



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN.**

TÉSIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO)

PRESENTA:

Lourdes González Jiménez

TUTORA:

Dra. Ana María Lara Barrón

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA.

A DIOS...

Mi misión en la vida se me está realizando en diferentes formas; en lo académico buscando la verdad, superándome, buscando lo mejor de enfermería; en la vida personal, honrando las enseñanzas y valores del legado de mis Padres y el cuál lo entregó como herencia viva a mi esposo Eliazar y a mis hijos Uriel y Gael. A todos ellos gracias.....

Percepción de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención.

Resumen

Introducción: La percepción de la cultura de seguridad del paciente se relaciona con actitudes y valores que asume el personal de salud en su práctica, para que el paciente no experimente daño asociado a la atención en la salud, lo que conlleva, que la cultura de seguridad del paciente sea evaluado en dimensiones de calidad asistencial, estableciendo con particular interés actitudes y percepciones como determinante para una atención segura. **Objetivo:** Evaluar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención. **Material y método:** Estudio descriptivo-cuantitativo con diseño transversal de un hospital de tercer nivel de atención ubicado en la ciudad de México. La muestra fue aleatoria probabilística con un total de 258 enfermeras. Se utilizó la encuesta de la *Agency for Healthcare Research and Quality, (AHQR)*, validada como Cuestionario de Seguridad del paciente versión española por *Hospital Survey en Patient Safety*. Se determinaron 12 dimensiones, con reactivos de percepción y grado global de seguridad del paciente. Se utilizaron pruebas de estadística descriptiva e inferenciales. **Resultados:** Se obtuvieron un total de siete dimensiones consideradas como oportunidad de mejora; comunicación sobre los errores 53%, respuesta no punitiva al error 61%, dotación del personal 60%, apoyo en la gerencia del hospital 66%, percepción de seguridad del paciente 58%, franqueza de la comunicación 62%, cuatro como dimensiones normales; frecuencia de eventos adversos 46%, expectativa de aprendizaje organizacional/mejora continua y acciones de dirección 48%, aprendizaje organizacional/mejora continua 68%, trabajo en equipo entre unidades 45% y uno dimensión considerada como fortaleza; trabajo en equipo en la unidad/servicio 82%. El grado de percepción de cultura de seguridad global fue de (77%) como aceptable y con un (12%) como muy bueno. **Conclusión:** Por lo que se sugiere realizar trabajos de investigación que sustenten los elementos importantes que componen una cultura de seguridad desde personal gerencial y administrativo hasta personal operativo, implementado realizar estrategias dirigidas a fomentar una alta percepción de cultura hacia la seguridad del paciente.

Palabras clave: enfermería, seguridad, pacientes, seguridad del paciente, cultura, percepción, cultura.

Abstract

Background: The perception of the patient's safety culture is related to attitudes and values assumed by health personnel in their practice, so that the patient does not experience harm associated with health care, which implies that the safety culture of the patient patient is evaluated in dimensions of quality of care, establishing with particular interest attitudes and perceptions as a determinant for safe care. **Objective:** To evaluate the current state of the patient safety culture of the nursing staff of a third-level care hospital. **Method:** Descriptive-quantitative study with cross-sectional design of a third-level care hospital located in Mexico City. The random sample was probabilistic with a total of 258 nurses. The survey of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR) was used, validated as the Spanish Patient Safety Questionnaire by Hospital Survey in Patient Safety. Twelve dimensions were determined, with perception reagents and overall degree of patient safety. Descriptive and inferential statistics tests were used. **Results:** A total of 7 dimensions considered as opportunities for improvement were obtained; communication about errors 53%, non-punitive response to error 61%, staffing 60%, support in hospital management 66%, perception of patient safety 58%, communication frankness 62%, 4 as normal dimensions; frequency of adverse events 46%, expectation of organizational learning / continuous improvement and management actions 48%, organizational learning / continuous improvement 68%, teamwork between units 45% and 1 dimension considered as strength; Teamwork in the unit / service 82%. The degree of perception of global security culture was (77%) as acceptable and with (12%) as very good. **Conclusions:** Therefore, it is suggested to carry out research that sustains the important elements that make up a safety culture from managerial and administrative personnel to operative personnel, implementing strategies aimed at promoting a high perception of culture towards patient safety.

Keywords: culture, safety, patient care, perception, nursing, nursing staff.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
IV. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	7
V. MARCO TEÓRICO.	11
5.1. CALIDAD	11
5.2. CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD	13
5.3. CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	17
5.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE	19
5.5. NORMATIVIDAD Y ORGANISMOS INTERNACIONALES EN LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	24
5.5.1. Normalización internacional.....	25
Costa Rica	25
Colombia.....	25
Venezuela.....	26
Perú.....	26
Argentina	27
Chile.....	27
España	27
Estados Unidos de América.....	28
Contexto Nacional	28
VI. OBJETIVO GENERAL.....	29
6.1. OBJETIVO ESPECIFICOS	29
VII. HIPÓTESIS DESCRIPTIVA.....	29
VIII. METODOLOGÍA.....	30
8.1. POBLACIÓN	30
8.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	30
8.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	30
8.4. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	30
8.5. MUESTRA	31
8.6. VARIABLES.....	31

8.7. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	31
8.8. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.	32
8.8. Consistencia de las dimensiones	35
8.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
8.9.1 Análisis descriptivo	36
8.9.2 Análisis Inferencial.....	37
8.10. ASPECTOS ÉTICOS.....	37
IX. RESULTADOS	38
9.4. ESTADÍSTICA INFERENCIAL	54
9.4.1. Percepción de la cultura de seguridad y su comparación con grado académico.	54
9.4.2. Percepción cultural de seguridad y su comparación con categoría laboral.....	54
9.4.3. Percepción de cultura de seguridad y su relación con el tiempo laboral en el hospital.	55
9.4.4. Percepción de cultura de seguridad y su relación con el tiempo laboral en el servicio.	55
9.4.5. Percepción de cultura de seguridad y su comparación con el contacto directo con el paciente.	55
9.4.6. Percepción de seguridad del paciente comparada por ítem y el puntaje total del instrumento.	56
X. DISCUSIÓN.....	57
10.1. Percepción global del instrumento de cultura de seguridad del paciente.....	62
XI. CONCLUSIONES	63
XII. PROPUESTAS.....	65
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	66
XIV. ANEXOS	72
14.1. Operalización de variables.....	1

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la seguridad del paciente surge en el 2000, a partir de la documentación del libro “Errar es humano” del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América donde se dimensionó la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2002, abordando como unos de los factores determinantes para cometer eventos adversos es la falta de cultura de seguridad del paciente.¹

De esta manera la cultura de seguridad del paciente, es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud, por ello, actualmente es un tema obligado que puede facilitar la retroalimentación en los sistemas de salud, con la posibilidad de implementar medidas de mejora, basadas en la determinación de problemas concretos¹.

La cultura de una organización se puede analizar en diferentes niveles de atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones en las que se pueden identificar fortalezas y oportunidades de mejora, que configuran la forma de como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo². De esta forma, la cultura se expresa de diferentes maneras, específicamente a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo. Además crea un sentido de identidad y establece vínculos vitales entre los miembros de una organización y su misión.³⁻⁴ Referida a la salud es el producto de interacciones dinámicas que a nivel de la atención del paciente deben integrarse bajo principios éticos y científicos y permear todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional. Sin embargo, es frecuente que las actitudes de los profesionales de la salud involucrados en la atención médica tengan desviaciones que afectan la calidad de la atención y la seguridad del pacientes.⁵

Así, la cultura en este contexto es lo que emerge de los esfuerzos concertados de las organizaciones para movilizar todos los elementos culturales hacia las metas de seguridad, incluyendo a sus miembros, sus sistemas y actividades laborales; para ello las instituciones establecen estándares de calidad más elevadas y necesarios que justifican su acreditación como sistemas de salud, modificando sus estructuras y procesos para evitar riesgos hospitalarios y responder al derecho a la seguridad que tienen los pacientes.⁷⁻⁸

La exploración de la cultura para la seguridad del paciente está orientada desde diferentes perspectivas o dimensiones, hasta el momento, el informe de la frecuencia y la severidad de los incidentes, es una de las que menos se toma en cuenta. En este sentido debe existir un compromiso directivo permanente para promoverlo y facilitarlo, proporcionando las herramientas necesarias para identificar patrones más prevalentes en los incidentes de seguridad que permita evaluar con datos duros las intervenciones para su prevención⁹⁻¹⁰. De igual manera, se deben tratar de establecer correlaciones entre la cultura del personal de salud y los resultados de los pacientes, con el fin de darle sentido al esfuerzo de su estudio y no solamente realizar comparaciones entre unidades hospitalarias sin propósitos claros.

El estudio de la cultura de la seguridad del paciente, debe analizarse desde el ámbito de la atención médica, incluyendo a los estudiantes, médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, quienes pueden aportar elementos relevantes para su atención. Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a ser parte, a nivel personal e institucional de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de salud. Bajo estas consideraciones, la OMS, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.¹¹

Para medir los diferentes aspectos de la cultura sobre la seguridad del paciente se han diseñado diferentes escalas, entre las cuales algunas han tenido mayor proyección que otras, unas se han enfocado a los aspectos sociales, mientras que otras lo han hecho sobre áreas específicas como la cirugía, para tratar de identificar aspectos específicos de la especialidad.¹²⁻¹³

Se resalta la importancia de promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional con el objetivo de brindar al máximo la satisfacción y el bienestar de los pacientes; se hace indispensable poseer bases teóricas sólidas que apoyen los procesos destinados al logro de las propuestas de calidad de salud y fomentar la capacitación de quienes participan directa o indirectamente en la seguridad del paciente en su quehacer diario.

II. JUSTIFICACIÓN

El estudio de la cultura de la seguridad del paciente, es en la actualidad un tema vigente y de obligatoria documentación para todos los trabajadores del área de la salud. Las medidas de seguridad deben aplicarse desde el momento mismo en que el paciente inicia su proceso de atención, hasta que este finaliza e implica a todos los integrantes de la institución que interactúan con él.

Las consecuencias de una deficiencia en la cultura de seguridad en la práctica incluyen un sinnúmero de efectos; que pueden ser desde los más leves, que inclusive pueden pasar inadvertidos tanto para el personal como para los propios pacientes, o bien estos pueden ser tan graves que pueden terminar en lesiones, discapacidad o muerte del paciente. La atención a la salud, se ha tornado insegura, lo que refleja un aumento de riesgos innecesarios a los pacientes.¹⁴

Se estima que uno de cada 10 pacientes que vive en países industrializados sufre eventos adversos mientras recibe cuidados de salud; ante esta situación, la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente bajo el lema “ante todo no hacer daño”, misma que tiene la finalidad de reducir la incidencia de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los enfermos al recibir atención.¹⁵

Los errores en la práctica de enfermería pueden conducir a eventos adversos prevenibles, que se definen como “los daños causados al paciente por un procedimiento cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de la atención”. Un ejemplo de eventos adverso prevenible es el daño causado a un enfermo por la administración errónea con la dosis de un medicamento. Según la OMS, en los países en desarrollo el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, lo que conduce a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables.^{16, 17}

Murillo D. en el reporte de “estado del arte del seguimiento de eventos adversos”, evidenció que los eventos adversos no son reportados y se menciona que le 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y esta no afecta al paciente, éste no es reportado; Otro estudio dirigido por Vicente C, informa que los profesionales de la salud, siendo las personas más importantes en el proceso, no reportan oportunamente por miedo a las acciones punitivas

en su contra. Es por ello que es importante promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional, de quienes participan directa o indirectamente en la atención del paciente, con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción y bienestar al paciente.¹⁸⁻³¹

Es necesario investigar acerca del estado del arte y nivel de evidencia en el tema de cultura de la seguridad del paciente, para ofrecer una descripción de la realidad y documentar las necesidades y vacíos en este tema, relacionado sin duda alguna al ejercicio profesional ético y competente.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la atención de la salud es cada día más efectiva pero también más compleja, lo que ha convertido la seguridad del paciente en una de las dimensiones de la calidad asistencial más valoradas tanto por la sociedad como por los profesionales de los servicios de salud. Las causas de muchos de estos eventos adversos son factores sistémicos, tales como la deficiencia en los sistemas de organización, la falta de comunicación, las interrelaciones de trabajo deficiente, el entrenamiento inadecuado, la falta de **“Cultura de seguridad”** especialmente en la disciplina de enfermería que puede ocasionar graves consecuencias en la salud de los pacientes. Sin embargo, es frecuente que la cultura, expresada por los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes profesionales de la salud involucrados en la atención médica, tengan desviaciones que afectan la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. Siendo esta última la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando interactúan con algunos de los servicios de salud.^{3, 4, 19}

Es decir, la falta de cultura de seguridad del paciente, ejercida principalmente por el médico y enfermera lleva implícito a que existan diversas confusiones y errores humanos, desde que el paciente a veces inconsciente o sin posibilidad de comunicarse, sea trasladado al sitio equivocado, así como que se le practique un procedimiento o una cirugía en el sitio inadecuado; que no se identifique en qué cama esté ubicado un paciente, las infecciones nosocomiales concurrentes, las caídas, aplicación deficiente de las medidas de seguridad, la falta de recursos, las normas no vigentes y supervisión deficiente que conllevan a complicaciones o en el peor de los casos, la muerte. De tal manera, la seguridad del paciente es de trascendental importancia en la calidad de la atención en salud, ya que se ha documentado que muchos de los efectos adversos durante la atención del paciente suelen estar asociados a una deficiente cultura de seguridad en este proceso.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), el 77% de los eventos adversos corresponden entre otros factores a la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, lo que conduce a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos considerando que un 60% son evitables.¹⁷

En un reporte Murillo. “Estado del arte de seguimiento de eventos adversos”, evidenció que estos no son reportados, señalándose como una de las causas, la actitud del personal, por miedo a las acciones punitivas en su contra. Por otro lado, un estudio hecho por Singer y

Hellings y colaboradores, mencionan la necesidad de implementar reportes oportunos de eventos adversos, ya que la enfermera tiene un papel clave en la reducción de este problema; siendo que están en una condición crítica, tanto por el riesgo de error como por su capacidad y potencialidad para colaborar a la seguridad de los pacientes, así como promover medidas de protección y establecer un proceso de vigilancia continua de la calidad de la atención. No obstante que el término “seguridad del paciente”, cada vez es más utilizado, adopta diferentes significados entre los profesionales de la salud y las revisiones de estos conceptos son todavía dispersas.^{18, 21, 22-23} Por ello es importante que los profesionales de la salud se comprometan a ser parte importante a nivel personal e institucional de las iniciativas tendientes a disminuir el impacto negativo de esta problemática en el sistema de salud.

El propósito de este estudio es analizar desde la cultura organizacional, el componente cultural relacionado con la seguridad del paciente en las organizaciones de salud, lo que se denomina como “Cultura de seguridad del paciente”, específicamente en relación con el cuidado de enfermería.

A pesar de la relevancia y el auge del tema, se ha examinado relativamente poco el concepto de “cultura de seguridad”, es por ello que surge la pregunta de investigación como:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en un hospital de tercer nivel?

IV. REVISIÓN DE LA LITERATURA

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, a lo cual se hizo alusión en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002, en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud y de más importancia, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente.²⁴

Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero solo a partir del año 2000, con la publicación del libro “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud, con el cual se produjo un gran impacto, pues concluyó que cada año ocurren entre 44000 y 98000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica.²⁵

En diversos estudios se han expuesto las deficiencias en cuanto al aspecto de seguridad del paciente, la seguridad del paciente se define como “la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidas durante el procesos de atención en la salud, incluyendo todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportados con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de calidad y seguridad”.²⁶

En la práctica de enfermería, este concepto está implícito en el acto del cuidado, porque hace referencia a los fundamentos de la profesión entendida como una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado.²⁷

Singer ha expuesto que la “cultura de la seguridad no puede ser tan fuerte como se desea” ya que la percepción acerca de la misma varía de persona a persona y según las condiciones de trabajo y la carga laboral.²² Otro de los puntos es la cultura organizacional, se dice que es el corazón de la misma. Es una de las fuerzas más sólidas e importantes, la que conforman el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros. En pocas palabras, representa la manera específica de funcionar de cada organización.²²

Helmerich define la cultura como una compleja red de actitudes personales, organizacionales y profesionales con valores en base a los cuales funcionan los individuos y grupos. Con frecuencia esta cultura organizacional se compara de manera figurada con el pegamento que mantiene unida a la organización y por lo tanto, se asume que dicha cultura es un componente importante y contribuye al desempeño de la organización en su conjunto y a la socialización de los trabajadores, de manera que estos aumenten su compromiso con los objetivos de la organización.²

Se han identificado algunos aspectos favorables y problemáticos que forman parte fundamental de esta cultura de seguridad en diversos estudios. En un estudio realizado para describir la percepción de la cultura de seguridad del paciente por el personal de Enfermería en instituciones prestadoras de salud del tercer nivel en Bogotá Colombia; se identificaron tantos aspectos favorables como problemáticos que forman parte de esta cultura de seguridad del paciente, como es que el superior o jefe no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente; al contrario tomó medidas preventivas; el personal que labora en las diferentes unidades no es el suficiente para garantizar la prestaciones de servicio de manera óptima, lo que impacta negativamente en la percepción del personal en cuanto al ambiente propicio para desarrollar conductas que favorezcan la cultura de seguridad, este hecho apoya los resultados de diferentes estudios previos^{28,29,30} donde la mayoría de la población encuestada opinó que en el servicio no cuentan con el suficiente personal para manejar la carga de trabajo; la notificación de eventos adversos y la toma de decisiones en equipo son aspectos que el personal considera de gran importancia, así como la confianza dentro del equipo de salud, sin embargo resalta que el reporte de eventos solos se realizan cuando se ha afectado de alguna forma al paciente y es este el primero en evidenciarlo, esto ratifica lo evidenciado por Murillo, en el cuál se encontró que el 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y no afecta al paciente, este no es reportado.¹⁸

Un estudio que midió la cultura de seguridad del paciente en cinco hospitales británicos encontró una cuestión de mayor complejidad al respecto, ya que los resultados demostraron que cuando la seguridad es una prioridad débil, hay más errores que cuando la gestión de las prácticas de seguridad es importante en el hospital como organización.³¹

En otro de los estudios se asegura que la confianza y el clima organizacional en el reporte y mejora de los eventos influyen en la seguridad del paciente, pues “Cuando hay miedo en el

hospital”, el personal hará todo lo posible para ocultar los errores y el filtro de datos³¹. Los mayores porcentajes de la muestra, tenían una antigüedad promedio de 8 años, sin embargo resultó paradójico que a pesar de que la mayoría de los participantes afirmaron tener contacto directo con el paciente, al indagar respecto a los incidentes reportados el último año, un gran porcentaje de ellos afirmó que no habían reportado ningún incidente y tan sólo una tercera parte de la muestra manifestó haber reportado menos de 10 incidentes.

Por otro lado, un estudio realizó en 5 hospitales belgas, evaluaron solamente diez dimensiones de la cultura de seguridad, reportando los siguientes hallazgos: El hospital ofrece apoyo a la gestión de la seguridad del paciente (35%). No respuesta punitiva a un error 36%, hay suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo (38%). Los elementos que reciben los más bajos resultados fueron: La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad a otra (24%). Cuando se comete un error el personal teme que eso quede en su expediente (26%). Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa (28%). La dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (28%). El tema que recibe la máxima puntuación positiva es “cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos todos como equipo para terminarlo” 74%²³.

Así como en otro estudio se realizaron encuestas en 15 hospitales de California, con el objetivo de comprender las actitudes fundamentales hacia la cultura de seguridad del paciente y como varían según el hospital, el tipo de área y el estado clínico, se reportó lo siguiente: en cuestionamientos de la actitud personal, las respuestas fueron más “neutrales que en las preguntas acerca de los compañeros de trabajo. El 77% de los encuestados indicaron la falta de estímulos laborales y el temor a la identificación y al castigo por cometer errores. Aproximadamente un 33% de los encuestados dijeron que no fueron estimulados positivamente por haber tomado medidas rápidas para prevenir un grave error, y el 2% creyó ser disciplinado y honesto en caso de ser descubierto en un error.

También se reportó una pequeña pero apreciable incidencia de actos inseguros. Más del 39% informaron que habían sido testigos de que un compañero de trabajo parecía haber hecho algo inseguro (en su opinión) y el 8% admitió que en el último año ha hecho algo que no era seguro para su paciente²³.

El Ministerio de salud del Sistema Nacional de Salud español (2008) aplicó una encuesta para medir las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente; reportaron lo siguiente: Más del 90 % de los que respondieron tienen contacto directo con los pacientes en su trabajo. El 50% de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6 y 8. La gran mayoría de los encuestados (77.8%) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año. El 95% contesta haber notificado menos de dos. La información obtenida en cuanto a ítems específicos señala como fortalezas solo dos de los 42 ítems del cuestionario: “El personal se apoya mutuamente” (78.2% de respuestas positivas) y “cuando se detecta algún fallo en la atención del paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (76.8% de respuestas positivas). En relación con las debilidades, se encuentran sobre todo y por este orden en los siguientes aspectos “dotación de personal”, “trabajo en equipo entre unidades o servicios”, “percepción de seguridad” y “apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente” (acumulan más del 50% de todas las respuestas con carácter negativo). Las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver con la dotación de personal y el ritmo de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios³³.

En otro estudio para describir la cultura de seguridad percibido por el equipo de salud en un hospital privado de Bahía Blanca en Argentina, se encontró lo siguiente: un 37% de los encuestados presentó una percepción positiva del clima de seguridad. Entre los ítems con una percepción menos favorable (desacuerdo mayor del 20%) se destacan: “mis sugerencias sobre como disminuir los riesgos en la atención de los pacientes serian tomados en cuenta si los comunico a las autoridades de la institución”, “las decisiones de la dirección hospitalaria no ponen en riesgo la seguridad de los pacientes en función de la productividad”, “conozco los mecanismos para notificar aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes en mi institución”, “Esta institución está haciendo ahora más por la seguridad de los pacientes que hacen un año”. Por el contrario, entre los que presentaron un porcentaje de acuerdo mayor del 20% están: “el personal de mi área trabaja con absoluta responsabilidad y compromiso para resguardar la seguridad de los pacientes, “elegiría este lugar para atenderme o para atender a mi familia”.³⁴

V. MARCO TEÓRICO.

5.1. CALIDAD

La calidad se ha convertido en un elemento esencial que sirve para evaluar la eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios de salud. Sin embargo, para comprender su significado hay que definirla. Para ello se han de recurrir a citar a los expertos que han intentado precisar el verdadero sentido de este término. Edwards Deming lo define como el cumplimiento de las expectativas del usuario, al proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades y anticiparse a otras, adoptando una nueva filosofía en la que prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo.³⁵ También. Joseph M. Juran, eleva a la calidad a la categoría de una filosofía administrativa y describe como un proceso sistemático, el cual garantiza que las acciones que se llevarán a cabo ocurran tal y como se plantearon; es decir, como un medio para asegurar el proceso “salga bien a la primera”.

Así mismo afirma que la necesidad prioritaria es establecer fases administrativas y las divide en a) planeación; b) control, y c) mejora. Considera que debe evaluarse el desempeño del proceso y su correspondencia con el producto mediante el análisis estadístico. Finalmente, postula que la calidad depende más de las personas que la técnica y que el cambio de cultura se lleve a cabo de arriba hacia abajo.³⁶

Un tercer especialista, Kaoru Ishikawa, señala que la calidad tiene que ser construida en cada diseño y en cada proceso, pues el control de calidad constituye una disciplina, la cual combina el conocimiento con la acción. Utiliza siete herramientas estadísticas básicas para evaluarla: el diagrama de causa efecto, el histograma, el diagrama de Pareto, las hojas de comprobación o chequeo, las gráficas de control y los diagramas de dispersión y estratificación.³⁷

Por este motivo, los expertos coinciden en que se debe crear una cultura de calidad y seguridad del paciente en el personal de salud, con el fin de que comprendan el nuevo concepto y transformen sus valores y los hábitos para adaptarse al modelo innovador, en el que se ponderan las aptitudes dirigidas al aprendizaje y el grado de compromiso.

Cabe mencionar que la cultura de seguridad así como la de calidad resulta exitosa cuando todos los integrantes de la organización demuestra capacidad para trabajar en equipo, la planeación, el control y la mejora de los procesos con los que laboran e interactúan, mediante el uso de la

tecnología, hábitos, valores y actitudes de servicio hacia los clientes internos y externos a quienes siempre se trata de satisfacer. ³⁸⁻³⁹

Cuando se habla de atención de calidad, alude a caracteres que distinguen al servicio o producto, pero en realidad es considerado como un concepto subjetivo y distinto. Por este motivo en la asistencia sanitaria se establecen nociones como la calidad intrínseca (la cual se refiere a los recursos de la institución que otorga el servicio, si dispone de las tecnologías de punta para realizar diagnósticos, tratamientos y rehabilitaciones, así como los recursos humanos si son profesionales y además estén capacitados), y la calidad percibida, la cual es valorada por los usuarios a través de los condicionantes de satisfacción como equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, comunicación, continuidad y confortabilidad.

Uno de los aspectos más reconocidos, Avedís Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrece las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como “*el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica*”. Acorde con este autor, la calidad de medicina promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar de la población, además, incorpora y resuelve los aspectos, circunstancias concretas de cada demanda de atención, tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales. Para ello requiere de recursos humanos, económicos y de infraestructura, con una organización efectiva que incluya planeación de actividades, supervisión, evaluaciones de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de la comunidad. ⁴⁰⁻⁴¹

En México, las estrategias que han sido desarrolladas por este Autor, son usadas actualmente para establecer los principios en salud, desde hace más de una década se han implementado a nivel institucional y han sido base para implementar programas, como los destinados a la evaluación de la calidad en los servicios de Enfermería en los que se pretende incorporar la cultura en la medición de la calidad en el personal de enfermería y promover la estandarización y unificación de criterios en el cuidado. ⁴²

5.2. CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

En la última década del siglo XX se suscitó un crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención en salud en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunas personas por fortuna también, de responsabilidad social y de integridad moral.⁴³

El desarrollo de la vida moderna y el pensamiento científico, así como la teoría de la calidad, nos lleva a la consideración de que la salud es un campo del conocimiento susceptible de medir los resultados de la atención y el quehacer de sus profesionales que tienen la obligación de proveer servicios de salud con calidad. El concepto de calidad en la atención en salud ha sido variable, pero sin lugar a duda siempre ha estado ligado a las necesidades de las personas, ya sea en forma individual o de manera colectiva.

La comisión Conjunta de los Estados Unidos utiliza el concepto de desempeño institucional que presenta una perspectiva diferente con la palabra calidad; “hacer lo correcto correctamente”, y realizar acciones continuas de mejora.

Hacer lo correcto es determinado por la eficacia del procedimiento o tratamiento según las condiciones del paciente, además de la estandarización de los procedimientos o tratamientos para atender sus necesidades. También se requiere hacer de la manera correcta, lo que determina una disponibilidad de los procedimientos o servicios, una oportunidad de ellos, la efectividad con la que son proporcionados, la seguridad para el paciente que se somete a diagnóstico o tratamientos, y la eficiencia con que se proporcionan los servicios en la relación con los resultados, así como los recursos utilizados; además del respeto y trato digno que se ofrece en los pacientes.⁴⁴

Al tratar específicamente el tema de atención a la salud, Donabedian (1966) introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado, que hoy en día son los paradigmas dominantes de la evaluación de los servicios. Según su concepto unificador, la calidad consiste en proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en todas las partes del proceso de atención, sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes, entre ellos las

conocidas máximas; al menos no dañar, usualmente hacer algún bien e idealmente lograr el mayor beneficio. Algunos organismos, como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHCO), han establecido programas de evaluación de la calidad, en la que define como “el grado en el cual los servicios de atención al paciente aumentan la probabilidad de obtener los resultados indeseables, de conformidad con el estado real del conocimiento”.⁴¹

Donabedian plantea, además, que la calidad en la atención a la salud comprende dos dimensiones; la técnica y la interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar por ello sus riesgos, por lo tanto, el grado de calidad está dado por el equilibrio entre riesgo y beneficio. La dimensión interpersonal incluye valores y normas socialmente definidos en la interacción general entre individuos, y también en situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios; esto implica que la calidad interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.⁴²

Donabedian refiere que existe un tercer elemento de la atención, denominado “amenidades”, entendiéndose como las cualidades deseables de los centros en donde se proporciona la asistencia, como son; el confort, la tranquilidad y la intimidad.

En lo que respecta a los sistemas para evaluar la calidad de la atención, Donabedian adopta su teoría y utiliza sus indicadores de estructura, proceso y resultado. La primera se enfoca en el análisis de la configuración física y organizativa que se considera necesaria para proporcionar una asistencia, incluye recursos humanos, materiales y operaciones administrativas; el proceso se refiere a las actividades encaminadas a la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del usuario y finalmente los indicadores de resultado que miden los efectos de la atención del estado de salud del usuario.⁴⁷

A su vez, existen atributos de la atención que se convierten en determinantes mucho más importantes que la calidad, como son: la accesibilidad, la coordinación y la continuidad.

Se puede decir que la atención es accesible cuando es fácil de iniciar y mantenerse, lo que depende de las propiedades de los proveedores, ya sean instituciones o individuos, que lo hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar. La accesibilidad de la atención debe entenderse como la facilidad en la que se inicia y se mantiene. En este contexto, la calidad se define como la capacidad esperada de lograr el más alto beneficio posible de acuerdo con las valoraciones de la salud individual y colectiva.

Por otra parte la coordinación es el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención se acoplan entre sí durante cualquier secuencia de atención para cumplir con el propósito general. La continuidad significa falta de interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención todos los días, en todos los temas y en todos los servicios.

Un rasgo fundamental de la continuidad, es la documentación de la información acerca de los hallazgos, las evaluaciones y decisiones pasadas, así como el empleo de estos datos para el cuidado presente de manera que indique estabilidad en los objetivos y métodos del tratamiento o la evaluación del paciente. Visto así, la coordinación implica el compartir esta información entre un número de profesionales para lograr un esquema coherente de tratamiento/cuidados.⁴⁸

Se considera que la continuidad y la coordinación son mejores si la responsabilidad está centralizada en manos de un profesional; en caso de que éste involucrado más de un profesional, la responsabilidad debe transformarse de forma legítima y ordenada. Debido a que casi siempre la atención del paciente es multidisciplinaria, debe existir un compromiso para adoptar esta visión como garantía de calidad y seguridad del paciente.⁴⁹

La satisfacción del paciente es un componente importante de la calidad de la atención, siendo al mismo tiempo un objetivo y un resultado. Es de gran importancia como un indicador de calidad de la atención, ya que proporciona información sobre el éxito del profesional y de la institución en alcanzar las expectativas del paciente, que son los asuntos en los que éste es la autoridad última. En lo que respecta a la satisfacción del profesional, es un factor causal de buena atención o un juicio sobre la capacidad institucional para lograrlo.⁴⁸

La calidad de la atención es un concepto con mucho elemento que pueda agruparse bajo los siete títulos siguientes:

1. Eficiencia.
2. Eficacia.
3. Efectividad.
4. Optimización
5. Aceptabilidad.
6. Legitimidad
7. Equidad

La calidad de la asistencia se juzga por el cumplimiento de las expectativas o estándares que tienen su origen en la ciencia de la atención sanitaria integrada por la eficacia, los valores y las expectativas individuales.

Es importante hacer referencia, a la Ley de Columbia, la cual dice que hay calidad en la presentación de los servicios de salud cuando los atributos contenidos en dicha prestación, hace que sea oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares de procedimientos y prácticas profesionales.⁵¹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define que la calidad en la atención a la salud es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas y calidad percibida en los servicios de salud; es decir, lo que está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos; corresponde más a la satisfacción razonable de su necesidad después de la utilización de los servicios.⁴⁴

5.3. CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En la asistencia sanitaria, la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado, que proporciona el personal de enfermería, dado que éste mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad. Por ello adquiere gran importancia en la integración a la cultura de calidad si se desean alcanzar los objetivos propuestos.

Los antecedentes de calidad del cuidado surgen con Florence Nightingale, en 1860. Para ella todo el ambiente físico del paciente es de gran importancia. Indicaba que el primer principio de la enfermería era mantener el aire lo más puro posible, también mencionaba los siguientes puntos esenciales; agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz, en el cuidado de los enfermos. Florence Nightingale es la pionera en el control de la calidad de los cuidados de enfermería ya que realizó una serie de informes críticos sobre la calidad asistencial en los hospitales militares británicos.

Los primeros instrumentos de evaluación de la calidad de los cuidados existen desde principios del decenio de 1950. La mayoría de los instrumentos de evaluación de la calidad han sido elaborados por enfermeras de los Estados Unidos, ya que en este país donde se funda en el año de 1951, el organismo de acreditación hospitalaria: la Joint Commission Accreditation of Hospitals (JCAH), que en el año de 1987 cambia su denominación por Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

En el año de 1976, la Asociación Norteamericana de Enfermería (American Nursing Association, ANA), propuso un modelo de garantía de calidad, que consta de una serie de recomendaciones sobre la evaluación de la calidad de los cuidados. Estas recomendaciones van dirigidas especialmente a los departamentos de enfermería que querían instaurar un programa de calidad de los cuidados.

Dichas pautas son:

1. Identificar lo que se quiere evaluar con base en las concepciones actuales de la profesión y de la sociedad.
2. Implementar el proceso de calidad: estructura, proceso y resultados.
3. Escoger la metodología de aplicación de los criterios; observación directa del paciente, del personal de enfermería (auditoría simultánea) y de los registros

(auditorías retrospectivas); la metodología podrá operar con enfoque retrospectivo, prospectivo o concurrente.

4. Analizar los resultados de la evaluación e identificar los puntos fuertes y débiles.
5. Determinar las acciones que permitan reforzar los aspectos positivos y negativos para atenderlos.
6. Elegir un plan estratégicos a emplear.
7. Aplicar el plan.

Por otro parte en el año 2007 el sistema de salud mexicano logró institucionalizar a la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), la cual define la calidad de los servicios de enfermería como “La atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio”, lo cual requiere de una planeación óptima, para el cuidado será efectivo y seguro. Las intervenciones seguras tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios y determinan la garantía de calidad del cuidado.

La CPE en su carácter propositivo, definió como prioridad mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería. Con este fin desarrollo un proyecto para la evolución sistematizada de dichos servicios, definiendo estándares e indicadores de calidad en algunos de los procedimientos básicos de enfermería.

Los indicadores que se elaboraron en la primera etapa 2003, fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente, por ser algunos de los procedimientos más frecuentes en la práctica diaria y por su cumplimiento al ser responsable de forma directa del área de enfermería; así mismo, porque permiten identificar la percepción de los servicios de enfermería por parte de los usuarios al trato recibido. Dos de ellos están dirigidos a la administración de medicamentos por vía oral y vigilancia y control de venoclisis instalada así como la dimensión interpersonal; trato digno.

Posteriormente la CPE y la Dirección General de Calidad y Educación (DGCE), determinaron incluir otros tres nuevos indicadores con el propósito de evitar riesgos y daños innecesarios al paciente durante su estancia hospitalaria: prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes

con sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, y prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

Los indicadores han permitido al personal de enfermería sentar las bases para incorporar la cultura de la medición de la calidad y avanzar a la estandarización y unificación de criterios para la supervisión operativa del cuidado de enfermería.

Cada una de las etapas estuvo respaldada por la institucionalización de los registros en el denominado Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), una herramienta que permite registrar y monitorear en un sistema informático de los indicadores evaluados para su seguimiento en las unidades médicas.

5.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE

A nivel mundial, el problema de los eventos adversos en salud se presenta desde hace muchos años, reflejándose en la preocupación por los efectos desfavorables que puede ocasionar en la atención de la salud. Desde la publicación de informes sobre las causas de los eventos adversos relacionados con la atención médica, existe una mayor preocupación por la gravedad del problema, motivando la incorporación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción gubernamentales y de diversas organizaciones de salud, además de impulsar de manera importante la investigación para la prevención de eventos adversos. Cuando en 1999 se publicó el informe del Institute of Medicine (IOM) “To err is human”, el asunto de la seguridad de los pacientes se hizo evidente a nivel internacional ante los diversos actores: usuarios, equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como los directivos y responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en los gobiernos de distintos países. Los eventos adversos constituyen un problema grave de salud pública al ocasionar daños de diversos grados al paciente y su familia, incrementar el costo del proceso de atención y la estancia hospitalaria. Los estudios sobre la frecuencia y tipo de eventos adversos, señalan que el 17.6% de ellos ocasionan el reingreso al hospital, y que el 23.9% provocan daño grave al paciente, incluyendo la defunción.⁵³ La identificación, notificación y registro de incidentes de seguridad son pasos fundamentales en la gestión de seguridad del paciente; así mismo, son aspectos de relevancia para la implementación de acciones de mejora de la atención en salud. En los procesos de atención, hay usualmente una conjunción de circunstancias que comete y seguirá cometiendo errores; por lo

tanto, la implantación de sistemas más seguros que puedan impedir que los errores ocurran o que lleguen a dañar al paciente lo menos posible, es indispensable en las acciones a realizar y a contemplar dentro de las organizaciones de salud, en sus diversos niveles de atención. Se observa que a mayor complejidad de las técnicas quirúrgicas y tratamientos, los riesgos para el paciente se incrementan.⁵⁴ A veces el paciente puede sufrir lesiones o complicaciones en la evolución de su atención médica, sin que necesariamente sea un error de los profesionales de la salud. Desde la publicación de informes en y sobre la magnitud de las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, ha habido un mayor reconocimiento de la gravedad del problema, lo que ha motivado la incorporación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción de las diversas organizaciones de salud, y se ha fomentado de manera importante la investigación en la prevención de eventos adversos.⁵⁵

Con base en los registros y publicaciones aquí citadas, la OMS en mayo de 2002, mediante una resolución de su Asamblea Mundial de la Salud, insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente; a consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología (OMS, 2002). Dicha resolución considera además la elaboración de normas, patrones y directrices mundiales, sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente, que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud, producidos o que se haya logrado evitar, examinando las experiencias de los programas existentes y recabando aportaciones de los Estados Miembros, a fin de proporcionar apoyo para el desarrollo de sistemas de notificación, la adopción de medidas preventivas y la aplicación de medidas de reducción de los riesgos. Posteriormente, en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, se acordó establecer una alianza internacional que facilitara la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los Estados Miembros e impulsara el logro de mejoras a escala internacional (OMS, 2006).

Surge así la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, vigente a partir de octubre de 2004. La Alianza Mundial tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo; es un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros de la OMS, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. Su creación pone de relieve la importancia de la seguridad del paciente en todo el orbe.⁵³

Las investigaciones confirman cada vez más que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos. Sobre la base de los mejores datos disponibles, se calcula que en todo el mundo hay en todo momento 1.4 millones de casos de infecciones contraídas en centros sanitarios. Aunque el contexto puede variar, ningún país (rico o pobre) puede anunciar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente.⁵⁶

La seguridad del paciente constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad.⁵⁷

En el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras más mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante tanto para las familias como para los sistemas de salud, como puede observarse en los datos siguientes de infecciones contraídas durante la atención sanitaria.

En todo momento, es posible encontrar más de 1,4 millones de personas que han contraído infecciones en los hospitales del mundo.

Alcance y costo:

- Entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones.
- En países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países emergentes, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25 por ciento.
- En los Estados Unidos de América, uno de cada 136 pacientes hospitalizados se enferma gravemente a causa de una infección contraída en el hospital; esto equivale a 2 millones de casos y unas 80,000 muertes al año.
- En Inglaterra, más de 100 mil casos de infección relacionada con la atención sanitaria provocan cada año más de 5,000 muertes directamente relacionadas con la infección.

- En México, se calcula que 450 mil casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100,000 habitantes por año, es decir (sobre una base de 105 millones) unas 33,600 defunciones anuales.
- Se calcula que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Inglaterra generan un costo de hasta mil millones de libras por año. En los Estados Unidos de América, la cifra es de entre 4,500 millones y 5,700 millones de dólares. En México, el costo anual se aproxima a los 1,500 millones de dólares. 131 en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras más mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante tanto para las familias como para los sistemas de salud, como puede observarse en los datos siguientes de infecciones contraídas durante la atención sanitaria.⁵⁸

Según datos reportados por Kohn en los Estados Unidos, en el año 2000.⁵⁸

- Los eventos adversos ocurren entre 2.9 y 3.7 % de los pacientes.
- Los eventos adversos llevaron a la muerte a los pacientes entre 6.6% y 13.6% de los casos.
- Extrapolado a un total de 33.6 millones de ingresos hospitalarios en 1997, podrían morir entre 44,000 y 98,000 pacientes.
- Los eventos adversos ocupan el octavo lugar como causa de muerte en los Estados Unidos de América, por encima de los accidentes en vehículo con 43,458, el cáncer de mama con 42,297, o el sida con 16,516.

En México, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la OMS, el Gobierno Federal decidió incorporar la seguridad del paciente en los diferentes documentos oficiales que involucran las políticas públicas en salud. El Plan Nacional de Desarrollo señala: “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente” y “lograr que los mexicanos cuenten con servicios eficientes de salud y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo” también , refiere en su tercer objetivo lo siguiente: *“Prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, a través del cual el Gobierno propone mejorar las condiciones de salud de una población, para lo cual es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de*

calidad efectivos y seguros, que respondan a las expectativas de los usuarios y que tomen en consideración la amplísima diversidad cultural del país”.

Se han desarrollado algunas acciones en materia de seguridad del paciente dirigidas a problemas como la aplicación de medicamentos, identificación del paciente, cirugía en sitio correcto, prevención de caídas, comunicación adecuada con el paciente y con el equipo de salud; uso y apego a protocolos y guías diagnósticas, prevención de las infecciones nosocomiales, importancia del factor humano en los eventos adversos; cambio de la cultura organizacional y corresponsabilidad del paciente en su atención

En el pasado la responsabilidad de enfermería sobre la seguridad del paciente era vista desde perspectivas estrechas, pero esta creencia ha cambiado.

La contribución más crítica de la enfermería a la seguridad del paciente, en cualquier establecimiento, en su capacidad para coordinar e integrar los múltiples aspectos de la calidad dentro del cuidado. Esta función ha sido reportada en diversos estudios en todo el mundo y está asociada con menos tasas de complicación y mortalidad. En algunos estudios correlacionales se sugiere que esta asociación se debe por que las enfermeras previenen errores, monitorean y vigilan a los pacientes y por lo tanto identifican los riesgos antes de que estos se conviertan en eventos adversos.⁵⁸

Por otro lado en materia de calidad y seguridad resulta de vital importancia la comunicación, en la que el papel de la enfermería como enlace en el equipo de salud se hace evidente, La Patient Safety Network considera claramente que el liderazgo y la comunicación de la enfermera es vital para prevenir eventos que pudiera generar algún daño a los pacientes; además mediante el análisis de causa raíz es posible sugerir categoría de causa de errores, incluyendo en la falla de protocolos estandarizados, pobre liderazgo, fallas en la comunicación con el equipo de trabajo y desviación de las metas y objetivos.

5.5. NORMATIVIDAD Y ORGANISMOS INTERNACIONALES EN LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Normalización es el proceso mediante el cual se regulan las actividades desempeñadas por los sectores privado y público, en materia de: salud, medio ambiente, seguridad al usuario, información comercial, prácticas de comercio, métodos de prueba o las prescripciones aplicables a un producto, proceso o servicio.

Se desarrolla con base en los principios básicos de representatividad, consenso, consulta pública, modificación y actualización y se lleva a cabo por medio de la expedición de una Norma.

Con este proceso, el Estado garantiza la equidad, calidad y seguridad en los servicios que otorga a la población. En este texto se abordan con detalle los antecedentes de la Normalización en nuestro país y sus avances, así como un breve panorama internacional.

Una de las facultades que tiene la Secretaría de Salud es la de elaborar Normas Oficiales Mexicanas en las materias que integran la salubridad general (Arts. 3 y 13, apartado “A” de la Ley General de Salud). Esta atribución es fundamental porque a través de una NOM se establecen los requisitos mínimos, las condiciones básicas que deben observar todos los prestadores de servicios de salud para otorgarlas con calidad, oportunidad y eficiencia; es fin esencial de la norma preservar la salud e incluso la vida de los usuarios, pero la verdadera esencia de una NOM como instrumento jurídico para el ejercicio de actos de autoridad, se encuentra en la protección a la salud, bien preciado tutelado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La Norma en sí promueve el establecimiento de factores mínimos de calidad, para que en su conjunto contribuyan a la mejora de la atención. La eficacia de las normas radica en que ellas rigen efectivamente en una realidad social, para la que fueron creadas y de acuerdo con las necesidades de esa realidad, debido a que las normas son creadas para subsistir y desarrollarse. Una norma que no cuente con aceptación por parte de sus destinatarios, carece de eficacia.⁵⁹

Es importante señalar que una norma al ser obligatoria debe ser cumplida y en caso de incumplimiento, desde el punto de vista jurídico está respaldada por la Ley General de Salud, para que en su caso, dicho incumplimiento conlleve una sanción que la autoridad sanitaria debe aplicar. La norma en general, recoge principios y criterios generales de homologación de criterios en la prevención, tratamiento y rehabilitación ante riesgos en salud; nuevos, de difícil control, crecientes en magnitud y/o trascendencia, con repercusiones económicas, sociales y políticas o

de alto impacto en la salud de la población. En la elaboración de la norma se consideran diversos factores: los avances científicos y tecnológicos, los requerimientos sociales en materia de salud, el interés colectivo respecto de la proliferación de prácticas conocidas que ponen en riesgo la salud de las personas o de “terapias no convencionales” novedosas, cuyas bases científicas no están probadas en México ni en el mundo, entre otras.

5.5.1. Normalización internacional.

En los últimos cinco años, varios países de la región de América Latina y el Caribe han revisado sus marcos jurídicos para instrumentar políticas orientadas a la reestructuración de los sistemas y servicios de salud. Han incluido la redefinición de las competencias de los Ministerios/Secretarías de Salud, la creación de planes para extender la cobertura, incluida las garantías de calidad y los mecanismos de control, así como la consolidación de los derechos de los individuos en materia de salud. A continuación se expone una breve descripción de sus procesos de Normalización.⁶⁰

Costa Rica

Posee una estructura en la que su Ley General de Salud confiere al Ministro la facultad para dictar las normas oficiales; éstas son de observancia obligatoria para toda institución o establecimiento público, semipúblico o privado que realice acciones de salud, sean éstas de promoción, conservación o recuperación de la salud en las personas o de rehabilitación de la persona. Éstas se desarrollan en un grupo de trabajo dependiente del Ministerio de Salud. El resto de las normas técnicas se incorporan al programa nacional de normalización a cargo de un organismo privado que cuenta con autorización para el manejo de este tema. Dentro de su programa se contempla una consulta pública, que origina modificaciones dentro de su contenido. Sin embargo, un aspecto relevante es que la normatividad en salud de este país tiene un carácter de acreditación, elemento que contraviene al espíritu de las Normas Oficiales Mexicanas.⁶⁰

Colombia

El Art. 79 de su Constitución Política señala que “La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad”. La Unidad Sectorial de Normalización es el organismo técnico definido por el Decreto 1011 (de 2006) como “Una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

de Colombia. En el Decreto 3257 (2008) se establece la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), pero prevé que ambos sistemas deben actuar de manera coordinada en donde coincidan en aspectos comunes. La Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN) es el organismo que tiene la función de articular técnicamente a los dos sistemas. Es un proceso en el que participan diversas entidades que desarrollan una propuesta, luego pasa a consulta pública y es modificado; posteriormente es publicado. Todas las normas de prestación de servicios son obligatorias para el sector. Para el resto de las normas técnicas del país, el Decreto 2269 (16 de noviembre de 1993), en su título V de la Circular única de la superintendencia de Industria y Comercio, crea el organismo nacional de normalización (ICONTEC) que se encarga de desarrollar las normas técnicas colombianas. El Instituto de Normalización sigue los principios básicos excepto el de actualización.⁶⁰

Venezuela

En este país las normas son consideradas como los lineamientos específicos o reglas a seguir para la ejecución de los procedimientos. En éstas se puede hacer referencia a los artículos y los basamentos legales. Son emitidas por el organismo de salud de nivel central (Ministerio del Poder Popular para la Salud). De acuerdo con la necesidad, se pueden describir dentro de esa normatividad las actividades relacionadas con las funciones designadas (el paso a paso del procedimiento, de manera sencilla, breve y clara), quedando como manuales de procedimiento técnico-administrativos. Por lo anterior, se observa que dichas regulaciones no siguen los principios básicos de normatividad. No se desarrollan por consenso, no existe participación pública que posibilite la modificación y tampoco se actualizan⁶⁰.

Perú

El Ministerio de Salud, como órgano rector y conductor de las Políticas del Sector, en concordancia con los principios en la Constitución Política del Perú. La calidad de la atención a la salud en México... orienta y dedica todos sus esfuerzos y recursos de manera sostenible y continua, para lograr mejorar el estado de salud de la población, dando prioridad a los grupos más vulnerables y con alto riesgo de enfermar y morir. En este contexto, el fortalecimiento de los servicios de salud orientado a la mejora de su organización, funcionamiento y optimización de los procesos administrativos y asistenciales que se brindan en ellos, es uno de los principales objetivos del Ministerio de Salud. La Dirección General de Salud de las personas, como órgano

de línea del Ministerio de Salud, elabora las Normas Técnicas, como documentos para la descripción del marco regulatorio de los procesos de atención. Se fundamenta en la Ley Núm. 26842, 27657 y el Decreto Supremo Núm. 013-2002-SA. Las Normas técnico-sanitarias son realizadas con base en el consenso de diversas instituciones de salud, aunque no cuentan con un mecanismo para su actualización⁶⁰.

Argentina

Las normas técnicas son desarrolladas con base en resoluciones ministeriales, supervisadas por la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, dependiente del Ministerio de Salud. Se encuentran contenidas dentro del Programa Nacional. Participan en su elaboración entidades académicas, universitarias y científicas de profesionales de servicios que aseguran una participación plural con experiencia y rigor científico. Conformados en grupos técnicos de trabajo, cuyo producto final se consigue a base de consensos. Son actualizadas (no refieren con qué frecuencia). Cabe mencionar que en su elaboración no se cuenta con consulta pública⁶⁰.

Chile

Las Normas Técnicas son desarrolladas bajo la coordinación del Ministerio de Salud, para establecer los lineamientos técnicos para las acciones sanitarias del Sistema de Salud. Estas actividades se realizan por medio del consenso entre diversos organismos involucrados en la temática en específico. No se toma en cuenta la participación ciudadana para la modificación de este tipo de normas. Cabe resaltar que la actualización de las normas técnicas es fruto de la reingeniería iniciada en 2005 en este sector y cuentan con un carácter de Reglamento de acuerdo al orden jurídico, pero realmente funcionan como manuales de procedimientos⁶⁰.

España

Como parte de la comunidad Europea, su legislación está basada en el Derecho continental, con la particularidad de ser un régimen parlamentario, y de Estado compuesto, por lo que diversas comunidades autónomas expiden sus propias normas. Al ser un Estado Compuesto y Descentralizado, los Parlamentos Autonómicos dictan leyes por su propia competencia, no se tienen que regir por el Parlamento Central (Autogobierno). No es por delegación del Gobierno Central, sino por su competencia; por tanto, los organismos que dictan las normas se rigen por distintos enfoques y procedimientos⁶⁰.

Estados Unidos de América

En este caso, el Estado de Derecho es tomado del llamado “Common Law” el cual elimina el ordenamiento jurídico, generando que todas las leyes sean iguales. Pero también presentan una parte de Estado compuesto, donde cada comunidad es autónoma y puede expedir sus propias normas. La Normalización en este país tiene un objetivo económico, de acreditación, como las Normas MX. Por lo tanto, el enfoque de sus normas es muy diferente al de nuestro país. Sin embargo, sí se contemplan todos los principios de normalización⁶⁰.

Contexto Nacional

Nuestro proceso de normalización está fundamentado, como ya se mencionó, en la atribución del Art. 12 de la LGS, que indica que la Secretaría será la entidad que norme las actividades del Sistema Nacional de Salud (SNS). El proceso se encuentra regulado por medio del Art. 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, en el que se prevé la conformación de grupos de trabajo, para elaborar las normas con base en consensos; posteriormente, conforme lo establece esta Ley, se somete a consulta pública, lo que hace posible su modificación. Finalmente, se actualizan cada lustro, conforme lo establece esta misma ley en su Art. 51, párrafo 4º⁶⁰.

VI. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención.

6.1. OBJETIVO ESPECIFICOS

- Describir las dimensiones relacionados con la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería a nivel hospitalario.
- Conocer el grado de percepción global de cultura de seguridad del paciente que tiene el profesional de enfermería.
- Describir los factores sociodemográficos y laborales que intervienen en las diferentes dimensiones que conforman la cultura de seguridad del paciente.
- Determinar si el nivel educativo de los profesionales de enfermería interviene en su percepción sobre la cultura de seguridad del paciente.
- Comparar si existe diferencias en la percepción de la cultura de seguridad del paciente según la categoría laboral de las los profesionales de enfermería.
- Determinar si existen diferencias en la percepción de la cultura de seguridad del paciente según su antigüedad laboral del profesional de enfermería.
- Conocer si existen diferencias en la percepción de la cultura de seguridad del paciente de acuerdo al tiempo en el servicio donde labora.
- Conocer si existe diferencias en la percepción de la cultura de seguridad del paciente según si tiene o no contacto con el paciente.

VII. HIPÓTESIS DESCRIPTIVA

Existe una deficiencia en la cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería de un Hospital de tercer nivel de atención.

VIII. METODOLOGÍA

Para obtener el propósito de este trabajo de investigación, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con modalidad de encuesta realizado entre enero- agosto del 2014, quedando un total de 258 enfermeras.

8.1. POBLACIÓN

La población estuvo conforma por 1852 enfermeras de un hospital de tercer nivel de atención, perteneciente a la red de hospitales públicos de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, ubicada en la ciudad de México, los servicios que se manejaron fueron áreas no hospitalarias, áreas hospitalarias, áreas quirúrgicas, áreas críticas (terapia intensiva), áreas hospitalarias y críticas, se abarcaron servicios como medicina interna, neurología, neumología rehabilitación, consulta externa, cirugía general, ginecología, quirófanos centrales, oncología, otorrinolaringología, oftalmología, gastroenterología, en los tres diferentes servicios turno matutino, vespertino y nocturno.

8.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesionales de Enfermería
- Auxiliares de Enfermería
- Aceptó participar de forma voluntaria
- Que tuviera más de 1 año laborando.

8.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes de enfermería
- Pasantes de enfermería
- Personal que no acceda al estudio
- Jefe de enfermeras

8.4. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Profesionales de enfermería que no completen el instrumento.
- Personal de enfermería que no acceda al estudio.

8.5. MUESTRA

La muestra fue aleatoria probabilística estratificada, con un margen de error de 10% y un nivel de confianza del 95%, con una variabilidad del 80% y un complemento del 20%.

Para el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de poblaciones finitas, dando un total de 258 enfermeras evaluadas.

8.6. VARIABLES

- ❖ Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería
 - Nivel de Medición: Intervalar
- ❖ Categoría laboral (auxiliar, general, especialista)
 - Nivel de Medición: Ordinal
- ❖ Antigüedad Laboral (años)
 - Nivel de Medición: Intervalar
- ❖ Nivel educativo
 - Nivel de Medición: Ordinal
- ❖ Contacto con el paciente
 - Nivel de Medición: Nominal

Operalización de variables ver tabla en Anexo.

8.7. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para evaluar la cultura de seguridad del paciente se realizó en dos etapas, las cuales permitieron llevar a cabo una recolección de información más confiable. La primera etapa, estuvo conformada por la aplicación del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality*, que fue adaptado por la CONAMED en el 2009. La segunda etapa comprendió el análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario por el personal de enfermería.

8.8. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

Se utilizó el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, el cual tiene una fiabilidad de 0.88, por la CONAMED 2009, que examina la cultura de seguridad. Se trata de un instrumento auto-administrado, su valoración de cada ítem se realizara por medio de la escala Likert, en 5 grados de acuerdo a cada sección, para la sección A Y B: 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo, 5 muy de acuerdo, En la sección C Y D: 1 nunca; 2 casi nunca, 3 a veces, 4 casi siempre. Inicialmente agrupa las preguntas bajo cuatro criterios: “Su servicio/Unidad”, “Su hospital”, “Comunicación en su servicio/unidad”, e información complementaria. Las preguntas del cuestionario original se clasifican en 12 dimensiones, cuyo significado se describe a continuación.

El instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality* Culture, comprende 3 secciones, que valoran las 12 dimensiones, con un total de 42 ítems, el tiempo calculado es de 15 min. Estas doce dimensiones son:

1. Frecuencia de los eventos reportados
2. Percepción global de seguridad
3. Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad
4. Aprendizaje organizacional
5. Trabajo en equipo dentro de la unidad hospitalaria
6. Apertura de la comunicación
7. Trabajo en equipo entre las unidades hospitalarias
8. Cambios de turno y rotación del personal
9. Asignación del personal.
10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente
11. Retroalimentación y comunicación acerca del error
12. Respuesta de no castigo al error.

A continuación se describen las 3 secciones, las 12 dimensiones y los 42 ítems del cuestionario de Cultura de seguridad del paciente, a lo cual agregamos datos sociodemográficos, frecuencia de eventos adversos, contacto con el paciente, percepción global de cultura de seguridad, entre otros. Ver tabla 1

Tabla 1. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD Y LOS ÍTEMS QUE INCLUYEN	
SECCION A. Resultado 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. (Preg. 40). - Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. (Preg.41) - Se notifican los errores que no se han tomado consecuencias adversas, aunque posiblemente podrían haber dañado al paciente. (Preg.42).
2. Percepción de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Nuca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg.15). - Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg.18). - No se producen más fallos por casualidad (Preg.10). - En esta unidad hay problemas relacionadas con la Seguridad del paciente. (Preg.17).
SECCION 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 favorece la seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> - Mi superior/jefe expresa su situación cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg.19). - Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que hace al 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 altos 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 del paciente que lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9). - Los cambios que hacemos que mejorar la seguridad del paciente se evalúa 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 terminado (Preg 3). - En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4). - Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg 11).
6. Franqueza en la comunicación	<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 toda libertad (Preg. 35). - El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37). - El personal teme hacer preguntas sobre los que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg.39).
7. Feed-back y comunicación sobre errores	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actualizaciones se han llevado a cabo (Preg. 34). - Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio /unidad (Preg.36).

	<ul style="list-style-type: none"> - En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg.38).
8. Respuesta no punitiva a los errores.	<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).
9. Dotación de personal	<ul style="list-style-type: none"> - Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg2.) - A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente por lo que la jornada laboral es agotadora (Preg5). - En ocasiones no se presenta 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).
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23). - La gerencia o la dirección del hospital muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg.30) - La gerencia / dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.
SECCIÓN C. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital.	
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios.	<ul style="list-style-type: none"> - Hay una buena cooperación entre unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg.26). - Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre si para proporcionar la mejor atención posible (Preg.32). - 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).
12. Problemas en cambios de turno y transacciones entre servicios/unidades.	<ul style="list-style-type: none"> - La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicios 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).

8.8. Consistencia de las dimensiones

Se realizó un análisis de comprobación de consistencia interna de cada una de las dimensiones, según se indica en la encuesta original, mediante el Alfa de Cronbach 0.84, lo cual de acuerdo a su valor se considera como excelente, lo cual permite tener una confiabilidad en la medición de variable de estudio. Ver tabla 2

Tabla 2. Dimensiones con validez de instrumento mediante el Alfa de Cronbach 0.84 de fiabilidad.

Dimensiones del cuestionario	Alfa de Cronbach
1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad	0.90
2. Percepción de seguridad del paciente	0.35
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad.	0.84
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua.	0.79
5. Trabajo en equipo en la unidad.	0.65
6. Franqueza de la comunicación	0.71
7. Comunicación sobre los errores	0.81
8. Respuesta no punitiva a los errores	0.65
9. Dotación de personal	0.64
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	0.84
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	0.78
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0.71

8.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS versión 19 y se realizó análisis descriptivo y pruebas de correlación, con determinación de puntuación y porcentajes para los diferentes reactivos así como en las dimensiones, donde los valores más altos reflejan mayor positividad para la cultura. El instrumento contiene preguntas formuladas positivamente y negativamente.

8.9.1 Análisis descriptivo

En el análisis de frecuencias por ítems, se mantuvieron las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se realizó la conversión necesaria para facilitar el análisis. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema.

Positivo		Neutral		Negativo
De acuerdo	Muy de acuerdo	Ni en acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Casi siempre	Siempre	Ni en desacuerdo	Raramente	Nunca

Los ítems estuvieron codificados para calcular las frecuencias de cada categoría, así como para cada uno de las dimensiones, estas estimaciones corresponden a un intervalo de confianza de 95%.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calcularon aplicando la siguiente fórmula.

$$\frac{\Sigma \text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** se emplearon 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» «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

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

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» «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.

El análisis de fortalezas y oportunidades de mejora se realizaron para cada ítem y para las dimensiones en su conjunto, tanto a nivel global como por dimensiones.

Para un análisis más específico y exhaustivo de las oportunidades de mejora se realizaron diagramas de Pareto, tomando como base las respuestas negativas, una vez recodificadas según se explica anteriormente y teniendo en cuenta la formulación positiva o negativa de las preguntas.

8.9.2 Análisis Inferencial.

Para el análisis de la relación entre la frecuencia de respuestas positivas, neutras o negativas, y los factores socio-laborales, se empleó Análisis de Varianza, Correlación de Pearson, T de student muestras independientes para explorar relaciones bivariantes, chi cuadrada.

8.10. ASPECTOS ÉTICOS

Como parte de los aspectos éticos de este hospital, a cada enfermera se le otorgó un formato de autorización, dicha autorización fue aceptada de manera voluntaria, recogiendo información personal y laboral de carácter confidencial, garantizando a la enfermera el derecho de participar en la investigación, seguir en él, o retirarse cuando así lo considere conveniente, para el cual tuvo que llenar el consentimiento Informado. Cabe señalar que este estudio es considerado como riesgo bajo de daño, y los beneficios que se obtienen al terminar el estudio serán proporcionados al departamento de investigación del hospital.

IX. RESULTADOS

Se analizó el nivel de percepción que tiene el profesional de Enfermería sobre cultura de seguridad del paciente y su asociación con factores sociodemográficos.

9.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Tabla 3. Datos sociodemográficos.

n=258

Edad	Mínimo-Máximo	M-DS
Edad	20-56	$\bar{X}37.19 \pm 9.22$
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	60	23
Mujer	198	77
Grado Académico		
Auxiliar en Enfermería	20	8
Técnico en Enfermería	67	26
Licenciatura en Enfermería	107	41
Especialidad	57	22
Maestría	7	3
Categoría Laboral		
Auxiliar de Enfermería	32	12
Enfermera General	159	62
Enfermera Especialista	67	26
Turno en el que labora		
Matutino	126	49
Vespertino	82	32
Nocturno	50	19
Servicio en el que Labora		
Áreas Críticas	24	9
Áreas quirúrgicas	26	10
Áreas hospitalarias y críticas	80	31

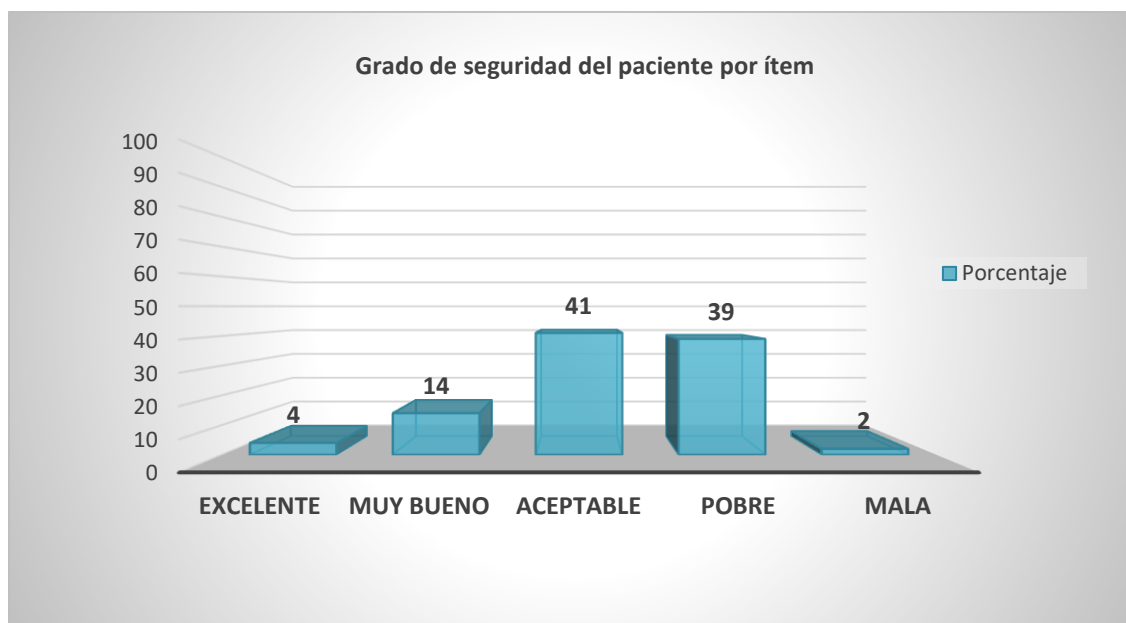
Áreas hospitalarias	113	44
Áreas no hospitalarias	15	6
Tiempo laboral en el hospital		
1-5 años	90	35
6-10	48	19
11-15	37	13
Más de 16	83	33
Tiempo laboral en servicio		
1-5	129	50
6-10	46	18
11-15	53	20
Más de 16	30	12
Tiempo en horas trabajadas por semana		
36-40	177	69
41-50	31	12
Más de 51	50	19
Contacto con el paciente		
SI	193	25
No	65	75
Antigüedad en la profesión		
1-5	72	28
6-10	30	12
11-15	48	19
Más de 16	108	41
Conocimiento del procedimiento para notificar eventos adversos		
Si	142	55
No	116	45
Número de sucesos notificados en 12 meses		
0	213	82
1	27	11
2	18	7

La muestra estuvo conformada por 258 profesionales de enfermería, con edad promedio de 37 años, siendo más mujeres con el 77%. En grado académico, el 41% cuenta con la Licenciatura en Enfermería, cuya categoría laboral predominante es de Enfermeras Generales con el 60%, y con mayor porcentaje del 44% el turno matutino. De igual forma se obtuvo que el 44% laboran en el área de hospitalización, con un tiempo mínimo de 1 año y máximo de 5 años en el puesto; por lo que respecta al tiempo de laborar en el servicio, también fue de 1 a 5 años. Cuando se pregunto acerca de las horas laborales trabajadas en la semana contando días guardias el 69% contestó que trabajan de 36 a 40 horas, teniendo en cuenta que la jornada laboral es de 8 horas por día. También se consideró el contacto directo con el paciente, ya que es un elemento importante al evaluar la percepción de cultura de seguridad, reportando que el 25 % si tiene contacto directo con el paciente.

Otros de los aspectos a considerar es la antigüedad en la profesión de las enfermeras, manifestando que tienen más de 16 años en dicha profesión con el 41%.

Por otra parte, la respuesta al ítem del conocimiento en cuanto a la existencia del procedimiento para la notificación de los eventos adversos, más de la mitad refirió si tener el conocimiento con el 55%, sin embargo al cuestionar acerca del número de sucesos notificados en 12 meses, el resultado fue de 0 eventos adversos con el 82%.

En el ítem grado de seguridad, donde se indica que por favor otorgue una valoración general sobre la percepción que tiene con respecto a la seguridad del paciente, se obtuvo un porcentaje mayor en el rubro de aceptable con el 41%, seguida por el rubro pobre con el 39%, y pobre con el 14%, como se observa en la gráfica 1.



Grafica 1. Valoración general sobre grado de seguridad del paciente por ítem

9.2 Descripción de las dimensiones

A continuación se presentan los resultados descriptivos generales obtenidos por cada una de las dimensiones en base a su máximo, media y desviación estándar. Ver tabla 3

Tabla 3. Datos descriptivos de las 12 dimensiones.

Dimensión	Máximo	Media	DS
1. Frecuencia de eventos adversos.	12	5.53	2.60
2. Percepción de seguridad.	15	8.45	2.72
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad que favorecen la seguridad.	15	8.17	3.57
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua.	12	7.60	2.09
5. Trabajo en equipo en las unidades.	16	9.97	2.75
6. Franqueza de la comunicación.	10	6.26	2.19
7. Comunicación sobre los errores	28	5.34	4.25
8. Respuesta no punitivas al error	11	5.07	2.30
9. Dotación de personal	14	7.09	3.10
10. A poyo en la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.	11	6.09	2.22

11. Trabajo en equipos entre unidades	13	8.69	2.52
12. Problemas en cambio de turno y transacciones entre servicios.	16	8.22	3.11

En este estudio se analizaron los ítems pertenecientes a cada dimensión, expresando los resultados en frecuencia y porcentaje, así como también la media total de respuestas para identificarlos como oportunidades de mejora o fortalezas. A continuación se representan. Ver tablas.

Tabla 4. Frecuencia de eventos adversos

	Nunca/Rara vez		Algunas veces		Siempre/La mayoría del tiempo	
	F	%	F	%	F	%
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	75	29	130	50	53	21
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	117	46	85	33	56	21
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	84	32	90	36	84	32
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 24.6						
%respuestas neutras: 39.6						
% respuestas negativas: 35.6						

La dimensión de frecuencia de eventos adversos, por su porcentaje, no es considerado como oportunidad de mejora o fortaleza, pero cabe señalar la importancia que tiene el ítem “se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar el paciente”, con el 46% (n=117), respondiendo como nunca/rara vez, este resultado no es para minimizar la problemática, aunque no haya alcanzado clasificarlo como tal.

Tabla 5. Dimensión percepción de la seguridad del paciente

	Muy en		Ni en		Muy de	
	desacuerdo/En		acuerdo/Ni en		acuerdo/De	
	desacuerdo		desacuerdo		acuerdo	
	F	%	F	%	F	%
No se produce más fallos solo por casualidad.	65	25	118	46	75	29
La seguridad del paciente nunca se ve comprometida cuando hay más trabajo.	95	37	35	13	128	50
En esta unidad, tenemos problemas relacionados con la “Seguridad del paciente”.	74	29	35	13	149	58
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	62	24	24	9	172	67
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 55						
%respuestas neutras: 20						
% respuestas negativas: 36						

En la dimensión de percepción de seguridad del paciente, se reportó que el 58% (n=149) de encuestados respondieron positivamente al ítem “en esta unidad, tenemos problemas relacionados con la seguridad del paciente”, considerándose como oportunidad de mejora, sin embargo cabe mencionar que en uno de los cuatro ítems, resaltaron respuestas positivas al ítem “nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia” con el 67% (n=172), colocándolo como algo positivo en la dimensión sin llegar a clasificarlo como fortaleza.

Tabla 6. Dimensión de expectativa aprendizaje organizacional/mejora continua as y acciones de dirección.

	Muy en		Ni en		Muy de	
	desacuerdo/En		acuerdo/Ni en		acuerdo/De	
	desacuerdo		desacuerdo		acuerdo	
	F	%	F	%	F	%
Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo bien hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	94	36	36	14	128	50
Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente	96	37	56	22	106	41
Cuando la presión de trabajo aumenta, mi supervisor/jefe requiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad del paciente	97	38	38	14	123	48
Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	136	53	18	7	104	40
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 45						
%respuestas neutras: 14						
% respuestas negativas: 40.2						

En esta dimensión de expectativas y acción de dirección, se observó en sus cuatro ítems, que uno de ellos no alcanzó a ser considerado como oportunidad de mejora, debido a que obtuvo el 48% (n=123) de respuestas negativas, siendo que el máximo es de 50%, hablamos del ítem “cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior requiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad del paciente”, no es considerado como oportunidad de mejora, pero sí es importante mencionar el problema que existe.

Tabla 7. Dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua

	Muy en		Ni en		Muy de	
	desacuerdo/En		acuerdo/Ni en		acuerdo/De	
	desacuerdo		desacuerdo		acuerdo	
	F	%	F	%	F	%
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	52	20	50	19	156	61
Cuando se detecta algún fallo, se ponen medidas para evitar que vuelva a ocurrir	35	14	69	26	154	60
Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	46	18	38	14	174	68
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 63						
%respuestas neutras: 19						
% respuestas negativas: 17						

La dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua, tuvo un porcentaje total de respuestas positivas del 63%, pero no alcanza a ser clasificado como fortaleza, ya que se requiere del 75% para ser considerada como tal. Sin embargo, es una dimensión en el cual predominaron respuestas positivas en sus tres ítems; “después de introducir cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad” con el 68% (n=174), “tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente” con el 61% (n=156), “cuando se detecta algún fallo, se ponen medidas para evitar que vuelvan a incurrir” con el 60% (n=154).

Tabla 8. Dimensión de franqueza en la comunicación

	Nunca/Rara vez		Algunas veces		Siempre/La mayoría del tiempo	
	F	%	F	%	F	%
El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	50	19	63	24	145	57
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	160	62	55	21	43	17
El personal tiene medio de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	149	58	48	18	61	24
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 44						
%respuestas neutras: 42						
% respuestas negativas: 35						

La dimensión de franqueza de la comunicación, es considerada como oportunidad de mejora, debido a que uno de sus tres ítems; específicamente “el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones con aquellos de mayor autoridad”, obtuvo respuestas negativas con un porcentaje alto del 62% (n=160).

Tabla 9. Trabajo en equipo en la unidad/servicio

	Muy en		Ni en		Muy de acuerdo/De	
	desacuerdo/En		acuerdo/Ni en		acuerdo	
	desacuerdo		desacuerdo			
	F	%	F	%	F	%
El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.	50	19	55	21	153	60
Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	85	33	49	19	124	48
En esta unidad, el personal se trata con respeto	65	25	43	17	150	58
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	15	6	31	12	212	82
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 62						
%respuestas neutras: 17						
% respuestas negativas: 20						

Esta dimensión trabajo en equipo en la unidad/servicio, es considerada como fortaleza, ya que alcanzó un porcentaje mayor del 75% con el ítem “cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros”, con el 82 % (n=212) catalogándola como fortaleza, cabe mencionar que sus cuatro ítems, obtuvieron respuestas positivas favorables con un total del 62%.

Tabla 10. Dimensión comunicación sobre los errores

	Nunca/Rara vez		Algunas veces		Siempre/La mayoría del tiempo	
	F	%	F	%	F	%
Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado	126	49	60	23	72	28
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	136	53	60	23	62	24
En esta unidad, discutimos como se puede prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	116	45	71	27	71	28
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 26						
%respuestas neutras: 24						
% respuestas negativas: 49						

Esta dimensión es considerada como oportunidad de mejora, debido a su porcentaje de respuestas negativas en uno de sus tres ítems; “se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad”, con el 53% (n=136), así como es de preocuparse el porcentaje alto de respuestas negativas en los otros dos ítems; “se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado” con el 49 % (n=126), y también, “en esta unidad, discutimos como se puede prevenir los errores para que no vuelvan a incurrir” 45% (n=116).

Tabla 11. Respuesta no punitiva a los errores

	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni en acuerdo/Ni en desacuerdo		Muy de acuerdo/De acuerdo	
	F	%	F	%	F	%
El personal siente que los errores son utilizados en su contra.	76	29	24	10	158	61
Cuando se comete un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema	88	34	41	16	129	50
Los empleados temen que los errores que cometen estén en sus expedientes.	53	20	58	23	147	57
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 27						
%respuestas neutras: 16						
% respuestas negativas: 56						

El porcentaje obtenido en la dimensión respuesta no punitiva al error, es considerada como oportunidad de mejora, debido a su aumento de respuestas negativas en sus tres ítems; “el personal siente que son utilizados en su contra” con el 61 % (n=158); “cuando se comete un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema” con el 50% (n=129); y “los empleados temen que los errores que cometes estén en sus expedientes” con el 57% (n=147), es por ello que ésta dimensión es considerada como oportunidad de mejora.

Tabla 12. Dotación de personal

	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni en acuerdo/Ni en desacuerdo		Muy de acuerdo/De acuerdo	
	F	%	F	%	F	%
Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	155	60	1	4	102	40
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado de los pacientes	92	36	35	13	131	51
Tenemos más personal de situación o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	111	43	49	19	98	38
Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	97	38	33	12	128	50
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 39						
%respuestas neutras: 12						
% respuestas negativas: 49						

Esta dimensión es clasificada como oportunidad de mejora por su aumento en respuestas negativas en tres de sus cuatro ítems; “tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” 60% (n=155); “el personal en esta unidad trabaja más horas de las que sería conveniente para el cuidado del paciente” con el 51% (n=131); y “frecuentemente trabajamos bajo presión intentando mucho, muy rápidamente” con el 50% (n=128).

Tabla 14. Dimensión de trabajo en equipo entre las unidades.

	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni en acuerdo/Ni en desacuerdo		Muy de acuerdo/De acuerdo	
	F	%	F	%	F	%
Los servicios/unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	116	45	30	12	112	43
Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.	86	33	41	16	131	51
En este centro, con frecuencia resulta desagradable trabajar con personal de otro servicios/unidades.	136	53	56	21	66	26
Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para promover el mejor cuidado de los pacientes.	107	42	40	15	111	43
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 48						
%respuestas neutras: 64						
% respuestas negativas: 41						

Esta dimensión no es considerada como oportunidad de mejora o fortaleza, ya que no alcanza el porcentaje ni de ítem y ni de dimensión, sin embargo, no podríamos minimizar el porcentaje de respuestas negativas en dos de sus ítems; “los servicios de este centro no se coordinan bien entre ellos” con el 45% (n=116); y “los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para promover el mejor cuidado del paciente” con el 42% (n=107).

Tabla 14. Dimensión de apoyo en la gerencia del hospital

	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni en acuerdo/Ni en desacuerdo		Muy de acuerdo/De acuerdo	
	F	%	F	%	F	%
La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	61	24	65	25	132	51
Las acciones de dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	58	22	62	24	138	54
La dirección del centro solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	68	26	19	8	171	66
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 43						
%respuestas neutras: 57						
% respuestas negativas: 37						

La dimensión de apoyo en la gerencia del hospital, reportó que en uno de sus tres ítems específicamente en “las acciones de dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria” obtuvo un 66% (n=171) de respuestas negativas, clasificando la dimensión como oportunidad de mejora.

Tabla 15. Problemas en el cambio de turno

	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni en acuerdo/Ni en desacuerdo		Muy de acuerdo/De acuerdo	
	F	%	F	%	F	%
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados en un servicio/unidad a otro.	97	38	29	11	132	51
A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno	98	38	56	22	104	40
Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios o unidades de este hospital	138	54	25	9	95	37
Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en el centro.	126	49	50	19	82	32
Total de la dimensión						
% respuestas positivas: 44						
%respuestas neutras: 61						
% respuestas negativas: 40						

En esta dimensión de problemas en cambio de turno, se consideró como oportunidad de mejora, debido a que uno de sus cuatro ítems obtuvo el 51% (n=132) de respuestas negativas, principalmente el ítem “la información de los pacientes se pierde, en parte cuando son trasladados de un servicio a otro”.

9.4. ESTADÍSTICA INFERENCIAL

En este estudio se analizó el cruce de variables sociodemográficos y el puntaje total del instrumento que evalúa la percepción de cultura de seguridad del paciente, ya que sabremos si al relacionarlos o compararlos existe significancia estadística.

9.4.1. Percepción de la cultura de seguridad y su comparación con grado académico.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la cultura de seguridad del paciente que tiene el profesional de enfermería según su grado académico ($F=3.054$; $gl=4$, $p=.018$). Los grupos que establecen mayor percepción de seguridad son; enfermeras con licenciatura y especialidad (posthocTukey y Dunnet). Cabe señalar que el 63% total de la muestra de enfermeras cuentan con estos dos grados académicos. Ver tabla 16.

Tabla 16. Valores del nivel académicos muestra, promedio y desviación estándar.

Nivel académico	<i>n</i>	(%)	<i>M-DS</i>
Auxiliar de enfermería	20	8	$\bar{X}84.25\pm9$
Técnico en enfermería	67	26	$\bar{X} 88.00\pm14$
Licenciatura en enfermería	107	41	$\bar{X} 83.55\pm15^*$
Especialidad	57	22	$\bar{X} 91.70\pm20†$
Maestría	7	3	$\bar{X} 78.33\pm41$

ANOVA de una vía con prueba de Dunnett como posthoc * $p<.021$, † $p<0.05$.

9.4.2. Percepción cultural de seguridad y su comparación con categoría laboral.

En lo que respecta a la percepción de la cultura de seguridad según la categoría laboral del profesional de enfermería se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=11.508$, $gl=2$, $p=0.00$). La categoría laboral que tuvo una mayor percepción de seguridad del paciente fueron enfermeras especialistas (posthocDunnet y Tukey). Ver tabla 17

Tabla 17. Valores de las categorías laborales muestra, promedio y desviación estándar.

Categoría laboral	N	(%)	M-DS
Auxiliar de enfermería	32	12	1.78±.4
Enfermera general	159	62	1.96±.5
Enfermera especialista	67	26	2.24±.4*

ANOVA de una vía con prueba de Dunnett como posthoc *p<.000

9.4.3. Percepción de cultura de seguridad y su relación con el tiempo laboral en el hospital.

Así también se encontró que la percepción de la cultura de seguridad por parte de las enfermeras asumen una relación lineal estadísticamente significativa, con sus rangos de tiempo laboral en el hospital, aunque ésta es baja es directamente proporcional ($r_s=.430$, $p=0.00$). Es decir que mayor antigüedad mayor percepción de cultura de seguridad.

9.4.4. Percepción de cultura de seguridad y su relación con el tiempo laboral en el servicio.

De igual manera se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, baja y directamente proporcional entre la percepción de la cultura de seguridad por parte de los profesionales de enfermería y los años en el servicio donde labora ($r_s=.333$, $p=0.000$) se puede decir que a mayor años laborando en un servicio, mayor percepción de cultura de seguridad tienen.

9.4.5. Percepción de cultura de seguridad y su comparación con el contacto directo con el paciente.

En lo que respecta al nivel de percepción sobre la cultura de seguridad del paciente por parte del personal de enfermería, no se encontraron diferencias en el grupo que tiene contacto con el paciente y el grupo que no lo tiene ($t=1.655$, $gl=228.9$, $p>.099$). Ver tabla.

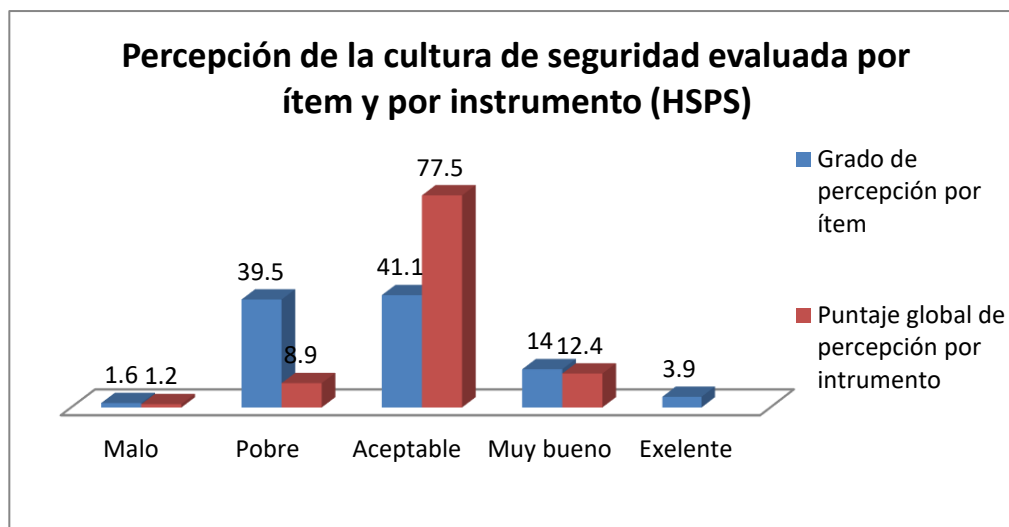
Tabla 18. Valores del ítem “contacto con el paciente”; muestra, porcentaje, promedio y desviación estándar.

Contacto con el paciente	n	(%)	M-DS
Si	193	25	1.99±.56
No	65	75	2.08±.26

Prueba T de Student $p > .099$

9.4.6. Percepción de seguridad del paciente comparada por ítem y el puntaje total del instrumento.

Cuando se pidió a las enfermeras que evaluaran en un ítem con opción múltiple la percepción general sobre la cultura de seguridad del paciente como malo, pobre, aceptable, muy bueno y excelente, en contraste con la percepción global obtenida a través del instrumento en general, se observaron diferencias entre estos dos aspectos ($X^2=39.763$, $gl=4$, $p<0.05$). Como se puede observar el grado de percepción de la cultura de seguridad del paciente es más alto en el puntaje total del instrumento, mientras que la percepción es menor en el ítem de grado de seguridad que complementa el instrumento. Ver Grafica 2.



($X^2=39.763$, $gl=4$, $p<0.05$)

Grafica 2. Comparación del nivel de percepción de cultura de seguridad global por instrumento completo y el grado de seguridad por ítem.

X. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permitieron identificar la percepción que tiene el personal de enfermería sobre los temas relacionados con la cultura de seguridad de los pacientes, la percepción global de cultura de seguridad, el reporte de eventos adversos, comunicación, miedo al castigo, coordinación entre el equipo de trabajo, dotación del personal, problemas en el cambios de turno, entre otros más, no menos relevantes pero si importantes que componen el elemento crucial para desarrollar una cultura de seguridad.⁶⁴

En la dimensión de *frecuencia de eventos adversos* se evidenció que el 46% de las enfermeras, no notifican los errores que previsiblemente no van a dañar el paciente, este tiene una relación con el ítem de “número de notificación de eventos adversos notificados por escrito a su superior en los últimos 12 meses” donde el 82% respondió con 0 reportes, así como en el ítem “¿Existe en su centro un procedimiento para notificar errores o eventos adversos?”, constatando con sí el 55% y no con el 45%. Es de pensar que existe una falta de cultura en el reporte de eventos adversos siendo que conocen el procedimiento y no notifican los eventos adversos, este resultado es semejante con lo reportado por el Ministerio de Sanidad y consumo, con el 77.8% de encuestados no han notificado ningún evento, también la OMS y su Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, realizó una búsqueda de estudios relacionados con eventos adversos que abarco del 1984 y 2001, obteniendo con el 4% los Estados unidos y con el 17% en Australia, el mensaje es claro, en cuanto a la magnitud, existe un número alto de pacientes que está sufriendo daños adicionales a sus salud derivados de la atención médica¹⁴.

En la dimensión de percepción de la seguridad del paciente es considerada como oportunidad de mejora donde se evidencio que más del 58% de las enfermeras percibe que existen problemas relacionado con la seguridad del paciente cuando hay un incremento en la carga laboral, disminuyendo un ambiente propicio para desarrollar actividades dirigidas a favorecer una buena cultura de seguridad e incrementando el riesgo de ocasionar eventos adversos a pesar de que se notifica la existencia de procedimientos y medios de trabajo para evitarlos; esta situación la expuso Singer y colaboradores, al afirmar que la cultura de seguridad no puede ser tan fuerte como se desea, ya que la percepción acerca de la misma varia de persona en persona, y según las condiciones de trabaja o y carga laboral.²² En general loa estudios encontrados reportan como aceptable la percepción que tienen los trabajadores de la salud con respecto a la seguridad del paciente, como lo demuestran los estudios de Ministerio de Sanidad y Consumo Español, y Ortiz

y colaboradores, que afirma que el trabajo en equipo es percibido positivamente, como un factor protector en cuanto a la incidencia de errores en la atención; sin embargo, se cree que la labor de la gerencia se centra en actuar cuando el error sucede y se presenta acciones punitivas en contra de un trabajador, y no, como se esperaría, haciendo correcciones dentro de toda la situación desencadenante.^{33,34}

Otra de las dimensiones considerada como oportunidad de mejora es la de *dotación de personal*, refiriendo que más del 60% de los encuestados infiere no tener suficiente personal para afrontar la carga del trabajo, así como trabajan bajo presión, haciendo mucho muy rápidamente con el 50%, a lo que conlleva a una percepción negativa en la atención dejando a un lado el servicio eficaz, eficiente y seguro, generando un ambiente que evita actividades favorables a una buena cultura de seguridad; como menciona Singer et al. “la cultura de seguridad no puede ser tan fuerte como se desea” ya que “la percepción varía de persona a persona dependiendo de las condiciones de trabajo y la carga laboral. Los resultados de esta investigación apoyan a los estudios realizados por Reyes y colaboradores, donde evidenció que la mayor parte de personas encuestadas, no cuentan con el personal suficiente para cubrir la carga de trabajo. También la CIE (Consejo Internacional de Enfermeras), aseguro que la dotación de personal inadecuada en las instituciones, guardan una estrecha relación con el aumento de eventos adversos, como son; las caídas de los pacientes, heridas causadas por permanencia en cama, errores en la medicación, infecciones contraídas en los hospitales, y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o índices más elevados de mortalidad en los hospitales¹¹,^{33,60}.

Los resultados encontrados en ésta dimensión de *respuesta no punitiva al error* se reportó que más de la mitad de las enfermeras sienten que los errores son utilizados en su contra con el 61%, también temen que los errores que cometen estén en sus expedientes con el 57%, y cuando se comete un evento adverso se siente que se juzga a la persona y no al problema 50%, así también los confirma Hellings y colaboradores, de igual manera Pires y colaboradores, observaron que los accidentes ocurrieron cuando la proporción paciente/trabajador era de 4:1 en un servicio de hospitalización, y también demuestran, que a mayor complejidad, más edad del paciente y más carga laboral, curre más accidentes. Esto es consistente con los hallazgos de Singer, donde indicaron el temor de identificación y al castigo por cometer errores, adicionalmente dijeron que no fueron recompensados por haber tomado medidas rápidas para identificar un grave error. Cabe señalar que este estudio, tiene una alta incidencia de personal de nuevo ingreso con un

tiempo laboral que va de 1 a 5 años, es por ello que esto debe de ser tomado en cuenta por aquellos profesionales que tienen cargos gerenciales cuyo enfoque debe ser la resolución de problemas más que en la afectación personal; es decir se debe favorecer el aprendizaje de la experiencia con el fin de promover mejora en los sistemas la prevención y en la notificación de errores y no a la respuesta punitiva.^{22,23}

Los mayores retos para conseguir sistemas de salud seguros, es reemplazar la cultura de culpar a los individuos por los errores, por otra, en la que estos sean vistos como oportunidades de aprender, prevenir los daños, y mejorar el sistema de atención, esto los refiere el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Una cultura de seguridad positiva reconoce la inevitabilidad absoluta de fallas y busca activamente identificar las amenazas o riesgos latentes, en contraste con una cultura deficiente, patológica, en que las fallas son punibles, se ocultan y no se reconocen los problemas⁹.

La dimensión de *trabajo en equipo en la unidad/servicio*, mostraron una tendencia de fortaleza, exploró la percepción que tiene el personal sobre el respeto, apoyo y solidaridad dentro del equipo de trabajo aún en situación de sobrecarga laboral; obteniendo porcentajes superiores con el 82%, simulando a lo reportado por Saturno y colaboradores, donde evidenció el trabajo en equipo como la dimensión mejor evaluada, otro de los estudios que sustenta esta dimensión es la de Barbosa y colaboradores, al reportar con las tres cuartas partes correspondientes al trato con respeto, así también lo da a conocer Skodová y colaboradores, reportando para la misma dimensión de trabajo en equipo; esto nos hace inferir que las relaciones interpersonales dentro de las unidades se basan en respeto, la ayuda, la colaboración siendo los elementos que más influyen en el trabajo de equipo, y son percibidas como un comportamiento positivo del personal de enfermería, dando resultados tangibles tanto para los profesionales, las organizaciones y el sistema como lo demuestran los estudios del Ministerio de Sanidad y Consumo Español que afirman que el trabajo en equipo es percibido positivamente, como un factor protector en cuanto a la incidencia de errores en la atención^{62, 63, 64}.

Aprendizaje Organizacional/mejora continua, en esta dimensión no es considerada como fortaleza o mejora continua, examina propiedades relacionados a las actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, así como las medidas necesarias para evitar que ocurran y la manera de evaluar su efectividad. Este estudio reportó que la cultura de seguridad fue percibida como positiva con más del 60% para desarrollar actividades dirigidas a la prevención y promoción de

la seguridad del paciente, como dicen Fajardo-Dolci, Skodova y colaboradores, donde encontraron que la dimensión mejor evaluada fue la de aprendizaje organizacional^{9, 63}.

Expectativa aprendizaje organizacional/mejora continua y acción de dirección, en esta dimensión se indaga en las acciones de la dirección, supervisión y análisis de aspectos concernientes a la cultura de seguridad del paciente por parte de enfermería que gestiona el cuidado, reportando que el/la jefe hace comentarios favorables cuando observa trabajos bien realizados, así como la consideración de estrategias por el personal, para mejorar la seguridad del paciente con el 50%, otro de los estudios similares es de Saturno y colaboradores con el 66,8%.⁶⁴ Sin embargo en éste estudio, la dimensión no es considerada como oportunidad de mejora o fortaleza.

Franqueza de la comunicación, en ésta dimensión se analizó la libertad y seguridad que tiene el personal para tratar las situaciones relacionado con eventos adversos. Este estudio reportó que el personal tiene libertad para comentar algo que podría afectar al paciente con el 57%, sin embargo no se sienten libres al cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad con un 62%, esto lo considera como una dimensión con oportunidad de mejora, esto es importante ya que si se requiere un nivel óptimo de la misma, si se desea que todo el personal participe en cambios sustanciales para la mejora de la atención médica y seguridad del paciente, esto lo afirma Meyer, donde relaciono la falta de información-comunicación por parte del personal sanitario con una mayor preocupación de sufrir un error en la atención, este aporte permite visualizar que la comunicación, realmente es la base de implementación de una cultura de seguridad del paciente.³²

En este sentido la comunicación continua siendo un aspecto a considerar no solo en la cultura de seguridad, si no en los procesos de atención hospitalaria por parte de las líderes de enfermería. En esta dimensión *de trabajo en equipo entre las unidades* se evaluó la coordinación, comunicación y respecto en los enlaces de atención a los pacientes entre unidades/servicios del hospital, reportando con el 45%, que las unidades se coordinan bien en entre ellos, existiendo una buena cooperación y trabajo en equipo para promover el mejor cuidado del paciente como lo afirma Meyer que la confianza, coordinación y el clima organizacional en el reporte y mejora de eventos influyen mucho en la seguridad del paciente. En contraste con los reportado por Saturno y colaboradores con un 73.8% de respuestas negativas para esta dimensión.^{32, 64} En este estudio no se clasifico como oportunidad de mejora o fortaleza debido a que no cumplió con el porcentaje requerido.

Apoyo en la gerencia del hospital específico, en esta dimensión es considerada como oportunidad de mejora, se evalúa el compromiso y responsabilidad que tiene la dirección en los ámbitos de clima organizacional y seguridad del paciente, así como las acciones que pudieran condicionar situaciones de inseguridad para los mismos, reportando con el 66% que la dirección de este centro propicia un ambiente que promueve la seguridad del paciente sustentado por los estudios de Saturno y colaboradores que obtuvieron el 64.4% y Skodova con el 72% a diferencia de los reportado por Gutiérrez y colaboradores con un 27.5%^{64,24,25}. Sin embargo resulta paradójico al relacionar la inconformidad de los trabajadores en la dirección con la relación de número de pacientes y número de profesionales es desequilibrada por la asignación deficiente de personal, ya que no puede atender con eficiencia servicios con alto flujo de pacientes y con complejidades severas, esto lo atribuyen a la dirección del hospital y se muestra como una importante inconformidad laboral y factor de riesgo para los errores en la atención.

Problemas en los cambios de turno, ésta dimensión se considera como oportunidad de mejora encontrando problemas, ya que se reportó que más de la mitad con el 51% está de acuerdo que la información de los pacientes se pierde cuando son trasladados de una unidad a otra, así como también durante los cambios de turno. Esto se podría relacionar a la carga laboral que dificulta el cumplimiento estricto de los tiempos y la falta de especificidad en el informe del tratamiento al concluir el turno, como lo afirma Baracaldo y colaboradores, donde reportó que “el turno de enfermería donde más se presentan errores fue en la noche”, pues es conocido que este turno disminuye el personal y por ende la falta de claridad y detalles del informe de ocurrencias y prescripciones en situaciones especiales de hospitalización⁶⁵.

Comunicación sobre los errores, esta dimensión es clasificada como oportunidad de mejora, ya que analiza la importancia que tiene para el personal de enfermería el reporte de los eventos adversos y la toma de decisiones, sin embargo resalta que el reporte de eventos sólo se realiza cuando se ha afectado de alguna manera al paciente y este es el primero en informarlo, como se reporta en este estudio que el personal no o rara vez es informado de errores o cambios a partir de sucesos que se comenten dentro de la unidad con el 53%. Esto lo rectifica Murillo donde afirma que “los sistemas de salud deben pasar de la culpa y la vergüenza, a una cultura que impide el reconocimiento del error y por lo tanto obstaculiza cualquier posibilidad de aprender de éstos”. Es por ello que se reitera acerca de la importancia que tiene la comunicación y confianza dentro

del equipo disciplinar si se quiere tener cambios para brindar una mejor seguridad y atención del paciente¹⁸.

Con lo que respecta a la estadística inferencial, se encontraron diferencias significativas en la comparación del nivel de percepción de la cultura de seguridad y el grado académico, encontrando mayor percepción de cultura de seguridad en las enfermeras que cuentan con el grado de licenciatura de enfermería y enfermeras especialistas, lo que se puede decir que a mayor grado académico mayor percepción de cultura de seguridad, estos datos no pueden ser discutidos, debido a la falta de evidencias científicas en este ámbito. También tenemos que a mayor tiempo laboral mayor percepción de cultura de seguridad se tiene, de igual manera se encontró que a mayor tiempo laboral en el servicio mayor percepción de cultura de seguridad se adquiere. Por otro lado no existen diferencias en las profesionales de enfermería que tienen o no contacto con el paciente y que puedan inferir al grado de percepción de cultura de seguridad del paciente.

10.1. Percepción global del instrumento de cultura de seguridad del paciente.

En el análisis global del instrumento que evalúa la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención, fue de rango aceptable con el 77.5%, y el 12.4% en el rango muy bueno, esto es relevante ya que se requiere de un nivel óptimo para percibir una cultura de seguridad y que ésta se vea reflejada en la participación del personal para la mejora de la atención de salud y seguridad del paciente. De esta manera se considera como oportunidad de mejora, 7 dimensiones como oportunidad de mejora estas son; comunicación sobre los errores 53%, respuesta no punitiva al error 61%, dotación del personal 60%, apoyo en la gerencia del hospital 66%, percepción de seguridad del paciente 58%, franqueza de la comunicación 62%, y una fortaleza de la dimensión trabajo en equipo entre unidades/servicios con el 82%, así como la importancia de profundizar en los datos obtenidos en las correlaciones, estableciendo estrategias y programas en todas las dimensiones y no solo en las que tuvieron deficiencias. Para Fajardo la percepción global fue de 49%, por la CONAMED fue del 51% y por la Agency for Healthcare Research and Quality (69%), Castañeda 54.3% por lo que es evidente que en sus diferentes contextos del ejercicio profesional, las situación en la que se encuentra la atención por parte del personal de enfermería es deficiente de

cultura de seguridad, por ello es de suma importancia realizar estudios de investigación con los que puedan arrojar estrategias dirigidas a mejorarla.⁹⁻¹¹

XI. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se determinaron en este estudio muestran que el análisis del indicador utilizado permitió evaluar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención, por lo que afirmamos que se cumplieron los objetivos de este trabajo de investigación, y aceptamos la hipótesis descriptiva donde se afirmaba que existía una deficiencia en la cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería, ya que los resultados fueron considerados como aceptables, Sin embargo, se obtuvieron un total de 7 dimensiones consideradas como oportunidad de mejora; comunicación sobre los errores 53%, respuesta no punitiva al error 61%, dotación del personal 60%, apoyo en la gerencia del hospital 66%, percepción de seguridad del paciente 58%, franqueza de la comunicación 62%, 4 como dimensiones normales; frecuencia de eventos adversos 46%, expectativa de aprendizaje organizacional/mejora continua y acciones de dirección 48%, aprendizaje organizacional/mejora continua 68%, trabajo en equipo entre unidades 45% y 1 dimensión considerada como fortaleza; trabajo en equipo en la unidad/servicio 82%. Por lo que se sugiere realizar trabajos de investigación que sustenten los elementos importantes que componen una cultura de seguridad desde personal gerencial y administrativo hasta personal operativo, y esto conlleve a realizar estrategias dirigidas a fomentar una mejor percepción del personal hacia la seguridad del paciente.

Evaluar la cultura de seguridad de una institución de salud va más allá de la implementación de un programa de calidad, ya que tiene implícito elementos intangibles como actitudes y comportamientos de las personas, como podemos mencionar, la precaución, la actitud vigilante, el buen juicio, la responsabilidad, la respuesta ante las contingencias, la reflexión, la prudencia que estas quedan fuera al ser valoradas mediante una herramienta convencional como la supervisión o la auditoria. Enfermería tiene un papel muy importante en las acciones enfocadas a la seguridad del paciente, y con el propósito de evitar o mitigar los daños relacionados a la atención a la salud, este estudio tuvo la finalidad de caracterizar la cultura de seguridad del paciente percibida por el profesional de enfermería en una institución pública de tercer nivel de atención.

La seguridad del paciente es prioritaria y debe ser parte integral de la cultura del profesional de enfermería, por lo que es necesario reconocer que para proporcionar cuidados más seguros y de alta calidad, es indispensable contar con recursos humanos debidamente capacitados, así como los equipos y materiales necesarios en condiciones y cantidades suficientes para que los procedimientos que va dirigidos a cuidar, no vayan a representar una amenaza para los pacientes, por lo que enfrentar el problema de la cultura de seguridad del paciente desde la formación de recursos humanos bien informados, preparados, críticos y responsables permitirán lograr los cambios efectuados para que el personal de enfermería, así como las instituciones y los pacientes nos comprometamos en la búsqueda permanente de una cultura de seguridad.

Así como también surge la necesidad de concientizar a las enfermeras asistenciales acerca de la importancia de la comunicación, confianza y toma de decisiones entre los miembros del equipos de salud y de las jefes de servicio para que estas promuevan el apego a los procedimientos de notificación de los errores que ponen en riesgo la seguridad, ya que como afirma Gutierrez y colaboradores “hay que tener en cuenta que un personal que confía en sus conocimientos, es capaz de reconocer sus errores, por lo consiguiente siempre desarrollará líneas de comunicación claras que asegurarán un manejo adecuado de los incidentes ocurridos dentro del servicio y dará lugar a verdaderas oportunidades de mejora y a la formulación de planes de acción efectivos y coherentes con la situación real de la unidad”²⁴. Diversos estudios muestran que una cultura positiva sobre la seguridad del paciente en las instituciones de salud, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de incidentes y eventos adversos, aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. Por otra parte se sugiere que en futuros trabajos de investigación se indague por la cultura de seguridad del paciente por parte de directivos y personal administrativo que son parte fundamental de las instituciones de salud con el fin de reconocer sus opiniones, percepciones y acciones en el ámbito de la seguridad del paciente. Así como también realizar trabajos de investigación acerca de la percepción de seguridad que tiene el paciente hacia el personal de enfermería, evaluando actitudes, comportamientos, competencias que determinan el grado de compromiso para disminuir los riesgos y daños en el cuidado enfermero.

XII. PROPUESTAS

De acuerdo a esto, las estrategias de mejora serían las siguientes:

1. Fomentar la comunicación de los incidentes o eventos adversos mediante discusión de grupo, con el propósito de disminuir o mitigar los daños que se puedan causar en la atención al paciente.
2. Tratar los problemas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual.
3. La importancia de mejorar la comunicación entre las unidades/servicios debe ser prioritario para evitar interrumpir la continuidad del tratamiento y así mejorar la seguridad del paciente.
4. Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se pueden ver sometidos para fomentar una cultura de seguridad.
5. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia el apego de una cultura de seguridad del paciente por parte de las Gerencias y la Dirección.
6. La realización de un nuevo estudio en un plazo de aproximadamente 3 años, permitirá evaluar el impacto de las estrategias implementadas por la Institución para el desarrollo de una Cultura de Seguridad.
7. Es posible evaluar además, la posibilidad de hacer extensivo este estudio al personal directivo y personal gerencial, con la finalidad de conocer la cultura de seguridad con otro contexto.
8. Alcanzar una cultura de seguridad significa un largo camino de iniciativas coordinadas no sólo para establecer las mejores prácticas clínicas y los sistemas de barreras más efectivos, sino también fomentar y hacer cada vez más partícipe al propio paciente sobre su seguridad y asumir en equipo el riesgo que conlleva la atención, intentando aprender de la experiencia obtenida en la gestión del riesgo clínico implementada en el hospital tendiendo a conseguir “hacer todas las cosas bien, todo el tiempo, a todos los pacientes”.
9. Gestión de riesgos y sistemas de notificación.
10. Favorecer las prácticas clínicas seguras.
11. Aprovechar la tecnología para mejorar la seguridad del paciente.
12. Llevar a cabo evaluaciones periódicas sobre seguridad del paciente.
13. Fomentar una posible investigación de cultura de seguridad del personal de enfermería y la percepción que tiene el paciente desde su cuidado.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Santa Cruz J, Rodríguez Suárez J, Cultura de Seguridad del paciente y eventos adversos, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México 2011.
2. Grote G, Kunzler C. Diagnosis of safety culture in safety management audits. *Saf Sci* 2000; 34: 131-150.
3. Howard L. validating the competing values model as a representation of organizational cultures. *Int Jorgan Anal* 1998;6:231-250.
4. Cooper M, Towards a model of safety culture. *Saf Sci* 2000; 36: 111-136.
5. Greny J. Crucial conversations: the most potent force for eliminanting disruptive behaviur. *Health care Manag* 2009; 28; 240-245.
6. Mustard Lw. The culture of silence; descriptive and impaired physicians. *J Med pract Manange* 2009; 3: 153-155.
7. Leiker M. Sentinel events, descriptive behavior, and medical staff codes of conduct. *WMJ* 2009, 108:333-334.
8. Annas Gj. The patient`s right to safety improving the quality of care through ligation against hospitals. *N Engl, J Med* 2006; 354:2063-2066.
9. Fajardo D, Lamy P, Rodríguez S, Fuentes D, Lucero M, et al, Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la clasificación internacional para la seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud. *Rev Conamed* 2010; 15; 29-36.
10. Rogenbogen Se, Greenberg C, Studdert D, Lipsitz S, Patterns of technical error among surgical malpractice claims: an analysis of strategies to prevent injury to surgical patients. *Ann Surg* 2007;246:705-11
11. Organización Mundial de la Salud, Alianza mundial para la seguridad del paciente. Ginebra Suiza. (citado el 30 de septiembre del 2013). Disponible en http://www.who.int/patient_safety/en/brochure_final.
12. Schutz AL, Counte MA, Maurer S, Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. *Health Care Manag Sci* 2007; 10: 139-149.
13. Hutchinson A, Cooper KL, Dean JE, McIntosh A, et al, Use of safety climate questionnaire in uk health care: fator structure, rehability and usability. *Qual Saf Health care* 2006; 15; 347-353.

14. Zarza-Arismendi, Leonel-Alba A, Salcedo-Álvarez, El currículo de enfermería y la seguridad del paciente, Rev Conamed, Vol.13, julio-septiembre2008.
15. Agra Y, Terrol, E, La seguridad del paciente: Una estrategia del sistema nacional de salud. Anales Sis San Navarra. (periódico en la internet 2006, citado 2013), 29(3): 319-323. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=si137-66227200600050000&ing=es&nrm=iso.
16. Secretaria de Salud. Síntesis Ejecutiva Seguridad del paciente. México: Secretaria de Salud. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluación/publicaciones/sintesis13pdf>.
17. Fundación Santa Fe Bogotá, Seguridad del paciente; implementación de una cultura, citado el 5 de agosto del 2013. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/AD/TH/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.
18. Maurillo D, La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones. Cap 5. España, Ediciones Díaz Santos, 2006.
19. Weinger MB, Patient Safety. Bay Univ Med Cent. 2008; 21(1):9-14.
20. Betancourt Betancourt J, Cepero Morales R, Mirella Gallo B, Factores que pueden afectar la seguridad del paciente, Cuba, 2011, 936-944.
21. Nieva VF, SorraJ. Safety culture assessment:tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual saf Healthcare 2003; 17-23.
22. Singer S, Gaba D, Geppert J; Sinaiko A, Howard S, Park K, The culture of safety:results of an organization-wide survey in 15 California Hospital. Qual Saf Health Care 2003; 12:112-118.
23. Hellings J, Vleugels A. Challenging patient safety culture, survey results. Int J, Health care Qual Assur International 2007; 20(7):620-632.
24. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez, Cultura del paciente por personal de enfermería, revista ciencia y enfermería XVII (3):97-111, Colombia, 2011.
25. Gómez Ramírez O, Soto Gómez A, Arenas Gutiérrez A, Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente, av. enferm, XXIX (2):363-374,2011.
26. Cabañas R. Evaluación de la atención de la salud. Revista Médica Hondureña. 1994 (consultado el 15 de septiembre del 2013); 62:25-29. En www.bvs.hn/RMH75/pdf/Vol62-1994-7.pdf.

27. León RC. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer. 2006(consultado el 20 de septiembre del 2013); En [http://bvs.sld.cu/revistas\(enf/vol22-3-06](http://bvs.sld.cu/revistas(enf/vol22-3-06).
28. Reyes L, Jara P, Merino J. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Cien Enferm. 2007; 13(1):45-57.
29. Steinberg K, Wellness in every stage of life: a new paradigm for public health programs. Prev Chronic Dis [Internet]. 2007 [citado 7 de enero del 2014]; Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06_0120.htm.
30. Bouting-Foster C. spite of good intentions: patient's perspectives on problematic social support interactions. Health Qual life Outcomes [internet]. 2005 sep 5 [citado 17 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/3/1/52>.
31. Vicente C, Nale G, Woshynowych M. Adverse events in British hospital; preliminary retrospective record review. BMJ.2001; 322: 517-9.
32. Meyer G, Foster N, Chisstrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. Health Serv Res [Internet]. 2001. [citado el 2013, Jan. 9]; 36. Disponible en: <http://www.Pubmed central.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089210pdf>.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
34. Ortiz EG, García D, Trujillo JC. La cultura de la seguridad. Buenos Aires: Comité de Calidad, Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca, Instituto de Investigaciones; 2007.
35. Chávez Otero, W Edwards Deming. El padre de la calidad moderna. Calidad en salud [en línea] 2001. <http://www.gerencia salud.com/art261.htm> (consulta julio 2017).
36. Mota. Planeación de la Calidad. Calidad en salud [en línea]: <http://www.gerenciasalud.com/art03.htm> (coinsulta junio 2017).
37. Ishikawa K. Guide to quality control white wains. NY (USA): Quality Resouces, 1986.
38. Cultura organizacional. Fenoquimia [en línea] 1994: <http:www.fenoquimia.com.mx/principal.htm> (consulta junio 2017).
39. Cantú DH. Desarrollo de una cultura de Calidad. 2º ed. México: McGraw-Hill, 2001.
40. Otero MJ. Avedís Donabedian y la calidad de atención en salud. La calidad en salud [en línea]: <http://www.gerenciasalud.com/art04.htm> (consulta junio 2017).

41. The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona (España): SG Editores, 1995.
42. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. México: Secretaría de Salud, Subsecretaria de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Internacional de Enfermería, 2003.
43. 13 Ruelas, B. E. y Zurita, G. B., “Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud”, Salud Pública de México, 1993; 35:235-7.
44. Álvarez HF, et al. Calidad y Auditoría en salud. Colombia: ECOE ediciones; 2003.
45. Diario Oficial de la Federación (DOF), Ley General de Instituciones y Sociedad Mutualistas de Seguros, DOF, México 30 de Abril del 2008.
46. Normalización, La calidad de Atención a la salud en México a través de sus instituciones 12 años de Experiencia, Secretaria de Salud, diciembre 2012.
47. Ruelas E, Vidal PL. Unidad de garantía de calidad: estrategias para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. Salud pública de México. 1990; 32(2):25-231.
48. Donabedian A. La calidad de la atención médica de México: La prensa Médica Mexicana; 1984.
49. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev. Calidad de Atención a la Salud. 1995; 2(3):8-17.
50. Serrano Moya, Adolfo T., “La normalización orientada a la calidad en la prestación de los servicios de atención médica”, Reunión directiva de la DGCES, México, 11 de abril de 2012.
51. Congreso de la República de Colombia. Ley Número 100, del 23 de diciembre de 1993. Crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial: Año CXXIX (411148): (23 de diciembre de 1993) [consultado el 12 de julio de 2010]. Disponible en: [<http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/ley100.pdf>].
52. DGCES, Programa Anual de actividades 2011, México, Subdirección Normativa en Servicios de Salud, 2011.
53. Ceriani-Cernadas JM, “La OMS y su iniciativa ‘Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente’”, Arch Argent Pediat, 2009; 107(5):385-6. [Acceso: 20-08-2012.] Disponible

en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001.

54. Department of Health on behalf of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. An organization with a Memory Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer, Londres, Ministerio de Salud, 2000. [Acceso: 10-07-2014.] Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf
55. SS, "Ley General de Salud", México, DOF, 7 de mayo de 1997.
56. Suñol R, Bañeres J, "Conceptos básicos sobre seguridad clínica", Mapfre Medicina, 2003 Sep 11; 14(4):265-9. [Acceso: 17-07-2017.] Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART8681/concepto.pdf>.
57. OMS, Proyectos y programas. Una atención limpia es una atención más segura, Ginebra, OMS, 2012.
58. Mitchell PH, Lang NM. Nurse staffing: A structural proxy for hospital quality? Med Care. 2004; 42 (1):1-3.
59. Secretaría de Economía (SE), "Programa Nacional de Normalización 2011", México, DOF, 8 de abril de 2011.
60. Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud en las Américas 2007, Volumen regional Ginebra, Suiza, OMS, 2009.
61. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Health Care research and Quality. 2004. Hallado en http://www.Ahrq.gov/qual_hospculture/hospcult.pdf.
62. Barbosa R, Cárdenas C, García C, More P, Muñoz O. Establecimiento de una línea de base de la cultura de seguridad de los pacientes en hospital universitario de Bogotá. Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología. 2008; 8 (1): 19-28.
63. Skodová M, Velasco MJ, Fernández MA, opinión de los profesionales sanitarios sobre la seguridad de pacientes en un hospital de primer nivel. Revista de calidad asistencial, 2011; 26(1):33-38.
64. Saturno PJ, Da Silvia Gama ZA, de Oliveira Sousa SL, Fonseca YA; Grupo proyecto e indicadores de seguridad del paciente. Analysis of de patient safety culture in hospitals of the Spanish National Health System. Med Clin 2008; 131: 18-25.

65. Baracaldo MC, Díaz JA. Detección de errores de medicación en la administración de medicamentos. Revista colombiana de ciencias químico-farmacéutico. 2000;(29):26-31.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario solicita su opinión acerca de temas relacionados con la seguridad del paciente, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en su hospital. El cuestionario es anónimo y su propósito es obtener información que ayude a definir las acciones para mejorar la cultura hacia la seguridad de los pacientes en su hospital.

El cuestionario le tomará solo entre 10 y 15 minutos. Le agradecemos su valiosa participación y si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no tiene que ver con la realidad en su trabajo, puede usted dejarla en blanco.

Para ayudar a comprender algunas preguntas, le agradeceremos leer con cuidado los siguientes conceptos.

*Un **incidente** se define como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente, desviación a la norma o falta de consideración en la atención del paciente, no importando si el resultado daña al paciente o no.*

*Un **evento adverso** es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.*

***Seguridad del paciente** se define como el conjunto de acciones que tienen como finalidad evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud que se le otorgan*

Para contestar este cuestionario es muy importante que cuando la pregunta mencione unidad, usted empiece en el área de trabajo, departamento o servicio del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o realiza la mayoría de acciones para atender a los pacientes.

Marque con una x la respuesta que usted considere conveniente.

¿Cuál es su grado académico?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería | <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermería | <input type="checkbox"/> Licenciatura en Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Especialidad | <input type="checkbox"/> Maestría | <input type="checkbox"/> Doctorado |

¿Cuál es la categoría laboral a la que pertenece?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería | <input type="checkbox"/> Enfermera general |
| <input type="checkbox"/> Enfermera especialista | <input type="checkbox"/> Enfermera jefe de servicio |

¿Turno en el que labora?

- Matutino
- Vespertino
- Nocturno

¿Cuál es su principal área de trabajo en el hospital? Marque solo una respuesta.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicina interna | <input type="checkbox"/> Cirugía general |
| <input type="checkbox"/> Ginecología | <input type="checkbox"/> Pediatría |
| <input type="checkbox"/> Urgencias | <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados intensivos |
| <input type="checkbox"/> Cardiología | <input type="checkbox"/> Neurología |
| <input type="checkbox"/> Reumatología | <input type="checkbox"/> Consulta externa |
| <input type="checkbox"/> Oncología | <input type="checkbox"/> Gastroenterología |
| <input type="checkbox"/> Quirófanos centrales | <input type="checkbox"/> Otro, especifique_____ |

Sección A: Su Área /unidad de trabajo

Seleccione solo el cuadro donde refleje su grado de acuerdo o desacuerdo en relación a lo que vive en su área de trabajo en el hospital.

Piense en su servicio/área de trabajo de su centro	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.					
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo					
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.					
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7. Tenemos más personal de situación o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.					

8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.					
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10. Solo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.					
11. Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.					
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.					
17. En esta unidad, tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de los errores.					

Sección B: Su jefe/Supervisor

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato a la persona que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre un cuadro con una X.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni	De acuerdo	Muy de acuerdo
--	-------------------	---------------	------------------	------------	----------------

			en desacuerdo		
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes					
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi supervisor/jefe requiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad del paciente.					
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.					

Sección C: Comunicación.

¿Con que frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio/unidad /área de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre un cuadro con una X.

	Nuca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado					
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.					
3. Se nos informa sobre los errores que se comente en esta unidad.					
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
5. En esta unidad, discutimos como se puede prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.					
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.					

Sección D: Frecuencia de eventos reportados.

En su servicio/unidad/ área de trabajo. ¿Con qué frecuencia son notificados, cuando ocurren los siguientes errores?, indique su respuesta marcando sobre un cuadro con una X.

Piense en el servicio, unidad/área de trabajo de su centro.	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 ¿con que frecuencia es notificado?					
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Con qué frecuencia es notificado?					
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente pero no lo hace, ¿Con que frecuencia es notificado?					

Sección E: Grado de seguridad del paciente.

Por favor, otorgue a su servicio/unidad/área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente. Marque una respuesta con una X.

A EXCELENTE	B MUY BUENO	C ACEPTABLE	D POBRE	E MALO

Sección F. Su Hospital.

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones de su hospital (no de su unidad o área de trabajo). Marque con una X su respuesta.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
2. Los servicios/unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.					

3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados en un servicio/unidad a otro.					
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.					
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.					
6. En este centro, con frecuencia resulta desagradable trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.					
8. Las acciones de dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
9. La dirección del centro solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.					
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para promover el mejor cuidado a los pacientes.					
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.					

Sección G: Número de sucesos notificados.

- ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?
Si no
 - En los pasados 12 meses, ¿Cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias?
Marque una sola respuesta con una X.
-

Sección H: Características de los encuestados.

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la evaluación.

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en meses en el hospital?

¿Cuánto tiempo lleva laborando en el servicio /unidad en el que labora actualmente?

Habitualmente, ¿Cuántas horas trabaja por semana en este hospital?

¿En su puesto actualmente tiene interacción o contacto directo con los pacientes?

- a. Sí, yo habitualmente tengo contacto directo con los pacientes
- b. No, yo habitualmente no tengo interacción o contacto con los pacientes.

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su profesión?

Sección I: Sus comentarios.

Por favor escriba los comentarios que desee hacer sobre la seguridad del paciente, error o reporte de eventos en su hospital.

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA.

Esta encuesta es traducida por la CONAMED, de la original laborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y respeta los ítems originales de acuerdo con las indicaciones para su utilización.

14.1. Operalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería.	Conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias, tanto individuales como de grupo para disminuir los riesgos y daños al paciente.	Intervalar	<p>Sección A: Resultado de la cultura de seguridad.</p> <p>Sección B. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio.</p> <p>Sección C. dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital.</p>	<p>1. Frecuencia de eventos notificados.</p> <p>2. Percepción de seguridad.</p> <p>3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad.</p> <p>4. Aprendizaje organizacional/mejora continua</p> <p>5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</p> <p>6. Franqueza en la comunicación</p> <p>7. Feed-back y comunicación sobre errores</p> <p>8. Respuesta no punitiva a los errores.</p> <p>9. Dotación de personal</p> <p>10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</p> <p>11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios.</p> <p>12. Problemas en cambios de turno y transacciones entre servicios/unidades.</p>	<p>Cuestionario: <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture of the Agency for Healthcare Research and Quality</i>, que fue adaptado por la CONAMED en el 2009</p>

Antigüedad	Tiempo transcurrido desde el día en que se obtuvo el empleo.	Intervalar	Años cumplidos	-1-5 años -6-10 años -11-15 años -Más de 16 años	Encuesta
Grado académico	Cada uno de los títulos que se concede al superar alguno de los niveles en que se dividen los estudios de enseñanza básica, media o superior	Ordinal		-Auxiliar de enfermería -Técnico de enfermería -Licenciada en enfermería -Especialidad -Maestría -Doctorado	
Categoría Laboral	Posición de una persona dentro de una clasificación jerárquica en su trabajo.	Ordinal		-Auxiliar de enfermería -Enfermera general -Enfermera especialista	
Contacto con el paciente	Existencia de algún tipo de relación, acción o vínculo que tenga directamente con el paciente.	Nominal		-Si -No	