



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD
Año 2013 Vol. 15(2) Págs. 187 - 195

Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia

Reasons for not reporting adverse events in an institution provider of health services in Pasto - Nariño - Colombia

Heidy Mabel Burbano Valdés¹, Mónica Elizabeth Caicedo Eraso², Andrea Cerón Burgos³, Cristina Jacho Caicedo⁴, María Clara Yépez Chamorro⁵

- 1 Psicóloga. Esp. Gerencia y auditoría de la calidad en salud. Jefe de talento humano, Hospital Eduardo Santos. La Unión - Nariño - Colombia. e-mail: heidiris@hotmail.com
- 2 Bacterióloga. Esp. Gerencia y auditoría de la calidad en salud. Coordinadora banco de sangre, Fundación Hospital San Pedro. Pasto - Colombia. e-mail: mecepal@yahoo.com
- 3 Enfermera. Esp. Gerencia y auditoría de la calidad en salud. Prevención y control de infecciones, Fundación Hospital San Pedro. Pasto - Colombia. e-mail: andreaceronburgos@yahoo.com.co
- 4 Médica. Esp. Gerencia y auditoría de la calidad en salud. Médica hospitalaria de urgencias, Fundación Hospital San Pedro. Pasto - Colombia. e-mail: crsda001@hotmail.com
- 5 Mg. Salud pública. Directora Centro de Estudios en Salud Universidad de Nariño. Docente Convenio Universidad de Nariño- Universidad Jorge Tadeo Lozano. Pasto - Colombia. e-mail: mcych@udenar.edu.co

Fecha de recepción: Mayo 15 - 2013

Fecha de Aceptación: Noviembre 5 - 2013

Burbano H, Caicedo M, Cerón A, Jacho C, Yépez M. Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño - Colombia. Rev Univ. salud. 2013;15(2): 187 - 195

Resumen

Dentro de los procesos de calidad en salud, con la finalidad de disminuir los riesgos en la atención de la población usuaria, las políticas de seguridad del paciente han capturado la atención del mundo. Dichas políticas hacen énfasis en la importancia de prevenir, controlar e intervenir lesiones o complicaciones involuntarias llamadas eventos adversos que pueden ocurrir durante la atención y que se deben reportar e intervenir; sin embargo su identificación por búsqueda activa, en instituciones como aquella donde se realizó el presente estudio, supera en una medida considerable los definidos por reporte voluntario; es decir que, se ha evidenciado una situación de no reporte de eventos adversos que en términos de calidad debe mejorar, no sin antes descubrir las causas que lo generan. En este sentido, el presente estudio se realizó con el fin de describir las causas del no reporte de eventos adversos, a través de la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas que permitió identificar que existen causas "invisibles" como el temor, el cual al estar en el entretejido subjetivo del personal de la salud, tiene la capacidad de influir y determinar el reporte de los mismos. La investigación fuente de este artículo se consolida con la perspectiva que, para intervenir una situación e incluso para prevenirla es requisito fundamental determinar las causas siendo éstas un insumo importante para posteriores investigaciones tendientes a la implementación de estrategias que fomenten la cultura del reporte para proteger la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente. (Fuente: Decs Bireme).

Abstract

Within the health quality processes, in order to reduce the risks in the care of the user population, the patient safety policies have captured the world's attention. These policies emphasize the importance of preventing, controlling and intervening unintended injury or complication called adverse events that may occur during care and must report AND SURGERY BE, but the identification of adverse events by active, in institutions such as the one where we undertook the present study to a considerable extent beyond those defined by report, that is, which has shown a situation report no adverse events in terms of quality should improve, but not before discovering the causes that generate it. In this sense, the present study was to describe the causes of adverse event reporting not through a mixed research method identified that there are causes "invisible" which being in the interwoven subjective health staff have the ability to influence and determine the adverse event reporting. Research source of this article is consolidated with the prospect of a situation to intervene and even to prevent them is an essential requirement to determine the causes wherefore, this study makes an important input for future interventions and implementation of the so called reporting culture and patient safety.

Key words: Patient safety. (Source: Decs Bireme).

Introducción

En el mundo, el tema sobre seguridad del paciente ha tomado especial relevancia según el reporte que da la Organización mundial de la salud, que informa que uno de cada diez pacientes, se ve involucrado en un evento adverso.¹

El tema toma vital relevancia en el año 1999 cuando el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos publica el artículo "Errar es humano" (To err is Human: building a safer health system), luego, en el año 2004 la OMS crea la "Alianza mundial para la seguridad del paciente" proporcionando directrices y herramientas claras para la identificación, el reporte y la gestión de eventos adversos, como el modelo "Shell", el modelo "Reason" o el más conocido y validado a nivel mundial, el "Protocolo de Londres".²⁻⁴

Los estudios epidemiológicos sobre E.A realizados en hospitales de Latino América denominados IBEAS y su equivalente en Europa denominado ENEAS, analizaron la incidencia y prevalencia así como los efectos de los EA en varios hospitales del mundo, utilizando

metodologías que permitieran sistematizar procesos que ofrecieran mayor seguridad de los pacientes.⁵

En Estados Unidos de 2.050 hospitales encuestados (con una tasa de respuesta del 81%) se encontró que entre el 94% y el 98% de las instituciones contaba con sistemas centralizados de reportes de EA y que el personal de salud que elaboraba más reportes era el de las enfermeras (98%), mientras que el reporte por otro tipo de profesionales sólo llegaba al 38%, destacando de manera especial las cifras en los médicos, que estaba sólo entre el 1% y el 2%. Estos hallazgos son similares en la presente investigación evidenciando que es importante la existencia de entornos que favorezcan el reporte y garanticen la utilización posterior en los procesos de mejoramiento.⁶

Investigaciones como la de Silas y Tibballs, analizan los reportes "voluntarios" frente a un sistema llamado "sistemático" (que incluye la verificación y entrevista al personal) muy parecido a la denominada búsqueda activa; encuentran que de 524 E.A identificados por ambos métodos en conjunto, el método

“sistemático” (entrevista) reportó el 77%, y los reportes “voluntarios” el 32%. Lo interesante de este estudio es que sólo el 9% de los EA fueron reportados por los dos métodos, corroborando la teoría del Iceberg que afirma que existe un sub registro de E.A alrededor del mundo.^{7,8}

En otro estudio, que se ha convertido en pieza fundamental de esta investigación, llamado “Razones del no reporte de eventos adversos: un estudio empírico”, se estableció que “las principales razones para no reportar E.A es el temor de que el personal subalterno sería culpado de alta carga de trabajo y la creencia de que las circunstancias o el resultado de un evento particular no justificaban un reporte” otro hallazgo fue que ... “Los sistemas actuales de notificación de incidentes, mientras que proporcionan una información valiosa, no proporcionan un índice fiable de la tasa de incidentes adversos” confirmando la teoría del Iceberg. En el proceso de entender por qué no se reportaban los EA se encontró, en orden de importancia: “por parecerle innecesario al personal”, por el “incremento de la carga de trabajo”, por “miedo al castigo”, por “olvido” y finalmente por la “probabilidad de un litigio”.⁹

En Colombia, existen estudios sobre la identificación de la cultura del personal asistencial en cuanto al manejo de la seguridad del paciente al interior de cada unidad hospitalaria, siendo este un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que aunque todavía falta consolidar ya muestra avances significativos de tener una nueva percepción del manejo integral en cuanto a la seguridad del paciente.¹⁰

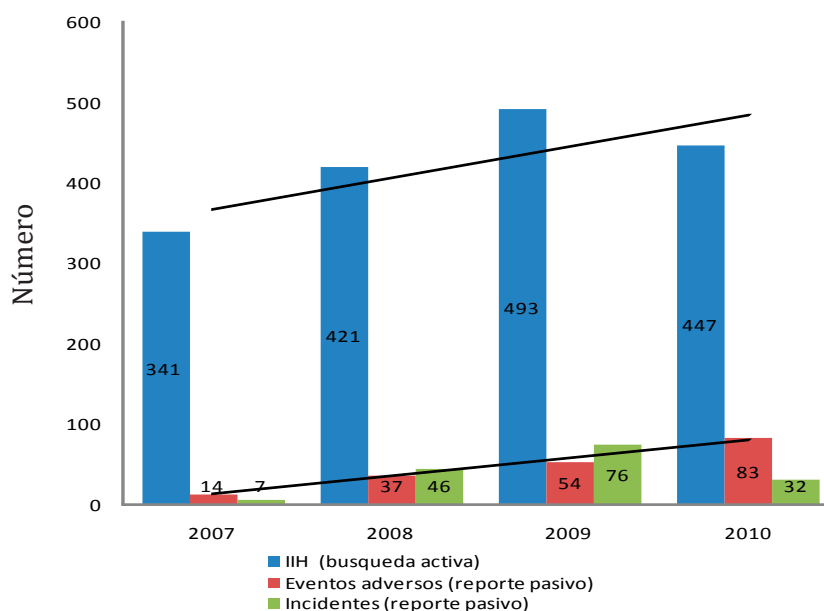
En coherencia con una política nacional en el Hospital del municipio del Tambo Cauca, se desarrolló un proyecto llamado “Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de

calidad”, el cual describió el conocimiento que el personal de salud tiene acerca de la política de Mejoramiento de Calidad en cuanto a la notificación de Evento adverso y que en sus conclusiones finales se resalta que “las capacitaciones al personal influyen para evitar que se produzcan incidentes y eventos adversos” y que “la antigüedad profesional está relacionada con el grado de conocimientos, contribuyendo así a la prestación de un mejor servicio de salud con calidad”.¹¹

En diferentes instituciones de salud del municipio de Pasto. Colombia, se han realizado evidentes esfuerzos frente al manejo de eventos adversos, las intervenciones se han centrado en prevención y reporte, en cumplimiento de procesos de calidad.

Los sistemas de reporte son conocidos por el personal, pero curiosamente día a día disminuyen los eventos reportados y se incrementan aquellos encontrados a través de búsqueda activa; tal es el caso de la institución donde se realizó el estudio, puesto que según los datos ofrecidos por la Oficina de Calidad, entre el año 2007 y 2010 fueron notablemente mayores aquellos eventos adversos encontrados por búsqueda activa que aquellos que se reportan, como se muestra en el gráfico 1.

La Institución donde se realizó el presente estudio, conoce la magnitud del problema, Sin embargo, no son conocidas las causas por las cuales el personal asistencial no reporte los E.A, que es el propósito de la presente investigación, específicamente aquellas causas “invisibles” enmascaradas por construcciones cognitivas que influyen en la actitud y en la conducta de reporte, desde la perspectiva del personal asistencial. Los resultados apuntan a mejorar la gestión del riesgo, la comunicación interinstitucional y las concepciones del personal.

Gráfico 1. Relación eventos reportados vs detectados por búsqueda activa, 2007-2010

Fuente: Oficina de Calidad de la Fundación Hospital San Pedro 2012.

Materiales y métodos

El estudio se realizó en un hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad en el último semestre de 2012. De una población total de 408 funcionarios asistenciales, se tomó una muestra aleatoria, conformada por 179 participantes: 69 profesionales y 110 auxiliares de enfermería, que cumplieron los siguientes criterios de participación: ser trabajador activo de la institución, ser profesional o técnico en enfermería y trabajar en el área asistencial.

El estudio se realizó en cuatro fases; en la primera y en cumplimiento de normas de ética se solicitó la aprobación del proceso investigativo a la institución. Posteriormente, se realizó el acercamiento al personal seleccionado para solicitar el consentimiento de participación en el estudio y la sensibilización a los participantes para lograr respaldo y compromiso de su parte con la investigación.

En la segunda fase se aplicó una encuesta para perfilar las causas prevalentes para el no reporte de eventos adversos en la institución.

Con base en los resultados cuantitativos, en la tercera fase se realizó una entrevista semiestructurada a todos los participantes del estudio, con el ánimo de explorar de manera más profunda, aquellos aspectos evidenciados en la encuesta inicial.

Esta metodología permitió una comprensión de los procesos desde la perspectiva de los sujetos, así como la identificación y la explicación de los diferentes puntos de vista de los/as involucrados/as y de igual manera, favoreció la mediación de conjeturas subjetivas, las cuales enriquecieron el proceso.

Para validar los resultados encontrados, en la cuarta fase se organizó cuatro grupos focales con 10 participantes cada grupo, tomando como

criterios de organización las disciplinas que representaron la totalidad de la muestra, es decir un primer grupo de médicos, el segundo de enfermeros, el tercero de bacteriólogos y el cuarto de auxiliares de enfermería. Durante la realización de los grupos focales y en cumplimiento de requisitos éticos, se solicitó el consentimiento verbal a los participantes; se explicó el propósito del estudio, se dio la oportunidad de libre participación y se expresó el compromiso de guardar confidencialidad sobre las respuestas.

En el procesamiento de datos, inicialmente se organizó la información disponible, pasando por varias etapas: la primera netamente descriptiva; se hizo acopio de toda la información obtenida de una manera textual. En la segunda, se segmentó el conjunto inicial de datos, a partir de categorías descriptivas que permitieron una reagrupación y una lectura distinta de la información. En la tercera etapa se partió de la interrelación de las categorías descriptivas identificadas y la construcción de categorías inductivas para estructurar la presentación sintética y conceptualizada de la información.

El proceso de categorización se mantuvo en permanente confrontación, hasta cuando se dio lugar al fenómeno que los creadores de la teoría fundada denominan “saturación de las categorías”, es decir, cuando ninguna información de la que se continuó recolectando aportó elementos nuevos a aquellos que ya se habían logrado establecer en las etapas previas de captura de datos. Asimismo, cuando los casos negativos tuvieron que ser debidamente confrontados y esclarecidos.¹²⁻¹⁴

Para validar y verificar los resultados finales del análisis cualitativo se desarrollaron, estrategias como la triangulación y las reacciones de la población estudiada mediante la contrastación de información obtenida, se elaboraron los

informes de avance que se presentaron a los grupos de la población participante en el estudio.

Como aporte cuantitativo se acudió a herramientas estadísticas con los datos existentes en la institución para identificar la prevalencia entre el reporte y los EA encontrados por búsqueda activa.

Resultados

En el proceso investigativo, la fase de acercamiento y sensibilización permitió que el personal asistencial, se sensibilizara frente al panorama del no reporte de eventos adversos, reconociendo su aporte individual y colectivo; se logró adecuada sintonía con la intención de este estudio y se manifestaron expresiones de compromiso para el desarrollo del proceso planteado. Esta fase permitió la expresión de algunas percepciones que el personal asistencial tenía frente a la problemática y su idea de cuáles pueden ser las causas del no reporte de EA. También se identificó que, “el temor a las consecuencias después del reporte”, es un factor de gran influencia para reafirmar una actitud frente a esta acción.

Como resultado de la aplicación de la segunda y tercera fase se obtuvo que, el 80% de los participantes informaran que tenían el conocimiento sobre el protocolo de notificación de eventos adversos y afirmaron que la institución se ha preocupado porque todos estén enterados del tema. El 13% de la población encuestada ha reportado el 100% de eventos adversos en los cuales ha estado involucrado. El 75% de los participantes afirmó que en su área de trabajo se levanta plan de mejora ante el reporte de un EA; reconocen que una opción empleada después de un reporte es la búsqueda de culpables. La mayoría de los participantes están de acuerdo en que si reportan un EA en la institución se lograría acciones de mejora; sin

embargo algunos creen que habría llamados de atención y observaciones públicas e incómodas. De la muestra participante el 72% cree que no se realiza reporte de EA por temor; sin embargo el 80% de los participantes está de acuerdo con que la mejor opción para la institución es el aumento en el reporte. Es decir, existe una conciencia de la importancia del reporte en la mayoría del personal entrevistado, sin embargo, existe un 18% que cree que es mejor disminuir dichos reportes.

Los participantes están de acuerdo en reportar EA en caso de que se presentara en sus actividades de trabajo, pero existen opiniones dispersas sobre las razones por las cuales lo haría, siendo el mayor porcentaje (34%) el deseo de evitar errores, aunque precisan que es “engorrosa”, la tramitología que realizan los jefes de área, resaltando que no hay seguimiento efectivo para la prevención de la ocurrencia.

En los grupos focales por disciplinas, se validaron los elementos identificados anteriormente, resaltando que el factor “creencias” influye en gran medida para tomar la decisión de reportar, se reconoció que incluso el pensar en “qué podría pasar si se reporta” aunque no tuviesen una evidencia real, hace que la respuesta ante un evento adverso por temor a las consecuencias, sea cubrirlo o convertirse en “cómplice” del mismo. Además, todos los grupos focales coincidieron en que la institución promueve el reporte como una actividad por cumplir, sin resaltar los beneficios de hacerlo; planteando que tras la palabra evento adverso, está la búsqueda del responsable para poner el rótulo de “quién tuvo la culpa”.

El nivel de resistencia al reporte de los E.A fue mucho más notable en el grupo de profesionales, específicamente más en los médicos que en el grupo de enfermería; se escucharon expresiones como “el reportar en ocasiones, hace que nuestros

posteriores manejos se cuestionen incluso por nuestros propios colegas”, “para nadie es nuevo el pensar que los eventos adversos son errores y a veces pone en tela de juicio el profesionalismo”, “reportar es como gritar que cometimos un error”, “aquí se reporta un E.A y lo sabe todo el hospital” .

A partir de los anteriores resultados y con el aporte que se generó en los encuentros de grupo focal, se definieron las siguientes categorías como base para futuras investigaciones:

a) Identificación de EA

En el proceso de identificación de EA, se encontró como elemento fundamental la base de conocimiento que tiene el personal sobre el significado de un EA y las características que presenta. Estos elementos son relevantes y se convierten en la base conceptual para que un trabajador sepa aquello que debe reportar. Frente a esta categoría se encontró que, el personal asistencial en su totalidad ha recibido la orientación y tiene los conocimientos suficientes para definir y caracterizar los EA.

b) Tomar la decisión para reportar EA

Es precisamente en esta categoría donde a partir de lo investigado se encontraron factores limitantes asociados al temor, frente a la posibilidad de reportar; sin embargo es de aclarar que, dicho temor es interpretado como protector de los efectos que a nivel personal puede acarrear el hacer un reporte, como las represalias entre compañeros, los llamados de atención y el miedo a la pérdida de trabajo. Estos elementos se convierten en factores que inciden directamente en las creencias que el personal asistencial ha tejido frente al reporte que fueron evidenciados a través de las expresiones verbales de los participantes del estudio, relacionados con la condición en la cual queda el trabajador frente a los compañeros y directivos en el área de trabajo, la pérdida de la credibilidad

profesional y la imagen que él puede proyectar en la institución. Las expresiones dentro de los grupos focales, están directamente relacionadas con las causas invisibles para tomar la decisión de reportar el EA y develan el contexto cognitivo alrededor del reporte.

c) Reporte de EA

El acto del reporte enmarca desde los conocimientos de manejo de protocolos hasta el reconocimiento del papel que juega el personal asistencial en los posteriores planes de mejoramiento. Si bien se reconoce que hay un protocolo y después de un reporte hay planes de mejora, se evidencia que el reportar EA, es visto como una herramienta teórica mas no de uso práctico, cabe resaltar aquí opiniones donde se vislumbra el reporte como un requisito que en ocasiones se cumple como actividad mas no como parte de una cultura.

d) Gestión de EA

Aunque se desarrolla planes de mejora y prevención, este ejercicio se deja al orden administrativo, dejando para la acción del asistencial el asumir la responsabilidad del EA y firmar tales planes.

Discusión

Este estudio presenta las causas del no reporte de EA en una institución prestadora de servicios de salud de tercer y cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Pasto. Los resultados expuestos en este artículo se encuentran relacionados con los presentados en la literatura internacional. Reason¹⁵ describió cómo la cultura de la culpa incide en el bajo informe de eventos adversos en la industria.

Es precisamente dicha cultura de la culpa, traducida como búsqueda de culpables, la que en este estudio se reporta como causa “invisible para el no reporte de EA” y es invisible porque

en ella radica un elemento que no es tangible pero sí manifiesta las creencias que el personal asistencial tiene frente al tema, lo cual también ha sido investigado por otros autores quienes reportan que el personal médico y de enfermería de un servicio de ginecoobstetricia manifestaron no reportar EA por “parecerle innecesario, incremento de la carga de trabajo, miedo al castigo, olvido y temor a un litigio”,⁹

La tasa del reporte de eventos adversos en la institución objeto de estudio como en cualquier entidad prestadora de servicios de salud en el mundo, debería ir en aumento; pero el personal atemorizado subregistra y en ocasiones hasta oculta los eventos, evitando ser los “culpables” que serán señalados por sus jefes de área o por sus mismos compañeros, tal vez por el matiz cultural con el que el ser humano actual ha sido educado para no reconocer “errores” a menos que sea extremadamente necesario. En el estudio realizado en cuatro hospitales en Colombia se observó que la resistencia del personal de salud para reportar EA surgía de “considerar el proceso como una auditoría que puede traer consecuencias negativas, también que influyó la cultura organizacional previa en el manejo del error. El personal de salud de la institución tenía mucho temor a sanciones y a esto contribuyeron antecedentes institucionales.”¹⁶

Waring en el 2005 mostró cómo, desde el punto de vista de los médicos, el reporte fue considerado inconveniente por considerar que era un procedimiento burocrático y generó un sentimiento de rechazo ya que fue visto como otra tarea administrativa impuesta, este hallazgo fue similar en este estudio, puesto que aunque la mayoría conocen el proceso de reporte al percibir el mismo como un proceso netamente administrativo evita hacerlo; este resultado permite inferir que, dicho proceso se ha centrado en mayor proporción en una suma de trámites que realmente en una gestión como debería ser

o al menos como teóricamente debería darse. Sumado a esto, el asociar el reporte de un EA como una evidencia de falta de profesionalismo, da cuenta de la necesidad urgente de reformular el significado del reporte, asociado a un nivel de responsabilidad profesional y ante todo de un acto importante para favorecer la seguridad del paciente.¹⁷

En este sentido, se evidencia que las construcciones cognitivas que tiene el personal alrededor del reporte y su gestión juegan un papel determinante en su conducta posterior a la identificación de E.A. Existen barreras comunes en el reporte de los EA tales como limitaciones de tiempo, procesos insatisfactorios, normas culturales, creencias previas acerca del riesgo, inadecuada retroalimentación y percepción de escaso valor del proceso, siendo estos últimos considerados elementos críticos a trabajar para incrementar el reporte.¹⁶

También se ha descrito que es mayor el compromiso del personal en las organizaciones en las cuales ellos mismos tienen el control del reporte de incidentes en relación a aquellas en que este manejo está en manos de sistemas gerenciales de mejoramiento de calidad ya que los primeros estimulan los sentimientos de colegas y profesionalismo mientras que las últimas inspiran desconfianza acerca del uso de los datos de los incidentes médicos; en este sentido la investigación realizada permite establecer que si bien la existencia de planes de mejoramiento es una fortaleza, la escasa participación del proceso por parte del personal asistencial influye en la resistencia manifiesta para reportar.¹⁸⁻¹⁹

Con lo anterior, es posible indicar que las organizaciones, deberían ir más allá de la gestión administrativa frente a los eventos adversos y apuntarle a diseñar programas e incluso los mismos procesos considerando la

participación activa del personal con el fin de que la responsabilidad no se vea delegada a los jefes o al área administrativa, sino que sea asumida como parte del día a día con visión de mejoramiento continuo incentivando el cambio actitudinal y trabajando en pro de la calidad y de una atención segura en salud.

Esta investigación se constituye en un aporte para investigaciones futuras que promuevan cambios culturales y que trasciendan lo aparente considerando aquello “invisible” disfrazado de percepción y/o creencia que aunque no es tangible, influye en la acción directa de los agentes dinamizadores de los procesos de salud.

Referencias

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
2. Ceriani C. La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. Editorial. Arch Argent Pediatr. 2009; 107(5):385-386.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Seguridad del paciente. Ginebra: [Citado 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>.
4. Taylor S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents, the london protocol. The Clinical Safety Research Unit (CSRU). Londres: 2004; Available from: <http://www.csru.org.uk/downloads/SACI.pdf>
5. Aranz J, Aibar C, Limón R, Amarilla A, Restrepo F, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the ‘Iberoamerican study of adverse events’ (IBEAS). BMJ Qual Saf. 2011; 20:1043-1051.
6. Farley DO, Haviland A, Champagne S, Jain AK, Battles JB, Munier WB. Adverse event reporting practices by US hospitals: results of a national survey. Qual Saf Health Care. 2008; 17(6):416-23.

7. Silas R. Tibballs J. Adverse events and comparison of systematic and voluntary reporting from a paediatric intensive care unit. *Qual Saf Health Care*. 2010; 19(6):568-71
8. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, Shaughnessy J O et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. 2006; 15(1): 39-43.
9. Vincent C, Stanhope N, Crowley M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract*. 1999; 5(1):13-21.
10. Anacona, M. Imbacuan, D. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad, Hospital del Tambo, Cauca, Abril – Mayo 2011. [Tesis] Popayán; Universidad EAN; 2011.
11. Barbosa L, Cárdenas E, García L, More L, Muñoz M, Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un hospital universitario en Bogotá. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y tecnología*. 2008; (1): 19-28.
12. De la cuesta, B. Taller de investigación cualitativa. en: memorias del seminario taller de investigación cualitativa; 1998, abril 24-26 y mayo 8-10; Manizales: Universidad de Caldas; 1998.
13. Glaser, B y Struss, A. El desarrollo de la teoría fundada. Chicago, Illinois: Aldine. 1967.
14. Reason, J. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate. Vermont USA. 1997.
15. Waring JJ. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med*. 2005.
16. Gaitan H, Gómez P, Eslava J. Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia Attitudes of personnel monitoring intra-hospital adverse events in Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2009; 11(5):745-753.
17. Waring JJ. A qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting. *Int J Qual Health Care*. 2004; 16(5):347-52.
18. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. 2006; 15:39-43.
19. Carlos A. Kerguelén B. Reporte y análisis de eventos adversos: La necesidad de estructurar sus relaciones. [internet]. *Revista Vía salud*, Bogotá: 2010; [citado 2013]. Disponible en: http://www.cgh.org.co/articulos/calidad_reporte_ea.pdf