

**Clima de seguridad del paciente
Hospital General de Medellín, 2015.**

**Stephany Carolina Castañeda Jaramillo
Yessica Henao Mazo**

**Trabajo de Grado para optar al título
Administrador en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud**

**Asesor
Ariel Orozco Arbeláez. MSP
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2015**

Índice

Lista de tablas	4
Lista de figuras	5
Lista de anexos	6
Glosario de siglas y términos	7
1 Presentación	9
2 Planteamiento del problema.....	10
3 Justificación	13
4 Objetivos	14
4.1 General	14
4.2 Específicos.....	14
5 Marcos de referencia	15
5.1 Político	15
5.2 Normativo.....	16
5.3 Conceptual.....	19
5.4 Institucional	21
6 Metodología	23
6.1 Enfoque y Tipo de Estudio	23
6.2 Población y Muestra.....	23
6.3 Criterios.....	24
6.4 Variables.....	25
6.5 Recolección de Información	26
6.6 Plan de Análisis.....	27
6.6.1 Consideraciones específicas.....	29
6.6.2 Divulgación de los resultados.....	31
7 Aspectos administrativos.....	32
7.1 Consideraciones Éticas.....	32
8 Resultados	33
8.1. Resultados de la prueba piloto.....	33
8.2. Caracterización de la muestra	33
8.2.1. Datos socio-profesionales de las personas encuestadas.....	34
8.3. Clima de seguridad del paciente.....	37
8.3.1. Calificación global del Clima de SP	38
8.3.2. Número de eventos notificados por los participantes	38
8.3.3. Dimensión 1 “Frecuencia de eventos notificados”	39
8.3.4. Dimensión 2 “Percepción de seguridad”.....	40
8.4. Clima de seguridad del paciente en áreas o servicios.	41
8.4.1. Dimensión 3 “Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/ servicio que favorecen la seguridad”	42
8.4.2. Dimensión 4 “Aprendizaje organizacional/mejora continua”.....	43
8.4.3. Dimensión 5 “Trabajo en equipo en el área/servicio”.	44
8.4.4. Dimensión 6 “Franqueza en la comunicación”	45

8.4.5. Dimensión 7 “Retroalimentación y comunicación sobre errores”	46
8.4.6. Dimensión 8 “Respuesta no punitiva a los errores”	48
8.4.7. Dimensión 9 “Dotación de personal”	49
8.4.8. Dimensión 10 “Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente”	50
8.5 Interacción entre áreas del hospital.	51
8.5.1. Dimensión 11 “Trabajo en equipo entre áreas”	51
8.5.2. Dimensión 12 “Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios”	53
8.6 Manejo de medicamentos	54
8.7 Ordenamiento de las dimensiones.	57
8.8 Identificación y priorización de oportunidades de mejora.	58
8.9 Identificación de fortalezas y oportunidades de mejora.	59
8.9.1. Fortalezas.	59
8.9.2. Oportunidades de Mejora	61
9 Discusión	62
10 Conclusiones	68
11. Recomendaciones	69
Referencias.	70
Anexos	75

Lista de tablas

Tabla 1. Muestreo aleatorio estratificado del estudio* HGM, 2015.	24
Tabla 2. Variables Dependientes Subjetivas.	25
Tabla 3. Variables Independientes Objetivas.....	26
Tabla 4. Tipos de variables, procedimientos estadísticos y forma de presentación de la información.....	28
Tabla 5. Preguntas formuladas negativamente en el cuestionario y que tendrán que ser invertidas para el análisis.....	30
Tabla 6. Clasificación de los resultados de las dimensiones: Fortalezas y Oportunidades de Mejora.	31
Tabla 7. Grado de Seguridad del Paciente HGM, 2015.	38
Tabla 8. Frecuencia de eventos notificados.....	40
Tabla 9. Percepción de seguridad.	41
Tabla 10. Expectativas y acciones de la dirección del Área/Servicio que favorecen la seguridad.	43
Tabla 11. Aprendizaje organizacional/mejora continua.....	44
Tabla 12. Trabajo en equipo en el área/servicio.	45
Tabla 13. Franqueza en la comunicación.	46
Tabla 14. Retroalimentación y comunicación sobre errores.	47
Tabla 15. Respuesta no punitiva a los errores.....	48
Tabla 16. Dotación de personal.	50
Tabla 17. Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente.	51
Tabla 18. Trabajo en equipo entre áreas.	52
Tabla 19. Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios....	54
Tabla 20. Manejo de medicamentos.	56
Tabla 21. Orden de las dimensiones (de mayor a menor) según % de respuestas positivas.....	57
Tabla 22. Orden de las dimensiones (de mayor a menor) según % de respuestas negativas.	57
Tabla 23. Dimensiones calificadas como fortalezas HGM, 2015.	59
Tabla 24. Ítems calificadas como fortalezas HGM, 2015.	60
Tabla 25. Ítems calificadas como oportunidad de mejora HGM, 2015.....	61

Lista de figuras

Figura 1. Proporción de participantes por área o servicio de trabajo HGM, 2015.	33
Figura 2. Años en el HGM, 2015.....	34
Figura 3. Años en el área HGM, 2015.....	35
Figura 4. Años en la profesión/especialidad HGM, 2015.	35
Figura 5. Horas de trabajo a la semana HGM, 2015.....	36
Figura 6. Participantes según profesión/cargo HGM, 2015.....	37
Figura 7. Grado de Seguridad del Paciente HGM, 2015.	38
Figura 8. Número de eventos notificados por los participantes HGM, 2015.....	39
Figura 9. Total de respuestas positivas, neutras y negativas primera dimensión.....	39
Figura 10. Total de respuestas positivas, neutras y negativas segunda dimensión. ...	41
Figura 11. Total de respuestas positivas, neutras y negativas tercera dimensión.....	42
Figura 12. Total de respuestas positivas, neutras y negativas cuarta dimensión.	44
Figura 13. Total de respuestas positivas, neutras y negativas quinta dimensión.	45
Figura 14. Total de respuestas positivas, neutras y negativas sexta dimensión.	46
Figura 15. Total de respuestas positivas, neutras y negativas séptima dimensión.	47
Figura 16. Total de respuestas positivas, neutras y negativas octava dimensión.	48
Figura 17. Total de respuestas positivas, neutras y negativas novena dimensión.	49
Figura 18. Total de respuestas positivas, neutras y negativas décima dimensión.	50
Figura 19. Total de respuestas positivas, neutras y negativas undécima dimensión. .	52
Figura 20. Total de respuestas positivas, neutras y negativas duodécima dimensión.	53
Figura 21. Total respuestas positivas, neutras, negativas y no aplica en el Manejo de Medicamentos.	55
Figura 22. Dimensiones calificadas como oportunidad de mejora en el estudio HGM, 2015.....	58

Lista de anexos

1. Instrumento	75
2. Descripción de estudios en Cultura de Seguridad del Paciente aplicando el Instrumento de la AHRQ	84
3. Operacionalización de variables subjetivas y objetivas.	90
4. Consentimiento Informado: Clima de Seguridad del Paciente en el Hospital General de Medellín. 2015.....	95

Glosario de siglas y términos

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality - Agencia para la Investigación y Calidad de los Cuidados de la Salud.

AMSP: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

ARP: Administradoras de Riesgos Profesionales.

Atención en salud: Conjunto de servicios proporcionados a los ciudadanos por las instituciones y profesionales para prevenir, mantener, controlar y restablecer la salud.

DTS: Direcciones Territoriales de Salud.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

ENEAS: Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización.

EPS: Entidades Promotoras de Salud

E.S.E: Empresa Social del Estado.

Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos-IBEAS: Ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales.

Evento Adverso-EA: Lesiones involuntarias, no intencionadas, que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la prolongación del tiempo de estancia de hospitalización y al incremento de los costos y afectación de la calidad.

HGM: Hospital General de Medellín.

IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

IACS: Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud.

latrogenia: También llamado acto médico dañino, es el acto médico del tipo dañino, que a pesar de haber sido realizado debidamente no ha conseguido la recuperación de la salud del paciente, debido al desarrollo lógico e inevitable de determinada patología terminal.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

IPS: Instituciones Prestadoras de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PAMEC: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

PNPSS: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

PNSP: Política Nacional de Seguridad del Paciente.

PRUM: Problemas relacionados con el uso de medicamentos.

Seguridad del Paciente-SP: 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.

SGIC: Sistema de Gestión Integral de Calidad.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SOGC: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

1 Presentación

Los sistemas de salud son uno de los componentes más relevantes y complejos de las sociedades modernas, en especial en el factor de servicios de salud. Las fallas en la seguridad en la prestación de tales servicios configuran un problema mundial con implicaciones para la salud pública en todas las naciones, independientemente del grado de desarrollo (1). La OMS puso en marcha en Octubre de 2004 la AMSP, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar mejoras en esta materia (2).

En 2005 Colombia diseñó la PNPSS, con el fin de garantizar el acceso, optimizar los recursos y mejorar la calidad de los servicios. Se fundamentó en tres ejes principales entre ellos la calidad, que en el marco de la cuarta estrategia busca disminuir los riesgos asociados a la atención y el impacto de los servicios en la mejora de la salud (3).

Un año después, se estableció el SOGC, con el propósito de garantizar la provisión de servicios de salud de manera accesible y equitativa, con profesionales idóneos, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, para lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios. El sistema, integrado por cuatro componentes: Habilitación, Auditoría, Acreditación y Sistema de Información para la Calidad en Salud (4), es el medio dispuesto en Colombia para materializar la PNSP formulada en Junio de 2008; busca prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la SP, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de EA (5).

El Sistema Único de Acreditación-SUA comprende el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo, procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS que voluntariamente decidan acogerse a este proceso (6). Este componente incorpora en sus ejes la SP, la cual implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante barreras de seguridad necesarias (7).

Ésta investigación estableció el clima de SP en el HGM, año 2015; con el fin de evaluar la cultura de seguridad en la institución, los cambios en el tiempo, el impacto de las intervenciones que se realizan y aportar al nuevo ciclo de acreditación.

2 Planteamiento del problema

Cada año, decenas de millones de pacientes en todo el mundo sufren lesiones o mueren como consecuencia de cuidados médicos inseguros y aunque su intención es prevenir o curar enfermedades, en ocasiones los procesos asistenciales causan daño a sus usuarios (8).

El tema de los EA y sus consecuencias para los pacientes, la comunidad y las instituciones en general, no es nuevo. En 1956, Moser los denominó “las enfermedades del progreso de la medicina” (9). En 1964 Schimmel llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia y la quinta parte eran casos graves (10). En 1981, Steel et al. situaron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves (11). En ambos estudios la principal causa era el error en la medicación. Igualmente en varios países se han realizado estudios que muestran la magnitud de los EA. Tal es el caso de Australia en donde la tasa de EA para 1995 era del 16,6%; 51% de ellos prevenibles (12).

En 1999, el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó el informe “Errar es humano; construyendo un sistema de salud más seguro”, alertó sobre el problema de inseguridad hospitalaria, al situar los EA como la séptima causa de muerte en ese país. Dicho informe calculó entre 44.000 y 98.000 los fallecimientos anuales atribuibles a EA, también estimó el costo de los errores entre los 17 mil y los 29 mil millones de dólares en el mismo periodo, sin tener en cuenta las incalculables consecuencias emocionales para pacientes, familiares y cuidadores (13).

En el informe “Calidad de la atención: seguridad del paciente” presentado por la OMS (14) durante la 55ª Asamblea Mundial en el 2004, se analizaron cifras de diferentes estudios realizados en Estados Unidos, Australia, Reino Unido y Dinamarca. El estudio de Harvard Medical Practice, concluyó que en Estados Unidos, un 4% de los pacientes sufría algún tipo de daño en el hospital; el 70% de los EA, provocó incapacidad temporal y el 14% fueron mortales (15).

En Iberoamérica, se han desarrollado varios estudios sobre esta problemática, entre los cuales se destacan el ENEAS de España (16) y el IBEAS, estimó que cada año millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención en salud no segura (8). Estos estudios abrieron un nuevo capítulo en la evaluación de la prevalencia e incidencia de EA en y para el mejoramiento de la SP Colombia, generando a las instituciones importante información para iniciar procesos de mejoramiento (17). Los estudios concluyeron que un porcentaje de los EA que se identificaron, el 25,3% y el 37,1% respectivamente, estaban relacionados con IACS (8,18).

El HGM es una Empresa Social del Estado que presta servicios de alta complejidad, en coherencia con la normatividad vigente y con estándares nacionales e internacionales, ha trabajado y fortalecido acciones dirigidas a la SP desde el año 2006, por lo cual tiene adoptadas la política, el programa, las practicas seguras y los diferentes controles, en los que la institución se compromete en disponer recursos, para identificar, prevenir y reducir todos los riesgos, así como proteger al paciente del daño que pueda resultar de los procesos de atención en salud, igualmente a brindar un entorno seguro, generar y mantener una cultura de seguridad (19).

Como resultado de la implementación del Programa de SP, los reportes de EA se han venido incrementando cada año, pasando de 3,4% en 2006 a 20,4% en 2015. El índice de EA fue de 2,9% en el año 2006 y 9,2% en 2015 (19), éste último resultado refleja la necesidad que tiene el Hospital de identificar los diferentes factores que facilitan la presencia de EA para intervenirlos y disminuir su ocurrencia.

En el ámbito de las instituciones de salud, frecuentemente se asocian los aspectos operacionales como aquellos que determinan en forma significativa la ocurrencia de EA, relegando la influencia de las áreas administrativas y de apoyo sobre la seguridad de la atención. Dada la importancia que tiene en el ámbito mundial el mejoramiento de la SP, se han diseñado metodologías que pretenden identificar las áreas y/o procesos que afectan la calidad de la atención; una de ellas ha sido desarrollada por la AHRQ, valiéndose de un instrumento para medir las doce dimensiones que definen la SP y que puede ser utilizada para identificar los aspectos susceptibles de mejora y monitorizar su evolución (20).

Dicho instrumento ha sido validado extensamente; hasta el año 2010, fue aplicado en más de 885 hospitales de los Estados Unidos (21). Otros estudios, a veces enfocados a un sólo tipo de profesional, se han realizado en países como Japón, Nueva Zelanda y Corea (20). El cuestionario traducido al español por la propia AHRQ ha sido igualmente aplicado en países de habla hispana. Es el caso del grupo de trabajo de la Universidad de Murcia, que lo adaptó y aplicó en 24 hospitales del Sistema de Salud Español, como parte de un proyecto de cooperación con el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (22). En Latinoamérica, también ha sido aplicado en diferentes países, entre ellos Argentina (23), México (24-25) Chile (26) y Colombia.

En Colombia, la validación del instrumento se realizó a través de un proyecto para establecer el “Estado del Arte del Seguimiento a EA en Antioquia” con una unidad de análisis compuesta por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros miembros del equipo de salud que trabajaron durante el mes previo a la aplicación del instrumento en el servicio de hospitalización. La metodología utilizada fue la auto aplicación del instrumento por grupos de funcionarios, durante el periodo Mayo-Agosto de 2007 en 45 hospitales públicos de primer y segundo nivel de

complejidad del departamento de Antioquia con una muestra de 485 personas (27). Otros estudios en Colombia han sido realizados en Bogotá (28), Bucaramanga (29) y Medellín (30).

El HGM, acreditado desde el año 2005 con estándares del SUA, ha venido fortaleciendo las dimensiones de implementación y resultado como parte de su compromiso institucional en el sostenimiento de su Acreditación en Salud por lo cual se hace necesario contar con información actualizada del desempeño de su sistema de gestión; sin embargo, el Hospital desconoce el nivel vigente de su clima de SP. A partir de 2008, comenzó a aplicarse la encuesta de clima de SP en el marco de una prueba piloto “Evaluación Sobre la Seguridad del Paciente”, liderada por el Centro de Gestión Hospitalaria, hoy Organización para la Excelencia de la Salud; posteriormente en los años 2010 y 2013, se planteó como una estrategia para evaluar la cultura de seguridad en la institución de manera global o en áreas específicas, apoyar la cultura organizacional y determinar la eficacia de las acciones implementadas, normalizándose para continuar su medición cada dos años. Como resultado de la aplicación de las tres encuestas se obtiene un indicador total de 52,2%, 44,8% y 49,8% respectivamente (19).

Dicha medición, favorece al HGM porque se pueden evaluar los resultados de la política, la cultura y las prácticas de SP, e identificar posibles brechas de desempeño y mejorar su implementación. Aunque existen otros instrumentos para medir el clima de SP en los hospitales, se eligió el elaborado por la AHRQ, debido a su riguroso proceso de construcción y validación (29). Teniendo en cuenta los requerimientos de las políticas internacionales y nacionales, el grupo de estándares de SP del Sistema Único de Acreditación en Salud y la Política de SP del HGM, surge la necesidad de responder a la pregunta:

¿Cuál es el nivel de clima de SP en el HGM en el año 2015, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la AHRQ de los Estados Unidos?

3 Justificación

Desconocer el clima actual de SP en el HGM podría generar riesgos para la atención de sus usuarios por no disponer de información vigente que le permita identificar oportunidades de mejoramiento y desarrollar soluciones frente a eventuales brechas de desempeño de los procesos asistenciales. De igual forma, esta restricción del conocimiento empresarial podría generar dificultades a la Alta Dirección para demostrar la eficacia de las acciones dirigidas al cumplimiento de las declaraciones misionales.

Para el Hospital, ha sido fundamental la construcción de una cultura de SP en todo el personal, mediante un proceso continuo y participativo que involucre tanto a la Alta Dirección como a la totalidad del talento humano. Por consiguiente, responder a la pregunta de investigación permitió conocer el avance de la Política de SP del Hospital, rediseñar e implementar mecanismos tendientes a reducir y en lo posible, eliminar la ocurrencia de EA y cumplir con los estándares de acreditación y su Modelo de Atención.

La información provista por esta investigación, contribuyó ostensiblemente a la mejora de los resultados del SGIC, porque la metodología seleccionada tiene la capacidad de identificar aspectos concretos del desempeño de las personas y de recursos organizacionales, mediante la medición de la frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección, servicios que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional y mejora continua, trabajo en equipo en el área/servicio, franqueza en la comunicación, retroalimentación y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los mismos, dotación de personal, apoyo de la gerencia en la SP, trabajo en equipo entre áreas y problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios y/ o unidades; estas son las doce dimensiones (20) que caracterizan y determinan el clima de seguridad de la organización, lo que permite focalizar los esfuerzos de mejoramiento. En este sentido, la cultura de SP beneficia al personal de la institución que dispondrá de un ambiente laboral propicio para el aprendizaje activo en el tema y a los pacientes, porque se incrementa la probabilidad de obtener resultados favorables en su tratamiento médico.

El problema de investigación planteado pudo abordarse de forma integral porque se contó con el apoyo técnico y académico de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y del HGM, como escenario en el que se desarrolló esta indagación. Los estudios referenciados permitieron al equipo investigador reconocer la idoneidad de la metodología propuesta para dar respuesta al problema planteado y obtener los resultados previstos de la investigación.

4 Objetivos

4.1 General

Establecer el nivel en el cual el clima de seguridad del paciente en el Hospital General de Medellín corresponde con los lineamientos establecidos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos.

4.2 Específicos

Medir la percepción del personal asistencial y administrativo del Hospital General de Medellín sobre la seguridad del paciente de acuerdo con la AHRQ.

Caracterizar las dimensiones que determinan el clima de seguridad del paciente en el Hospital General de Medellín.

Identificar los logros de las estrategias implementadas por la Gerencia, enmarcadas en las políticas establecidas a nivel nacional e Internacional en lo concerniente a la seguridad del paciente en el Hospital General de Medellín.

Contribuir al direccionamiento de las acciones estratégicas en los Planes de Acción tendientes a promover la cultura de seguridad del paciente, al igual que la importancia de la evaluación continua de este proceso.

5 Marcos de referencia

5.1 Político

La OMS en su 55ª Asamblea Mundial aprobó en 2002 una resolución en la que se insta a los países a prestar el mayor cuidado al problema de la atención insegura y a fortalecer los sistemas de seguridad y vigilancia. Dicha resolución solicitó a la OMS encabezar la elaboración de normas y directrices mundiales y apoyar las iniciativas nacionales de formulación de políticas y prácticas en pro de la SP.

En respuesta a esa resolución en Mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la creación de una Alianza para mejorar la SP, presentando en Octubre de 2004 la AMSP. Dicha Alianza focalizó sus acciones en varios aspectos como el Reto Mundial por la SP, Pacientes por su propia Seguridad, Taxonomía, Investigación, Soluciones para la SP y Notificación y Aprendizaje (1); es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados miembros, la Secretaría de la OMS, expertos, usuarios, grupos de profesionales y de la industria de la salud (2).

En 2007 la OMS promulgó la iniciativa “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” relacionadas con el uso o la gestión de los siguientes aspectos: Medicamentos de aspecto o nombre parecidos, identificación de pacientes, comunicación durante el traspaso de pacientes, realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, control de las soluciones concentradas de electrolitos, asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección, mejorar la higiene de las manos para prevenir las IAAS (31).

En 2007 y 2008 se promulgaron dos Retos Mundiales por la SP: El primero de ellos en Marzo de 2007 se denominó “Atención Limpia es una Atención más Segura”, encaminado a la prevención y mejor control de las IAAS. El segundo “Las prácticas quirúrgicas seguras Salvan Vidas” de Junio de 2008, incluyó métodos de verificación similares a los utilizados en la aviación, los cuales han incrementado la seguridad en los quirófanos (32). En las américas, la OPS desarrolló estrategias regionales en respuesta a los lineamientos de la AMSP. En el 2007 realizó la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana que señaló cinco líneas estratégicas que priorizan a los grupos poblacionales más vulnerables, destacándose el desarrollo de una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y SP con un horizonte de 10 años (32).

Atendiendo a estos lineamientos, Colombia formuló en el 2005, la PNPSS, con el fin de garantizar el acceso, optimizar los recursos y mejorar la calidad. Esta se

fundamentó en tres ejes principales, uno de ellos dirigido específicamente a disminuir los riesgos asociados a la atención (3). Posteriormente en 2008 se impulsó la Política Nacional de SP, la cual es parte integral del SOGC y transversal a sus componentes; tiene como primer objetivo direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud dirigidos hacia la promoción de una atención segura presentando herramientas para promoverla (5). En Junio de 2008, El Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente” como un requisito obligatorio por parte de los responsables de la prestación de servicios de salud y construyó una Guía Técnica cuyo propósito es brindar a las instituciones directrices para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales (5).

El HGM desde el 2011 dispuso de su propia política de SP cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la SP, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de EA para contar con una institución segura y competitiva, mediante la institución y mantenimiento de una cultura de SP, justa, educativa y no punitiva. Desde la perspectiva legal, dicha política se articula con el Programa de SP que propende por la mejora continua de la seguridad en los procesos de atención de los pacientes, mediante el establecimiento de los mecanismos para responder con eficacia y de forma proactiva a los problemas, procurando el mejoramiento continuo.

5.2 Normativo

La normatividad que ha regido y actualmente se ha modificado en algunos aspectos, comprende el mejoramiento del Sistema General de Seguridad Social, con la expedición del Congreso de la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se establece que el Gobierno Nacional defina metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas, privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores basados en criterios técnicos, deben incluir como mínimo información sobre: prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil. Incidencia de enfermedades de interés en salud pública, incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo, incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles, acceso efectivo a los servicios de salud (33).

El legislador estableció responsabilidades en cabeza del MSPS para monitorear el desempeño de los actores del sistema, mediante el establecimiento obligatorio de indicadores centinela y trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las DTS, ARP, EPS, IPS, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de

los prestadores de servicios y aseguradores. Considerando la importancia del tema, el Ministerio de Protección Social en el Decreto 4747 del 7 de Diciembre de 2007 (34), específicamente en el Artículo 6- Parágrafo 3 estableció la auditoría de la calidad de la atención de los servicios que deberá desarrollarse de acuerdo con el PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 (6).

Como componente estratégico de la SP en el Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, se estableció el SOGC del SGSSS. Además, definió las características del Sistema: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad y a su vez estableció cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad.

A través del Decreto, el ejecutivo buscó que las IPS adoptaran una serie de procesos y procedimientos que les permitiera fijar y alcanzar altos estándares de calidad en sus procesos de atención en beneficio de los pacientes. Aplica a todas las IPS que operen en todo el territorio colombiano, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGC y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a EAPB, IPS o con Entidades Territoriales (6).

Como parte fundamental del SOGC, el Sistema de Información para la Calidad y los Indicadores de Monitoria del Sistema, se estableció la Resolución 1446 de 2006 con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Esta resolución definió los EA trazadores como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro de la salud del paciente, la demora del alta, la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y a los incrementos de los costos de la no calidad. Por extensión también se aplica este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de situaciones anteriormente mencionadas (35). La vigilancia de los EA se integra con los diferentes componentes del SOGC de diversas maneras: en el Sistema Único de Habilitación, en la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, en el Sistema Único de Acreditación, en análisis de la ocurrencia de los EA. Adicional a esto, el MSPS expidió la Resolución 0123 de 2012 donde precisó los estándares de acreditación para las IPS, las EAPB y las DTS (36).

La más reciente Resolución 2003 de 2014 definió los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y tomó como eje fundamental la SP. Dentro de sus condiciones para la Habilitación se enfocó en la Capacidad Técnico-Administrativa, Suficiencia Patrimonial y Financiera, Capacidad Tecnológica y Científica, PAMEC y Sistema de Información para la Calidad que incluye Indicadores de Calidad, todo enfocado en la creación, mejoramiento y generación de cultura de SP en las instituciones de salud. Dentro de los estándares y criterios de habilitación por servicio que se deben cumplir está el ítem Procesos Prioritarios, que se aplica a todos los servicios de la institución y debe cumplir con los siguientes indicadores:

Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique. Cuenta con un programa de SP que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de EA, que incluya como mínimo:

Planeación estratégica de la seguridad

Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de SP y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.

Medición, análisis, reporte y gestión de los EA: La institución tiene un procedimiento para el reporte de EA, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

Procesos Seguros: Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad. Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se tienen definidos y documentados los procedimientos, Guías Clínicas de Atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de Guías de Práctica Clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio (37).

5.3 Conceptual

Atendiendo a los lineamientos definidos por la OMS en el marco de la Alianza Mundial, el MSPS de Colombia estableció que la SP puede ser entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que basadas en evidencias científicamente probadas, buscan minimizar el riesgo de sufrir un EA durante el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (1). La atención segura contiene varios aspectos relevantes como el Enfoque de atención centrado en el usuario que se traduce en un trato respetuoso, una atención oportuna y efectiva, dando respuesta a sus inquietudes, necesidades y expectativas frente al proceso de atención en salud. Las instituciones deben implementar un despliegue de acciones que promuevan un entorno de confidencialidad entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad (5).

Dado que el problema de la SP es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores, se requiere de la implementación de metodologías válidas y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible (5). Así mismo, requiere de un abordaje que garantice una alianza con el paciente y su familia y su inclusión en una política de seguridad enfocada en el desarrollo de acciones de mejora que estén reflejadas en la atención.

La SP implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados con la atención en salud, para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias, con el fin de promoverla, mantenerla, monitorizarla y restaurarla; además, mitigar el riesgo por medio de acciones de reducción con intervenciones en las estructuras y procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia (5).

Mejorar la cultura de la calidad en las instituciones de salud se fundamenta en disponer de metodologías e instrumentos para la detección, calificación y análisis de los eventos que puedan presentarse en ella, tales como: EA, que son el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño, los EA no prevenibles definidos como el resultado no deseado que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial; el incidente definido como evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención y la complicación como daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente. Un aspecto importante a considerar es el casi-error definido como una categoría imprecisa que incluye sucesos frecuentes como los siguientes: casos en los que el daño para el paciente ha sido evitado por poco, situaciones en las que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando

la aparición de potenciales consecuencias, errores que casi ocurrieron, sucesos que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias, o acontecimientos peligrosos que no han producido daños personales, pero si materiales y que sirven de aviso de la posibilidad de que ocurran efectos adversos. La importancia de los casi-errores radica en que pueden ser el aviso de una situación comprometida sobre la SP.

Es trascendental contar con un sistema de gestión del EA, definido como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla que genera daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias. Además, se requiere un grupo básico de indicadores para el monitoreo continuo de calidad de la atención y SP, conocer la calidad y utilidad de las fuentes de información disponibles para la investigación de los casos; un aspecto muy importante es sensibilizar a los tomadores de decisiones y los trabajadores de salud acerca de la importancia del problema. La meta es evitar al máximo la violación de la seguridad de la atención en salud intencional que implica la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

La Cultura de Seguridad se podría entender como la forma en que la seguridad se gestiona en el lugar de trabajo y a menudo refleja actitudes, creencias, percepciones y valores que los empleados comparten en relación con la misma. En otras palabras, la cultura de la seguridad de una organización actúa como guía para el comportamiento de los empleados en el lugar de trabajo (1). En Colombia, el término cultura de SP abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de SP, ésta constituye el ambiente de despliegue de las acciones de SP, las cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y confianza entre los profesionales y la comunidad (5).

El clima de SP comprende factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto negativo y se basa en la prevención de incidentes y EA y en la creación de ambientes que propicien resultados favorables en salud. Así mismo el Ministerio, expone la importancia de que cada IPS evalúe su clima de seguridad periódicamente, con el fin de valorar los resultados de la implementación de la política, la cultura y las prácticas de SP e identificar cuáles son los dominios de mayor debilidad, con el fin de mejorar su desarrollo (5). Generar un clima organizacional proactivo y no punitivo requiere en primer lugar que en la organización, la cultura se oriente hacia la SP, más que al castigo y a la búsqueda de un individuo culpable; por ello es necesario incentivar el reporte, compartir la información, garantizando que esto se dé en un entorno y ambiente de confidencialidad para el paciente y el prestador (17).

Dada la necesidad de medir y analizar el clima de SP, la AHRQ tiene como misión producir evidencia para que la atención de salud sea más segura, de mayor calidad, más accesible, equitativa y asequible y trabajar en conjunto con el

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y con otros equipos para asegurar que las evidencias son utilizadas y entendidas (21). Dicha agencia diseñó la Encuesta de Percepción de la SP con el fin de que las IPS la apliquen en sus instituciones y autoevalúen su nivel de implementación. La versión de la encuesta en mención ha sido revisada y corregida por la AHRQ, traducida al español por el Hospital Español Survey on Patient Safety, adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria y aprobada por el Ministerio de Salud (38) (Ver Anexo 1).

En el estudio “Una mirada actual de la cultura de SP” se seleccionaron artículos científicos publicados en todo el mundo entre los años 2000 y 2009, sin importar el idioma o el país de origen, que expusieran de manera clara el instrumento validado utilizado para reportar y analizar los datos, así como los resultados obtenidos que debían relacionarse con las creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria en el ámbito de la cultura de SP. El mínimo nivel de evidencia que se aceptó para incluir en ese estudio fue 5 según la clasificación de AHRQ (39) (Ver Anexo 2).

5.4 Institucional

El HGM Luz Castro de Gutiérrez E.S.E, es una entidad de tercer nivel de atención con categoría especial de entidad pública descentralizada de propiedad del Municipio de Medellín, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Está ubicado en la Zona Centro Oriental de la ciudad de Medellín, su área de influencia abarca los departamentos de Antioquia, Córdoba, Chocó, Bolívar y Sucre.

Fue fundado en 1942, prestando servicios como un Centro de Atención Obstétrica, más tarde el Concejo Municipal de Medellín le dio vida jurídica mediante Acuerdo 18 del 1 de Agosto de 1949, con el nombre de Clínica de Maternidad del Municipio de Medellín y posteriormente la Junta Directiva, en reconocimiento al gran esfuerzo y la labor desarrollada por doña Luz Castro de Gutiérrez, agregó su nombre. Después de la promulgación de la Ley 100 de 1993, el HGM Luz Castro de Gutiérrez, ha venido consolidando su proceso de transformación empresarial, convirtiéndose en E.S.E.

Para prestar sus servicios de salud, cuenta con 439 camas en hospitalización y en una variedad de especialidades. Igualmente presta servicios de cuidados intermedios, cuidado crítico de adultos, pediátrico y neonatal, atención de urgencias de manera integral para adultos, ginecobstetricia y pediatría con disponibilidad en todas las especialidades; cirugía, consulta externa, imagenología, banco de sangre, laboratorio clínico y de patología, farmacia, central de mezclas enterales y parenterales, central de esterilización y laboratorio de metrología.

El modelo de atención está caracterizado por el compromiso misional que tiene la institución hacia la atención centrada en el usuario y su familia, el enfoque de riesgo y la seguridad en la prestación del servicio. Con respecto a la definición de la cultura deseada, en su código de ética y buen gobierno, el Hospital define comportamientos institucionales para ser aplicados y generar cultura en seguridad, calidad, humanización, trabajo en equipo y autocontrol.

Es un hospital comprometido con la docencia y la investigación, es gestor de muchos logros, como ser el primer hospital público de tercer nivel acreditado en salud nacional e internacionalmente, con certificados de seguridad, salud ocupacional y medio ambiente como un compromiso de responsabilidad social (19).

6 Metodología

6.1 Enfoque y Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en donde se analizaron las variables en su contexto natural, sin manipulación de la muestra, con el propósito de describir y analizar la percepción que tiene el personal asistencial y administrativo en salud sobre el clima de SP en el HGM, haciendo un corte en el tiempo para recolectar la información durante el tercer trimestre del año 2015.

6.2 Población y Muestra

El universo estuvo constituido por todo el personal que labora en el HGM, 1767 personas, de acuerdo con la información suministrada por el área de Gestión Humana.

Para garantizar representatividad estadística, se diseñó un muestreo aleatorio estratificado con un nivel de confianza (Z) del 95% y un margen de error (e) del 5 %, obteniendo una muestra (n) de la siguiente forma (Tabla 1):

$$n = \frac{N \cdot Z_{\infty/2}^2 \cdot p \cdot q}{e^2 (N-1) + Z_{\infty/2}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

N = Total Población

$Z_{\infty/2} = 1.96$ (Si la confianza es del 95%)

p = Proporción esperada (0.5)

q = 1-p (0.5)

e = error (para este caso es del 5%)

Tabla 1. Muestreo aleatorio estratificado del estudio* HGM, 2015.

Estrato	Tamaño del estrato	Tamaño de la muestra
Auxiliares Administrativos	185	36
Auxiliares de Enfermería	587	116
Enfermeros	142	28
Instrumentador (a) Quirúrgico (a)	20	4
Médicos y Odontólogos	288	58
Personal Directivo	32	6
Personal de Farmacia	70	14
Profesionales de Apoyo	59	12
Soporte Logístico	289	56
Terapia Física y Respiratoria	13	2
Técnicos en Salud	82	16
TOTAL	1767	348

* Medición del clima de seguridad del paciente.

6.3 Criterios

Se definieron los siguientes criterios de inclusión para el personal de salud y administrativo:

Personal de salud asistencial que labora en los servicios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de radiología, técnicos de resonancia magnética, técnicos de medicina nuclear, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapistas respiratorias, nutricionistas, instrumentadoras quirúrgicas).

Personal de salud que interviene indirectamente en la atención del paciente (Químicos farmaceutas, Regentes en farmacia, Auxiliares de farmacia).

Personal administrativo que interviene directa e indirectamente en la atención del paciente.

Se definieron los siguientes criterios de exclusión para el personal de salud y administrativo:

El estudio no considera criterios de exclusión, en coherencia con el Modelo de Atención y demás componentes del direccionamiento estratégico de la Institución donde cada uno de sus funcionarios, desde el rol específico de cada cargo, está comprometido con la seguridad en la atención.

6.4 Variables

A continuación se muestran se describen las variables dependientes subjetivas y las variables independientes objetivas (Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Variables Dependientes Subjetivas.

Nombre de la variable	Descripción
Frecuencia de eventos notificados	Periodicidad con la cual se reporta la ocurrencia de EA, a través de los mecanismos establecidos por el Hospital.
Percepción de seguridad	Es la apreciación o idea que cada profesional o trabajador de la salud tiene acerca de la aplicación de la Política de SP.
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad	Perspectivas o lo que se espera que la gerencia y las diferentes coordinaciones hagan con respecto al tema de la SP.
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Percepción que tiene el equipo de salud sobre los avances en el tema de SP, teniendo como base el aprender de los errores.
Trabajo en equipo en el área/servicio	Opinión que tienen las personas sobre el grado de armonía, apoyo, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación con la que se realizan las labores en busca de minimizar los riesgos a los que se enfrenta el paciente en la misma área o servicio.
Franqueza en la comunicación	Veracidad y libertad con la que se tratan las situaciones de EA y la gestión que se lleva a cabo.
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Apertura en la información sobre los EA que ocurren y participación del personal en el planteamiento de las soluciones para evitar que vuelvan a ocurrir.
Respuesta no punitiva a los errores	Opinión del personal sobre la actitud que se asume respecto a quien comete los errores que ponen en riesgo la SP.
Dotación de personal	Apreciación sobre la suficiencia del recurso humano respecto a la carga laboral y el volumen de pacientes que se atienden y su relación con las acciones de SP.
Apoyo de la Gerencia del HGM en la seguridad del paciente	Respaldo que se percibe de la gerencia hacia los servicios respecto a las acciones de SP que se desarrollan en el HGM.
Trabajo en equipo entre áreas	Opinión que tienen las personas sobre el grado de armonía, apoyo, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación con la que se realizan las labores en busca de minimizar los riesgos a los que se enfrenta el paciente entre las áreas del HGM.
Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios	Dificultades o inconvenientes que se observan en cuanto a la continuidad de la atención cuando hay cambios de turno o traslados de pacientes de un servicio a otro.
Grado de seguridad del paciente	Valoración de malo a excelente, por cada persona, sobre el grado de seguridad que percibe en su servicio.
Cultura de la Seguridad	Creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.

Tabla 3. Variables Independientes Objetivas.

Nombre de la variable	Descripción
Profesión u oficio	Título obtenido en una universidad, institución técnica.
Área o servicio	Cada una de las áreas del HGM donde se ofrece atención directa al paciente, de acuerdo a la especialidad que requiere.
Tiempo de desempeño en la profesión u oficio	Tiempo en años transcurrido desde el momento de haber obtenido el título, hasta el momento en que se realiza la encuesta.
Antigüedad en el HGM	Tiempo en años transcurrido desde el momento de haber sido contratado en la institución hasta el momento en que se realiza la encuesta.
Antigüedad en el servicio	Tiempo en años transcurrido desde el momento de haber iniciado labores en el área o servicio estudiado, hasta el momento en que se realiza la encuesta.
Número de horas de trabajo a la semana	Cantidad de horas que labora el funcionario dentro del HGM.

Se realizó para este estudio el detalle de la operacionalización de las variables subjetivas y objetivas (Ver Anexo 3).

6.5 Recolección de Información

Para recoger los datos pertinentes al propósito de este estudio se aplicó el instrumento adaptado al español como “Hospital Survey on Patient Safety”. Dicho instrumento de medición cuenta con doce dimensiones, que afectan el clima de SP y sirve para identificar aquellos aspectos que deben ser intervenidos. Con el propósito de poder aplicar la encuesta en el HGM, se realizaron algunos ajustes al instrumento relacionados con la terminología utilizada (Ver Anexo 1).

La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

Frecuencia de eventos notificados.

Percepción de seguridad.

Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad.

Aprendizaje organizacional/mejora continua.

Trabajo en equipo en el área/servicio.

Franqueza en la comunicación.

Retroalimentación y comunicación sobre errores.

Respuesta no punitiva a los errores.

Dotación de personal.

Apoyo de la gerencia del HGM en la SP.

Trabajo en equipo entre áreas.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios.

Adicionalmente, incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado, nueve sobre manejo de medicamentos y otra sobre el número de eventos notificados en el último año, además de las variables clasificatorias socio-profesionales.

El instrumento se editó en el aplicativo “Google Docs” y se instaló en tabletas electrónicas para optimizar recursos y facilitar la tabulación de los resultados. Este se aplicó a personal administrativo y asistencial en cada área de trabajo, previamente se presentaron las generalidades del estudio y se diligenciaron los formatos de consentimiento informado.

Al momento de la aplicación de la encuesta, estuvieron presentes las investigadoras para leer las preguntas y registrar sus respectivas respuestas, además para resolver y atender cualquier duda o comentario al respecto del estudio. Una vez contestadas quedaron guardadas automáticamente en un documento de Excel al que se tuvo acceso por medio de una contraseña, con el fin de garantizar la confidencialidad de la información obtenida.

6.6 Plan de Análisis

A continuación se muestra detalladamente las variables a analizar con el procedimiento estadístico a utilizar y el tipo de gráfico para la descripción de los resultados (Tabla 4).

Tabla 4. Tipos de variables, procedimientos estadísticos y forma de presentación de la información.

Objetivo	Variables	Procedimientos estadísticos	Formas de Presentación de la Información
Establecer el nivel en el cual el clima de seguridad del paciente en el Hospital General de Medellín corresponde con los lineamientos establecidos por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos	Datos socio-profesionales (Años en la profesión, Años en el HGM, Años en este servicio, Horas de trabajo a la semana, áreas o servicios).	Porcentaje	Texto y Gráfico circular
	Calificación del grado de seguridad.	Porcentaje	Gráfico circular y tabla.
	Número de eventos notificados.	Porcentaje	Gráfico de barras
	Dimensión “Frecuencia de eventos adversos notificados”.	Frecuencia y Porcentajes	Gráfico de barras y tabla.
	Dimensión “Percepción de seguridad”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión Expectativas y acciones de la dirección/supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión “Aprendizaje organizacional/mejora continua”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión “Trabajo en equipo en el área/Servicio”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión “Franqueza en la comunicación”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión “Retroalimentación y comunicación sobre errores”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión “Respuesta no punitiva a los errores”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión “Dotación de personal”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión “Trabajo en equipo entre áreas/servicios”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Dimensión “Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios”.	Frecuencias y porcentajes.	Gráfico de barras y tabla
	Orden de las dimensiones de Seguridad del Paciente según porcentaje de respuestas negativas.	Porcentajes	Diagrama de Pareto

6.6.1 Consideraciones específicas

Dada la estructura del instrumento, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos para el análisis de los resultados:

6.6.1.1 Distribución de las 12 dimensiones de SP

Medidas de resultado del clima de SP (Medición en toda la Institución): El diseño del instrumento permite establecer una medida global del clima de SP en una valoración de malo a excelente, a través de dos preguntas y dos dimensiones específicas: Sección E (“Por favor, asígnele a su área/servicio de trabajo una valoración general en seguridad del paciente.”) y Sección G (“En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de casi eventos y eventos adversos ha reportado a su jefe/otras instancias, o ha reportado por escrito?”) y las dimensiones “Percepción de seguridad” y “Frecuencia de eventos notificados”.

Medición de las dimensiones del clima de SP en áreas y servicios: Se analizaron las ocho dimensiones de SP (Expectativas y acciones de la dirección/supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad; aprendizaje organizacional/mejora continua; trabajo en equipo en el área/servicio; franqueza en la comunicación; retroalimentación y comunicación sobre errores; respuesta no punitiva a los errores; dotación de personal; apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente), que tienen ítems enfocados en la medición del clima de SP en las áreas y servicios del Hospital.

Medición de las dimensiones del clima de SP en la interacción entre áreas y servicios del Hospital: Se analizaron las dos dimensiones de SP (Trabajo en equipo entre áreas y Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios), que tienen ítems enfocados en la medición del clima entre las áreas y servicios en todo el Hospital.

6.6.1.2 Manejo de las preguntas del instrumento en sentido positivo y negativo

El cuestionario formula preguntas en forma positiva (Ej.: “La gente se apoya una a otra en esta área/servicio”) y negativa. (“Tenemos problemas con la SP en esta área/servicio”). En el análisis inicial de frecuencias por pregunta, se preservaron las opciones originales de calificación pero para el análisis global por dimensiones, se invirtió la escala de las preguntas que están formuladas negativamente para facilitar el análisis (Tabla 5):

Tabla 5. Preguntas formuladas negativamente en el cuestionario y que tendrán que ser invertidas para el análisis.

Dimensión	Ítem
Frecuencia de eventos notificados	Ninguno
Percepción de seguridad	A10, A17
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad	B3, B4
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Ninguno
Trabajo en equipo en el área/servicio	Ninguno
Franqueza en la comunicación	C6
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Ninguno
Respuesta no punitiva a los errores	A8, A12, A16
Dotación de personal	A5, A7, A14
Apoyo de la gerencia del Hospital en la SP	F9
Trabajo en equipo entre áreas	F2, F6
Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios	F3, F5, F7, F11

De forma general, las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías negativo, neutral y positivo, de acuerdo con los siguientes criterios:

Los ítems calificados (Muy en desacuerdo/En desacuerdo y Nunca/Casi nunca/Rara vez) fueron considerados como negativos, los calificados (Ni en acuerdo ni en desacuerdo/Algunas veces) como neutrales y los calificados (De acuerdo/Muy de acuerdo y La mayoría de veces/Casi siempre/Siempre) como positivos.

Para obtener el total de respuestas positivas, neutras y negativas en cada dimensión se aplicará la siguiente formula:

Porcentaje de respuestas positivas:

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

Porcentaje de respuestas neutras:

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas neutras en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Porcentaje de respuestas negativas:

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas negativas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

6.6.1.3 Clasificación de los resultados de las dimensiones: Fortalezas y Oportunidades de Mejora

Para el análisis de los resultados obtenidos, se clasificaron los ítems y dimensiones del instrumento como fortaleza y oportunidad de mejora, si las respuestas dadas cumplen con los siguientes criterios alternativos (Tabla 6).

Tabla 6. Clasificación de los resultados de las dimensiones: Fortalezas y Oportunidades de Mejora.

Fortaleza	Oportunidad de Mejora
75% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «la mayoría de veces/casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.	50% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «rara vez/casi nunca/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
75% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «rara vez/casi nunca/nunca») a preguntas formuladas en negativo.	50% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «la mayoría de veces/casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

6.6.2 Divulgación de los resultados

Este estudio cuenta con un plan de difusión que permitirá dar conocer su objetivo, desarrollo y resultados. Para ello, esta fase prevé una serie de acciones enfocadas en su divulgación y dirigidas al público de interés.

Sustentación Pública: Este estudio se sustentará ante los jurados elegidos por el Comité de Carrera de la Facultad, quienes luego de una lectura previa del proyecto evaluarán los resultados y pertinencia del proyecto. Se realizará una invitación abierta a la comunidad académica para quien desee asistir a la presentación del mismo.

Bases de Datos: Una vez aprobado el proyecto, se entregará en medio electrónico a la Biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública con el fin de enriquecer la información relacionada con el tema.

Presentación de Resultados en el HGM: Dada la importancia que tiene este proyecto para el HGM, se programará una presentación de los resultados obtenidos de la investigación, se invitará a las personas que aprobaron la ejecución del proyecto y aquellas relacionadas con el manejo de la SP.

7 Aspectos administrativos

7.1 Consideraciones Éticas

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 en esta investigación prevaleció el criterio del respeto a la dignidad de las personas que participaron en el proceso, así como la protección de sus derechos y su bienestar. A los participantes del estudio se les informó sobre los aspectos relacionados con el mismo, a través del consentimiento informado y se hizo énfasis en que la encuesta era anónima, por tanto su identidad estuvo siempre protegida, su participación fue libre, voluntaria y tuvo conocimiento del uso que se le dio a los datos consignados en el instrumento (Ver Anexo 4).

El presente trabajo representó una Investigación sin riesgo, ya que fue un estudio con métodos y técnicas de investigación documental y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Se aplicó un consentimiento informado por escrito para la Institución, en el que se enfatizó el manejo adecuado de la información suministrada y de los resultados obtenidos en el estudio, los cuales fueron presentados al HGM una vez culminada la investigación.

De acuerdo con el Informe Belmont, el cual hace referencia a los principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación, en el presente estudio se aplicaron los principios éticos de respeto a las personas, beneficencia y justicia (40).

8 Resultados

8.1. Resultados de la prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con el fin de verificar la validez del instrumento e identificar falencias en la comprensión de las preguntas y su forma de respuesta. Se aplicó a 7 empleados del Hospital, los cuales no hacían parte de la muestra inicial. Como resultado de esta prueba, se identificó que el instrumento cumplía con los requisitos para su aplicación al personal asistencial y administrativo.

8.2. Caracterización de la muestra

El instrumento fue aplicado a 348 personas que trabajaban en el Hospital y ejercían funciones asistenciales y administrativas; el total de las personas respondieron al instrumento. La muestra fue diseñada con el fin de incluir todas las áreas de la Institución. Se puede destacar mayor participación del servicio de Hospitalización, Área Administrativa y Cirugía y Obstetricia; en menor representatividad se destacan los servicios de Unidad Neonatal, Laboratorio, Patología y Banco de Sangre, seguido de la Sede Ambulatoria (Programa de Protección Renal), como se muestra a continuación (Figura 1):

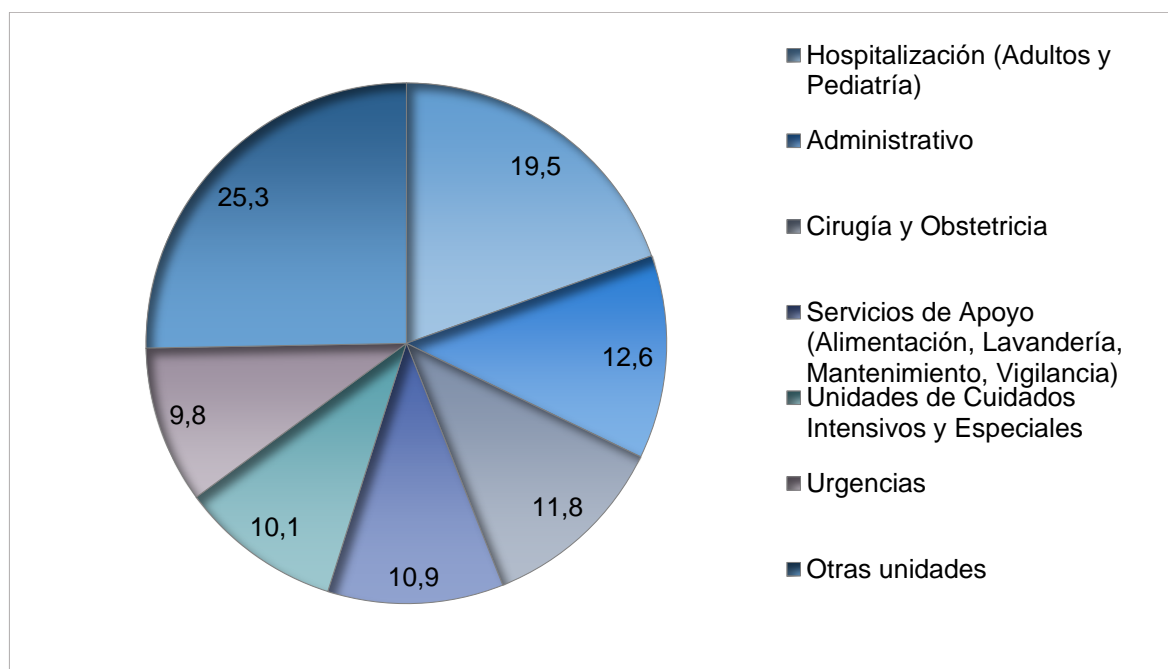


Figura 1. Proporción de participantes por área o servicio de trabajo HGM, 2015.

8.2.1. Datos socio-profesionales de las personas encuestadas

En relación con la permanencia en el Hospital, el 47,1% de la población encuestada llevaba trabajando entre 1 y 5 años, mientras que el 40,7% refirió llevar de 6 años en adelante, lo que garantiza de alguna manera el conocimiento que tienen de los procesos y su cultura de seguridad, como se muestra a continuación (Figura 2):

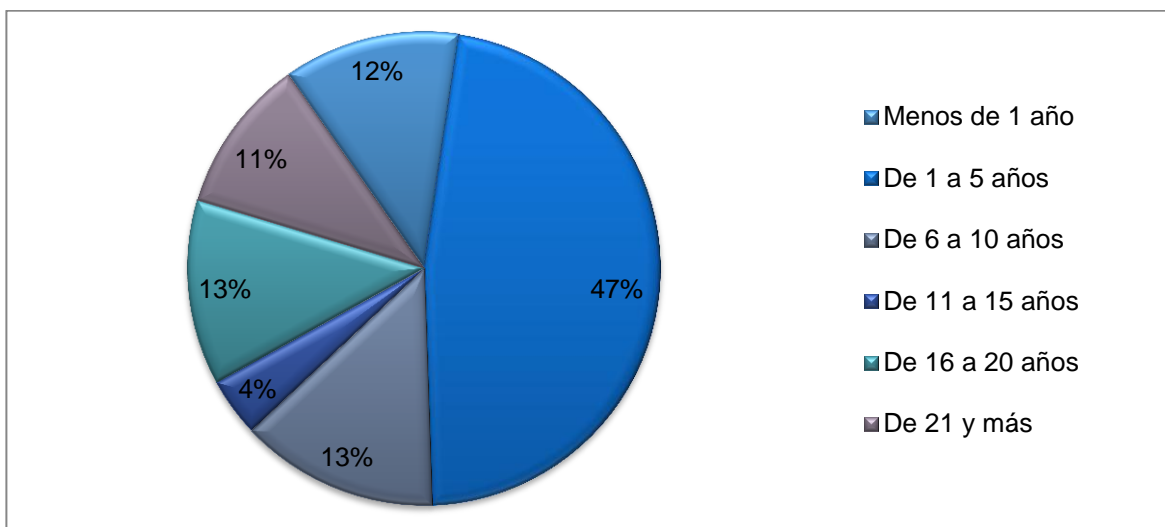


Figura 2. Años en el HGM, 2015.

Se encontró que el 73,3% de la población llevaba 5 años o menos laborando en la misma área, mientras que el 26,7% restante afirmó no haber sido trasladado en más de 6 años a otros servicios (Figura 3):

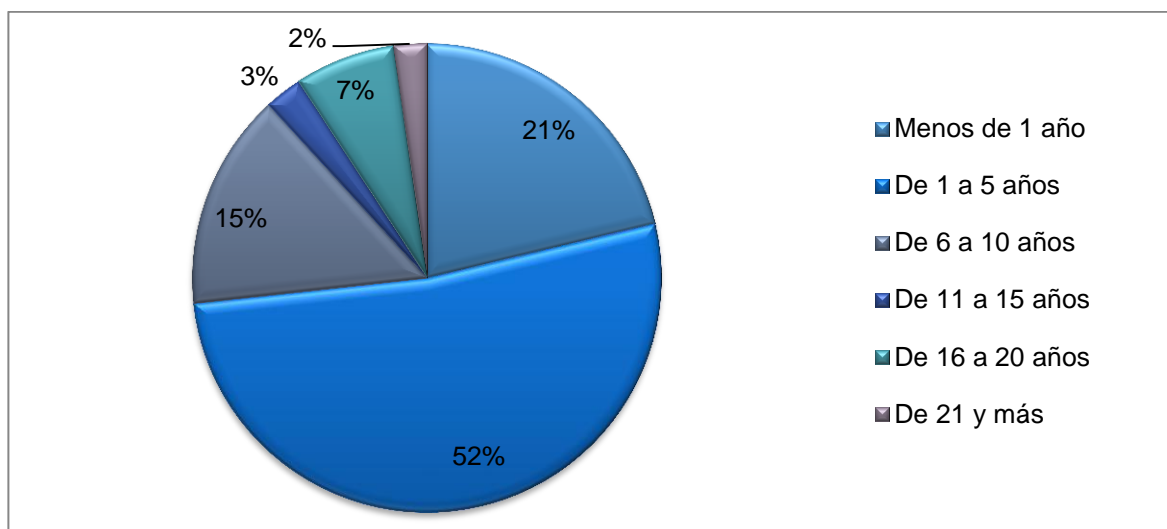


Figura 3. Años en el área HGM, 2015.

Con respecto al nivel de experiencia en la profesión o especialidad, se identificó que el 40,2% llevaba 5 años como máximo y el 59,8% restante tenía 6 o más años de experiencia (Figura 4):

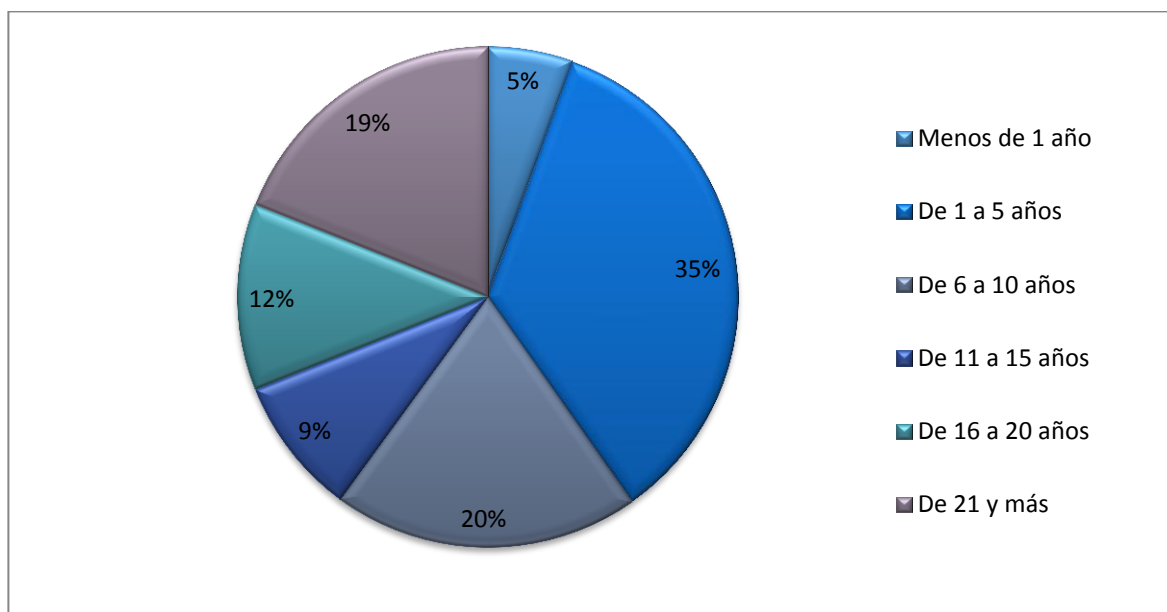


Figura 4. Años en la profesión/especialidad HGM, 2015.

En relación con el tiempo trabajado a la semana, un 85,3% laboraba entre 40 y 59 horas y un 5,2% afirmó trabajar entre 60 y 79 horas semanales (Figura 5):

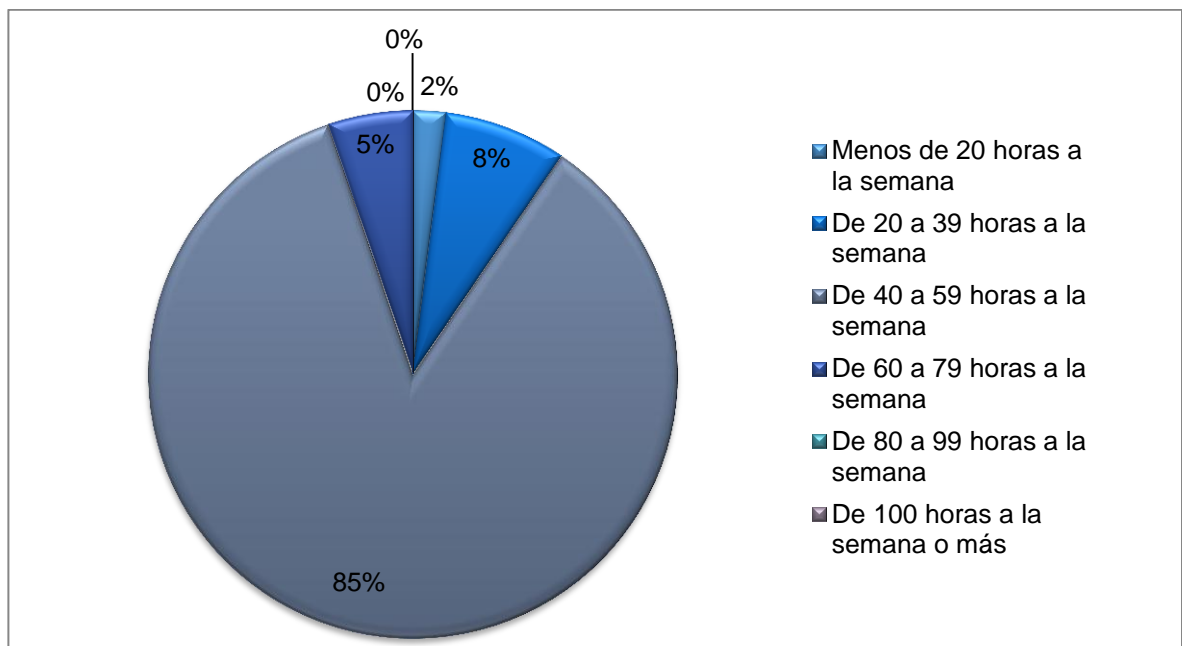


Figura 5. Horas de trabajo a la semana HGM, 2015.

Según la posición laboral del personal encuestado, el 79,9% tenía contacto directo con pacientes. La mayoría del personal (69%) estaba vinculado al Hospital, el 15,2% tenía contrato por Outsourcing y el porcentaje restante (15,8%) por contrato de prestación de servicios.

De acuerdo con la profesión o cargo desempeñado en el Hospital, el 33,3% del personal participante es Auxiliar de Enfermería, seguido de los Médicos Especialistas (13,2%) y Auxiliares Administrativos (10,6%); los demás participantes ocuparon los siguientes cargos (Figura 6):

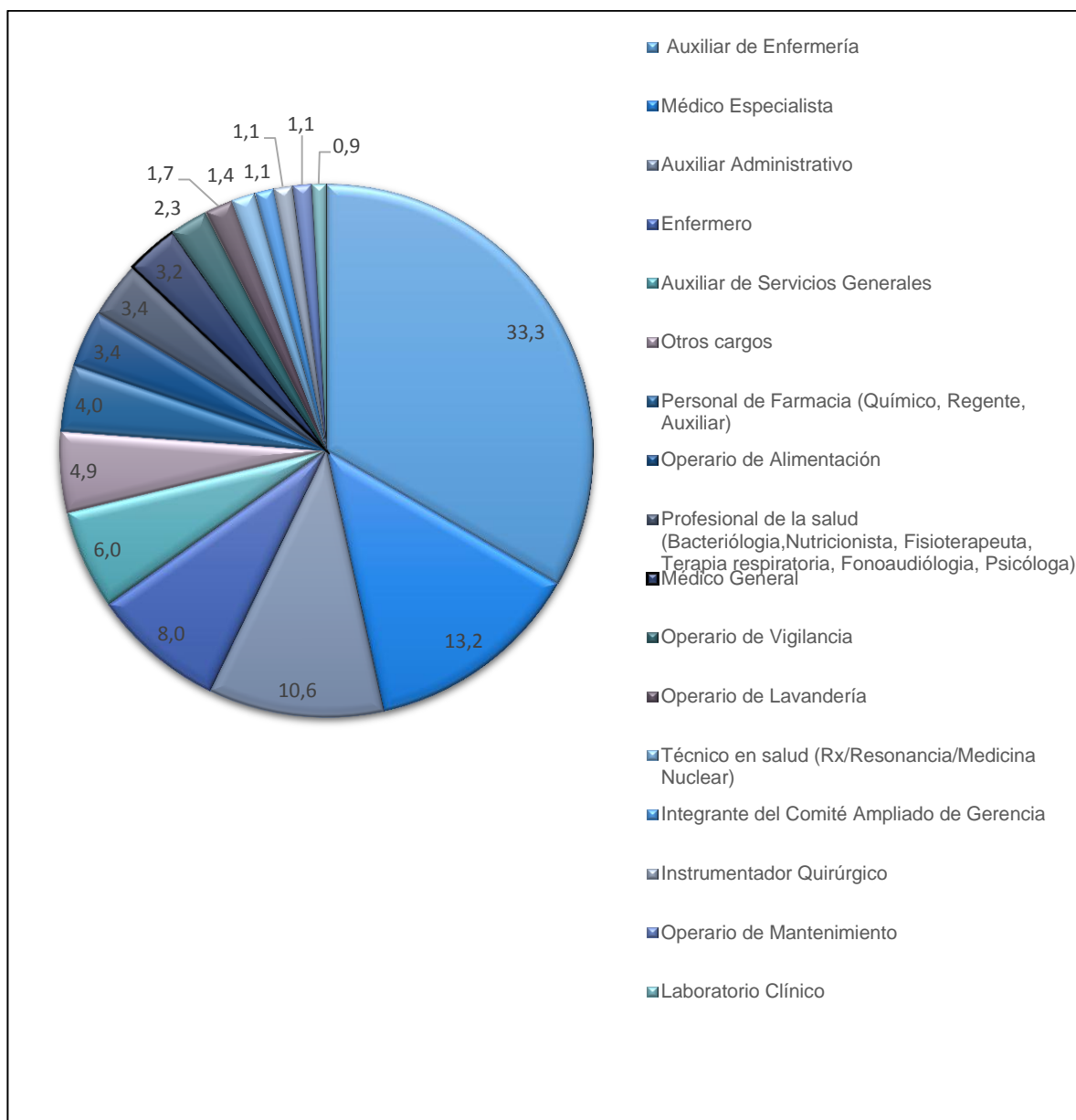


Figura 6. Participantes según profesión/cargo HGM, 2015.

8.3. Clima de seguridad del paciente

Esta medida está integrada por cuatro elementos: la calificación global de clima seguridad, el número de eventos (relacionados con la SP) notificados, la frecuencia de eventos y la percepción de seguridad que se expresan como proporciones (porcentajes).

8.3.1. Calificación global del Clima de SP

El estudio mostró que el 80,4% de las personas encuestadas, calificó el clima de SP en el Hospital como excelente y muy bueno; el 17,2% como aceptable y un porcentaje del 2,3% como pobre y malo (Tabla 7) (Figura 7):

Tabla 7. Grado de Seguridad del Paciente HGM, 2015.

Escala de Calificación	N° Personas	Porcentaje
Excelente	84	24,1
Muy bueno	196	56,3
Aceptable	60	17,2
Pobre	6	1,7
Malo	2	0,6
TOTAL	348	100

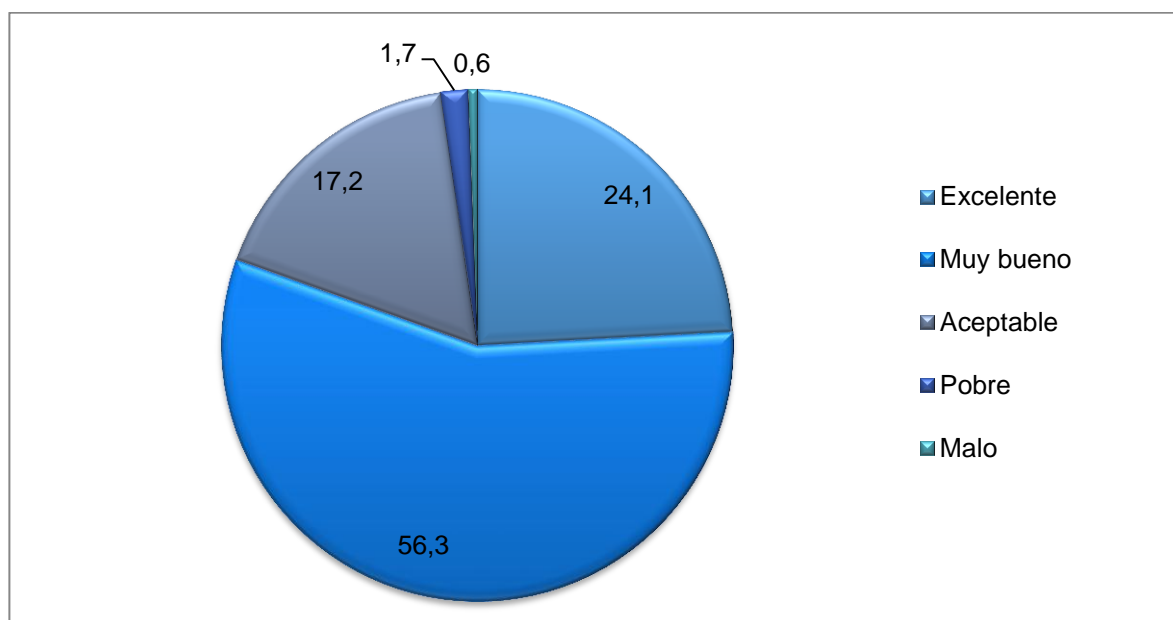


Figura 7. Grado de Seguridad del Paciente HGM, 2015.

8.3.2. Número de eventos notificados por los participantes

De acuerdo con los resultados obtenidos, un 27,3% no reportó ningún casi evento o EA en el último año, el 52,9% reportó de 1 a 5, y el 19,8% reportó 6 eventos o más (Figura 8):

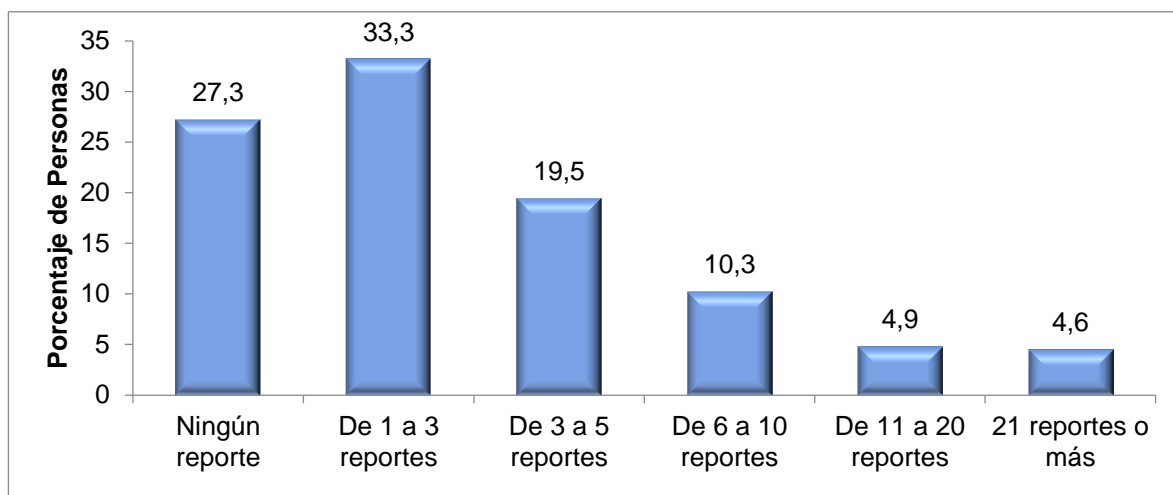


Figura 8. Número de eventos notificados por los participantes HGM, 2015.

8.3.3. Dimensión 1 “Frecuencia de eventos notificados”

Un 70,7% de las personas respondió que los eventos relacionados con la SP se notificaron “siempre” o “la mayoría de veces”, mientras que un 29,3% respondió que “algunas veces”, “rara vez” o “nunca” hicieron reportes de eventos. La interpretación de este resultado conforme a lo establecido por la AHRQ representa un aspecto por mejorar en la organización, puesto que para ser una fortaleza, las respuestas positivas deben alcanzar un 75% (Figura 9):

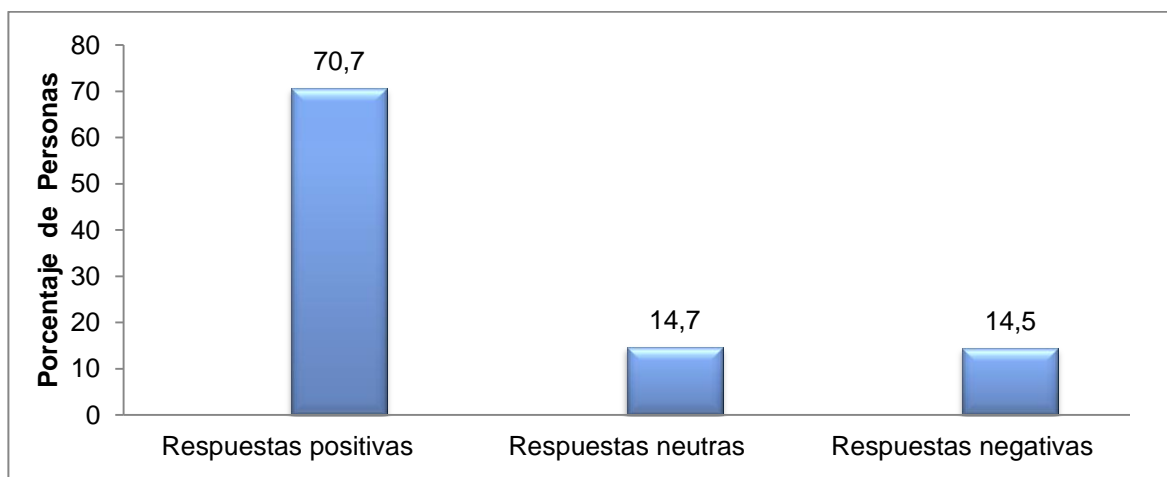


Figura 9. Total de respuestas positivas, neutras y negativas primera dimensión.

Teniendo en cuenta aquellos eventos que efectivamente fueron notificados, en el estudio se encontró que los participantes señalaban como más frecuente, el reporte de los errores cometidos que pudieron dañar al paciente pero no lo hicieron, en una proporción de 74,9%. Si se tiene en cuenta que este tipo de

eventos también se reportó “algunas veces” de acuerdo con los participantes, la proporción del reporte alcanza el 89,9%.

En este mismo sentido; cuando se cometieron errores, pero fueron descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, un 71,6% de las personas reportó “la mayoría de veces” o “siempre” y un 81,7% si se tienen en cuenta las respuestas neutras. Sin embargo habría que considerar que una proporción significativa de participantes (15,2%) respondió que los incidentes de seguridad no son reportados y un 19,1% que los notificó “algunas veces” (Tabla 8):

Tabla 8. Frecuencia de eventos notificados.

No	Preguntas	Nunca/ Rara vez	Algunas veces	Siempre /La mayoría de las veces
D1	Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	18,2%	10,1%	71,6%
D2	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	15,2%	19,1%	65,7%
D3	Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	10,2%	15,0%	74,9%

8.3.4. Dimensión 2 “Percepción de seguridad”.

Esta dimensión del clima de SP pretende establecer la percepción del personal con respecto a su compromiso con la atención segura. Un 62% de los participantes respondió estar comprometido con este propósito. La AHRQ considera que proporciones por debajo del 75% en la calificación positiva de esta dimensión señalan que se deben fortalecer las acciones de mejora para incrementar su percepción. En forma consistente con los resultados precedentes, una proporción significativa de participantes (38%) señaló respuestas neutras y negativas. (Figura 10):

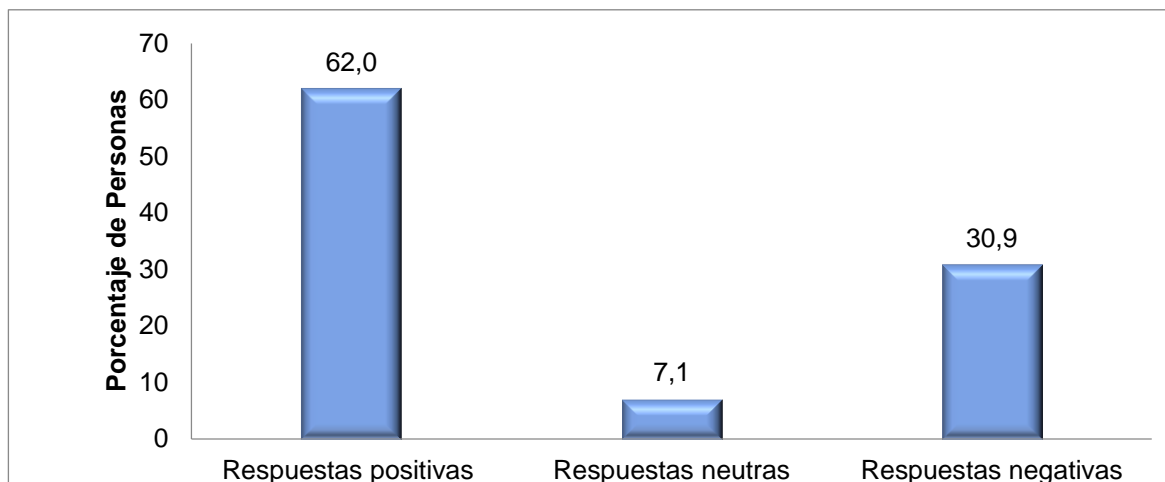


Figura 10. Total de respuestas positivas, neutras y negativas segunda dimensión.

Una proporción significativa de los participantes (30,2%) estuvo de acuerdo en afirmar que es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren en su área/servicio. Este resultado contrasta con la percepción de los participantes sobre la existencia de problemas con la SP en su área o servicio: un 27,8% estuvo a favor de esta afirmación. En este mismo sentido; el 57,4% afirmó que la SP se compromete por hacer más trabajo. Es importante resaltar que un alto porcentaje de personas encuestadas sostuvo que los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de fallas (Tabla 9):

Tabla 9. Percepción de seguridad.

No	Preguntas	Muy en desacuerdo/En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo/De acuerdo
A10	Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren en esta área/servicio.	64,4%	5,5%	30,2%
A15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	57,4%	5,8%	36,8%
A17	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área/servicio.	62,3%	9,9%	27,8%
A18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de fallas que puedan ocurrir.	8,3%	7,2%	84,5%

8.4. Clima de seguridad del paciente en áreas o servicios.

Esta medición está integrada por ocho dimensiones: expectativas y acciones de la dirección/supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en el área/servicio, franqueza

en la comunicación, retroalimentación y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; cuyos resultados se expresan como proporciones (porcentajes).

8.4.1. Dimensión 3 “Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/ servicio que favorecen la seguridad”.

Esta dimensión tiene como objetivo conocer la percepción de los participantes sobre la importancia que le dan los jefes de servicio y supervisores a la SP, un 74,1% de los participantes manifestó que las acciones implementadas por ellos contribuyen a la SP. Sin embargo, la AHRQ considera que las calificaciones con carácter positivo menores al 75% como en este caso, deben conducir al fortalecimiento de las acciones dirigidas a incrementar su percepción. Adicionalmente; un 25,9% de los participantes proporcionó respuestas neutras y negativas (Figura 11):

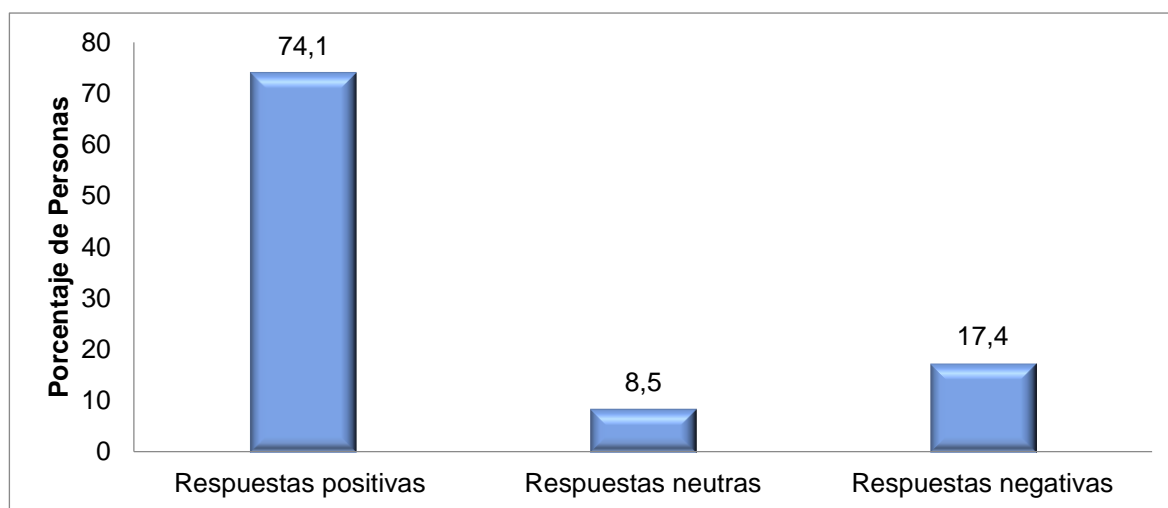


Figura 11. Total de respuestas positivas, neutras y negativas tercera dimensión.

Cabe resaltar que dentro esta dimensión un 89,5% de los participantes consideró que los problemas de SP que ocurren habitualmente en las áreas o servicios, se les presta atención; este resultado es considerado por la AHRQ como una fortaleza. Además; Un 82,9% manifestó que su opinión es tenida en cuenta para mejorar la SP (Tabla 10).

Por otra parte; un 66,2% afirmó que hay reconocimiento por parte de los superiores cuando se trabaja de conformidad con los procedimientos establecidos de SP. Esta situación contrasta con lo señalado por un 33,8% de los encuestados, quienes manifestaron estar “ni en acuerdo ni en desacuerdo” y “muy en

desacuerdo/en desacuerdo” con que exista una motivación por parte de los jefes frente a estas acciones.

De esta misma forma un 57,8% de la población consideró que para sus jefes o superiores es más importante preservar la SP que acelerar y simplificar las labores del trabajo, lo que difiere de un 42,2% del personal que afirmó lo contrario y estar “ni en acuerdo ni en desacuerdo” (Tabla 10):

Tabla 10. Expectativas y acciones de la dirección del Área/Servicio que favorecen la seguridad.

No	Preguntas	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo/De acuerdo
B1	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	22%	11,8%	66,2%
B2	Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	9,3%	7,8%	82,9%
B3	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	57,8%	10,1%	32,1%
B4	Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	89,5%	4,4%	6,1%

8.4.2. Dimensión 4 “Aprendizaje organizacional/mejora continua”.

Esta dimensión busca dar conocer la actitud proactiva, la efectividad de acciones y medidas implementadas por la organización para mejorar la SP. En este sentido una proporción significativa (86,3%) identificó la existencia e implementación de un plan de mejoramiento continuo sistemático. De acuerdo con los parámetros de la AHRQ, esta dimensión es considerada como una fortaleza (Figura 12):

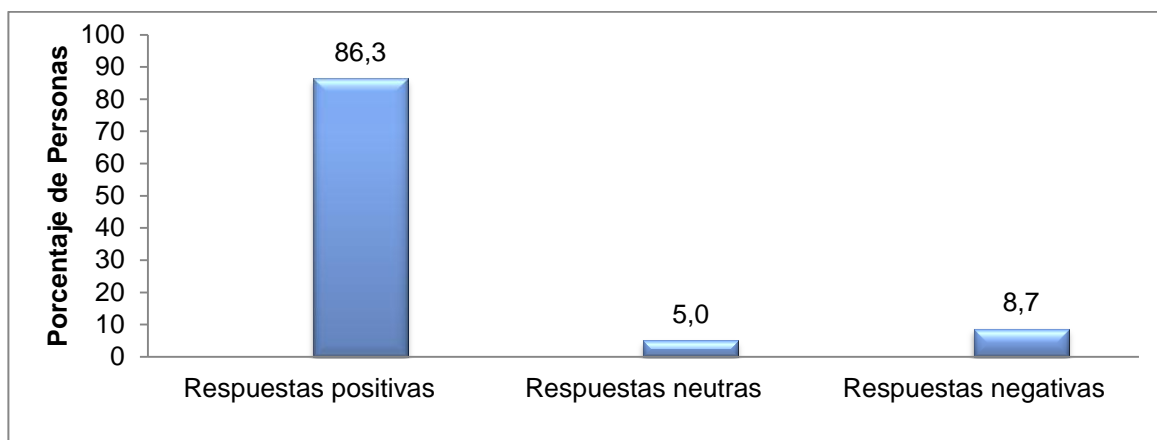


Figura 12. Total de respuestas positivas, neutras y negativas cuarta dimensión.

Es importante resaltar que el 93.6% de los encuestados convino en que se trabaja activamente para mejorar la SP. Lo anterior ratificó la opinión del 83.9% de las personas que consideró que el análisis de los errores ha llevado a cambios positivos en sus áreas/servicios y del 81,4% que afirmó que se evalúa la efectividad de los cambios realizados para mejorar la SP. Estos ítems, son considerados como fortalezas para la organización según la clasificación de la AHRQ (Tabla 11):

Tabla 11. Aprendizaje organizacional/mejora continua.

No	Preguntas	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo/De acuerdo
A6	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	2,9%	3,5%	93,6%
A9	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos en esta área/servicio.	10,1%	6,0%	83,9%
A13	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	13,1%	5,5%	81,4%

8.4.3. Dimensión 5 “Trabajo en equipo en el área/servicio”.

Esta dimensión da cuenta de la cohesión, comportamiento y cooperación existente entre el personal de las áreas y servicios de la organización tendientes a contribuir con la SP. Un 73,3% de los participantes reveló que existe un despliegue positivo de la dimensión. Aunque en la escala definida por la AHRQ dicha calificación no supera o iguala el 75% para ser considerada como fortaleza, cabe resaltar la alta calificación obtenida (Figura 13):

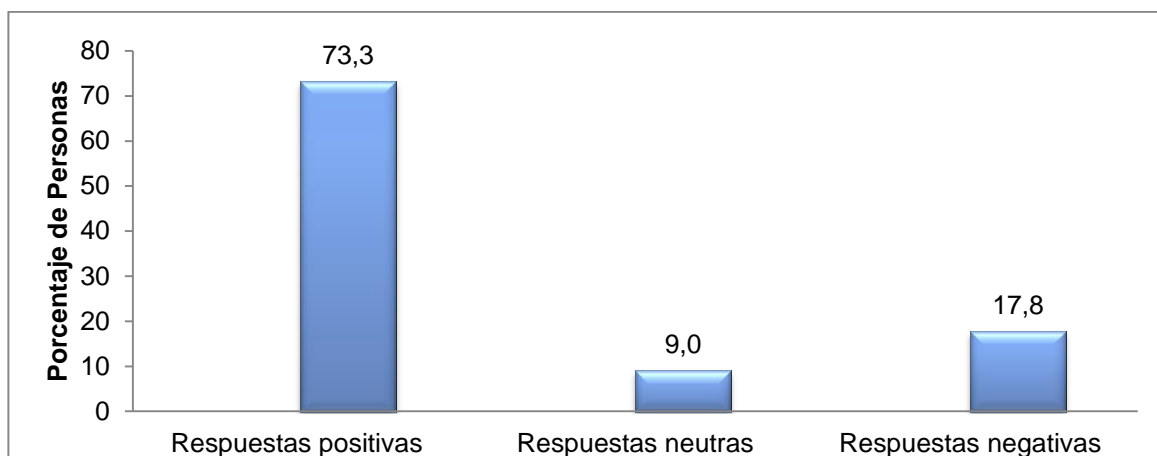


Figura 13. Total de respuestas positivas, neutras y negativas quinta dimensión.

Se destaca que un 89,1% de los encuestados reconoció que el personal en las áreas/servicios se trata con respeto, seguido de un 84,5% que concuerda con la existencia del apoyo mutuo y un 77,3 % afirmó trabajar en equipo cuando la carga laboral aumenta. Estos tres últimos ítems son considerados según lineamientos establecidos, como fortalezas dentro de la dimensión. Contrario a lo anterior, un 45% de las personas señaló no encontrar ayuda por parte de otras áreas, cuando la suya está realmente ocupada (Tabla 12):

Tabla 12. Trabajo en equipo en el área/servicio.

No	Preguntas	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo/De acuerdo
A1	La gente se apoya una a otra en esta área/servicio.	8,9%	6,6%	84,5%
A3	Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	11,5%	11,2%	77,3%
A4	En esta área/servicio el personal se trata con respeto.	5,7%	5,2%	89,1%
A11	Cuando su área/servicio está realmente ocupada, otras le ayudan.	45,0%	13,0%	42,1%

8.4.4. Dimensión 6 “Franqueza en la comunicación”

Esta dimensión refleja la existencia de una comunicación abierta y sincera en la organización frente a la prestación del servicio. Se observó que más de la mitad de los encuestados (59%), determinó que existe apertura en la comunicación de las diferentes situaciones o eventos que afectan la atención del paciente y la relación laboral. Consistente con lo anterior, una proporción significativa de participantes (41,1%) señaló respuestas neutras y negativas (Figura 14):

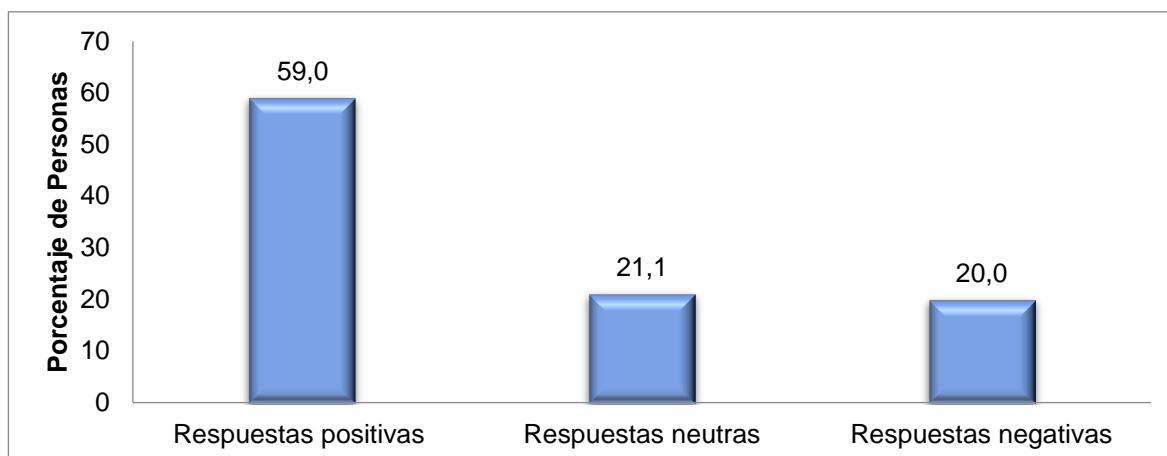


Figura 14. Total de respuestas positivas, neutras y negativas sexta dimensión.

Se resalta el alto porcentaje de respuestas neutras y negativas dadas por los participantes (66,4%), frente a la cohibición para cuestionar libremente las decisiones o acciones de sus superiores o jefes, seguido de un 33,9% que teme hacer preguntas cuando algo no parece estar bien (Tabla 13). Un 77,3% de la población indicó que puede expresarse con libertad si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente; paralelamente a un 22,8% que opinó hacerlo “nunca/casi nunca” y “algunas veces”.

Tabla 13. Franqueza en la comunicación.

No	Preguntas	Nunca/Rara vez	Algunas veces	Siempre /La mayoría de las veces
C2	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	7,6%	15,2%	77,3%
C4	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	39,7%	26,7%	33,6%
C6	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	66,1%	21,3%	12,6%

8.4.5. Dimensión 7 “Retroalimentación y comunicación sobre errores”.

Esta dimensión expresa la existencia de mecanismos de comunicación que permiten la identificación de eventos relacionados con la SP y sus acciones de mejora, así como estrategias para evitar su ocurrencia. Un 79,1% de los encuestados estimó que el Hospital cuenta con procesos de retroalimentación, que permiten conocer la ocurrencia, frecuencia, tratamiento y seguimiento a los

errores cometidos por el personal en la atención al paciente. No obstante; un 20,9% dio respuestas neutras y negativas en este aspecto (Figura 15):

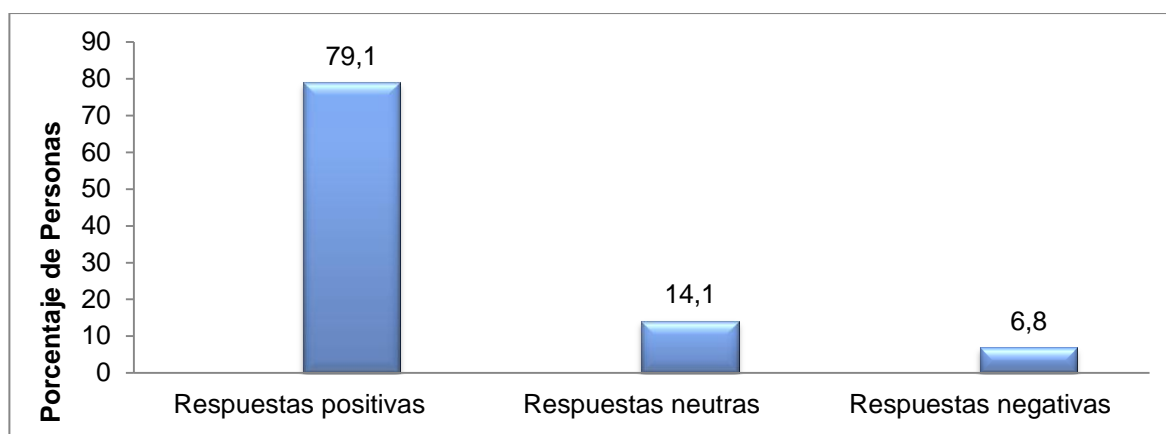


Figura 15. Total de respuestas positivas, neutras y negativas séptima dimensión.

Un 85,3% de las personas consideró que en las áreas/servicios, se habla sobre formas de prevenir fallas para que no se vuelvan a cometer. En este aspecto se divulgan acciones tendientes a prevenir la ocurrencia de eventos que afecten la SP. Por el contrario, un 14,6% restante refirió hacerlo “nunca”, “rara vez” o “algunas veces”.

Siendo igualmente un porcentaje alto, el 82,1% respondió que se les informa sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en su área/servicio, lo que evidencia la existencia de mecanismos de comunicación efectivos; el 17,9% no dio cuenta de la existencia de dichos mecanismos.

En cuanto a la información que brindan los jefes sobre los cambios realizados que se basan en los reportes de eventos y casi eventos, el 69,7% afirmó recibir esta información por medio de sus jefes, mientras que el 30,3% manifestó recibirla “algunas veces”, “rara vez” o “nunca” (Tabla 14):

Tabla 14. Retroalimentación y comunicación sobre errores.

No	Preguntas	Nunca/Rara vez	Algunas veces	Siempre /La mayoría de las veces
C1	Los jefes nos informan sobre los cambios realizados que se basan en los reportes de eventos y casi eventos.	11,8%	18,5%	69,7%
C3	Se nos informa sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área/servicio.	4,3%	13,6%	82,1%
C5	En esta área/servicio, hablamos sobre formas de prevenir fallas para que no se vuelvan a cometer.	4,3%	10,3%	85,3%

8.4.6. Dimensión 8 “Respuesta no punitiva a los errores”.

En esta dimensión se pretende conocer si existe la cultura no punitiva del reporte de eventos relacionados con la SP. El 46,8% de los participantes respondió de forma positiva, lo que evidencia que el personal teme y se preocupa por las consecuencias de un error en la prestación del servicio; por su parte, el 53,1% respondió de forma negativa y neutral. Este aspecto debe motivar a la organización al fortalecimiento de la cultura de SP para proveer un entorno no punitivo que favorezca el reporte de los EA (Figura 16):

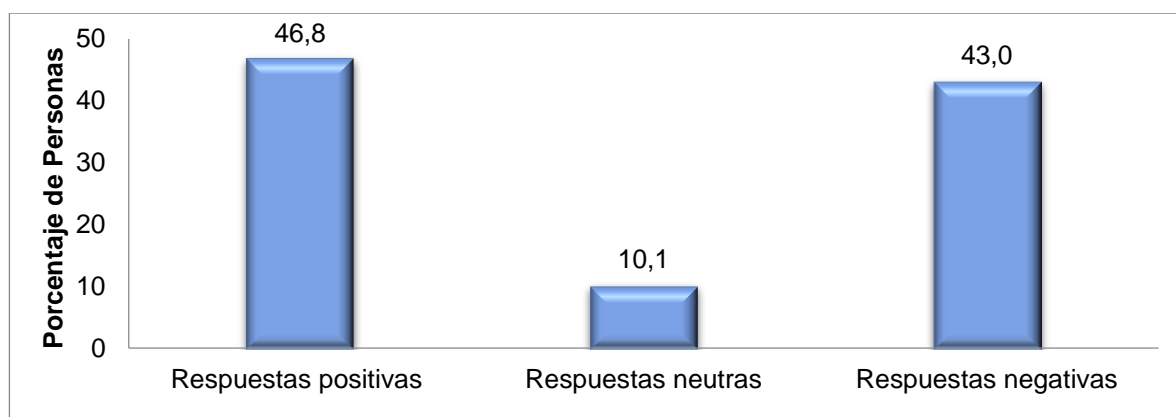


Figura 16. Total de respuestas positivas, neutras y negativas octava dimensión.

En este mismo sentido, un 62,5% de los participantes afirmó que el personal se preocupa de que los errores que cometen sean registrados en sus hojas de vida. El 56,9% del personal refirió no sentir que los errores son considerados en su contra; mientras que el 33,9% afirmó lo contrario.

Por otra parte, el 55,6% consideró que cuando se informa de un casi evento, se está reportando el problema y no el involucrado; sin embargo, el 44,4% de los entrevistados respondió en forma neutra sosteniendo que el enfoque se centra en la búsqueda de los actores de dicho error y no en el problema (Tabla 15):

Tabla 15. Respuesta no punitiva a los errores.

No	Preguntas	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo/De acuerdo
A8	El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	56,9%	9,2%	33,9%
A12	Cuando se informa de un casi evento, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	55,6%	11,7%	32,7%
A16	El personal se preocupa de que los errores que cometen sean registrados en sus hojas de vida.	28%	9,5%	62,5%

8.4.7. Dimensión 9 “Dotación de personal”.

En esta dimensión se evidencia si el Hospital cuenta con el suficiente personal para prestar los servicios de salud, si existe o no sobrecarga laboral y si se utiliza personal temporal para el cuidado del paciente. En este sentido, el 48,3% de los participantes respondió positivamente. Llama la atención que más del 50%, el (51,8%) dio respuestas neutras y negativas en este aspecto (Figura 17):

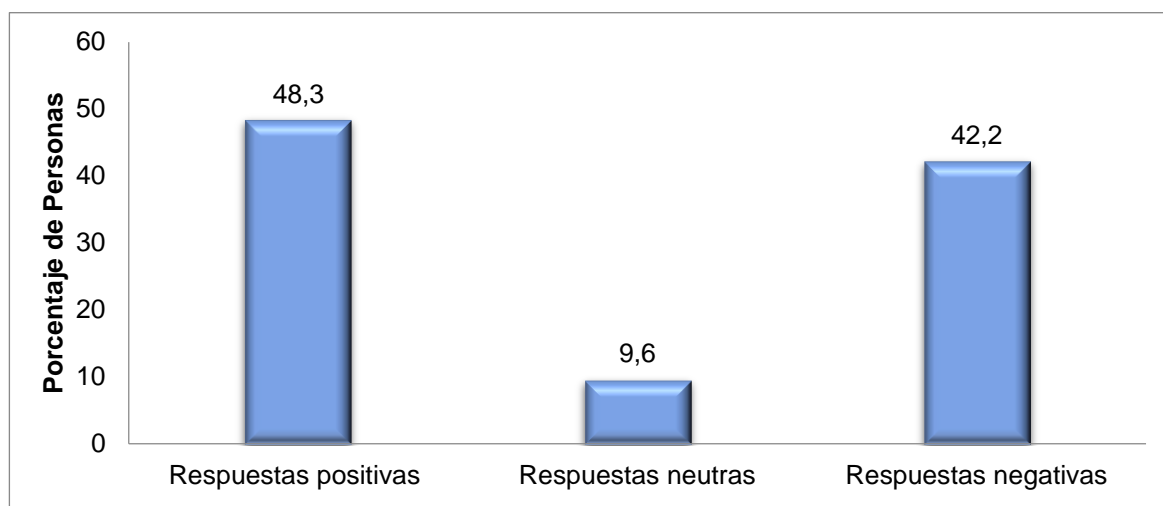


Figura 17. Total de respuestas positivas, neutras y negativas novena dimensión.

Del total de los encuestados, el 68,3% afirmó que no se usa más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente; por su parte, el 31,7% respondió lo contrario (Tabla 16). Un 57,2% manifestó que frecuentemente se trabaja en “situación de emergencia”, intentando hacer mucho, muy rápidamente, esto reflejado en la exigencia para realizar diferentes actividades a un ritmo acelerado. El 34,5% afirmó lo contrario. Adicionalmente, un 47,7% indicó que en su área/servicio se trabajan las horas establecidas. Sin embargo, el 43,9% de los participantes manifestó trabajar más horas de lo prescrito de forma que se podría afectar la calidad en la prestación de los servicios. Finalmente el 46,6% opinó que no hay suficiente personal para hacer todo el trabajo, contrario a lo que sostuvo el 42,8% del personal (Tabla 16):

Tabla 16. Dotación de personal.

No	Preguntas	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo/De acuerdo
A2	Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	46,6%	10,6%	42,8%
A5	El personal en esta área/servicio trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.	47,7%	8,5%	43,9%
A7	Usamos más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente.	68,3%	10,8%	20,9%
A14	Frecuentemente, trabajamos en "situación de emergencia" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	34,5%	8,3%	57,2%

8.4.8. Dimensión 10 “Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente”.

Esta dimensión pretende dar a conocer el apoyo que ha tenido la gerencia del Hospital al despliegue de actividades que favorezcan la SP. Un 91,6% de los participantes estuvo de acuerdo en que la gerencia tiene como prioridad la SP. Según los lineamientos de la AHRQ, esta dimensión es considerada una fortaleza para la institución (Figura 18):

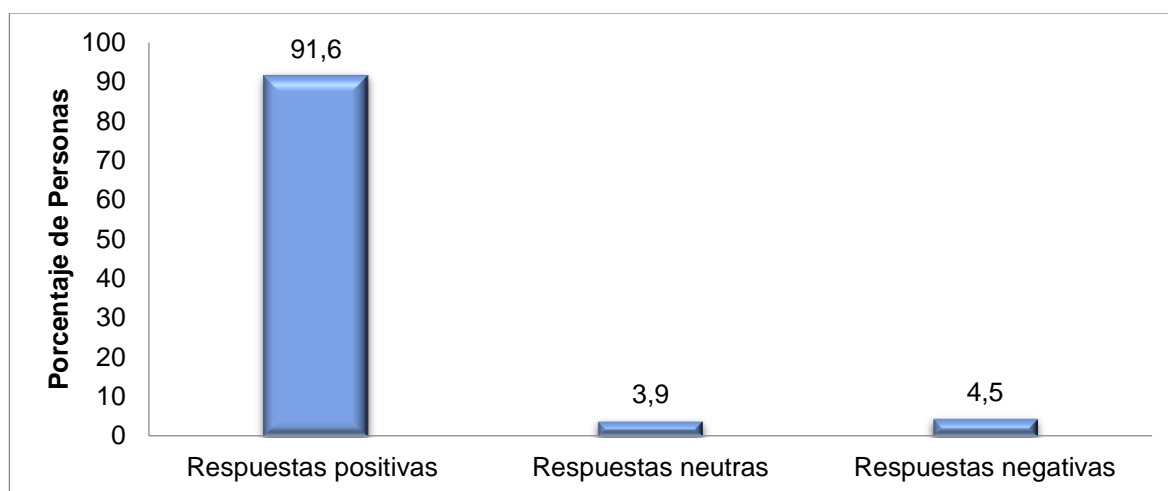


Figura 18. Total de respuestas positivas, neutras y negativas décima dimensión.

Se encontró que el 92,8% estuvo de acuerdo en que las acciones de la gerencia muestran que la SP es prioritaria. Así mismo, un porcentaje significativo de participantes (92,2%) indicó que el ambiente laboral promueve la SP. Finalmente, un 89.9% manifestó que la gerencia del hospital está interesada en la SP en todo

momento y no sólo cuando ya ha ocurrido algún EA. Estos tres ítems son considerados según la AHRQ como una fortaleza para la institución ya que sobrepasa el 75% de respuestas positivas (Tabla 17):

Tabla 17. Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente.

No	Preguntas	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo/De acuerdo
F1	La Gerencia de la institución provee de un ambiente laboral que promueva la seguridad del paciente.	4,1%	3,7%	92,2%
F8	Las acciones de la Gerencia de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	2,9%	4,3%	92,8%
F9	La Gerencia del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.	89,9%	3,7%	6,4%

8.5 Interacción entre áreas del hospital.

Esta medición está integrada por dos dimensiones: trabajo en equipo entre áreas y problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios cuyos resultados se expresan como porcentajes.

8.5.1. Dimensión 11 “Trabajo en equipo entre áreas”.

Esta dimensión mide la cooperación y el trabajo conjunto entre las áreas y/o servicios del Hospital; en este caso, el 71,3% de los participantes afirmó que existe una buena articulación entre las áreas y servicios mientras que el 28,7% dio respuestas neutras y negativas en este aspecto (Figura 19):

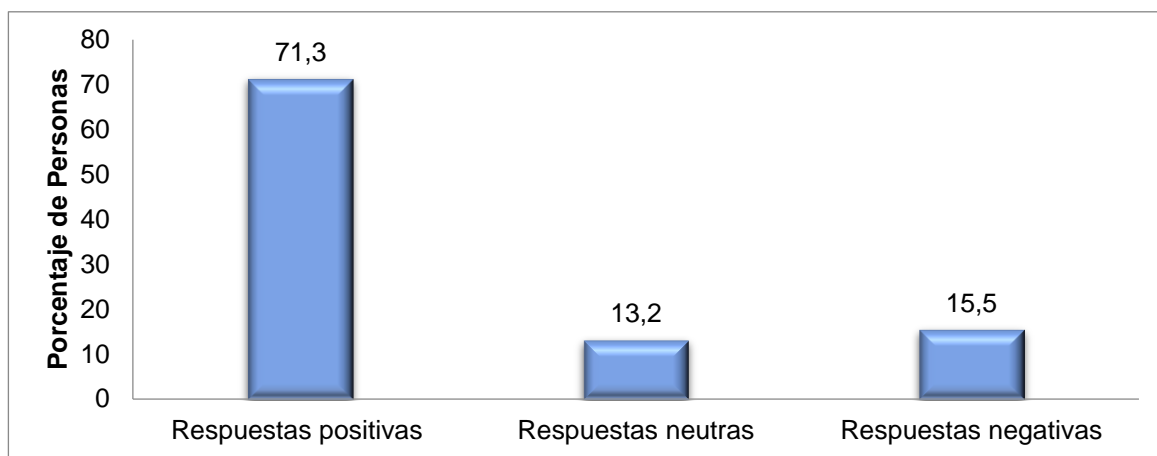


Figura 19. Total de respuestas positivas, neutras y negativas undécima dimensión.

Un 83.7% de los participantes afirmó que las áreas del Hospital trabajan en conjunto para proveer el mejor cuidado para los pacientes, lo que es considerado como una fortaleza. De igual forma cuando se preguntó si “frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas/servicios de este Hospital” el 77.3% asumió una postura contraria.

Cuando se indagó si las relaciones entre las distintas áreas del Hospital estaban enmarcadas en un ambiente colaborativo; el 67,2% estuvo “de acuerdo” o “muy de acuerdo”, mientras que la tercera parte restante de los participantes adoptó una postura neutra o contraria a la afirmación. Sin embargo, llamó la atención que un 27,3% de los participantes sostuviera que, desde una perspectiva sistémica, falta coordinación entre las diferentes áreas funcionales (Tabla 18):

Tabla 18. Trabajo en equipo entre áreas.

No	Preguntas	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo/De acuerdo
F2	Las áreas/servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	56,9%	15,8%	27,3%
F4	Hay buena cooperación entre las áreas/servicios del hospital que necesitan trabajar juntas.	15,8%	17,0%	67,2%
F6	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas/servicios de este hospital.	77,3%	10,6%	12,1%
F10	Las áreas/servicios del hospital trabajan en conjunto para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	6,9%	9,5%	83,7%

8.5.2. Dimensión 12 “Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios”.

Esta dimensión muestra si existen problemas en las áreas durante los cambios de turno y la interacción entre las áreas/servicios. En este aspecto, el 61,9% de los encuestados afirmó que los procesos de información e interacción son efectivos, pero más de la tercera parte (38,1%) entregó respuestas neutras y negativas (Figura 20):

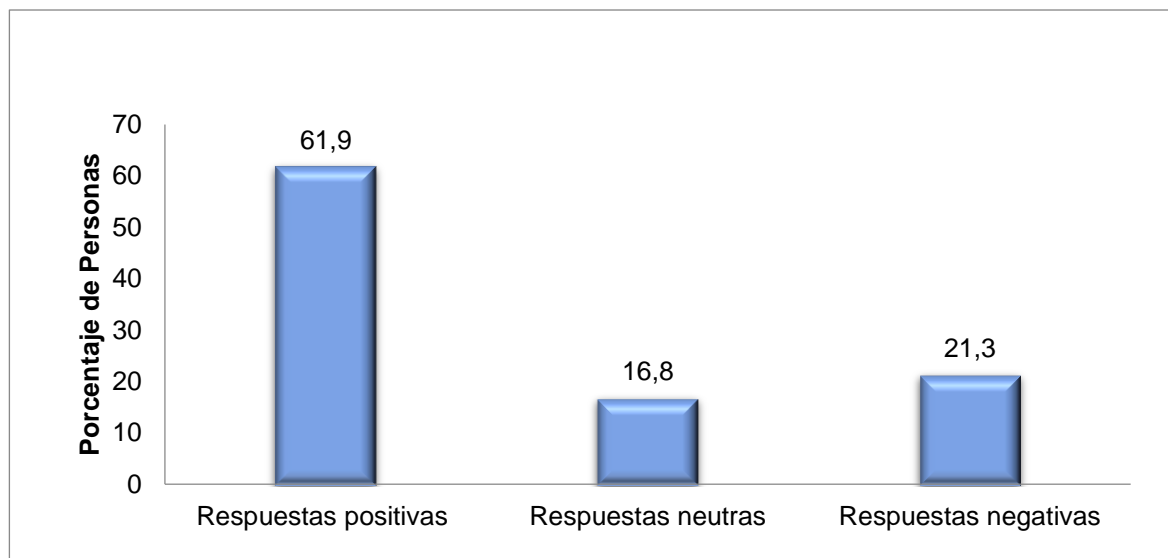


Figura 20. Total de respuestas positivas, neutras y negativas duodécima dimensión.

Los cuatro ítems que componen esta dimensión no parecen ser percibidos como especialmente problemáticos, aunque tampoco se destacan por contribuir de manera significativa a un buen clima de seguridad. Un 24,1% de los participantes afirmó que a menudo surgen problemas en el intercambio de información entre áreas del Hospital; llamó la atención que solo un 55,8% respondió negativamente y el 20,1% restante adoptó una postura neutral. Es importante recalcar que un 22,7% estuvo de acuerdo en que información importante sobre el cuidado de los pacientes se pierde durante cambios de turno, frente a un 60,1% que consideró lo contrario.

El 65,8% de las personas no consideró como problemáticos los cambios de turno para la atención de los pacientes, pero es notable que el 34,2%, o bien no asumiera una postura explícita frente al ítem o afirmara que existen dificultades en este sentido. Igual situación se observó al preguntar si se perdía información de pacientes al transferirse de un área a otra; más de la mitad opinó negativamente (65,8%), pero en forma consistente con los otros ítems evaluados, un 13,5% no

definió posición alguna y una proporción similar consideró que si emergen problemas en dicha ocasión (Tabla 19):

Tabla 19. Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios.

No	Preguntas	Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo/De acuerdo
F3	La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área/servicio a otro.	65,8%	13,5%	20,7%
F5	Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	60,1%	17,2%	22,7%
F7	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre áreas/servicios de este hospital.	55,8%	20,1%	24,1%
F11	Los cambios de turno generan problemas para la atención de los pacientes en este hospital.	65,8%	16,4%	17,8%

8.6 Manejo de medicamentos

Esta sección del instrumento está conformada por nueve ítems que describen el manejo y el suministro de medicamentos en un hospital. Cabe precisar que dicho manejo es una actividad a cargo del equipo médico y de enfermería en forma exclusiva, de ahí que el 45% de los participantes respondió N.A. (No Aplica) a estos ítems.

En esta sección, el 84,8% de los ítems fueron respondidos en forma positiva por los participantes y el 5,8% negativamente como se observa a continuación (Figura 21):

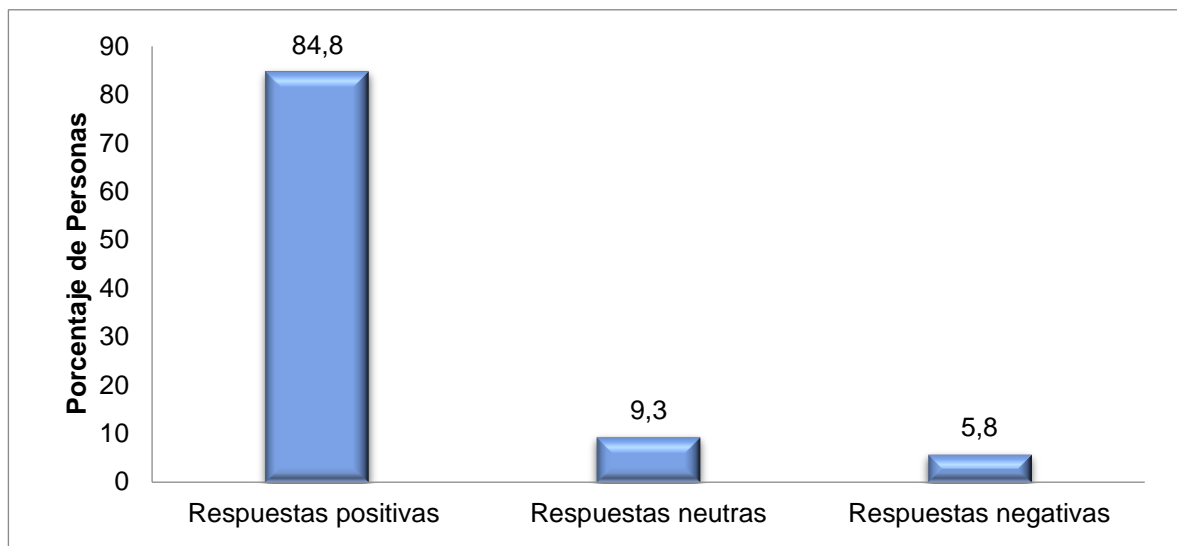


Figura 21. Total respuestas positivas, neutras, negativas y no aplica en el Manejo de Medicamentos.

De acuerdo con los resultados (Tabla 20), se puede evidenciar fortalezas en lo relacionado con la revisión del listado de medicamentos aplicados a los pacientes antes de realizar una nueva prescripción con un porcentaje de respuestas positivas del 96,6%; igualmente, con el registro de órdenes verbales sobre administración de medicamentos en la historia clínica con un 91,1%.

Un 83,3 % reportó haber repetido en voz alta las órdenes sobre administración de medicamentos cuando se reciben verbalmente para asegurarse de que ha sido bien comprendidas. De igual manera un 82,1% estuvo de acuerdo en que la comunicación es clara y rápida entre todos los profesionales implicados en la atención del paciente. Llamó la atención que un 15% de los encuestados afirmaran que “algunas veces” elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.) y un 5,4% lo hacen “la mayoría de veces” o “siempre”.

Un 10,7% respondió “rara vez” o “nunca” a la afirmación “antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su acompañante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones en la intervención, exploración o tratamiento implicado y un 15% dijo que lo hace “algunas veces” (Tabla 20):

Tabla 20. Manejo de medicamentos.

No	Preguntas	Nunca/Rara vez	Algunas veces	Siempre/La mayoría de veces
1	Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida. (Responda si aplica en su caso)	7,8%	8,8%	83,3%
2	Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.) (Responda si aplica en su caso).	79,4%	15,2%	5,4%
3	Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde. (Responda si aplica en su caso).	3,4%	5,4%	91,1%
4	Antes de realizar una prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente. (Responda si aplica en su caso).	0,0%	3,4%	96,6%
5	Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente. (Responda si aplica en su caso).	7,7%	13,0%	79,2%
6	Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	6,1%	11,8%	82,1%
7	Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su acompañante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones en la intervención, exploración o tratamiento implicado. (Responda si aplica en su caso).	10,7%	15,0%	74,3%
8	En los pacientes probablemente terminales, se indaga de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su área/servicio se atienden pacientes probablemente terminales).	11,0%	10,4%	78,6%
9	En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su área/servicio se manejan tratamientos con quimioterapia) (Responda si aplica en su caso).	98,9%	1,1%	0,0%

8.7 Ordenamiento de las dimensiones

En las Tablas 21 y 22 se observan los resultados consolidados de cada una de las dimensiones que integran el clima de SP

Tabla 21. Orden de las dimensiones (de mayor a menor) según % de respuestas positivas.

Dimensión	% Respuestas Positivas
Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	91,6
Aprendizaje organizacional/mejora continua	86,3
Retroalimentación y comunicación sobre errores	79,1
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/ servicio que favorecen la seguridad	74,1
Trabajo en equipo en el área/servicio	73,3
Trabajo en equipo entre áreas	71,3
Frecuencia de eventos notificados	70,7
Percepción de seguridad	62,0
Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios	61,9
Franqueza en la comunicación	59,0
Dotación de personal	48,3
Respuesta no punitiva a los errores	46,8

Tabla 22. Orden de las dimensiones (de mayor a menor) según % de respuestas negativas.

Dimensión	% Respuestas Negativas
Respuesta no punitiva a los errores	43,0
Dotación de personal	42,2
Percepción de seguridad	30,9
Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios	21,3
Franqueza en la comunicación	20,0
Trabajo en equipo en el área/servicio	17,8
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/ servicio que favorecen la seguridad	17,4
Trabajo en equipo entre áreas	15,5
Frecuencia de eventos notificados	14,5
Aprendizaje organizacional/mejora continua	8,7
Retroalimentación y comunicación sobre errores	6,8
Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	4,5

8.8 Identificación y priorización de oportunidades de mejora.

Se realizó el análisis de las respuestas negativas con el fin de identificar y seleccionar aquellas dimensiones constituidas como oportunidades de mejora en el Hospital y priorizarlas para la toma de decisiones en materia de SP. Para ello se aplicó el principio de Pareto (En todo grupo de elementos o factores que contribuyen a un mismo efecto, unos pocos son responsables de la mayor parte de dicho efecto). Con base en lo anterior se encontró que las cuatro primeras dimensiones identificadas como oportunidades de mejora son: respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, percepción de seguridad y problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios; los cuatro porcentajes de éstas dimensiones sumados acumulan más del 50% de las respuestas negativas (Figura 22). Es necesario que el Hospital dentro de sus prioridades en SP realice un plan de mejoramiento para éstas dimensiones y los diferentes aspectos que la componen.

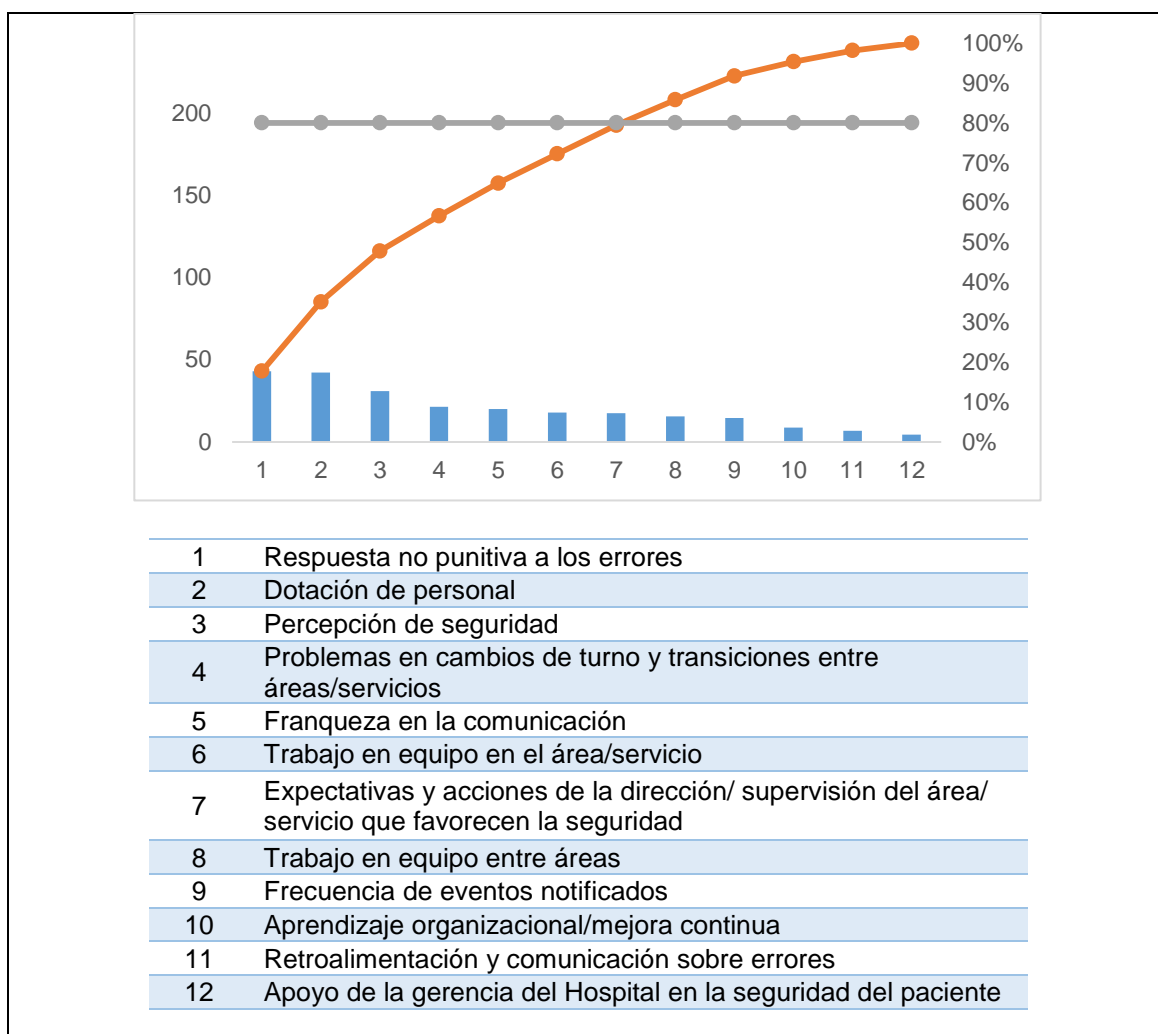


Figura 22. Dimensiones calificadas como oportunidad de mejora en el estudio HGM, 2015.

8.9 Identificación de fortalezas y oportunidades de mejora.

La clasificación de las fortalezas y oportunidades de mejora se realizó con base en los criterios establecidos por la AHRQ; se identificaron las siguientes:

8.9.1. Fortalezas

Se consideran fortalezas aquellas dimensiones e ítems cuyo porcentaje de respuestas positivas resulte igual o mayor al 75% en preguntas formuladas en positivo y un porcentaje de respuestas negativas igual o mayor al 75% a preguntas formuladas en negativo. De acuerdo con los resultados obtenidos, tres dimensiones y dieciocho ítems son considerados fortalezas en el Hospital (Tablas 23 y 24):

Tabla 23. Dimensiones calificadas como fortalezas HGM, 2015.

Dimensión	Preguntas	Calificación total dimensión
Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	La Gerencia de la institución provee de un ambiente laboral que promueva la seguridad del paciente.	91,6% de respuestas positivas.
	Las acciones de la Gerencia de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	
	La Gerencia del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.	
Aprendizaje organizacional /mejora continua	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	86,3% de respuestas positivas.
	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos en esta área/servicio.	
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Los jefes nos informan sobre los cambios realizados que se basan en los reportes de eventos y casi eventos.	79,1% de respuestas positivas.
	Se nos informa sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área/servicio.	
	En esta área/servicio, hablamos sobre formas de prevenir fallas para que no se vuelvan a cometer.	

Tabla 24. Ítems calificados como fortalezas HGM, 2015.

Dimensión	Preguntas	Porcentaje
Frecuencia de eventos notificados	Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	75% de respuestas positivas.
Percepción de seguridad	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de fallas que puedan ocurrir.	84,5% de respuestas positivas.
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/ servicio que favorecen la seguridad.	Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	82,9% de respuestas positivas.
	Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	89,5% de respuestas negativas a una pregunta formulada en negativo.
Aprendizaje organizacional /mejora continua.	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	93,6% de respuestas positivas.
	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos en esta área/servicio.	83,90% de respuestas positivas.
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	81,40% de respuestas positivas.
Trabajo en equipo en el área/servicio.	La gente se apoya una a otra en esta área/servicio.	84,50% de respuestas positivas.
	Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	77,30% de respuestas positivas.
	En esta área/servicio el personal se trata con respeto.	89,10% de respuestas positivas.
Franqueza en la comunicación.	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	77,30% de respuestas positivas.
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Se nos informa sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área/servicio.	82,10% de respuestas positivas.
	En esta área/servicio, hablamos sobre formas de prevenir fallas para que no se vuelvan a cometer.	85,30% de respuestas positivas.
Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente.	La Gerencia de la institución provee de un ambiente laboral que promueva la seguridad	92,20% de respuestas positivas.

	del paciente.	
	Las acciones de la Gerencia de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	92,80% de respuestas positivas.
	La Gerencia del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.	89,90% de respuestas negativas a una pregunta formulada en negativo.
Trabajo en equipo entre áreas	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas/servicios de este hospital.	77,30% de respuestas negativas a una pregunta formulada en negativo.
	Las áreas/servicios del hospital trabajan en conjunto para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	83,70% de respuestas positivas.

8.9.2. Oportunidades de Mejora

Se considera una oportunidad de mejora a las dimensiones y los ítems con un porcentaje de respuestas negativas igual o mayor al 50% a preguntas formuladas en positivo y un porcentaje de respuestas negativas igual o mayor al 50% a preguntas formuladas en negativo. Teniendo en cuenta este criterio se encontraron tres ítems considerados como oportunidades de mejora (Tabla 25):

Tabla 25. Ítems calificados como oportunidad de mejora HGM, 2015.

Dimensión	Preguntas	Porcentaje
Respuesta no punitiva a los errores	El personal se preocupa de que los errores que cometen sean registrados en sus hojas de vida.	62,5% de respuestas positivas a una pregunta formulada en negativo.
Percepción de seguridad	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	57,4% de respuestas negativas a una pregunta formulada positivamente.
Dotación de personal	Frecuentemente, trabajamos en "situación de emergencia" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	57,2% de respuestas positivas a una pregunta formulada negativamente.

9 Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten comparar los componentes que hacen parte del clima de SP con otros estudios similares que han aplicado el instrumento validado por la AHRQ en el ámbito internacional, nacional y local.

Dicho instrumento comprende todos los componentes del clima de SP, lo que posibilita generar información relevante para la gestión de la seguridad en las organizaciones. Sin embargo su interpretación presenta algunas dificultades por sus opciones de respuesta (“Ni en acuerdo, ni en desacuerdo”), ya que esta valoración da la posibilidad a los participantes de no asumir posturas concretas con respecto a la cuestión. Otra dificultad identificada está relacionada con las preguntas formuladas negativamente, ya que deben invertirse para el análisis global por dimensiones. Este tipo de formulación generó confusión tanto para los participantes, como para los investigadores en el momento de depurar la información y su organización para el análisis.

Los estudios consolidados de medición del clima de SP reportados en 2014 por la AHRQ (21) señalaron que un 14% de los participantes pertenecía a áreas administrativas. En el estudio realizado por Bilbao y Álvarez en 2015 en una institución de Medellín (41) la proporción de personal administrativo fue del 19% mientras que en el presente estudio dicha proporción alcanzó el 31%. A pesar de que las recomendaciones de la AHRQ señalan que los participantes deben interactuar directamente con los pacientes, este estudio extendió el alcance involucrando algunas personas que no lo tenían.

Sin embargo, esta investigación evidenció que un 80% de los participantes tuvo interacción directa con los pacientes, mientras que en el estudio de la AHRQ 76% (21), en el estudio del Ministerio de Sanidad y Política Social de España 93% (22) y en el realizado en el HGM para el año 2013 un 78% (19). Cabe resaltar que el 41% de la muestra estuvo conformada por Auxiliares de Enfermería y Enfermeros Profesionales, que representaron el mayor grupo encuestado, lo cual es consistente con el estudio referenciado previamente (21) en donde la mayor proporción de encuestados fueron de Enfermeros Profesionales con un 35% y en el HGM en la medición anterior fue de 38%.

Con respecto a la participación de las áreas y servicios en el estudio, las de mayor representatividad en su orden respectivo fueron hospitalización, administrativa y cirugía y obstetricia; en el estudio realizado en el HGM en el 2013, las de mayor participación fueron hospitalización, cirugía y obstetricia y unidades de cuidados intensivos (19), coincidiendo en dos servicios con los estudios del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (22) y Bilbao y Álvarez (41) que tuvieron más

representatividad de los servicios de hospitalización y cirugía. Difiere del estudio del Hospital Padre Hurtado de Chile (26) en el que el servicio con mayor porcentaje de participación fue la Unidad de Gestión Clínica del Niño.

En cuanto a la antigüedad en el HGM, el 12% de los encuestados había permanecido menos de un año en la institución y el 47% entre uno y cinco años. El 52% afirmó haber trabajado durante el mismo periodo de tiempo en la misma área y 21% menos de un año. En el estudio realizado en el HGM en el año 2013 se encontró que un 40% de los participantes había permanecido en el HGM por entre uno y cinco años (19). Por el contrario, en el estudio del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (22) se encontró que casi el 80% de los encuestados llevaba trabajando más de seis años en el Hospital y un 70% refirió permanecer en su misma área de trabajo el mismo periodo de tiempo. El estudio de la AHRQ evidenció que el 33% de los encuestados tenía de uno a cinco años de antigüedad y el 39% de los participantes llevaba trabajando en su área hasta seis años (21).

El tiempo de permanencia en el HGM garantiza de alguna manera la adaptación del personal a los procesos institucionales y su contribución a la mejora de los mismos; es importante resaltar que más de la mitad del personal encuestado es relativamente nuevo lo que implica a la institución trabajar de forma constante en crear y mantener la cultura de SP.

De acuerdo con los resultados de esta indagación, el 60% del personal llevaba trabajando en su profesión seis o más años, lo que difiere en un 8% menos con respecto al resultado obtenido en 2013 (19). En el estudio del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (22) un 89% del personal encuestado tenía al menos seis años de experiencia. En la investigación de Bilbao y Álvarez (41) un 63% de los participantes tenía más de cuatro años de experiencia. Este último dato es similar a la cifra obtenida en el HGM en el 2015.

Respecto al número de horas trabajadas a la semana, el 85% de los participantes laboraba entre 40 y 59 horas. Por su parte, en el estudio de la AHRQ, el 48% de los encuestados trabajaba las mismas horas semanales (21). En el estudio de Bilbao y Álvarez (41) un 59% afirmó que laboraba entre 45 y 48 horas semanales y el 37.6% más de 48 horas a la semana. Conviene subrayar que el rango de horas laboradas se encuentra en las permitidas por la normatividad colombiana.

Los estudios realizados en los años 2008, 2010 y 2013 en el HGM, enfocados en medir el clima de SP, no pueden compararse con el actual estudio porque tienen diferencias en la presentación de los resultados, puesto que no se invierte la escala de calificación para las preguntas formuladas negativamente, lo que altera el resultado global por dimensiones.

La información arrojada por el presente estudio muestra una significativa proporción de participantes (80%) que calificaron el grado de SP como “excelente” y “muy bueno”; aunque, al compararlo con el estudio realizado en el HGM en 2013 (19), este porcentaje disminuyó un 6%. A pesar de esto, el instrumento provee información que permite contrastar esta percepción con otros resultados, como el número de reporte de EA por entrevistado (27% ningún reporte) teniendo en cuenta que este ítem se constituye en un insumo fundamental para el análisis de los EA y la gestión de la SP. Del personal encuestado, el 15% señaló que “nunca” o “rara vez” notificaba los eventos que ocurrían en su área que no alcanzaban a hacer daño al paciente y por el contrario el 70% si lo hacía, lo cual señala que el Hospital debe fortalecer las acciones dirigidas a incentivar el reporte voluntario de los EA en cualquier circunstancia. Adicionalmente el 62% de los participantes afirmó tener una percepción positiva de seguridad en el hospital; los resultados señalan que una proporción significativa de encuestados (38%) aún no ha adoptado actitudes proactivas para evitar la ocurrencia de problemas relacionados con la SP en las diferentes áreas.

Los resultados obtenidos muestran que el apoyo de la gerencia del HGM en la SP es evidente; esto se reflejó en un 92% que calificó la dimensión positivamente, lo cual se constituye en la mayor fortaleza. Por lo anterior, el 84% de participantes sostuvo que en el HGM el análisis de los errores ha llevado a cambios positivos en sus áreas y como lo confirmó, además, el 94% de los encuestados, se está trabajando de manera activa para mejorar la SP. En el estudio de Bilbao y Álvarez (41) el porcentaje de respuestas afirmativas para esta dimensión fue del 70%. En el de la AHRQ (21) se obtuvo un 72%, mientras que en el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (22) solo alcanzó el 25%.

El 85% de los participantes reconoció que se implementan acciones que mejoran día a día la SP; también se reconocieron formas de prevenir las fallas para que no se vuelvan a cometer, así como retroalimentación sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en las áreas, (un 82%). En el estudio realizado por el HGM, 2013 (19) esta dimensión (“Retroalimentación y comunicación sobre errores”), obtuvo una calificación global del 74%, mientras que en el presente estudio la cifra asciende al 79%, estableciéndose como una fortaleza para la institución.

Otra dimensión que arrojó resultados positivos fue “Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/ servicio que favorecen la seguridad” con un 74% de respuestas positivas, aunque no alcanza a ser fortaleza es un aspecto favorable. Los resultados de esta dimensión son similares a los de otros estudios, como el de la AHRQ en los Estados Unidos (21) con un 76%; en el realizado en Chile (26), el 70%, los encuestados percibieron las acciones de la alta dirección como favorecedoras de la seguridad clínica; así mismo el realizado por Bilbao y Álvarez (41) obtuvo un porcentaje de 69% de respuestas positivas.

Cabe resaltar que en la dimensión mencionada anteriormente hay dos ítems positivos en los cuales se evidencia que la alta dirección se preocupa por los problemas de seguridad que ocurren; igualmente se percibió que se tienen en cuenta las sugerencias que hace el personal para mejorar la SP en el HGM. Sin embargo los otros dos ítems que pueden mejorarse hacen referencia a la motivación al personal por parte de los jefes de las unidades funcionales y a la preservación de la SP cuando aumenta la carga de trabajo.

Con relación al trabajo en equipo dentro de las áreas, el 73% de las personas encuestadas afirmó que existe cohesión, colaboración y cooperación. Este resultado es consistente con el obtenido por Bilbao y Álvarez (41) que arrojó un 74% de respuestas positivas. Dicho aspecto es relevante para la organización, porque compromete a los miembros del equipo de salud en la garantía de procesos seguros para los pacientes. Se destaca el hecho de una percepción generalizada de los encuestados (89%) sobre el trato respetuoso de los colaboradores en su área, situación que no varía con respecto al estudio realizado por el HGM en 2013 (19).

El apoyo entre compañeros de trabajo es fundamental para mantener un clima laboral que favorezca la SP. Esta afirmación se sustentó en el 84% de los participantes que manifestó apoyarse mutuamente en su área. La dimensión en general muestra un buen resultado; sin embargo, el 45% de los participantes refirió no encontrar ayuda por parte de otras áreas cuando realmente la necesitan.

De acuerdo con lo anterior, el HGM debe fortalecer el trabajo en equipo entre las áreas, teniendo en cuenta que solo el 57% de los participantes consideró que existe buena coordinación; comparando el estudio realizado por el HGM en 2013 (19), se observa una leve mejora (54%). Llama la atención que en el presente estudio los participantes percibieron en forma mayoritaria (84%) coordinación entre las áreas del hospital para proveer el mejor cuidado para los pacientes. Adicionalmente, el 77% no consideró como “desagradable” el trabajo con personal de otras áreas, evidenciando un incremento con respecto a la última medición (19).

En la dimensión “problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas”, el 24% de los participantes afirmó que a menudo surgen problemas en el intercambio de información entre áreas y el 23% que se pierde información importante de cuidados de pacientes durante cambios de turno. Este resultado es consistente con el estudio del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (22), en donde el 25% de las personas encuestadas manifestaron que también que surgen este tipo de problemas y el 22% sostuvo que frecuentemente existe pérdida de información.

Los resultados obtenidos muestran que la dimensión “Franqueza en la comunicación” con un 59% de respuestas positivas, no es una fortaleza, pero

tampoco es una oportunidad de mejora. El 77% de los participantes afirmó hablar libremente al ver que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente. Hay un aspecto a tener en cuenta que el 40% del personal encuestado, “nunca” o “rara vez” se siente libre para cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. En relación con el estudio de Bilbao y Álvarez (41) el resultado general para esta dimensión fue 44%, la cual se constituyó como una oportunidad de mejora. El estudio de la AHRQ (21), con un 62%, evidenció que aún se puede mejorar en este aspecto.

La dimensión “Dotación de personal” obtuvo un porcentaje global del 42% de respuestas negativas; el estudio del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (22) un 62% y en el estudio de Bilbao y Álvarez (41) el 34%. Es importante resaltar que en el presente estudio, un 57% manifestó que el personal frecuentemente trabaja en “situación de emergencia” intentando hacer mucho muy rápidamente, lo cual es considerado como oportunidad de mejora. En comparación con el estudio del HGM, 2013 (19) esta proporción aumentó un 4% lo que podría mostrar un aumento de la percepción negativa en este sentido.

El 68% del personal encuestado sostuvo que no se usa más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente; en este sentido el estudio del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (22), encontró que el 37% respondió de igual manera. En el estudio del HGM, 2013 (19), el 52% de los participantes manifestó tener suficiente personal para realizar todo el trabajo. El presente estudio por su parte, obtuvo una proporción del 43%.

La dimensión “Respuesta no punitiva a los errores” con el 43% de respuestas negativas representa claramente una oportunidad de mejora que involucra la forma como el personal percibe las acciones que se toman a favor o en contra suya cuando se presentan incidentes relacionados con la SP, en comparación con el estudio de Bilbao y Álvarez (41) que obtuvo el 53%. La preocupación de los colaboradores sobre las consecuencias laborales derivadas de los errores asistenciales es frecuentemente reportada en esta y en otras indagaciones; un 62% en el presente estudio, un 56% en el estudio de Bilbao y Álvarez (41), un 39% en el estudio del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (22) y un 44% en el estudio de la AHRQ (21).

El 34% de los participantes sostuvo que el personal siente que sus errores son considerados en su contra y el 33% percibió que la persona está siendo reportada al momento de informar un casi evento y no el problema. Comparando estos ítems con otros estudios, se observó que en el estudio de Bilbao y Álvarez (41), el 67% de los participantes refirió que si sus compañeros o superiores se enteran de que se ha cometido algún error, lo utilizan en su contra, mientras que el 86% afirmó que cuando se detecta algún error, antes de buscar la causa, buscan un culpable.

El 85% de los participantes percibe que el manejo de medicamentos en el HGM es adecuado conforme a las variables establecidas por el instrumento, lo cual contrasta con el estudio de Bilbao y Álvarez (41) que obtuvo un resultado significativamente inferior (75%).

10 Conclusiones

La medición del clima de seguridad del paciente para el año 2015, no puede ser comparada con mediciones de años anteriores debido a que el análisis de los datos recolectados no cumple con los parámetros establecidos por la AHRQ.

La Gerencia del HGM tiene como prioridad la seguridad del paciente, enmarcada en una política que busca disminuir la ocurrencia de casi eventos y eventos adversos que afecten directamente la atención en salud.

Los encuestados manifestaron temor por la posible respuesta punitiva al reporte voluntario de eventos adversos.

Los participantes perciben que existe sobrecarga laboral.

La percepción que tiene el personal que labora en el HGM respecto al grado de seguridad del paciente es “muy bueno”; sin embargo se debe continuar trabajando en la cultura del reporte.

11. Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos por esta investigación, se recomienda a la Gerencia enfocar el mejoramiento continuo en los siguientes aspectos:

Fortalecer el análisis y tratamiento de los eventos adversos como un problema del proceso de atención, procurando evitar los señalamientos individuales para promover un entorno no punitivo.

Prestar atención prioritaria a la asignación del personal y a los ritmos de trabajo.

Consolidar la implementación y el despliegue de los mecanismos adoptados por el hospital para promover la seguridad del paciente.

Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre áreas y servicios, particularmente en el intercambio de información.

Es importante desarrollar una estrategia tendiente a fortalecer el trabajo en equipo.

Promover la comunicación entre el personal y sus superiores, especialmente en situaciones donde se vea comprometida la seguridad de los pacientes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente, la investigación en seguridad del paciente: mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: OMS; 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [internet] [consultado 2014 Oct 20] Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
3. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de prestación de servicios de salud. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2005.
4. Ministerio de la Protección Social. Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2011.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2008.
6. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Bogotá D.C.: Diario Oficial, 46230 (Abr 03 2006).
7. Ministerio de la Protección Social. Seguridad del paciente. [internet] [consultado 2014 Nov 13] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=189&IdCat=84>
8. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Ginebra: OMS; 2010.
9. Moser R. Diseases of medical progress. N Engl J Med [internet]. 1956 Sep; 255(13):606-14 [Consultado 2014 Nov 18]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM195609272551306>
10. Schimmel E. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med [internet]. 1964; 60 (1):100-10 [consultado 2014 Nov 18]. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=679014>
11. Steel K, Gertman P, Crescenzi C. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. N Engl J Med [internet]. 1981; 304(11):638-42

- [consultado 2014 Nov 18]. Disponible en:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM198103123041104>
12. Wilson R, Runciman W, Gibberd R, Harrison B, Newby L, Hamilton J. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* [internet]. 1995; 163(9):458-71 [consultado 2014 Nov 18]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7476634>
 13. National Research Council. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press; 2000.
 14. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud [internet]. [consultado 2015 Ene 31]. Disponible en:
<https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>
 15. Brennan T, Leape L, Laird N, Hebert L, Localio A, Lawthers A. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* [internet]. 1991; 324(6):370-6 [consultado 2014 Nov 19]. Disponible en:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604#t=article>
 16. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, ENEAS 2005 Informe. Madrid: El Ministerio; 2006.
 17. Ministerio de la Protección Social. *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud*. Bogotá D.C.: Fundación FITEC; 2007.
 18. Aranaz J, Aibar C, Limón R, Amarilla A, Restrepo F, Urroz O, et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Rev Calid Asist* [internet]. 2011; 26(3):194-200 [consultado 2014 Nov 19]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-dise%C3%B1o-estudio-ibeas-prevalencia-efectos-adversos-hospitales-90014962>
 19. Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. [intranet]. Medellín: El Hospital; 2015. [Consultado 2015 Feb 4]. Disponible en:
<http://www.hgm.gov.co/>

20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes [internet]. [consultado 2015 Feb 12]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
21. Agency for Healthcare Research and Quality or the U.S. Department of Health and Human Services. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 user comparative database report [internet]. [consultado 2015 Feb 14]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html>
22. Ministerio de Sanidad y Protección Social de España. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: El Ministerio; 2009.
23. Ortiz Z, Esandi M, Giorgetti O, García M. La cultura de la seguridad [internet]. [consultado 2015 Abr 14]. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/CulturaSeguridad.pdf>
24. Castañeda H, Garza R, González J, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Cienc. enferm. [internet]. 2013; 19(2): 77-88 [consultado 2015 Abr 14]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>
25. Fajardo G, Rodríguez J, Arboleda H, Rojano C, Hernández F, Santacruz J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Cir Cir [internet] 2010; 78(6): 527-32. [consultado 2015 Abr 14]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220323010>
26. Intendencia de Prestadores de Salud Unidad Técnica Asesora. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado. [internet]. [consultado 2015 Abr 14]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440_recurso_1.pdf
27. Murillo J. Estado del Arte del Seguimiento a Eventos Adversos en Antioquia. Revista Nuevos Tiempos (Medellín). 2006 Ene-Jun; 14(1): 93-9.
28. Arenas A, Garzón J, González L, Mateus E. Cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel en Bogotá. [Trabajo de grado para optar al título de enfermera]. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia; 2010.

29. Meneses A. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente en Salud Total EPS-S de Bucaramanga segundo semestre de 2010. [internet]. [consultado 2015 Abr 14]. Disponible en: http://www.academia.edu/5339688/Evaluaci%C3%B3n_de_la_Cultura_sobre_seguridad_del_Paciente_en_Salud_Total_EPS-S_de_Bucaramanga_Segundo_Semestre_de_2010
30. López D, Ríos S, Vélez L. Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, Medellín 2008. [Monografía para optar al título de Especialista en Auditoría en salud] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2008.
31. Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. [internet]. [consultado 2015 May 05]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
32. Organización Mundial de la Salud. Presentación del programa distrital de seguridad del paciente. [internet]. [consultado 2015 May 05]. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1345:presentacion-del-programa-distrital-de-seguridad-del-paciente&Itemid=554
33. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial, 47957 (Ene 19 2011).
34. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 4747 de 2000 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 46835 (Dic 07 2007).
35. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006 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 salud. Diario Oficial, 46271 (Mayo 17 2006).
36. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0123 de 2012 por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2014.

37. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 00002003 de 2014, 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 D.C.: El Ministerio; 2014.
38. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on patient safety culture [Internet]. [consultado 2015 May 05]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
39. Gómez O, Soto A, Arenas A, Garzón J, González L, Mateus E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Av.enferm [internet]. 2011; 29(2):363-74 [consultado 2015 May 05]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>
40. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Informe Belmont. [internet]. [consultado 2015 May 12]. Disponible en: <https://www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20Spanish.pdf>
41. Álvarez D, Bilbao D. Medición del Clima en Seguridad del Paciente Clínica Las Américas, Medellín 2014. [Trabajo de Grado para optar al título de Administrador en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2015.

Anexos

1. Instrumento

Clima de Seguridad del Paciente Hospital General de Medellín 2015.

Objetivo: Evaluar actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el personal del Hospital General de Medellín.

Sección A: Su Área/Servicio de trabajo.

En este cuestionario, piense en su "Servicio" como el área de trabajo del Hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario laboral o proporciona la mayoría de sus servicios.

¿Cuál es su principal área o servicio de trabajo en este Hospital? Marque UNA respuesta.

a) Hospitalización (adultos y pediatría)	g) Servicio Farmacéutico
b) Cirugía y Obstetricia	h) Laboratorio, Patología y Banco de Sangre
c) Urgencias	i) Imaginología
d) Unidades de Cuidados Intensivos	j) Servicios de apoyo (Alimentación, Lavandería, Mantenimiento)
e) Consulta Externa	k) Administrativo
f) Centro Integral de Rehabilitación	l) Otro, por favor, especifique: _____

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

Piense en su área/servicio de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
A1. La gente se apoya una a otra en esta área/servicio.					
A2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.					
A3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.					
A4. En esta área/servicio el personal se trata con respeto.					
A5. El personal en esta área/servicio trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.					
A6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar					

Piense en su área/servicio de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
la seguridad del paciente.					
A7. Usamos más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente.					
A8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.					
A9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos en esta área/servicio.					
A10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren en esta área/servicio.					
A11. Cuando su área/servicio está realmente ocupada, otras le ayudan.					
A12. Cuando se informa de un casi evento, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.					
A13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
A14. Frecuentemente, trabajamos en "situación de emergencia" intentando hacer mucho, muy rápidamente.					
A15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
A16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean registrados en sus hojas de vida.					
A17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área/servicio.					
A18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de fallas que puedan ocurrir.					

Sección B: Su Jefe.

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

Piense en su área/servicio de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
B1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.					
B2. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
B3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.					
B4. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.					

Sección C: Su Comunicación.

¿Qué tan a menudo pasa lo siguiente en su área/servicio de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su área/servicio de trabajo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
C1. Los jefes nos informan sobre los cambios realizados que se basan en los reportes de eventos y casi eventos.					
C2. El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente.					
C3. Se nos informa sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área/servicio.					
C4. El personal se siente libre					

Piense en su área/servicio de trabajo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
C5. En esta área/servicio, hablamos sobre formas de prevenir fallas para que no se vuelvan a cometer.					
C6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.					

Sección D: Frecuencia de reporte de casi eventos y eventos adversos.

En su área/servicio de trabajo, cuando las siguientes fallas suceden, ¿qué tan a menudo son reportadas? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su área/servicio de trabajo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
D1. Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?					
D2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?					
D3. Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?					

Sección E: Grado de seguridad del paciente.

Por favor, asígnele a su área/servicio de trabajo una valoración general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

a) Excelente
b) Muy bueno
c) Aceptable
d) Pobre
e) Malo

Sección F: Su Hospital.

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su institución. Marque UNA respuesta.

Piense en su área/servicio de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
F1. La Gerencia de la institución provee de un ambiente laboral que promueva la seguridad del paciente.					
F2. Las áreas/servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellas.					
F3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área/servicio a otro.					
F4. Hay buena cooperación entre las áreas/servicios del hospital que necesitan trabajar juntas.					
F5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.					
F6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas/servicios de este hospital.					
F7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre áreas/servicios de este hospital.					
F8. Las acciones de la Gerencia del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
F9. La Gerencia del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.					
F10. Las áreas/servicios del hospital trabajan en conjunto para proveer el mejor cuidado para los pacientes.					

Piense en su área/servicio de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
F11. Los cambios de turno generan problemas para la atención de los pacientes en este hospital.					

Sección G: Número de casi eventos y eventos adversos reportados.

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de casi eventos y eventos adversos han reportado a su jefe/otras instancias, o ha reportado por escrito? Marque UNA respuesta.

a) Ningún reporte	d) De 6 a 10 reportes
b) De 1 a 3 reportes	e) De 11 a 20 reportes
c) De 3 a 5 reportes	f) 21 reportes o más

Sección H: Información general.

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

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

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

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

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

3. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

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

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

a) Auxiliar de Enfermería	j) Instrumentador Quirúrgico
b) Enfermero	k) Auxiliar de Servicios Generales
c) Médico General	l) Operativo de Alimentación
d) Médico Especialista	m) Operativo de Mantenimiento
e) Auxiliar Administrativo	n) Operativo de Lavandería
f) Técnico en salud (Rx/Resonancia/Medicina Nuclear)	o) Vigilante
g) Integrante del Comité Ampliado de Gerencia	p) Profesional de la salud (Bacterióloga, Nutricionista, Fisioterapeuta, Terapeuta respiratoria, Fonoaudióloga, Psicóloga.
h) Personal de Farmacia (Químico, Regente, Auxiliar)	q) Otro, por favor especifique
i) Laboratorio Clínico	

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

a) Si	b) No
-------	-------

6. ¿Qué tipo de contrato tiene? Marque UNA sola respuesta.

a) Vinculado
b) Outsourcing
c) Independiente

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

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

Sección I: Información sobre manejo de medicamentos en su unidad.

Piense en su área/servicio de trabajo	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No aplica
I1. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida. (Responda si aplica en su caso)						
I2. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas						

Piense en su área/servicio de trabajo	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No aplica
de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.) (Responda si aplica en su caso).						
I3. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde. (Responda si aplica en su caso).						
I4. Antes de realizar una prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente. (Responda si aplica en su caso).						
I5. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente. (Responda si aplica en su caso).						
I6. Cualquier información que afecte el diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente. (Responda si aplica en su caso).						
I7. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su acompañante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones en la intervención, exploración o tratamiento implicado. (Responda si aplica en su caso).						
I8. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su área/servicio se atienden pacientes probablemente terminales. (Responda si aplica						

Piense en su área/servicio de trabajo	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No aplica
en su caso).						
I9. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su área/servicio se manejan tratamientos con quimioterapia) (Responda si aplica en su caso).						

Sección J: Sus comentarios.

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

Gracias por sus valiosos aportes para mejorar la seguridad del paciente en nuestro Hospital.

2. Descripción de estudios en Cultura de Seguridad del Paciente aplicando el Instrumento de la AHRQ

Encuesta de percepción de la Seguridad del Paciente

Referencia	Datos significativos del tipo de estudio	Métodos	Resultados significativos	Evidencia (AHRQ)
Hernández et al. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 2008; 11(3):190-195 (13).	Se evalúa la percepción de la Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal, determinando la importancia que tiene la comunicación e información del personal sanitario, sobre esa percepción. Se usó una encuesta de opinión sobre seguridad clínica que consta de 8 ítems, con tres opciones de respuesta, en los que se aborda la percepción de los errores en la asistencia sanitaria, la información y la comunicación entre el personal sanitario y el paciente. En la elaboración participó el gabinete de calidad de la Fundación Hospital Alcorcón.	Descriptivo comparativo con abordaje transversal.	Al 71% de los pacientes les preocupa “mucho” sufrir errores en la atención, al 15,7% “poco” y al 13,1% “nada”. Todos los pacientes que habían sufrido un efecto indeseado o adverso como consecuencia de la asistencia recibida, manifestaron estar muy preocupados por sufrir un error médico, junto a quienes manifestaron no haber podido hablar con intimidad con el personal sanitario en todas las ocasiones que lo hubieran deseado; no habían podido preguntar todas sus dudas con detalle al médico o a la enfermera, no habían recibido información detallada de las pruebas que les iban a realizar y no habían recibido información de los efectos del tratamiento y precauciones del mismo.	4
Hellings et al. Challenging patient safety culture: survey results (Cambiando la cultura de la seguridad del paciente: Resultados de la encuesta). International Journal of Health Care Quality Assurance. 2007; 20(7):620-632 (14).	Los autores distribuyeron el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) en cinco hospitales belgas, al cual se le realizó una completa validación para el contexto particular, y presentan la evaluación en diez dimensiones de la cultura de seguridad.	Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal	Los resultados más bajos vistos negativamente se encontraron en las dimensiones: El hospital ofrece apoyo a la gestión de la seguridad del paciente (35%), No respuesta punitiva a un error (36%), Hay suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo (38%). Los elementos que reciben los más bajos resultados fueron: La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad a otra (24%), Cuando se comete un error el personal teme que eso quede en su expediente (26%), Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas, demasiado deprisa (28%), La gerencia del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (28%). El tema que recibe la máxima puntuación positiva es “cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos todos como equipo para terminarlo”: 74%	4

<p>Pires et al. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. São Paulo, Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008 Aug; 16(4). (15).</p>	<p>Los autores buscaron determinar las situaciones adversas que acontecieron con pacientes adultos durante la hospitalización, con relación a la naturaleza, tipo, día en que sucedió y la relación trabajador/paciente cuando ocurrió esta situación, y verificaron las intervenciones realizadas por los enfermeros calculando las tasas para los casos ocurridos. Se usó la "Ficha para situaciones adversas" y además los enfermeros de la Comisión de Calidad del Hospital recolectaron todas las informaciones necesarias para el cálculo de tasas</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo y transversal</p>	<p>El mayor número de registro por eventos adversos se produjo con pacientes hospitalizados en la UCI (44,9%), seguido de los servicios de hospitalización (33,2%) y servicios de emergencias (21,8%). El grupo etario que más sufrió eventos adversos fueron pacientes con edades superiores a 61 años (77,7%). Distribución de los profesionales por paciente: los accidentes ocurrieron cuando la proporción paciente/trabajador fue de 1:2 en la UCI, 3:1 en servicios de emergencias y 4:1 en servicio de hospitalización.</p>	<p>4</p>
<p>Singer et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. (La cultura de la seguridad: resultado de una encuesta en 15 hospitales de California). Qual. Saf. Health Care. 2003;12:112-118 (16).</p>	<p>El objetivo del estudio es comprender las actitudes fundamentales hacia la cultura de la seguridad del paciente y cómo ellas varían según el hospital, el tipo de tarea y el estado clínico. El instrumento fue construido por Stanford/PSCI, y adaptado a partir de cinco encuestas con la debida autorización (cuestionario de actitudes o de gestión, encuesta del entorno de trabajo del área de anestesia, herramienta de evaluación del comando naval, cuestionario de gestión de riesgos seguridad y orientación en los servicios médicos). Se refieren a 16 temas importantes para la cultura de seguridad.</p>	<p>Estudio descriptivo, con abordaje transversal</p>	<p>En los cuestionamientos de la actitud personal las respuestas fueron más "neutrales" que en las preguntas acerca de los compañeros de trabajo. El 77% de los encuestados indicaron la falta de estímulos laborales y el temor a la identificación y al castigo por cometer errores. Aproximadamente un 33% de los encuestados dijeron que no fueron estimulados positivamente por haber tomado medidas rápidas para prevenir un grave error, y el 28% creyó ser disciplinado y honesto en caso de ser descubierto en un error. Los encuestados también consideraron la presión en la atención de los pacientes, señalando una pequeña pero apreciable incidencia de actos inseguros. Más del 39% informaron que habían sido testigos de que un compañero de trabajo parecía hacer algo inseguro (en su opinión), y el 8% admitió que en el último año ha hecho algo que no era seguro para el paciente.</p>	<p>4</p>

Markirit et al. Survey of nursing perceptions of medication administration practices, perceived sources of errors and reporting behaviours (Encuesta de percepción de enfermería sobre las prácticas de administración de medicación, las fuentes de error percibidas y los comportamientos reportados). Healthcare Quarterly. 2008; 11 (Special Issue) (17).	El propósito del estudio es describir la percepción en enfermería de las prácticas de administración de medicación, el reporte de errores y fuentes de errores en la medicación. Además busca describir las relaciones entre las percepciones de los enfermeros y los años de experiencia en las unidades de cuidados de pacientes donde ellos trabajan. Se hizo una adaptación de la encuesta acerca de la administración de la medicación medication administration survey) realizada por Sim y Joiner en 2002.	Estudio descriptivo exploratorio	La fuente de error percibida con más frecuencia fue la transcripción. En segundo lugar, la legibilidad de las prescripciones manuscritas. Los resultados no muestran diferencias significativas en las prácticas de seguridad en medicación y en las percepciones del error según los años de experiencia. Los enfermeros se adaptan a la cultura de la seguridad en los primeros cinco años de trabajo en la unidad. El desarrollo de iniciativas para promover prácticas seguras de la administración de medicación incluye el desarrollo de guías para la administración de medicamentos, la revisión de políticas y procedimientos, la estandarización de soluciones, la limitación de los riesgos en las dosis de los medicamentos y la reducción de las órdenes manuscritas.	4
---	---	----------------------------------	--	---

Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español; 2008. Madrid (18).	Objetivo del estudio: aplicar la herramienta adaptada y validada, para la medición de las actitudes y comportamientos Relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Encuesta original: Patient safety culture survey, de la AHRQ de Estados Unidos y describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del nivel hospitalario. Se analizan los factores sociodemográficos y laborales que están relacionados.	Estudio descriptivo	Más del 90% de los que respondieron tiene contacto directo con los pacientes en su trabajo. El 50% de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6 y 8. Número de eventos notificados. La gran mayoría de los encuestados (77,8%) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año. El 95% contesta haber notificado menos de dos. La información obtenida en cuanto a ítems específicos señala como fortalezas solo dos de los 42 ítems que indaga el cuestionario: "El personal se apoya mutuamente" (78,2% de respuestas positivas) y "Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo" (76,8% de respuestas positivas). En relación con las debilidades, se centran sobre todo y por este orden en las dimensiones "Dotación de personal", "Trabajo en equipo entre unidades o servicios", "Percepción de seguridad" y "Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente" (acumulan más del 50% de todas las respuestas con carácter negativo). Las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver con la dotación de personal y el ritmo de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios	4
Baracaldo et al. Detección de errores de medicación en la administración de medicamentos. Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas. 2000; 9:26-33 (19).	Los autores buscaron determinar la frecuencia y proponer correctivos para disminuir la incidencia de los errores de medicación en un hospital pediátrico, mediante observación directa y reportes anónimos de errores cometidos en la medicación.	Estudio observacional, de detección de errores de medicación	El error que mayor número de veces se presentó en la administración de medicamentos fue la hora errónea o frecuencia diferente a la prescrita (489 veces), seguido de dosis o medicamentos omitidos (125 casos), medicamento administrado sin prescripción médica (87 casos) y por último administración de dosis errónea (10 veces, 1,4%). El turno de enfermería donde más se presentaron errores fue en la noche con 283 veces, el segundo la tarde con 229 casos y el turno de la mañana 199 casos (27,98%). En las encuestas anónimas se encontró que el error que se presenta con mayor frecuencia es la hora de administración (20,29%), seguido de velocidad de infusión errónea (13,77%), paciente y preparación erróneos (10,15%), medicamento (7,97%), forma farmacéutica errónea (6,52%), vía de administración errónea (5,07%), omisión de dosis (0,72%), y ninguno (8,7%).	5
Bohomol et al. Percepciones acerca	El objetivo fue verificar junto con el equipo de enfermería en qué consiste un	Diseño descriptivo,	Se presentan los resultados de dos escenarios únicamente, que se relacionan con el objeto de esta revisión. Escenario 1:	4

de los errores de medicación: análisis de respuestas del grupo de enfermería. Revista Latino-am Enfermagem. 2006 nov-dez; 14(6) (20).	error de medicación, su necesidad de notificación y llenado del informe de ocurrencias adversas, así como comparar las respuestas de los enfermeros con las respuestas de los técnicos y auxiliares de enfermería sobre lo que se entiende como error en la medicación y las conductas a poner en práctica. Todo esto con base en tres situaciones hipotéticas. Se adaptó el instrumento de un estudio norteamericano.	exploratorio	“A un paciente no se le administra su dosis oral de ampicilina al medio día, porque él estaba realizando un examen de rayos X durante 3 horas”. Los dos grupos entendieron que la situación representada no evidencia un error de medicación (84,9% y 65,2%, respectivamente). Las opiniones estuvieron prácticamente divididas con relación a la necesidad de notificar al médico este evento así como al llenado del informe de ocurrencias. Escenario 2: “Un paciente fue admitido en el servicio, con asma, a las 4 horas de la mañana del día 25/12/01, con prescripción de inhalación cada 4 horas. Era Navidad y enfermería no administró la dosis de las 4 de la tarde porque el paciente estaba durmiendo”. No presentó diferencias significativas en las respuestas. Los profesionales se encuentran divididos con relación a entender si hubo un error de medicación (50,0% grupo I y 63% grupo II) así como si había la necesidad de llenar el informe de ocurrencias.	
Gimenes et al. Prescripción informatizada como factor contribuyente para la seguridad de los pacientes hospitalizados. Pharmacy pract. 2006 ene-mar; 4(1):13-17 (21).	El estudio se realizó para identificar factores relacionados con los errores de medicación en las recetas informatizadas e identificar sus ventajas y desventajas según la percepción de los médicos, enfermeras y personal administrativo.	Estudio descriptivo	La aparición de abreviaturas se dio en el servicio de medicina general en el 21%, en cirugía 28,5% y en ortopedia 38%. Estos problemas pueden generar dudas en los profesionales que preparan y administran medicamentos. De las 1.349 recetas, el 25,0% presentaba medicamentos escritos manualmente y la mayor parte de esa información no era legible. Al analizar la información sobre la vía de administración y frecuencia, 231 (17,1%) de las prescripciones no contenían ninguna información. Algunas de las desventajas informadas por los profesionales son: repetición de prescripciones correspondientes al día anterior sin revisión por parte del médico, error de digitación, dependencia del sistema electrónico/posibilidad de fallo, alteraciones manuales, informaciones confusas, pérdida de dinamismo en emergencias, dificultad de aumentar nuevas informaciones y costo elevado.	4
Ortiz et al. La cultura de la seguridad. En: Salud Investigativa, 1ª edición. Buenos Aires: Comité de Calidad, Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca, Instituto de	El objetivo es describir el clima de seguridad percibido por el equipo de salud en un hospital privado de Bahía Blanca (Argentina). El instrumento que se utilizó fue desarrollado por Bryan Sexton y Robert Helmreich de University of Texas; se realizó una traducción y adaptación a cargo del equipo de investigadores y consta de 19 ítems	Estudio descriptivo, transversal	Un 37% de los encuestados presentó una percepción positiva del clima de seguridad. Entre los ítems con una percepción menos favorable (desacuerdo mayor del 20%) se destacan: “Mis sugerencias sobre cómo disminuir los riesgos en la atención de los pacientes serían tomadas en cuenta si las comunico a las autoridades de la institución”, “Las decisiones de la dirección hospitalaria no ponen en riesgo la seguridad de los pacientes en función de la productividad”, “Conozco los mecanismos para notificar aspectos relacionados con la	4

Investigaciones; 2007 (22).	vinculados a la opinión y percepción del personal acerca de la seguridad y manejo de errores que ocurren durante la atención de pacientes en la institución.		seguridad de los pacientes en mi institución”, “Esta institución está haciendo ahora más por la seguridad de los pacientes que hace un año”. Por el contrario, entre los que presentaron un porcentaje de acuerdo mayor del 20% están: “El personal de mi área trabaja con absoluta responsabilidad y compromiso para resguardar la seguridad de los pacientes”, “Elegiría este lugar para atenderme o para atender a algún familiar”	
Et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact (Los eventos adversos en hospitales públicos de Nueva Zelanda: ocurrencia e impacto). Journal of the New Zealand Medical Association. 2002 Dec 13; 115:1167 (23).	Evaluar la ocurrencia y el impacto de eventos adversos en hospitales públicos de Nueva Zelanda a través de la revisión de historias clínicas, seleccionadas por muestreo sistemático de la lista de admisiones para 1998 en hospitales generales de agudos.	Descriptivo, retrospectivo	La proporción de los ingresos hospitalarios asociados a un evento adverso fue de 12,9% (tasa de incidencia 11,2%), de los cuales casi una quinta parte se había producido fuera de un hospital público (sobre todo en consultorios médicos, domicilio del paciente, casa de reposo, u hospital privado). La mayoría de los eventos adversos tuvieron menor incidencia en pacientes, con menos del 15% asociada a la incapacidad permanente o muerte.	4
Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios. Estudio Ibeas: prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. República de Colombia. Ginebra: OMS; 2006, y la Organización Panamericana de la Salud y el soporte técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España) (24).	Analizaron la hipótesis de que los sucesos adversos pueden alcanzar al menos al 10% de los sujetos atendidos en el hospital, y que al menos un 40% de ellos pueden evitarse. Se usa el cuestionario “Guía para el cribado de efectos adversos”, adaptada del estudio de IDEA. Versión española del cuestionario modular para revisión de casos MRF2, modificado tras la experiencia del estudio ENEAS. El formulario consta de 5 módulos.	Estudio observacional de tipo transversal	Las variables asociadas a la presencia de un evento adverso son: el servicio donde está ubicado (menor riesgo en servicios médicos), la complejidad del hospital donde es atendido, si ha ingresado de forma urgente, el tiempo que lleve hospitalizado y si presenta factores de riesgo extrínseco (vías de entrada) o comorbilidad. Los eventos adversos (EA) detectados estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%, con el uso de la medicación en un 9,87%, con la infección nosocomial en un 35,99%, con algún procedimiento en un 26,75% y con el diagnóstico en un 5,10%. Los 5 EA más frecuentes fueron las úlceras por presión (8,92%), las infecciones de herida quirúrgica (7,96%), las neumonías nosocomiales (6,37%), sepsis o bacteriemia (6,37%) y las flebitis (5,73%), acumulando un total del 35,4% de los EA identificados. Lo destacado de este estudio fue la inclusión de la seguridad del paciente en la agenda política de los países participantes, incluso antes de conocer los resultados.	4

3. Operacionalización de variables subjetivas y objetivas.

Operacionalización Variables Subjetivas

Variable	Indicador	Valor	Escala de medición	Pregunta
Frecuencia de eventos notificados	Escala de Likert	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría de veces Siempre	Ordinal	Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado? Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado? Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?
Percepción de seguridad	Escala de Likert	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren en esta área/servicio. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área/servicio. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de fallas que puedan ocurrir.
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/servicio que favorecen la seguridad.	Escala de Likert	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.

Variable	Indicador	Valor	Escala de medición	Pregunta
Aprendizaje organizacional /mejora continua	Escala de Likert	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos en esta área/servicio. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.
Trabajo en equipo en el área/servicio	Escala de Likert	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	La gente se apoya una a otra en esta área/servicio. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo. En esta área/servicio el personal se trata con respeto. Cuando su área/servicio está realmente ocupada, otras le ayudan.
Franqueza en la comunicación	Escala de Likert	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría de veces Siempre	Ordinal	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 bien.
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Escala de Likert	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría de veces Siempre	Ordinal	Los jefes nos informan sobre los cambios realizados que se basan en los reportes de eventos y casi eventos. Se nos informa sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área/servicio. En esta área/servicio, hablamos sobre formas de prevenir fallas para que no se vuelvan a cometer.
Respuesta no punitiva a los errores	Escala de Likert	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en	Ordinal	El personal siente que sus errores son considerados en su contra. Cuando se informa de un casi evento, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.

Variable	Indicador	Valor	Escala de medición	Pregunta
		desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo		El personal se preocupa de que los errores que cometen sean registrados en sus hojas de vida.
Dotación de personal	Escala de Likert	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo. El personal en esta área/servicio 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 "situación de emergencia" intentando hacer mucho, muy rápidamente.
Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	Escala de Likert	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	La Gerencia de la institución provee de un ambiente laboral que promueva la seguridad del paciente. Las acciones de la Gerencia de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. La Gerencia del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.
Trabajo en equipo entre áreas	Escala de Likert	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	Las áreas/servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellas. Hay buena cooperación entre las áreas/servicios del hospital que necesitan trabajar juntas. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas/servicios de este hospital. Las áreas/servicios del hospital trabajan en conjunto para proveer el mejor cuidado para los pacientes.

Variable	Indicador	Valor	Escala de medición	Pregunta
Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios	Escala de Likert	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área/servicio a otro. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre áreas/servicios de este hospital. Los cambios de turno generan problemas para la atención de los pacientes en este hospital.
Grado de seguridad del paciente	Escala de Likert	Excelente Muy bueno Aceptable Pobre Malo	Ordinal	Por favor, asígnele a su área/servicio de trabajo una valoración general en seguridad del paciente.

Operacionalización Variables Objetivas

Variable	Indicador	Valor	Escala medición	Pregunta
Profesión u oficio	Título obtenido en una universidad, institución técnica.	Auxiliar de Enfermería Enfermero Médico General Médico Especialista Auxiliar Administrativo Técnico en salud (Rx/Resonancia/Medicina Nuclear) Integrante del Comité Ampliado de Gerencia Personal de Farmacia (Químico, Regente, Auxiliar) Laboratorio Clínico Instrumentador Quirúrgico Auxiliar de Servicios Generales Operario de Alimentación Operario de Mantenimiento Operario de Lavandería Operario de Vigilancia Profesional de la salud (Bacteriólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta, Terapeuta respiratorio,	Nominal	¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque la opción que mejor describa su posición laboral.

Variable	Indicador	Valor	Escala medición	Pregunta
		Fonoaudiólogo, Psicóloga) Otro		
Área/ servicio de trabajo	Área/ servicio de trabajo	Hospitalización (adultos y pediatría) Cirugía y Obstetricia Urgencias Unidades de Cuidados Intensivos Consulta Externa Centro Integral de Rehabilitación Servicio Farmacéutico Laboratorio, Patología y Banco de Sangre Imagenología Servicios de apoyo (Alimentación, Lavandería, Mantenimiento) Administrativo Otro	Nominal	¿Cuál es su principal área o servicio de trabajo en este Hospital?
Tiempo de desempeño en la profesión u oficio	Fecha de graduación en la universidad o institución técnica	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años De 21 ó más	Intervalo	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?
Antigüedad en el HGM	Fecha de contratación	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años De 21 ó más	Intervalo	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?
Antigüedad en el servicio	Fecha de inicio de labores en el servicio	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años De 21 ó más	Intervalo	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/ servicio?
Número de horas de trabajo a la semana.	Horario de trabajo	Menos de 20 horas De 20 a 39 horas De 40 a 59 horas De 60 a 79 horas De 80 a 99 horas 100 horas ó más	Intervalo	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

4. Consentimiento Informado: Clima de Seguridad del Paciente en el Hospital General de Medellín. 2015.

Le invitamos a participar en la investigación sobre el clima de seguridad del paciente aplicada en el Hospital General de Medellín, 2015. Dirigida por Yessica Henao Mazo y Stephany Carolina Castañeda Jaramillo, estudiantes de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, bajo la asesoría del profesor Ariel Orozco Arbeláez especialista en el tema y con previa autorización del Comité de Investigaciones del Hospital. Usted será uno (a) de las 348 personas que nos brindarán valiosa información.

¿Cuál es el propósito de este consentimiento? Este consentimiento se da a usted para ayudarle a entender las características del estudio, de tal modo que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida a las encargadas del estudio que le expliquen. Ellas le proporcionarán toda la información que usted necesite para que tenga un buen entendimiento del estudio.

¿Cuál es el objetivo de este estudio? Establecer el nivel de Clima de Seguridad del Paciente en el Hospital General de Medellín en el año 2015, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Agencia para la investigación de la calidad y el cuidado de la salud AHRQ de los Estados Unidos. Lo anterior con la aplicación de una encuesta que usted tardará aproximadamente 15 minutos en responderla. Se solicita brindar información sincera y actualizada.

¿Cuál es la importancia de este estudio? La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. Su creación, lleva a la implementación de prácticas seguras y un trabajo continuo y constante para el mejoramiento de actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud. Esto implica además la necesidad de presentar el resultado de un proceso sensato de crítica del estado y nivel de evidencia de los reportes de investigación en el tema de “cultura de seguridad del paciente”, para ofrecer una descripción de la realidad encontrada al realizar un estudio que ponga en evidencia las necesidades y vacíos dentro del Hospital que conduzcan a implementar estrategias en busca de la calidad de la atención en salud, exigencia no solo legal, sino también ética, para quienes laboran en este ámbito.

¿Cuáles son los posibles riesgos? Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias para su situación financiera, su empleo o su reputación.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar en el estudio clínico? No se dará ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad del participante: Las únicas personas que tendrán conocimiento que usted participó en el estudio son las autoras de la investigación. No se divulgará ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los

resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Nadie fuera de las investigadoras tendrá acceso a su información sin su autorización escrita. Si tiene alguna duda sobre ésta encuesta, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la aplicación de la misma o después de hacerla, para ello puede contactarse con los investigadores que conduce este proyecto. Su participación en esta investigación es voluntaria. Su decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones actuales o futuras con el Hospital General de Medellín. Si usted decide participar, está libre de retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto, las investigadoras se la proporcionarán. Le agradecemos su participación.

CONSENTIMIENTO DEL SUJETO DEL ESTUDIO: He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento. Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación. Estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma

Firma

Nombre del Participante
Cédula:

Nombre del Investigador
Cédula:

Firma

Firma

Testigo 1 - Nombre
Cédula:

Nombre del Investigador
Cédula:

Testigo 2 - Nombre
Cédula:

Fecha Diligenciamiento Consentimiento
Informado_____