

MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN
HOSPITAL PÚBLICO DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE VILLETA

VICENTE LÓPEZ PINZÓN
MILTON AUGUSTO PUENTES VEGA
ANA LUCÍA RAMÍREZ

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA ADMINISTRACIÓN EN SALUD
BOGOTÁ D.C.
2016

MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN
HOSPITAL PÚBLICO DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE VILLETA

VICENTE LÓPEZ PINZÓN
MILTON AUGUSTO PUENTES VEGA
ANA LUCÍA RAMÍREZ

TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD

DIRECTOR DE TESIS: MERLIN PATRICIA GRUESO HINESTROZA
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA SOCIAL Y ANTROPOLOGÍA DE LAS
ORGANIZACIONES

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA ADMINISTRACIÓN EN SALUD
BOGOTÁ D.C.

2016

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, marzo 03 de 2016

DEDICATORIA

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a los profesores que compartieron sus conocimientos y experiencias para nuestra formación.

A la tutora de la tesis, Dra. Merlín Patricia Grueso Hiestroza, quien nos guió por el camino para llegar a la culminación exitosa del presente trabajo.

A los colaboradores del Hospital de Villeta que participaron en el desarrollo del estudio.

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
GLOSARIO	10
RESUMEN	11
1. INTRODUCCIÓN	12
2. OBJETIVOS	14
2.1. Objetivo general	14
2.2. Objetivos específicos	14
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1. Seguridad del paciente	18
4.2. Cultura y clima de seguridad	19
4.3. Error	20
4.4. Evento adverso	21
4.5. Medición de la cultura de seguridad del paciente	22
5. METODOLOGÍA	27
5.1. Tipo de estudio	27
5.2. Unidad de análisis y muestra	27
5.3. Instrumentos	29
5.4. Procedimiento	30
6. RESULTADOS	34
6.1. Información general de los encuestados	34
6.1.1. Composición por profesión	34

6.1.2. Posición laboral	35
6.1.3. Tiempo laborando con el hospital	35
6.1.4. Tiempo laborando en el área/unidad	36
6.1.5. Horas a la semana trabajadas en el hospital	36
6.1.6. Grado de seguridad del paciente en su área/unidad de trabajo	37
6.1.7. Cantidad de incidentes reportados en los pasados doce meses	38
6.2. Frecuencia de respuesta positiva por dimensiones	38
6.2.1. Dimensión 1. Trabajando en equipo dentro de las unidades	38
6.2.2. Dimensión 2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	40
6.2.3. Dimensión 3. Aprendizaje organizativo - Mejoras continuas	41
6.2.4. Dimensión 4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	42
6.2.5. Dimensión 5. Percepciones generales de la seguridad del paciente	43
6.2.6. Dimensión 6. Comunicación e información sobre errores	44
6.2.7. Dimensión 7. Grado al que la comunicación es abierta	45
6.2.8. Dimensión 8. Frecuencia de incidentes reportados	47
6.2.9. Dimensión 9. Trabajando en equipo a través de las unidades	48
6.2.10. Dimensión 10. El personal	50
6.2.11. Dimensión 11. Transferencias y transiciones	51
6.2.12. Dimensión 12. Respuesta no punitiva a errores	52
7. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES	56
8. CONCLUSIONES	60
REFERENCIAS	62
ANEXOS	67

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: <i>Distribución de los encuestados por profesión / ocupación</i>	34
Tabla 2: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 1</i>	39
Tabla 3: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 2</i>	40
Tabla 4: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 3</i>	41
Tabla 5: <i>Frecuencia de respuestas positivas – Dimensión 4</i>	42
Tabla 6: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 5</i>	43
Tabla 7: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 6</i>	45
Tabla 8: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 7</i>	46
Tabla 9: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 8</i>	47
Tabla 10: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 9</i>	48
Tabla 11: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 10</i>	50
Tabla 12: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 11</i>	51
Tabla 13: <i>Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 12</i>	52
Tabla 14: <i>Fortalezas y debilidades</i>	55

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Interacción directa de los encuestados con los pacientes	35
Ilustración 2: Tiempo trabajando en el hospital	35
Ilustración 3: Tiempo trabajando en la unidad	36
Ilustración 4: Horas/semanas laboradas	37
Ilustración 5: Grado de seguridad del paciente	37
Ilustración 6: Número de incidentes reportados en el último año	38
Ilustración 7: Distribución porcentual de respuestas positivas y negativas por dimensión	54

GLOSARIO

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que produjo daño no intencional. Puede ser prevenible o no prevenible.

Evento adverso prevenible: es el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado si se cumplieran los estándares para el cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: es el resultado no deseado, no intencional que ocurre a pesar del cumplimiento de los estándares para el cuidado asistencial en cierto momento.

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no genera daño pero que en su génesis incorpora fallas en el proceso de atención.

RESUMEN

Esta investigación midió la percepción del personal asistencial sobre la cultura de seguridad de los pacientes en un hospital de primer nivel de complejidad por medio de un estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó como herramienta de medición la encuesta 'Hospital Survey on Patient Safety Cultura' (HSOPSC) de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) versión en español, la cual evalúa doce dimensiones. Los resultados mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron la cultura no punitiva, el personal, las transferencias y transiciones y el grado en que la comunicación es abierta. Se concluyó que aunque el personal percibía como positivo el proceso de mejoramiento y apoyo de la administración también sentía que era juzgado si reportaba algún evento adverso.

Palabras clave

Seguridad del paciente, clima de seguridad, cultura de seguridad, evento adverso.

1. INTRODUCCIÓN

La revisión del tema de seguridad del paciente necesariamente empieza con el reporte “To err is human: Building a Safer Health Systems”, que refiere estudios en Utah, Colorado y Nueva York en el año 1997, donde se estableció que al menos entre 44.000 y 98.000 personas murieron ese año en hospitales como resultado de errores médicos que pudieron haber sido prevenidos. Incluso los errores médicos prevenibles en los hospitales excedieron a las muertes atribuibles a causas como accidentes de tránsito (43.458), cáncer de seno (42.297) y SIDA (16.516) (Institute of Medicine, 1999). En el reporte de 2004 el Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos reconoció el valor del personal de enfermería en el ambiente en que trabajan, y la evidencia revisada para ese reporte encontró que el ambiente típico en el cual se desempeña enfermería, está caracterizado por serias amenazas a la seguridad del paciente. Los factores que condicionan el riesgo se encuentran en la estructura básica de cualquier organización: el estilo de dirección, la asignación de tareas, la planeación del trabajo y la cultura organizacional (Ulrich, 2014). Reason (citado por Pfeiffer, 2010) considera que la evaluación de la cultura de seguridad del paciente aporta información en aspectos organizacionales que permiten detectar fallas activas y condiciones latentes que deben ser direccionadas hacia iniciativas de seguridad del paciente.

El personal que trabaja en el cuidado de salud tiene el deber de participar, desde las perspectivas personal e institucional, de las propuestas que buscan estudiar y mitigar el impacto de la ocurrencia de los eventos adversos evitables (Gómez O. G., 2011). Este estudio es de tipo descriptivo, de corte trasversal, y mide la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital público de primer nivel de atención en Villeta, Cundinamarca, Colombia, mediante la aplicación de la encuesta diseñada por la

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos de América en su versión original en español. En él se incluyen: una visión general del problema, su desarrollo histórico, las definiciones básicas, las formas como ha sido abordado, la descripción de la herramienta utilizada, la metodología, los resultados obtenidos y las conclusiones.

Los resultados permitieron establecer la línea base de la cultura de seguridad del paciente en la organización, la cual será punto de partida para constituir acciones y prácticas seguras que lleven al mejoramiento del desempeño en la prestación de servicios de salud.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel de Villeta, Cundinamarca, Colombia, del 18 al 29 de enero de 2016, aplicando la encuesta HSOPSC de la AHRQ traducida al español.

2.2. Objetivos específicos

Establecer la percepción existente sobre el reporte de incidentes de seguridad del paciente, desde el 18 hasta el 29 de enero de 2016.

Describir la percepción sobre el apoyo administrativo a la seguridad del paciente.

Determinar la percepción sobre la comunicación de los empleados para la seguridad del paciente.

Identificar el trabajo en equipo percibido por el personal asistencial de la entidad.

Establecer similitudes y diferencias respecto a resultados obtenidos en otros hospitales.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La seguridad del paciente es un tema que preocupa a todos los países y sus Sistemas de Salud; se hace necesaria la investigación en este ámbito para comprender el problema. Al respecto, existe escaso conocimiento en países en vía de desarrollo y emergentes pues todos los países precisan el enfoque de la investigación en seguridad del paciente (Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, España, 2009). El estudio IBEAS sobre seguridad de los pacientes aborda el asunto como un problema que involucra a todas las instituciones de salud en el mundo y refiere una incidencia acumulada de pacientes con algún evento adverso de un 19,8%, en los cinco países donde se llevó a cabo el estudio: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Una revisión sistemática reportó que en 9,2% de las admisiones de los hospitales se presentaron uno o más eventos adversos. Cerca de la mitad de ellos, el 43,5%, eran prevenibles, y el 7,4% contribuyeron a la muerte (De Vrides, 2008). La frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos varía en las diferentes especialidades; las unidades quirúrgicas, por ejemplo, tienen una incidencia mayor de eventos adversos que las unidades no quirúrgicas (Zeger, 2009). Esta variación podría en parte ser explicada por el tipo de procesos que se desarrollan en las diferentes áreas de trabajo. Los procesos en salud difieren en complejidad y grado de estandarización y es por esto en particular que ellos son susceptibles al error. Otra posible explicación es la cultura de seguridad entre el equipo dedicado al cuidado de la salud. Estudios han mostrado que la cultura de seguridad varía entre las unidades de diferentes especialidades dentro del mismo hospital (Smits M. W., 2009). La falta de una cultura de seguridad positiva se ha reportado estar asociada con las más altas tasas de error en la medicación (Otero, 2008). El personal de áreas no clínicas: administrativo y de apoyo

logístico, percibe una cultura de seguridad más positiva que los que trabajan en unidades de alto riesgo tales como: servicio de urgencias, cuidado intensivo y salas de cirugía (Singer, 2009).

La cultura de seguridad del paciente es reconocida como un importante factor que influencia la calidad del cuidado de la salud (Otero, 2008). Las instituciones dedicadas al cuidado de la salud deben desarrollar una cultura de seguridad de tal forma que su fuerza de trabajo y procesos estén enfocados en mejorar la confiabilidad y seguridad del cuidado de los pacientes. La seguridad debe ser una meta organizacional explícita que sea transmitida por un fuerte liderazgo de los clínicos, ejecutivos y directivos del hospital (Institute of Medicine, 1999); sin embargo, identificar los factores precisos que hacen de una organización dedicada al cuidado de la salud, una organización segura, es una tarea difícil. La cultura de seguridad es un fenómeno complejo que no está claramente entendido por quienes lideran los hospitales, de este modo se hace difícil implementarla (Sammer, 2010).

Expertos consideran que la seguridad del paciente comienza con la aplicación de sistemas seguros en organizaciones dedicadas al cuidado de la salud (Leape, 1994). En una organización la cultura de seguridad es un factor fundamental que influencia un sistema seguro (Vincent, 2014). Rea y Parker (citados por Giménez, 2015), afirma que las organizaciones se han venido concientizando de la importancia de transformar y mejorar la cultura de seguridad, pero para hacerlo primero es necesario medirla y evaluarla. Las encuestas han sido un valioso instrumento para este fin. La cultura de seguridad dentro de una organización puede ser medida usando test psicométricos que miden actitudes y conductas colectivas del personal que labora dentro de ella (Parker, 2009). Uno de los beneficios de medir la cultura de seguridad es que provee un indicador tangible del estado presente y progreso en el tiempo de organizaciones y equipos que están implementando mejoras (The Health Fundation, 2011).

No hay un volumen representativo de resultados de investigación publicados a escala nacional que documenten las condiciones y las causas que facilitan o ponen en riesgo un ambiente de seguridad (Gómez O. G., 2011). Esto evidencia la necesidad de llevar a cabo investigación en instituciones de salud en Colombia. De esta manera, el Hospital Salazar de Villeta, Cundinamarca, Colombia, emprendió el camino hacia la Acreditación desde el año 2012; este proceso tiene dentro de sus componentes dos ejes transversales: la seguridad del paciente y la humanización (Ministerio de la Protección Social, 2011). La entidad ha implementado los paquetes instruccionales sobre seguridad del paciente, cuenta con un profesional asignado específicamente para gestionar lo inherente al proceso y no existe una medición objetiva de la cultura de seguridad, por lo tanto es necesario medirla para poder conocer las fortalezas y debilidades.

4. MARCO TEÓRICO

En atención a la temática de investigación expuesta, a continuación se abordarán los conceptos de seguridad del paciente, cultura y clima de seguridad, error y evento adverso. La última parte del marco teórico resume una serie de estudios en los que se ha empleado el sistema de medición de la cultura de seguridad del paciente en diferentes países.

4.1. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un importante asunto en las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud a nivel mundial. El compromiso de seguridad desde la administración es evidenciado por una política escrita, con metas de seguridad, objetivos, iniciativas, estrategias, necesidades, prácticas ejemplares de seguridad, monitoreo regular y adecuada asignación de recursos. El compromiso del manejo de seguridad ha sido identificado como un factor clave que afecta el ambiente de seguridad organizacional en las industrias. La presencia de los anteriores factores es importante para que exista una cultura positiva de seguridad y para el éxito de un programa de seguridad (Gilkey, 2003 y Barbosa, 2008). Se puede definir como la prevención de daño del paciente. Para prevenirlo el IOM recomienda desarrollar una cultura de seguridad del paciente (Ammouri, 2014).

El Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, en la Guía Técnica: “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” define ‘seguridad del paciente’ como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un

evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Ministerio de Salud Colombia, 2012, p.17).

4.2. Cultura y clima de seguridad

Existe una considerable variación en la definición y el uso de estos términos. Hay un amplio debate sobre si cultura de seguridad es sustancialmente diferente del clima de seguridad. Los dos términos son usados a menudo indiscriminadamente y definidos de la misma manera dentro de las publicaciones (Halligan, 2011).

El término 'cultura de seguridad' apareció por primera vez en un reporte del desastre de la planta nuclear Chernobyl en la antigua Unión Soviética, el cual fue preparado por el Grupo Consejero Internacional para la Seguridad Nuclear en el año 1988. El concepto ha ganado desde entonces importancia a nivel mundial en varias industrias de alto riesgo, tales como plantas nucleares y de industria aeronáutica. Feng (2008) la define como las percepciones compartidas entre directivos y el personal en lo concerniente a la importancia de la seguridad, sin embargo el concepto que más se usa establece la 'cultura de seguridad' como el producto individual o grupal de valores, actitudes, percepciones competencias y patrones de conducta que determinan la dedicación, el estilo y el compromiso de la administración segura de la organización de salud (Health and safety Commission Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installation, 1993 y Halligan, 2011). Algunos investigadores quienes han estudiado organizaciones que realizan actividades en condiciones peligrosas y de alto riesgo han demostrado que estas tienen un desempeño superior y sostenido, atribuyendo su éxito en gran parte a la cultura de seguridad que poseen (Roberts K., 1990). Una baja percepción en la seguridad del paciente está asociada con un elevado riesgo de ocurrencia de eventos adversos y con riesgo de daño o injuria en el personal de los servicios médicos (Weaver, 2012).

Por otro lado, el 'clima de seguridad' se define como las características superficiales de la cultura de seguridad entre ellas, actitudes y percepciones de los individuos en un punto determinado del tiempo (Gaba, 2003); es el medio interno, el ámbito psicológico característico de cada organización, constituido por un ambiente humano, no pudiendo ser tocado o visualizado más sí percibido por sus miembros (Chiavenato, 2005). Colla (2005) define al clima como el componente medible de la Cultura de Seguridad (en Feng X., 2008).

4.3. Error

La definición de error médico está vinculada a concepciones, principios morales, éticos y deontológicos, es decir, está asociada al deber, a la humanización, a la fraternidad y a la solidaridad que implican el respeto por la dignidad humana. Por ejemplo: error médico es el resultado de un desacierto en el que no existe mala fe, ni se evidencia una infracción o imprudencia; como el abandono, la negligencia, la indolencia, la incapacidad, la indiferencia, la impericia y el desconocimiento técnico (Ramos B. , 2005) (Blanco, 2002); su impacto ha sido ampliamente discutido y reportado (Feng, 2008).

El informe "Errar es humano" del IOM define el error como la falla de una acción planeada para ser terminada como estaba previsto (error de ejecución) o el uso de un plan inadecuado para alcanzar un objetivo (error de planeación) y, evento adverso como una lesión o daño causado por el tratamiento médico más que por la situación clínica del paciente; evento adverso prevenible como un evento adverso atribuible al error. La organización mundial de la salud –OMS– identificó una prevalencia de eventos adversos en diferentes países en un rango de 3,2% a 16,6%, hecho considerado actualmente un problema de salud pública (Institute of Medicine, 1999).

En resumen, en nuestro medio se señala que el error médico resulta de una equivocación, siempre que se compruebe haber actuado con sinceridad, buena fe, se cumpla con las reglas del arte y ciencias médicas y se haya realizado todo lo que esté al alcance de las condiciones concretas de su medio de trabajo, con el fin de obtener un diagnóstico oportuno y prestar la mejor atención a las personas (Ramos, 2005, p.240).

4.4. Evento adverso

Para estudios clínicos un evento adverso consiste en cualquier situación médica desfavorable que ocurre en un sujeto, sea esperada o no esperada. También puede ser la aparición de un nuevo síntoma o el empeoramiento de una enfermedad, causado por su estudio o sin estar relacionado con él. El término 'adverso' aparece en 163 documentos de leyes, de investigación clínica, regulaciones y guías de práctica clínica y son objeto de gran interés para la protección de sujetos humanos en el perfil de seguridad de una droga experimental o un dispositivo médico nuevo (Goldfarb, 2012).

El término 'iatrogenia' o 'iatropatogenia' fue utilizado y definido como la producción de un daño en un paciente a partir de la acción de un médico, pero hoy día, teniendo en cuenta las modernas concepciones sobre el error médico y su multi causalidad, se utiliza más el término 'evento adverso' (EA), y se ha definido como el daño o las lesiones causadas en el proceso de la atención médica (Ramos, 2005, p.240) (Organization, World Health, 2003).

El departamento de salud del Reino Unido, en su reporte anual "Una organización con memoria" del año 2000, estimó que los eventos adversos ocurren cerca al 10% de las hospitalizaciones; sin embargo, en Australia la tasa de evento adverso fue 16,6% entre pacientes admitidos en un hospital. El costo

de los eventos es bastante amplio y se compone de la erosión de la confianza, la seguridad y la satisfacción de los pacientes (González, 2011).

Largas jornadas de trabajo del personal de enfermería pueden ocasionar efectos adversos en el cuidado del paciente. Se encontró que los errores e incidentes ocurren más frecuentemente cuando el personal de enfermería trabaja doce horas o más, porque más de las tres cuartas partes de los turnos programados de doce horas superan ese límite de tiempo (Rogers, 2004). Un adecuado estado de alerta situacional es una condición esencial en todas las áreas al cuidado de la salud, especialmente en medicina crítica, cuando los cambios en la condición de un paciente deben ser respondidos con prontitud (Gaba D. H., 1995). El nivel de alerta situacional y la concentración se disminuyen por fatiga y estrés y pueden ser afectados por interrupciones y distracciones (Healey, 2006).

4.5. Medición de la cultura de seguridad del paciente

La asociación entre la medición de la cultura de seguridad del paciente y la “verdadera” seguridad del paciente no ha sido documentada de manera suficiente, y la validez de las herramientas utilizadas para su medición ha sido cuestionada (Farup, 2015).

Se han desarrollado varios modelos para evaluar la percepción de los trabajadores en cuanto a su entorno laboral, uno de ellos es *El inventario de clima organizacional de la Organización Panamericana de la Salud - 1998*, que mide cuatro dimensiones: el liderazgo, la motivación, la reciprocidad o compromiso, y la participación. A su vez, cada dimensión se compone de cuatro categorías.

En una revisión de literatura existente en inglés desde el año 1980 hasta el 2009 se identificaron doce herramientas de encuestas para la medición de cultura

de seguridad, de las cuales cuatro son las más frecuentemente citadas: La 'Hospital Survey on Patient Safety Culture', desarrollada por la AHRQ, 'Safety Attitudes Questionnaire', 'Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey (PSCHO)', y 'Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument (MSI)'. No existe una herramienta que emerja como la 'gold standard' para su uso, a pesar de que algunas herramientas se han adoptado por regulación en Canadá (Halligan, 2011).

Entre las dimensiones evaluadas por la encuesta AHRQ están: la información y la comunicación sobre errores y el grado al que la comunicación es abierta. La OMS establece que la comunicación es esencial para un lugar de trabajo y para la entrega de un trabajo seguro y de alta calidad. Algunos problemas claves relacionados con la comunicación son: entrega de pacientes, información contenida en la historia clínica, reporte de incidentes, efecto inhibitorio de la jerarquía dentro de un grupo y dificultad para transmitir comunicación dentro de una Organización grande (World Health Organization, 2009). Las fallas en la comunicación son la principal causa de daño inadvertido en los pacientes (Leonard, 2004).

El trabajo en equipo es importante para garantizar la seguridad del paciente en aspectos relevantes como la coordinación, la comunicación, el liderazgo, la calidad de la colaboración y las formas de compartir los modelos mentales de cada uno de los miembros del equipo (Manser, 2009).

En la China Feng, Acord, Cheng, Zeng & Song (2011) encontraron que el compromiso de la alta dirección hacia la seguridad del paciente estaba significativamente relacionado con la percepción positiva de la cultura de seguridad del paciente y servía como predictor de la misma.

La revisión y ajuste del proceso de transferencia de pacientes entre profesionales de una misma unidad, o entre unidades, se ha convertido en prioridad dentro de los esfuerzos para el mejoramiento de la seguridad del paciente (Nasca, 2010). En el año 2014 un estudio llevado a cabo en nueve Instituciones pediátricas en Canadá y Estados Unidos aplicó un paquete de intervenciones denominado I-PASS (Illness severity, Patient Summary, Action list, Situation awareness, Synthesis by receiver hand off bundle) para mejorar el proceso de transferencia de pacientes, encontrando que se redujo significativamente la ocurrencia de errores y eventos adversos prevenibles en siete de las nueve Instituciones que participaron en el estudio (Starmer et al., 2014).

En un trabajo realizado sobre la cultura de seguridad a personas de 741 hospitales de Holanda, Estados Unidos y Taiwán durante los años 2005 a 2008, con el objetivo de determinar las fortalezas y debilidades comunes de los tres países, por medio de una encuesta de la AHRQ sobre cultura de seguridad, la mayoría de los hospitales en los tres países tuvo alto puntaje en trabajo en equipo dentro de las unidades; la dimensión con un alto potencial para mejoramiento fue transferencias y transiciones. Las diferencias más marcadas entre países fueron: respuestas no punitivas al error, comunicación e información sobre errores, apoyo de la administración a la seguridad del paciente, aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo. En general hubo más respuestas positivas en Estados Unidos que en Taiwán y Holanda; sin embargo, mostró grandes diferencias entre los hospitales del mismo país. Taiwán obtuvo en respuestas positivas el 80% en promedio en la dimensión aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo, trabajo en equipo dentro de las unidades obtuvo 81%, la dimensión calificada como más baja fue respuesta no punitiva a error con un 31%. Estados Unidos calificó como más alto el trabajo en equipo dentro de las unidades con el 79% y las más bajas fueron: respuesta no punitiva al error y transferencias y transiciones, con el 44%. En Holanda la más alta fue trabajo en equipo dentro de

las unidades 85% y la más baja fue trabajo en equipo entre las unidades con el 28%. Para las debilidades se sugiere implementar actividades de mejoramiento como rondas de seguridad, cuando hay debilidad en la dimensión de compromiso de la administración; cuando la debilidad está en la transferencia de pacientes se sugiere establecer un protocolo de entrega de turno (Wagner, 2013).

En respuesta a la solicitud de hospitales en comparar resultados con otros donde se haya aplicado la encuesta HSOPSC, la AHRQ creó una base de datos comparativa a partir del año 2007. En el 2014 la base de datos contiene los resultados de 653 hospitales y 405.281 personas que diligenciaron la encuesta. Esta base de datos se ha desarrollado para los siguientes propósitos: comparación, evaluación y aprendizaje, información suplementaria y tendencias. La caracterización de los encuestados mostró los siguientes hallazgos: el grupo de encuestados por profesión que tuvo la más alta participación fue el de enfermería con el 35%. El 76% de los participantes tenía contacto directo con el paciente. El 45% llevaba trabajando en el hospital entre uno y cinco años. El 39% llevaba en su unidad de trabajo de uno a cinco años; en su profesión el 26% entre uno y cinco años; el 48% laboraba de 40 a 59 horas a la semana. En promedio entre los hospitales la mayoría de los encuestados respondió al grado de seguridad del paciente de manera positiva dando a su unidad de trabajo un grado de seguridad del paciente de excelente (33%) o muy bueno (43%). Los resultados en cuanto a percepción de las dimensiones son como siguen: Trabajo en equipo dentro de las unidades (81%), Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (76%), Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo (73%), Apoyo que da la administración a la seguridad del paciente (72%), Retroalimentación y comunicación acerca de errores (67%), Percepción general de la seguridad del paciente (66%), Frecuencia de eventos reportados (66%), Grado al que la comunicación es abierta (62%), Trabajo en equipo entre unidades (61%), Personal (55%), Transferencias y transiciones

(47%) y Respuesta no punitiva al error (44%) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014).

Estudios han revelado que enfermería subregistra los reportes porque teme repercusiones incluyendo acciones disciplinarias por el empleador y por agentes reguladores. Como resultado solamente se reportan aquellos errores que potencialmente comprometen la vida, en consecuencia solamente el 5% de errores significativos son reportados (Leape L., 1996). Los errores que son considerados menores o incidentes casi nunca son reportados.

En Jordania, al aplicar la encuesta de la AHRQ al personal de enfermería de diferentes hospitales, se encontró que la única dimensión calificada como fortaleza fue la de 'Trabajo en equipo dentro de las unidades'. El estudio reveló que existe la necesidad de reemplazar la cultura de vergüenza/culpa por una cultura no punitiva (Khater, 2015). Actualmente en los Centros de atención Primaria del Sistema Nacional de Salud en España ha aumentado el nivel de concientización en cuanto a cultura de seguridad del paciente, principalmente cuando la percepción es que se actúa con un enfoque no punitivo (Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. España, 2009).

En general la cultura de seguridad tiene una percepción que no es homogénea entre los hospitales y entre países. Una dimensión calificada baja en todos los escenarios revisados fue respuesta no punitiva al error. Las respuestas obtenidas en los hospitales de Estados Unidos puntuaron como las más altas y con menos variación. El trabajo en equipo dentro de las Unidades obtuvo el puntaje positivo más homogéneo. La dimensión que hace referencia al personal fue calificada con puntajes bajos entre 40% y 59%.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Para responder la pregunta del problema de investigación se aplicó un estudio de carácter descriptivo y de corte transversal (Smiths, 2012 y Gómez, 2011). De acuerdo con Dankhe (en: Sampieri, Collado & Lucio, 2010) “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno a investigar” (p. 64). De igual forma, la investigación es de tipo cuantitativo, que se refiere a diferentes técnicas experimentales aleatorias, cuasi experimentales, test estructurados y sistemáticos, análisis estadísticos multivariados y estudios de muestras cuya base epistemológica es el positivismo, y su herramienta de análisis es de tipo estadístico numérico (Cook, 1986). El enfoque cuantitativo busca nexos lógicos entre hechos y causas o entre las causas y sus efectos dentro de un contexto social objetivo, visto desde afuera y considerando sus aspectos generales. Su dinámica se da dentro de los campos explicativo y predictivo (Universidad Nacional Abierta y a Distancia, s.f.).

5.2. Unidad de análisis y muestra

La unidad de análisis es una Empresa Social del Estado en el municipio de Villeta, Cundinamarca, Colombia, entidad pública del orden departamental, con

personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio propio y adscrita a la Secretaría de Salud Departamental, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sometida al régimen jurídico existente como lo establecen los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993. Está clasificada por el Ministerio de Salud y la Protección Social como institución de Primer Nivel, Complejidad C, Grado 3, de la subred del Occidente de Cundinamarca. Atiende la demanda de su población municipal y la de los municipios de Quebradanegra, Útica y La Peña. Está proyectada para ser de Segundo Nivel (Gobernación de Cundinamarca, 2014). En la actualidad presta servicios de baja complejidad basados en atención primaria en salud resolutiva, consulta externa médica y odontológica, atención de urgencias, partos de baja complejidad, hospitalización y servicios de ayuda diagnóstica. La capacidad hospitalaria instalada es de cuarenta y un camas distribuidas así: seis camas obstétricas, veinticinco camas de hospitalización general de adultos, una cama para cuidados especiales y nueve camas pediátricas.

La demanda potencial de usuarios es de 25.061, de los cuales el 64% se ubica en la cabecera municipal y el resto en la zona rural (Gobernación de Cundinamarca, 2014), además de 16.752 habitantes de los municipios de influencia, algunos de ellos con difícil acceso geográfico. El 75% de los afiliados pertenece al régimen subsidiado y el 25%, al contributivo. Se tiene contrato con las EPS Convida, Cefesalud, Ecoopsos, Famisanar, Sanitas y Nueva EPS. El recurso total de venta para la última vigencia proviene en un 58% del régimen subsidiado, un 23% del contributivo y un 19% de régimen especial, SOAT y planes complementarios.

La entidad se encuentra en proceso de implementación de aplicación de paquetes instruccionales para la seguridad del paciente del Ministerio de Salud; tiene definido una metodología para reporte y análisis de evento adverso y se observa un aumento en el número de reportes de seguridad.

El hospital cuenta con 93 empleados de las unidades misionales en la sede principal: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, terapistas físicas y respiratorias, bacteriólogas, auxiliar de laboratorio, odontólogos, auxiliares de odontología, conductores, técnicos de radiología, regente de farmacia, quienes laboran continuamente o por sistema de turnos. Se excluyó al personal transitorio quienes realizan menos de cuatro jornadas en el mes, motivo por el cual no se tuvo en cuenta a estos especialistas.

El muestreo utilizado fue el método aleatorio simple. La muestra se calculó con el 96% de confianza y un porcentaje de error del 4%.

$$n = \frac{N}{(N \cdot d^2) + 1}$$

n= muestra

N= universo

d= porcentaje de error

En consecuencia, la muestra utilizada para el estudio fue de 81 empleados.

5.3. Instrumentos

Se utilizó como herramienta de medición el cuestionario 'Hospital Survey on Patient Safety Culture', diseñado por la AHRQ, versión en español. La encuesta es útil para evaluar la cultura de seguridad de un hospital como un todo o para áreas específicas dentro de él. Puede ser usada para hacer seguimiento a cambios y evaluar el impacto de intervenciones en seguridad del paciente, validada originalmente en un grupo de 1437 personas de 21 hospitales de Estados Unidos. La meta del análisis psicométrico fue tener un instrumento de

encuesta conciso y refinado basado en un borrador inicial y revisado a través de la identificación de dimensiones de la cultura de seguridad conceptualmente definida, independiente y confiable, con tres a cinco ítems que miden cada dimensión. El análisis psicométrico consistió en varias técnicas analíticas, incluyendo análisis por ítem, análisis del contenido, análisis de confiabilidad y construcción de la escala, análisis correlacional y análisis de varianza (Agency for healthcare Research and Quality, 2004).

El cuestionario consta de nueve secciones de la A hasta la I en las que se evalúa el área o unidad de trabajo, el supervisor, la comunicación, la frecuencia de incidentes reportados, el grado de seguridad del paciente, el hospital, el número de incidentes reportados, la información general y por último los comentarios. En total son 51 preguntas cerradas formuladas en negativo y positivo y para valorar cada ítem se usa una escala tipo Likert de cinco grados de acuerdo con cada sección. Para las secciones A-B y F: muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo; para las secciones C y D: nunca, rara vez, algunas veces, la mayoría del tiempo, siempre; para la sección D: excelente, muy bueno, aceptable, pobre, malo. La sección G refiere el número de incidentes reportados en los últimos doce meses: ninguno, 1-2, 3-5, 6-10, 11-20 y 21 reportes/incidentes o más. La sección H consta de seis preguntas de selección cerradas: tiempo que lleva trabajando en el hospital en años y en el área actual, horas semanales laboradas, posición laboral en el hospital, si tiene o no contacto con el paciente y tiempo laborando en la actual profesión.

5.4. Procedimiento

Componente ético: se solicitó autorización al comité de ética para la aplicación de la encuesta. Los autores del presente estudio declaramos que el interés en el desarrollo del estudio es de tipo académico, que al momento de la

aplicación de la encuesta hacemos parte del equipo directivo de la organización, que lo anterior no implica que en el desarrollo de la encuesta, en sus diferentes etapas (aplicación, tabulación, análisis y resultados) sea alterado, y que las encuestas son anónimas para guardar la confidencialidad.

Se citó en el auditorio de la entidad al personal asistencial en diferentes sesiones, durante los días del 18 al 29 de enero de 2016. Se explicó el objetivo del trabajo, conflicto de interés, el contenido de la encuesta y las opciones de respuestas. Previo al diligenciamiento de la herramienta se entregó un formato de consentimiento informado que invitaba a participar en el estudio de forma voluntaria y espontánea. Se hizo énfasis en el carácter confidencial de las respuestas, en el tiempo promedio para el diligenciamiento, en que la negación a participar, diligenciar y las respuestas de la encuesta no implicaban ninguna clase de acción punitiva ni compensación para ellos (anexo 2). Las personas podían diligenciar en otro lugar y tiempo la encuesta sin exceder el día propuesto para la entrega. Se dispuso de un buzón marcado con el nombre del proyecto para depositar las encuestas una vez diligenciadas.

Durante el proceso de recolección de datos se esperaba que al menos el 50% de las encuestas fueran diligenciadas en su totalidad. Los mismos criterios de exclusión descritos en el Manual del usuario de la encuesta, publicado en la página de la AHRQ, fueron aplicados en este estudio: menos de una sección entera incompleta, menos de la mitad del total de los ítems respondidos, todos los ítems respondidos de la misma manera, respuestas ilegibles o doblemente marcadas (Agency for healthcare Research and Quality, 2004).

Para facilitar la visualización de los resultados las dos categorías de respuesta más bajas se combinaron: muy en desacuerdo/en desacuerdo y nunca/rara vez, y son consideradas respuestas negativas. Las dos opciones de respuesta más altas también se agruparon: de acuerdo/muy de acuerdo y la

mayoría del tiempo/siempre, y se consideran respuestas positivas. Los puntos medios de las escalas se reportan como una categoría separada ni de acuerdo ni en desacuerdo/algunas veces, y son consideradas como respuestas neutrales. A continuación ítem por ítem se estableció el número total de respuestas válidas para cada uno y se tabularon las respuestas positivas, las negativas y las neutras para ese ítem. Para la interpretación solamente se tabularon las respuestas positivas. Los ítem redactados en negativo con respuestas negativas serán tabulados como respuestas positivas, así mismo, los ítems que estén redactados en positivo que tengan respuesta positiva serán tabulados como positivos (tabla 2).

Esta codificación permite calcular las frecuencias relativas de cada categoría, para cada uno de los ítems y el indicador compuesto de cada dimensión. Para calcular la frecuencia de respuesta positiva según *El manual del usuario de la AHRQ año 2004*, se usó la siguiente fórmula:

Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión

Total de respuestas válidas en los ítems de una dimensión

Conforme al documento mencionado se identificaron las fortalezas según el siguiente criterio:

≥ 75% de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en positivo.

≥ 75% de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o nunca/raramente) a preguntas formuladas en negativo.

Para cada ítem o una dimensión se califica como oportunidades de mejora:

≥ 50% de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o raramente/nunca) a preguntas formuladas en positivo.

≥ 50% de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en negativo.

Los indicadores compuestos de cada dimensión se recalculan usando la fórmula:

Número de encuestas con criterio de inclusión recibidas
Número de en entregadas – (no válidas + no diligenciadas)

$$\frac{78}{81-3} = 96,2 \%$$

6. RESULTADOS

Con miras a describir la cultura de seguridad del paciente en el Hospital de Villeta, se distribuyeron 81 encuestas de las cuales 78 cumplieron con los criterios de inclusión para tabulación de datos. La tasa de respuesta para este estudio fue de 96,2%, cifra que superó la proyección del 50%.

6.1. Información general de los encuestados

6.1.1. Composición por profesión

Se observa que los grupos más numerosos fueron los auxiliares de enfermería seguidos por los médicos (tabla 1).

Tabla 1: *Distribución de los encuestados por profesión / ocupación*

Profesión / Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar de Enfermería	34	44%
Personal de odontología	8	10%
Personal de laboratorio	3	4%
Médico	10	13%
Enfermera profesional	5	6%
Técnico radiología	3	4%
Farmacia	2	3%
Asistente de unidad	1	1%
Terapista	3	4%
Conductor	3	4%
Sin respuesta	6	8%
TOTAL	78	100%

Fuente: elaboración propia.

6.1.2. Posición laboral

Tiene interacción directa o contacto con los pacientes.

El 94% de los encuestados manifiesta tener contacto directo con los pacientes, en contraste, solo el 6% indica que NO (ilustración 1).

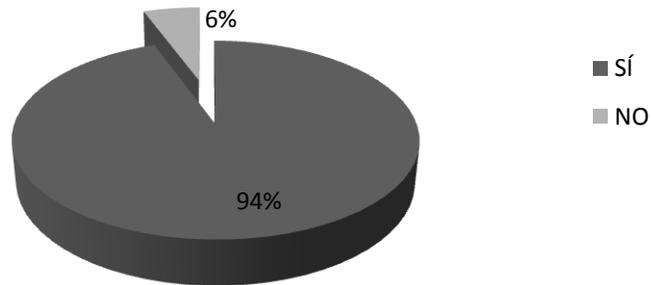


Ilustración 1: Interacción directa de los encuestados con los pacientes

6.1.3. Tiempo laborando con el hospital

La tercera parte del personal encuestado lleva trabajando en el hospital menos de un año (ilustración 2).

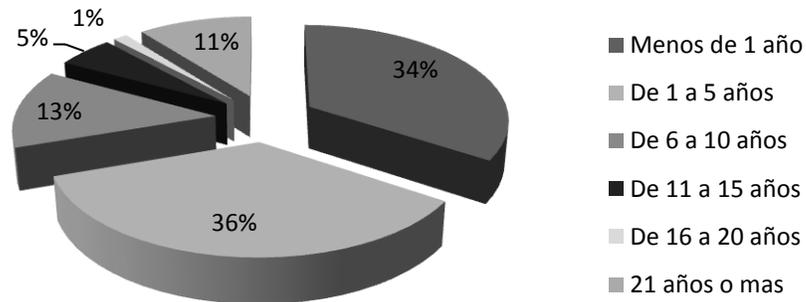


Ilustración 2: Tiempo trabajando en el hospital

6.1.4. Tiempo laborando en el área/unidad

La mitad de los encuestados lleva más de un año trabajando en su área (ilustración 3).

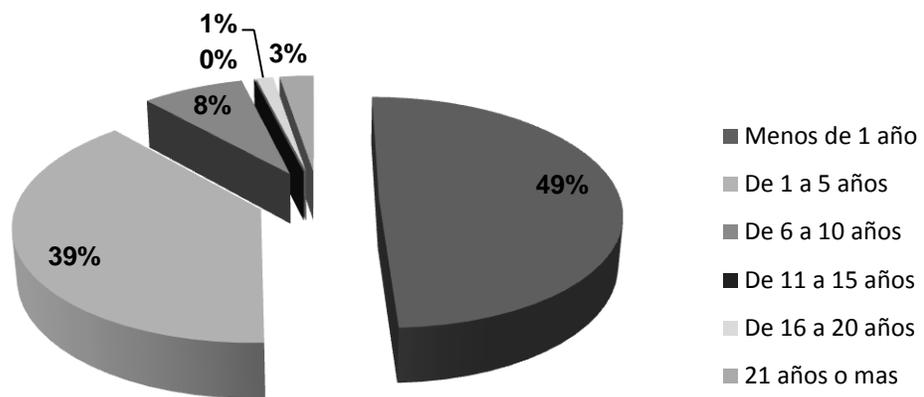


Ilustración 3: Tiempo trabajando en la unidad

6.1.5. Horas a la semana trabajadas en el hospital

El 31 % de los encuestados percibe que trabaja sesenta (60) horas o más durante la semana (ilustración 4).

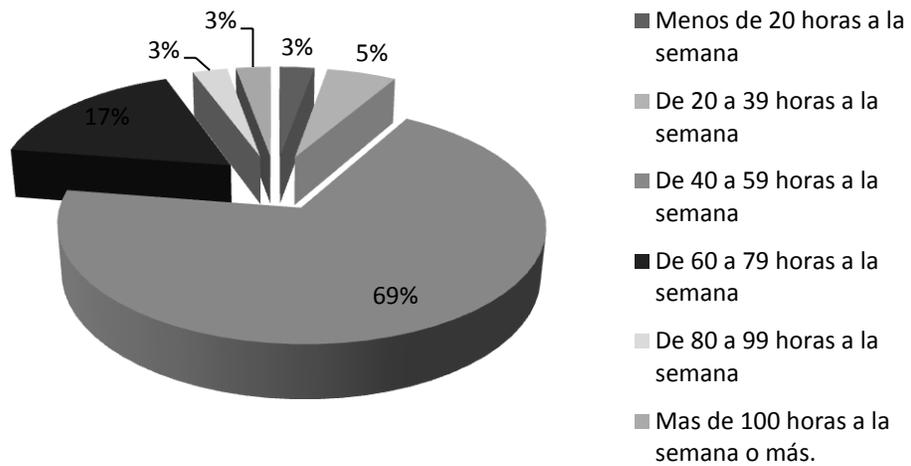


Ilustración 4: Horas / semanas laboradas

6.1.6. Grado de seguridad del paciente en su área/unidad de trabajo

Más de las tres cuartas partes de los encuestados perciben que su área de trabajo maneja un grado de seguridad del paciente entre excelente, bueno y aceptable (ilustración 5).

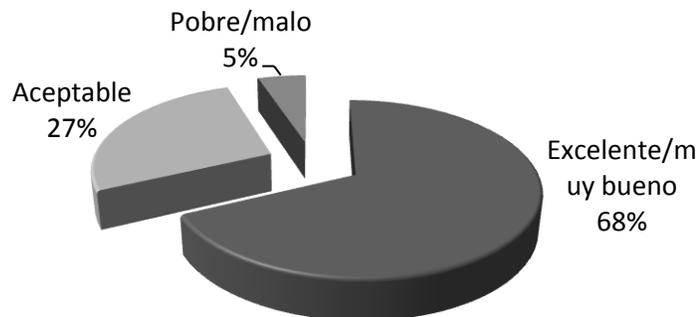


Ilustración 5: Grado de seguridad del paciente

6.1.7. Cantidad de incidentes reportados en los pasados doce meses

¿Cuántos reportes de incidentes ha diligenciado y enviado?

Más de la mitad (53%) de los encuestados respondió que no ha reportado incidentes en el último año, el 34% respondió haber reportado entre uno y dos incidentes en el último año (ilustración 6).

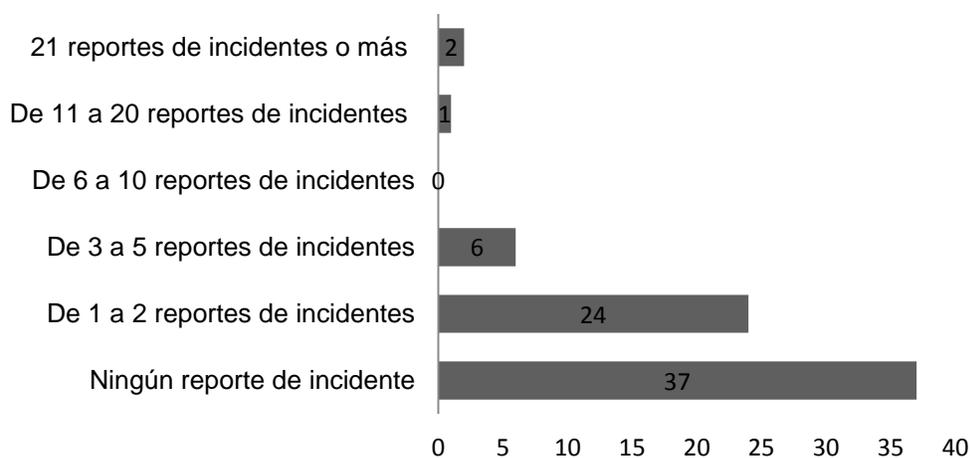


Ilustración 6: Número de incidentes reportados en el último año

6.2. Frecuencia de respuesta positiva por dimensiones

Los resultados de frecuencia de respuesta positiva por cada dimensión se muestran a continuación:

6.2.1. Dimensión 1. Trabajando en equipo dentro de las unidades

El porcentaje de respuestas positivas es del 65%. Indica que no es una fortaleza para el hospital. Las cuatro preguntas de la dimensión están redactadas en positivo (tabla 2).

Tabla 2: Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 1

TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LAS UNIDADES	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/ muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
A1: La gente se apoya una a la otra en el servicio	NA	56	56	75
A3: Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo	NA	52	52	77
A4: En este servicio el personal se trata con respeto	NA	54	54	76
A11: Cuando un servicio o área está realmente ocupada, otros le ayudan	NA	35	35	74
TOTAL:			197	302
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				65%

Fuente: elaboración propia.

6.2.2. Dimensión 2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes

Todas las preguntas están redactadas en positivo (tabla 3).

Tabla 3: Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 2

	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/ muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
<hr/>				
B1: Mi supervisor/jefe inmediato hace comentarios favorables cuando él /ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procesos establecidos de seguridad a los pacientes	NA	40	40	77
<hr/>				
B2: Mi supervisor/jefe inmediato considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	NA	53	53	76
<hr/>				
B3: Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/jefe inmediato quiere que trabaje más rápido, aun si esto significa simplificar las labores del trabajo	40	NA	40	75
<hr/>				

B4: Mi supervisor/jefe inmediato no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez	59	NA	58	76
TOTAL:			191	304
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				63%

Fuente: elaboración propia.

6.2.3. Dimensión 3. Aprendizaje organizativo - Mejoras continuas

La frecuencia de respuestas positivas para el aprendizaje organizacional - mejoras continuas es de 82%. Las tres preguntas que evalúan la dimensión están redactadas en positivo (tabla 4).

Tabla 4: *Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 3*

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL - MEJORAS CONTINUAS	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
A6: Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	NA	71	71	75
A9: Los errores han llevado a cambios positivos aquí	NA	61	61	77

A13: Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes evaluamos su efectividad	NA	54	54	76
TOTAL:			186	228
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				82%

Fuente: elaboración propia.

6.2.4. Dimensión 4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente

El 78% tiene una percepción positiva del apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente. Esta dimensión evaluada por tres preguntas redactadas en positivo (tabla 5).

Tabla 5: Frecuencia de respuestas positivas – Dimensión 4

APOYO QUE DAN LOS ADMINISTRADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
F1: La Dirección de este hospital provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	NA	64	64	76
F8: Las acciones de la Dirección de este	NA	71	71	77

hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria				
F9: La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente adverso	46	NA	46	78
TOTAL:			181	231
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				78%

Fuente: elaboración propia.

6.2.5. Dimensión 5. Percepciones generales de la seguridad del paciente

El 58% de los encuestados tiene una percepción general positiva de la seguridad del paciente. Esta dimensión fue evaluada con dos preguntas redactadas en positivo (A15, A18) y dos preguntas redactadas en negativo (A10, A17) (tabla 6).

Tabla 6: *Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 5*

PERCEPCIONES GENERALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
--	--	--	--	------------------------------------

A10: Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	30	NA	30	69
A15: La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	NA	40	40	73
A17: Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en este servicio	47	NA	47	75
A18: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir	NA	52	52	76
TOTAL:			169	293
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				58%

Fuente: elaboración propia.

6.2.6. Dimensión 6. Comunicación e información sobre errores

El 63% de los encuestados percibe que hay retroalimentación sobre los errores. Todas las preguntas están redactadas en positivo (tabla 7).

Tabla 7: Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 6

COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES	Respuestas para preguntas en negativo(nunca/raramente)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
C1: La jefatura nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes	NA	36	36	74
C3: Se nos informa sobre los errores que se comenten en este servicio	NA	55	55	76
C5: En este servicio hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	NA	53	53	77
TOTAL:			144	227
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				63%

Fuente: elaboración propia.

6.2.7. Dimensión 7. Grado al que la comunicación es abierta

El 48% de los encuestados tiene una percepción positiva del grado al que la comunicación es abierta, y percibe un ambiente favorable para expresarse libremente sobre seguridad. En esta dimensión la pregunta C6 está redactada en negativo (tabla 8).

Tabla 8: *Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 7*

GRADO AL QUE LA COMUNICACIÓN ES ABIERTA	Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
C2: El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	NA	40	40	75
C4: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	NA	19	40	77
C6: El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	29	NA	29	76

TOTAL:	109	228
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje		48%

Fuente: elaboración propia.

6.2.8. Dimensión 8. Frecuencia de incidentes reportados

El 56% de respuesta positiva en esta dimensión muestra que más de la mitad de los encuestados reporta errores de seguridad. Todas las preguntas están en positivo (tabla 9).

Tabla 9: *Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 8*

FRECUENCIA DE INCIDENTES REPORTADOS	Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
D1: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	NA	44	44	75
D2: Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué	NA	42	42	74

tan frecuentement e es reportado?				
D3: Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	NA	40	40	75
TOTAL:			126	224
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				56%

Fuente: elaboración propia.

6.2.9. Dimensión 9. Trabajando en equipo a través de las unidades

El 55% de los encuestados percibe positivamente el trabajo en equipo a través de las unidades. Las preguntas F2 y F6 están redactadas en negativo (tabla 10).

Tabla 10: *Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 9*

TRABAJANDO EN EQUIPO A TRAVÉS DE LAS UNIDADES	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem

	desacuerdo)		de acuerdo)	
F4: Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos	NA	37	37	72
F 10: Los servicios del hospital trabajan bien juntos para proveer el mejor cuidado para los pacientes	NA	52	52	75
F2: Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos	28	NA	28	75
F6: Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otros servicios de este hospital	46	NA	46	75
TOTAL:			163	297
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				55%

Fuente: elaboración propia.

6.2.10. Dimensión 10. El personal

Menos de la mitad (36%) de los encuestados percibe que el personal es suficiente para realizar el trabajo y que trabaja más tiempo de lo que es mejor para el cuidado del paciente. Solamente la pregunta A2 está redactada en positivo (tabla 11).

Tabla 11: *Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 10*

DIMENSION 10: EL PERSONAL	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
A2: Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	NA	37	37	76
A5: El personal en este servicio trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	18	NA	18	73
A7: Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente	28	NA	28	67

A14:				
Frecuentemente trabajamos en 'tipo crisis' intentando hacer mucho, muy rápidamente	21	NA	21	73
TOTAL:			104	289
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				36%

Fuente: elaboración propia.

6.2.11. Dimensión 11. Transferencias y transiciones

La percepción de seguridad durante las transferencias y transiciones es del 45%. Todas las preguntas están redactadas en negativo (tabla 12).

Tabla 12: *Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 11*

TRANSFERENCIAS Y TRANSICIONES	Respuestas para preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	Respuestas positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	Número total de respuestas positivas	Total de respuestas del ítem
F3: La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra	34	NA	34	76
F5: Se pierde a menudo la información importante de cuidado de pacientes durante	37	NA	37	74

cambios de turno				
F7: A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de servicios de este hospital				
	29	NA	29	76
F11: Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital				
	36	NA	36	74
TOTAL:			136	300
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				45%

Fuente: elaboración propia.

6.2.12. Dimensión 12. Respuesta no punitiva a errores

Las tres cuartas partes de los encuestados perciben una cultura punitiva de reporte. En esta dimensión las tres preguntas están redactadas en negativo (tabla 13).

Tabla 13: *Frecuencia de respuestas positivas - Dimensión 12*

RESPUESTA	Respuestas para	Respuestas	Número total de	Total de
NO PUNITIVA A ERRORES	preguntas en negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo)	positivas para preguntas en positivo (de acuerdo/muy de acuerdo)	respuestas positivas	respuestas del ítem

A8: El personal siente que sus errores son considerados en su contra	26	NA	26	72
A12: Cuando se informa de incidente se siente que la persona está siendo reportada y no el problema	16	NA	16	75
A16: El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes	13	NA	13	72
TOTAL:			55	219
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje				25%

Fuente: elaboración propia.

La tasa de respuesta positiva por dimensión fluctuó entre el 82% y el 25%, siendo la dimensión con mayor porcentaje de respuestas positivas 'Aprendizaje organizacional-mejoras continuas' y la más baja 'Respuesta no punitiva a los errores' (ilustración 7).

Distribución porcentual de respuestas positivas y negativas por dimensión

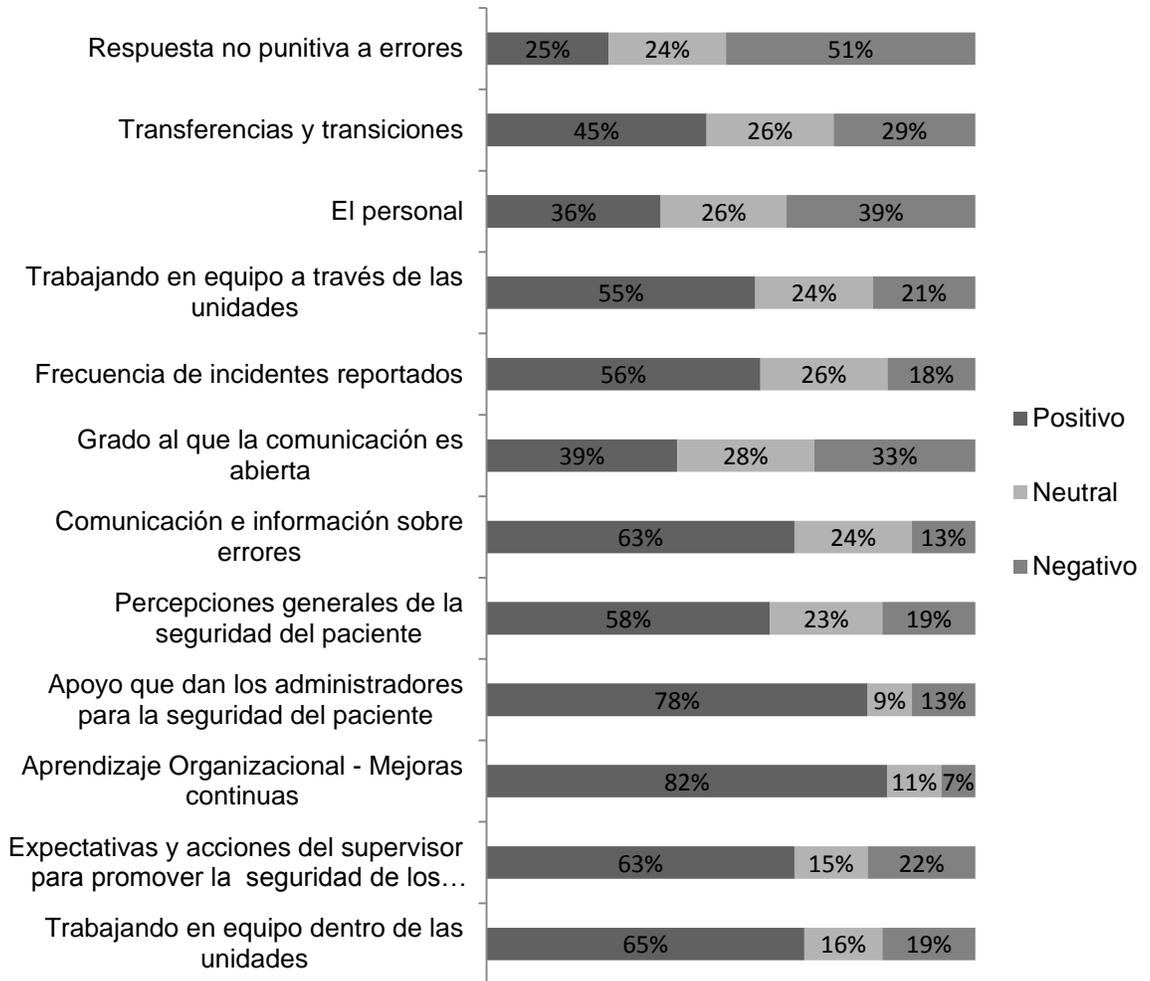


Ilustración 7: Distribución porcentual de respuestas positivas y negativas por dimensión

Los resultados finales se clasifican como fortalezas y oportunidades de mejora (tabla 14).

Tabla 14: Fortalezas y debilidades

≥ 75% (Fortalezas)	Entre 51 y 74	≤ 50% (Oportunidades de mejora)
Aprendizaje organizacional-mejoras continuas	Trabajando en equipo dentro de las unidades	Transferencias y transiciones
Apoyo que dan los administradores a la seguridad del paciente	Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes Comunicación e información sobre errores Percepciones generales de la seguridad del paciente Frecuencia de incidentes reportados Trabajando en equipo a través de las unidades	El personal Respuesta no punitiva a errores Grado al que la comunicación es abierta

Fuente: elaboración propia.

7. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES

La tasa de respuesta obtenida en el estudio fue alta (96%), en relación con el promedio de 54% para esta encuesta realizada en el año 2014 (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014).

Los resultados del estudio muestran también que el 94% de los encuestados manifiesta tener contacto directo con los pacientes, comparado con la base de datos de la AHRQ del 2014 en la que el 76% tiene contacto directo con el paciente. El resultado obtenido fue más alto posiblemente debido a que el instrumento solo se aplicó a personal que trabajaba en el área asistencial. El 6% que respondió NO, incluye conductores y personal de la unidad de referencia de pacientes. El documento de la AHRQ muestra que el mayor número de encuestados (33%) lleva trabajando en el hospital entre uno y cinco años; el resultado obtenido por el hospital fue cercano (36%).

Dentro de la planta del hospital labora un número de profesionales que prestan el año de Servicio Social Obligatorio; condición que implica una rotación periódica de personal. Esto se refleja en el porcentaje obtenido con relación al tiempo que lleva laborando en el hospital. La rotación de personal entre unidades –política de la actual administración del Hospital– se ve reflejada en el resultado sobre el tiempo que lleva laborando en su unidad de trabajo: el 49% manifestó que lleva laborando menos de un año.

Los datos obtenidos en la investigación llevan a concluir que la percepción general de la seguridad del paciente obtuvo un 58% de respuesta positiva, este valor debe considerarse de riesgo por la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos (Weaver, 2012).

En general los trabajadores perciben estar laborando un número de horas/semana adecuado, en relación con los periodos de descanso-vigilia que garantizan un nivel de alerta necesario en el personal asistencial (Gaba D. H., 1995). Llama la atención que el 26% percibe estar laborando más de sesenta (60) horas a la semana, posiblemente debido a las horas de disponibilidad no presencial en la programación general de turnos. No obstante, analizando en conjunto la dimensión sobre el personal, se encuentra que en algunas ocasiones puede existir sobrecarga laboral, lo que implica riesgos para la seguridad de los pacientes porque las largas jornadas de trabajo pueden ser causa de eventos adversos (Rogers, 2004).

La respuesta sobre el grado de seguridad percibido en el área/unidad de trabajo, evaluado en la Sección E con una sola pregunta, fue de 68% e incluye las categorías de excelente y muy bueno; el resultado se ubicó por debajo de la media publicada en la AHRQ (76%). La dimensión 'Percepción general de seguridad del paciente', evaluada en la Sección A con las preguntas 10, 15, 17 y 18, alcanzó el 58% de respuesta positiva en contraste con el resultado publicado en la AHRQ (66%). Independientemente de que el grado de seguridad sea una fortaleza para los resultados de la AHRQ, en ambos escenarios hospital/AHRQ, los resultados muestran que el trabajador en general percibe su unidad de trabajo como segura y no así a la organización como un todo, esto posiblemente asociado con los hallazgos de la dimensión 'Trabajo en equipo entre unidades'.

El trabajo en equipo se percibe como una actividad que se lleva de una manera adecuada pero susceptible a la mejora, especialmente en la que tiene que ver con el apoyo que se debe brindar a una unidad cuando el volumen de trabajo supera la capacidad de respuesta. La importancia del trabajo en equipo está descrita por Manser (2009), entre otras razones porque juega un factor importante en la aparición de eventos adversos (Leape L., 1996 y Khater, 2015). El trabajo en equipo entre unidades merece atención. El 55% de las respuestas

positivas en esta dimensión se interpreta como una percepción negativa a la cooperación que existe entre diferentes áreas/unidades y podría asociarse con la percepción general de seguridad del paciente; es decir, los trabajadores consideran que el trabajo en equipo y la seguridad dentro de su unidad es buena, mientras que el trabajo en equipo entre áreas y el resto de la organización es negativa. En estudios realizados se observa el mismo comportamiento, siendo esta la dimensión con el porcentaje más bajo de respuesta positiva (Wagner, 2013).

Observando el valor obtenido en la evaluación de la dimensión 'Frecuencia de incidentes reportados', este alcanzó un 56% de respuestas positivas, más bajo que el valor referido en la AHRQ (66%). La cantidad de incidentes reportados mostró un comportamiento similar en los dos escenarios: en la AHRQ 56% y en la entidad el 53% refirieron no haber reportado ningún incidente en los últimos doce (12) meses. La 'Comunicación y retroalimentación sobre errores' en la AHRQ fue del 67% y en la entidad del 63%. Finalmente la 'Respuesta no punitiva a error' obtuvo el puntaje más bajo de todas las dimensiones tanto en el hospital (25%) como en la AHRQ (44%). Todo lo anterior sugiere que aunque se ha fomentado la cultura del reporte de los eventos de seguridad del paciente, se debe reforzar el enfoque no punitivo que pueda romper el paradigma tradicional de la vergüenza/culpa y de esta manera llevar el subregistro a su mínima expresión (Khater, 2015 y Leape L., 1996).

La dimensión que evalúa las transferencias y transiciones dio un resultado que merece atención y coincide con los hallazgos de otros estudios en el mundo (Taiwán, USA y Holanda) con resultados similares entre 42% y 45% (Wagner, 2013). Esta condición nos lleva a pensar que se deben revisar los esquemas utilizados para la transferencia de pacientes y cambios de turno.

El porcentaje de respuesta positiva en la dimensión 'Apoyo administrativo a la seguridad del paciente' (78%) reflejó el compromiso de la administración a esta iniciativa de vital importancia dentro del proceso de acreditación. En Holanda el resultado para esta dimensión fue sustancialmente diferente, con apenas un 31% de respuestas positivas, mientras que en el consolidado de la AHRQ alcanzó el 72%. La entidad intervino aspectos en el último año tales como: infraestructura física, renovación de equipo biomédico, dotación de personal, mobiliario, implementos de protección personal y adoptó las buenas prácticas en seguridad del paciente. Se considera como una fortaleza dentro del proceso de mejoramiento continuo de la calidad. Sin embargo, el puntaje alcanzado en la dimensión que evalúa la gestión del supervisor directo para fomentar la seguridad del paciente fue de 63%, lo cual puede significar que se percibe un adecuado apoyo del equipo directivo y no así de parte del jefe inmediato en cada unidad. Este resultado en relación con el de la AHRQ (76%) fue más bajo.

Los encuestados mostraron buena percepción en la dimensión de mejoramiento continuo y aprendizaje organizacional. En este sentido vale resaltar que el hospital cuenta con un profesional referente exclusivo para la gestión del proceso de seguridad del paciente. Comparado con la base de datos de la AHRQ cuyo resultado fue de 73%, la entidad muestra un porcentaje de 81% y se considera como una fortaleza.

En la dimensión que evalúa el 'Grado al que la comunicación es abierta', se obtuvo un puntaje bajo (39%), mientras que la AHRQ fue de 62%, razón por la cual esta dimensión requiere un plan de acción inmediato, teniendo en cuenta que uno de los caminos más efectivos para mejorar la cultura de seguridad y prevenir injurias es optimizar la comunicación relacionada con seguridad en una organización. Desafortunadamente los empleados a menudo fallan para comunicar las cosas cuando observan situaciones riesgosas, inclusive con pleno conocimiento de que deben hacerlo (Williams, 2003).

8. CONCLUSIONES

La investigación tenía como propósito describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel que opera en la ciudad de Villeta. Para lograr dicho propósito se administró un instrumento de medición que ha sido empleado en varios países alrededor del mundo y cuenta con doce dimensiones. Las dimensiones que mejor puntuaron en el diagnóstico fueron 'Aprendizaje organizacional-mejoras continuas' y 'Apoyo que dan los administradores a la seguridad del paciente'. Para este estudio en particular el puntaje obtenido en la percepción de esta última dimensión contrasta con los resultados en otros hospitales del mundo. Las dimensiones que se constituyeron opciones de mejora fueron: 'Transferencias y transiciones', 'El personal', 'Respuesta no punitiva a errores'. Respecto de las dimensiones que se constituyen en una fortaleza se recomienda continuar con su desarrollo y mejoramiento continuo.

La revisión bibliográfica realizada para este trabajo permite afirmar que las percepciones sobre las diferentes dimensiones de la cultura de seguridad difieren entre unidades/áreas de una misma organización, entre hospitales de un mismo país y entre países; es decir, no hay un patrón de percepción homogéneo aún dentro de la misma institución. No obstante la percepción sobre la cultura no punitiva es baja en todos los escenarios revisados, el apoyo de la administración a la seguridad del paciente fue percibido por arriba del 50%, a excepción de Holanda.

La piedra angular para la comprensión de la cultura de seguridad del paciente es la cultura en sí misma, que es un fenómeno complejo objeto de estudio de la antropología (Halligan, 2011). Curiosamente ninguno de los trabajos revisados sobre cultura de seguridad del paciente ha sido conducido por un antropólogo ni aplica la etnografía como metodología de estudio. Puede ser

interesante explorar la cultura de seguridad del paciente con un abordaje diferente, desde la óptica de las ciencias humanas.

Para mejorar la percepción de la dimensión 'Respuesta no punitiva a errores' es conveniente cambiar el enfoque de buscar culpabilidad individual como solución, y encaminar esfuerzos a mejorar los procesos en la búsqueda de sistemas seguros.

En el proceso de comunicación para la seguridad del paciente intervienen varios factores. Desde la perspectiva del hospital estudiado se pueden mejorar en el mediano plazo aspectos relacionados con el estilo de liderazgo de los supervisores directos de las áreas/ unidades para que la comunicación sea asertiva, de tal modo que fluya y sea participativa. El enfoque asertivo debe evitar la tendencia tradicional de hablar sobre quién se equivocó y quién lo hizo bien.

Para mejorar el proceso de transferencia de pacientes y cambios de turnos es aconsejable desarrollar protocolos como el I-PASS, citado en este trabajo. Al aplicarlo e implementarlo como se demostró, el impacto fue positivo en el corto plazo en la ocurrencia de eventos adversos.

La administración debe priorizar un estudio de carga laboral que mida objetivamente la percepción hallada en la encuesta. De confirmarse los hallazgos de la encuesta, la administración debe proceder a tomar las acciones correctivas necesarias tales como: redistribución de turnos, reasignación de tareas y contratación de más personal.

Como reflexión final se cita una frase del documento de la AHRQ 2014 'User Comparative Database Report': "Aplicar la encuesta es solo el inicio de un ciclo de mejoramiento continuo para los hospitales".

REFERENCIAS

- Agency for healthcare Research and Quality. (Septiembre de 2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Estados Unidos.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). *2014 User Comparative Database Report*. Maryland.
- Ammouri, A. T. (2014). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62, 102-110.
- Barbosa, L. C. (2008). Establecimiento de una línea base de la cultura de seguridad de los pacientes en un hospital universitario de Bogotá. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 1(1), 19-28.
- Blanco, A. (2002). Errores cometidos por residentes de medicina interna en la entrevista médica bajo observación directa. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(2), 104-109.
- Chiavenato, I. (2005). *Administración en los nuevos tiempos*. Bogotá: Mac Graw Hill.
- Colla, J. B. (2005). Qual Saf Health Care. *Measuring patient safety climate: a review of surveys*(14), 364-366.
- Cook, T. R. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa* (Primera ed.). Madrid: Morata, S.L.
- De Vrides, E. R. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and safety in Health care*(17), 216-223.
- Escudero, A. &. (2010). Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente en Salud Total-S de Bucaramanga segundo semestre de 2010. *(Tesis de post grado. Universidad CES)*. Bucaramanga, Colombia.
- Espinal, M. Y. (2010). Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos básicos. *(Tesis de post grado)*. Universidad CES.
- Farup, P. (2015). Are measurement of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. *Bec Health services research*, 186(15), 1-7.
- Feng, X. A. (2011). The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*(58), 249-254.

- Feng, X. B. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 310-319.
- Gaba, D. H. (1995). Situation awareness in anesthesiology. *Human factors*(37), 20-31.
- Gaba, D. S. (2003). Differences in Safety Climate between Hospital Personnel and Naval Aviators. *Human Factors*(45), 173 - 185.
- Gilkey, D. (2003). Management commitment safety and health in residential construction: homesafe spending trends 1991-1999. *Work*, 20, 35-44.
- Giménez, A. R. (2015). Assessment of patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish national Health System. *Biochemia Medica*, 25(3), 363-376.
- Gobernación de Cundinamarca. (2014). *Reorganización, rediseño y modernización de la red departamental de servicios de salud de Cundinamarca v2*. Bogotá.
- Goldfarb, N. (Julio de 2012). Adverse event terminology. *Journal of clinical research best practices*, 8(7), 1-17.
- Gómez, O. A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería*(3), 97-111.
- Gómez, O. G. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances en enfermería*, 29(2), 363 - 374.
- González, C. M. (2011). Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: a randomized trial. *BMC Family practice*, 1-11.
- Griffin, M. N. (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, Knowledge, and motivation. *Journal of occupational health psychology*, 5(3), 347-358.
- Halligan, M. Z. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *Qual Saf Health Care*, 1 - 7 .
- Healey, A. S. (2006). Measuring intra-operative interference from distraction and interruption observed in the operating theatre. *Ergonomics* (49), 589-604.
- Health and safety Commission Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installation. (1993). *Organizing for safety: third report of the ACSNI study group on human factors*.
- Institute of Medicine. (1999). *To err is human: building a safer Health System*. Washington D.C: National Academy Press.

- Joint Commission for Hospital Accreditation en Estados Unidos. (s.f.).
www.jcipatientsafety.org/15427.
- Khater, W. A.-Z.-M. (2015). Nurses perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *International Nursing review*, 62(1), 82-91.
- Leape, L. (1994). Error in medicine. *JAMA*, 272(23), 1851 - 1857.
- Leape, L. (1996). Out of darkness: hospital begin to take mistakes seriously. *Health Systems Review*, 29(6), 21-24.
- Leonard, M. G. (2004). The human factor: the critical of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 85-90.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *The Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143-151.
- Ministerio de la Proteccion Social. (Octubre de 2011). Manual de estandares de acreditacion en salud, ambulatorio y hospitalario. Version 003. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud. (2012). Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. España. (2009). *IV Conferencia Intrenacional de Seguridad del Paciente. Buscando las mejores prácticas clínicas para una atención sanitaria más segura*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Estudios IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamerica*. Madrid. España.
- Nasca, T. D. (2010). The new recommendations on duty hours from the ACGME task force. *The New England Journal of Medicine*, 2(363), e3.
- Organization, World Health. (2003). *Patient Safety: Rapid assessment methods for estimating hazards*. Genova. Recuperado el 20 de Noviembre de 2015, de
http://www.who.in/patientsafety/activities/systems/en/rapid_assessment_methods.pdf
- Otero, P. L. (2008). Medication errors in patiens: prevalence and results of a prevention program. *Pediatrics*, 122(3), 737-743.
- Parker, D. (2009). Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *Journal of Nursing Management*(17), 218 - 222.

- Pfeiffer, I. M. (2010). Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Safety Science*(48), 1452 - 1462.
- Ramírez, A. R. (2013). Diseño del programa de seguridad del paciente ESE Hospital San Antonio del Municipio del Guamo. (*Tesis de post grado. Universidad del Tolima*). Guamo, Tolima.
- Ramos, B. (2005). Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. *Revista cubana salud pública*, 3(31), 239-244.
- Roberts, K. (1990). Some Characteristics of one Type of High Reliability Organization. *Organization Science*, 1(2), 160-177.
- Rogers, A. H. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-2012.
- Sammer, C. L. (2010). What is patient safety culture? A Review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 2(42), 156-165.
- Sampieri, R. C. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Singer, S. G. (2009). Patient safety climate in 92 US Hospitals: Differences by work area and discipline. *Medical care*.(47), 23-31.
- Smits, M. W. (2009). Measuring patient safety culture: and assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Quality and safety in health care*(18), 292-296.
- Smits, M. W. (2012). The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*(21), 3392-3401.
- Starmer, A. S. (6 de Noviembre de 2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine*, 19(371), 1803-1812.
- The Health Fundation. (2011). Measuring Safety Culture. London.
- Ulrich, B. (2014). Patient safety and patient safety culture: foundations of excellent health care delivery. *Nephrology nursing journal*, 447-457.
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia. (s.f.).
http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401533/2014-1/modulo2014/leccin_3_caractersticas_y_diferencias_de_investigacin_cuantitativa_y_cualitativa.html. Obtenido de http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401533/2014-1/modulo2014/leccin_3_caractersticas_y_diferencias_de_investigacin_cuantitativa_y_cualitativa.html

- Vincent, C. B. (2014). Safety measurement and monitoring in health care: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Qual Saf*(23), 670 - 677.
- Wagner, C. S. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal For Quality in Health Care*, 25(3), 213-221.
- Weaver, M. W. (2012). The Association between EMS workplace safety culture and safety outcomes. *Prehospital emergency care*, 16, 43-52.
- Williams, J. (2003). People based safety: ten key factors to improve employees attitudes. *Professional Safety* (2), 32-36.
- World Health Organization. (2009). *Human Factors in Patient safety. Review of Topics and Tools*.
- Zeger, M. d.-D. (2009). Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals. Results of a retrospective patients record review study. *Quality and safety in health care*(18), 297-302.
- Zohar, D. (1980). Safety climate in Industrial Organization: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65(1), 96-102.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sobre la cultura de seguridad de los pacientes en los hospitales

Sección A: su servicio o área/unidad de trabajo

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

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

<input type="checkbox"/>	a. Diversas unidades del Hospital / Ninguna unidad específica
<input type="checkbox"/>	b. Medicina (no quirúrgica)
<input type="checkbox"/>	c. Cirugía
<input type="checkbox"/>	d. Obstetricia
<input type="checkbox"/>	e. Pediatría
<input type="checkbox"/>	f. Departamento de emergencias
<input type="checkbox"/>	g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
<input type="checkbox"/>	h. Salud mental / psiquiatría
<input type="checkbox"/>	i. Rehabilitación
<input type="checkbox"/>	j. Farmacia
<input type="checkbox"/>	k. Laboratorio
<input type="checkbox"/>	l. Radiología
<input type="checkbox"/>	m. Anestesiología
<input type="checkbox"/>	n. Otro, _____ por _____ favor especifique: _____

Sección A: su área/unidad de trabajo

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

sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del Hospital...		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	La gente se apoya una a la otra en esta unidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	En esta unidad el personal se trata con respeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	El personal siente que sus errores son considerados en su contra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	Los errores han llevado a cambios positivos aquí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10	Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11	Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

12	Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14	Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis”, intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15	La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16	El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección B: su supervisor/director

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

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes	1	2	3	4	5
2	Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aun si esto significa simplificar las labores del trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección C: comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo?

Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

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

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

Sección D: frecuencia de incidentes reportados

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados?

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

Sección E: grado de seguridad del paciente

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

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección F: su hospital

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

Piense en su hospital		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4	Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	Se pierde a menudo la información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades de este hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	Las acciones de la Dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	Los errores han llevado a cambios positivos aquí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10	Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11	Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección G: número de incidentes reportados

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

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

Sección H: información general

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

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el Hospital?

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

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

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

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

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

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

- | | | |
|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | a. | Enfermera registrada |
| <input type="checkbox"/> | b. | Asistente médico / enfermera profesional |
| <input type="checkbox"/> | c. | Enfermera vocacional con licencia / enfermera practicante con licencia |
| <input type="checkbox"/> | d. | Asistente de cuidado de pacientes / pareja de cuidados |
| <input type="checkbox"/> | e. | Médico (con entrenamiento completo) |
| <input type="checkbox"/> | f. | Médico residente / médico en entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> | g. | Farmacéutico |
| <input type="checkbox"/> | h. | Dietético |
| <input type="checkbox"/> | i. | Asistente de unidad / oficinista/ secretaria |
| <input type="checkbox"/> | j. | Terapista respiratorio |
| <input type="checkbox"/> | k. | Terapista físico |
| <input type="checkbox"/> | l. | Técnico (por ejemplo, EKG, laboratorio, radiología) |
| <input type="checkbox"/> | m. | Administración / dirección |
| <input type="checkbox"/> | n. | Otro, por favor especifique: _____ |

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

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | SÍ, típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes |
| <input type="checkbox"/> | NO, típicamente no tengo interacción directa o contacto con pacientes. |

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

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

Sección I: sus comentarios

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

Gracias por completar este cuestionario.

Anexo 2. Formulario de consentimiento

Tema: Encuesta sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Salazar de Villeta.

Estimado participante,

Respetuosamente le estamos invitando a participar en el diligenciamiento del cuestionario adjunto de forma voluntaria y espontánea.

Esta es una encuesta de suma importancia que ayudará a establecer una línea base de la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en la institución.

La encuesta está diseñada para responder en un lapso de tiempo de 10 a 25 minutos, aunque puede tomar el que considere necesario.

La encuesta es anónima, ningún nombre será registrado o adjuntado al formato o a la información de la encuesta.

Las únicas personas que verán sus respuestas son las personas que realizan el estudio.

Participar en el estudio no genera ningún tipo de riesgo para usted.

No está obligado a contestar las preguntas que no quiera contestar.

Cuando compartamos los resultados del estudio, no se incluirán los nombres de las personas.

El diligenciamiento no genera ningún compromiso laboral ni contractual.

La negativa a diligenciar la encuesta no generara ninguna acción punitiva ni administrativa en su contra.

Conteste de forma objetiva.

Al firmar usted está diciendo que está de acuerdo en participar en el estudio. Que le hemos explicado la información que contiene este documento, que hemos contestado todas sus preguntas y que no tiene que contestar todas las preguntas.

Nombre

Firma