

Elizabeth Vargas-Rosero¹
Rosa Coral-Ibarra²
Delia Moya-Plata³
Vilma Tamara Ortiz⁴
Yancy Mena⁵
Esperanza Romero-González⁶

Percepción de las condiciones de seguridad de pacientes con enfermedad crónica sobre el entorno hospitalario en Colombia⁷

RESUMEN

Objetivos: describir, comparar y relacionar la percepción de las condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes con enfermedad crónica en Colombia y sus cinco macrorregiones geográficas (Amazonía, Andina, Caribe, Orinoquía y Pacífico). **Materiales y método:** estudio descriptivo, comparativo y de relación, cuya muestra fue de 484 personas con enfermedad crónica. Se emplearon los instrumentos: Encuesta de Caracterización para el Cuidado de la Persona con Enfermedad Crónica y Encuesta Percepción de Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario, versión paciente. **Resultados:** frente a las categorías de percepción de riesgo, solamente la mitad de ellos conoce los riesgos a los que está expuesto y la forma de actuar para prevenirlos, y solo la mitad reportó conocer sus deberes y derechos durante la hospitalización. Los riesgos que reflejan mayor materialización son las caídas y las flebitis. **Conclusiones:** hay poca apropiación sobre el cuidado y la prevención del riesgo; en consecuencia, es alto el grado de vulnerabilidad frente a las condiciones del entorno hospitalario en las cinco macrorregiones geográficas de Colombia.

PALABRAS CLAVE

Seguridad; administración de la seguridad; seguridad del paciente; atención de enfermería (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.1.6

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Vargas-Rosero E, Coral-Ibarra R, Moya-Plata D, Ortiz VT, Mena Y, Romero González E. Percepción de condiciones de seguridad del entorno hospitalario de pacientes con enfermedad crónica en Colombia. *Aquichan*. 2017;17(1):53-69. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.1.6

- 1 <http://orcid.org/0000-0003-2710-4320>. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. evargasr@unal.edu.co
- 2 <http://orcid.org/0000-0002-0244-5578>. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA, Colombia. rcoral@udca.edu.co
- 3 <http://orcid.org/0000-0003-2394-9932>. Universidad de Santander UDES, Colombia. deliamoyaplata@hotmail.com
- 4 <http://orcid.org/0000-0001-6345-3267>. Universidad Mariana, Colombia. tabata269@gmail.com
- 5 <http://orcid.org/0000-0002-1691-2253>. Universidad Tecnológica del Chocó, Colombia. yalumeto@hotmail.com
- 6 <http://orcid.org/0000-0002-4680-3082>. Universidad de los Llanos, Colombia. eromero@unillanos.edu.co
- 7 Financiación: Programa para disminuir la carga de la enfermedad crónica en Colombia. Convocatoria 537- 2010 Colciencias. Unión Temporal Carga de la Enfermedad Crónica en Colombia.

Recibido: 30 de abril de 2015
Enviado a pares: 25 de mayo de 2015
Aceptado por pares: 19 de febrero de 2016
Aprobado: 9 de marzo de 2016

Perception of Safety Conditions for Chronically Ill Patients in the Hospital Environment in Colombia

ABSTRACT

Objectives: Describe, compare and associate the perception of safety conditions for chronically ill patients in the hospital environment in Colombia and in its five geographic macro-regions (Amazon, Andean, Caribbean, Orinoquía and Pacifico). **Method:** This is a descriptive, comparative and relationship-based study. The sample was comprised of 484 persons who have a chronic illness. The instruments used were the Characterization Survey for Care of the Person with Chronic Disease and the patient version of the Survey of the Perception of Safety Conditions in the Hospital. **Results:** Compared to the risk perception categories, only half are aware of the risks to which they are exposed and how to prevent them, and only half reported knowing their rights and obligations during hospitalization. Falls and phlebitis are the risks that are more likely to materialize. **Conclusion:** There is little appropriation of risk prevention and care. Consequently, there is a high degree of vulnerability to the conditions of the hospital environment in Colombia's five geographic macro-regions.

KEYWORDS

Safety; safety management; patient safety; nursing care (Source: DeCS, BIREME).

Percepção das condições de segurança de pacientes com doença crônica sobre o ambiente hospitalar na Colômbia

RESUMO

Objetivos: descrever, comparar e relacionar a percepção das condições de segurança do ambiente hospitalar de pacientes com doença crônica na Colômbia e suas cinco macrorregiões geográficas (Amazonia, Andina, Caribe, Orinoquia e Pacifico). **Materiais e método:** estudo descritivo, comparativo e relacional, cuja amostra foi de 484 pessoas com doença crônica. Foram empregados os instrumentos: Pesquisa de Caracterização para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica e Pesquisa de Percepção de Condições de Segurança do Ambiente Hospitalar, versão paciente. **Resultados:** diante das categorias de percepção de risco, somente a metade deles conhece os riscos aos quais estão expostos e a forma de agir para preveni-los; também só a metade relatou conhecer seus direitos e deveres durante a hospitalização. Os riscos que refletem maior materialização são as quedas e as flebites. **Conclusões:** há pouca apropriação sobre o cuidado e a prevenção do risco; em consequência, é alto o grau de vulnerabilidade ante as condições do ambiente hospitalar nas cinco macrorregiões geográficas da Colômbia.

PALAVRAS CHAVE

Administração da segurança; segurança do paciente; atenção de enfermagem; segurança (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

La garantía de una atención segura en salud se ha reconocido como prioritaria en los ámbitos mundial, regional y local, tanto para el bienestar y calidad de vida de los pacientes como para la viabilidad de los sistemas de salud (1-4). Cada día es mayor el número de personas con enfermedades crónicas que demanda atención especializada (5), y a esto se suman los cambios operativos del sistema de salud, con tendencia a la inestabilidad económica e insatisfacción del talento humano (6,7), y los impactos del desarrollo de la tecnología (8), lo que, en conjunto, ha creado un contexto complejo y vulnerable para la prestación de estos servicios. A pesar de estas dificultades, es una prioridad el cuidado seguro en salud como derecho de todo ciudadano (9). Las condiciones de seguridad del paciente se definen como:

[...] todas aquellas circunstancias que inciden en su protección y que están determinadas por las acciones del equipo de salud que le atiende, la adecuada disposición de recursos humanos y físicos por parte de las organizaciones, así como por las acciones y previsiones por parte de los mismos pacientes y sus cuidadores. (10)

En busca de garantizar que el punto de vista de los pacientes y familias, usuarios y ciudadanos sea un referente obligatorio para el trabajo en la seguridad en los servicios de salud, la Organización Mundial de la Salud, impulsó en el 2010 la iniciativa Pacientes en Defensa de su Seguridad (11). Se asume que la participación de los beneficiarios de estos servicios puede ayudar a identificar de manera precoz los posibles riesgos, así como a aportar ideas que generan y facilitan soluciones más viables y realistas para eliminarlos o mitigarlos (12). Sin embargo, pese a la relevancia de la estrategia, pocos estudios evalúan la percepción de los pacientes sobre las condiciones de seguridad de los entornos hospitalarios, y los que se han reportado no les dan a los pacientes el protagonismo que deben tener (13). Por considerarlo importante para la disminución de la carga de la enfermedad crónica (EC), esta investigación describió, comparó y relacionó la percepción de las condiciones de seguridad del entorno hospitalario de personas con EC en las regiones colombianas de Amazonía, Andina, Caribe, Orinoquía y Pacífico.

Método

Este fue un estudio de abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo-comparativo y de relación, y fue realizado entre el 2013 y el

2014. Su muestra la conformaron 484 personas con EC vinculadas como pacientes a instituciones de salud y captadas desde programas docente-asistenciales de enfermería en Colombia, que se distribuyeron por regiones, así: 33 (6 %) personas de la Amazonía, 309 (65 %) de la región Andina, 47 (12 %) del Caribe, 56 de la Orinoquía (12 %) y 23 (5 %) del Pacífico colombiano.

Los instrumentos empleados para la recolección de la información fueron: la Encuesta de Caracterización para el Cuidado de la Persona con EC (14) y la Encuesta Percepción de Condiciones de Seguridad del Entorno Hospitalario, versión paciente con EC (15). La primera es una encuesta de veintidós ítems que incluye tres categorías: 1) las condiciones del paciente y su perfil socio-demográfico, 2) la percepción de carga y apoyo y 3) el nivel de apropiación de las tecnologías de información y comunicación (TIC). La segunda encuesta considera la percepción de condiciones de seguridad del entorno hospitalario como la apreciación que tienen los pacientes sobre todas aquellas circunstancias que inciden en su protección y que están determinadas por las acciones del equipo de salud que los atiende, la adecuada disposición de recursos humanos y físicos por parte de la organización, así como por las acciones y previsiones de los mismos pacientes. La Encuesta está conformada por cinco categorías: 1) conocimiento, 2) pautas de prevención, 3) actitud personal frente al riesgo, 4) riesgo materializado y 5) percepción global de seguridad. Las encuestas empleadas se validaron para el contexto colombiano (validez aparente y facial) y por medio de expertos (15).

Los hallazgos se analizaron con apoyo del programa SPSS versión 22.0, bajo licencia de la Universidad Nacional de Colombia. Para la caracterización y el análisis de la percepción de las condiciones de seguridad, se aplicó estadística descriptiva de frecuencias, por cada categoría y en la totalidad. Se buscó comparar las cuatro primeras variables de la percepción de condiciones de seguridad frente a cada uno de los factores sociodemográficos (para lo cual se estandarizaron en una escala de 0 a 100), utilizando las pruebas de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y la última variable utilizando chi cuadrado (χ^2), dado que es dicotómica. Al comparar cada grupo de variables de la percepción de seguridad, se encontró que cada categoría está modelada fuertemente por aspectos de la caracterización sociodemográfica, es decir, se encontró un efecto modulador de algunas variables sobre las otras, por lo cual se afirma que existe alguna relación entre ellas. Al tratarse de pruebas no paramétricas, no requieren evaluación de normalidad.

Se tuvieron en cuenta los criterios éticos dispuestos en la Resolución 008430 de 1993 (16), la Ley 911 del 2004 (17), las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica con Seres Humanos (18) y se contó con la aprobación de los comités de ética institucionales, previa presentación del consentimiento informado, que firmó cada paciente participante en el estudio. Sus investigadores acataron la política de protección ambiental, en especial con el uso responsable de recursos (19).

Resultados

Caracterización de los participantes

Con respecto a las condiciones y perfil sociodemográfico de las personas con EC participantes en el estudio, el 39,5% son hombres; mientras el 60,5% son mujeres, con la mayor proporción femenina en la región Pacífico (79,9%), y la menor, en la región Caribe (53,3%).

Dentro del país, el mayor grupo se encuentra en el rango de edad de 36 a 59 años (32,6%), seguido por el grupo de 60 a 74 (32,4%). Por tratarse de personas con EC, llama la atención que el grupo de menores de 35 años llegue al 20,6%; mientras que el de personas de 75 y más años sea del 14,4%. El mayor grupo de personas enfermas de menos de 60 años se encuentra en la Amazonía (64,9%); entre tanto, el mayor número de personas enfermas de 60 y más años está en el Caribe (72,8%).

En cuanto a la escolaridad, el 69% de los participantes tiene una educación menor al bachillerato completo. Los menores niveles de escolaridad se encuentran en las regiones Amazonía (82%) y Orinoquía (80%), seguidos por el Pacífico (71,9%) y el Caribe (75%). El 85,9% de los participantes habita en la zona urbana, y el 14,1%, en la rural.

De los participantes, el 30,9% es casado, el 7,6% está separado, el 29% es soltero, el 15,4% tiene una unión libre y el 17,1% es viudo. Es en el Pacífico donde hay más personas sin vínculo estable (70,5%), seguido por el Caribe (57,5%) y la región Andina (55%).

Cerca de la mitad de los participantes permanece en el hogar sin vínculo laboral (53%), los demás son empleados (11,6%), estudiantes (2,9%), tienen trabajo independiente (20,4%), no identifican actividad alguna (9,3%) o son pensionados (2,9%).

En el grado de funcionalidad se encontró que la mayoría de estas personas son independientes (67%), a pesar de estar enfermas. El estado mental, medido con el Cuestionario Abreviado sobre el Estado Mental, reflejó que la mayor parte de este grupo de pacientes tiene un estado mental intacto (78,2%) o una alteración leve (13,7%). Sin embargo, el 8,2% tiene alteración cognitiva entre moderada y severa; las personas más afectadas están en la región Andina (9,8%) y en el Pacífico (8%).

En cuanto a la enfermedad reportada, priman los trastornos cardiovasculares (29,65%), seguidos del cáncer (15,1%) y la diabetes (13,4%). Esta prioridad se mantiene en todas las regiones.

Con respecto a la percepción de carga y apoyo, casi la mitad del grupo lleva más de tres años con la enfermedad (49,4%). El 18% señala que su enfermedad lleva entre 19 y 36 meses, el 12,1%, de 7 a 18 meses, y el 20%, menos de 7 meses a partir del diagnóstico.

El 91,4% de estas personas reconoce tener un cuidador. De ellos, la mitad señala que es un cuidador único, y la otra, que es más de un cuidador quien los apoya. Mientras el 50,4% requiere apoyo menos de 6 horas al día, el 15,6% necesita entre 7 y 12 horas y el 21,3% precisa entre 13 y 24 horas.

Sobre la percepción de apoyos con que cuentan estas personas, están en su orden: el apoyo familiar (90,4%), el económico (62,1%), el social (58,8%), el religioso (55,8%) y el psicológico (42,8%). Al calificar su grado de satisfacción con estos apoyos, los participantes señalaron estar satisfechos o muy satisfechos con los apoyos familiar (84%), religioso (65,9%), económico (60,8%), social (58,8%) y psicológico (40,1%).

En relación con la percepción de carga del paciente, el 79,2% considera que es baja o media para su familia, y el 20,85% que esta es alta o muy alta. En las regiones Amazonía (97,0%) y Pacífico (94,9%), los pacientes se consideran con menos carga, y en las regiones Caribe (30,3%), Andina (24,4%) y Orinoquía (24%) consideran la carga más alta.

En cuanto a la apropiación del uso de las TIC, se reportan a continuación los niveles de conocimiento, acceso y frecuencia de uso:

Los participantes califican en nivel alto el conocimiento de la televisión (32,9%), la radio (54,8%), el computador (20,8%), el teléfono (45,6%) y el internet (19%). La TIC que más se conoce en

Colombia es el radio, con un 54,8% de calificación en nivel alto y un 29,6% en nivel medio.

La posibilidad de acceso es calificada como alta para la televisión (59,1%), la radio (47,1%) y el teléfono (43,7%). El computador y el internet tienen baja calificación, con 61,1% y 64,3%, respectivamente. El mayor acceso a la radio (51,5%) y al teléfono (50,7%) lo reporta la región Andina; mientras que la región Amazonía reporta accesos más altos a la televisión (62,6%), el computador (32,8%) y el internet (29%).

En cuanto a la frecuencia de uso, excepto por la televisión, que se valora en una frecuencia alta por el 39%, todas las demás TIC tienen una frecuencia de uso baja: radio (43,1%), computador (78,3%), teléfono (46,7%) e internet (80,1%). El uso de la televisión tiene un grupo mayoritario en la región Caribe (53%) y el grupo que menos la emplea está en la Orinoquía (36,4%).

Las TIC, como elemento de apoyo para el cuidado de la salud, las emplean el 39,6% de las personas con EC; mientras que el 60,4% no las usa para este propósito. El grupo que mayor empleo reporta en este campo es el de Amazonas (94%), y el de menor empleo es el Pacífico (89,1%). El 64% refiere que el apoyo percibido por las TIC es bajo, y se mantiene el grupo más numeroso con percepción alta en la Amazonía (26,1%), y el que tiene la percepción más baja es el Pacífico (87,6%), seguido muy de cerca por los de las regiones Caribe (87,1%) y Orinoquía (82,6%).

Al priorizar las TIC por su utilidad para recibir información para el cuidado, el 66,6% consideró que la televisión es prioritaria; el 49,9% calificó la radio como prioritaria; el 23,8%, el computador; el 32,6%, el teléfono, y el 25,6%, internet.

Percepción de las condiciones de seguridad del entorno hospitalario

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación en las categorías: conocimiento, pautas de prevención, actitud personal frente al riesgo, riesgo materializado y percepción global de seguridad.

En cuanto al *conocimiento* de su situación y riesgos hospitalarios, se pudo establecer que la mayor parte de los pacientes conoce el motivo de su hospitalización, tanto para Colombia como para las regiones. Sin embargo, frente a los riesgos, la forma de actuar para prevenirlos y sus deberes y derechos, las respuestas señalan que solo cerca de la mitad los conoce. Llama la atención los bajos niveles de conocimiento que se presentan en la región Pacífico y el desconocimiento total de deberes y derechos que se da en la Amazonía (tabla 1).

En cuanto a las *pautas de prevención frente al riesgo hospitalario*, se encontró que, en Colombia, en promedio el 61,3% de los pacientes ha sido instruido sobre pautas de seguridad. La menor instrucción se presenta en el Amazonas (el 96,8% señala

Tabla 1. Distribución porcentual de personas con enfermedad crónica participantes, según conocimiento de su situación y riesgos

Ítem: Conocimiento		Amazonía (%)	Andina (%)	Caribe (%)	Orinoquía (%)	Pacífico (%)	Nacional (%)
Razón por la cual se encuentra hospitalizado	No	0,00	4,21	6,67	5,17	8	4,49
	Sí	100,00	95,79	93,33	94,83	92	95,51
Riesgos que puedan ocurrir durante una hospitalización diferentes a su enfermedad	No	6,45	45,95	35,56	29,31	68	41,45
	Sí	93,55	54,05	64,44	70,69	32	58,55
Cómo prevenir y actuar frente a los riesgos	No	58,06	47,57	64,44	46,55	88	51,92
	Sí	41,94	52,43	35,56	53,45	12	48,08
Deberes y derechos como paciente durante la hospitalización	No	96,77	54,05	33,33	44,83	80	55,13
	Sí	3,23	45,95	66,67	55,17	20	44,87

Fuente: datos de la investigación, 2014.

que nunca o algunas veces fueron instruidos) y la mejor está en la Orinoquía, donde el 77,6 % señala que casi siempre o siempre ha recibido pautas de prevención. Esta situación llama la atención, pues se espera que sea la misma institución de salud la que alerte a sus pacientes sobre los posibles riesgos para que ayuden a disminuir su ocurrencia.

El 77,8 % de los pacientes recibe respuesta oportuna del personal a su llamado; sin embargo, el grupo de la Amazonía es el que peor califica la respuesta oportuna (87,1 %). Entre tanto, el de la Orinoquía es el que mejor la evalúa (84,5 %).

El 86,8 % de pacientes señala que es identificado por su nombre antes de cualquier procedimiento con el grupo de peor evaluación en la Amazonía (58 %) y el mejor en la zona Andina (94,2 %).

El 82,3 % evalúa de forma positiva la comunicación con el personal de salud. La peor evaluación se da en la Amazonía, con un 87,1 %, que evalúa de forma negativa. La mejor puntuación se ubica en la Orinoquía, con 93,1 %, que la evalúa de manera positiva.

En el ámbito nacional, el 68,6 % de los pacientes señala haber recibido información sobre riesgos y complicaciones y, de nuevo, es en la Amazonía donde la evaluación negativa es más alta (43,3 %) y es en la Orinoquía donde es mejor evaluada, con un 79,3 % de respuestas positivas.

El 74,2 % de los pacientes indica que observa pautas de prevención frente al riesgo en el personal que lo atiende, aun cuando la Amazonía tiene respuestas más negativas, con un 83,9 % de los pacientes, y la región Andina evidencia el mayor número de respuestas positivas (81,6 %) (tabla 2).

En general, los pacientes perciben que el mayor cumplimiento en pautas de prevención por parte del personal que los atiende es identificarlo por su nombre (86,6 %). El menor porcentaje de respuestas positivas lo tiene el ítem de pautas con respecto a las reglas y procedimientos de seguridad durante su hospitalización. La Amazonía es la región que persistentemente en esta categoría obtiene las mayores evaluaciones negativas, lo cual lleva a afirmar que hay un déficit de acciones en cuanto a pautas de prevención que proteja a los usuarios de posibles riesgos.

En cuanto a la *actitud personal frente al riesgo hospitalario*, se encontró que la actitud menos favorable está en la región Ama-

zónica y la que genera menor riesgo está en las regiones Andina y Orinoquía. En su orden, los ítems que reflejan mayor percepción del riesgo son la observación de los lugares nuevos (29,5 % con respuesta negativa); la confianza en el personal que lo atiende (27,8 % con respuesta negativa); la solicitud de apoyo frente al riesgo (25,9 % con respuesta negativa); la vigilancia frente a riesgos en el lugar de permanencia (con 22,7 % de respuesta negativa); la capacidad para manejar condiciones y eventualidades de la hospitalización (18 % de respuesta negativa); la proactividad para minimizar riesgos (16,03 % de respuesta negativa), y el acatamiento de las recomendaciones de seguridad (16,02 % de respuesta negativa) (tabla 3).

Al comparar las variables de la caracterización y las categorías conocimiento, pautas de prevención y actitud personal frente al riesgo, se encontró que existe relación entre algunas de ellas. Así, se asociaron con un mayor riesgo en la categoría conocimiento el bajo nivel educativo, la mayor edad, la disponibilidad de servicios en la región de residencia y el estado civil sin compañero permanente. Es decir, las personas con menor nivel educativo, mayores de 78 años, que residen en la región del Pacífico y son viudos son quienes presentan los resultados más bajos en cuanto a conocimiento de su situación y riesgos en salud. Las pautas de prevención se relacionaron de manera negativa con las malas condiciones del lugar de residencia y la ocupación independiente. La actitud personal frente al riesgo se relacionó con la región donde vive y la ocupación. Por ejemplo, los pacientes residentes en la región Pacífica y con ocupación como trabajador independiente son los que menor califican en actitud personal frente al riesgo (tabla 4).

Con respecto al *riesgo materializado*, este evalúa la ocurrencia de eventos adversos y la percepción de riesgo de que sucedan desde la perspectiva de los pacientes. En relación con los eventos adversos de mayor frecuencia, más del 20 % de los pacientes afirma haber sufrido una caída y haber tenido flebitis durante la hospitalización, y menos del 10 % afirma haber tenido un retiro accidental de dispositivos o haber sido confundido con otro paciente. Por otra parte, en cuanto a la percepción del riesgo, los pacientes señalan haber percibido mayor riesgo de ocurrencia durante la hospitalización con respecto a las caídas y las flebitis, con valores cercanos al 30 %. Los que menos perciben son el ser confundido con otro paciente, el retiro accidental de dispositivos y las úlceras por presión (tabla 5).

Tabla 2. Distribución porcentual de personas con enfermedad crónica participantes, según pautas de prevención

Ítem		Amazonía (%)	Andina (%)	Caribe (%)	Orinoquía (%)	Pacífico (%)	Nacional (%)
Ha recibido pautas respecto a las reglas y procedimientos de seguridad durante su hospitalización	Nunca	96,77	16,18	11,11	3,45	32	20,30
	Algunas veces	0,00	18,12	20,00	18,97	40	18,38
	Casi siempre	3,23	30,74	42,22	36,21	16	29,91
	Siempre	0,00	34,95	26,67	41,38	12	31,41
Recibe respuesta oportuna del personal de salud frente a su llamado	Nunca	22,58	1,94	0,00	1,72	4	3,21
	Algunas veces	64,52	15,21	17,78	13,79	24	19,02
	Casi siempre	12,90	30,42	51,11	50,00	48	34,62
	Siempre	0,00	52,43	31,11	34,48	24	43,16
Es identificado por su nombre por el personal de salud antes de realizar cualquier procedimiento	Nunca	22,58	0,65	0,00	0,00	0	1,92
	Algunas veces	58,06	5,83	13,33	10,34	20	11,32
	Casi siempre	19,35	27,18	37,78	18,97	48	27,78
	Siempre	0,00	66,34	48,89	70,69	32	58,97
La comunicación con el personal de salud es plena, clara y confidente	Nunca	64,52	1,94	2,22	0,00	0	5,77
	Algunas veces	22,58	9,71	17,78	6,90	28	11,97
	Casi siempre	12,90	29,13	57,78	29,31	48	31,84
	Siempre	0,00	59,22	22,22	63,79	24	50,43
Recibió información sobre los riesgos y complicaciones de los tratamientos y procedimientos realizados durante la hospitalización	Nunca	22,58	11,65	8,89	5,17	8	11,11
	Algunas veces	70,97	16,18	22,22	15,52	16	20,30
	Casi siempre	6,45	31,39	31,11	22,41	48	29,49
	Siempre	0,00	40,78	37,78	56,90	28	39,10
Observa pautas de prevención frente al riesgo del personal que lo atiende	Nunca	35,48	3,24	17,78	0,00	12	6,84
	Algunas veces	48,39	15,21	15,56	20,69	32	19,02
	Casi siempre	16,13	31,39	33,33	50,00	32	32,91
	Siempre	0,00	50,16	33,33	29,31	24	41,24

Fuente: datos de la investigación, 2014.

Tabla 3. Distribución porcentual de personas con enfermedad crónica participantes, según actitud personal frente al riesgo

Ítem		Amazonía (%)	Andina (%)	Caribe (%)	Orinoquía (%)	Pacífico (%)	Nacional (%)
Usted observa con atención un lugar nuevo	Nunca	38,71	5,50	20	5,17	20	9,83
	Algunas veces	45,16	18,12	22,22	10,34	24	19,66
	Casi siempre	16,13	28,80	24,44	50	36	30,56
	Siempre	0,00	47,57	33,33	34,48	20	39,96
Usted está pendiente de detectar posibles riesgos donde se encuentre	Nunca	32,26	4,85	15,56	0,00	16	7,69
	Algunas veces	48,39	12,30	17,78	6,90	20	14,96
	Casi siempre	19,35	29,13	40	58,62	28	33,12
	Siempre	0,00	53,72	26,67	34,48	36	44,23
Cuando usted detecta un posible riesgo, ¿busca o pide apoyo?	Nunca	19,35	5,18	15,56	0,00	16	7,05
	Algunas veces	61,29	12,62	26,67	20,69	24	18,80
	Casi siempre	19,35	32,69	37,78	44,83	24	33,33
	Siempre	0,00	49,51	20	34,48	36	40,81
Cuando detecta un posible riesgo, ¿hace algo para minimizarlo?	Nunca	6,45	0,97	0,00	0,00	8	1,50
	Algunas veces	80,65	7,77	15,56	13,79	16	14,53
	Casi siempre	12,90	28,80	42,22	44,83	36	31,41
	Siempre	0,00	62,46	42,22	41,38	40	52,56
¿Sigue (atiende oportunamente) las recomendaciones de seguridad formuladas por el personal de salud?	Nunca	48,39	1,94	2,22	0,00	12	5,34
	Algunas veces	45,16	8,09	11,11	5,2	12	10,68
	Casi siempre	6,45	22,01	42,22	36,2	32	25,21
	Siempre	0,00	67,96	44,44	58,6	44	58,76
¿Siente confianza en los profesionales que lo atienden en la hospitalización?	Nunca	22,58	2,91	8,89	1,7	16	5,34
	Algunas veces	74,19	16,50	22,22	20,7	36	22,44
	Casi siempre	3,23	28,80	44,44	39,7	20	29,49
	Siempre	0,00	51,78	24,44	37,9	28	42,74
¿Se siente capaz de manejar las condiciones y eventualidades propias de la hospitalización?	Nunca	25,81	1,94	11,11	0,00	0	4,06
	Algunas veces	67,74	7,44	17,78	13,79	20	13,89
	Casi siempre	6,45	30,42	33,33	70,69	48	35,04
	Siempre	0,00	60,19	37,78	15,52	32	47,01

Fuente: datos de la investigación, 2014.

Tabla 4. Valor de las pruebas estadísticas de relación entre variables de la caracterización y las categorías conocimiento, pautas de prevención y actitud personal frente al riesgo

Variable de caracterización	Prueba estadística realizada	Valor de p en cada categoría de percepción de seguridad analizada		
		Conocimiento	Pautas de prevención	Actitud personal frente al riesgo
Sexo	Mann-Whitney	0,888	0,073	0,053
Nivel educativo	Kruskal-Wallis	Menor de 0,001	0,888	0,491
Edad		0,005	0,730	0,570
Región		Menor de 0,001	Menor de 0,001	Menor de 0,001
Estado civil		0,046	0,592	0,107
Ocupación		0,550	0,003	Menor de 0,001

Fuente: datos de la investigación, 2014.

Tabla 5. Distribución porcentual de personas con enfermedad crónica participantes, según ocurrencia o percepción de riesgo de eventos adversos

Ítem		Amazonía (%)	Andina (%)	Caribe (%)	Orinoquía (%)	Pacífico (%)	Nacional (%)
Caídas	No	67,74	89,00	62,22	36,21	96,00	78,85
	Sí	32,26	11,00	37,78	63,79	4,00	21,15
	Sin riesgo	67,74	78,64	51,11	50,00	64,00	70,94
	Con riesgo	32,26	21,36	48,89	50,00	36,00	29,06
Úlceras por presión	No	96,77	90,29	95,56	77,59	96,00	89,96
	Sí	3,23	9,71	4,44	22,41	4,00	10,04
	Sin riesgo	93,55	85,76	95,56	79,31	92,00	86,75
	Con riesgo	6,45	14,24	4,44	20,69	8,00	13,25
Reacción adversa a medicamentos	No	67,74	86,41	84,44	79,31	88,00	84,19
	Sí	32,26	13,59	15,56	20,69	12,00	15,81
	Sin riesgo	67,74	81,55	75,56	81,03	68,00	79,27
	Con riesgo	32,26	18,45	24,44	18,97	32,00	20,73
Adminstran medicamentos fuera del horario	No	61,29	92,23	82,22	79,31	88,00	87,39
	Sí	38,71	7,77	17,78	20,69	12,00	12,61
	Sin riesgo	61,29	87,70	80	86,21	68,00	83,97
	Con riesgo	38,71	12,30	20	13,79	32,00	16,03

Ítem		Amazonía (%)	Andina (%)	Caribe (%)	Orinoquía (%)	Pacífico (%)	Nacional (%)
Retiro o desplazamiento involuntario de dispositivos médicos	No	70,97	90,94	97,78	91,38	96,00	90,60
	Sí	29,03	9,06	2,22	8,62	4,00	9,40
	Sin riesgo	70,97	83,82	97,78	100,00	88,00	86,54
	Con riesgo	29,03	16,18	2,22	0,00	12,00	13,46
Infecciones intrahospitalarias	No	64,52	84,14	88,89	98,28	96,00	85,68
	Sí	35,48	15,86	11,11	1,72	4,00	14,32
	Sin riesgo	58,06	77,99	80,00	100,00	84,00	79,91
	Con riesgo	41,94	22,01	20,00	0,00	16,00	20,09
Flebitis	No	61,29	76,70	77,78	91,38	76,00	77,56
	Sí	38,71	23,30	22,22	8,62	24,00	22,44
	Sin riesgo	61,29	68,61	77,78	94,83	68,00	72,22
	Con riesgo	38,71	31,39	22,22	5,17	32,00	27,78
Ser confundido con otro paciente	No	100,00	93,20	100,00	93,10	100,00	94,66
	Sí	0,00	6,80	0,00	6,90	0,00	5,34
	Sin riesgo	93,55	89,00	95,56	93,10	92,00	90,60
	Con riesgo	6,45	11,00	4,44	6,90	8,00	9,40

Fuente: datos de la investigación, 2014.

A la pregunta de *percepción global de seguridad*, los pacientes en su mayoría respondieron sentirse seguros (86,3%), con percepciones más altas en la región Andina (94,8%), el Caribe (93,3%) y la Orinoquía (93,1%), y las más bajas en la región amazónica (6,45%) y pacífica (52%). Por último, con base en la prueba chi cuadrado, se buscó asociación entre la percepción global de seguridad y las características sociodemográficas, pero no se encontró ninguna significativa (valores de p reportaron para sexo: 0,79; para edad: 0,16; y para escolaridad: 0,34.), por lo cual no se puede llegar a ningún análisis en particular.

Discusión

Por sexo, este estudio reflejó un mayor número de mujeres enfermas en Colombia y en todas sus regiones. Por edad, el grupo mayoritario está entre los 36 y los 74 años, y el nivel de escolaridad es bajo. Estas condiciones hacen vulnerables a las personas, puesto que, por una parte, el género femenino se asocia con menor

reporte de sintomatología y menor credibilidad de los profesionales de salud y la educación ha sido asociada con la prevención de las EC y sus complicaciones, pues se señala una relación positiva entre el nivel educativo y la conducta preventiva (20,21). El nivel de escolaridad ha mostrado una relación inversa con la prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes, lo que se traduce en un mayor promedio de factores de riesgo de EC en grupos educación básica y media incompleta (22).

La procedencia urbana en estos pacientes es seis veces mayor que la procedencia rural, lo que excede la proporción nacional en la zona urbana (23). Si bien se ha visto relacionado el sitio de vivienda con el tipo de enfermedad de los pacientes (24), también se puede suponer que algunos se deben desplazar a la zona urbana para atender con mayor facilidad el cuidado de su salud.

En cuanto al estado civil, un poco más de la mitad del grupo analizado no vive con compañero permanente, lo cual puede

explicarse porque las mujeres, mayoría en este caso, viven más que los hombres; pero también porque el matrimonio es un factor protector para los hombres y no para las mujeres (25).

Con respecto a la ocupación, dos terceras partes de este grupo no identifican tener alguna. Otros autores han documentado la asociación entre EC y ausencia de trabajo remunerado (26) y discapacidad y disminución de la productividad (27). De hecho, los años de vida productiva son parte central de las medidas de carga general para la EC (28-30). Es preciso recordar que la mitad de estas personas tiene más de tres años enferma, casi la tercera parte tiene una afectación en su funcionalidad y que la cuarta parte tiene una alteración cognitiva.

Dentro de su condición de salud, en este estudio, para todas las regiones, se reportó una mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y cáncer, lo que coincide con informes de la Organización Mundial de la Salud (31).

En este grupo de personas, mientras que un 10% de los pacientes no identifica un cuidador, del grupo restante la mitad identifica tener uno, y la otra mitad, más de un cuidador. De los cuidadores, la mitad cuida más de siete horas y el 12% lo hace de forma permanente. Tener un cuidador redimensiona la experiencia de la enfermedad, en especial cuando se genera un vínculo de diada (32). Para el cuidador, la experiencia también puede ser transformadora; sin embargo, la cantidad de horas de cuidado requeridas puede ser un indicador de lo desgastante que puede resultar (33). La dedicación exclusiva a los cuidados por parte del cuidador implica una restricción de su vida social, y si a esto se suman situaciones de menor funcionalidad de la persona a quien se cuida, se experimenta mayor carga y sentimientos de depresión, lo cual termina repercutiendo en la persona con EC (34).

Al comparar la forma como las personas con EC evalúan el bienestar, se evidencia que son calificados, de mejor a peor, el bienestar espiritual, el social, el psicológico y el físico, con mayor calificación positiva que negativa en todos los casos. Los pacientes sienten que reciben apoyo psicológico en el 42,8% de los casos, y el 40% se encuentra satisfecho con este apoyo. Reciben apoyo familiar en el 90,4% y el 84,5% se encuentra satisfecho con este. Hay apoyo religioso para el 55,8% y un 65,9% se encuentra satisfecho con este. Cuentan con apoyo económico el 62,1% de los encuestados, y un 60,8% se encuentra satisfecho. Hay apoyo social en

el 58,8%, con esta misma cantidad de personas satisfechas. El 42,9% se siente una carga y el 20,8% considera que es una carga alta o muy alta. Al respecto, debe recordarse que se ha señalado la relación entre carga, calidad de vida, bienestar y salud (35). Por otra parte, se ratifica en varios estudios que las familias dan mayor y mejor apoyo a sus seres queridos durante los procesos de enfermedad (36).

Con respecto a las TIC, son la radio y la televisión las de mayor apropiación, seguidas por el teléfono; sin embargo, es en el computador en el que las personas, a pesar de no conocer, no tener suficiente acceso y no frecuentar su uso, consideran que es más útil como herramienta de cuidado. Estos hallazgos ratifican planteamientos del análisis de las TIC con población colombiana (37).

En cuanto a la percepción de seguridad en el entorno hospitalario, diversas investigaciones han demostrado que existe una asociación positiva entre el grado de conocimiento de los pacientes sobre su condición de salud y un mejor seguimiento de los tratamientos y recomendaciones que realiza el equipo que lo atiende. Los pacientes pueden ser capacitados para participar en el cuidado de su condición de EC, a fin de mejorar el control de la situación, disminuir la posibilidad de reingreso hospitalario y, en general, de los riesgos a los que pueden estar expuestos (38-46).

Dentro de los derechos fundamentales del paciente se encuentra el de recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico (47). Conocer sus deberes y derechos le permitirá al paciente estar no solo al tanto para exigirlos, sino ser consciente de su participación y responsabilidad en la recuperación de su salud. Así es como se ha definido por norma, en diferentes países, que todas las entidades promotoras de salud deben publicar y difundir entre sus afiliados la carta de derechos del paciente; un ejemplo de ello es la normativa colombiana (48). En la práctica, para mitigar o evitar los riesgos, es fundamental que el paciente reciba tal información y, además, que se verifique su comprensibilidad.

En cuanto al conocimiento de los riesgos, con frecuencia, los pacientes no perciben con facilidad aquellos a los que se encuentran expuestos durante una hospitalización, en parte porque ingresan a las instituciones con la esperanza de la recuperación y se sienten seguros al ser atendidos por personal especializado que presume cómo tratar sus dolencias, sin imaginar que pue-

dan verse expuestos a riesgos durante el proceso de la atención hospitalaria (49). Los pacientes se sienten más seguros cuando evidencian que el personal que los atiende, en especial el de enfermería, es atento, predecible y sensible e interactúa con ellos en el plano personal y aboga a su favor (50).

Con respecto a las *pautas de prevención*, la actitud se ha definido de diferentes maneras. Desde la psicología social, por lo general, se ve como la predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social, por lo que se constituye en un elemento valioso para la predicción de conductas. Se reconocen tres componentes de las actitudes: el cognoscitivo, el afectivo y el conductual. Así, frente a los riesgos en salud, se espera que los pacientes asuman actitudes de prevención y acción sobre estos, de modo que logren identificarlos, prevenirlos, controlarlos y obtener la ayuda que requieren en el momento oportuno. La capacidad de observación y atención debe recordarse y fortalecerse en pacientes, de modo que puedan advertirse los riesgos, de forma especial cuando las personas se encuentran en un ambiente diferente al habitual. De la confianza que sientan las personas para comunicarse dependerá en gran medida el que obtenga una atención oportuna y se ejerza control de los riesgos identificados.

Como parte de las acciones conducentes a *minimizar los riesgos*, resulta importante y muy efectivo advertir a los pacientes acerca de la exposición real a los riesgos y su materialización, bien sea como incidente o como evento adverso. Poner en conocimiento e indagar sobre la ocurrencia de algunos de los eventos adversos más comunes durante la atención en salud es una estrategia clave para prevenirlos.

Esta investigación mostró que tanto en la percepción de riesgo como en el riesgo materializado las caídas y la flebitis son significativas. No obstante, estos riesgos son prevenibles y controlables. Hay evidencia importante para señalar que es posible y necesario el manejo de errores en la identificación de los pacientes (51), caídas (52), errores en la administración de medicamentos (53), úlceras por presión (54), flebitis (55), infecciones intrahospitalarias (56), retiro accidental y desplazamiento de dispositivos médicos.

Si bien el fenómeno de la seguridad es complejo y en este inciden las diversas condiciones relacionadas con el paciente, la

familia y el contexto hospitalario, cuando estas son evaluadas, pueden abordarse mejor. En especial, la percepción global de seguridad da una mirada integral; además, los resultados de esta percepción deben analizarse de forma particular para cada uno de los contextos en los que se explore, dado que el sentirse seguro puede constituirse en un factor riesgo para la ocurrencia de eventos adversos, toda vez que los pacientes estarían poco atentos a identificarlos y controlarlos. Este estudio muestra cómo la materialización de los riesgos o los eventos adversos son, en algunos casos, inversos a la percepción de seguridad relacionada con el conocimiento, las pautas de prevención y la actitud personal.

Conclusiones

La evaluación de la percepción de condiciones de seguridad en el entorno hospitalario por parte de los pacientes es esencial para aliviar la carga de la EC en Colombia. A partir de esta evaluación, se buscó conocer el modo en que se expresan cada uno de los elementos que conforman las percepciones de los pacientes sobre seguridad, las cuales se enfocan en aspectos de conocimiento de la situación salud, pautas de prevención, actitud personal frente al riesgo, riesgo materializado y percepción global de seguridad.

De acuerdo con los resultados, en cuanto a las tres primeras categorías, para los pacientes del estudio deben fortalecerse los aspectos referidos al conocimiento de los riesgos a los que se pueden ver expuestos durante una hospitalización, ya que el saber cómo actuar e informarse sobre los deberes y derechos de los pacientes los hace menos vulnerables. Esta recomendación, aunque es general, debe fortalecerse en hombres de más de setenta años de edad, baja escolaridad, viudos y, en especial, en quienes residan en la región del Pacífico, pues la comparación entre los diferentes grupos de variables permitió establecer una relación entre ellas, que definió este como el perfil con mayor riesgo.

Respecto a los eventos adversos, los pacientes coinciden en afirmar que las caídas son el evento que con mayor frecuencia se presenta, pues supera el 20% de toda la muestra. Este evento adverso puede acompañarse de otros que dificultan aún más la recuperación de las personas con EC. En este sentido, una asociación que se encontró con relativa frecuencia fue la de caídas con flebitis y flebitis con infecciones intrahospitalarias. Por tanto, la percepción del riesgo de que ocurran eventos adversos para los pacientes se debe priorizar en cuanto a caídas, flebitis e infecciones.

La percepción global de seguridad fue positiva para la gran mayoría de pacientes, lo cual puede tener dos lecturas. La primera, que los pacientes tienen confianza en que los profesionales que laboran en las instituciones los ayudan a controlar los posibles riesgos; la segunda, que aún no son conscientes de la verdadera posibilidad de estar frente a riesgo en el ambiente hospitalario.

Por último, la evaluación de algunos aspectos sobre la percepción de seguridad en el ambiente hospitalario por parte

de los pacientes arroja resultados llamativos, por cuanto, de forma general, las regiones Andina y Caribe muestran resultados más positivos que las demás. Sin embargo, la Amazonía, la Orinoquía y el Pacífico muestran mayores dificultades en el conocimiento y prácticas que favorezcan un cuidado seguro de sus usuarios. Ratifican estos hallazgos los señalamientos de la brecha que existe en las regiones macrogeográficas de Colombia.

Referencias

1. World Health Organization-Latin American Study of Adverse Events (WHO-IBEAS). Hacia una atención hospitalaria más segura [internet]. Ginebra: Ediciones WHO; 2010 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
2. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 [internet]. 2006 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>
3. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2082 de 2014 [internet]. 2014 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202082%20de%202014.PDF//
4. García M. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Seguridad Clínica [internet]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 [internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf
6. Cifuentes JE. Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención [internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8907/1/539680.2012.pdf>.
7. Escobar G, Gómez T, García EI, Rodríguez J, Moreno T, Fuentelsaz C, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enferm Clin.* 2013;23(3):103-13.
8. Ministerio de la Protección Social. Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente [internet]. Bogotá: Ministerio; 2010 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
9. Sánchez B. Cuidado seguro: la nueva tendencia en el cuidado de la salud. *Actual Enferm.* 2011;14(2):27-32.
10. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington: OPS; 2011.
11. Organización Mundial de la Salud. "Pacientes en defensa de su seguridad": información general [internet]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/
12. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente, Sistema Nacional de Salud Reino Unido. La seguridad del paciente en siete pasos [internet]. Londres: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf
13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios, diseño y validación preliminar [internet]. Madrid: Ministerio; 2010 [citado 2 FEB 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf.

14. Barrera L, Cendales P, Vargas E. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2015;17(1):27-43.
15. Vargas E, Sánchez B, Carrillo G. Evaluación de la percepción de pacientes y cuidadores sobre condiciones de seguridad del entorno hospitalario. *Actual Enferm.* 2016 (en prensa).
16. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [internet]. 1993 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf.
17. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia [internet]. 2004 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.
18. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) [internet]. 2012 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf.
19. Universidad Nacional de Colombia, Consejo Superior Universitario. Acuerdo 016 de 2011, por el cual se establece la Política Ambiental de la Universidad Nacional de Colombia [internet]. 2011 [citado 2 feb 2015]. Disponible en: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Normal.jsp?i=43766>.
20. Lucumí D, Gómez L. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Esp Salud Pública.* 2004; 78(3):367-77.
21. Lewis MJ. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe [internet]. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004 [citado 29 jun 2012]. Disponible en: <http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048376/cacuanal.pdf>.
22. Fagalde M, Solar J, Guerrero B, Atalah E. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Rev Méd Chile.* 2005;133(8):919-28.
23. Central Intelligence Agency. The World Factbook: Colombia [internet]. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/co.html>.
24. Bernal O, Forero JC, Villamil M, Pino R. Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2012;31(3):181-7.
25. Verschuren J, Enzlin P, Dijkstra P, Geertzen J, Dekker R. Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *J Sex Res.* 2010;47(2):153-70.
26. Rijken M, Spreeuwenberg P, Schippers J, Groenewegen P. The importance of illness duration, age at diagnosis and the year of diagnosis for labour participation chances of people with chronic illness: results of a nationwide panel-study in the Netherlands labour market. *BMC Public Health.* 2013;13:803.
27. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. Washington: WHO; 2013.
28. Lozano R, Franco MF, Solís P. El peso de la enfermedad crónica de México. *Salud Pública Méx.* 2008;55(3):301-9.
29. Borruel MA, Mas IP, Borruel GD. Estudio de carga de enfermedad: Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
30. Lozada P, Aguinaga L, Páez R, Olmedo C, Pozo A. El peso de la enfermedad en Ecuador [internet]. 1995. Disponible en: <http://www.opecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/pesoenf.pdf>.
31. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Ginebra: OMS; 2014.
32. Chaparro Díaz, Olivia Lorena (2009) Trascender en un "Vínculo especial" de cuidado: el paso de lo evidente a lo intangible / Transcending on caring a "special bond": that goes from the obvious to the intangible. Doctorado thesis, Universidad Nacional de Colombia.

33. Moya P, Escribano F, Pardo I, Notario B, Alfaro C, Martínez V. Costes asociados a las horas de cuidado informal de los mayores dependientes en un ámbito rural. *Gac Sanit* [internet]. 2009;23(2):109-14. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v23n2/original4.pdf>
34. Barrera L, Pinto N, Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B. Cuidado a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
35. Lamers S, Bolier L, Westerhof G, Smit F, Bohlmeijer E. The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *J Behav Med*. 2012;35:538-47.
36. Barrera L, Pinto N, Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B. Cuidado a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
37. Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B. Conocimiento y acceso a las TIC en personas con enfermedad crónica y cuidadores familiares en Colombia. *Enferm Global*. 2014;13(2):123-34.
38. Kim IS, Park M, Park MY, Yoo H, Choi J. Factors affecting the perception of importance and practice of patient safety management among hospital employees in Korea. *Asian Nurs Res*. 2013;7(1):26-32.
39. Cinar FI, Tosun N, Kose S. Evaluation of an education and follow-up programme for implantable cardioverter defibrillator-implanted patients. *J Clin Nurs*. 2013;22:2474-86.
40. Bulut H, Tanrikulu G, Dal Ü, Kapucu S. How much do ED patients know about medication prescribed for them on discharge?: A pilot study in Turkey. *J Emerg Nurs*. 2013;39(3):27-32.
41. Dwamena JA. Knowledge level and anticoagulation control among patient on warfarin therapy at the National Cardiothoracic Center, Korle Bu Teaching Hospital [internet]. [Tesis de Maestría]. Accra: University of Ghana; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/5811>
42. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002;325:925.
43. Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;326:1308-9.
44. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;18(2):CD003417.
45. Murray E, Davis H, Tai SS, Coulter A, Gray A, Haines A. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. *BMJ*. 2001;323:493-6.
46. Compensar EPS. Derechos y deberes de los pacientes [internet] [citado 13 nov 2014]. Disponible en: <http://www.compensar.com/deberesyderechos/deberesyderechosPacientes.aspx>
47. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Conjunta Externa 0016 de 2013 [internet]. Colombia; 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Circular%20Conjunta%20Externa%200016%20de%202013.pdf>.
48. Blue cross and Blue shield of Texas. ¿Qué son las medidas de desempeño? [internet]. [Citado 13 nov 2014]. Disponible en: http://www.bcbstx.com/bluecomparehosp/performance_sp.htm
49. Lasiter S. Older adults' perceptions of feeling safe in an intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2011;67(12):2649-57.
50. Organización Mundial de la Salud. Soluciones para la seguridad del paciente [internet]. 2007 [citado 13 nov 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Identificaci%C3%B3n%20de%20pacientes.pdf>.
51. Ministerio de la Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de las caídas [internet]. [Citado 13 nov 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevenir_y_reducir_la_frecuencia_de_ca%C3%ADdas.pdf
52. Lopera A, Santamaría E, Rodríguez A. Historial y análisis de quejas, 10 años de la ley 911 de 2004 [internet]. Colombia: Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Disponible en: <http://www.trienfer.org.co/images/pdf/conferencia%20historial%20pagina.pdf>

53. Ministerio de la Protección Social. Prevenir las úlceras por presión [internet]. [Citado 13 nov 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevenir_%C3%BA%20%C3%BAlceras_por_presi%C3%B3n.pdf
54. Parra DI, Camargo-Figuera FA, Rey Gómez R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enferm Global* [internet]. 2012;11(4):159-69. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/150551>
55. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria [internet]. [Citado 13 nov 2014]. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
56. Cardozo C, Filosi AL, Franconeri R, Petkovich MC, Silva H. Evaluación de la seguridad del paciente mediante criterios internacionales en un servicio de emergencia [internet]. Tesis de grado, Universidad de la República del Uruguay, Montevideo; 2009. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/2500>