

Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional

Patient safety culture in the provision of professional Occupational Therapy services

Olga Peñas Felizzola¹, Eliana Parra Esquivel², Ana Gómez Galindo³

Resumen

Objetivo: Caracterizar el ambiente de seguridad del paciente en un servicio de Terapia Ocupacional donde se desarrollan actividades docentes y asistenciales para el programa de la Universidad Nacional de Colombia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, con aplicación de la Encuesta sobre clima de seguridad del paciente en servicios del área de la salud (versión para Colombia, adaptada y en formato electrónico), a tres terapeutas ocupacionales vinculadas durante 2013 a 2015 en un escenario docente asistencial de la Universidad Nacional de Colombia. Consulta de reportes y estadísticas del servicio correspondientes al periodo de análisis.

Resultados: Entre los hallazgos de la encuesta resaltan el subregistro de eventos, aunque no haya una percepción punitiva frente a su reporte; se percibe comunicación abierta, con necesidad de mejorar la retroalimentación ante los errores; considerable rotación e insuficiencia de personal; se aprecia apoyo institucional al tema; y se evalúa como positivo el aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo del servicio.

Conclusiones: En términos globales, las profesionales valoran bien el ambiente de seguridad del paciente en el servicio analizado, pero debe trabajarse en pro de los aspectos claves que evidenciaron debilidades en las categorías analizadas, donde preocupa la aparente falta de registro de eventos y la consiguiente debilidad para establecer medidas correctivas. Además, es importante capitalizar estas experiencias y procesos sobre gestión de la calidad y seguridad del paciente, articulando con las actividades de formación y docencia que también se llevan a cabo allí.

Palabras clave: seguridad del paciente, Terapia Ocupacional, gestión de riesgos, gestión de la seguridad.

Fecha de recepción: 11 de junio de 2017
Fecha de aceptación: 29 de septiembre de 2017

¹Terapeuta ocupacional, especialista en Análisis de políticas públicas, magíster en Salud pública y candidata a doctora en Estudios políticos. Profesora asociada Departamento de la Ocupación Humana, Universidad Nacional de Colombia. Grupo de investigación Ocupación e inclusión social.

²Terapeuta ocupacional, certificada en Integración Sensorial, magíster en Educación y candidata a doctora en Educación. Profesora asociada Departamento de la Ocupación Humana, Universidad Nacional de Colombia. Grupo de investigación Ocupación e inclusión social. eiparrale@unal.edu.co

³Terapeuta Ocupacional y Pedagoga, magíster en Educación. Profesora asociada Departamento de la Ocupación Humana, Universidad Nacional de Colombia. Grupo de investigación Ocupación e inclusión social. amgomezg@unal.edu.co

Correspondencia: carrera 30 n° 45-03. Teléfono: +57 1 3165000, ext. 15092. olpenasf@unal.edu.co

Abstract

Objective: Characterize the patient's safety environment in an Occupational Therapy service where teaching and care activities are developed for the National University of Colombia program.

Materials and methods: Descriptive cross-sectional study, with application of the Survey on patient safety in health services (version for Colombia, adapted and in electronic format), to three occupational therapists who were linked during the years 2013 to 2015 in a site teaching assistant of the National University of Colombia. Consultation of reports and statistics of the service corresponding to the period of analysis.

Results: Among the findings of the survey highlight underreporting of events, even though there is no punitive perception regarding their report; open communication is perceived, but improving feedback facing the errors; rotation and shortage of personnel; there is institutional support for the topic; and organizational learning and continuous improvement of the service are evaluated as positive.

Conclusions: Overall, professionals value good the patient's safety environment in the service analyzed, but have to work on the key aspects that showed weaknesses in the analyzed categories, where is apparent lack of event registration and the consequent weakness in establishing corrective measures. In addition, it is important to capitalize on these experiences and processes on quality management and patient safety, articulating with the training and teaching activities that are also carried out there.

Keywords: patient safety, Occupational Therapy, risk management, safety management.

INTRODUCCIÓN

Los problemas inherentes a la atención en salud constituyen un asunto señalado como prioritario; entre otras razones, debido a que la seguridad del paciente es uno de los principios fundamentales y éticos de la atención sanitaria (1-4); es indicador de calidad de estos servicios (5-8); está asociado a decenas de millones de eventos al año que pueden derivar en discapacidades y fallecimientos, muchos de ellos prevenibles (9); y porque estos errores acarrean una considerable carga económica en los países debido a los gastos por concepto médico y hospitalario, discapacidades resultantes, pérdida de ingresos y necesidad de reconocer compensaciones (1,10,11).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es

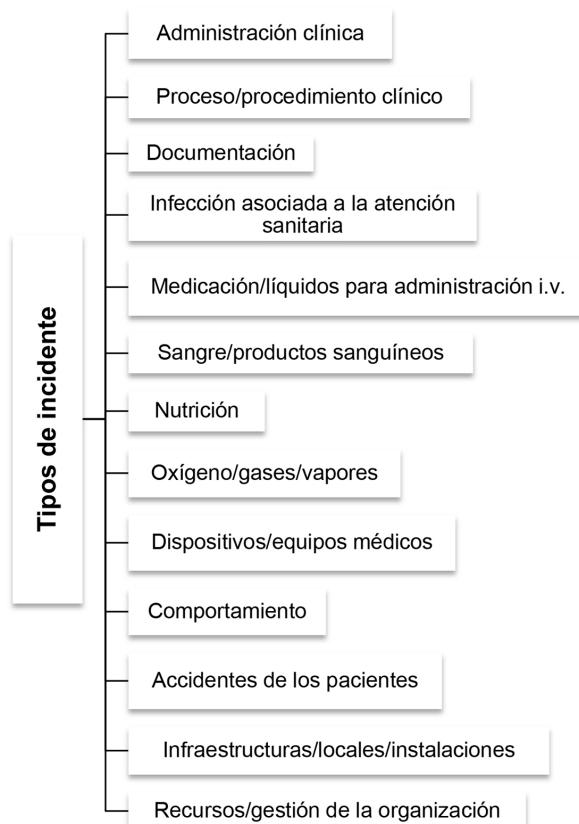
la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un

mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (5,12).

Son diversos los tipos de incidentes que se presentan en el contexto de la atención en salud y que pueden derivar en eventos que pongan en riesgo o desencadenen lesión o daño no intencional sobre el usuario de los servicios (5,13). La OMS enumera 13 tipos de incidentes en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (8,12), según muestra la figura 1.

En el escenario nacional, en los últimos años se ha despertado un interés creciente por el tema (14). El país ha avanzado en el desarrollo de lineamientos técnicos (8,9), medidas de tipo normativo (6) y una Política de seguridad del paciente (5) que, articula-

dos con el Sistema de garantía de la calidad de la atención en salud (7), pretenden mejorar las condiciones de dichos servicios, sin dejar de lado estos mismos elementos de calidad y seguridad también incorporados desde el ámbito académico (15).



Fuente: World Health Organization (12; 1, 3, 5, 26).

Figura 1. Tipos de incidentes en seguridad del paciente

Si bien la seguridad del paciente debe sustentarse en procesos y técnicas seguros, los expertos también instan a que se soporte, más ampliamente, en una cultura de la seguridad (8,14), entendida como “(...) la primera práctica a desarrollar en las instituciones de salud. Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el

compromiso, el estilo y la proficencia de una organización” (8,16, 17).

Desde el caso particular de terapia ocupacional, el rastreo de literatura no arrojó publicaciones nacionales sobre el tema; a diferencia del contexto internacional (18-24), donde, además, se identificaron varias investigaciones que profundizan sobre la cultura de la seguridad (16, 25, 29).

Una de ellas reconoce que la cultura organizacional juega un papel importante en la respuesta profesional al enfrentar errores de la práctica; tales es el caso del mayor subregistro de eventos que tienden a presentar los profesionales cuando perciben que la respuesta por ello sería de carácter punitivo (29).

Otra fuente plantea cuestionamientos al énfasis otorgado a la prevención de eventos adversos físicos, como eje de la seguridad del paciente, y propone que más allá de la idea de seguridad sustentada en el tradicional modelo biomédico, se deben considerar referentes más sociológicos (25).

Resulta particularmente interesante, para efectos de este análisis, el estudio llevado a cabo en Holanda sobre cultura de la seguridad del paciente en nueve profesiones de la salud, teniendo en cuenta siete categorías analíticas. En cuatro de las dimensiones analizadas, los terapeutas ocupacionales tuvieron las valoraciones más bajas entre las profesiones estudiadas: comunicación abierta y aprendizaje del error; gestión de la seguridad del paciente; intención de reportar eventos; y aprendizaje organizacional. En las restantes tuvieron los segundos puntajes más bajos: compromiso y trabajo en equipo; procedimientos y condiciones de trabajos adecuados; y apoyo y compañerismo (16).

A pesar de los variados argumentos justificatorios de su relevancia, la literatura señala que la seguridad del paciente y la cultura de la seguridad aún son temas con desarrollos investigativos pendientes (1, 4, 10, 11, 26-28); y preocupan el particular rezago de terapia ocupacional y de las profesiones de la rehabilitación (11,29).

MÉTODOS Y MATERIALES

Estudio exploratorio de tipo transversal, con una población integrada por terapeutas ocupacionales vinculadas a un servicio donde se cumplen actividades asistenciales y docentes para el programa de la Universidad Nacional de Colombia (30). El criterio de inclusión de los participantes era haber estado contratado en el servicio para desempeñar labores como terapeuta ocupacional, en el periodo definido para estudio, comprendido entre 2013 a 2015. La población total era de seis sujetos.

El prestador de servicios, ubicado en Bogotá, se encuentra habilitado ante la Secretaría de Salud del Distrito y congrega profesionales, estudiantes y profesores de terapia ocupacional.

También se accedió a la información estadística del servicio. La población atendida es infantil, con diagnósticos de trastorno mixto de las habilidades escolares y trastorno de la actividad y atención. Según las estadísticas auto generadas, en 2014 se reportaron 1145 atenciones (sesiones de evaluación e intervención); mientras que en 2015 eran 477, con corte al iniciar el segundo semestre del año.

El instrumento de recolección de datos se basó en la versión adaptada y validada para Colombia (5) de la Encuesta sobre clima de seguridad del paciente en servicios del área de la salud, diseñada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), considerada una de las dos herramientas más cualificadas para estimar la

cultura de seguridad (31,32) y que cuenta con solidez psicométrica (31,33). La versión para Colombia se estructura en 15 categorías y 53 preguntas cuyas respuestas son cerradas y en escala Likert con opciones en negativo, neutro y positivo (5,13). Para efectos de este trabajo el instrumento debió ajustarse a las particularidades del servicio a analizar (no es institución hospitalaria, presta servicios asistenciales y desarrolla docencia universitaria). El instrumento ajustado se sometió a validez por revisión de expertos. La estructura general de la encuesta aplicada se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Estructura general de la Encuesta sobre clima de seguridad del paciente en servicios del área de la salud (versión adaptada para Colombia, ajustada para este estudio)

Categoría	Número de preguntas
1. Características demográficas	4
2. Expectativas y acciones del coordinador que promueven la seguridad	4
3. Aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo	3
4. Trabajo en equipo	4
5. Actitud de comunicación abierta	3
6. Retroalimentación y comunicación sobre el error	3
7. Respuesta no punitiva al error	3
8. Personal	3
9. Apoyo y soporte institucional para la seguridad del paciente	3
10. Trabajo en equipo entre las áreas a cargo de gestionar la seguridad de pacientes	4
11. Percepciones generales de la seguridad	7
12. Frecuencia de reporte de eventos	1
13. Número de eventos reportados (con opción de especificar el evento)	1
14. Grado de seguridad del paciente	1
Total preguntas	44

Fuente: elaboración propia.

El instrumento se aplicó en versión electrónica diseñada como formulario de Google Drive, la cual arrojó frecuencia y proporción de respuestas obtenidas. Cada profesional formalizó un consentimiento informado y se ha cuidado estrictamente la confidencialidad de sus datos personales. El estudio cuenta con aval del Comité de Ética de la Facultad de Medicina.

RESULTADOS

De la población total de seis sujetos a quienes se extendió la invitación a participar en el estudio, tres aceptaron participar y otros tres no respondieron la invitación. Los tres que aceptaron fueron quienes conformaron la muestra.

Características demográficas. En promedio, la experiencia profesional de las terapeutas previa a su contratación en el servicio fue de 27 meses; la experiencia laboral acumulada en el servicio de 16,3 meses; y la dedicación semanal de 19,3 horas. El tipo de vinculación es contrato de prestación de servicios.

Expectativas y acciones del coordinador que promueven la seguridad. Dos de tres profesionales consideran que: solo en algunas ocasiones reciben comentarios favorables cuando se ajustan a los procedimientos establecidos para tal fin; la coordinación siempre acepta las sugerencias que le hacen para mejorar condiciones de seguridad y que sí toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten en el servicio; y en pocas ocasiones se espera que, ante la presión, trabajen más rápido, aunque ello implique saltar pasos importantes.

Aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo. Las respuestas apuntaron principalmente a que se están haciendo las cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente; que algunas veces el análisis de los

errores se retoma para efectuar cambios positivos y que luego de implementar los ajustes se evalúa su efectividad.

Trabajo en equipo. Dos de las terapeutas encuestadas respondieron que cuando su área está realmente ocupada, en algunas ocasiones reciben ayuda si necesitan terminar una gran cantidad de trabajo; y que entre el personal sí hay un trato respetuoso. Hubo consenso al preguntar si se trabaja en equipo y también cuando se indagó que si quienes trabajan en esa área se apoyan mutuamente, pues todas consideraron que ello ocurre, aunque sea en ocasiones.

Actitud de comunicación abierta. Hubo consenso cuando se preguntó si el personal habla libremente al ver que algo podría afectar negativamente el cuidado del usuario del servicio, pues todas consideraron que este criterio se cumple. También coinciden en que nunca se presenta la situación de que el personal tenga miedo de hacer preguntas cuando algo parece no estar correcto. Sin embargo, las respuestas estuvieron dispersas frente al interrogante de si el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad: una contestó que sí, otra negativamente y la tercera que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Retroalimentación y comunicación sobre el error. Las personas encuestadas coinciden en que solo en algunas ocasiones se les informa sobre las fallas de la atención del paciente. Dos respondieron que no es habitual que quien tiene a cargo el seguimiento a la seguridad del paciente les informe sobre los cambios realizados, basados en lo aprendido de los reportes de eventos. Las tres consideran que en el área sí se discuten las formas de prevenir fallas de la atención al paciente, con la intención de que no se vuelvan a cometer, aunque una mencionó que eso ocurre raras veces.

Respuesta no punitiva al error. Dos profesionales perciben que sus errores nunca son usados en su contra y que no sienten preocupación porque los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida; otra profesional no está de acuerdo ni en desacuerdo en dichos aspectos. Al preguntar si cuando informan de un evento adverso se siente denunciada la persona y no el problema, una señaló que nunca ocurre y dos respondieron no estar en acuerdo ni en desacuerdo.

Personal. Las terapeutas ocupacionales evidencian que hay insuficiencia de recurso humano para realizar el trabajo. Dos señalaron que algunas veces trabajan más horas de lo adecuado en atención; aunque nunca trabajan en ‘situación de urgencia’, intentando hacer mucho rápidamente.

Apoyo y soporte institucional para la seguridad del paciente. Las medidas que toma la coordinación muestran que la seguridad es altamente prioritaria, según dos de las terapeutas; para otra, ello se da solo algunas veces. También dos consideran que la coordinación se muestra interesada en el asunto y no solo cuando ocurre un incidente, aunque una considera que sí sucede; y que sí se propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, mientras otra contestó no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

Trabajo en equipo entre las áreas de la institución, a cargo de gestionar la seguridad del paciente. Dos terapeutas ocupacionales consideran que algunas veces las áreas a cargo de gestionar la seguridad de los pacientes no están bien coordinadas entre sí; que las distintas áreas en la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los usuarios; y también perciben con agrado trabajar con el personal de dichas instancias. Las tres consideran

que hay buena cooperación entre las áreas que requieren trabajar conjuntamente.

Percepciones generales de la seguridad. Las tres terapeutas ocupacionales manifiestan: desacuerdo frente a que solo por casualidad no ocurren errores más serios en el servicio; que la seguridad del paciente sí se compromete al hacer más trabajo; y que los procedimientos y sistemas del servicio son efectivos para la prevención de las fallas en la atención. Dos perciben que no hay problemas con la seguridad del paciente. Al preguntar si cuando cometen un error que es descubierto y corregido antes de afectar al usuario proceden a reportarlo, dos contestaron que lo hacen solo en ocasiones y una que nunca. La misma tendencia de respuestas se obtuvo al indagar cuando el error no tiene potencial de dañar al usuario, y cuando puede afectar a este pero no lo hace.

Número de eventos reportados. Al preguntar el promedio anual de reportes (eventos adversos, errores, fallas de la atención o indicios de atención insegura) se obtuvo un total de cinco situaciones de eventos adversos. Solo una profesional especificó el tipo de evento: accidente del paciente por deterioro de equipo terapéutico.

Grado de seguridad del paciente. Dos profesionales lo califican globalmente como aceptable y una como muy bueno.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Resulta claro que la seguridad del paciente abarca múltiples dimensiones y trasciende la mera prevención o manejo de eventos pues, más allá involucra no solamente dinámicas institucionales sino elementos del contexto que condicionan la puesta en marcha de acciones y la construcción de una cultura de la seguridad (25). Apostarle a esta cultura es requisito *sine*

qua non para alcanzar la calidad en los servicios de salud y, con ello, mayor impacto sobre el bienestar de los usuarios del servicio, en este caso particular, de terapia ocupacional.

Como lo ha mencionado la literatura consultada (4, 21, 29), las intenciones de registro de eventos se pueden ver limitadas por la connotación punitiva que se suele otorgar al tema, tanto de parte de quienes prestan servicios como de quienes tienen a cargo la coordinación de acciones relacionadas con la seguridad de los pacientes. Aunque en general las terapeutas ocupacionales encuestadas expresan no percibir una respuesta sancionatoria por los errores, llaman la atención los escasos eventos que mencionan haber experimentado durante la atención y el reporte poco sistemático de los mismos. Al confrontar estas respuestas con los registros y estadísticas disponibles en el servicio no se encontró una sola anotación o evidencia correspondiente al periodo analizado. Este aspecto es prioritario, considerando la importancia de identificar, documentar y poner en conocimiento los eventos, para disponer las acciones correctivas acertadas.

En relación con lo anterior, sería interesante considerar la implementación de estrategias comunicativas que incentiven y retroalimenten entre el equipo, incluidos estudiantes y docentes, el compromiso por garantizar procesos seguros, identificar y reportar eventos, resaltar la aplicación de medidas preventivas en el ejercicio y corregir los errores. Esta dimensión comunicativa se reconoce como estratégica en términos de cultura de la seguridad (8, 20-22).

De los aspectos explorados en la encuesta llama la atención la percepción de que la seguridad de los pacientes se compromete cuando hay más trabajo. Esto podría estar relacionado con la insuficiencia de personal que también

perciben las terapeutas ocupacionales, sin descartar el impacto adicional que pueda tener la rotación de ellas, que se deduce de los breves tiempos de vinculación al servicio que fueron reportados. Las condiciones del ejercicio profesional han sido analizadas en otros contextos, identificando que la presión de tiempos y metas de productividad pueden derivar en mayor comisión de errores, aspecto que motiva a gestionar respuestas para atender la insuficiencia de personal (29).

En términos globales, las profesionales valoran bien el ambiente de seguridad del paciente en el servicio; sin embargo, al solicitarles calificar del grado de seguridad dos de ellas consideran que es aceptable y para la tercera es bueno. Una investigación holandesa encontró que, entre varias profesiones de salud, terapia ocupacional fue la que valoró menos positivamente el nivel de seguridad del paciente en el propio servicio (16).

Es conveniente capitalizar la función docente desarrollada con este prestador de servicios, como espacio de formación y entrenamiento del recurso humano, para sensibilizar a la comunidad académica sobre la importancia de la seguridad de los pacientes y la responsabilidad ética que todo ello conlleva, haciéndolos partícipes de los procesos relacionados en el marco del aseguramiento de la calidad. Experiencias de otras latitudes mencionan el impacto de este tipo de estrategia de acompañamiento a los nuevos profesionales, por parte de quienes ya están en ejercicio y tienen mayor trayectoria, para reducir los errores en la práctica cotidiana de quienes apenas incursionan en el campo (21).

Como fortaleza del trabajo se destaca la novedad temática, ya que en la literatura profesional consultada no se identificaron publicaciones

nacionales y fueron pocas en el contexto internacional. El trabajo hace parte de un proyecto más amplio sobre seguridad del paciente en terapia ocupacional que hasta el momento ha indagado sobre ello en la prestación de servicios profesionales, en la formación y experiencias de estudiantes de pregrado, en el manejo de determinadas condiciones de salud (cáncer) y en la revisión sistemática de la literatura.

Como limitación se reconoce el tamaño de la muestra, ya que de las seis profesionales que estuvieron vinculadas laboralmente en el servicio durante el periodo analizado, solamente tres aceptaron participar en el estudio. Sin embargo, este primer ejercicio aporta elementos conceptuales, normativos, metodológicos y de la práctica profesional que pueden ser referentes valiosos para futuras experiencias homólogas, en las cuales se consideren grupos muestrales de mayor tamaño y representatividad.

Conflictos de intereses: las autoras son docentes del programa académico considerado para la presente investigación, y dos han asumido actividades de coordinación en el servicio objeto de estudio.

Financiación: ninguna.

Agradecimientos

Alas colegas que generosamente nos compartieron su tiempo y experiencias. A las profesoras pensionadas María Victoria Urrea y Lucy Carrizosa por sus oportunos comentarios sobre el tema.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La investigación en seguridad del paciente: mayor conocimiento para una atención más segura. *Francia: Organización Mundial de la Salud*. 2008. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Sección: Temas de salud. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
3. The Joint Commission, Joint Commission International, World Health Organization. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=11>
4. Villarreal E. Seguridad de los pacientes: un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Salud Uninorte*. 2007; 23(1):112-119. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4057/2492>
5. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2008. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>
6. Colombia. Congreso de la República. Ley 1446 de 2005 (8 de mayo): por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D.C.: *Diario Oficial* 46271; 17 de mayo de 2006. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>.
7. Colombia. Congreso de la República. Decreto 1011 de 2006 (abril 3): por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C.: *Diario Oficial* 46230; 3 de abril de 2006. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Unidad Sectorial de Normalización en Salud. Norma Técnica Sectorial en Salud 001 de 2010 (4 de marzo): Buenas prácticas

- para la seguridad del paciente en la atención en salud. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/usns_copia\(5\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/usns_copia(5).aspx)
9. Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
 10. Universidad del Salvador, Organización Mundial de la Salud. Guía curricular sobre seguridad del paciente: edición multiprofesional. 2013. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf
 11. Cochran T, Mu K, Lohman H, Scheirton L. Physical therapists' perspectives on practice errors in geriatric, neurologic, or orthopedic clinical settings. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2009; 25(1): 1-13. doi: 10.1080/095953980802622685
 12. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, versión 1.1. Washington; 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 13. Cifuentes, A; Miranda, B; Chávez, E. (2012). La cultura de seguridad del paciente en el Centro Médico Endocriniano de Cali [Monografía]. Cali: Universidad Católica de Manizales; 2012. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/421/Angela%20Maria%20Cifuentes%20R..pdf?sequence=3>
 14. Luengas, S. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en instituciones de salud. Vía Salud. 200; 43. Disponible en: <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidadycultura.pdf>
 15. Colombia. Congreso de la República. Decreto 1164 de 2007 (octubre 3): Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá, D.C.: *Diario Oficial* 46771, 4 de octubre de 2007. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sis-jur/normas/Norma1.jsp?i=26903>
 16. Verbakel N, Van Melle M, Langelaan M, Verheij T, Wagner C, Zwart D. Exploring patient safety culture in primary care. *Int J Qual Health Care*. 2014; 26:6, 585–591. doi: 10.1093/intqhc/mzu074
 17. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Traducción, validación y adaptación del Cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en atención primaria. Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
 18. Slusser, L., Rice M, Miller, B. Safe patient handling curriculum in Occupational Therapy and Occupational Therapy Assistant Programs: a descriptive study of school curriculum within the United States of America. IOS Press, 385-392.
 19. Brewer M, Stewart-Wynne E. An Australian hospital- based student training ward delivering safe, client-centred care while developing students' interprofessional practice capabilities. *J. interprof. Care*. 2013; 27:6, 482-488. doi: 10.3109/13561820.2013.811639
 20. Lohman H, Scheirton L, Mu K, Cochran T, Kunzweiler J. Preventing practice errors and improving patient safety: an examination of case studies reflecting common errors in occupational therapy practice. *J Allied Health*. 2008 Winter; 37(4):242-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19157054>
 21. Mu K, Lohman H, Scheirton L. Occupational therapy practice errors in physical rehabilitation and geriatrics settings: a national survey study. *Am J Occup Ther*. May-Jun 2006; 60(3):288-97. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16776396>
 22. Adam K, Peters S, Chipchase L. Knowledge, skills and professional behaviours required by occupational therapist and physiotherapist beginning practitioners in work-related

- practice: a systematic review. *Aust Occup Ther J.* Apr 2013; 60(2):76-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551000/>
23. Durocher E, Kinsella E, Ells C, Hunt M. Contradictions in client-centred discharge planning: through the lens of relational autonomy. *Scand J Occup Ther.* 2015; 22:4, 293-301. doi: 10.3109/11038128.2015.1017531
24. Hayden C. Online learning of state patient transfers in Occupational Therapy Education. *The Open Journal of Occupational Therapy.* 2013; 1(2): article 7. doi: 10.15453/2168-6408.1021
25. Rowland P, Kitto S. Patient safety and professional discourses: implications for interprofessionalism. *J. interprof. Care.* 2014; 28:4, 331-338. doi: 10.3109/13561820.2014.891574
26. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Washington. 2013. Disponible en: file:///C:/Users/WIN/Documents/Downloads/HSS_HS_SistemasIncidentes_2013.pdf
27. Gómez O, Soto A, Arenas A, Garzón J, González A, Mateus E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av. Enferm.* 2011; XXIX(2): 363-374. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>
28. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de Enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería.* 2011; XXVII(3): 97-111.
29. Mu K, Lohman H, Scheirton L, Cochran T, Coppard B, Kokesh S. Improving Client Safety: strategies to prevent and reduce practice errors in Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 2011; 65: e69-e76. doi: 10.5014/ajot.2011.000562.
30. Universidad Nacional de Colombia. Proyecto educativo de programa. Evaluación y seguimiento de la calidad de los programas de pregrado. *Terapia Ocupacional.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2013. Disponible en: http://www.pregrado.unal.edu.co/docs/pep/pep_2_21.pdf
31. Giraldo, P; Montoya M. (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia, Colombia. [monografía]. Medellín: Universidad CES; 2013. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/Evaluacion_Cultura_Seguridad.pdf
32. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts P, Thomas E. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *Bio Med Central Health Services Research.* 2006; 6(44). doi: 10.1186/1472-6963-6-44.
33. Agency for Healthcare Research and Quality; U.S. Department of Health and Human Services. *Surveys on Patient Safety Culture.* Disponible en: <https://www.ahrq.gov/professionals/education/ahrq-toolkits.html>