

Tabla 3. Distribución porcentual de encuestas de personal asistencial y administrativo con respecto a variables de la sección 1: Unidad de trabajo

Variables	Muy en desacuerdo %		En desacuerdo %		Ni de acuerdo ni en desacuerdo %		De acuerdo %		Muy de acuerdo %		Valor p
	Ast	Adm	Ast	Adm	Ast	Adm	Ast	Adm	Ast	Adm	
X2	3	2,2	5	5,5	16	**7**	42	69,2	34	15,4	**0,003**
X3	3	1,1	18	18,7	17	18,7	42	53,8	20	7,7	0,115
X4	2	1,1	9	12,1	21	12,1	46	63,7	22	11	0,058

X5	2	0	0	6,6	12	26,4	54	40,7	32	26,4	**0,003**
X6	7	5,5	18	19,8	30	27,5	31	37,4	14	9,9	0,810
X7	0	0	4	1,1	6	6,6	54	56	36	36,3	0,660
X8	13	8,8	27	29,7	34	39,6	21	14,3	5	7,7	0,550
X9	15	8,8	29	33	27	23,1	22	31,9	7	3,3	0,283
X10	2	0	5	1,1	16	6,6	57	64,8	20	27,5	0,052
X11	23	12,1	37	28,6	26	30,8	13	27,5	1	1,1	0,047
X12	12	7,7	23	23,1	24	27,5	30	36,3	11	5,5	0,493
X13	12	5,5	34	33	26	19,8	25	34,1	3	7,7	0,170
X14	1	0	4	2,2	25	22	57	69,2	13	6,6	0,321
X15	8	3,3	35	28,6	24	34,1	27	28,6	6	5,5	0,381
X16	11	4,4	21	35,2	25	25,3	39	33	4	2,2	0,132
X17	6	5,5	20	14,3	25	26,4	38	44	11	9,9	0,840
X18	19	20,9	42	41,8	19	27,5	17	8,8	3	1,1	0,304
X19	0	0	5	8,8	19	16,5	57	67	19	7,7	0,093

Fuente: Resultados Seccion1 de base de datos de Encuesta de clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Cuando se interroga por el apoyo mutuo dentro del área de trabajo las encuestas de los empleados refieren que el 42% están ñDe acuerdoò, y con esta misma respuesta el personal administrativo según los datos de la encuesta tiene un 69,2%. Se observa diferencia entre la respuesta del área asistencial y el área administrativa, por lo cual se realiza la prueba de Chi-cuadrado para respaldar la diferencia estadísticamente hablando. Se obtiene como resultado X2= 15,866 y un valor p= 0,003.

Se observa que el 54% de los empelados asistenciales, están ñDe acuerdoò con que en su área de trabajo se tratan con respeto, mientras que de los empleados asistenciales solo están ñDe acuerdoò un 40,7% según la base de datos de las encuestas. Al igual que con las variables anteriores para verificar la existencia de una diferencia estadísticamente significativa, se realiza la prueba de Chi-cuadrado el cual da como resultado X2=15,930 y valor p=0,003, se comprueba que existe una diferencia estadística entre las dos áreas en esta variable.

Sección 2: Su jefe

Tabla 4. Distribución porcentual de encuestas de personal asistencial (ast) y administrativo (adm) con respecto a variables de dominio 2: Su jefe

Variable	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo			
	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	X2	Valor p
X20	6	3,3	7	7,7	27	14,3	**38**	**62,6**	22	12,1	12,971	**0,011**
X21	5	0	6	1,10	21	11	**43**	**59,30**	25	28,60	13,35	**0,010**
X22	18	15,40	44	38,50	23	31,90	15	14,30	0	0	1,941	0,585
X23	4	7,70	**4**	**25,30**	20	12,10	53	48,40	**19**	**6,60**	24,026	**0,000**

Fuente: Base de datos de Encuesta de clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Dentro de la sección 2: su jefe/Director: se evidencia diferencias con relación a tres preguntas. La encuesta interroga por los comentarios favorables que hacen los jefes si ven un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente; el 62,6% de los empleados administrativos refieren estar ñDe acuerdoò contra solo el 38% de los empleados asistenciales. Al realizar la prueba de Chi-cuadrado se confirma la diferencia entre las áreas. X2= 12,971 y un valor p=0,011.

El 59,30% de los empleados administrativos refieren que están ñde acuerdoò con que su jefe acepta sugerencias para mejorar la seguridad del paciente, mientras que con esta misma respuesta el personal asistencial obtuvo un 43%. Existe diferencia entre ambas áreas, se calculó un Chi-cuadro de 13,347 y un valor p=0,010

Al revisar las respuestas con relación a que los jefes quieren que trabajen más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes; la base de datos arroja los siguientes resultados: el 31,90% de las encuestas correspondiente a personal administrativo tiene como respuesta ñNi se acuerdo, ni en desacuerdoò, mientras que el porcentaje mayor en las encuestas de los asistencial corresponde a la respuesta ñen desacuerdoò con un 44%. Se obtuvo un X2=1,941 y un valor p=0,585 por lo cual no hay diferencia estadísticamente significativa.

Por ultimo en la sección dos, se interroga: el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, siendo ñen desacuerdoò, la respuesta con mayor diferencia. El 25,30% de las encuestas de los empleados administrativos tienen como respuesta ñen desacuerdoò contra el 4% de los empleados asistenciales. Existe diferencia entre las áreas de trabajo, se realizó la prueba de Chi-cuadrado como respaldo; se encontró un X2=24,026 y un valor p=0,000.

Sección 3: Comunicación

Tabla 5. Distribución porcentual de encuestas de personal asistencial (ast) y administrativo (adm) con respecto a variables del dominio3: Comunicación

Variable	Nunca		Rara vez		Algunas veces		La mayoría del tiempo		Siempre		
	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Valor p
X24	7	4,4	11	12,1	**27**	**44**	31	11	24	28,60	**0,008**
X25	3	5,5	12	8,8	28	28,6	34	34,1	23	23,1	0,881
X26	5	5,5	8	7,7	36	27,5	22	30,8	29	28,6	0,642
X27	23	13,2	24	15,4	40	40,7	**6**	**22**	7	8,8	**0,009**
X28	6	3,3	5	2,2	23	17,6	37	27,5	29	49,5	0,063
X29	23	19,8	22	14,3	36	53,8	13	9,9	6	2,2	0,124

Fuente: Base de datos de Encuesta de clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Solo se observan diferencias entre el área asistencial y la administrativa en dos preguntas de la sección dos.

Según los resultados de la base de datos de las encuestas, el 44% de los empleados administrativos refieren que ñalgunas vecesò se les informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos; mientras que el área asistencial con esta respuesta solo se observa el 27% de las encuestas. Chi-cuadro de 13,783 y valor p=0,008.

Se evidencia también una diferencia estadística, en la pregunta relacionada con la libertad de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, se observa que el 22% de las encuestas de los empleados administrativos tiene como respuesta ñla mayoría del tiempoò, mientras que las correspondientes al personal asistencial representan un 6% con la misma respuesta. Existe claramente una diferencia entre las áreas, por lo cual se realiza prueba de Chi-cuadrado y se obtiene los siguientes resultados como respaldo: X=13,416 y un valor p=0,009.

Sección 4: Frecuencia de eventos adversos

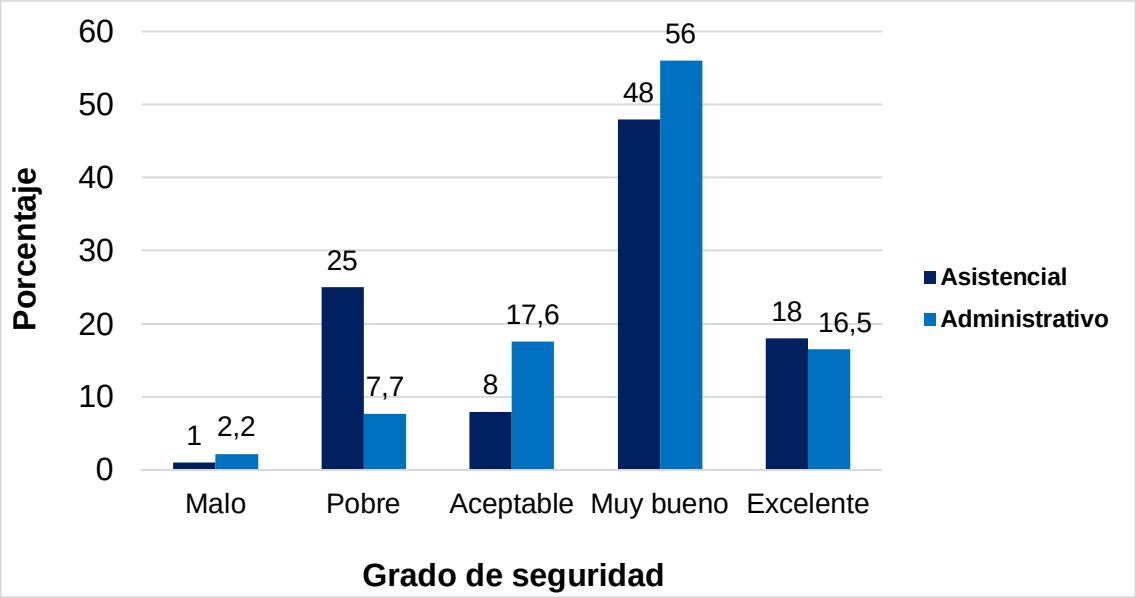
Tabla 6. Distribución porcentual de encuestas de personal asistencial (ast) y administrativo (adm) con respecto a la frecuencia de eventos adversos

Variable	Nunca		Rara vez		Algunas veces		La mayoría del tiempo		Siempre		
	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	p
X30	5	1,10	17	14,3	27	27,5	29	22	22	35,2	0,173
X31	5	3,3	13	16,5	33	28,6	25	20,9	24	30,8	0,703
X32	4	1,1	13	16,5	30	27,5	25	19,8	28	35,2	0,495

Fuente: Base de datos de Encuesta de clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Para las tres preguntas correspondientes a la sección cuatro, se observa que el mayor porcentaje siempre se concentra en la respuesta ñalgunas vecesò independiente del área de trabajo. No hay una diferencia significativa entre las áreas con relación a la frecuencia y reporte de eventos adversos, lo anterior confirmado a través de la prueba de Chi-cuadrado y los valores de p, los cuales para las tres preguntas de la sección son mayores a 0,05.

Sección 5: Grado de seguridad de paciente en área de trabajo



Fuente: Base de datos de Encuesta de clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Gráfico 4. Distribución porcentual de encuestas con respecto a grado de seguridad del paciente por área

El 56% de las encuestas del personal administrativo refieren que el grado de seguridad del paciente en el área es muy bueno contra el 48% de las encuestas del personal asistencial con esta misma respuesta. El 25% de las encuestas de los asistenciales refiere un grado de seguridad ñpobreò contra solo un 7,7% de los administrativos que contestaron esta misma respuesta. Existe una diferencia

significativa entre las áreas con relación al grado de seguridad del paciente percibido al realizar la prueba de Chi-cuadrado, se obtiene: X2= 13,094 y valor p=0,011; estos valores respaldan lo observado.

Sección 6: Su institución

Tabla 7. Distribución porcentual de encuestas de personal asistencial (ast) y administrativo (adm) con respecto a variables del dominio 6: Su institución

Variable	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo			
	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	Ast %	Adm %	X2	p
X34	1	2,2	6	4,4	18	6,6	57	63,7	18	23,1	6,563	0,161
X35	13	9,9	24	30,8	40	44	20	14,3	3	1,1	3,103	0,541
X36	11	3,3	35	28,6	32	46,2	18	18,7	4	3,3	7,014	0,135
X37	3	3,3	9	14,3	26	31,9	53	44	9	6,6	2,89	0,576
X38	18	7,7	12	20,9	43	47,3	25	20,9	2	3,3	7,030	0,134
X39	24	23,1	49	44	21	30,8	5	1,1	1	1,1	4,362	0,359
X40	14	5,5	26	35,2	39	38,5	19	20,9	2	0	6,691	0,153
X41	1	3,3	3	1,1	15	4,4	50	48,4	31	42,9	9,262	0,055
X42	23	23,1	40	50,5	21	8,8	10	14,3	6	3,3	7,321	0,120
X43	2	2,2	2	4,4	20	5,5	55	65,9	21	22	9,505	0,050
X44	19	14,3	47	25,3	**13**	**48,4**	19	8,8	2	3,3	30,538	**0,000**

Fuente: Base de datos de Encuesta de clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Con respecto a la sección seis de la encuesta enfocada en la institución, según base de datos de las encuestas, se encontró lo siguiente:

El 57% de los asistenciales y el 63,7% de los administrativos, refieren que están ñde acuerdoò al preguntarles si la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. El 40% de los asistenciales y el 44% de los administrativos contestaron, ñni de acuerdo, ni en desacuerdoò, con relación a que las áreas no están bien coordinadas entre sí. Con relación a la perdida de la

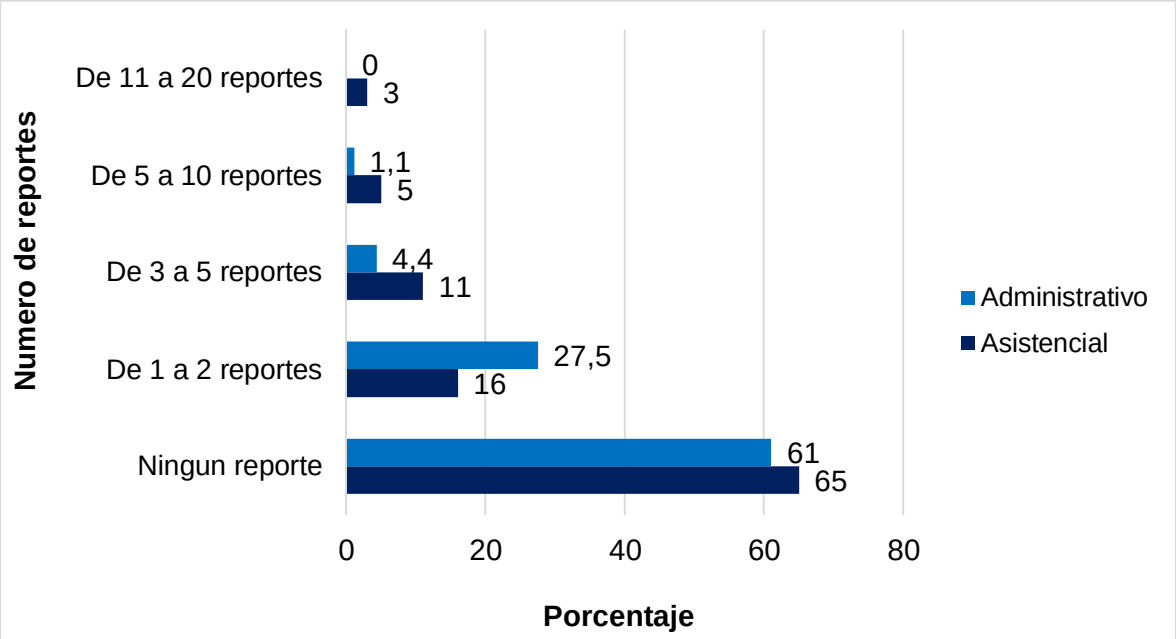
continuidad de la atención de los pacientes, cuando se transfieren de área, el 32% de los asistenciales y el 46,2% de los administrativos respondieron ñni de acuerdo, ni en desacuerdoò El 53% de los asistenciales y el 44% de los administrativos contestaron ñde acuerdoò al preguntárseles por la buena cooperación entre las unidades de la institución que requieren trabajar conjuntamente.

A cerca de la frecuencia de la perdida de información sobre el cuidado del paciente durante los cambios de turno, el 43% de los asistenciales y el 47,3% de los administrativos refieren, según base de datos, estar ñni de acuerdo, ni en desacuerdoò. Continuando con las preguntas, se observa que el 49% de los asistenciales y el 44% de los administrativos dicen estar ñen desacuerdoò al preguntarle si es desagradable trabajar con personal de otras unidades de la institución. El 39% de los asistenciales y el 38,5% de los administrativos, contestaron, según base de datos, ñni de acuerdo, ni en desacuerdoò cuando se interroga en la encuesta por los problemas que surgen en el intercambio de información entre las unidades de esta institución. El 50% de los asistenciales y el 48,4% de los administrativos contestaron ñde acuerdoò con relación a que las medidas que toma la dirección de la institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. De las encuestas de los asistenciales el 40% tiene como respuesta ñen desacuerdoò al responder que la dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente, y con igual respuesta se observa el 50,5% de las encuestas de los administrativos. El 55% de los asistenciales contestaron en sus encuestas, ñde acuerdoò, con relación al trabajo en conjunto de las unidades para propiciar el mejor cuidado de los pacientes, con igual respuesta se observa un 65,9% de las encuestas de empleados del área administrativa.

Para determinar si dentro de las preguntas de la sección seis, había alguna diferencia significativa entre las áreas, se realizó por cada variable la prueba de Chi-cuadrado. Para las anteriores variables analizadas no se obtuvo diferencias significativas, solo una de las preguntas de esta sección presentó una diferencia estadísticamente significativa al comprar las repuestas por área. Se observa que

el 13% de los asistencial contra un 48,4% de los administrativos, dieron como respuesta ñni de acuerdo, ni en desacuerdoò cuando en la encuesta se interroga por si los cambios de turno en la institución generan problemas para los pacientes. Al igual que con las anteriores variables de la sección, se realizó la prueba de Chi-cuadro, se obtuvo como resultado que respalda lo observado, con relación a la diferencia entre las áreas, los siguientes datos: X2=30,538 y valor de p=0,000.

Sección 7: Numero de eventos adversos/eventos reportados



Fuente: Base de datos de Encuesta de clima de seguridad del paciente. Primer Semestre 2015

Gráfico 5. Distribución porcentual de encuestas con respecto al número de eventos adversos/ eventos reportados

Referente al número de eventos adversos/eventos reportados el 65% de los empleados asistenciales y el 61% de los administrativos, según base de datos de la encuesta, no realizaron ningún reporte de eventos adversos en los últimos 12 meses. Se obtuvo un Chi-cuadrado de 10,635 y un valor p=0,031; por lo cual existe una diferencia entre las áreas sin embargo no es tan significativa.

6.3 Análisis factorial exploratorio y alpha de Cronbach

Se utilizó la base de datos de la encuesta, clima de seguridad del paciente para el análisis factorial exploratorio (AFE), sin discriminar por área asistencial o administrativa. Teniendo en cuenta las condiciones que se deben cumplir para poder realizar el análisis factorial exploratorio, el primer paso con las variables fue realizar un escalamiento óptimo con el fin de asignarles un valor y volverlas variables continuas, luego se determinó por medio de una matriz de correlaciones, cuáles de estas estaban correlacionadas para poder incluirlas en el análisis.

A continuación, se verificó en dicha matriz el valor de correlación de cada variable con relación a las demás y solo se tuvo en cuenta aquellas que mostraban una correlación igual o mayor de 0,5. Al finalizar, solo 26 de las variables se utilizaron en el análisis factorial, al determinar que tenían un valor adecuado de correlación para este método estadístico.

A propósito de las 26 variables que presentaron correlaciones, se pudo evidenciar que la adecuación muestral a este análisis no solamente resultó deseable, ya que se obtuvo una medida del Kaiser Meyer Olkin (KMO) de 0,829; coeficiente muy cercano a la unidad, lo que indicaría una perfecta adecuación de los datos a un modelo de análisis factorial. Adicional se obtuvo un Chi cuadrado de 2184,036 con un valor de p de 0,000 lo que comprueba que el análisis tenía una muy buena significancia.

La matriz obtenida en el análisis de correlaciones, que se representa solo en parte en la *Tabla 9* debido a su extensión, presenta los coeficientes de adecuación muestral para cada variable.

Tabla 8. Extracto de la matriz de correlaciones

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16
X1	1															
X2	0,2413	1														
X3	0,0714	0,3635	1													
X4	0,287	0,5854	0,2902	1												
X5	0,3454	0,6019	0,2658	0,4834	1											
X6	0,3059	0,2847	0,3089	0,2602	0,2911	1										
X7	0,0483	0,2623	0,3942	0,3444	0,2746	0,3284	1									
X8	0,2758	0,359	0,4222	0,3033	0,2872	0,2961	0,2937	1								
X9	0,2796	0,2735	0,1706	0,2749	0,4237	0,32	0,1699	0,3265	1							
X10	-0,006	0,2625	0,376	0,2882	0,2456	0,2199	0,4931	0,2363	0,2007	1						

X11	0,1365	0,2343	0,2791	0,3029	0,3611	0,3406	0,2273	0,277	0,4082	0,3206	1					
X12	0,1723	0,3039	0,366	0,246	0,316	0,0939	0,1638	0,3465	0,1607	0,21	0,2689	1				
X13	0,2521	0,2921	0,3146	0,2838	0,3435	0,2287	0,0843	0,3682	0,4386	0,2626	0,3116	0,3282	1			
X14	0,0436	0,2622	0,4721	0,2046	0,3113	0,1969	0,2948	0,2674	0,1807	0,3784	0,3377	0,4866	0,458	1		
X15	0,1971	0,1461	0,3073	0,1293	0,2666	0,3285	0,2229	0,2793	0,2426	0,1371	0,3477	0,175	0,2876	0,3207	1	
X16	0,1798	0,1031	0,2471	0,14	0,267	0,1507	0,2131	0,1965	0,2724	0,3287	0,3208	0,1528	0,1856	0,2265	0,2789	1

A cada elemento de la matriz, se le asignó una saturación factorial, y se verificó los índices de correlación entre filas y columnas, indicando así el peso que cada variable asignaba a cada factor. Para el análisis factorial no se tuvo en cuenta las siguientes variables, al no presentar correlaciones luego de analizar la matriz: X3, X6, X8, X9, X11, X12, X13, X14, X15, X 16, X17, X 18, X19, X22, X23, X27, X29, X33, X35, X37, X39, X45, X48, X50, X51 y X52.

Con el fin de decidir con cuantos factores podría quedar la cuesta, se utilizó el porcentaje de varianza total explicada por cada factor, y cuando este llegó a un porcentaje considerado alto, normalmente cerca del ochenta por ciento, significó que el número de factores era suficiente.

Tabla 94. Análisis factorial exploratorio: varianza total explicada

Factor	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,006	26,945	26,945	2,689	10,340	10,340
2	2,928	11,260	38,204	2,238	8,609	18,949
3	1,907	7,335	45,539	2,212	8,509	27,459
4	1,688	6,494	52,033	2,189	8,419	35,878
5	1,638	6,299	58,332	1,900	7,309	43,187
6	1,240	4,768	63,099	1,893	7,280	50,467
7	1,041	4,002	67,101	1,633	6,281	56,748
8	,932	3,583	70,684			
9	,757	2,913	73,597			
10	,687	2,642	76,239			
11	,660	2,538	78,777			
12	,573	2,204	80,981			
13	,564	2,167	83,149			
14	,509	1,959	85,108			
15	,478	1,839	86,947			
16	,443	1,704	88,651			
17	,429	1,652	90,302			
18	,394	1,516	91,818			
19	,342	1,315	93,133			
20	,327	1,258	94,391			
21	,315	1,212	95,603			
22	,274	1,052	96,656			
23	,244	,940	97,595			
24	,225	,866	98,461			
25	,213	,820	99,281			
26	,187	,719	100,000			
Método de extracción: Máxima verosimilitud.						

Con el modelo se pudo comprobar que en el factor número 8, el autovalor es inferior a la unidad aunque todavía mantiene un valor alto, además, el porcentaje de varianza explicada acumulada asciende al 70,684%, por lo que se pudo considerar como un valor suficientemente alto para estimar que 8 era un número de factores suficientes.

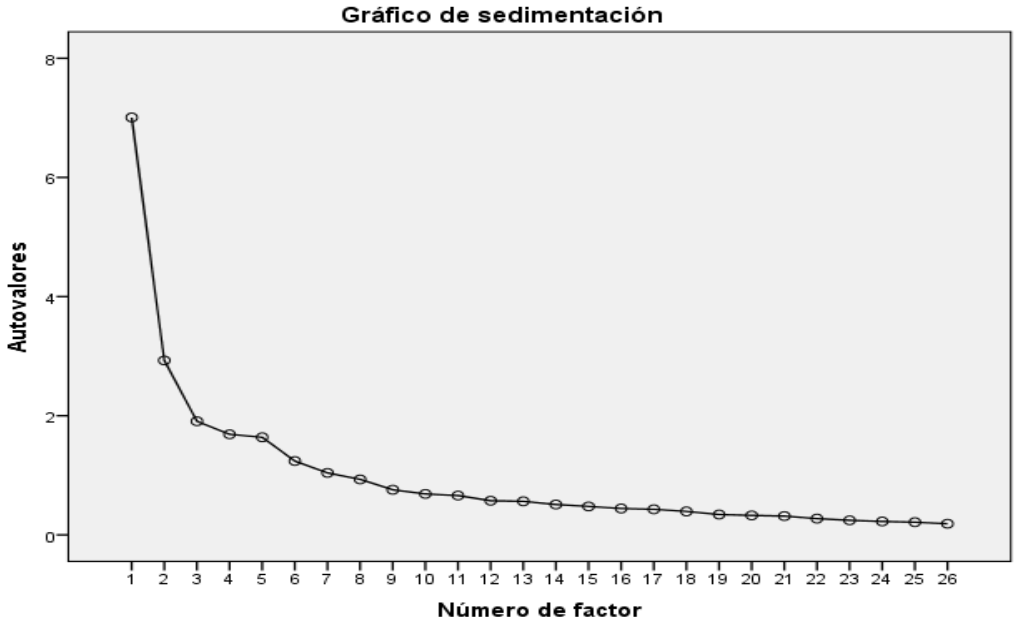


Gráfico 6. Análisis factorial exploratorio. Sedimentación de los componentes

El grafico anterior representa la sedimentación de los componentes, que suele ser utilizado también como contraste grafico para conocer el número de componentes a retener. Según este criterio se retienen todos los componentes que estén situados previamente a la zona de sedimentación, entendiendo por esta la parte del grafico en la que los componentes empiezan a no presentar pendientes fuertes, que como ya se ha mencionado puede ser a partir del componente 8.

El software sugiere extraer solo 7 componentes, sin embargo teniendo en cuenta la varianza total explicada, con este número de componentes solo se lograría explicar un 67,101%, restando fiabilidad a la encuesta, adiciona a esto, al utilizar más de 8 componentes, se encontró que un dominio estaba compuesto por una

sola variable que bien podría asociarse a otra y formar un dominio con mayor correlación.

Para la interpretación de los 8 componentes extraídos se utilizó el sistema de rotación de los factores utilizando la normalización de varimax, convergiendo dicha rotación en 7 interacciones.

Tabla 50. Análisis factorial exploratorio: matriz de componentes rotados

variables	1	2	3	4	5	6	7	8
X36	0,670							
X38	,0783							
X40	0,558							
X44	0,720							
X7		0,532						
X10		0,466						
X20		0,775						
X21		0,802						
X30			0,811					
X31			0,657					
X32			0,830					
X24				0,586				
X25				0,5791				
X26				0,593				
X28				0,563				
X34					0,519			
X41					0,823			
X42					0,480			
X43					0,560			
X2						0,780		
X4						0,623		
X5						0,636		
X46							0,979	
X47							0,725	
X1								0,455
X49								0,429

La tabla anterior presenta la matriz de componentes rotados, mostrando los valores de las variables obtenidas para cada componente.

A continuación se pasó a renombrar los componentes en función de las variables iniciales que incorporan:

Componente 1: engloba los atributos que se concentran en la encuesta como pertenecientes al dominio, su institución. Este componente será denominado: cambios de turno o unidad, y que explica por sí solo el 26,945%, de la varianza total, ocupando el primer lugar frente al resto de componentes que se van a representar.

Componente 2: contiene cuatro variables iniciales que representan las sugerencias y planes de mejora para la seguridad del paciente y que resulta lógico que presenten información redundante. Este componente se continuará llamando: oportunidades de mejora, y explican un 11,260% de la varianza total.

Componente 3: este componente está constituido por tres variables que dentro de la encuesta hacen referencia a la frecuencia de ocurrencia y reporte de los eventos adversos, este componente continuara definido como frecuencia de eventos adversos y reportes y explica el 7,335% de la varianza total.

Componente 4: constituido por cuatro variables del dominio de comunicación de la encuesta, el nombre de este componente será completamente igual. El 6,494% de la varianza total, lo explica este componente.

Componente 5: este componente hace referencia a las decisiones de la dirección de la institución con la seguridad del paciente, el componente se denominará: compromiso de la dirección. De la varianza total, este componente explica el 6,299%.

Componente 6: tres variables construyen este componente, la denominación de este será apoyo y respeto del área. Este componente explica el 4,002% de la varianza total.

Componente 7: contiene solo dos variables que en la encuesta interrogan acerca del tiempo laborado tanto en la institución como en el área actual de trabajo de los empleados, este componente se denominará: tiempo en la institución y el área de trabajo

Componente 8: incluye las dos variables que denotan el área en la cual laboran los empleados de la institución y el cargo que desempeñan en la misma, ha este componente se le denominará área de trabajo y cargo, explicando por si solo el 3,583% de la varianza total.

Adicional al análisis factorial, con el fin de identificar la confiabilidad del instrumento con los factores extraídos, se realizó el alfa de Cronbach teniendo en cuenta las 26 variables que mostraron algún valor de correlación. El coeficiente alfa de Cronbach total del instrumento fue 0,891, considerado aceptable.

Tabla 11. Alfa de Cronbach: estadísticos total-elemento

Variable	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
X1	,0000	42,681	,315		,890
X2	,0000	40,975	,479		,886
X4	,0000	40,707	,511		,885
X5	,0000	40,008	,522		,885
X7	,0000	41,238	,484		,886
X10	,0000	41,205	,485		,886
X20	,0000	40,364	,507		,886
X21	,0000	40,365	,536		,885
X24	,0000	40,331	,533		,885
X25	,0000	39,848	,580		,883
X26	,0000	41,097	,465		,887
X28	,0000	40,782	,545		,885
X30	,0000	43,284	,307		,890
X31	,0000	43,374	,299		,890
X32	,0000	43,197	,317		,889
X34	,0000	40,699	,505		,886
X36	,0000	40,842	,488		,886
X38	,0000	39,923	,551		,884
X40	,0000	40,884	,483		,886
X41	,0000	40,915	,518		,885
X42	,0000	40,698	,500		,886
X43	,0000	40,188	,547		,884
X44	,0000	41,271	,449		,887
X46	,0000	43,709	,232		,891

X47	,0000	43,600	,230		,891
X49	,0000	42,103	,373		,888

Con referencia a la tabla anterior, la media de la escala si se elimina el elemento, indica el valor que tendría la media en el caso de eliminar cada uno de los elementos. La correlación elemento-total corregida, es el coeficiente de homogeneidad corregido. Alfa de Cronbach si se elimina el elemento, equivale al valor de Alfa si eliminamos cada una de las variables. Se puede evidenciar que hay variables del modelo que si se eliminan no cambiarían el valor del alfa de Cronbach, mientras que otras variables como por ejemplo la variable X25, de ser eliminada, baja el valor del alfa a 0,883.

7. DISCUSIÓN

Partiendo de la necesidad de las instituciones y el requerimiento de la norma para medir y conocer el clima de cultura de seguridad del paciente, en la presente investigación se evaluó la ñencuesta de clima de seguridad del pacienteò como única herramienta que propone el Ministerio de salud y protección Social en Colombia para este fin, en una versión adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria (3).

Sin embargo, para Colombia no se logró identificar ningún tipo de validación de esta encuesta, solo se hace referencia a una adaptación, lo que puede dar resultados variables con respecto a los dos países antes mencionados, puesto que son contextos completamente diferentes en términos de sistemas e instituciones de salud. Se solicitó por medio de correo electrónico al Ministerio de salud y de la protección social y al Centro de Gestión Hospitalaria, información acerca de algún estudio de validación de la encuesta en Colombia; aunque no se obtuvo ninguna respuesta a dicha solicitud.

La información disponible sobre investigaciones acerca de instrumentos para la medición de la cultura de seguridad del paciente en Colombia resulta siendo mínima, lo que limita la comparación de resultados, solo se cuenta con información sobre los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones de la encuesta aplicadas en diferentes instituciones de salud del país; aun así, se evidencia como lo expresa con referencia al tema, Gómez-Ramírez OJ *et al*: ñ*no hay una buen cúmulo de resultados de investigación publicados a escala nacional que representen un alto nivel de evidencia científica que permita la generalización de los hallazgos, la evidencia que se encontró puede ser analizada para su aplicación en planes de mejoramiento concretos en la práctica, pues los participantes y los entornos de los estudios incluidos son razonablemente similares a las percepciones en la atención sanitaria del contexto nacional (52).*

Por consecuencia de lo anterior, la comparación de los resultados de la presente investigación no se logra hacer de manera amplia, puesto que al realizar la búsqueda de soporte bibliográfico sobre validación y confiabilidad de la encuesta, se evidencia que al igual que en Colombia, se cuentan con innumerables artículos que solo hacen referencia a la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en diversas instituciones de salud.

Por otro lado, en el ámbito internacional, Estados Unidos y España, son países que han venido trabajando la seguridad del paciente desde hace algún tiempo, y específicamente han tratado en distintas oportunidades de medir la cultura de seguridad por medio de diferentes encuestas, entre ellas la realizada por la AHQR en Estados Unidos, y por España la versión adaptada y validada de esta misma encuesta (20, 21).

Con referencia a la validación realizada por España, se utilizaron para esta los datos de 185 encuestas; se puede evidenciar que la población total está muy cercana al total de encuestas utilizadas para la presente investigación (21). De igual forma para la validación se empleó el análisis factorial y el alpha de Cronbach, sin embargo no es susceptible de comparación con la presente investigación puesto que dichos métodos estadísticos fueron aplicados a la versión española de la encuesta y no al instrumento original de la AHQR (21).

Relacionado a la investigación en España, luego de realizar todo el proceso de validación, finalmente, concluyen que ñel cuestionario de la AHQR es un instrumento válido y fiable para su aplicación, pero con su debida traducción, adaptación y ampliación de preguntas para lograr la medición de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de Salud de España que proporcionan atención primaria de Saludò(21).

Además, la encuesta de ñclima de cultura de seguridadò está diseñada para que sea aplicada a todo el personal de una institución de salud independiente de su

cargo y supone que los resultados sirven para determinar el ñgradoò de cultura que tiene una institución con relación a la seguridad del paciente. Para la presente investigación se realizó una comparación entre las respuestas proporcionadas por las encuestas de los empleados asistenciales y las encuestas de los empleados con cargos administrativos. Se lograron identificar, tal como se esperaba, algunas variables que presentan diferencias entre uno y otro cargo, al analizarlas se evidencia que éstas preguntan a los empleados por problemas de seguridad del paciente que puedan surgir en determinadas actividades como la entrega de turno, las cuales son exclusivamente asistenciales, por lo cual, las personas que tienen cargos administrativos solo tienen una opción de respuesta y que al comparar resultados no se puede concluir si esta respuesta es derivada del hecho de no conocer los procesos asistenciales o que a pesar de conocerlos, no pueden identificar si durante estas actividades se presentan problemas o no ya que no están directamente involucrados en estas.

Con referencia a lo dicho, en la investigación realizada en España, de igual forma se llama la atención sobre ñ*el estudio de la no respuesta. En general, se muestra muy condicionado por la distinta organización del sistema sanitario en un país y otro y el papel claramente diferenciado que en nuestro sistema juega cada profesional, con tareas también claramente diferenciadas a las de los profesionales americanos y, a su vez, muy diferentes entre profesionales sanitarios y no sanitarios en nuestro país*ò (21).

Adicional a lo anterior, se hace la aclaración al igual que en la presente investigación, que ñ*las diferencias observadas pueden deberse a las características de los conceptos que valoran las diferentes preguntas, de forma que las sentencias que se refieren a una determinada categoría, como por ejemplo el personal no sanitario, posiblemente inducen a que las categorías no aludidas opten por la respuesta ñno lo sé / no procedeò De igual manera las preguntas que abordan temas clínicos o asistenciales reflejan diferencias referidas a la organización de actividades o a la competencia de funciones.* (21)

Dejando de lado los resultados obtenidos en la validación de España, se encontró una investigación realizada por Said Bodur y Emel Filiz en un hospital público de Turquía, que al igual para la validación y la confiabilidad de la encuesta de clima de seguridad del paciente; se empleó el análisis factorial exploratorio y el alfa de Cronbach(53). Es de anotar que luego de realizar la traducción al turco, en lugar de 52 variables, obtuvieron 42, lo que explican haciendo referencia a la diferencia cultural. Referente a las correlaciones entre las variables, dicho estudio solo tuvo en cuenta aquellas que el valor de correlación fuera mayor o igual a 0,6. Posterior a esto se realizó el análisis factorial con las 42 variables, reduciendo el instrumento original a 10 dominios, y por ende excluyendo también las variables que no mostraron correlación adecuada. (53).

En lo que respecta a las variables que fueron utilizadas luego de verificar el valor de correlación, se excluyeron muchas de estas que de igual forma no fueron tomadas en cuenta para la presente investigación. De las variables excluidas en ambas investigaciones se encuentran las siguientes (53):

- X6: El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente
- X8: Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente
- X9: El personal siente que sus errores son usados en su contra
- X11: Es sólo por casualidad que acá no ocurren errores más serios
- X14: Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.
- X15: Frecuentemente, trabajamos en ñsituación de urgenciaò intentando hacer mucho muy rápidamente
- X16: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo
- X17: los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida

- X18: tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad
- X19: nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir
- X22: cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes
- X23: mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez
- X39: frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta institución

Por último, haciendo referencia a la presente investigación, se logró obtener, a través del análisis factorial exploratorio, dimensiones más específicas conformadas por variables consistentes tanto conceptual como estadísticamente. Los resultados de este estudio arrojaron 12 dimensiones, las cuales son iguales en número a las encontradas en la encuesta original, sin embargo con el fin de reducir la extensión de esta, se logró dividir las variables que presentaron correlaciones, en solo 8 dimensiones que representan la información sobre la manera como los empleados de una institución de salud, perciben y evalúan la cultura de seguridad del paciente por medio de la comunicación, trabajo en equipo, reporte y frecuencia de eventos adversos.

Esta investigación se orienta, por un lado, a la importancia de corroborar las dimensiones identificadas en la encuesta de clima de seguridad del paciente en una población similar, lo que brindará mayores evidencias de la estructura conceptual del instrumento. Un siguiente reto consistía en correlacionar las variables con las dimensiones de la encuesta, ya que así se obtiene un mayor conocimiento sobre el papel predictivo que pueden jugar este tipo de variables con relación a la cultura de seguridad en una institución y permitirá la planeación de estrategias de prevención de eventos adversos, quizás incrementado de forma indirecta la cultura de seguridad.

8. CONCLUSIONES

1. Los resultados de la presente investigación indican que la versión en Español, sugerida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social en Colombia para la medición del clima de seguridad del paciente, se adaptó consistentemente en la población de la cual se obtuvo la base de datos, aun cuando se eliminó algunas variables y por ende dominios del instrumento original a través de un análisis factorial exploratorio; se logró obtener dominios consistentes en relación a lo conceptual y estadístico.

2. El instrumento validado, tiende a confundir el clima y la cultura de seguridad, términos por definición muy diferentes, por tal motivo se sugiere que se defina cuál es el real alcance del instrumento y que se pretende medir.

3. Una vez excluidas las variables que no presentaron valores adecuados de correlación y analizar las 26 variables que quedaron, se podría pensar que el instrumento reducido que se obtiene de esta investigación, se enfoca específicamente a la cultura de seguridad. Probamente las variable excluidas, distraen la atención hacia otra temática más orientada a clima de seguridad.

4. De acuerdo con los resultados de la investigación, se propone que teniendo en cuenta que la ocurrencia de eventos adversos ocurre en la prestación de los servicios con otros factores que contribuyen, debería diseñarse un instrumento que aplique al personal asistencial y un instrumento que mida los factores contributivos dentro de la cultura de seguridad que aplica para el personal administrativo.

5. Con relación a la anterior conclusión, teniendo claro los alcances de dichos instrumentos, se debe diseñar una guía metodológica de aplicación, análisis e interpretación, con el fin de que realmente pueda ser un instrumento con objetivos

muy claros y se pueda estandarizar los resultados y por ende se logre realizar comparación y/o referenciación entre diferentes instituciones de salud del país.

6. Por último, los resultados de la investigación y más específicamente el instrumento reducido, podría aplicarse en otras instituciones de salud con el fin de observar su comportamiento y evaluar si continua teniendo igual validez y confiabilidad al aplicarse a poblaciones más grandes y/o con ciertos contextos diferentes a la institución de la cual se obtuvo la base de datos para este estudio.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 2003 de 2014. Mayo 28, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: El Ministerio; 2014. Ministerio de salud y protección social.

2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá: El Ministerio; Noviembre de 2008

3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Anexo 3: encuesta de clima de seguridad del paciente, p.43. Bogotá: El Ministerio; Noviembre de 2008

4. Brennan TA, Leape LL, Laird MN, Herbert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patiens. Results of the Harvad Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991; 324 (6); 370 ï 376.

5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health care system. Washington DC: National Academies Press; 1999.

6. Organización Panamericana de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WhA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente.

7. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2004

8. 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_IBEA.pdf

9. 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

10. Ministerio de la Protección Social, Colombia. El Estudio IBEAS y la Política de Seguridad del Paciente en Colombia [Internet]. 2014. 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.pdfPolítica nacional seguridad del paciente

11. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1646 de 2006. Mayo 8, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Saludò Bogotá: El Ministerio; 2006. Ministerio de protección social.

12. Colombia. Ministerio de salud y la Protección Social. Resolución 256 de 2016. Febrero 5, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Bogotá: El Ministerio; 2016. Ministerio de salud y protección social.

13. Agency for Healthcare Research and Quality, USA. About Us [Internet]. AHRQ. 2015 [cited 2015 Abr 30]. Available from: http://www.ahrq.gov/about/index.html

14. Centro de gestión hospitalaria, Colombia. About Us [Internet]. CGH. 2014 [cited 2014 Nov 15]. Available from: http://www.cgh.org.co/imagenes/gestiondelacultura.pdf

15. Centro de gestión hospitalaria, Colombia. About Us [Internet]. CGH. 2014 [cited 2014 Nov 15]. Available from: http://www.cgh.org.co/imagenes/gestiondelacultura.pdf

16. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Capitulo II: Principios orientadores de la política de seguridad del paciente, p.9. Bogotá: El Ministerio; Noviembre de 2008

17. Guía técnica sobre buenas prácticas para la seguridad del paciente [Internet]. [Cited 2015 octubre 18]. Availabe from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf

18. Fleming M, Hartnell N. Safety Culture and Climate in Healthcare. Safe Eff. 1 Canadian Pharmacists Association; 2007

19. 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.

20. Agency for Healthcare Research and Quality, USA. Encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente [Internet]. 2015 [cited 2015 May 24]. Available from: http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html

21. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes [Internet]. [cited 2015 feb 5]. Available from: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf

22. Bland JM, Altman DG. Validating scales and indexes. Br Med J 2002; 324: 606-607.

23. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. Cuarta edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006

24. Gliner JA, Morgan GA, Harmon RJ. Measurement reliability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 486-488

25. Gómez C, Sánchez R. Conceptos básicos sobre validación de escalas. Rev Colomb Psiquiatr. 1998;27:121-30.

26. Streiner DL. A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. Can J Psychiatry. 1993;38:140-8.

27. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. J Pers Assess 2003; 80: 99-103.

28. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. Br Med J 1997; 314: 572

29. Sánchez R, Gómez C. Conceptos básicos sobre validación de escalas. Rev Colomb Psiquiatr 1998; 27: 121-130.

30. Terblanche NS, Boshoff C. Improved scaled development in markenting. An empirical illustration. Int J Mark Res 2006; 50: 105-119.

31. Cervantes VH. Interpretaciones del coeficiente de alpha de Cronbach. Avances en Medicion 2005; 3: 9-25.

32. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. J Appl Psychol 1993; 78: 98-104.

33. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. J Pers Assess 2003; 80: 99-103.

34. Clark LA, Watson D. Constructing validity: basic issues in objective scale development. Psychol Assess 1995; 7: 309-319.

35. Roberts P, Priest H, Traynor M. Reliability and validity in research. Nurs Stand 2006; 20: 41- 45

36. Terblanche NS, Boshoff C. Improved scaled development in markenting. An empirical illustration. Int J Mark Res 2006; 50: 105-119.

37. Schmidt FL, Le H, Ilies R. Beyond alpha: an empirical examination of the effects of different sources of measurement error on reliability estimates for

measures of individual differences constructs. Psychol Methods 2003; 8: 206-224.

38. Hebson RK. Understanding internal consistency reliability estimates: a conceptual primer on coefficient alpha. Meas Eval couns Dev 2001; 34: 177-189.

39. Jaju A, Crask MR. The perfect design: optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. Am Market Assoc 1999; 10: 127-131.

40. Campo-Arias A. Usos del coeficiente de alfa de Cronbach (carta al editor). Biomedica 2006; 26: 585-588.

41. Rubio-Stipec M, Hicks MHR, Tsuang MT. Cultural factors influencing the selection, use, and interpretation of psychiatric measures. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, Zarin DA, Blacker

42. D, Endicott J, et al. Handbook of psychiatric measures. Washington: American Psychiatric Association; 2002

43. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev Colomb Psiquiatr 2005; 34: 572-580.

44. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika 1937; 2: 151-160

45. Gorsuch R. Factor analysis 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1983

46. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis.

Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.

47. Hair JF Jr, Black WC, Babin BJ, et al. Multivariate data analysis, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc Bartlett; 2009.

48. Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesnot matter. J Pers Assess. 2003;80:217-22

49. Rogers WM, Schmiti N, Mullins ME. Correction for unreliability of multifactor measures: comparison of Alpha and parallel forms approaches. Organ Res Methods. 2002;5:184-99.

50. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. J Pers Assess. 2003;80:99-103.

51. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo 11. Bogotá: El Ministerio; 1993. Ministerio de salud

52. Gómez-Ramírez OJ, Soto-Gámez A, Arenas-Gutiérrez A, et al. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. UNAL. Avances de enfermería 29:2. 2011

53. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC Health Services Research 28 January 2010. 10:28 DOI: 10.1186/1472-6963-10-28

10. ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de cultura de seguridad del paciente

HERRAMIENTA 6	**Encuesta sobre la cultura de la seguridad del paciente**

INSTRUCCIONES

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en su institución. Le tomará 10 a 15 minutos completarla.
Evento adverso: se define como cualquier situación que produzca daño o lesión en un paciente, secundario a la atención médica y que no tenga que ver con su patología de ingreso.
Seguridad del paciente: se define como evitar la ocurrencia de errores y eventos adversos.

SECCIÓN A | **Su área/unidad de trabajo**

En esta encuesta, piense en su "unidad" como el área de trabajo, departamento o área clínica de la institución donde usted pasa la mayor parte de su horario laboral.

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

Especialidades clínicas		Farmacia	
Especialidades quirúrgicas		Laboratorio	
Urgencias		Radiología	
Unidad de cuidados intensivos		Anestesiología	
Salud mental/psiquiatría		Otro, por favor, especifique:	
Rehabilitación			

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

PIENSE EN SU UNIDAD/ÁREA DE TRABAJO	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente	1	2	3	4	5
2. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo	1	2	3	4	5
3. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo	1	2	3	4	5
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto	1	2	3	4	5
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente	1	2	3	4	5
6. Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente	1	2	3	4	5
7. Usamos más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente	1	2	3	4	5
8. El personal siente que sus errores son usados en su contra	1	2	3	4	5
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos	1	2	3	4	5
10. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios	1	2	3	4	5

PIENSE EN SU UNIDAD/ÁREA DE TRABAJO	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
11. Cuando su área/unidad está realmente ocupada, otras le ayudan	1	2	3	4	5
12. Cuando se informa de un evento adverso se siente que está siendo denunciada que la persona y no el problema	1	2	3	4	5
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad	1	2	3	4	5
14. Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho muy rápidamente	1	2	3	4	5
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo	1	2	3	4	5
16. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida	1	2	3	4	5
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad	1	2	3	4	5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir	1	2	3	4	5

SECCIÓN B — Su jefe/director

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

PIENSE EN SU UNIDAD/ÁREA DE TRABAJO	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes	1	2	3	4	5
2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	1	2	3	4	5
3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes	1	2	3	4	5
4. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez	1	2	3	4	5

SECCIÓN C Comunicación

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

PIENSE EN SU UNIDAD/ÁREA DE TRABAJO	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
1. La Unidad Funcional de Gestión Clínica nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos	1	2	3	4	5
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	1	2	3	4	5
3. Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta unidad	1	2	3	4	5
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	1	2	3	4	5
5. En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer	1	2	3	4	5
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto	1	2	3	4	5

SECCIÓN D Frecuencia de eventos adversos/errores reportados

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

PIENSE EN SU UNIDAD/ÁREA DE TRABAJO	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	1	2	3	4	5
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	1	2	3	4	5
3. Cuando se comete un error que pudiera dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	1	2	3	4	5

SECCIÓN E Grado de seguridad de paciente

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

Excelente	Muy bueno	Aceptable	Pobre	Malo

SECCIÓN F Su institución

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

PIENSE EN SU UNIDAD/ÁREA DE TRABAJO	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. La dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	1	2	3	4	5
2. Las unidades de esta institución no están bien coordinadas entre sí	1	2	3	4	5
3. La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra	1	2	3	4	5
4. Hay buena cooperación entre las unidades de la institución que requieren trabajar conjuntamente	1	2	3	4	5
5. Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno	1	2	3	4	5
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta institución	1	2	3	4	5
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución	1	2	3	4	5
8. Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	1	2	3	4	5
9. La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso	1	2	3	4	5
10. Las unidades de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes	1	2	3	4	5
11. Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes	1	2	3	4	5

SECCIÓN G	Número de eventos adversos/errores reportados

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

Ningún reporte	De 1 a 2 reportes	De 3 a 5 reportes	De 6 a 10 reportes	De 11 a 20 reportes	21 reportes o más

SECCIÓN H	Antecedentes

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

Menos de 1 año	De 1 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	De 16 a 20 años	21 años o más

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

Menos de 1 año	De 1 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	De 16 a 20 años	21 años o más

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

Menos de 20 horas a la semana	De 20 a 39 horas a la semana	De 40 a 59 horas a la semana	De 60 a 79 horas a la semana	De 80 a 99 horas a la semana	100 a la semana o más

4. ¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque LA OPCIÓN que mejor describa su posición laboral.

Enfermera profesional	
Enfermera auxiliar	
Médico de planta	
Médico residente	
Médico especialista	
Químico farmacéutico	
Técnico (p. ej., ECG, laboratorio, radiología)	
Fisioterapeuta	
Bacterióloga	

Terapista ocupacional	
Nutricionista	
Camillero	
Fonoaudióloga	
Administrativo	
Personal de dirección y gerencia	
Personal de mantenimiento	
Otro, por favor especifique:	

5. ¿Qué tipo de contrato tiene? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Empleado de nómina	Cooperativa	Consorcio

6. En su cargo, ¿tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Sí	No

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

Menos de 1 año	De 1 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	De 16 a 20 años	21 años o más

SECCIÓN I **Comentarios**

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, reporte de errores o eventos adversos en su institución.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¡Gracias por diligenciar esta encuesta!