

PERCEPCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
LA UCI GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA

ADRIANA BARRERO VEGA
CAROLINA BAUTISTA SAIZ
ALEXANDRA RAMIREZ CASTRO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2011

PERCEPCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
LA UCI GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA

ADRIANA BARRERO VEGA
CAROLINA BAUTISTA SAIZ
ALEXANDRA RAMIREZ CASTRO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Medico

Asesores

SANDRA OLAYA
Ginecóloga y Obstetra

ANDRES RUBIANO
Neurocirujano

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2011

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Enero del 2011

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedicamos a Dios, quien nos permitió alcanzar este logro.
A cada una de nuestras familias por su apoyo incondicional; y a todas
aquellas personas que nos colaboraron en la elaboración de este
proyecto.

ADRIANA
ALEXANDRA
CAROLINA

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer primeramente a Dios, porque su ayuda y sabiduría fueron indispensables para la realización de este proyecto.

A cada una de nuestras familias por su apoyo incondicional, gracias por que este logro es la satisfacción de cada uno de ustedes.

A nuestros asesores, la Dr. Sandra Olaya y el Dr. Andrés Rubiano, por el tiempo dedicado para atender nuestras inquietudes y por el direccionamiento frente a muchos aspectos del proyecto.

Al personal que labora en la UCI Gineco–obstetrica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, que amablemente nos atendieron y colaboraron con la información solicitada en la encuesta.

Y a las personas que aunque no aparecen aquí, aportaron un granito de arena en la elaboración de este proyecto, gracias por sus oraciones, paciencia y colaboración, mil gracias.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	18
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
3 JUSTIFICACIÓN	24
4 OBJETIVOS	26
4.1 OBJETIVO GENERAL	26
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
5 MARCO TEORICO	27
5.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE	27
5.1.1 Modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso.	29
5.2 CUPS	31
5.2.1 ¿Qué significa CUPS?	31
5.2.2 ¿Cuál es el objetivo del CUPS?	31
5.2.3 ¿En qué consiste el CUPS?	31
5.2.4 Pasos del CUPS	32
5.2.4.1 Paso 1	32
5.2.4.2 Paso 2	32
5.2.4.3 Paso 3	33
5.2.4.4 Paso 4	34
5.2.4.5 Paso 5	34
5.2.4.6 Paso 6	35
5.2.4.7 Paso 7	36
5.2.4.8 Paso 8	36
5.3 CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE SEGURIDAD (SAQ)	36
6 DISEÑO METODOLOGICO	44
6.1 TIPO DE ESTUDIO	44

	Pág.
6.2	LUGAR Y TIEMPO 44
6.3	POBLACION Y MUESTRA 44
6.4	CRITERIOS DE INCLUSION 44
6.5	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION 45
6.6	INSTRUMENTO 45
6.6.1	Secciones del formulario 46
6.7	PRUEBA PILOTO 47
6.8	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION 47
6.9	PLAN DE ANALISIS 47
6.10	CONSIDERACIONES ETICAS 48
7	RESULTADOS 49
7.1	CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y LABORAL DEL PERSONAL 49
7.2	CULTURA DE SEGURIDAD: FRECUENCIAS POR ITEMS Y DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO 52
7.2.1	Calificación del grado de seguridad del paciente 52
7.2.2	Número de incidentes reportados 53
7.2.3	Dimensión: frecuencia de incidentes reportados 54
7.2.4	Dimensión: percepción de seguridad 55
7.2.5	Dimensión: expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad. 56
7.2.6	Dimensión: aprendizaje organizacional/mejora continua. 57
7.2.7	Dimensión: trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio 58
7.2.8	Dimensión: franqueza en la comunicación 59
7.2.9	Dimensión: retroalimentación y comunicación sobre errores 60
7.2.10	Dimensión: respuesta no punitiva a los errores 62
7.2.11	Dimension: dotación de personal 63

		Pág.
7.2.12	Dimensión: apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	64
7.2.13	Dimensión: trabajo en equipo entre unidades/servicios	65
7.2.14	Dimensión: problemas en cambios de turno y transición entre servicios	67
7.2.15	Dimensión: nivel de estres.	68
7.2.16	Dimensión: satisfacción laboral	69
8	DISCUSION	71
9	CONCLUSIONES	74
10	RECOMENDACIONES	75
	BIBLIOGRAFIA	76
	ANEXOS	77

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Grafica.1	Clasificación del género en la UCI gineco-obstetrica.	49
Grafica 2.	Frecuencia de edades en el personal de salud.	49
Grafica.3	Número de pacientes que tienen a cargo cada trabajador.	50
Grafica.4	Horas de trabajo a la semana.	50
Grafica 5.	Posición laboral en el hospital.	50
Grafica 6.	Tiempo laboral en el hospital.	51
Grafica 7.	Tiempo laboral en la UCI	51
Grafica 8.	Tipo de vinculación	51
Grafica 9.	Principales áreas de trabajo en este hospital	52
Grafica 10.	Grado de seguridad del paciente	53
Grafica 11.	Dimensión: frecuencia de incidentes reportados (p 1e, 2e y 3e).	54
Grafica 12.	Dimensión: percepción de seguridad (p 10b, 15b, 17b y 18B).	55
Grafica 13.	Dimensión: expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad (p 1c, 2c, 3c y 4C).	57
Grafica 14.	Dimensión: aprendizaje organizacional/mejora continua (p 6b, 9b y 13b).	58

	Pág.
Grafica 15. Dimensión: trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio (p 1b, 3b, 4b y 11b).	59
Grafica 16. Dimensión: franqueza en la comunicación (p 2d, 3d y 6d).	60
Grafica 17. Dimensión: retroalimentación y comunicación sobre errores (p 1d, 4d y 5d).	61
Grafica 18. Dimensión: respuesta no punitiva a los errores (p 8b, 12b y 16b)	62
Grafica 19. Dimensión: dotación de personal (p 2b, 5b, 7b y 14b)	64
Grafica 20. Dimensión: apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (p 1g, 8g y 9g).	65
Grafica 21. Dimensión: trabajo en equipo entre unidades/servicios (p 2g, 4g, 6g y 10g).	66
Grafica 22. Dimensión: problemas en cambios de turno y transición entre servicios (p 3g, 5g, 7g y 11g).	68
Grafica 23. Dimensión: nivel de estrés (p i1, i2, i3, i4)	69
Grafica 24. Dimensión: satisfacción laboral	70

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Dimensiones de cultura de seguridad	38
Tabla 2	Numero de incidentes reportados	53

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Reason J. Human error: models and management	29

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	78
Anexo B Cuestionario	79
Anexo C. Tablas complementarias	86

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente es un problema complejo y multifactorial, por lo cual, potenciar una cultura de seguridad en las unidades de cuidados intensivos es una estrategia fundamental para mejorar la calidad de la atención médica.

El objetivo de este trabajo es hacer una primera aproximación sobre la percepción que tiene el personal que labora en la UCI Gineco-Obstétrica sobre la cultura de seguridad, permitiéndonos identificar las fortalezas y debilidades que tiene el servicio en este campo.

Materiales y metodos: Se utilizó el Cuestionario de actitudes de seguridad de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, versión española adaptada por la Universidad de Murcia y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. El cuestionario se repartió a 37 profesionales de la salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Con los datos obtenidos se creó una base de datos en Excel que posteriormente fue analizada en Epi Info 3.5.1 para determinar las fortalezas y debilidades en las 12 dimensiones que evalúa el cuestionario.

Resultados: La participación del personal de salud de la UCI gineco-obstetrica fue de 100%, la distribución de respuestas positivas por dimensiones fue: Expectativas de la dirección, 66,2%; Comunicación sobre errores, 65,8%; Problemas en los cambios de turno, 50 7%; frecuencia de incidentes reportados, 50,5%; trabajo en quipo entre unidades, 46%; y percepción de seguridad 42,5%. Y entre las dimensiones consideradas como fortalezas son: satisfacción laboral, el 94.6%; Mejora continua, 83,8%; Trabajo en equipo de la unidad, 81%; y como debilidades “Las acciones de la dirección” con un 70,3% y “El personal trabaja más horas” con un 51,3% de respuestas negativas.

Conclusión: La cultura de seguridad en la UCI gineco-obstetrica es buena, se identificaron fortalezas en las dimensiones de satisfacción laboral, aprendizaje organizacional y trabajo en equipo dentro del servicio; sin embargo el bajo reporte de incidentes y el mayor numero de respuestas negativas en las dimensiones de dotación de personal y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente indican la necesidad de aplicar estrategias para incentivar la notificación de eventos adversos e incrementar las acciones para mejorar la seguridad, que involucren desde el personal de salud del servicio hasta la gerencia del hospital.

Palabras claves: Calidad de atención medica, cultura en seguridad en la unidad de cuidados intensivos.

SUMMARY

Background: Patient safety is a complex and multifactorial, thus, enhancing a culture of safety in intensive care units is a key strategy to improve the quality of care.

The aim of this paper is to a first approximation of the perception that staff working in ICU Obstetrics and Gynecology on the safety culture, allowing us to identify the strengths and weaknesses that have the service in this field.

Materials and methods: We used the safety attitudes questionnaire from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S., Spanish version adapted by the University of Murcia and the Ministry of Health of Spain. The questionnaire was distributed to 37 health professionals, which were investigated demographics, frequency and number of events. With the data we created a database in Excel, which was subsequently analyzed in Epi Info 3.5.1 to determine the strengths and weaknesses in the 12 dimensions assessed by questionnaire.

Results: The health staff of the UCI obstetrician-obstetrical was 100%, the distribution of hits per dimensions were: expectations of management, 66.2%; Communication errors, 65.8%; Problems in shift changes, 50.7% frequency of reported incidents, 50.5% TEAM work between units, 46% and 42.5% perceived safety. And among the dimensions considered as strengths are: job satisfaction, 94.6%, continuous improvement, 83.8% Teamwork unit, 81% and as weaknesses "management actions" with 70.3% and "The staff work more hours" with a 51.3% negative responses.

Conclusion: The culture of safety in gynecology and obstetric ICU is good, identified strengths in the dimensions of job satisfaction, organizational learning and teamwork within the service, but the low reporting of incidents and the highest number of negative responses the size of staffing and management support of the hospital patient safety suggest the need to implement strategies to encourage reporting of adverse events and increase action to improve safety, which involve both health service staff to hospital management.

Keywords: Quality of medical care, security culture in an intensive care unit.

INTRODUCCION

Durante décadas se ha asumido que el profesional de la salud brinda una atención con ética y responsabilidad y nunca con la intención de hacer daño. Solo hasta hace poco se creía que el tema de la seguridad del paciente era algo implícito en el proceso de la atención de los pacientes, sin tenerse en cuenta que los sistemas de atención en salud es uno de los procesos más complejos a los que se enfrenta el ser humano, más específicamente el profesional de la salud.

En los últimos años la mayoría de los sistemas de salud a nivel mundial han implementado políticas y programas que han llevado a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud y sólo hasta el año 2000 se empezó a analizar con más detalle el tema. En el 2004 la organización mundial de la Salud (OMS) decide lanzar la iniciativa conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es movilizar la cooperación internacional hacia los países para llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, reducir el sufrimiento innecesario y disminuir muertes inevitables.¹ Por tal motivo, la seguridad del paciente es una preocupación universal, tanto en los países desarrollados como en vía de desarrollo.

En el reporte suministrado por el instituto de medicina de los EEUU indica que el número de muertes atribuidas a errores médicos está entre 44000 y 98000 por año, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida.^{2,3} Pese a los muchos esfuerzos que se han hecho por mejorar la seguridad del paciente, estos se han visto severamente limitados por el escaso entendimiento de la ciencia de la seguridad del paciente y la falta de cambios en la implementación y diseño de una metodología rigurosa.

La seguridad de los pacientes debe ser parte del patrimonio cultural de las instituciones sanitarias, por lo tanto, la evaluación de los riesgos y la creación de protocolos y normas para evitarlos o al menos mitigarlos, debe convertirse en una serie de reglas que deben ser cumplidas, respetadas y sentidas como propias tanto por los trabajadores de la salud como por los jefes, directores o gerentes. La

¹ ESE HOSPITAL GABRIEL PELAEZ MONTOYA. Política de seguridad del paciente, 2009. JARDIN-ANTIOQUIA.2009.

² KOHN L, CORRIGAN J, DONALDSON H. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

³ AGENCY FOR HEALTHCARE QUALITY AND RESEARCH DE LOS EEUU.

primera medida verdaderamente proactiva para mejorar la seguridad de los pacientes es la creación de una cultura que convierta las normas en hábitos.

Por ello se han desarrollado encuestas como el Safety Attitude Questionnaire (SAQ), el cual fue creado por Jhon B. Sexton Ph D., a lo largo de 10 años de investigación y desarrollado en asociación con la agencia de investigación y calidad en salud (AHRQ) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, la cual es utilizada para medir aspectos de la cultura de seguridad en instituciones hospitalarias.

Por tal motivo hemos decidido implementar en la UCI Gineco-Obstétrica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo el SAQ, el cual ha sido implementado en hospitales de varios países con resultados satisfactorios, buscando realizar una primera aproximación sobre la percepción que tiene el personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente para identificar sus fortalezas, debilidades, actitudes y comportamientos que puedan afectar la estancia de los pacientes durante su permanencia en dicha unidad.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La seguridad clínica del paciente se ha convertido en uno de los principales objetivos a nivel internacional de las diferentes instituciones, hospitales y centros médicos, así como de muchos profesionales de la salud debido a las altas tasas de eventos adversos, errores médicos y administrativos que pueden afectar la seguridad del paciente, los cuales según la OMS oscilan entre 3.2% y 16.6% en los países desarrollados⁴.

Esta grave situación llevo a que en diferentes lugares del mundo se iniciaran estudios para la evaluación y mejoramiento de la seguridad del paciente en los diferentes sitios de atención como salas de cirugía, urgencias, y unidades de cuidados intensivos.

A nivel internacional se reportan varios estudios^{5,6}, realizados con este objetivo, en los cuales se han implementando programas y herramientas como el CUSP (Programa de seguridad integral en base a cada unidad); el SAQ(cuestionario de actitudes de seguridad), el cual es el primero paso del CUSP; entre otros; los cuales han permitido identificar los factores que afectan la seguridad del paciente, la percepción de seguridad de los trabajadores de la salud y el ambiente de seguridad que existe en las diferentes áreas clínicas.

Entre los estudios más importantes se encuentra el realizado por el doctor Peter Pronovost y colegas en el Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, denominado "Implementación y validación del Programa de seguridad integral en base a cada unidad (CUSP)" publicado en el 2005; en el cual se implementó el CUSP en dos unidades quirúrgicas de cuidados intensivos, realizando una evaluación antes y después de su aplicación. Entre los resultados, se encontró que el programa mejoro la cultura de seguridad de las unidades y aumento la percepción de esta por parte del personal de 35% a 52% en una unidad, y de 35% a 68% en la otra; redujo el tiempo de estancia en la UCI de dos días a uno en una de las unidades y de 3 a 2.3 días en la otra; además disminuyo los errores en la medicación.

⁴ ASTOLFO ,Franco. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colomb Med 2005; 36: 130-133.

⁵ PRONOVOST, Peter; WEAST, B; ROSENSTEIN, B, et al. Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. J Patient Saf 2005; 1(1): p33-40.

⁶ SEXTON, Bryan, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res 2006: 644.

El éxito de la aplicación de este programa llevo a que se implementara en otras unidades y aéreas clínicas⁷.

Posteriormente en el 2006 fue publicado un estudio⁸ realizado por John B Sexton, en el cual llevaron a cabo 6 estudios de corte transversal en 203 aéreas clínicas en tres países (EE.UU., Reino Unido, Nueva Zelanda), con una población de 10.843 trabajadores de la salud; en los cuales se aplicaron el cuestionario de actitudes de seguridad (SAQ Safety Attitudes Questionnaire), por medio del cual se evaluaron la percepción de los trabajadores sobre la seguridad del ambiente, el trabajo en equipo, las condiciones del trabajo y el reconocimiento del estrés. Como conclusión se observo una gran variación de los resultados del cuestionario dentro y entre las organizaciones, pero se determino que existían buenas actitudes psicométricas por parte del personal de salud frente a la seguridad del paciente.

En el 2009 debido a los pocos datos existente hasta el momento acerca de la implementación de intervenciones para mejorar la seguridad del paciente, es publicado por W.S. Krinsky y colegas un trabajo realizado en la UCI del Centro Médico Dartmouth Hitchcock, acerca de un modelo para aumentar la seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos basado en la aplicación medidas de seguridad basadas en la evidencia que han demostrado reducir la morbimortalidad en pacientes críticamente enfermos como los son la profilaxis para trombosis venosa profunda, neumonía asociada a ventilador y úlceras por stress⁹.

Al final del estudio se logro el objetivo de incrementar en un 100% la aplicación de las medidas de seguridad lo que mostro una disminución de muertes prevenibles y por lo tanto aumentó la posibilidad de integrar estas medidas al sistema de cuidado del paciente.

Durante el mismo año fue publicado un estudio realizado por Peter J. Pronovost en varias unidades de cuidados intensivos en Michigan en donde se describió el impacto del CUSP en el ambiente de trabajo de la UCI y la cultura de seguridad; el cual demostró que el uso del CUSP se asocia a un mejoramiento significativo en la cultura de la seguridad¹⁰.

⁷ PRONOVOST. Op. cit., p. 18

⁸ SEXTON. Op. cit., p 18

⁹ KRIMSKY, W, et al. A model for increasing patient safety in the intensive care unit: increasing the implementation rates of proven safety measures. *Qual Saf Health Care* 2009;18: p74–80

¹⁰ PRONOVOST, Peter; BERENHOLTZ, Sean; GOESCHEL Christine, et al. Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *J Crit Care* 2008; 23: p207–221.

Uno de los trabajos más recientes que se tienen sobre este tema es el publicado por *Daniel J. France y colegas* en marzo del presente año, realizado en 110 unidades de cuidados intensivos de 61 hospitales en E.U, donde se aplicaron a todos los miembros del personal el cuestionario de actitudes de seguridad (SAQ), con el fin de medir la seguridad del ambiente y los factores que influyen en este. Por medio del cuestionario se evaluaron aspectos como el trabajo en equipo, la seguridad del ambiente, las condiciones de trabajo, el reconocimiento del stress, entre otros¹¹.

Los resultados mostraron un ambiente de seguridad positivo en la mayoría de las UCIs pero las condiciones de trabajo no fueron bien calificadas por el personal de salud. Además el tipo de trabajo realizado por el personal se asocio significativamente con el ambiente de seguridad percibido.

Por último, a nivel nacional aunque son pocos los trabajos realizados con el fin de mejorar la seguridad del paciente, actualmente se está llevando a cabo el Estudio de Prevalencia de Eventos Adversos IBEAS, desarrollado en 5 países latinoamericano (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS, Ginebra)¹².

Dicho estudio tiene como objetivos: conocer la prevalencia de los efectos adversos relacionados con la seguridad del paciente, su magnitud, trascendencia e impacto; identificar los principales problemas para facilitar el proceso de prevención; aumentar el número de profesionales involucrados en la seguridad del paciente e incorporar a la agenda de todos los países actividades para mejorar la seguridad del paciente.

Por tales razones es importante evaluar la seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos Gineco-Obstétrica de nuestro hospital, con el fin de conocer la situación regional de esta problemática y poder compararla con los demás estudios ya mencionados.

¹¹ FRANCE, Daniel, et al. Measuring and Comparing Safety Climate in Intensive Care Units. *Medical Care*, 2010, vol. 48, no. 3.

¹² ARANAZ, Jesús; AIBAR, Carlos; et al. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España, 2008.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las muertes inesperadas y prevenibles de pacientes en hospitales de los Estados Unidos a mediados de la década de los 90 por errores médicos relacionados con sobredosis de medicamentos, transfusiones de un tipo de sangre equivocado, error del sitio quirúrgico, infecciones nosocomiales, entre otros; llevó a que se creara un comité para investigar la calidad del cuidado médico en ese país, el cual logró establecer que en Estados Unidos mueren al año en los hospitales entre 44.000 a 98.000 personas como resultado de los errores durante el proceso de atención, situando la mortalidad por errores médicos como la octava causa¹³.

En 1991 un estudio realizado por la universidad de Harvard "Medical Practice Study" indicó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño durante su hospitalización; el 70% de eventos adversos produce incapacidad temporal y el 14% de estos son mortales¹⁴.

Posteriormente en el 2002 la OMS informó tasas muy altas de eventos adversos en países desarrollados que alcanzaban el 15%, lo que corroboró la existencia del gran problema a nivel mundial relacionado con la atención en salud y la seguridad del paciente¹⁵.

En países subdesarrollados como el nuestro existen pruebas de que la probabilidad de la aparición de eventos adversos es asociada a fallas en la infraestructura, equipos, calidad de los medicamentos, irregularidad en el suministro, deficiencias en la eliminación de desechos y control de infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos, la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales y las políticas en salud que dan prioridad a la productividad de las instituciones y su motivación económica, negando el derecho a los usuarios y pacientes de una atención en salud segura.

Sin embargo a pesar de que todas estos datos revelan la gran dimensión del problema existente alrededor de la atención en salud, las cifras pueden ser mayores debido a la alta tasa de subregistro de la información debido al miedo del

¹³ KOHN. Op. cit., p. 16

¹⁴ LUCIAN, A; TROYEN, A; et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6

¹⁵ OMS. Prioridades mundiales para la investigación de la seguridad del paciente. [en línea]. <http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/es/index.html#>

personal sanitario de que estos errores notificados sean interpretados como negligencia en el cuidado y sirvan de base para posteriores demandas.

Por tanto la seguridad del paciente se ha constituido en un reto a nivel mundial, nacional y regional, ya que las falencias en ésta, además de afectar la condición de salud de los enfermos, llevan consigo repercusiones financieras debido a la alta proporción de los costos de salud de las instituciones, por el incremento de las estancias intrahospitalarias.

Esto ha llevado a que diferentes instituciones que promueven la salud de la población, preocupados por la situación, hayan integrado en su agenda la seguridad del paciente como un asunto prioritario, para lograr la identificación y disminución de errores que lleve al mejoramiento de la seguridad y calidad del cuidado que se brinda al paciente; y para la construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras y su mayor participación en este propósito.

Entre estas instituciones se encuentra el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, que desde hace algunos años ha venido implementando las políticas de seguridad del paciente, por medio de la realización de proyectos que buscan mejorar la seguridad clínica en diferentes áreas como salas de cirugía y la unidad de urgencias. Cuyos resultados positivos, han llevado a que se quieran implementar en las demás áreas de atención y cuidado del paciente.

Por tal razón el presente estudio busca evaluar la seguridad del paciente y del ambiente en la unidad de cuidados intensivos Gineco-Obstétrica de nuestro hospital; un área donde la seguridad es un factor esencial para lograr resultados positivos en la salud del paciente, y en donde errores adversos ya sean humanos o del sistema lleva consigo un alto costo.

Por lo mencionado anteriormente se ha decidido llevar a cabo el siguiente proyecto, ya que son muchas las limitaciones económicas que se presentan en nuestro país para desarrollar investigación e inversión en tecnología que promuevan la seguridad del paciente. Sin embargo una de las ventajas en el tema de seguridad del paciente y que hace que nuestro proyecto sea viable es que aun con poca inversión económica se puedan obtener resultados positivos que ayudan a mejorar la seguridad del paciente porque permitirá establecer herramientas prácticas que al ser implementadas contribuirán en la consecución del objetivo de hacer más seguro los procesos de atención de los pacientes en la UCI e impactar

en la mejora de la calidad de los servicios prestados y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud.

Además permitirá identificar las fallas en la comunicación entre medico/paciente, medico/enfermera, enfermera/paciente, indispensable para el desarrollo de un ambiente de trabajo funcional que permita mantener la seguridad del paciente y brindar una adecuada atención y tratamiento.

Además de que nuestras instituciones y profesionales de la salud sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para progresivamente instaurar la cultura de seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos.

Al finalizar el proyecto se busca facilitar a futuro el diseño de modelos y estrategias que contribuyan a mejorar el clima de seguridad, el ambiente de trabajo, la comunicación entre el personal y el manejo de los pacientes. Para lograr esto nos hemos planteado la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción que tienen el personal de la UCI Gineco-Obstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo sobre la cultura de seguridad del paciente en su unidad de trabajo?

3. JUSTIFICACIÓN

Los actuales sistemas de prestación de servicios de salud se caracterizan por la combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas, aportando beneficios importantes a la sociedad, sin embargo, la relación cotidiana con pacientes conlleva a un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos con diferentes grados de consecuencias.

Estas son algunas de las razones por las cuales se creó un programa en donde el fin es el de evaluar la seguridad del paciente, programa que ha sido objeto de múltiples estudios en todo el mundo, con el objetivo de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria en salud.

Por eso hoy en día es reconocida la seguridad del paciente como una prioridad, mediante el Programa de seguridad integral en base a cada unidad (CUSP) se aborda varias áreas cruciales donde el paciente se encuentra bajo riesgo, al analizar cada área se han propuesto soluciones a los efectos adversos diagnosticados, y estas correcciones han demostrado ser de gran utilidad para reducir las cifras inaceptablemente altas de lesiones iatrogénicas observadas en el momento de la manipulación del paciente y como marcador de estándar de calidad.

Los efectos adversos encontrados en la aplicación del programa en otros lugares del mundo han permitido la implementación de políticas que llevan a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud. En Colombia las políticas de seguridad pretenden que las instituciones y profesionales estén capacitados en la identificación de los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para ir instaurando progresivamente la cultura de seguridad del paciente¹⁶.

Con todos los beneficios encontrados en la aplicación del programa de seguridad del paciente, pretendemos en nuestro Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, aplicar el primer paso del CUPS, que es el SAQ un cuestionario de actitud, el cual se le aplicara al personal que labora en la unidad de cuidados intensivos de Gineco Obstétrica; con el fin evaluar la percepción que tienen los trabajadores sobre el clima de seguridad en su área de trabajo.

¹⁶ TOMAS, S., CHANOVAS, M., BORRAS, I. et al. Gestión asistencial de los servicios de urgencias. Monografía de Urgencias, 2007, vol. 1, no. 3.

El cuestionario de actitud (SAQ) se realiza con el fin de hacer la primera parte de un gran proyecto en nuestro hospital sobre la seguridad del paciente dirigido por el doctor Andrés Rubiano y la Doctora Paola Tejada; evaluando en esta primera parte como perciben los trabajadores de la unidad el clima de seguridad entorno a los paciente y al ambiente de trabajo.

Con nuestro proyecto pretendemos dar inicio a una cultura positiva de seguridad del paciente en nuestra institución; así los resultados de nuestro estudio podrá ser objeto de análisis por la directivas del hospital las cuales podrán implementar reformas con el fin de mejorar el ambiente de seguridad de los pacientes no solo de la UCI-GO si no en todo el hospital, así futuros pacientes en la mismas circunstancias no padecerán de problemas relacionados con su atención en el servicio de salud, porque ya se encontrara definido e identificado las barreras de seguridad ante cada efecto adverso.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de la cultura de seguridad que tiene el personal que labora en la unidad de cuidados intensivos (UCI) Gineco-Obstétrica, del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva; mediante la aplicación del cuestionario de actitudes de seguridad (SAQ) a los trabajadores de salud que laboran en dicha unidad.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar los factores socio-demográficos y laborales del personal de salud que labora en la UCI Gineco-Obstétrica, que están relacionados con la cultura de seguridad.

Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables y desfavorables relacionados con la seguridad del paciente en los trabajadores de salud que laboran en la UCI Gineco-Obstétrica.

Identificar las fortalezas y debilidades que presenta la UCI Gineco-Obstétrica en lo relacionado a la seguridad del paciente.

5 MARCO TEORICO

5.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE

La evidencia existente y las conclusiones de los investigadores que han estudiado organizaciones con tradición en una cultura de seguridad (aviación, industria química, eléctrica, etc.) señalan que ésta es uno de los rasgos críticos de sus logros en esta materia.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

La cultura de la seguridad se refiere al conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que, en los procesos de atención en salud, asumen la probabilidad de equivocarse; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considere como parte del aprendizaje¹⁷.

En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las «buenas prácticas» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente.

La seguridad de los pacientes es un aspecto central de la calidad de la atención médica que no depende de una única persona, tecnología o departamento.

Mejorar la seguridad implica comprender como interaccionan las distintas partes del sistema, para lo cual se requiere un fuerte compromiso del equipo de salud en la búsqueda, identificación y solución de los problemas de seguridad. Igualmente relevante es la participación de los propios pacientes y sus familias en este proceso: ellos no sólo pueden participar activamente en su propio cuidado, sino que su participación es crítica para la mejora de la calidad y la seguridad en la atención.

¹⁷ PIZZI LT, GOLFARB NI, NASH DB, Promoting a Culture of Safety, in Agency for Healthcare Research and Quality, U. S. Department of Health and Human Services. Making Health Care Safer: A critical Analysis of Patient Safety Practices, Editorial Board, 2001, Chapter 40, págs. 447-57.

La seguridad del paciente ha sido definida por diferentes organizaciones, como el grupo IBEAS; como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias¹⁸.

Para la Organización Mundial de la Salud, la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios derivados con la atención de la salud a un nivel aceptable mínimo; el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se preste la atención, ponderadas frente al riesgo de dar tratamiento o de no tratar, o los daños que podrían producir otros tratamientos alternativos.

Las dos definiciones hacen referencia al principal propósito de la seguridad del paciente: disminuir el riesgo de sufrir un daño o evento adverso, ya que la identificación y análisis de estos podría considerarse una práctica segura.

Un evento adverso no es más que “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes”¹⁹; aquel que “hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo”²⁰; o el “resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño”²¹.

Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

¹⁸ ROA M, PALACIO C, RODRIGUEZ C. Lineamientos para la implementación para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social, Bogotá, 2008.

¹⁹ CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes. Edición N° 61. Sección internacional. 2002. www.icn.ch/pspatientsafesp.htm.

²⁰ Ibid., Seguridad de los pacientes. Comunicado de prensa 29 de abril de 2002. www.icn.ch/matters_ptsafetysp.htm.

²¹ ROA. Op. Cit., p. 28

A diferencia de los eventos adversos, otros eventos que también deben ser evitados y disminuidos para mejorar la seguridad del paciente, son los incidentes, ya que son circunstancias que suceden en la atención en salud de un paciente que aunque no generan daño en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

5.1.1 Modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso. Generalmente la opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente si se produce una falla en uno de los procesos esta puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó²².

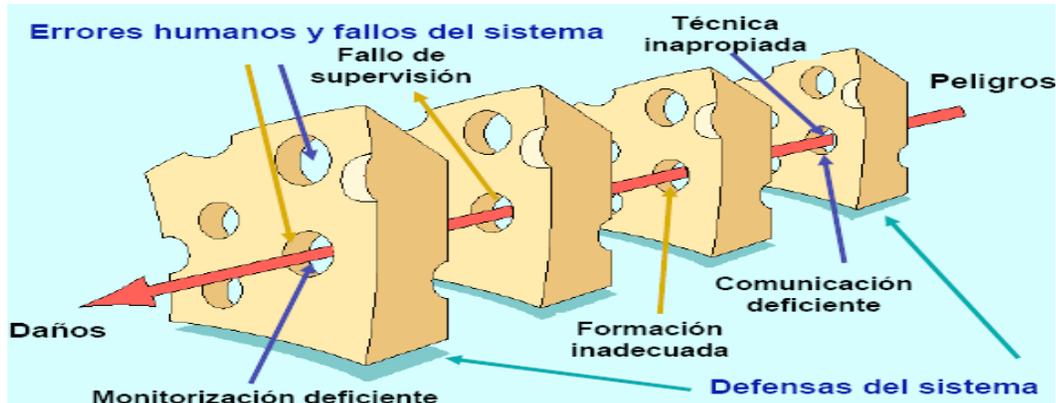
La figura 1 ilustra este modelo. Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas o errores en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

Además se deben considerar dos criterios importantes: el humano y el del sistema. El primero de ellos, originado por los actos inseguros y la violación de los procedimientos que el personal del equipo de salud comete debido a cansancio, estrés, falta de motivación, de atención, sobrecarga y/o insatisfacción laboral y negligencia.

²² RREASON, J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:369

Figura 1. Modelo explicativo de la ocurrencia del evento adverso: Queso suizo



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000: 320:369

Es el llamado Síndrome de Burnout ²³, caracterizado por agotamiento, pérdida de energía que experimentan los profesionales cuando sienten que los problemas de los otros los saturan. Este aspecto, que afecta la seguridad de los pacientes, tiene una connotación importante a la hora de velar por el cuidado que se brinda. El ser cuidado observa este comportamiento como una deshumanización del equipo de salud frente a la situación que vive.

El segundo criterio, el del sistema, explica la susceptibilidad que tiene el ser humano de cometer errores, a pesar de estar en la organización de más alta calidad, y por tanto, lo importante es generar mecanismos de defensa para prevenir errores. Al presentarse el error, lo fundamental es centrarse en la búsqueda de la explicación del cómo y el porqué fallaron esos mecanismos de defensa y no en buscar culpables.

En la actualidad, existen distintos instrumentos para el diagnóstico y análisis de la cultura de seguridad del paciente. En una revisión realizada por Colla y col. se identificaron y evaluaron nueve instrumentos, que contienen una serie de preguntas relacionadas con aspectos de la cultura de seguridad. Prácticamente

²³ RINCON O. F. Reflexiones acerca del cuidado humanizado y su relación con el estrés del cuidado en servicios de salud altamente tecnificados. Avances en Enfermería. UNAL Vol. XXIII, Nº 2. Jul- Dic. 2005. Unibiblos, p. 45 -46.

todos coinciden en abordar dominios como: liderazgo, políticas y procedimientos, composición de la fuerza de trabajo, comunicación y reporte del error²⁴.

Cada uno de estos instrumentos posee ventajas y limitaciones, que han sido utilizados en distintos estudios para la comparación de la cultura entre sectores de una misma institución de salud; entre instituciones diferentes y entre distintas industrias, así como en estudios pre y post intervención para el mejoramiento de la seguridad. Entre estos se encuentra el cuestionario referido a las actitudes respecto a la seguridad (SAQ = *Safety Attitudes Questionnaire*), el cual hace parte del programa de seguridad integral en base a cada unidad (CUSP).

5.2 CUPS

5.2.1 ¿Qué significa CUPS? Es el programa de seguridad integral en base a cada unidad.

5.2.2 ¿Cuál es el objetivo del CUPS? El objetivo de este programa es evaluar la seguridad del paciente; que puede ser implementado en forma secuencial en diferentes unidades de trabajo, mejorando la cultura de seguridad, también permite al personal de salud centrar los esfuerzos en los problemas específicos identificados con el programa, con el fin único de mejorar.

5.2.3 ¿En qué consiste el CUPS?. El CUSP es un programa de 8 pasos diseñado para determinar el clima de seguridad y las acciones realizadas por el personal, para así asumir el compromiso y la responsabilidad de seguridad en cada entorno. Esto se logra mediante la educación, organización, sensibilización y el acceso a recursos de un conjunto de herramientas de intervenciones.

²⁴ ARANAZ, JM, AIBAR, Remón C, VITALLER, Burillo J, RUIZ LOPEZ, P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, ENEAS 2005, informe febrero 2006.

1.	Medir el clima de seguridad	Encuesta personal
2.	Educar al personal sobre la ciencia de seguridad	Hablar con el personal
3.	Identificar los problemas de seguridad del personal	-Preguntar al personal sobre los problemas -Notificación de incidencia
4.	Altos ejecutivos adoptan una unidad	Reuniones mensuales de ejecutivos
5.	Implementando mejoras	Seleccionar 3 intervenciones que hacer que no requieran de muchos recursos
6.	Documentar resultados	Cada proyecto necesita medidas
7.	Compartir historias	Bases de seguridad en la web
8.	Volver a medir la cultura de seguridad	Encuesta al personal

En esta tabla se describe el objetivo de cada paso de CUPS y como se logra cada paso.

5.2.4 Pasos del CUPS.

5.2.4.1 Paso 1. Medir el clima de seguridad realizando una encuesta. El primer paso implica la evaluación del ambiente cultural de seguridad en la unidad de trabajo. Se utiliza una encuesta donde se gradúa mediante una escala el clima de seguridad, esta encuesta consta de 10 ítems y las respuestas están dadas en la escala de de 5 puntos (1= Muy en desacuerdo y 5=Muy de acuerdo) y identificando así de que forma el personal percibe un ambiente de seguridad, dependiendo del compromiso proactivo y la organización del trabajo en la unidad.

La escala que evalúa el clima de seguridad es una adaptación del cuestionario de actitudes, el cual mide las actitudes hacia el estrés, Jerarquías, liderazgo y habilidades interpersonales valorando mejor el entorno en el que se da la atención del paciente.

5.2.4.2 Paso 2. Educar al personal sobre las ciencias de la Seguridad. Una vez que la encuesta de cultural se ha completado, la unidad se encuentra preparada para conocer sobre la ciencia relacionada con la seguridad del paciente. El coordinador de la unidad se encargara de presentar al personal de la unidad incluyendo (médicos, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas respiratorios, auxiliares de enfermería) en qué consiste el concepto de seguridad del paciente,

en esta charla se destacara las enseñanzas de los errores de los humanos en la práctica y se analizara el impacto de los eventos adversos sobre el sistema.

Los objetivos de estas sesiones es ayudar al personal a comprender lo siguiente:

- La seguridad del paciente es un problema importante.
- Los esfuerzos deberán centrarse en mejorar la atención y no en buscar culpables.

Mantener una secuencia correcta en todo lo relacionado con el paciente de tal forma que no colapse el sistema y se mantengan las relaciones interpersonales, tales como hablar cuando se tiene una preocupación, escuchar lo que los demás hacen, reconocer las vulnerabilidades personales y organizacionales.

Aceptar las responsabilidades de los errores que se cometen en la atención. Este es un paso muy importante ya que es como la base para estar en contacto con el CUSP

5.2.4.3 Paso 3. Identificar las preocupaciones del personal de Salud Después de la presentación de la ciencia de seguridad, el trabajo del personal de la unidad se completa con composición abierta de evaluación de la seguridad, que son 3 preguntas:

- Cuéntanos sobre el último paciente que han resultado perjudicados sin su intervención.
- ¿Cómo será el siguiente paciente perjudicado?
- ¿Cómo podemos evitar que esto pasara, ya sea aplicando la prevención, haciendo que el error sea visible, o mitigar el daño que se produce?

Esta información se recopila y resume en el programa PSC antes de cualquier reunión.

Se discutirán los principales riesgos de seguridad del paciente con los presidentes o directivos del hospital, también se resumirá las preocupaciones de seguridad

y se propondrá un plan de acción, mediante una carta en la que se especificaran la forma de trabajar, los participantes y que directivo estará a cargo del proceso.

Además se utilizó un sistema de notificación de incidentes para ayudar a identificar riesgos de seguridad del paciente.²⁵

5.2.4.4 Paso 4. Adaptaciones ejecutivo para la unidad de trabajo. Se presentara toda la información sobre la ciencia de la seguridad ante los ejecutivos, y se discutirá el papel que juega en la seguridad el gerente del hospital. A partir de ese punto en adelante, el alto ejecutivo se reúne con la unidad una vez al mes para discutir los resultados de la evaluación de la seguridad del personal (paso 3) y otros problemas de personal.

Estas reuniones tienen por objeto eliminar los obstáculos a los cambios del sistema, proporcionando recursos para la mejora de la seguridad, demostrando el compromiso de los ejecutivos con la seguridad de los pacientes, se les asesoran sobre los equipos y se fomenta una relación de confianza entre los principales dirigentes y el personal. La capacidad de proporcionar una rápida, útil y accesible retroalimentación es un medio importante para el desarrollo de la confianza y la creación de informes de la cultura.²⁶

5.2.4.5 Paso 5. Poner en práctica las mejoras. El siguiente paso es implementar mejoras. En primer lugar, el trabajo personal de la unidad selecciona las áreas en las que se necesitan esfuerzos y mejoras.

Las áreas son seleccionadas de acuerdo a las prioridades de seguridad de la institución, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de la seguridad, los debates, y eventos históricos. El personal de la institución a continuación, enfocara los esfuerzos en la prevención, en la gravedad del daño y en disminuir la probabilidad de que este evento vuelva a ocurrir, se realizo mediante la aplicación de los conocimiento del personal sobre su ambiente de trabajo para dar así prioridad a los esfuerzos en las mejoras.

²⁵ PRONOVOST P, WEAST B. Rosenstein. Implementing and Validating a Comprehensive Unit-Based Safety Program
JOBNAME: PAGE: 2 OUTPUT: Tue March 15 15:21:56 2005.

²⁶ REASON J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Burlington, VT: Ashgate Publishing Company; 2000

Una vez que esta lista de prioridades se compila, el personal se dirige a seleccionar 2 o 3 esfuerzos de mejora que requieren un mínimo de recursos (es decir, financiado con cargo a su presupuesto) y poner en práctica de inmediato.

También seleccionan 2 o 3 esfuerzos de mejora que requieren importantes recursos (es decir, requieren una financiación del hospital) y comunicarlas a la junta directiva, para su revisión para su posible financiación.

Al seleccionar las intervenciones de seguridad, el personal solicita considerar dos objetivos simples:

1. Reducir la complejidad o el número de pasos en un proceso.
2. Asignación de personal independientes para los pasos clave en el proceso, tales como el uso de terapias basadas en la evidencia, teniendo así médicos, enfermeras, auxiliares, farmacéutas el control para garantizar que la atención de un paciente sean apropiados o que las precauciones de barrera se utilicen en cada procedimiento.

5.2.4.6 Paso 6. Resultados de documentos. Si bien cada uno tiene su esfuerzo para mejorar los resultados propios de cada cambio, se medirán los resultados primarios de la encuesta de actitud de seguridad. También, porque el clima cultural puede mejorar y dar lugar a reducir las complicaciones, a reducir la estancia hospitalaria, a mejorar la satisfacción de las enfermeras y disminuir la carga sobre las enfermeras jefes.,

La documentación de los resultados proporciona validez y el potencial para su difusión pública. Por eso es importante que el equipo continúe con el rigor metodológico en su recopilación de datos y los esfuerzos para mejora; para presentar gráficos representativos de los resultados.

Muchos esfuerzos para mejorar fallan porque no reúnen las medidas y por lo tanto no son capaces de documentar su impacto.²⁷

²⁷ OYRETVET J, BATE P, CLEARY P, et al. Quality collaboratives: lessons from research. Qual Saf Health Care. 2002;11:345–351.

Para demostrar los esfuerzos nos centramos en mejorar la seguridad en lugar de reducir costos y crear la expectativa de que los esfuerzos para mejorar deben ser rigurosos y suficientes para su publicación.

5.2.4.7 Paso 7. Compartir Historias. Aunque es un elemento clave en el aprendizaje el continuar compartiendo historias, y nos sirve para ayudar a fomentar el aprendizaje organizado, hemos creado un informe estándar denominado Informe de un Formulario de Seguridad. El personal utiliza este formulario para resumir y difundir los esfuerzos para la mejoría de la unidad.

5.2.4.8 Paso 8. Repetir la Encuesta sobre el clima de Cultura. Repetición la encuesta del clima de seguridad la cual nos ayuda a evaluar éxito del programa a través de los ojos del personal de primera línea. Esta se administra dentro de los 6 meses siguientes de la primera encuesta para que sirva de referencia y comparar los cambios. Se utilizo la misma encuesta, Las respuesta de las categorías fueron en una escala de 5 puntos de 1=totalmente en desacuerdo a 5 = muy de acuerdo. Se agrupan en porcentaje de respuesta, para determinar si el clima de seguridad es positivo, se el porcentaje par las preguntas 4 y 5 debe ser superior al 75%. Para evaluar los cambios en el cima de seguridad sólo se incluirán los encuestados que completaron tanto el pre y encuestas post intervención

5.3 CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE SEGURIDAD (SAQ)

Existen varios métodos para cuantificar variables importantes en la investigación de la seguridad del paciente. A través de diseños de investigación metodológica, científicos han desarrollado y modificado importantes instrumentos utilizados en la investigación de la calidad y seguridad del paciente. Uno de ellos es el SAQ (Safety Attitudes Questionnaire), un instrumento psicométricamente validado para evaluar las actitudes relacionadas con la seguridad y la percepción que tiene de ésta el personal de salud de primera línea.

El cuestionario SAQ, de origen estadounidense, deriva de un cuestionario ampliamente utilizado en la aviación comercial²⁸, el FMAQ (cuestionario de actitudes de la gestión de vuelo). El FMAQ se creó después de que investigadores encontraran que la mayoría de los accidentes aéreos se debieron a fallas en aspectos interpersonales, el liderazgo, la comunicación y la colaboración en la toma de decisiones.

²⁸ SEXTON. Op. cit., p. 18

El SAQ fue diseñado por Jhon B. Sexton Ph D., a lo largo de 10 años de investigación y desarrollado en asociación con la agencia de investigación y calidad en salud (AHRQ) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, para realizar diagnósticos organizacionales e intervenciones pertinentes en la seguridad del paciente. Los hospitales pueden usar el SAQ como un medio económico y eficiente de recolección de datos relevantes de seguridad, en lugar de esperar a que se manifieste a través de eventos adversos centinelas. El SAQ puede ser utilizado para evaluar los puntos fuertes y débiles en una organización dada y proveer una base para sugerir intervenciones.

La encuesta es de dominio público, puede ser usada sin permiso de los autores, y es ampliamente utilizada y aceptada en más de 2000 hospitales en los Estados Unidos y en el extranjero, con traducciones en 12 idiomas. La versión original se encuentra disponible en <http://www.ahrq.gov>²⁹ y es de utilidad para evaluar la cultura de la seguridad en la institución de manera global o en áreas específicas dentro de los hospitales, ya que ha sido adaptado para su uso en unidades de cuidados intensivos, salas de cirugía, unidades de urgencias, clínicas ambulatorias y farmacias. Además permite evaluar los cambios en el tiempo y el impacto de las intervenciones que se realicen.

El SAQ esta diseñado para evaluar 6 componentes esenciales de la seguridad del paciente, estos son:

1. Clima de trabajo en equipo: percibe la calidad de la colaboración entre el personal de salud.
2. Satisfacción del trabajo: la positividad acerca de la experiencia del trabajo.
3. Percepción del manejo: la aprobación de las medidas de gestión.
4. Clima de seguridad: percepciones de un compromiso organizacional fuerte y proactivo para la seguridad.
5. Condiciones de trabajo: calidad percibida del ambiente de trabajo en la UCI y el apoyo logístico (personal, equipos, etc)
6. Reconocimiento del estrés: reconocimiento de cómo el rendimiento es influenciado por factores de estrés

²⁹ ORTIZ, Zulma. Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes. Buenos Aires:Salud Investiga, 2007.

En el 2004, la AHRQ puso a disposición de la comunidad sanitaria el cuestionario HSOPSC. El cual presenta un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y a su validación, tiene una estructura de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones. Además de su extensa aplicación anual en cientos de hospitales de EEUU, ha sido adaptado en distintos países europeos y la propia AHRQ dispone de una versión para los americanos de habla hispana.

La organización de la encuesta permite explorar doce dimensiones de cultura pertenecientes a la seguridad del paciente³⁰:

Tabla 1. Dimensiones de la cultura de seguridad

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
1. Frecuencia de eventos notificados	<ul style="list-style-type: none"> • Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. • Se notifican los errores que previsiblemente no dañan al paciente. • Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente
2. Percepción de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente. • Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia • No se producen más fallos por casualidad • En esta unidad hay problemas relacionados con la Seguridad del paciente.

³⁰ SATURNO P, TEROL E, Zenewton A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud de Español. Informes, estudio e investigación. 2009

B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19). • Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20). • Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (Preg. 21). • Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22).
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> • Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 6). • Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9). • Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	<ul style="list-style-type: none"> • El personal se apoya mutuamente (Preg. 1) • Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 3). -En esta unidad nos tratamos todos con

	<p>respeto (Preg. 4).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11).
<p>6. Franqueza en la comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35). • El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37). • El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39).
<p>7. Feed-back y comunicación sobre errores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34). • Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Preg. 36). • En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38)
<p>8. Respuesta no punitiva a los errores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 8). • Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un «culpable» (Preg. 12). • Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).

<p>9. Dotación del personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2). • A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5). • En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (Preg. 7). • Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14).
<p>10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23). • La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30). • La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 31)
<p>C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL</p>	
<p>11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 26). • Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible

	<p>(Preg. 32).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg. 24). • Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (Preg. 28).
<p>12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra (Preg. 25) • En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27). • El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 29). • Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33).

Inicialmente la encuesta contenía mas de 100 items, pero el número se fue reduciendo a través de pruebas pilotos realizadas en Estados Unidos. Actualmente consta de 60 items y datos demográficos como edad, sexo, ocupación, experiencia y nacionalidad.

Aunque hay otros instrumentos para la medición del clima de seguridad en los hospitales, hemos elegido el elaborado por la AHRQ debido a su riguroso proceso de construcción y validación, y por su extensa experiencia de aplicación que incluye más de 380 hospitales en Estados Unidos.

Cada respuesta se mide con una escala tipo Likert que mide el grado de acuerdo en cinco categorías (muy en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, muy de acuerdo) y no sabe/no contesta. El cuestionario contiene preguntas formuladas

positivamente y otras formuladas negativamente y toma aproximadamente de 10 a 15 minutos para ser completado.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio prospectivo observacional descriptivo. Es prospectivo porque se realizó la investigación con base en la información suministrada por el personal de salud que actualmente labora en la UCI Gineco-Obstétrica. Es observacional porque no hay manipulación de las variables por parte del investigador y descriptivo porque recopila y presenta sistemáticamente los datos del fenómeno estudiado para dar una idea clara de una situación, además no habrá intervención sobre la población a estudio.

6.2 LUGAR Y TIEMPO

El presente estudio se llevo a cabo en la unidad de cuidados intensivos Gineco-Obstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, la cual se encuentra ubicada en el segundo piso del hospital, esta dotada de 7 camas y es atendida por médica especializada en cuidado critico. El estudio se realizó entre el 1 de julio y 1 de diciembre del 2010.

6.3 POBLACION Y MUESTRA

La población y la muestra fueron las 37 personas que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos Gineco-Obstétrica, quienes cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo de estudio.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyó a todo el personal de salud que esta a cargo del cuidado, atención y manejo médico de los pacientes de la UCI Gineco-Obstétrica (auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, médicos internistas, intensivistas, especialistas, fisioterapeutas), que tuviera como mínimo 6 meses trabajando en dicha unidad.

6.5 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información fue obtenida a partir de los datos registrados por el personal en el cuestionario de actitudes de seguridad, el cual fue distribuido de manera personal a cada uno de los trabajadores de la UCI Gineco-Obstétrica, previa explicación de la naturaleza del estudio, los objetivos y firma del consentimiento informado, el cual fue recibido separado de la encuesta contestada, de forma que los cuestionarios fueran completamente anónimos y se protegiera la privacidad del individuo sujeto de investigación.

Se calculó un tiempo estimado de 10 a 15 minutos para contestar el cuestionario.

6.6 INSTRUMENTO

Se utilizó el Cuestionario de actitudes de seguridad de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, versión española adaptada por la Universidad de Murcia y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Este instrumento al igual que en la versión original, proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 3 ítems)
2. Percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems)
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Agrupa 4 ítems)
6. Franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems)
7. *Feed-back* y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems)
8. Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems)

9. Dotación de personal (Agrupa 4 ítems)
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems)
11. Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems)
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (Agrupa 4 ítems)

Pero a esta se le realizó algunas modificaciones con el fin de agregar otras secciones que quisimos estudiar como la satisfacción laboral (agrupa 5 ítems) y el nivel de estrés (agrupa 4 ítems).

6.6.1 Secciones del formulario.

SECCION A. Información General sobre el personal que trabaja en la unidad de cuidados intensivos.

SECCION B. información sobre la unidad de trabajo.

SECCION C. Información sobre el director/Supervisor de la persona a quien se le está realizando la entrevista.

SECCION D. Identificara como es la comunicación en la unidad de trabajo.

SECCION E. Nos informa con qué frecuencia son reportados los incidentes que suceden en la atención de los pacientes de esta unidad.

SECCION F. Se calificara la unidad según el grado de seguridad del paciente

SECCION G. Información sobre el hospital.

SECCION H. Se cuantificara el número de incidentes reportados por el personal que está en contacto con los pacientes.

SECCION I. Información sobre el estrés en el desempeño laboral de la unidad.

SECCION J. Espacio para realizar comentarios sobre la seguridad, errores, incidentes reportados en el hospital.

Instrumento de la investigación (Anexo A)

6.7 PRUEBA PILOTO

Al instrumento utilizado no se le realizó prueba piloto, ya que expertos en el tema de seguridad del paciente consideraron que cumplía con los parámetros de confiabilidad para su aplicación

6.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Los datos se registraron en una base de datos creada en Excel, que posteriormente, fue exportada a Epi Info 3.5.1 para realizar el análisis estadístico.

6.9 PLAN DE ANALISIS

Se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como para cada dimensión.

Además, se identificaron las fortalezas y debilidades de cada dimensión, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ:

Para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u **oportunidad de mejora** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

6.10 CONSIDERACIONES ETICAS

Según el artículo 11 del título II de la resolución 8430 de 1993 la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, nuestro estudio de investigación se clasifica en la categoría de Investigación sin riesgo debido a que las técnicas y métodos de investigación empleados no realizan ninguna intervención o modificación intencionada sobre las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Además, teniendo en cuenta el artículo 45 del capítulo V, el cual hace referencia a las investigaciones en grupos subordinados, se garantizó a la población a estudio que su participación, rechazo o retiro de su consentimiento no afectaría su situación laboral y que los resultados de la investigación no serian utilizados en perjuicio de los individuos participantes.

A todos los individuos participantes, previa entrega del cuestionario, se les explicó los objetivos del estudio y entregó por escrito el consentimiento informado por medio del cual la persona aceptaba participar de manera voluntaria y se le garantizaba la privacidad de su identidad y la libertad de retirarse en cualquier momento.

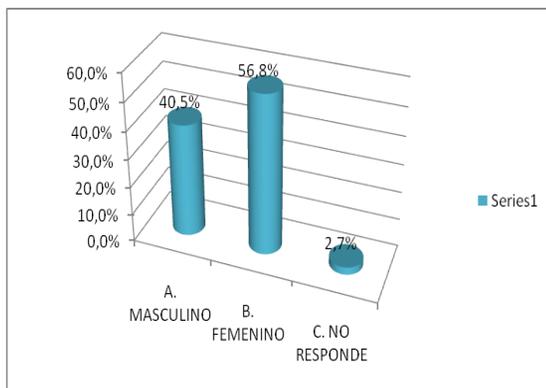
Esto se presento al comité de ética para su aprobación.

7. RESULTADOS

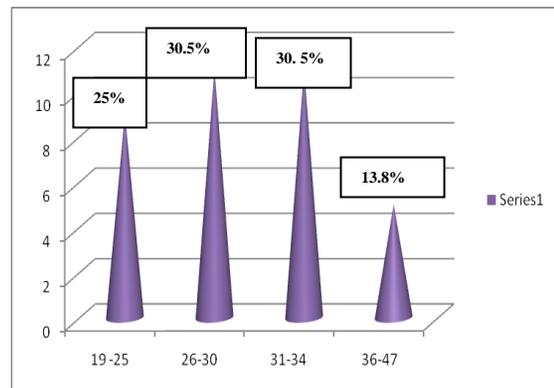
7.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL DEL PERSONAL

Se distribuyeron 37 cuestionarios en la UCI Gineco-Obstétrica, obteniendo una tasa de participación del 100%. El personal de salud en su mayoría está representado por el género femenino (Grafica 1), y se encuentran entre las edades de 26 a 34 años (Grafica 2).

Grafica 1. Clasificación del Género en la UCI Gineco-Obstetrica

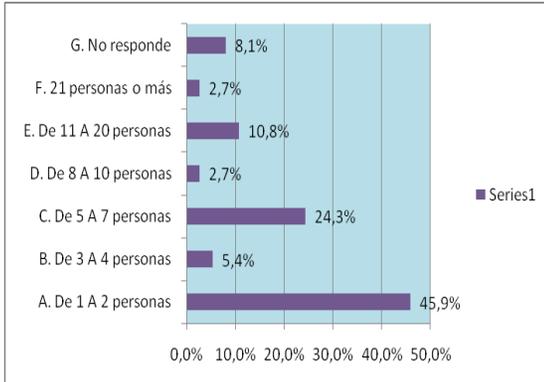


Grafica 2. Frecuencia de edades en el personal de salud

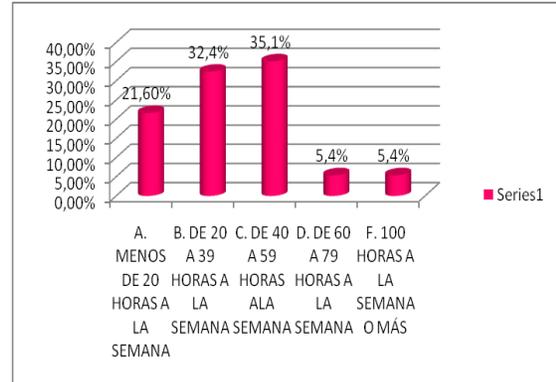


En relación al número de paciente que tienen bajo su responsabilidad, La mayoría de los trabajadores tiene a cargo de 1 a 2 pacientes (45,9%) y 9 personas tienen a cargo de 5 a 7 pacientes (Grafica 3); Con respecto a las horas que trabajan a la semana, encontramos que 12 personas de esta unidad trabajan de 20 a 39 horas a la semana y solo 8 personas trabajan menos de 20 horas a la semana. (Grafico 4)

Grafica 3. Número de pacientes que tiene a cargo cada trabajador.

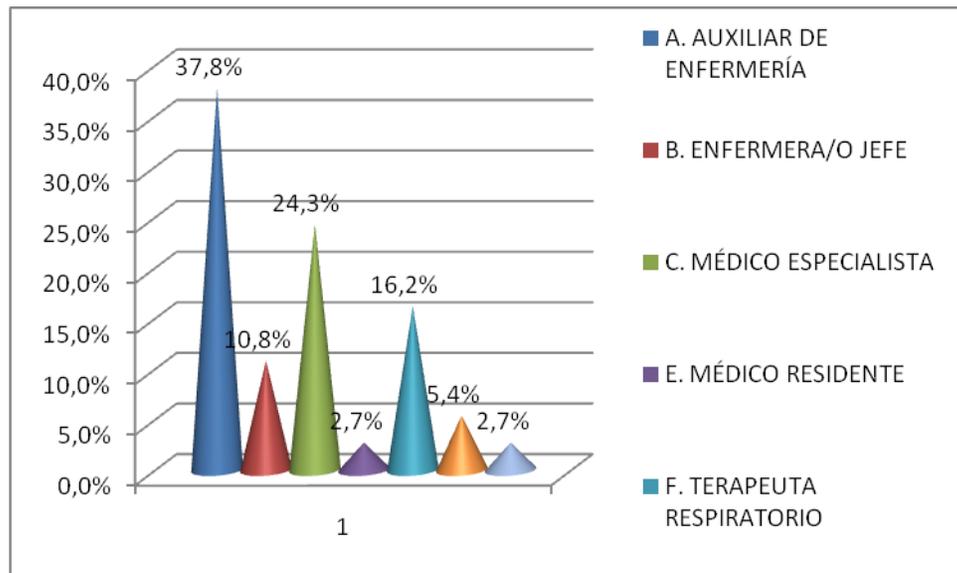


Grafica 4. Horas de trabajo a la semana



La posición laboral en el hospital, es ocupada en más alto porcentaje por las auxiliares de enfermería en un 37,8%; Los médicos especialistas representan el 24,3%. En general los profesionales que trabajan en esta unidad, médicos enfermeras, auxiliares, terapeutas, siempre se encuentran en contacto directo con los pacientes, siendo el médico auditor el único de los encuestados que no se encuentra en contacto con los pacientes, Grafico 4.

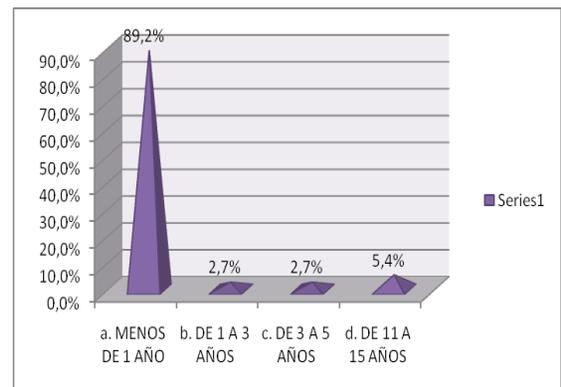
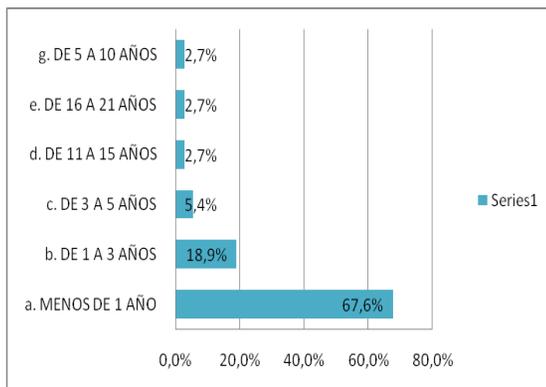
Grafica 5. Posición laboral en el hospital



En relación al tiempo que llevan trabajando en el hospital el 67,6% llevan menos de 1 año (Grafico 5) de igual manera con un porcentaje alto llevan igual tiempo trabajando en la UCI Gineco-Obstetrica (Grafico 6), resaltando que ninguno de los encuestados llevaba trabajando menos de seis meses y que todo el personal tienen conocimiento de los movimientos de la unidad.

Grafica 6. Tiempo laboral en el hospital

Grafica 7. Tiempo laboral en la UCI



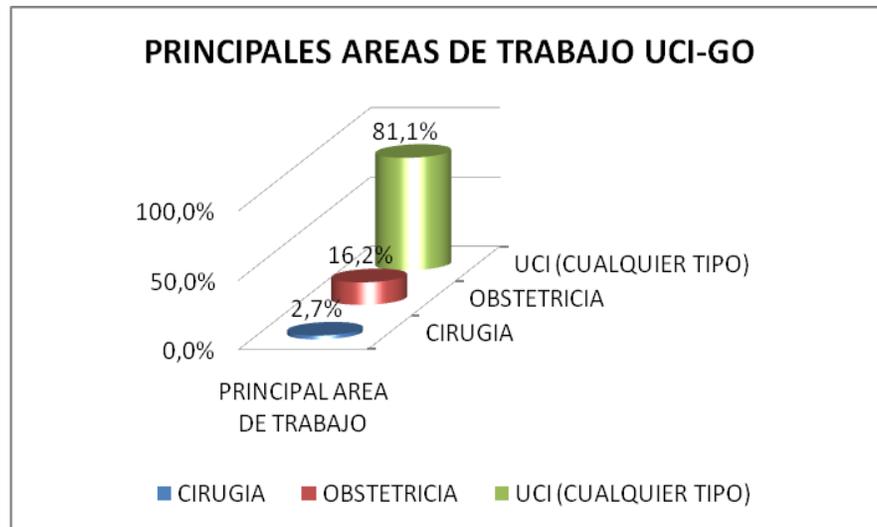
El 92% del personal se encuentra vinculado mediante contrato y tan solo 2 personas son de planta (Grafica 7). Al comparar estos valores con los resultados de la grafica 5, podemos ver que la mayoría del personal lleva menos de un año trabajando en la UCI y se encuentran vinculados por contrato al hospital.

Grafica 8. Tipo de vinculación



Entre las principales áreas de trabajo del personal de la UCI Gineco-Obsterica, el 81% solo trabajan en esta unidad, sin embargo algunos trabajan en otras áreas como obstetricia y cirugía (Grafica 8)

Grafica 9. Principales áreas de trabajo en este Hospital

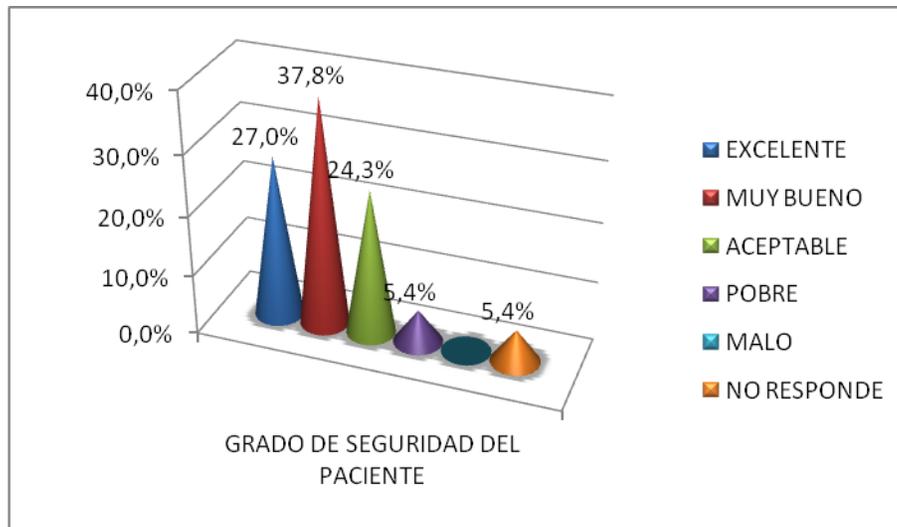


7.2 CULTURA DE SEGURIDAD: FRECUENCIAS POR ÍTEMS Y DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO

A continuación se describen los resultados obtenidos acerca de la calificación global sobre la cultura de seguridad, el número de eventos notificados y el número de respuestas positivas y negativas para cada una de los ítems y dimensiones.

7.2.1 Calificación del grado de seguridad del paciente. El grado de seguridad del paciente fue calificado por el personal de salud como muy buena en un 37,8% y como excelente en un 27 %, solo un encuestado califico la seguridad en la UCI-GO como pobre, existiendo siempre la posibilidad de mejorar esta percepción.(grafico 9).

Grafica 10. Grado de seguridad del paciente



7.2.2 Numero de incidentes reportados. El 78,4% de los encuestados no ha reportado ningún incidente relacionado con la seguridad del paciente en el último año y sólo el 2,7% que representa a un encuestado, reportó más de 21 incidentes. El 18,9% de los encuestados no respondieron la pregunta.

Tabla 2. Número de incidentes reportados

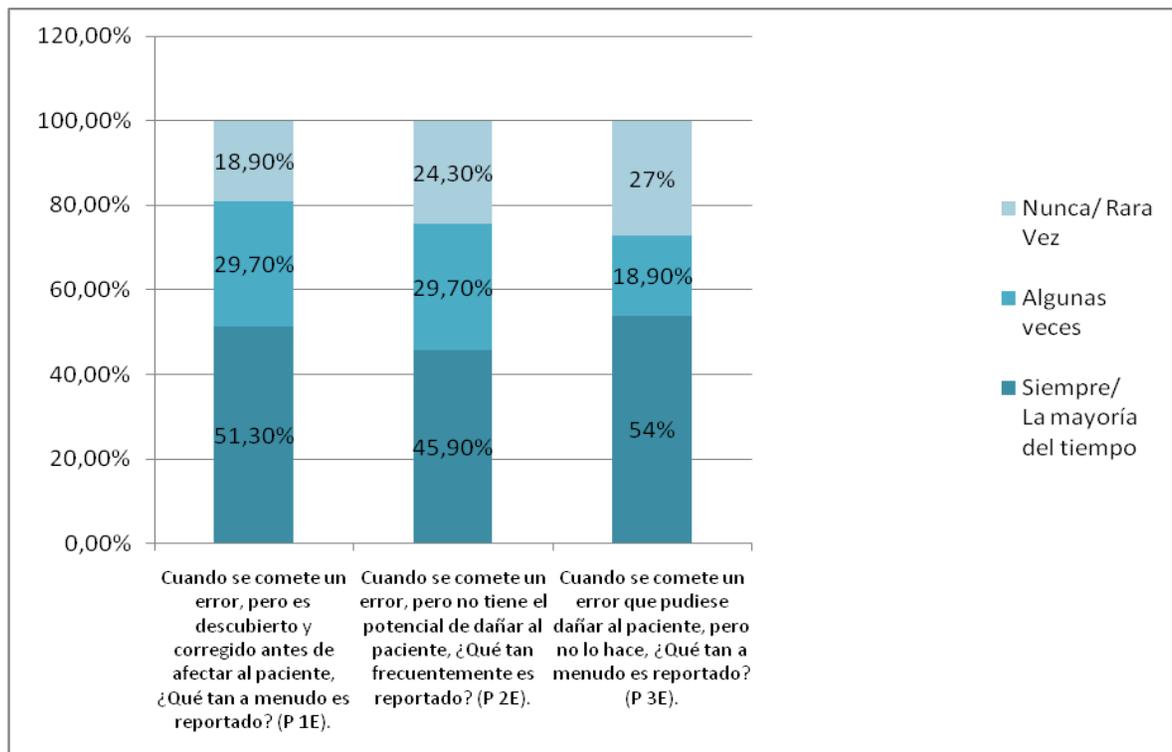
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	29	78,4%
De 1 A 2	0	0,0%
De 3 A 5	0	0,0%
De 6 A 10	0	0,0%
De 11 A 20	0	0,0%
De 21 O MAS	1	2,7%
No responde	7	18,9%
TOTAL	37	100,0%

7.2.3 Dimensión: frecuencia de incidentes reportados. Esta dimensión abarca 3 ítems que evalúan la frecuencia de reporte de tres tipos de incidentes: los que fueron descubiertos y corregidos de forma inmediata; aquellos que pudieron causar daño al paciente pero no lo hicieron; y los que no tienen el potencial de producir un efecto adverso en el paciente.

Según los resultados para todos los encuestados que se describen en la tabla 3, ninguno de los ítems ni la dimensión en su totalidad representan una fortaleza, ya que el número de respuestas positivas no es mayor o igual al 75%. Sin embargo estas obtuvieron un porcentaje superior que las respuestas neutras y negativas; por lo cual no son consideradas debilidades u oportunidades de mejora.

Estos resultados se relacionan con el bajo número de incidentes reportados, ya que la gran mayoría de los encuestados no han notificado ningún incidente o evento adverso relacionado con la seguridad del paciente en el último año.

Grafica 11. Dimensión: frecuencia de incidentes reportados (p 1e, 2e y 3e).

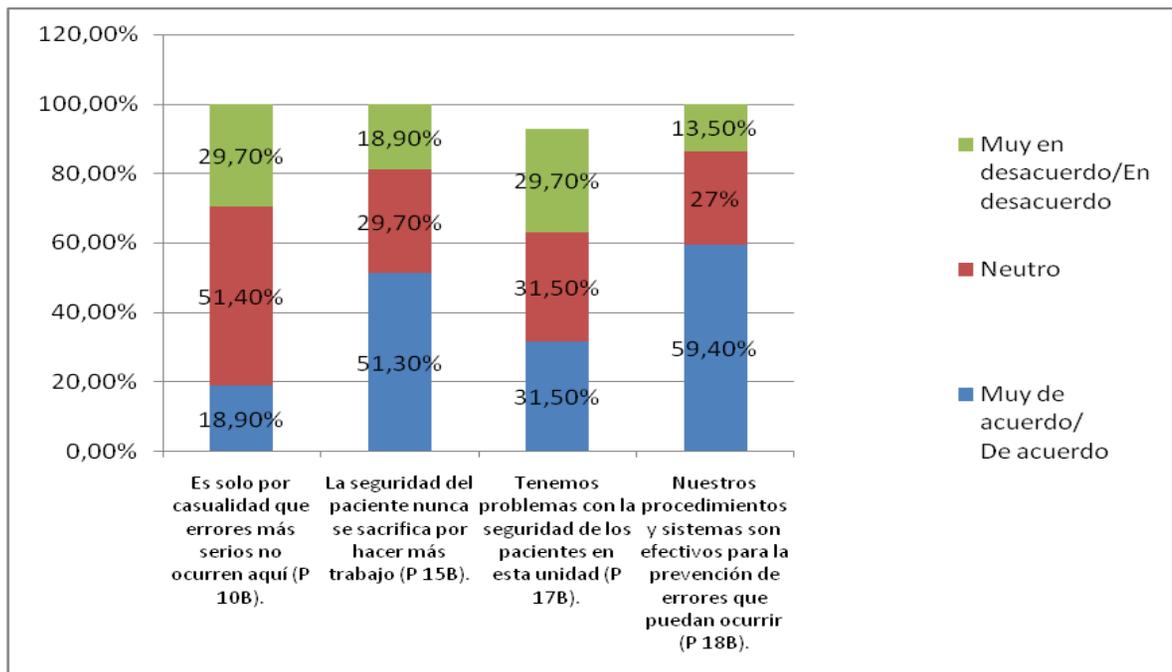


Total dimensión:
 % de respuestas positivas: 50,45%
 % de respuestas neutras: 26,12%
 % de respuestas negativas: 23,42%

7.2.4 Dimensión: percepción de seguridad. Esta dimensión incluye 4 ítems que representan la percepción que tiene el personal que labora en la UCI Gineco-Obstetrica acerca del compromiso y la importancia que se tiene sobre la seguridad del paciente. Según los resultados arrojados por la encuesta, la percepción de seguridad es buena mas no es una fortaleza ya que la mayoría considera que los procedimientos y sistemas utilizados para la prevención de eventos adversos en el cuidado de los pacientes, son efectivos y además la seguridad del paciente nunca se sacrifica por aumentar el ritmo de trabajo.

Ninguno de los ítems ni la dimensión representa una debilidad u oportunidad de mejora.

Grafica 12. Dimensión: percepción de seguridad (p 10b, 15b, 17b y 18B).



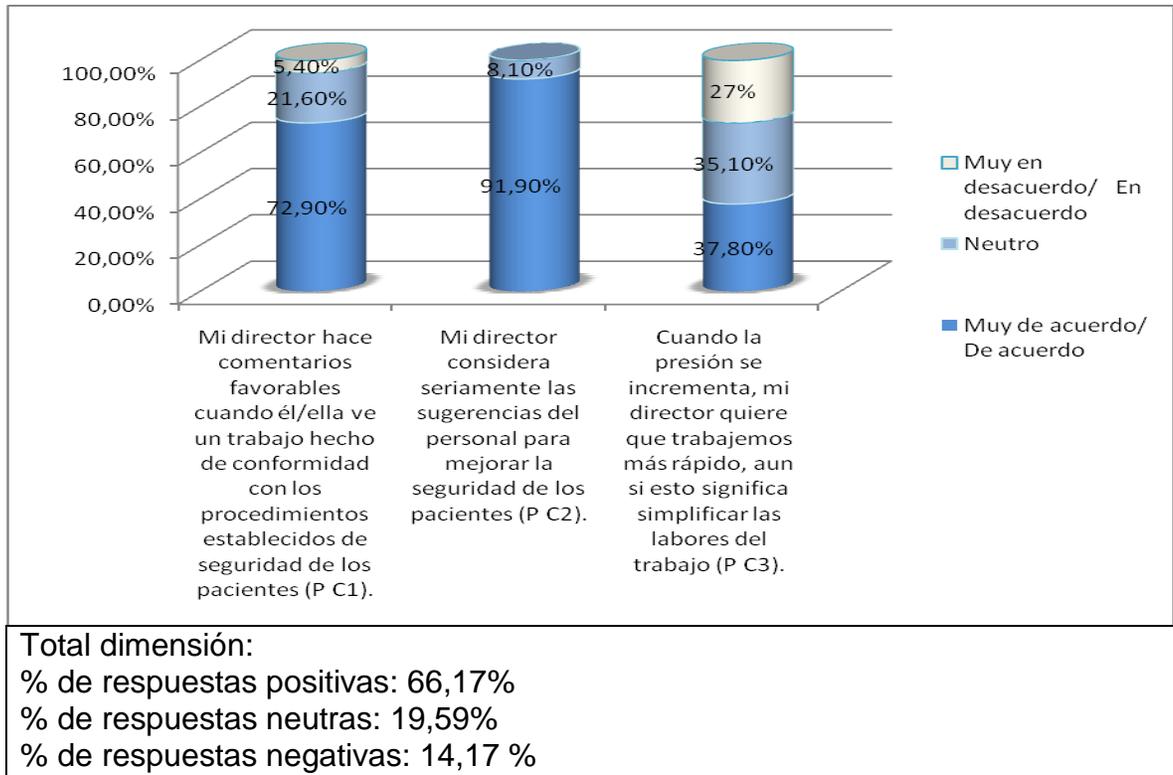
Total dimensión: % de respuestas positivas: 42,52% % de respuestas neutras: 35,81% % de respuestas negativas: 20,7%
--

7.2.5 Dimensión: expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad. Los 4 ítems de esta dimensión miden la importancia que tiene la seguridad del paciente para los directores o jefes de la UCI Gineco-Obstetrica, teniendo en cuenta sus acciones, compromiso, y prioridades en este tema.

Según los resultados obtenidos, existe una fortaleza en uno de los ítems de esta dimensión, ya que un porcentaje significativo de 91,9% de los encuestados están de acuerdo en que el director (a) de la UCI Gineco-Obstetrica considera las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los paciente, lo cual es un aspecto a destacar, ya que refleja la buena relación que existe entre los directivos y el personal, y la importancia que tiene la opinión del personal en las decisiones que deben tomar los directivos en lo relacionado con la seguridad del paciente, ya que son estos los que en la mayoría de los casos están en continuo contacto con el paciente y conocen muy bien aquellas falencias y errores en la seguridad del paciente.

Aunque los demás ítems y la dimensión no se lograron considerar fortalezas, dos ítems presentaron porcentajes muy cercanos al 75%; ambos con un 72,9%, aprobaron la buena labor de su director (a) al reconocer mediante comentarios favorables el trabajo del personal cuando este es realizado conforme a los procedimientos establecidos de seguridad del paciente; y además rechazaron la indiferencia del director ante problemas de seguridad en los pacientes que ocurren continuamente.

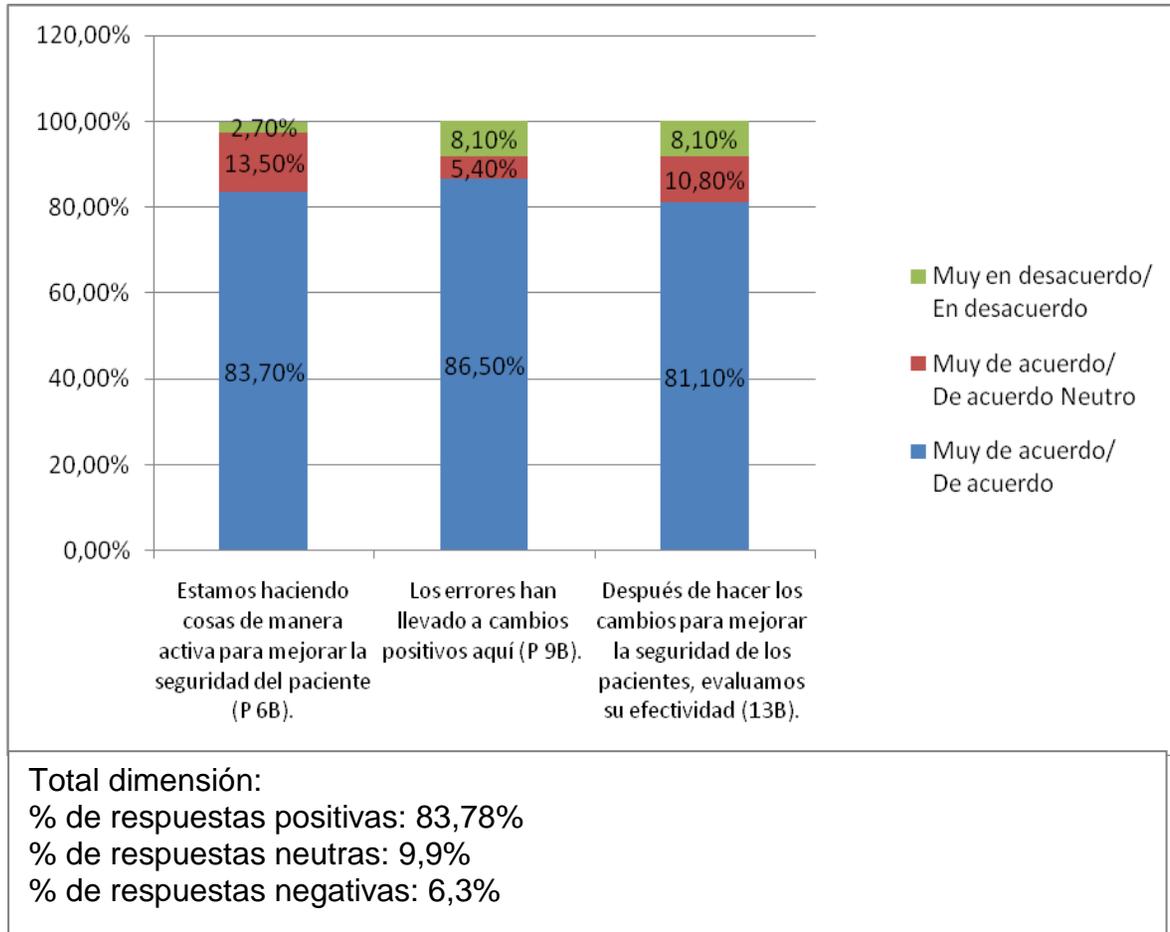
Grafica 13. Dimensión: expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad (p 1c, 2c, 3c y 4C).



7.2.6 Dimensión: aprendizaje organizacional/mejora continua. Los resultados de esta dimensión son muy buenos, ya que cada uno de los ítems y la dimensión en su totalidad son una clara fortaleza. Con porcentajes superiores al 80%, la percepción de la gran mayoría del personal encuestado es positiva hacia los aspectos que evalúa esta dimensión; ya que consideran que en la UCI gineco-obstétrica se están implementando acciones y haciendo cambios para mejorar la seguridad del paciente; y además dichas acciones y reformas se están evaluando para determinar su efectividad.

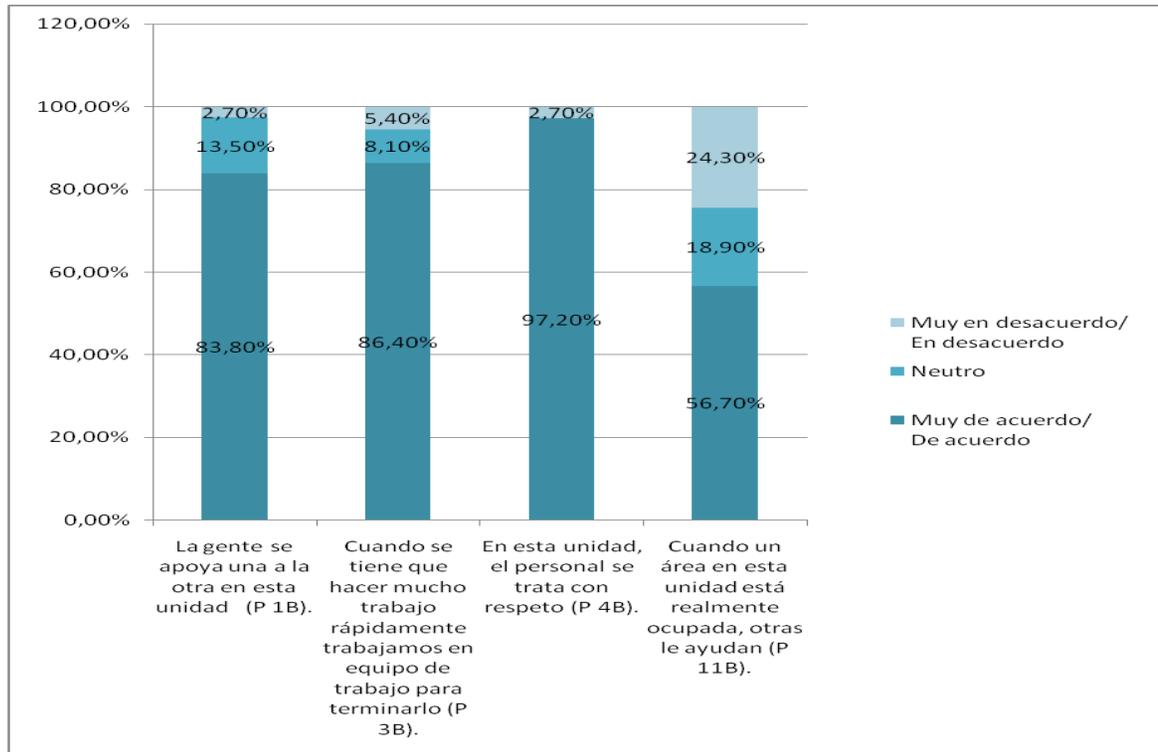
Esto, además de ser una fortaleza es un aspecto a destacar, ya que no es suficiente con realizar cambios en la seguridad de los pacientes si estos no son revisados y evaluados de forma continua, ya que no todos pueden mejorar la seguridad y su efectividad puede ser nula.

Grafica 14. Dimensión: aprendizaje organizacional/mejora continua (p 6b, 9b y 13b).



7.2.7 Dimensión: trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio. Con porcentajes mayores al 75%, tres de los cuatro ítems y la dimensión en su totalidad se lograron considerar como fortaleza. Lo cual demuestre que en esta unidad de cuidados intensivos el personal trabaja en equipo y en su mayoría se apoyan mutuamente y se tratan con respeto; aunque esto se presente mucho mas entre el personal de una misma área que entre las diferentes aéreas que componen la UCI. Lo anterior se refleja en que el ítem que evalúa este aspecto tiene el porcentaje más bajo de respuestas positivas (56,7%).

Grafica 15. Dimensión: trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio (p 1b, 3b, 4b y 11b).



Total dimensión:

% de respuestas positivas: 81,08%

% de respuestas neutras: 10,13%

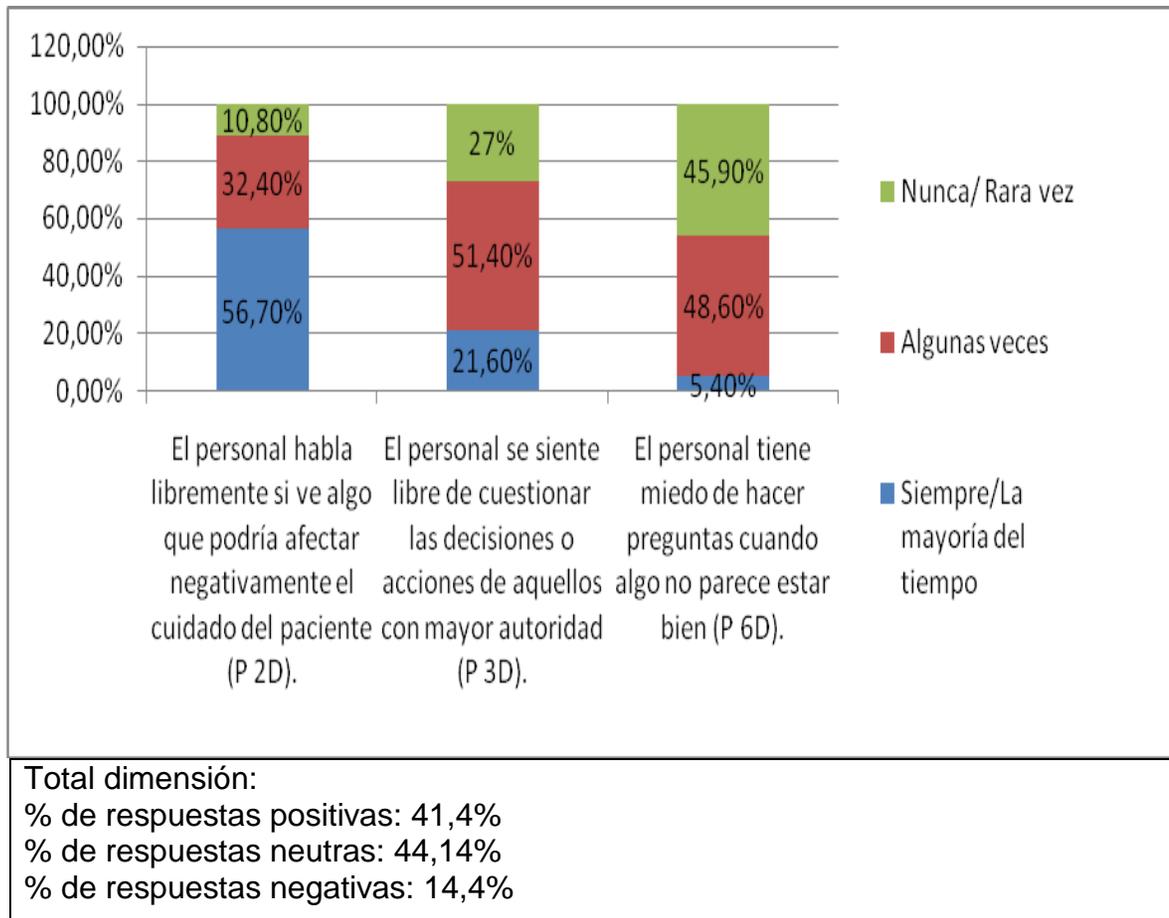
% de respuestas negativas: 8,78%

7.2.8 Dimensión: franqueza en la comunicación. En esta dimensión no se destaca ningún ítem como fortaleza ni oportunidad de mejora; y por ende la dimensión tampoco; ya que en dos de los ítems y en toda la dimensión predominaron las respuestas neutras. Solo un ítem obtuvo más repuestas positivas (56,7%), el cual evalúa la libertad que percibe el personal para comentar acerca de aspectos que podrían afectar negativamente la seguridad del paciente. En cambio el ítem que más respuestas negativas recibió es << El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad>> (27%de respuestas negativas).

Esto resultados muestra que pueden existir falencias en la franqueza en la comunicación, ya que un porcentaje de encuestados percibe q el personal no se siente totalmente libre de cuestionar las decisiones o acciones del personal con

mayor autoridad; lo cual puede afectar la seguridad, ya que por el temor a cuestionar, a no se tendrían en cuenta muchas de las sugerencias del personal que trabaja implementando los procedimientos para la seguridad del paciente.

Grafica 16. Dimensión: franqueza en la comunicación (p 2d, 3d y 6d).



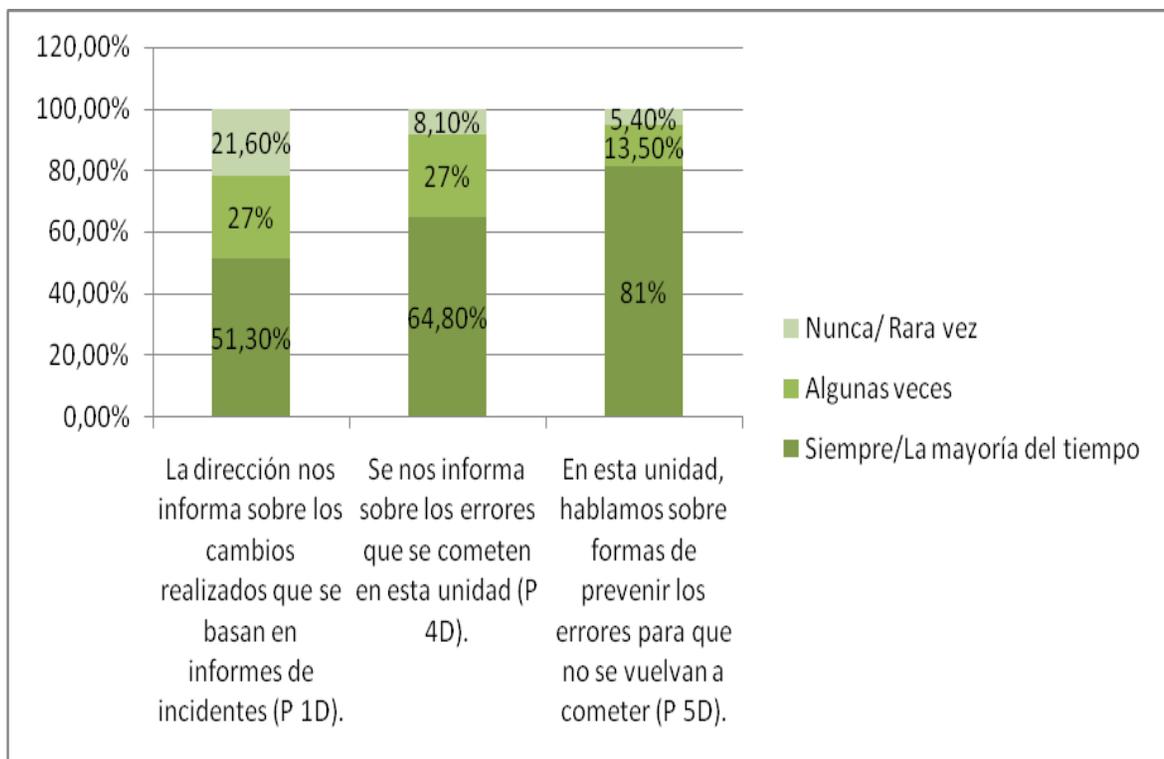
7.2.9 Dimensión: retroalimentación y comunicación sobre errores. En esta dimensión de los 4 ítems, el ítem << En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer>> se logro considerara como fortaleza al obtener una porcentaje de 81%; lo cual muestra el compromiso que tiene el personal de la UCI en mejorar la seguridad del paciente, implementando cambios para prevenir nuevos eventos adversos.

Aunque el ítem << Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad>> no puede ser considerado fortaleza, se destaca el porcentaje positivo de respuestas(64,8%) que obtuvo.

En cuanto a la percepción que tiene el personal acerca de la información dada por la dirección respecto a los cambios realizados que se basan en informes de incidentes; los resultados muestran que aunque la mayoría están de acuerdo con dicha afirmación, el porcentaje de respuestas negativas (21,6%) fue el mayor de la dimensión, y una proporción más alta (27%) correspondió a respuestas neutras; lo cual puede estar relacionado con la baja frecuencia de incidentes notificados.

La dimensión total con un porcentaje de 65,76% de respuestas positivas no se puede considerar como fortaleza, a pesar de los buenos resultados obtenidos.

Grafica 17. Dimensión: retroalimentación y comunicación sobre errores (p 1d, 4d y 5d).

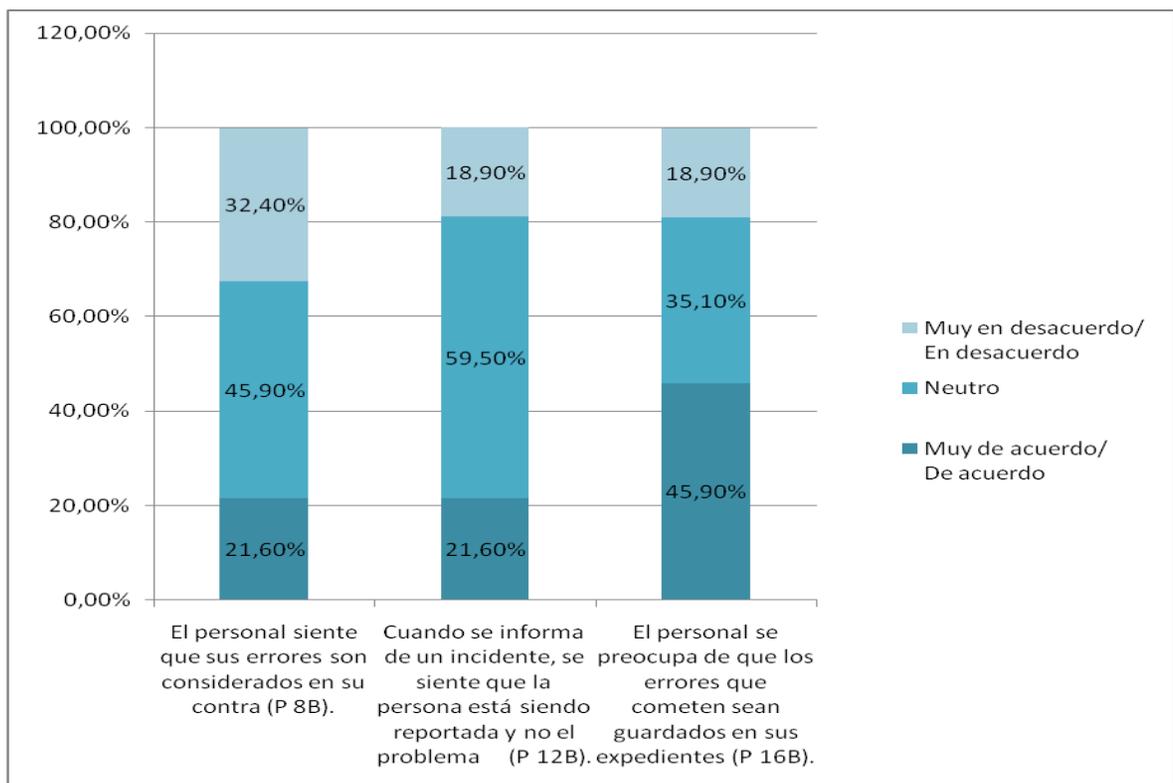


Total dimensión:
 % de respuestas positivas: 65,76%
 % de respuestas neutras: 22,52%
 % de respuestas negativas: 11,71%

7.2.10 Dimensión: respuesta no punitiva a los errores. En esta dimensión no se logro obtener ninguna fortaleza ni identificar alguna oportunidad de mejora. A pesar de esto el ítem que hace referencia a la preocupación del personal de que sus errores sean archivados en sus expedientes, es el que tiene la mayor proporción de respuestas negativas (45,9% <<Muy de acuerdo/ de acuerdo), muy cercano al 50% necesario para ser considerado como una oportunidad de mejora.

Los demás ítems y la dimensión en su totalidad no muestran aspectos a destacar, ya que la mayoría tuvo una percepción indiferente y neutra, lo cual puede estar relacionado con un temor del personal de expresar su percepción sobre estos temas.

Grafica 18. Dimensión: respuesta no punitiva a los errores (p 8b, 12b y 16b)



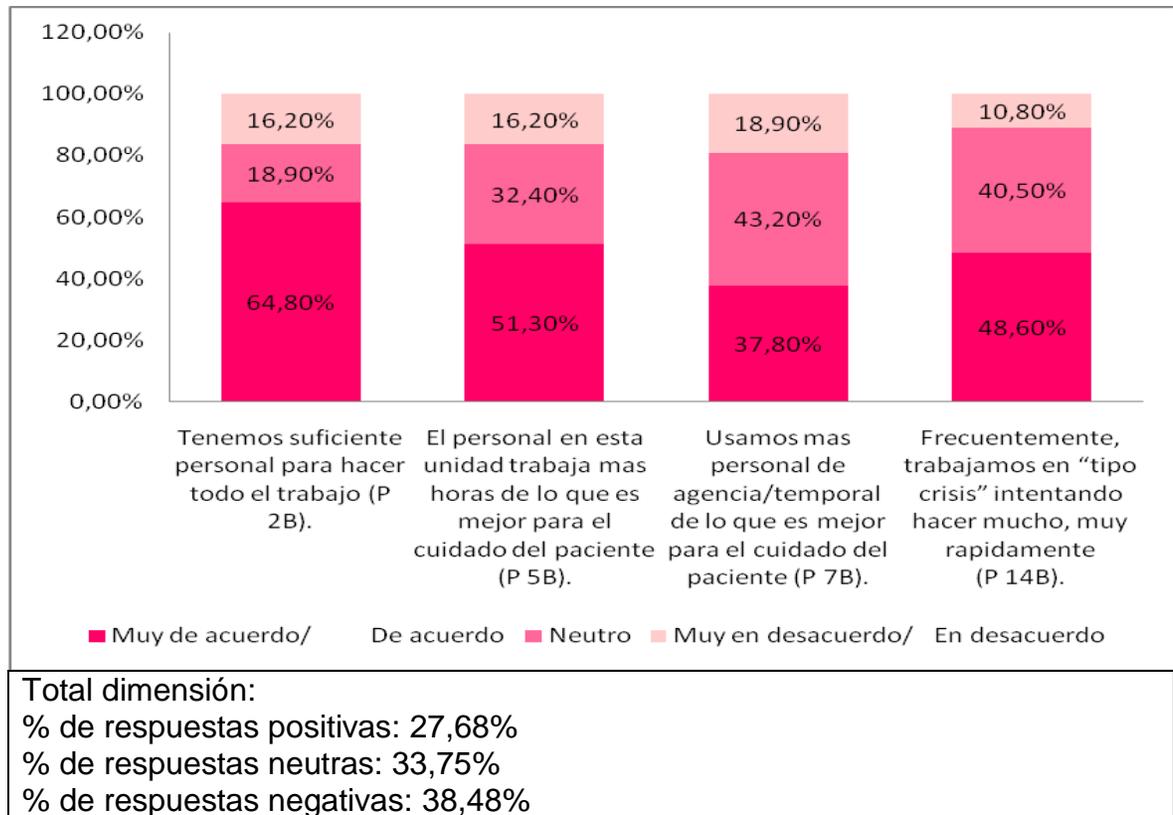
Total dimensión: % de respuestas positivas: 23,42% % de respuestas neutras: 46,84% % de respuestas negativas: 29,72%

7.2.11 Dimensión: dotación de personal. Esta es una de las cuatro dimensiones del clima de seguridad que incluye ítems que se perciben como debilidades u oportunidades de mejora, y además es la dimensión con el porcentaje más alto de respuestas negativas, de 38,48%.

En la Tabla 21 puede verse que el ítem («Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo») aunque no alcanza el 75% para ser una fortaleza, alcanza un porcentaje alto de 64,8%, solo hay un ítems de los formulados en negativo que supera el 50% de respuestas negativas, que es el establecido para que sean identificados como oportunidades de mejora; estamos hablando de («El personal en esta unidad trabaja mas horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente»), con un 51,3 % de respuestas negativas («De acuerdo/Muy de acuerdo a una pregunta formulada en negativo).

El porcentaje total de respuestas positivas de esta dimensión es de (27,68 %) es el primero más bajo de todas las dimensiones que componen el cuestionario.

Grafica 19. Dimensión: dotación de personal (p 2b, 5b, 7b y 14b)

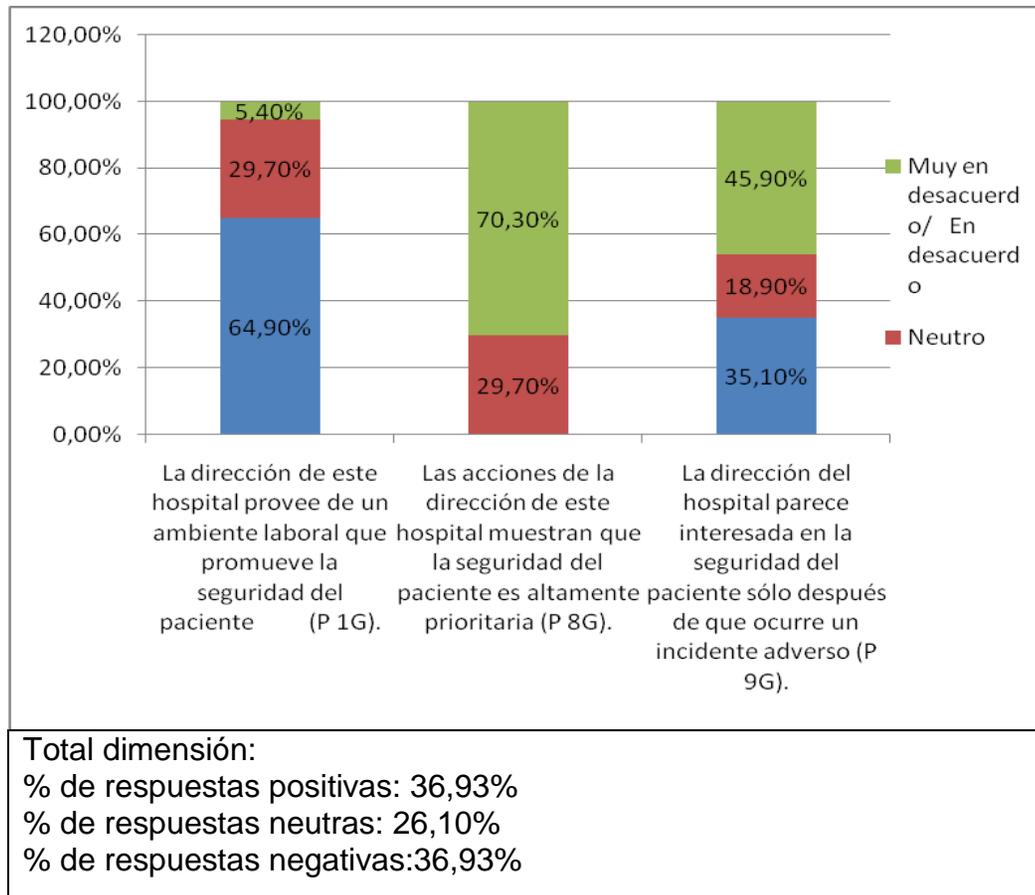


7.2.12 Dimensión: apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. En esta dimensión el total de respuestas positivas y negativas es de 36,93%. El ítem (<<La dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente>>), tiene el porcentaje mas alto de respuestas positivas de esta dimensión (64,9%), lo que nos permite percibir que la gerencia de este hospital se preocupa por proveer de un ambiente laboral que promueva la seguridad de los pacientes que se encuentran hospitalizados en la UCI Gineco-Obstétrica, pero no realiza ninguna acción para promover entre sus trabajadores que la seguridad de los pacientes debe ser una prioridad, debido a que el ítem (<<La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso>>) tuvo un total de respuestas positivas de 0% y el valor mas alto de respuestas negativas de la dimensión que fue del 70.3%.

Podemos clasificar el ítem (<<La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso>>) como

una oportunidad de mejora ya que el número de respuestas negativas es cercana al 50%.

Grafica 20. Dimensión: apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (p 1g, 8g y 9g).

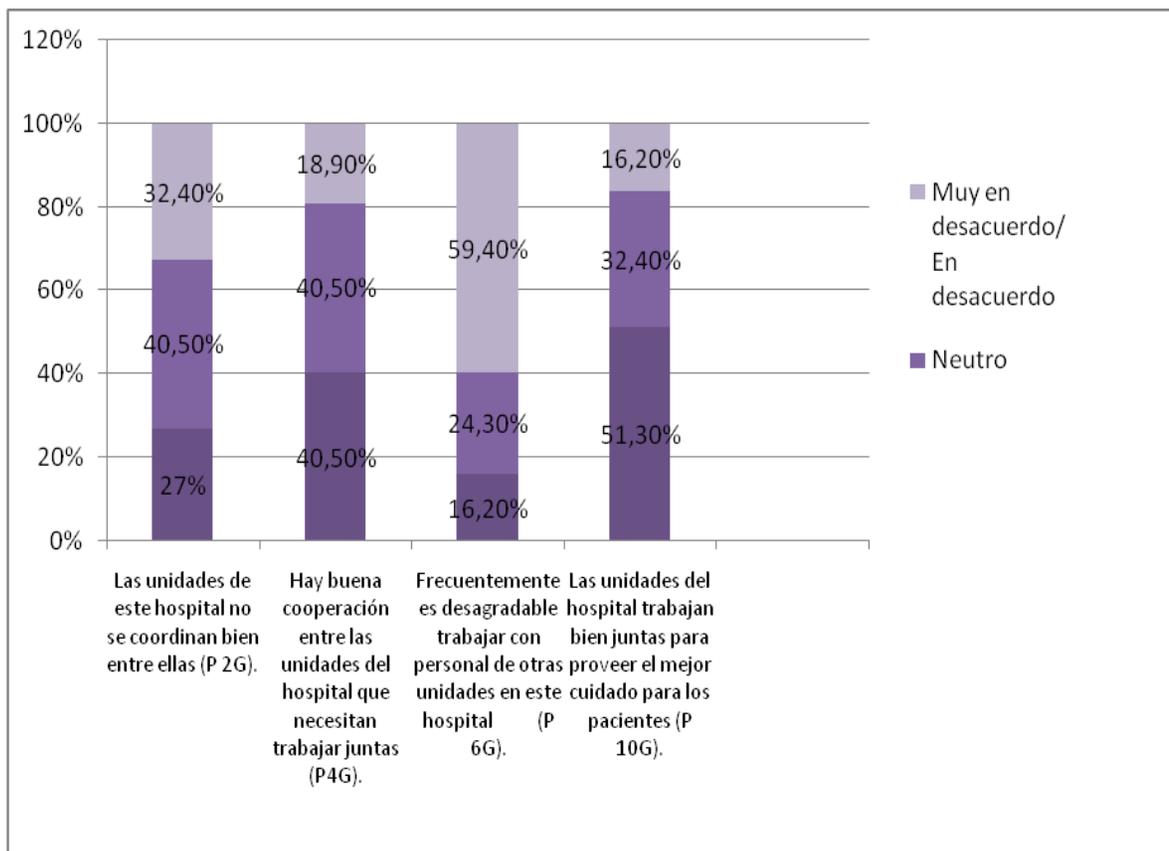


7.2.13 Dimensión: trabajo en equipo entre unidades/servicios. El porcentaje de respuestas positivas para esta dimensión es de 45,9%, es el cuarto valor mas bajo de las respuestas positivas de las 12 dimensiones. Al compararla con la dimensión de (<<Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio>>), la cual tiene el segundo valor más alto de respuestas positivas con un 81,08%, podemos percibir que se presentan fallas en el trabajo en equipo dentro de los diferentes servicios del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, la cual puede ser mejorable.

Cabe resaltar que dentro de la dimensión, el ítem (<<Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital>>), obtuvo el porcentaje más alto de respuestas positivas (59,4%), lo que nos sugiere que al personal de la UCI Gineco-Obstetrica no encuentra desagradable trabajar en equipo con el personal de otros servicios del mismo hospital.

El porcentaje de respuestas negativas de la dimensión es de 19,58%, con el mayor numero de respuestas negativas en el ítem (<<Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas>>), lo que sugiere que se debe mejorar la coordinación y el trabajo en equipo entre el personal de los diferentes servicios del hospital, especialmente en la UCI gineco-Obstétrica.

Grafica 21. Dimensión: trabajo en equipo entre unidades/servicios (p 2g, 4g, 6g y 10g).



Total dimensión: % de respuestas positivas: 45,9% % de respuestas neutras: 34,43% % de respuestas negativas: 19,58%
--

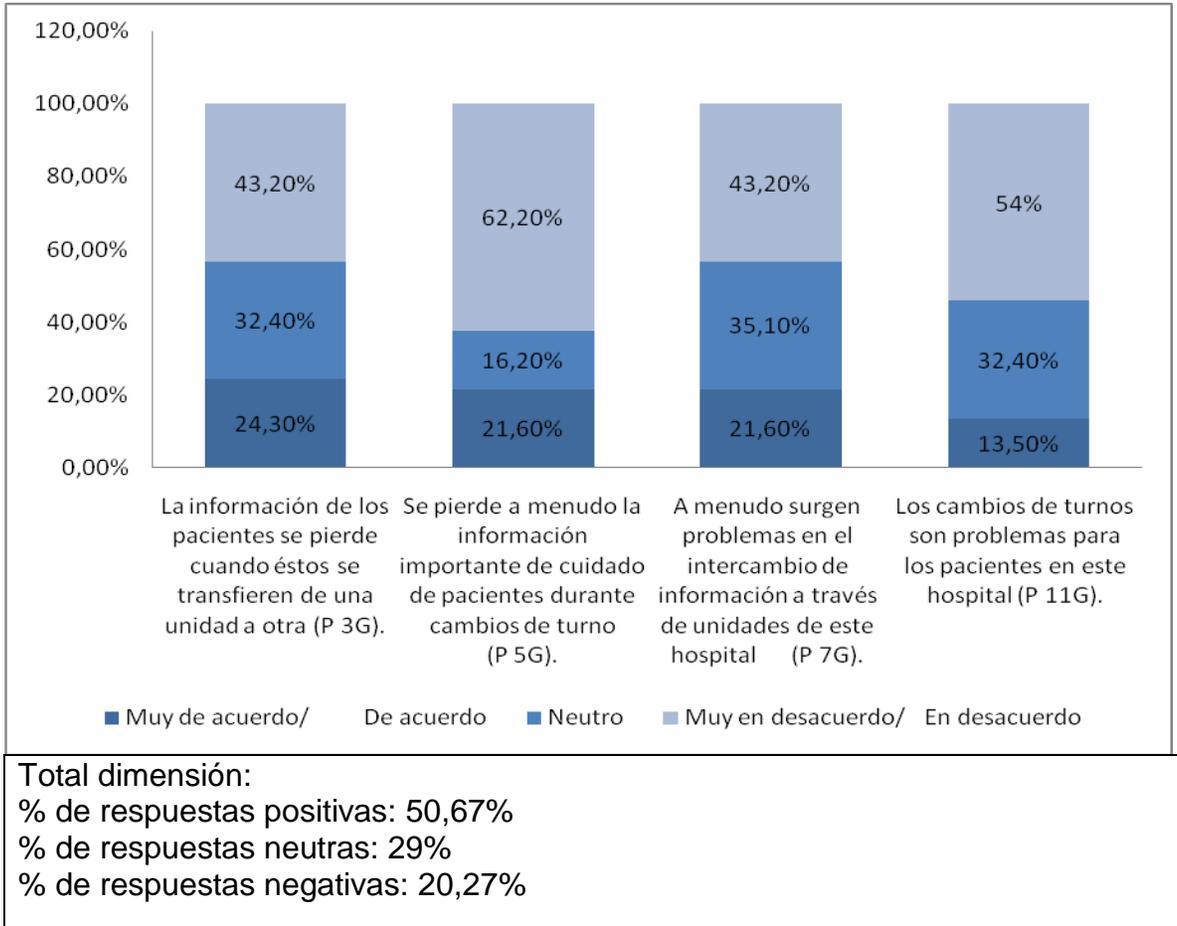
7.2.14 Dimensión: problemas en cambios de turno y transición entre servicios. Los cuatro ítems que componen esta dimensión no parecen resultar significativos ya que los resultados no reportan ni fortalezas ni oportunidad de mejoras.

El ítem que reporta un mejor clima de seguridad es el «Se pierde a menudo la información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno», con un porcentaje de 62,2% en respuestas positivas (muy endesacuerdo/en desacuerdo).

Mientras que el ítem con peor percepción es el relacionado con la pérdida de información cuando el paciente se transfiere de una Unidad a otra, con un porcentaje de 24,3% aunque no alcanza el 50 % para que sea clasificado como una debilidad, hay que tenerlo en cuenta porque es el más alto de los cuatro ítems.

En este sentido, el porcentaje total de respuestas positivas en esta dimensión es del 50,65, y el de respuestas negativas de un 20,25%

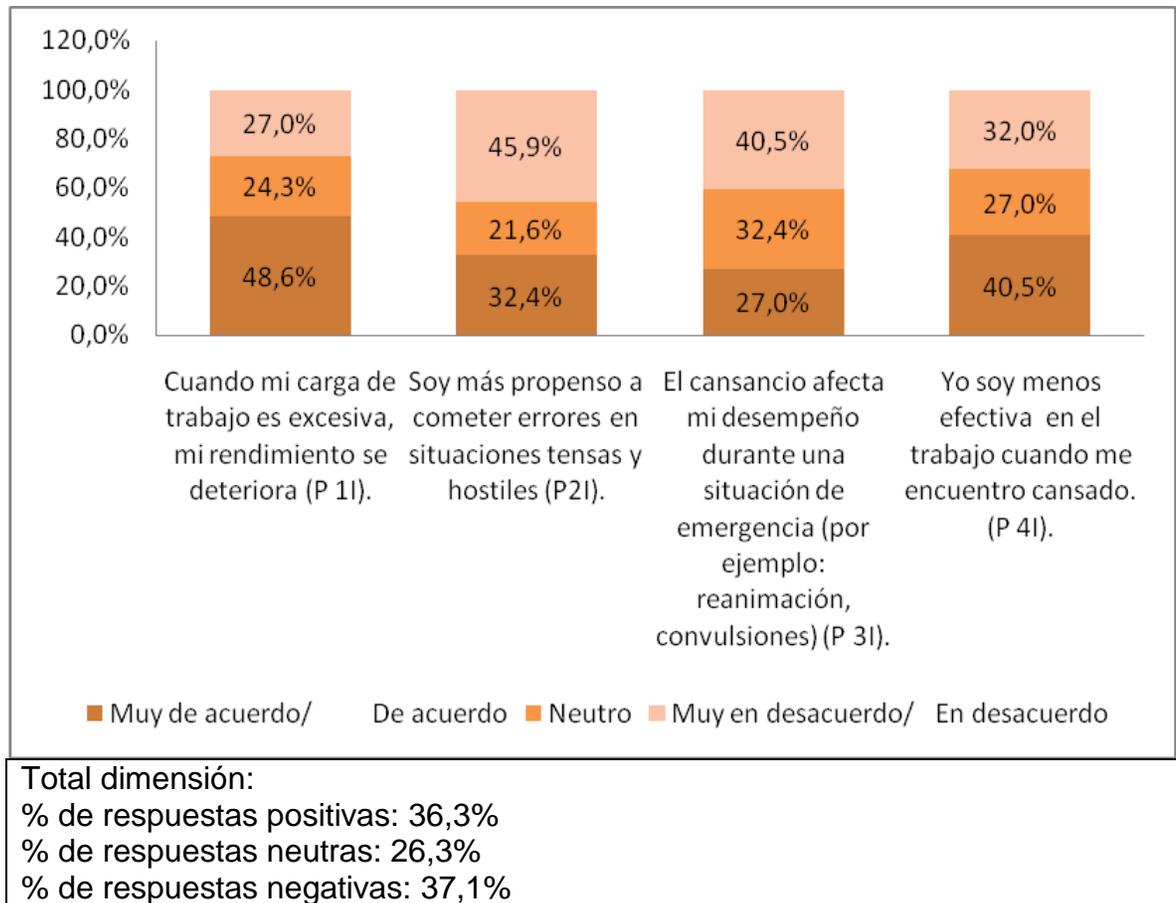
Grafica 22. Dimensión: problemas en cambios de turno y transición entre servicios (p 3g, 5g, 7g y 11g).



7.2.15 Dimensión: nivel de estrés. Los 4 items de esta dimensión miden como es el desempeño del personal de salud en la UCI-GO cuando se encuentran ante situaciones que generan estrés.

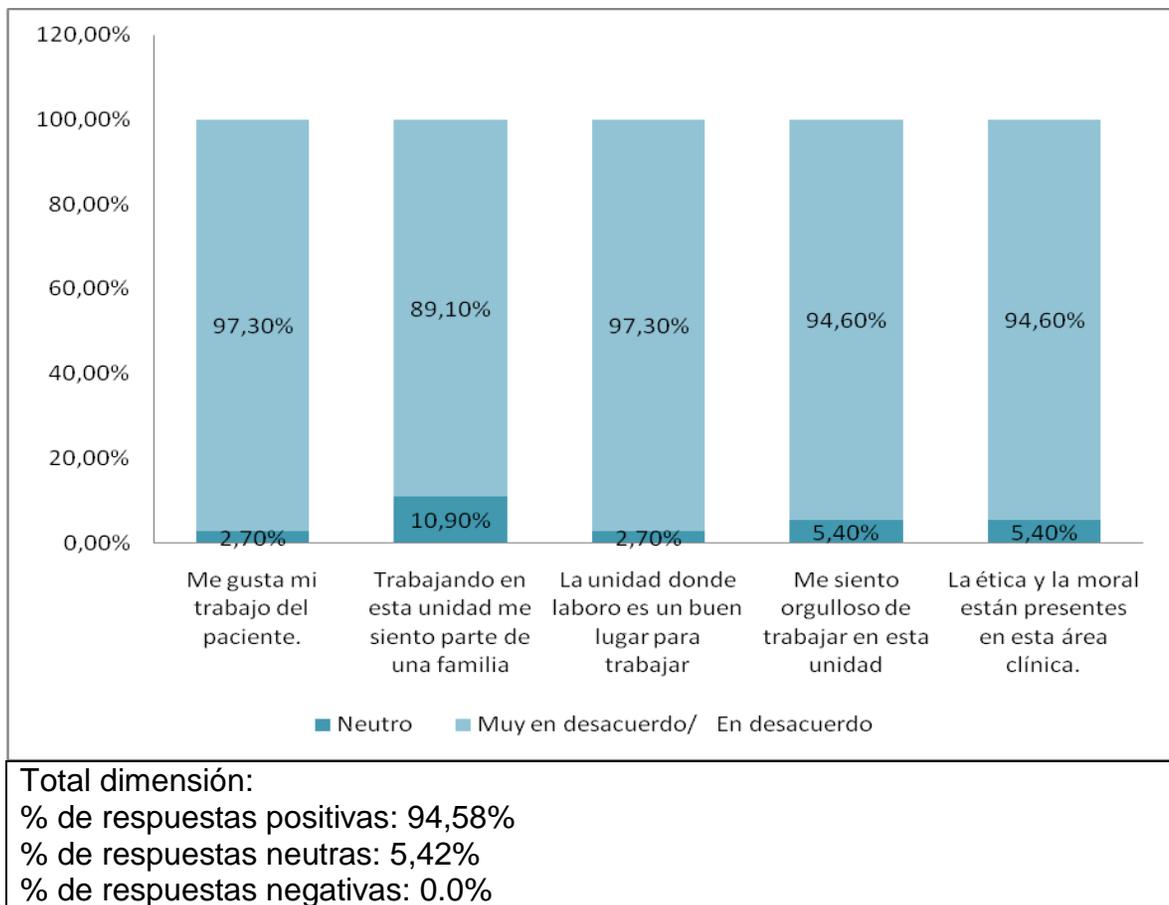
Los resultados obtenidos nos muestra que el rendimiento del personal de salud disminuye cuando hay carga excesiva de trabajo (48,6%); y que son menos efectivos cuando se encuentran cansados en un (40,5%); en el aspecto positivo, el personal de salud no se ve afectado a cometer errores ante situaciones hostiles en un (45,9%), y el cansancio no afecta el desempeño ante situaciones de emergencias en un (40,5%).

Grafica 23. Dimensión: nivel de estrés (p i1, i2, i3, i4)



7.2.16 Dimensión: satisfacción laboral. Esta dimensión presenta el valor de respuestas positivas más alto de todas las dimensiones (94,58%), convirtiendo la satisfacción laboral en una clara fortaleza. Todos los ítems de esta dimensión se caracterizan por tener valores altos de respuestas positivas, de lo cual podemos deducir que el personal que labora en la UCI Gineco-Obstétrica se encuentra a gusto trabajando en dicha unidad, lo cual tendrá una influencia positiva en el clima laboral y la seguridad de los pacientes de esta unidad.

Grafica 24. Dimensión: satisfacción laboral



8. DISCUSION

La unidad de cuidados intensivos Gineco-Obstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, hospital de tercer nivel, localizado en Neiva-Huila, cuyo personal de salud está conformado por 14 auxiliares de enfermería, 4 enfermeras jefes, 9 médicos especialistas, 6 fisioterapeutas y un residente, se caracteriza por que el 56,8% de su personal es de sexo femenino, la mayoría del personal (72%) tiene entre 26 y 34 años de edad, el 89,2% lleva trabajando menos de un año en la UCI, el 92% del personal se encuentra vinculado mediante contrato y solo el 5% son de planta.

Al aplicar el cuestionario de actitudes de seguridad SAQ a esta población, se logro identificar que la percepción global de la seguridad del paciente fue buena en un 37,8%, y excelente en el 27%, lo cual muestra que más de la mitad de los encuestados califican la seguridad del paciente en la UCI de forma positiva.

Según los criterios de clasificación establecidos por la AHRQ, para identificar fortalezas y debilidades u oportunidades de mejora en la seguridad del paciente, en el presente estudio se obtuvo fortalezas en tres dimensiones que evalúa la encuesta:

- Satisfacción laboral 94,58%
- Aprendizaje organizacional/mejora continua 83,78%
- Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio 81,08%

La dimensión de satisfacción, con el mayor porcentaje de respuestas positivas de todas las dimensiones, se caracterizó por que todos sus ítems fueron también fortalezas, reflejando que la gran mayoría del personal que labora en la UCI Gineco-Obstetrica se encuentra a gusto con el trabajo que desempeña dentro de esta unidad; un aspecto positivo y para destacar, ya que esto puede influir positivamente en la calidad de la atención prestada al paciente por parte del personal y por ende en la cultura de seguridad. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios³¹ como el de "Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles", donde el 95,1% de las personas encuestadas les gustaba su trabajo.

La segunda dimensión con mayor numero de respuestas positivas (<<Aprendizaje organizacional/mejora continua>>), donde todos sus ítems lograron ser

³¹ GUTIERREZ, I, Marino de Cos P, YANEZ A, Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. Elsevier España. 2010

considerados como fortalezas; reflejó que en la UCI Gineco-Obstetrica se está trabajando de forma activa por mejorar la seguridad del paciente, tomando en cuenta los errores e implementando cambios efectivos en pro de esta. La fortaleza en esta dimensión convierte a la UCI Gineco-Obstetrica en una unidad comprometida en mejorar la seguridad del paciente. Estudios que han evaluado esta dimensión como el “Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del SNSE”³², encontró una fortaleza en uno de los ítems (Los errores han llevado a cambios positivos aquí: 76,8%), pero la dimensión en su conjunto no pudo considerarse como fortaleza.

Con relación a la dimensión trabajo en equipo dentro de la UCI Gineco-Obstétrica, al compararla con los resultados obtenidos en el estudio realizado por la agencia de calidad del sistema nacional de salud de España y el de Conamed³³, donde dicha dimensión obtuvo un numero de respuestas positivas del 71,8% y 50% respectivamente, sin lograr ser considerada fortalezas; muestra que el trabajo en equipo en la UCI Gineco-Obstetrica del HUHMP es mejor percibido que en otras unidades u hospitales.

Los resultados obtenidos en cuanto a ítems específicos señalan como fortaleza sólo 2 de los 42 ítems que analiza el cuestionario, sin tener en cuentas aquellos que se encuentran dentro de las dimensiones consideradas como fortalezas, estos son:

- Mi director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes 91,9%.
- En esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer 81%.

Los cuales son un factor positivo en cualquier unidad hospitalaria ya que reflejan una comunicación y retroalimentación positiva entre el personal que ayuda a reducir a futuro el número de incidentes que pongan en riesgo la seguridad de los pacientes.

En relación a las debilidades u oportunidades de mejora, cabe resaltar que ninguna dimensión como tal es considerada una debilidad, sin embargo la dimensión «Dotación de Personal» es la que reporta mayor porcentaje de

³² SATURNO. Op. cit., p. 38

³³ FAJARDO, G, RODRIGUEZ, J, ARBOLEDA, H; Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Cir Cir 2010; 78: 527-532

respuestas negativas con un 38,5%. Entre los ítems con mayor porcentaje de respuestas negativas dentro de esta dimensión se destacan: «El personal en esta unidad trabaja mas horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente » con un 51,3% de respuestas negativas, clasificándolo como debilidad u oportunidad de mejora. Lo que nos indica que el personal de salud percibe que la seguridad de los pacientes puede verse comprometido por el exceso de carga laboral, la intensidad horaria y el aumento del personal de vinculación temporal.

Otro de los ítems que superan el 50 % de respuestas negativas es: «Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria» con un 70,3%, mostrando la falta de compromiso por parte de la dirección del hospital por implementar entre sus diferentes servicios la seguridad del paciente como una prioridad. Al comparar este ítem con los resultados obtenidos en el estudio de la Agencia de Calidad SNSE³⁴, vemos que estos ítems no son considerados como una debilidad.

Los resultados obtenidos muestran que la UCI gineco-obstetrica obtuvo más fortalezas en la seguridad del paciente que otros estudios realizados en distintos servicios (médico, quirúrgico, UCI, farmacia y otros) y que además el numero de debilidades no fue significativo. Sin embargo, es fundamental que la dirección del hospital se comprometa a apoyar dichas fortalezas, a eliminar las debilidades y oportunidades de mejora, y a trabajar con el objetivo de aumentar el número de fortalezas, para mejorar la percepción y la cultura de seguridad en esta unidad.

³⁴ SATURNO. Op. cit., p. 38

9. CONCLUSIONES

Al realizar el análisis socio-demográfico del personal que labora en la UCI Gineco-Obstétrica encontramos que el 56,8% es de sexo femenino, el 72% del personal tiene entre 26 y 34 años, que la inmensa mayoría lleva menos de un año trabajando en esta UCI, el 35,1% trabaja entre 40-45 horas a la semana en este hospital y que el 92% se encuentra vinculado mediante contrato.

La tasa de respuesta en la UCI Gineco-Ostétrica fue del 100%, logrando obtener la percepción de la cultura de seguridad de todo el personal que allí labora, de los cuales el 97,3% tienen contacto directo con los pacientes en su trabajo.

La percepción global que tiene el personal que labora en la UCI Gineco-Obstétrica sobre la seguridad del paciente es buena en un 37%, y excelente en un 27%, lo que nos permite concluir que más de la mitad de los encuestados perciben la seguridad del paciente en forma positiva.

La gran mayoría de los encuestados (78,4%) no ha reportado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año. Solo el 2.7% reporto más de 21 incidentes el ultimo año.

Según los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ, se encontraron tres dimensiones que se destacan como fortaleza, las cuales son: <<Satisfacción laboral>>, <<Aprendizaje organizacional/mejora continua>> y <<Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio>>, con un porcentaje de respuestas positivas de 94,58%, 83,78% y 81,08% respectivamente. Además de los ítems que evalúan estas dimensiones, los resultados obtenidos señalan como fortalezas otros dos ítems de los 42 que indaga el cuestionario: <<Mi director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes>> con un 91,9%de respuestas positivas y <<En esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer>> con el 81% de respuestas positivas.

Ninguna dimensión clasifico según los criterios de la AHRQ como debilidades u oportunidades de mejora, sin embargo se encontraron 2 ítems que superan el 50% de respuestas negativas, como «El personal en esta unidad trabaja mas horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente » con un 51,3% y «Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria» con un 70,3% de respuestas negativas.

10. RECOMENDACIONES

Revisar la distribución y organización del personal, su horario y carga laboral a la que están sometidos; pues es en este ámbito, donde se presenta debilidades u oportunidades de mejora, ya que gran parte del personal percibe que trabajan más horas de las que es mejor para la seguridad del paciente y ven de forma negativa el aumento en el número de personal temporal.

La gerencia del hospital debe mostrar mayor compromiso y participación para mejorar la seguridad del paciente, buscando hacer de esta una de sus principales prioridades; ya que su apoyo es indispensable para que la UCI gineco-obstétrica obtenga mejores resultados en la cultura de seguridad.

Manejar los errores en la seguridad como un problema de equipo y no individual, ya que gran parte del personal percibe que estos son considerados en su contra y afectan su expediente personal.

Controlar que el personal no realice más turnos de los permitidos semanalmente, ya que muchas veces remplazan o intercambian turnos con compañeros, esforzándose física y mentalmente, afectando el cuidado del paciente y su seguridad. También se puede supervisar la carga laboral con el fin de prevenir el cansancio y el bajo desempeño ante alguna situación de emergencia.

Educar al personal de salud sobre la seguridad del paciente, resaltando su importancia, realizando jornadas educativas donde se analicen los errores y se identifiquen las fallas que se presenten en el proceso de atención de los pacientes con el objetivo de disminuir los eventos adversos en la unidad.

BIBLIOGRAFIA

CANTILLO E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte – Colombia 2007.

DEILKAS E, HOFLOSS D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version. Short Form 2008 September 22. doi: 10.1186/1472-6963-8-191.

FRANCO A. Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir los errores médicos. Universidad del Valle, programa editorial, Primera Edición. Cali, Colombia. Abril de 2006.

LATORRE M. La Seguridad del Paciente: Avances en el contexto mundial y regional de los dispositivos médicos. Octubre, 2008.

MODAK M, SEXTON B, LUX T. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire, Ambulatory Version. J Gen Intern Med. 2007; 22(1): 1-5.

PALACIO D, CUERVO C, ECHEVERRI R. La seguridad del paciente y la atención segura. 31 de Diciembre del 2009.

PEW C, HEGARTY R, HARRIS J. Patient safety: essentials for health care. Third Edition 2005, page: 7-29.

RUELAS, SARABIA, TOVAR. Seguridad del paciente hospitalizado. Instituto Nacional de Salud publica 2007. Editorial Médica Panamericana. Capitulo 6-7.

SISHER D. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme Ginebra, Reporte de la Organización Mundial de la Salud. 2005.

VINCENT C, WILEY J, Patient Safety. Second Edition. R729.8.v56 2010.Chapter 18-19-20.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado

**PERCEPCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LA UCI GINECO-
OBSTETRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA**

Habiéndose explicado los objetivos del presente estudio, y que no presenta ningún riesgo adicional para mi integridad personal y laboral, autorizo a los investigadores del mismo para que me realicen las entrevistas planeadas y el análisis de mis datos, siempre y cuando se mantenga mi identidad bajo reserva.

Soy consciente además que si deseo podre retirarme en cualquier momento del estudio y negarme a responder entrevistas adicionales.

Fecha _____ Ciudad _____

FIRMA _____
DE CEDULA:

Anexo B. Cuestionario

CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES

INSTRUCCIONES

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su hospital, y llevará de 10 a 15 minutos completarlo.

Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica usted puede dejarla en blanco.

- Un **“incidente”** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importa si el resultado daña al paciente o no.
- **“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Sección A: Información general

EDAD: _____

SEXO: FEMENINO MASCULINO

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> b. De 1 a 3 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 3 a 5 años | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> e. De 16 a 21 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |
| <input type="checkbox"/> g. De 5 a 10 años | |

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la UCI adultos/UCI gineco-obstetrica?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> b. De 1 a 3 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 3 a 5 años | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> e. De 16 a 21 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |
| <input type="checkbox"/> g. De 5 a 10 años | |

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

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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> b. De 1 a 3 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 3 a 5 años | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> e. De 16 a 21 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |
| <input type="checkbox"/> g. De 5 a 10 años | |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Auxiliar de enfermería | <input type="checkbox"/> b. enfermera/o jefe |
| <input type="checkbox"/> c. Médico especialista | <input type="checkbox"/> d. Médico general |
| <input type="checkbox"/> e. Médico residente | <input type="checkbox"/> f. Terapeuta respiratorio |
| <input type="checkbox"/> g. Terapeuta físico, ocupacional o del habla | <input type="checkbox"/> h. Técnico (EKG, laboratorio, Radiología) |
| <input type="checkbox"/> i. Administración/ Dirección | <input type="checkbox"/> j. Otro, por favor especifique: _____ |

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

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es mejor para el cuidado del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

16. El personal se preocupa de que los errores que comenten sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección C: su supervisor/director

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

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección D: Comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección E: Frecuencia de incidentes reportados

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿Qué tan a menudo son reportados? Indique su respuesta marcando UN cuadro.

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

3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Sección F: Grado de seguridad del paciente

Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado de seguridad del paciente. Marque una respuesta.

A Excelente	B Muy bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E

Sección G: Su hospital

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

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Las acciones de la dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección J: Satisfacción laboral

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

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me gusta mi trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Trabajando en esta unidad me siento parte de una familia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. La unidad donde laboro es un buen lugar para trabajar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Me siento orgulloso de trabajar en esta área clínica.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. La ética y la moral están presentes en esta área clínica.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección K: Sus comentarios

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

Gracias por su colaboración.

Anexo C. Tablas complementarias

Tabla 1. Clasificación del genero en la uci gineco-obstetrica

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	15	40,5%
Femenino	21	56,8%
No responde	1	2,7%
TOTAL	37	100%

Tabla 2. Frecuencia de edades en el personal de salud

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
19 -25	9	25 %
26-30	11	30.5 %
31-34	11	30.5 %
36-47	5	13.8 %
TOTAL	36	100 %

Tabla 3. Número de pacientes que tiene a cargo cada trabajador

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. De 1 a 2 personas	17	45,9%
b. De 3 a 4 personas	2	5,4%
c. De 5 a 7 personas	9	24,3%
d. De 8 a 10 personas	1	2,7%
e. De 11 a 20 personas	4	10,8%
f. De 21 personas o más	1	2,7%
g. No responde	3	8,1%

TOTAL	37	100,0%
-------	----	--------

Tabla 4. Horas que trabajan a la semana

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Menos de 20 horas a la semana	8	21,6%
b. De 20 a 39 horas a la semana	12	32,4%
c. De 40 a 59 horas a la semana	13	35,1%
d. De 60 a 79 horas a la semana	2	5,4%
f. De 100 horas a la semana o más	2	5,4%
TOTAL	37	100,0%

Tabla 5. Posición laboral en el hospital

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Auxiliar de enfermería	14	37,8%
b. Enfermera/o jefe	4	10,8%
c. Médico especialista	9	24,3%
e. Médico residente	1	2,7%
f. Terapeuta respiratorio	6	16,2%
g. Terapeuta físico, ocupacional o del habla	2	5,4%
j. Medico auditor	1	2,7%
TOTAL	37	100,0%

Tabla 6. Tiempo laboral en el hospital

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. Menos de 1 año	25	67,6%
A. De 1 a 3 años	7	18,9%
B. De 3 a 5 años	2	5,4%
C. De 11 a 15 años	1	2,7%
D. De 16 a 21 años	1	2,7%
E. Más de 21 años	0	0,0%

F. De 5 a 10 años	1	2.7%
TOTAL	37	100,0%

Tabla 7. Tiempo laboral en la uci

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. Menos de 1 año	33	89,2%
B. De 1 a 3 años	1	2,7%
C. De 3 a 5 años	1	2,7%
D. De 11 a 15 años	2	5,4%
TOTAL	37	100,0%

Tabla 8. Tipo de vinculación

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Planta	2	5,0%
Contrato	34	92,0%
Residente	1	3,0%
TOTAL	37	100,0%

Tabla 9. Principales áreas de trabajo en este hospital

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica	0	0,0%
Medicina (No-quirúrgica)	0	0,0%
Cirugía	1	2,7%
Obstetricia	6	16,2%
Pediatría	0	0,0%
Departamento de emergencias	0	0,0%
Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)	30	81,1%
Salud mental/Psiquiatría	0	0,0%
Rehabilitación	0	0,0%

Farmacia	0	0,0%
Laboratorio	0	0,0%
Radiología	0	0,0%
Anestesiología	0	0,0%
Otro	0	0,0%
TOTAL	37	100,0%

Tabla 10. Grado de seguridad del paciente

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	10	27,0%
Muy bueno	14	37,8%
Aceptable	9	24,3%
Pobre	2	5,4%
Malo	0	0,0%
No responde	2	5,4%
TOTAL	37	100,0%

Tabla 11. Dimensión: frecuencia de incidentes reportados (p 1e, 2e y 3e).

	Siempre/ La mayoría del tiempo		Algunas veces		Nunca/ Rara Vez	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Qué tan a menudo es reportado? (P 1E).	19	51.3%	11	29.7%	7	18.9%
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Qué tan frecuentemente es reportado? (P 2E).	17	45.9%	11	29.7%	9	24.3%
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Qué tan a menudo es reportado? (P 3E).	20	54%	7	18.9%	10	27%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 50,45% % de respuestas neutras: 26,12% % de respuestas negativas: 23,42%						

Tabla 12. Dimensión: percepción de seguridad (p 10b, 15b, 17b y 18b).

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí (P 10B).	7	18.9%	19	51.4%	11	29.7%
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer mas trabajo (P 15B).	19	51.3%	11	29.7%	7	18.9%
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad (P 17B).	13	31.5%	13	31.5%	11	29.7%
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir (P 18B)-	22	59.4%	10	27%	5	13.5%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 42,52% % de respuestas neutras: 35,81% % de respuestas negativas: 20,7%%						

Tabla 13. Dimensión: expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad (p 1c, 2c, 3c y 4c).

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Mi director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes (P C1).	27	72.9%	8	21.6%	2	5.4%
Mi director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (P C2).	34	91.9%	3	8.1%	0	0%

Cuando la presión se incrementa, mi director quiere que trabajemos más rápido, aun si esto significa simplificar las labores del trabajo (P C3).	14	37.8%	13	35.1%	10	27%
Mi director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez (P C4).	5	13.5%	5	13.5%	27	72.9%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 66,17% % de respuestas neutras: 19,59% % de respuestas negativas: 14,17 %						

Tabla 14. Dimensión: aprendizaje organizacional/mejora continua (p 6b, 9b y 13b).

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente (P 6B).	31	83.7%	5	13.5%	1	2.7%
Los errores han llevado a cambios positivos aquí (P 9B).	32	86.5%	2	5.4%	3	8.1%
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad (13B).	30	81.1%	4	10.8%	3	8.1%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 83,78% % de respuestas neutras: 9,9% % de respuestas negativas: 6,3%						

Tabla 15. Dimensión: trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio (p 1b, 3b, 4b y 11b).

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
La gente se apoya una a la otra en esta unidad (P 1B).	31	83.8%	5	13.5%	1	2.7%

Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo (P 3B).	32	86.4%	3	8.1%	2	5.4%
En esta unidad, el personal se trata con respeto (P 4B).	36	97.2%	0	0.0%	1	2.7%
Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan (P 11B).	21	56.7%	7	18.9%	9	24.3%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 81,08% % de respuestas neutras: 10,13% % de respuestas negativas: 8,78%						

Tabla 16. Dimensión: franqueza en la comunicación (p 2d, 3d y 6d).

	Siempre/La mayoría del tiempo		Algunas veces		Nunca/Rara vez	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente (P 2D).	21	56.7%	12	32.4%	4	10.8%
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (P3D).	8	21.6%	19	51.4%	10	27.0%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien (P 6D).	2	5.4%	18	48.6%	17	45.9%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 41,4% % de respuestas neutras: 44,14% % de respuestas negativas: 14,4%						

Tabla 17. Dimensión: retroalimentación y comunicación sobre errores (p 1d, 4d y 5d).

	Siempre/La mayoría del tiempo		Algunas veces		Nunca/Rara vez	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes (P 1D).	19	51.3%	10	27.0%	8	21.6%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad (P 4D).	24	64.8%	10	27.0%	3	8.1%
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer (P 5D).	30	81.0%	5	13.5%	2	5.4%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 65,76% % de respuestas neutras: 22,52% % de respuestas negativas: 11,71%						

Tabla 18. Dimensión: respuesta no punitiva a los errores (p 8b, 12b y 16b).

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
El personal siente que sus errores son considerados en su contra (P 8B).	8	21.6%	17	45.9%	12	32.4%
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema (P 12B).	8	21.6%	22	59.5%	7	18.9%
El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes (P 16B).	17	45.9%	13	35.1%	7	18.9%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 23,42% % de respuestas neutras: 46,84% % de respuestas negativas: 29,72%						

Tabla 19. Dimensión: dotación de personal (p 2b, 5b, 7b y 14b)

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo (P 2B).	24	64,8%	7	18,9%	6	16,2%
El personal en esta unidad trabaja mas horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente (P 5B).	19	51,3%	12	32,4%	6	16,2%
Usamos mas personal de agencia/temporal de lo que es mejor para el cuidado del paciente (P 7B).	14	37,8%	16	43,2%	7	18,9%
Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rapidamente (P 14B).	18	48,6%	15	40,5%	4	10,8%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 27,68% % de respuestas neutras: 33,75% % de respuestas negativas: 38,48%						

Tabla 20. Dimensión: apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (p 1g, 8g y 9g).

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
La dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (P 1G).	24	64,9%	11	29,7%	2	5,4%
Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (P 8G).	0	0%	11	29,7%	26	70,3%
La dirección del hospital parece interesada en la	13	35,1%	7	18,9%	17	45,9%

seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso (P 9G).						
Total dimensión: % de respuestas positivas: 27,68% % de respuestas neutras: 33,75% % de respuestas negativas: 38,48%						

Tabla 21. Dimensión: trabajo en equipo entre unidades/servicios (p 2g, 4g, 6g y 10g).

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas (P 2G).	10	27%	15	40,5%	12	32,4%
Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas (P4G).	15	40,5%	15	40,5%	7	18,9%
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital (P 6G).	6	16,2%	9	24,3%	22	59,4%
Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes (P 10G).	19	51,3%	12	32,4%	6	16,2%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 45,9% % de respuestas neutras: 34,43% % de respuestas negativas: 19,58%						

Tabla 22. Dimensión: problemas en cambios de turno y transición entre servicios (p 3g, 5g, 7g y 11g).

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
La información de los	9	24,3%	12	32,4%	16	43,2%

pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra (P 3G).						
Se pierde a menudo la información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno (P 5G).	8	21,6%	6	16,2%	23	62,2%
A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital (P 7G).	8	21,6%	13	35,1%	16	43,2%
Los cambios de turnos son problemas para los pacientes en este hospital (P 11G).	5	13,5%	12	32,4%	20	54%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 50,67% % de respuestas neutras: 29% % de respuestas negativas: 20,27%						

Tabla 23. Dimensión: nivel de estrés (p i1, i2, i3, i4)

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Cuando mi carga de trabajo es excesiva, mi rendimiento se deteriora (P 1I).	18	48.6%	9	24.3%	10	27%
Soy más propenso a cometer errores en situaciones tensas y hostiles (P2I).	12	32.4%	8	21.6%	17	45.9%
El cansancio afecta mi desempeño durante una situación de emergencia (por ejemplo: reanimación, convulsiones) (P 3I).	10	27%	12	32.4%	15	40.5%
Yo soy menos efectiva en el trabajo cuando me encuentro cansado. (P 4I).	15	40.5%	10	27%	12	32%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 37,1% % de respuestas neutras: 26,3%						

% de respuestas negativas: 36,3%

Tabla 24. Dimensión: satisfacción laboral

	Muy de acuerdo/ De acuerdo		Neutro		Muy en desacuerdo/En desacuerdo	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Me gusta mi trabajo	0	0.0 %	1	2,7%	36	97,3%
Trabajando en esta unidad me siento parte de una familia	0	0.0%	4	10,9%	33	89,1%
La unidad donde laboro es un buen lugar para trabajar	0	0.0%	1	2,7 %	36	97,3%
Me siento orgulloso de trabajar en esta área clínica.	0	0.0%	2	5,4%	35	94,6%
La ética y la moral están presentes en esta área clínica	0	0.0%	2	5.4%	35	94.6%
Total dimensión: % de respuestas positivas: 94,58% % de respuestas neutras: 5,42% % de respuestas negativas: 0.0%						