



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ADMINISTRACIÓN**



CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL USUARIO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA : SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA

AUTORES:

Br. Castelao, José
Br. Freccero, Patricia
Br. Mercadante, Gimena
Br. Pereira, Alicia
Br. Viera, Erisandra

TUTORES:

Lic. Enf. Gorrasi, Miriam
Lic. Enf. Figueroa, Sandra
Lic. Enf. Fumero, Soledad

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2011

Resumen

El presente es el trabajo final de investigación de un grupo de estudiantes de Facultad de Enfermería en torno a la cultura de la seguridad del usuario que poseen los recursos humanos de enfermería de un servicio asistencial. Se encuentra inmerso en el trabajo de un conjunto de seis grupos orientados a investigar en torno a la misma temática, utilizando el mismo instrumento -una encuesta- aplicada en diversos campos de estudio.⁽¹⁾

En este caso, la investigación se lleva a cabo en el Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y la elaboración y búsqueda teórica comienza en julio de 2010. La recolección de datos se realiza durante los días 14 al 20 de febrero de 2011 y posteriormente a la misma, la tabulación y análisis de los datos.

Dicho análisis se realiza, organizando en diversas dimensiones las variables que representan distintos aspectos de la cultura de la seguridad del paciente en el servicio mencionado, así como indicadores utilizados para caracterizar a la población.

Se destaca entre los resultados de este estudio que los enfermeros que se desempeñan en el área estudiada, perciben de forma positiva la seguridad del usuario en su servicio, consideran que es adecuado el grado de seguridad en el mismo y que los procedimientos y prácticas son correctas en este sentido, es decir preservan dicha seguridad.

Por otro lado, en su cultura no se destaca la importancia de la promoción de seguridad, con actividades preventivas o registros constantes.

1. Encuesta adaptada del Hospital Survey on Patient Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRO).

Introducción

Quienes desarrollan esta investigación se proponen, mediante la misma, aproximarse al conocimiento de la cultura de la seguridad del usuario de los recursos de enfermería del Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas. Se entiende por cultura la base filosófica que sustenta determinadas prácticas. Tiene que ver con el desarrollo de facultades intelectuales, así como el entrelazado de formas, costumbres y rituales al interior de un grupo o sociedad. Incluye los valores, ideas, actitudes, símbolos, instrumentos y conocimientos que dan forma al comportamiento humano y son transmisibles. Podría decirse que, en relación a la seguridad de los usuarios de sistemas de salud, crear una cultura es cultivar, desarrollar hábitos o rutinas para su preservación entre los integrantes del equipo de salud.

En este caso, el estudio de la cultura de la seguridad del usuario de los enfermeros del mencionado servicio, se hace posible a través del conocimiento de la percepción de los protagonistas acerca de diversos aspectos que hacen a su quehacer cotidiano.

La seguridad del usuario es uno de los componentes de una atención sanitaria de calidad, entendiendo por la misma el *"grado de aproximación de un producto o servicio a cada una de las características que se hayan señalado como idóneas en un prototipo"*, de acuerdo con

la Real Academia Española (2007). (1)

Según Cuesta Gómez, A. y otros (1986) *"es necesario reunir entonces, los aspectos ideales o características óptimas de los componentes de un servicio, que un usuario debe recibir, estableciendo el alcance de sus derechos, además de detalles científicos, humanos y técnicos a alcanzar"* (2) para lograr una atención sanitaria de calidad.

Una gestión sanitaria de calidad tiene que garantizar la seguridad del usuario, entendida como *"la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en las instituciones de salud"*, según OMS. Dicha organización, para el año 2010 define el riesgo como *"la probabilidad de que ocurra un evento adverso para la salud o un factor que incremente la probabilidad"*. (3)

La seguridad del usuario es un tema considerado clave en las políticas de calidad de los sistemas de salud, un componente esencial de la gestión de enfermería, que necesita continuar su estudio y aplicación.

Forman parte del mismo aspectos como la prevención de accidentes e infecciones intrahospitalarias, cumplimiento de pasos necesarios para evitar el error en la administración de medicación, atención a usuarios con riesgo de caídas, logro de un adecuado mantenimiento de la salud al alta de un usuario, entre otros. Además, otras áreas

influyen en el cuidado de la seguridad, las cuales tienen que ver con la comunicación entre los recursos pertenecientes a un servicio, el relacionamiento entre las diversas jerarquías, el funcionamiento de determinado servicio o institución, así como con las características de los recursos humanos que se desempeñan en el mismo.

Es en relación a estos últimos aspectos que se realiza este estudio, recabando información sobre la opinión de los licenciados y auxiliares de enfermería sobre los mismos en su servicio, los cuales forman parte de su cultura.

Por tratarse este de un estudio descriptivo, no busca modificar la realidad, sino únicamente conocerla, para, a partir de dicho acercamiento, poder operar en un futuro.

El grupo de trabajo se planteó como objetivo general identificar aspectos relacionados a la cultura de la seguridad del usuario de los recursos humanos enfermeros -licenciados y auxiliares de enfermería- del Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Y, en particular, los objetivos específicos del estudio permiten aproximarse en detalle a diversos aspectos.

Uno de ellos es conocer la opinión de los recursos humanos enfermeros del servicio en relación a aspectos vinculados a las prácticas de su servicio e institución, relacionados con la cultura de la seguridad del usuario, lo cual se

realiza proporcionando una encuesta. Dicho instrumento -la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (4) de Estados Unidos- fue aplicado con anterioridad a nivel internacional. Uno de los estudios más reciente que compete y trata la Cultura de la Seguridad del Paciente fue realizado en el año 2009, en el Hospital Padre Hurtado, por el equipo de la Gerencia de Calidad, los miembros del Comité de Calidad y la Unidad de Gestión de Riesgo Clínico (5), que utiliza como instrumento dicha encuesta para medir los distintos aspectos de la cultura de los diferentes servicios sanitarios, determinar los puntos que se deben intervenir para mejorarla y llevar un control adecuado de su evolución.

Otro estudio sobre la cultura de la seguridad del paciente fue realizado en el año 2008 por la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Murcia, España. (6). También se realiza una búsqueda bibliográfica en el ámbito nacional, encontrando estudios muy escasos. Uno de ellos relacionado a la Evaluación de la Seguridad del Paciente mediante criterios Internacionales (7), realizado en el Hospital Universitario en el 2009, perteneciente a la misma línea de investigación, pero sin contemplar la cultura de seguridad.

En la presente investigación, se incluyen indicadores de dicha encuesta en diferentes dimensiones para analizar las opiniones.

Otro de los objetivos específicos de este estudio, es describir el comportamiento de los diferentes indicadores de cultura de seguridad del usuario entre los recursos humanos de enfermería de dicho servicio, en los distintos niveles de formación, para lo cual se utiliza la misma encuesta, analizando por separado respuestas de ambos niveles.

Por otro lado, se pretende también caracterizar a la población de enfermería del servicio y establecer si existen diferencias en los aspectos

relacionados a su cultura de la seguridad, partiendo del supuesto de que aspectos como el tiempo de trabajo en el servicio pueden influir en la percepción de la seguridad de los usuarios en el mismo.

Por último, se plantea como objetivo también crear la base para realizar un estudio comparativo entre diferentes servicios en cuanto a la misma temática, como forma de avanzar en el conocimiento de la cultura de la seguridad en la institución.

1. Real Academia Española. 2007. Diccionario de la lengua española. 22ed. Buenos Aires, AR, Planeta. 2v.
2. Cuesta Gómez, A.; Moreno Ruiz, J.A.; Gutiérrez Martí, R. 1986. La calidad de la asistencia hospitalaria. s.l., ES, Doyma. pp 6-11.
3. MSCE (Ministerio de Sanidad y Consumo Español, ES.). Alianza mundial para la seguridad del paciente.
4. Encuesta adaptada del Hospital Survey on Patient Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRO).
5. Unidad de Gestión de Riesgo Clínico, Gerencia de Calidad, AOP. CGA. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440_EstudioHPH.pdf [fecha de acceso agosto 2010]
6. Saturno, PJ; Da Silva Gama, ZA; de Oliveira-Sousa, SL; Fonseca, YA; De Souza-Oliveira, AC; Proyecto ISEP, Grupo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Med Clin (Barc).2008; 131 :18-25 - vol.131 núm Supl.3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2071049> [fecha de acceso agosto 2010].
7. Cardozo, C; Filosi, AL; Franconeri, R; Petkovich, MC; Silva, H: Evaluación de la Seguridad del Paciente mediante Criterios Internacionales en un Servicio de Emergencia. Universidad de la República, Facultad de Enfermería. Cátedra de Administración. Montevideo, 2009.

Metodología

El diseño de este trabajo de investigación es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

El área de estudio a abordar es la cultura de la seguridad del usuario y como campo a estudiar tiene al Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

El universo a estudiar está compuesto por la totalidad de recursos humanos de enfermería de dicho servicio, tanto auxiliares como licenciados. El servicio cuenta con 23 licenciados y 34 auxiliares.

La **unidad de análisis** está constituida por el instrumento (1) del cual se obtuvo la información acerca de las opiniones y percepciones del profesional y auxiliar de enfermería del servicio.

Criterios de inclusión: participan en esta investigación licenciados y auxiliares de enfermería que se desempeñen en el Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en todos los turnos (mañana, tarde, vespertino y noche) durante la semana de recolección de datos y cuenten con un año o más de desempeño en su profesión y un año

o más de desempeño en su cargo, en el servicio mencionado.

Criterios de exclusión: se establece que quedan excluidos de la presente investigación, los licenciados y auxiliares de enfermería del servicio que se encuentren usufructuando cualquier tipo de licencia -reglamentaria, especial, certificación médica- al momento de aplicar el instrumento. También se excluyen los auxiliares y licenciados de enfermería que no cuenten con un año o más de desempeño en su profesión y/o en su cargo, en el servicio mencionado.

Muestra: se incluyeron en la misma el 100% de licenciados. Por su parte, de la totalidad de auxiliares, se selecciona un 30%.

Forma de selección de la muestra: la selección de los auxiliares de enfermería se realizó a través de mecanismos de muestreo probabilístico en forma aleatoria.

Tamaño de la muestra: incluye, por lo tanto, a 10 auxiliares y a 20 licenciados de enfermería, un total de 30 individuos que se desempeñan en todos los turnos en el servicio.

1. Encuesta adaptada del Hospital Survey on Patient Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRO).

Técnicas e instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de los datos es la encuesta adaptada de *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Se trata de una encuesta autoadministrada, que utiliza para obtener la información un instrumento que consta de un cuestionario impreso con preguntas cerradas con respuesta múltiple. La escala para la medición de los datos utilizada fue la escala de Likert.

La encuesta tiene diferentes secciones, las secciones A, B, C, D, E y F cuentan con diversos items frente a los cuales el entrevistado debe indicar su respuesta entre cinco niveles de acuerdo o frecuencia sobre determinada declaración. Por su parte, la sección G presenta dos preguntas cerradas, la primera con las opciones de respuesta dicotómica: sí o no y la segunda con seis posibilidades de respuesta. Y

finalmente, la última sección presenta cinco enunciados con diferentes categorías con las cuales describir características de los encuestados.

El instrumento se aplica durante los días 14 al 20 de febrero del 2011.

Los integrantes del grupo de investigación, previa autorización de la institución y sus autoridades, entregan a cada uno de los sujetos que integran la muestra, en todos los turnos, una copia del instrumento de recolección de datos, brindándole un tiempo de diez minutos para que el mismo sea completado. Se procura explicar a cada uno de los encuestados, las características de la encuesta y el carácter anónimo de las respuestas y una vez completadas, se recolectan.

Análisis de los resultados

El Plan de Análisis incluido en el protocolo de la presente investigación, propone conocer la cultura de la seguridad del usuario mediante la clasificación de las respuestas en seis dimensiones. De esta forma se puede cumplir los objetivos planteados de conocer la opinión de los funcionarios y describir el comportamiento de los indicadores de cultura de la seguridad del usuario en el servicio. Por otra parte, desarrollar una caracterización de los encuestados en función de su antigüedad en su profesión, institución y servicio, rol que desempeñan y las posibles influencias en su cultura, cumpliendo así con otro de los objetivos planteados.

Cabe aclarar que la casi totalidad de los individuos incluidos en la muestra respondieron a la encuesta, salvo un licenciado en enfermería, siendo por lo tanto un total de 29 encuestas completadas, 19 de licenciados y 10 de auxiliares de enfermería.

A continuación, se detallan los resultados de los indicadores incluidos en las dimensiones mencionadas y se procede a analizarlos.

Primera Dimensión

Percepción de los funcionarios sobre la seguridad del paciente en su ámbito laboral

(Sección A)

Tabla N° 6 – Hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

	FA	FR (%)
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	10	35
ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	21
de acuerdo	11	38
muy de acuerdo	0	0
Total	29	100



Tabla N° 9 – Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	2	7
ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	10
de acuerdo	19	66
muy de acuerdo	5	17
total	19	100



Tabla N° 13 – Después de introducir cambios en la seguridad de los pacientes evaluamos su efectividad.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	4	14
ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	17
de acuerdo	17	58
muy de acuerdo	3	10
total	19	100

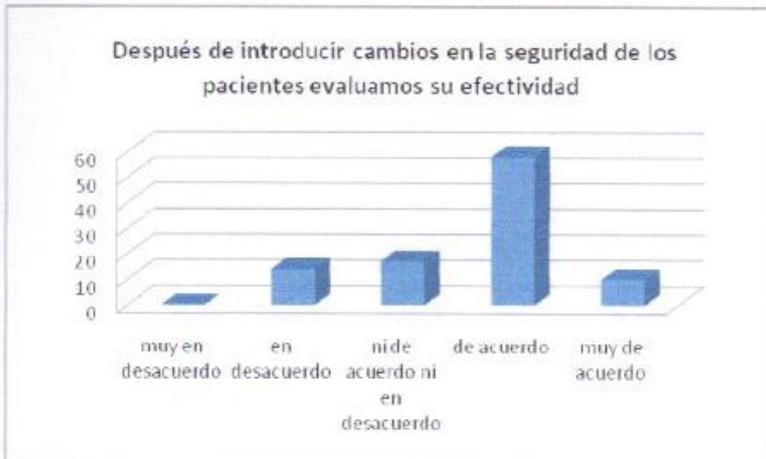


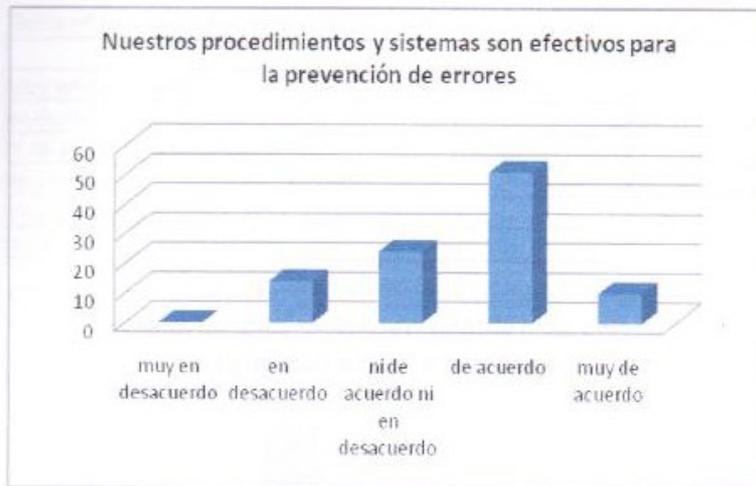
Tabla Nº 15 – La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	1	4
en desacuerdo	9	31
ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	26
de acuerdo	10	35
muy de acuerdo	1	4
total	19	100



Tabla Nº 18 – Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	4	14
ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	24
de acuerdo	15	51
muy de acuerdo	3	10
total	29	100



Se observa, en las primeras cinco gráficas, con respecto a la opinión de los funcionarios de la seguridad del usuario en su área de trabajo, que perciben adecuadas normas y prácticas de trabajo. Un 83 % percibe que se toman medidas para evitar la reiteración de errores (tabla nº 9, 66% de acuerdo y 17% muy de acuerdo) y por otro lado, un 68 % opina que se evalúa la efectividad de dichas medidas (tabla nº 13, 58% de acuerdo, 10% muy de acuerdo). Sin embargo, es similar la cantidad de respuestas positivas y negativas con respecto a la realización de actividades preventivas (tabla nº 6, 7% muy en desacuerdo, 35% en desacuerdo y 38% de acuerdo). Lo mismo ocurre con la tabla nº 15 (4% muy en desacuerdo, 31 % en desacuerdo, 35% de acuerdo, 4% muy de acuerdo) acerca de las prioridades en el servicio, ya que la afirmación sostiene que la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo. Se observa también que hay un 26% que no tiene opinión formada. Son cifras significativas de una cultura que no prioriza la seguridad del usuario. Aunque, por las anteriores gráficas analizadas, se destaca que dicha cultura incluye la necesidad de responder y buscar soluciones a los problemas de seguridad, cuando estos se producen.

El siguiente ítem (tabla nº 17) constituye un indicador negativo para la cultura en el servicio, pero se observa un gran porcentaje (7% muy en desacuerdo y 58% en desacuerdo) que no comparten la afirmación (en esta unidad se tienen problemas con la seguridad de los pacientes), lo que reafirma lo anteriormente evaluado, es decir, la seguridad de los pacientes en el servicio es considerada de importancia por quienes trabajan allí.

Tabla n° 17 – En esta unidad se tienen problemas con la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	17	58
ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4
de acuerdo	7	24
muy de acuerdo	2	7
total	29	100



En el marco teórico propuesto se plantea que la seguridad del usuario debe comprender "evitar riesgos en la organización, a través del seguimiento de normas, utilización de instalaciones seguras, (...)". Se percibe, que si bien la cultura de la seguridad del usuario es aún carente se va encaminando en este sentido en el servicio de Nefrología.

Segunda Dimensión

Percepción de los funcionarios sobre el papel del jefe/superior en aspectos relacionados con la seguridad del paciente (Sección B)

Tabla N° 3 – Cuando la presión del trabajo aumenta el superior o jefe quiere que trabajemos más rápido aunque ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	3	10
en desacuerdo	21	72
ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	7
de acuerdo	2	7
muy de acuerdo	1	4
total	29	100

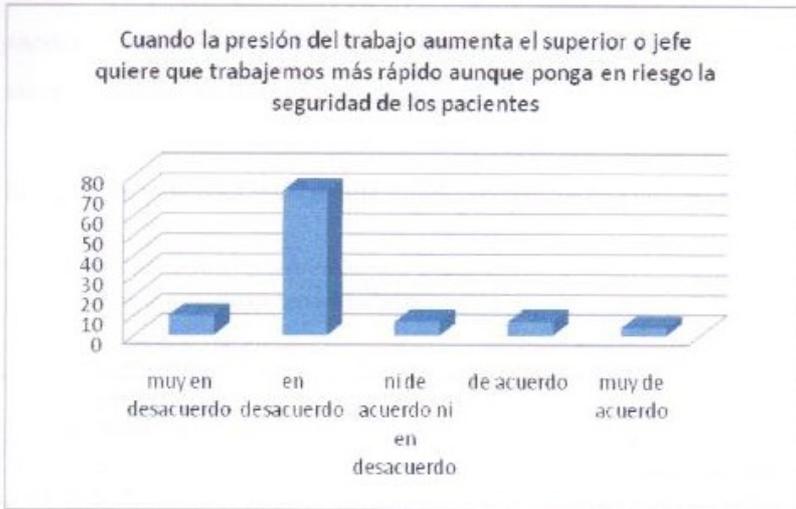
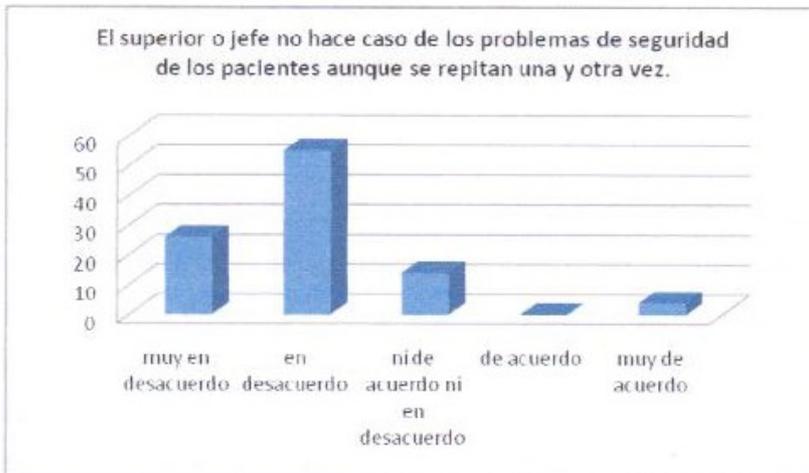


Tabla N° 4 – El superior o jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes aunque se repitan una y otra vez.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	8	26
en desacuerdo	16	55
ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	14
de acuerdo	0	0
muy de acuerdo	1	4
total	29	100



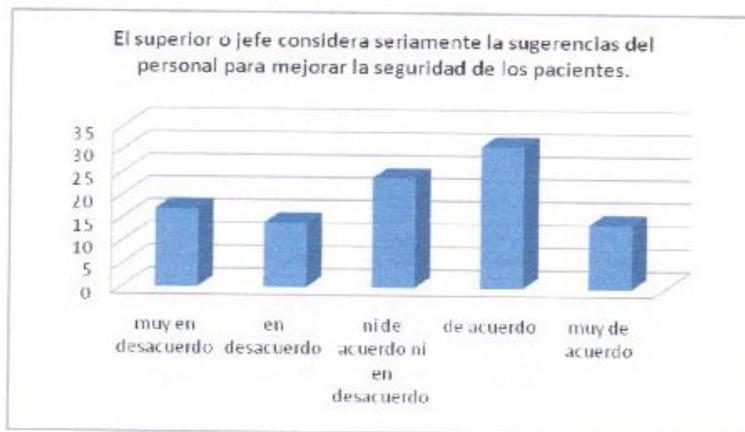
Es significativa la cantidad de respuestas negativas frente a estas afirmaciones. En la tabla n° 3 un 72% está en desacuerdo y un 10% muy en desacuerdo con la afirmación "cuando la presión del trabajo aumenta el superior o jefe quiere que trabajemos más rápido aunque ponga en riesgo la seguridad de los pacientes" y en la tabla n° 4, más aún, un 55% está en desacuerdo y un 26% muy

en desacuerdo con que su superior no haga caso de los problemas de seguridad del paciente en el servicio. Se trata de una fortaleza importante, que demuestra que está latente en la cultura del servicio atender los riesgos en la seguridad.

El siguiente indicador incluye una visión positiva sobre el rol del superior en el servicio:

Tabla N° 2 – El superior o jefe considera seriamente la sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	5	17
en desacuerdo	4	14
ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	24
de acuerdo	9	31
muy de acuerdo	4	14
total	29	100



En este caso, las opiniones no son tan radicales, si no que se reparten entre las diferentes opciones (17% muy en desacuerdo, 14% en desacuerdo, 31 % de acuerdo y 14% muy de acuerdo) siendo poca la diferencia entre quienes ven positivamente la consideración del superior de las sugerencias del personal. Se destaca una cuarta parte (24%) que no tiene opinión formada al respecto.

De acuerdo con el marco teórico, la correcta gestión de enfermería se define como "el proceso de conseguir que el trabajo se realice con la concurrencia de los demás, por lo tanto la gestión de enfermería es un procedimiento de trabajo llevado a cabo por los miembros del staff de enfermería para dispensar cuidados, atención y confort a los pacientes". Se destaca la importancia del rol del superior en el desarrollo de la cultura, tomando en cuenta que la misma

incluye creencias, hábitos, rutinas que los superiores pueden ayudar a fortalecer entre los funcionarios que se encuentra a su cargo.

Tercera Dimensión

Percepción de los funcionarios acerca de la comunicación en el servicio (Sección C)

Tabla N° 1 – Se les informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que han notificado.

	FA	FR%
nunca	5	17
rara vez	4	14
algunas veces	11	38
la mayoría del tiempo	3	10
siempre	6	21
total	29	100



Tabla N° 2 – El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

	FA	FR%
nunca	0	0
rara vez	2	7
algunas veces	6	21
la mayoría del tiempo	6	21
siempre	15	51
total	29	100

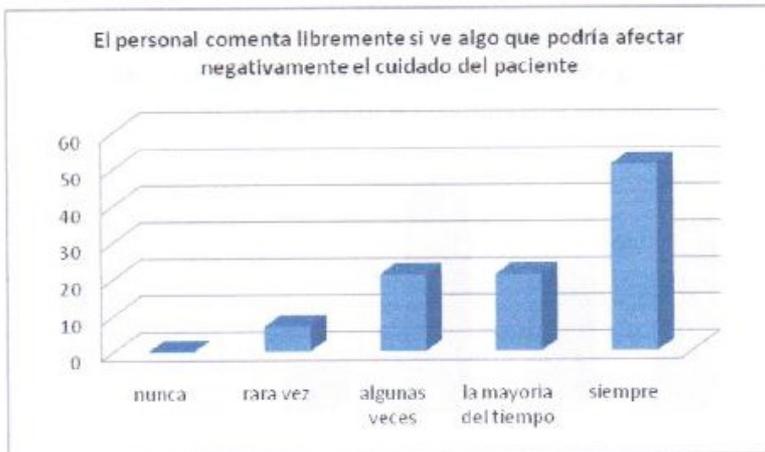


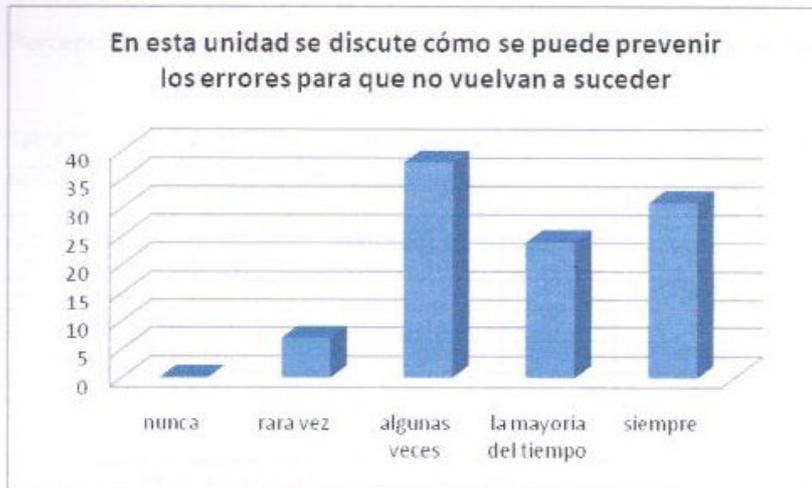
Tabla Nº 3 – Se nos informa sobre los errores que se comenten en esta unidad.

	FA	FR%
nunca	1	4
rara vez	2	7
algunas veces	10	35
la mayoría del tiempo	5	17
siempre	11	38
total	29	100



Tabla Nº 5 – En esta unidad se discute cómo se puede prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

	FA	FR%
nunca	0	0
rara vez	2	7
algunas veces	11	38
la mayoría del tiempo	7	24
siempre	9	31
total	29	100



La comunicación es un aspecto clave para la cultura en un área determinada de trabajo. Se entiende que las prácticas, hábitos, valores que la incluyen se transmiten de variadas formas al interior de un grupo de trabajo, a través del tiempo, entre los integrantes del mismo en forma horizontal y también desde los superiores a su personal a cargo. Se trata -como se afirma en el marco teórico- de un aspecto que forma parte de todas las etapas de la gestión de enfermería.

Si bien la opinión de los funcionarios no es enfática a la hora de afirmar que se les comunica sobre los cambios realizados a partir de sucesos notificados (tabla nº 1), donde solo un 21% comparte que siempre se les comunica, un 10% la mayoría del tiempo y un 38% afirma que algunas veces.

Sí se encuentran opiniones más radicales en la tabla nº 3, donde un 38% afirma que siempre se comunican los errores que se comenten en la unidad y un 17 % opina que la mayoría del tiempo.

La tabla nº 2 es muy importante ya que habla acerca de la libertad de expresión del personal, siendo un 51% quienes comparten que siempre pueden discutir libremente, un 21% afirma que la mayoría de las veces y otro 21% que algunas veces. Se entiende como una fortaleza esta posibilidad de expresión. Y también, en la última tabla de esta dimensión se observa que un 31% opina que siempre se discute acerca de cómo prevenir la reiteración de errores, mientras que un 24 % piensa que sucede así la mayoría del tiempo.

Cuarta Dimensión

Percepción del funcionario de la frecuencia en la notificación de sucesos (Secciones D y G)

Tabla N° 1 – Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

	FA	FR%
nunca	0	0
rara vez	8	26
algunas veces	5	17
la mayoría del tiempo	5	17
siempre	11	38
total	29	100



Tabla N° 2 – Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿con qué frecuencia es notificado?

	FA	FR%
nunca	1	4
rara vez	4	14
algunas veces	7	24
la mayoría del tiempo	11	38
siempre	6	21
total	29	100

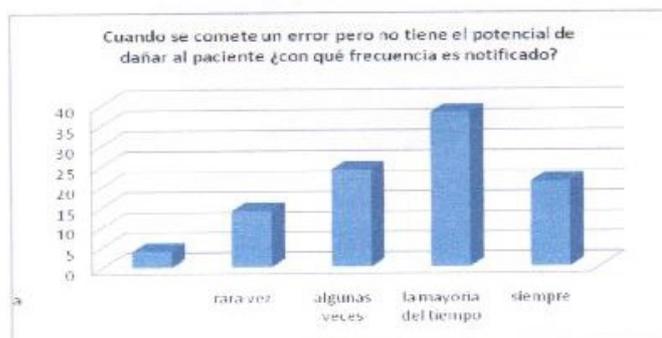


Tabla N° 3 – Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿con que frecuencia es notificado?

	FA	FR%
nunca	1	4
rara vez	5	17
algunas veces	5	17
la mayoría del tiempo	7	24
siempre	11	38
total	29	100



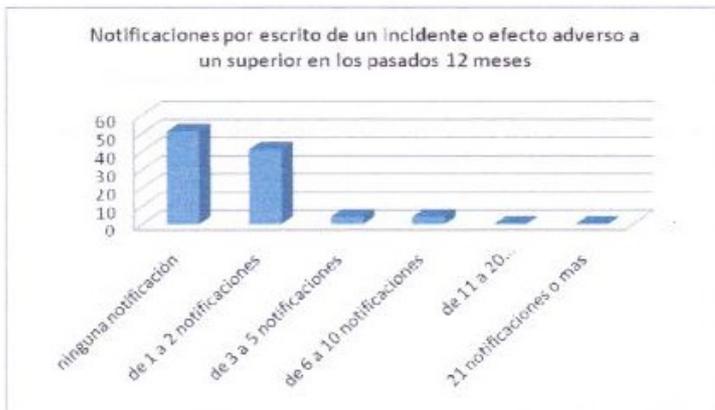
Tabla N° 4 – Existencia en el centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos.

	FA	FR%
SI	24	83
NO	5	17
Total	29	100



Tabla N° 5 – Notificaciones por escrito de un incidente o efecto adverso a un superior en los pasados 12 meses.

	FA	FR%
ninguna notificación	15	51
de 1 a 2 notificaciones	12	41
de 3 a 5 notificaciones	1	4
de 6 a 10 notificaciones	1	4
de 11 a 20 notificaciones	0	0
21 notificaciones o mas	0	0
Total	29	100



Sucesos adversos se denominan aquellos acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente, gravedad expresada en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, relacionado con el proceso asistencial. La notificación forma parte del sistema de registros, aspecto fundamental en la gestión de enfermería. En las tres primeras tablas se trata de eventos que no producen finalmente daño al paciente, se observa muchas diferencias entre las opiniones de los encuestados, lo que hace pensar que la cultura asistencial no tiene como un componente arraigado la necesidad de la notificación. (Tabla n° 1: siempre 38%, la mayoría del tiempo 17%, algunas veces 17%, rara vez 26%. Tabla n° 2: siempre 21%, la mayoría del tiempo 38%, algunas veces 24%, rara vez 14%). Se destaca por la última tabla que las notificaciones no han sido frecuentes en los últimos 12 meses (51 % ninguna notificación, 41% 1 a 2 notificaciones) lo que refuerza la idea de que no es un hábito o rutina instalado entre el personal del servicio. Según la tabla n° 4 un 17 % desconoce la existencia de un protocolo para notificar efectos adversos, dato más que significativo.

La gestión de calidad es el aspecto fundamental que determina y aplica la política de calidad expresada formalmente por la dirección de un hospital. Es decir, es importante asegurar internamente una política que genere confianza de que existan procesos internos que cumplan los

requisitos de calidad, y se formulen protocolos de notificaciones donde se deba mantener un registro de los sucesos adversos que se pueden producir a lo largo de las tareas llevadas a cabo por el personal, lo que permite llevar un control de posibles eventos y por ende una evaluación de la calidad de gestión y atención.

Para reducir la frecuencia de los problemas de seguridad es necesario entender sus causas y diseñar métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que se produzcan.

Quinta Dimensión

Percepción acerca del grado de seguridad del paciente en el servicio (Sección E)

Tabla N° 1 – Valoración general dada en el servicio en relación seguridad del paciente.

	FA	FR%
excelente	0	0
muy bueno	11	38
aceptable	16	55
pobre	2	7
malo	0	0
total	29	100



La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en las instituciones de salud. En cuanto a este punto, se destaca como fortaleza la percepción de un gran porcentaje (38%) que considera que es muy buena la seguridad y un 55% que la valora como aceptable. Este ítem se analiza más adelante en forma más profunda.

Sexta Dimensión

Percepción del encuestado sobre el funcionamiento de la institución en cuanto a aspectos relacionados con la seguridad del paciente. (Sección F)

Tabla N° 1 – La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	1	4
en desacuerdo	5	17
ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	31
de acuerdo	13	45
muy de acuerdo	1	4
total	29	100

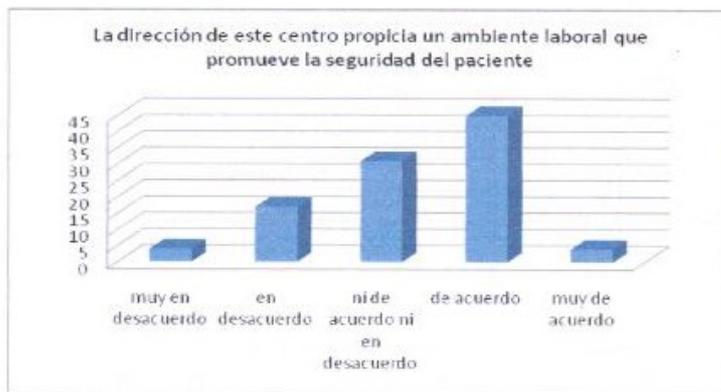


Tabla N° 8 – Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritario.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	6	21
ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	38
de acuerdo	8	26
muy de acuerdo	2	7
total	29	100

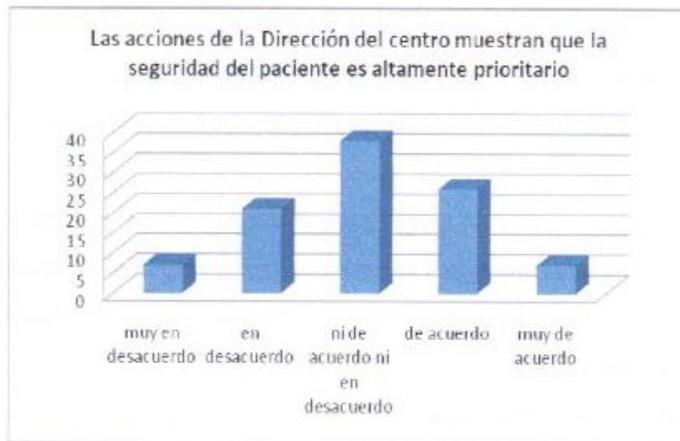
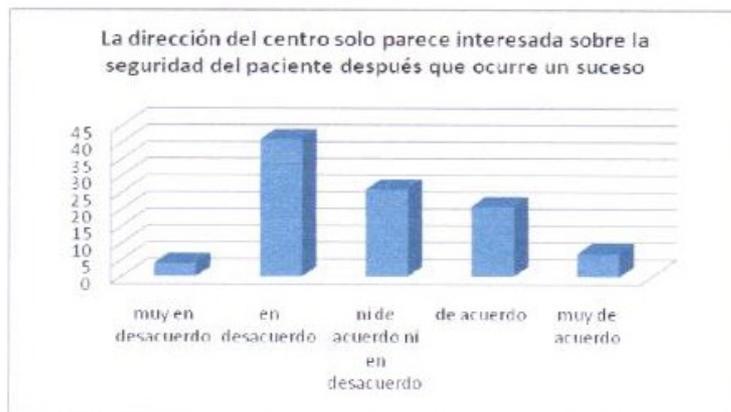


Tabla N° 9 – La dirección del centro solo parece interesada sobre la seguridad del paciente después que ocurre un suceso.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	1	4
en desacuerdo	12	41
ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	26
de acuerdo	6	21
muy de acuerdo	2	7
total	29	100



Evidentemente el área de trabajo está inserta en la institución y las políticas transmitidas y prevalentes forman parte de la cultura. Se destaca de la tabla n° 1 que si bien un 45 % está de acuerdo con la afirmación, casi una tercera parte de los encuestados (31%) no tiene opinión formada al respecto, lo que sería una carencia en cuanto a la cultura imperante. Como se menciona en el marco teórico "la calidad asistencial sanitaria se ve influenciada por varios aspectos, y por ende la seguridad del usuario, tanto lo que tiene que ver con la formación del

FACTORES DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO

personal, la cantidad de recursos humanos, la experiencia y relacionamiento entre los mismos, e imprescindiblemente la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios, todo es fundamental a la hora de evaluar la calidad de atención.

De cierta forma se aprecia como una fortaleza del servicio que el 45% considera que si la institución fomenta un ambiente seguro para los usuarios, pero teniendo en cuenta que el 31% no tiene opinión formada al respecto, es una carencia en la cultura imperante en dicho servicio.

Reafirman esta visión las siguientes tablas, ya que en la segunda (tabla nº 8) se observa que un 38% no tiene opinión formada acerca de la afirmación "las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria" y solo un 26 % la comparte. En la última tabla (nº 9), cuyo enunciado es negativo, se observa que si bien un 45% no lo comparte (41% en desacuerdo, 4% muy en desacuerdo) una cuarta parte de los funcionarios (26%) no tiene opinión formada acerca de la afirmación "la dirección del centro solo parece interesada sobre la seguridad del paciente después que ocurre un suceso".

Caracterización de la población y análisis

Tabla N° 4 – Estamento al que pertenece.

	FA	FR%
Licenciada en enfermería	19	66
Auxiliar de enfermería	10	34



Tabla N° 2 – Tiempo que lleva el trabajador en el actual servicio (Auxiliar de enfermería)

	FA	FR%
De 1 a 5 años	4	40
De 6 a 10 años	0	0
De 11 a 15 años	1	10
De 16 a 20 años	4	40
De 21 años o más	1	10
Total	10	100

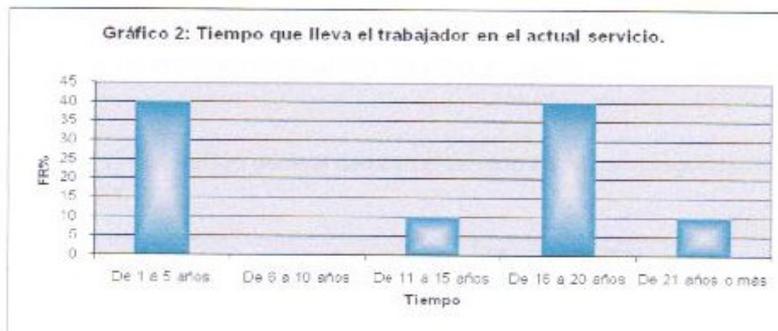
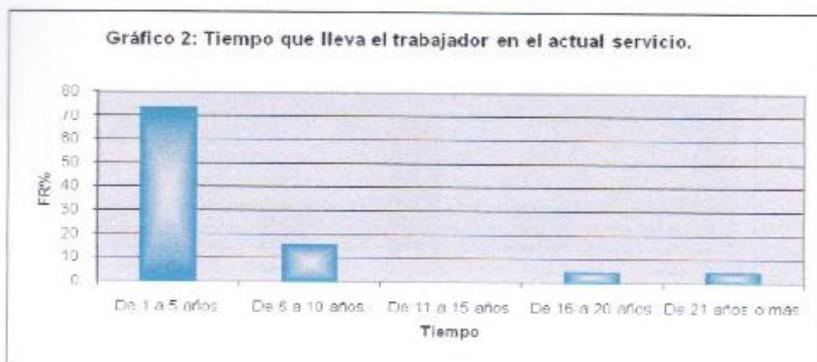


Tabla N° 3 – Tiempo que lleva el trabajador en el actual servicio (Licenciado de enfermería)

	FA	FR%
De 1 a 5 años	14	74
De 6 a 10 años	3	16
De 11 a 15 años	0	0
De 16 a 20 años	1	5
De 21 años o más	1	5
Total	19	100



Si bien la composición del personal en el servicio en relación a diferentes roles de formación no se representa en las presentes tablas y gráficas, por haberse incluido en la muestra la totalidad de licenciados y solo un 30% de auxiliares de enfermería, de todos modos podemos comparar en sus porcentajes, los cuales muestran que de los licenciados, un 74 % se incorporó al servicio en los últimos cinco años, mientras que de los auxiliares solo un 40% pertenece al sector por el mismo lapso de tiempo. Estas cifras son significativas, entendiéndose que la cultura se va estableciendo a través del tiempo, las rutinas y prácticas de trabajo se consolidan a través del tiempo y se observa que la mayor parte de los funcionarios forman parte del servicio hace relativamente poco.

Se busca, por otra parte, a través de este análisis, saber si existen diferentes percepciones en relación a la seguridad del usuario en el servicio, entre los diferentes estamentos (auxiliares y licenciados de enfermería) así como si el tiempo de trabajo ha influido en dicha percepción. Estos datos se observan en las siguientes tablas y gráficas:

Tabla N° 1 – Valoración general dada en el servicio en relación seguridad del paciente para auxiliares de enfermería.

	FA	FR%
excelente	0	0
muy bueno	2	20
aceptable	6	60
pobre	2	20
malo	0	0
total	10	100



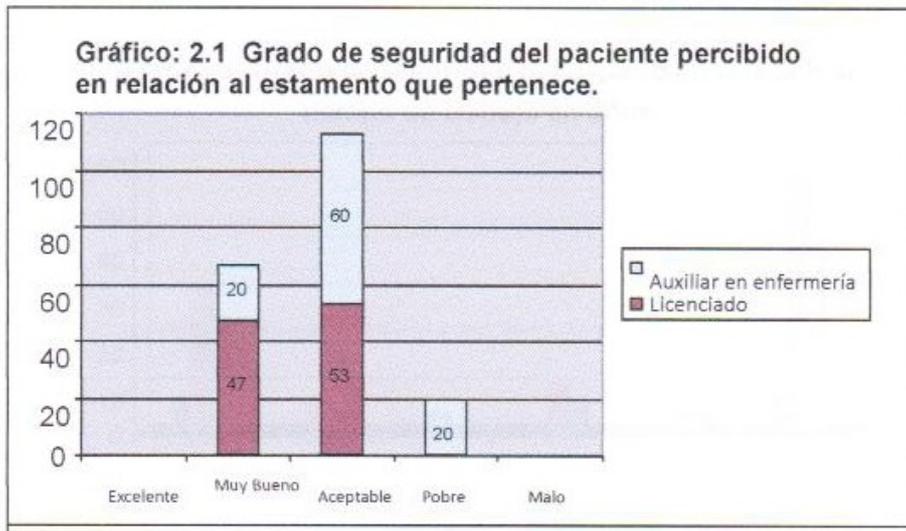
Tabla Nº 2 – Valoración general dada en el servicio en relación seguridad del paciente para licenciados de enfermería.

	FA	FR%
excelente	0	0
muy bueno	9	47
aceptable	10	53
pobre	0	0
malo	0	0
total	19	100



Tabla Nº 2.1 Grado de seguridad del paciente percibido en el área de trabajo, en relación al estamento a que pertenece.

Estamento	Excelente		Muy Bueno		Aceptable		Pobre		Malo		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Licenciado	0	0	9	47	10	53	0	0	0	0	19	100
Auxiliar en enfermería	0	0	2	20	6	60	2	20	0	0	10	100



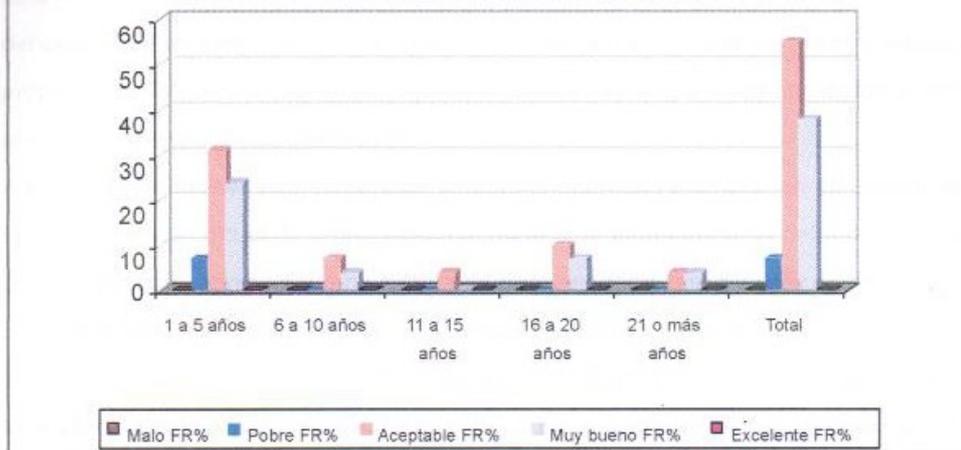
Se observa entonces, grandes diferencias entre las percepciones acerca de la seguridad del paciente en el servicio; el estamento al que pertenecen las licenciadas tiene una opinión más positiva acerca del grado de seguridad, donde un 47% lo considera muy bueno y un 53% aceptable, no habiendo ninguna opinión desfavorable (pobre o malo) mientras que para los auxiliares esta visión no es tan positiva, solo un 20% considera el nivel de seguridad muy bueno, un 60% lo considera aceptable y otro 20% opina que el mismo es pobre. Una explicación a esta diferencia puede radicar en que los licenciados tengan una visión más general de la situación del servicio, mientras que el auxiliar se concentra en un área más particular de trabajo, no pudiendo ver los resultados más amplios.

A continuación se analiza la percepción de los funcionarios del servicio acerca del grado de seguridad del usuario en el mismo, en relación al tiempo que llevan trabajando en dicha área:

Tabla N° 3: Grado de seguridad del usuario en relación a tiempo de trabajo en años.

	Malo		Pobre		Aceptable		Muy bueno		Excelente		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
1 a 5 años	0	0	2	7	9	31	7	24	0	0	18	62
6 a 10 años	0	0	0	0	2	7	1	4	0	0	3	10
11 a 15 años	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	4
16 a 20 años	0	0	0	0	3	10	2	7	0	0	5	17
21 o más años	0	0	0	0	1	4	1	4	0	0	2	7
total	0	0	2	7	16	55	11	38	0	0	29	100

Gráfico 3: Grado de seguridad del usuario en relación al tiempo de trabajo en años.



Se destaca en principio que no existen opiniones extremas, ya que ningún encuestado percibe como malo ni excelente el grado de seguridad, y más de la mitad (55%) del total indican ese nivel como aceptable, valoración que constituye el punto medio de la escala. Se considera una fortaleza en el análisis de la cultura del servicio la uniformidad en dicha valoración. Por otro lado, no se observa, a partir de los anteriores datos, que el tiempo de trabajo sea determinante en este caso de la percepción acerca de la seguridad del usuario en el servicio.

Conclusiones

Esta investigación tiene un propósito, aproximarse al conocimiento de la cultura de la seguridad del usuario de los enfermeros de un servicio del Hospital de Clínicas. Se puede concluir que dicho propósito ha sido alcanzado, en particular y de distinta forma, en cada uno de los objetivos, tanto general como específicos, planteados.

A través de los indicadores estudiados se logra cumplir con la aspiración de identificar aspectos relacionados a la cultura de la seguridad del usuario de los enfermeros del servicio de nefrología. Dichos aspectos representan una cultura de base, es decir, una filosofía conformada por ideas, conceptos, creencias que sustentan las prácticas de enfermería en dicho servicio.

A través del tabulado y graficado de los datos se llega a conocer el comportamiento de los indicadores elegidos para conocer dicha cultura. En su posterior análisis se observa en detalle las opiniones preponderantes entre los enfermeros, su percepción del funcionamiento en su área de trabajo, en diversos aspectos que hacen al funcionamiento del área y de la institución, al rol del jefe o la comunicación.

Se entiende que podría haber sido más enriquecedor el presente trabajo, de investigarse la frecuencia y efectividad de algunas prácticas enfocadas a preservar o promover la seguridad del usuario, ya que las mismas permitirían demostrar la base cultural que mueve a los protagonistas del servicio. Pero, de todos modos, al lograrse conocer la opinión de los mismos, se accede en gran parte al conocimiento de su cultura.

Por otro lado, se alcanza también el objetivo de caracterizar a la población en función de su rol y su tiempo de permanencia en el servicio. También en este punto se entiende que hubiera sido más ilustrativo de estudiarse a la totalidad de los auxiliares de enfermería y no un porcentaje, ya que así se hizo con los licenciados.

A través de otro de los objetivos se proponía crear las bases para futuros estudios comparando la realidad de este servicio con otros, donde también se lleva adelante esta investigación. Este punto se alcanza ampliamente, brindando la información detallada en tablas y gráficos de todos los indicadores de cada una de las secciones del instrumento aplicado.

Por último, si bien no se formula específicamente, se desprende de la fundamentación sustentada en el protocolo propuesto, que una meta perseguida al investigar en este campo, es contribuir al desarrollo de la seguridad del usuario tanto en el servicio estudiado, como en todas las áreas de la enfermería. Al realizar esta encuesta, se logra que quienes la completan, así como las autoridades

Bibliografía

- Salvadores Fuentes, P.; Sánchez Lozano, F.M.; Jiménez Fernández, R. 2002 Manual de administración de los servicios de enfermería. Barcelona, ES, Ariel. 284p.
- Cuesta Gómez, A.; Moreno Ruiz, J.A.; Gutiérrez Martí, R. 1986. La calidad de la asistencia hospitalaria. s.l., ES, Doyma. 217p.
- MSP (Ministerio de Salud Pública. Programa de Garantía de la Calidad y Acreditación de Servicios, UY). 2000. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo, UY., Ed. de Enfermería. p.35.
- Gillies, D.A. 1994. Gestión de enfermería: una aproximación a los sistemas. Barcelona, ES, Masson, p.520.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. 2008. Metodología de la investigación. México DF, MX, McGraw-Hill. 850p.
- Pineda, E. B.; de Alvarado, E. 2003. Metodología de la investigación. Washington, D.C., US, OPS. 260p.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Cultura de la seguridad del usuario

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Grupo 1

Tutoras:

Prof. Adj. Lic. Enf. Miriam Gorrasi
Prof. Adj. Lic. Enf. Sandra Figueroa
Prof. Asist. Lic. Enf. Soledad Fumero

Estudiantes:

Br. José Castelao
Br. Patricia Freccero
Br. Gimena Mercadante
Br. Alicia Pereira
Br. Erisandra Viera

Montevideo
Marzo de 2011

Título

Cultura de la seguridad del usuario de los recursos humanos de enfermería del Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Propósito

Aproximación al conocimiento de la cultura de la seguridad del usuario de los recursos humanos de enfermería del Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Justificación

Conocer la cultura de la seguridad del usuario es fundamental para la disciplina enfermera. Como profesionales integrantes del equipo multidisciplinario, el conocimiento de la misma debe ser una prioridad a la hora de planificar la gestión del cuidado a los pacientes. Aspectos relacionados a las creencias, hábitos y costumbres que forman parte del desempeño de la práctica asistencial, brindan información clave que permite acercarse a la cultura de seguridad del usuario, presente en el servicio. La seguridad del usuario es un tema considerado clave en las políticas de calidad de los sistemas de salud, un componente esencial de la gestión de enfermería, que necesita continuar su estudio y aplicación. Forman parte del mismo aspectos como la prevención de accidentes e infecciones intrahospitalarias, cumplimiento de pasos necesarios para evitar el error en la administración de medicación, atención a usuarios con riesgo de caídas, logro de un adecuado mantenimiento de la salud al alta de un usuario, entre otros. Además, otras áreas influyen en el cuidado de la seguridad, las cuales tienen que ver con la comunicación entre los recursos pertenecientes a un servicio, el relacionamiento entre las diversas jerarquías, el funcionamiento de determinado servicio o institución, así como con las características de los recursos humanos que se desempeñan en el mismo.

Es en relación a estos aspectos que se pretende realizar este estudio, buscando información sobre la opinión de los licenciados y auxiliares de enfermería sobre estos aspectos en su servicio, los cuales forman parte de su cultura.

Fundamentos

Este estudio pretende, junto a otros relacionados a la misma temática, brindar información sobre la cultura de la seguridad en un servicio, que pueda servir como punto de partida para fortalecer hábitos, actitudes o rutinas de los recursos humanos de enfermería que contribuyan a aumentar y

garantizar la seguridad de quienes se asisten en sus servicios. Se busca aplicar un instrumento (1) que anteriormente se aplicó en diversos campos y simultáneamente se aplica en otros servicios de la misma institución. Recaba opiniones sobre aspectos relacionados al funcionamiento del servicio y la institución, el relacionamiento entre los recursos, el desempeño del jefe o supervisor, la comunicación, la frecuencia en la notificación de sucesos o eventos adversos, el grado de seguridad.

El conocimiento de la opinión de los recursos enfermeros en un servicio determinado es una herramienta para, mediante la sistematización y análisis de los datos obtenidos, comparar con la realidad de otros servicios de nuestro medio. El instrumento recoge, a su vez, información sobre las características de los encuestados.

Objetivos

Objetivo General:

Identificar aspectos relacionados a la cultura de la seguridad del usuario de los recursos humanos enfermeros -licenciados y auxiliares de enfermería- del Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Objetivos Específicos:

1. Conocer la opinión de los recursos humanos enfermeros del servicio en relación a aspectos vinculados a las prácticas de su servicio e institución, relacionados con la cultura de la seguridad del usuario.
2. Describir el comportamiento de los diferentes indicadores de cultura de seguridad del usuario entre los recursos humanos de enfermería de dicho servicio, en los distintos niveles de formación.
3. Crear la base para realizar un estudio comparativo entre diferentes servicios en cuanto a la misma temática.
4. Caracterizar a la población de enfermería del servicio y establecer si existen diferencias en los aspectos relacionados a su cultura de la seguridad.

Marco referencial

Con respecto a la búsqueda bibliográfica la misma se realiza en bases electrónicas en español (Scielo, BVS, Cochrane en español), las palabras claves utilizadas fueron: cultura de seguridad, gestión de calidad, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

También se consulta en revistas de enfermería, como ROL, Control de calidad Asistencial, Elsevier Nursing, Metas de Enfermería.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en el ámbito Nacional, encontrando estudios muy escasos. Uno de ellos relacionado a la Evaluación de la Seguridad del Paciente mediante criterios Internacionales (2), realizado en el Hospital Universitario en el 2009, perteneciente a la misma línea de investigación, pero sin contemplar la cultura de seguridad.

Entre la bibliografía de Latinoamérica y España, se puede encontrar una mayoría de estudios

relacionados a la seguridad del paciente, teniendo en cuenta que es un tema muy reciente enfocado con más fuerza en la última década. Los estudios con respecto a la Cultura de la Seguridad del paciente -tema más reciente aún- se encuentran en menor proporción. Es así que se consideran los estudios más recientes realizados y en los cuales como herramienta metodológica se utiliza la encuesta Agency for Healthcare Research and Quality (AHRO).

Uno de estos, que compete y trata la Cultura de Seguridad del Paciente fue realizado en el año 2009, en el Hospital Padre Hurtado, por el equipo de la Gerencia de Calidad, los miembros del Comité de Calidad y la Unidad de Gestión de Riesgo Clínico (3), que utiliza como instrumento la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRO) de Estados Unidos, la cual se usa para medir los distintos aspectos de la cultura de los diferentes servicios sanitarios, determinar los puntos que se deben intervenir para mejorarla y llevar un control adecuado de su evolución.

Los sujetos de estudio fueron profesionales de la salud que trabajan en el Hospital Padre Hurtado, incluyendo médicos, enfermeras(os), matronas(es), kinesiólogos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y tecnólogos médicos.

La información recogida permite establecer la percepción que tienen los profesionales de la salud en cuanto a dimensiones que conforma la cultura de seguridad. El análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos en toda la Institución.

Los resultados de este estudio arrojan conclusiones como: la identificación de una fortaleza como lo es la percepción del Trabajo de Equipo al interior de las áreas incluidas en el estudio; y como debilidades se identifica la importante percepción de los profesionales encuestados acerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los Eventos Adversos (EA) y la inadecuada dotación de personal que impedirían desarrollar la atención sanitaria de manera segura.

Otro estudio sobre la cultura de la seguridad del paciente fue realizado en el año 2008 por la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Murcia, España. (4)

Dicha investigación es de diseño descriptivo transversal, la cual describe la metodología y los principales resultados de un estudio realizado sobre la cultura de seguridad del paciente tomando una muestra representativa del personal sanitario de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud Español.

Utiliza una herramienta válida y fiable, adaptando al contexto español la encuesta original de la

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRO) y que puede utilizarse para medir aspectos de la cultura en las distintas organizaciones, identificar qué habría que incidir para mejorarla y poder monitorizar su evolución.

Arrojan conclusiones como que 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 de los pacientes, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios. Este estudio también concluye como fortaleza el ítem "Trabajo en equipo dentro de las Unidades/Servicios" señalando que el personal se apoya mutuamente.

Como debilidad señala que la gran mayoría de los encuestados (77,8 %) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año, siendo su comunicación deficiente.

En el 2008 en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada. (5) Se llevó a cabo una investigación cuyo objetivo es identificar la cultura sobre la seguridad del paciente percibida por los profesionales sanitarios del Hospital.

Es un estudio transversal descriptivo donde participan profesionales sanitarios, mediante la versión española del cuestionario Agency for Healthcare Research and Quality (AHRO). Este estudio arroja como conclusión que la percepción global de la seguridad del paciente es buena. El trabajo en equipo en la unidad fue el aspecto mejor valorado aunque la comunicación de errores es pobre. La principal área de mejora es la comunicación abierta sobre los errores y la dotación del personal.

diversos componentes que influyen en la calidad asistencial, entre los que se incluyen los relacionados a la formación del personal, la cantidad de recursos humanos con que se dispone, la experiencia y relacionamiento entre los mismos, la capacidad de desarrollar trabajo en equipo, organización y funcionamiento de los servicios, costos, recursos materiales disponibles, servicios de apoyo, así como el origen socio-económico del usuario, las características de su entorno, entre otros.

La calidad ha ido evolucionando a lo largo de los años, ya en los tiempos de Florence Nightingale la misma demostró que, mejorando condiciones sanitarias de higiene y de cuidados, la mortalidad descendía. Aplicando su modelo de cuidados, en 1874 la tasa de mortalidad descendió del 32% a un 2% menos en 6 meses.

En 1984 la OMS lanzó el Programa Salud para todos en el año 2000, en el que se destacaba que toda persona tenía derecho al más alto nivel de salud que sea alcanzable.

Posteriormente, en 1991, dicha organización define que una "Atención Sanitaria de Alta Calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual de conocimiento lo permite. *Que el paciente reciba el correcto diagnóstico y los servicios terapéuticos que van a conducirlo al estado de óptima salud que pueda lograr para este paciente, según los conocimientos del momento de la ciencia médica y factores biológicos del paciente, como: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, cumplimiento con el régimen del tratamiento y otros factores relacionados, con el coste mínimo de recursos, para conseguir estos resultados, con la exposición al mínimo riesgo posible de un daño adicional o molestias como consecuencia del tratamiento; y con el máximo de satisfacción del paciente, con el proceso asistencial, su interacción con el proceso asistencial, su interacción con el sistema de salud y los resultados obtenidos".* (11)

La calidad es un concepto clave hoy día para los servicios de salud y la OMS la define como:

"Un alto nivel de excelencia profesional; el uso eficiente de los recursos; un mínimo de riesgos para el paciente; un alto grado de satisfacción para el paciente; impacto final en la salud." (12)

Propone Avedis Donabedian (1991) que "una asistencia sanitaria de calidad es la aplicación correcta en la asistencia a los pacientes de los principios esenciales de las ciencias médicas al mismo tiempo que se equiparan los riesgos inherentes a cada actividad asistencial realizada y los beneficios que se esperan de ella". (13)

Según dicho autor, son componentes de la calidad, "el nivel científico-técnico: grado de aplicación de la ciencia y la tecnología más actual de la medicina en el manejo de un problema de manera

que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello los riesgos; el componente interpersonal, basado en la relación entre personas, el cual debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general; y aspectos del confort, el entorno del paciente que le proporciona una atención confortable.” (14) Los autores de este texto consideran que en los tres componentes de la calidad postulados se pueden ubicar aspectos relacionados a la seguridad del paciente.

Por su parte Palmer (1986) considera a la seguridad como una de las dimensiones de la calidad y la define de la siguiente manera: “evitar riesgos en la organización, a través del seguimiento de normas, utilización de instalaciones seguras y confidencialidad de datos en materia de salud”. (15) Muy relacionado a la calidad y a la seguridad, se encuentra -para los autores de este texto- el concepto de gestión y gestión de calidad.

El término gestión ha sido definido por Gillies. D.A. (1994) como “el proceso de conseguir que el trabajo se realice con la concurrencia de los demás, por lo tanto la gestión de enfermería es un procedimiento de trabajo llevado a cabo por los miembros del staff de enfermería para dispensar cuidados, atención y confort a los pacientes”. (16)

Se trata de la aplicación de un conjunto de operaciones técnicas, financieras, comerciales, etc. desarrolladas para el funcionamiento de una organización.

“La gestión de calidad es el aspecto de la gestión general que determina y aplica la política de calidad expresada formalmente por la dirección del hospital. Una de sus facetas más importantes es asegurar internamente esa política, es decir, generar confianza de que los procesos cumplen los requisitos de calidad”, define Varo, J. (1994). (17)

Todas las etapas de la gestión de enfermería incluyen la comunicación, entendiendo la misma como una serie de pasos dinámicos, fluidos y constantes en la transmisión de un mensaje logrando una respuesta. Se trata de un proceso interpersonal que se apoya en métodos orales y escritos.

Luego de esta aproximación a los conceptos de calidad y gestión dentro de la asistencia sanitaria, se enfoca este documento a la definición de seguridad, que, como se detalla anteriormente, es uno de los componentes o dimensiones fundamentales de la calidad en la atención al usuario de los servicios de salud.

El término “seguridad del usuario” es un componente esencial de la gestión de enfermería, un tema complejo a abordar desde múltiples disciplinas, que requiere un enfoque integrado y global. Por lo general, su estudio se aborda en temas específicos como la prevención de efectos

Los objetivos de seguridad, según Richard A. Ridge (2008), son "declaraciones generales y los requerimientos especifican las acciones de soporte al objetivo". Basándose en los objetivos, los centros de salud desarrollan protocolos y procedimientos para cumplir los requerimientos.

Algunos de estos objetivos son, por ejemplo:

- *Estandarizar y limitar el número de concentraciones de fármacos.*
- *Tener especial cuidado con los fármacos que suenan iguales o parecen iguales.*
- *Mejorar el etiquetado de la medicación en los servicios perioperatorios y en los que se realizan procedimientos.*
- *Reducir riesgo de perjuicio al paciente derivado de las caídas.*
- *Proporcionar la lista completa de medicamentos al paciente al darle de alta del hospital.*
- *Estimular a los pacientes a implicarse activamente en su propio cuidado como parte de la estrategia de seguridad.*
- *Identificar y comunicar los recursos que tienen los pacientes y sus familias para informar de sus preocupaciones acerca de la seguridad.*
- *En los pacientes de los hospitales psiquiátricos y en los que están siendo tratados de trastornos emocionales o de la conducta en hospitales generales, valorar el riesgo de suicidio.*(23)

A continuación se incluye, como parte de este estudio, el concepto de cultura, para posteriormente vincularla a la seguridad. La Real Academia Española (2007) define cultura como "*conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.*" (24) Derivado del latín, el término "*cultus*" significa también cultivo o crianza, en relación al cultivo del espíritu humano y el desarrollo de las facultades intelectuales, así como al entretendido de formas, costumbres y rituales al interior de un grupo o sociedad. La cultura incluye los valores, ideas, actitudes y símbolos y conocimientos que dan forma al comportamiento humano y son transmitidos desde una generación a la siguiente. Es la capacidad humana distinta para adaptarse a las circunstancias y transmitir este conjunto de instrumentos y conocimientos.

Podría decirse que, en relación a la seguridad de los usuarios de sistemas de salud, crear una cultura es cultivar, criar, desarrollar hábitos o rutinas para su preservación entre los integrantes del equipo de salud.

Del libro *Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos*, del autor Franco, A.L. (2006) "la cultura organizacional de los servicios es el conjunto de experiencias, conocimientos, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, que rigen

Metodología

El diseño de este trabajo de investigación es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. El área de estudio a abordar es la cultura de la seguridad del usuario y como campo a estudiar tiene al Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

El universo a estudiar está compuesto por la totalidad de recursos humanos de enfermería de dicho servicio, tanto auxiliares como licenciados. El servicio cuenta con 23 licenciados y 34 auxiliares.

La unidad de análisis está constituida por el instrumento (27) del cual se obtuvo la información acerca de las opiniones y percepciones del profesional y auxiliar de enfermería del servicio.

Criterios de inclusión: participan en esta investigación licenciados y auxiliares de enfermería que se desempeñen en el Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en todos los turnos (mañana, tarde, vespertino y noche) durante la semana de recolección de datos y cuenten con un año o más de desempeño en su profesión y un año o más de desempeño en su cargo, en el servicio mencionado.

Criterios de exclusión: se establece que quedan excluidos de la presente investigación, los licenciados y auxiliares de enfermería del servicio que se encuentren usufructuando cualquier tipo de licencia -reglamentaria, especial, certificación médica- al momento de aplicar el instrumento. También se excluyen los auxiliares y licenciados de enfermería que no cuenten con un año o más de desempeño en su profesión y/o en su cargo, en el servicio mencionado.

Muestra: se incluyeron en la misma el 100% de licenciados. Por su parte, de la totalidad de auxiliares, se selecciona un 30%.

Forma de selección de la muestra: la selección de los auxiliares de enfermería se realizó a través de mecanismos de muestreo probabilístico en forma aleatoria.

Tamaño de la muestra: incluye, por lo tanto, a 10 auxiliares y a 20 licenciados de enfermería, un total de 30 individuos que se desempeñan en todos los turnos en el servicio.

Técnicas e instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de los datos es la encuesta adaptada de *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Se trata de una encuesta autoadministrada, que utiliza para obtener la información un instrumento que consta de un cuestionario impreso con preguntas cerradas con respuesta múltiple. La escala para la medición de los datos utilizada fue la escala de Likert. La encuesta tiene diferentes secciones, las secciones A, B, C, D, E y F cuentan con diversos ítems frente a los cuales el entrevistado debe indicar su respuesta entre cinco niveles de acuerdo o frecuencia sobre determinada declaración. Por su parte, la sección G presenta dos preguntas cerradas, la primera con las opciones de respuesta dicotómica: sí o no y la segunda con seis posibilidades de respuesta. Y finalmente, la última sección presenta cinco enunciados con diferentes categorías con las cuales describir características de los encuestados.

El instrumento se aplica durante los días 14 al 20 de febrero del 2011. Los integrantes del grupo de investigación, previa autorización de la institución y sus autoridades, entregan a cada uno de los sujetos que integran la muestra, en todos los turnos, una copia del instrumento de recolección de datos, brindándole un tiempo de diez minutos para que el mismo sea completado. Se procura explicar a cada uno de los encuestados, las características de la encuesta y el carácter anónimo de las respuestas y una vez completadas, se recolectan.

Tabulación y análisis

La variable a estudiar en el presente trabajo -según los objetivos enunciados- es la cultura de la seguridad del usuario. Al ser altamente complejo el conocimiento de la cultura e imposible de cuantificar, se busca aproximarse a su conocimiento a través de subdimensiones que brinden información sobre diferentes aspectos que hacen a dicha cultura, entre los recursos humanos del servicio en estudio. (Anexo 1)

Cabe aclarar que, a pesar de utilizar para el análisis, los indicadores que se mencionan a continuación, incluidos en dichas subdimensiones, se tabula y grafica la totalidad de los datos.

Las seis dimensiones mencionadas se extraen del instrumento aplicado. De la Sección A, la percepción de los funcionarios sobre la seguridad del paciente en su ámbito laboral, se utilizan seis indicadores, cinco positivos y uno negativo:

Los positivos son:

- El ítem número 6, cuya definición sería: "percepción del funcionario sobre la existencia en el servicio de actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente", que cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la afirmación "tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente".
- El ítem número 9, cuya definición sería: "percepción del funcionario sobre las medidas que se ponen en marcha en el servicio, para evitar que se repitan errores", que cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la afirmación "cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir".
- El ítem número 13, cuya definición sería: "percepción del funcionario en relación a la evaluación de la efectividad de los cambios que se realizan en el servicio para mejorar la seguridad de los usuarios", que cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la afirmación "después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad".
- El ítem número 15, cuya definición sería: "percepción del funcionario sobre compromiso con la seguridad del paciente frente a carga laboral", que cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la afirmación "la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo".

SECCION B. PERCEPCION DE LOS FUNCIONARIOS SOBRE LA EXISTENCIA DE PROBLEMAS EN EL SERVICIO

· El ítem número 18, cuya definición sería: "percepción del funcionario sobre la efectividad de los procedimientos y sistemas del servicio para la prevención de errores", que cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la afirmación "nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores".

La tabulación de los datos obtenidos se realiza mediante un cuadro donde se ubican frecuencias relativas y absolutas para cada una de las cinco posibles respuestas (grados de acuerdo/desacuerdo) para estos cinco indicadores y sus totales. Se analiza como fortalezas para la cultura en el servicio, el mayor grado de acuerdo para estas afirmaciones.

El siguiente es, para esta dimensión, un indicador de percepción negativo:

· El ítem número 17, cuya definición sería: "percepción del funcionario sobre la existencia en el servicio de problemas con la seguridad del paciente", que cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la afirmación "en esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes".

Se tabula de la misma manera y se analiza considerando como debilidad en el servicio, el mayor grado de acuerdo con esta afirmación.

La siguiente dimensión, la percepción de los funcionarios sobre el papel del jefe/superior en aspectos relacionados con la seguridad del paciente, se estudia utilizando indicadores de la Sección B. En dos de estos, el mayor grado de acuerdo indicaría una debilidad del servicio, debido a que se trata de aseveraciones negativas:

· El ítem número 3, cuya definición sería: "percepción del funcionario sobre actitud del jefe/superior frente a aumento del trabajo y riesgo para la seguridad del paciente que implica el trabajar a un ritmo más acelerado", cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la afirmación "cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes".

· El ítem número 4, cuya definición sería: "percepción del funcionario sobre actitud indiferente del jefe/supervisor frente a los problemas de seguridad de los pacientes", cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la afirmación "mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez".

Ambos se tabulan estableciendo frecuencias absolutas y relativas para cada uno de los cinco niveles de acuerdo/desacuerdo y se analiza considerando como debilidad en el servicio, el mayor

El grado de acuerdo con estas afirmaciones.

Dentro de esta dimensión se estudia como indicador positivo el siguiente:

- El ítem número 2, cuya definición sería: "percepción del funcionario sobre la consideración del jefe/supervisor sobre las sugerencias del personal para mejorar la seguridad", cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la afirmación "mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes".

Se tabula de la misma manera y el mayor grado de acuerdo es analizado como fortaleza del servicio.

En cuanto a la Sección C, estudia la dimensión de la percepción de los funcionarios acerca de la comunicación en el servicio. Dentro de esta dimensión, se estudian los siguientes indicadores positivos:

- El ítem número 1, cuya definición sería "percepción del funcionario sobre la información de cambios en el funcionamiento del servicio que recibe, a partir de la notificación de sucesos relacionados con la seguridad del paciente", cuantifica la frecuencia que considera el encuestado con que se da la afirmación "se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado".

- El ítem número 2, cuya definición sería "percepción del funcionario sobre libertad de expresión en el servicio", cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se sucede la afirmación "el personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente".

- El ítem número 3, cuya definición sería "percepción del funcionario sobre notificación de errores en el servicio a los funcionarios", cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se sucede la afirmación "se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad".

- El ítem número 5, cuya definición sería "percepción del funcionario sobre libertad del personal", cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se sucede la afirmación "el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad".

Dichos indicadores se tabulan estableciendo frecuencias absolutas y relativas de cada nivel de respuesta (nunca, rara vez, algunas veces, la mayoría del tiempo, siempre) y sus totales y se analiza considerando como fortaleza cuanta mayor la frecuencia de dichas afirmaciones.

La siguiente dimensión es la percepción del funcionario de la frecuencia en la notificación de

sucesos, cuyos indicadores se extraen de la Sección D:

- El ítem número 1, cuya definición sería "percepción del funcionario en cuanto a la cantidad de veces en que es informado un error descubierto y corregido antes de causar daño", cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se responde la pregunta "cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?".

- El ítem número 2, cuya definición sería "percepción del funcionario en cuanto a la cantidad de veces en que es informado un error que no tiene potencial de dañar al paciente", cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se responde la pregunta "cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?".

- El ítem número 3, cuya definición sería "percepción del funcionario en cuanto a la cantidad de veces en que es informado un error que podría causar daño", cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se responde la pregunta "cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?".

Dichos indicadores se tabulan estableciendo frecuencias absolutas y relativas de cada nivel de respuesta (nunca, rara vez, algunas veces, la mayoría del tiempo, siempre) y sus totales y se analiza considerando como fortaleza cuanta mayor es la frecuencia de dichas afirmaciones.

Dentro de esta dimensión, se estudia también la Sección G, también referida a la frecuencia en la notificación de suceso, con los siguientes indicadores:

- ítem 1, "existencia de procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos", cuantifica en dos categorías dicotómicas "sí" o "no", se tabula con frecuencias absolutas y relativas para cada categoría y se analiza como fortaleza la mayor cantidad de respuestas para la categoría "sí".

- ítem 2, "frecuencia de notificación en los últimos 12 meses" cuantifica dicha frecuencia en seis categorías de cantidad, se tabula estableciendo frecuencias absolutas y relativas para cada categoría y se analiza como fortaleza la mayor frecuencia de las primeras categorías, que establecen ninguna o escasas notificaciones.

Otra dimensión en este estudio es la percepción acerca del grado de seguridad del paciente en el servicio, cuya definición es "grado en que se evitan y previenen lesiones o efectos adversos en los pacientes como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados", cuantifica opinión del encuestado en cinco niveles -excelente, muy bueno, aceptable, pobre y malo-, se tabula

estableciendo frecuencias absolutas y relativas para cada nivel y se analiza como fortaleza cuanto mayor cantidad de respuestas para los niveles excelente, muy bueno, aceptable y debilidad, la mayor cantidad de respuestas para los niveles pobre y malo.

La siguiente dimensión estudia la **percepción del encuestado sobre el funcionamiento de la institución en cuanto a aspectos relacionados con la seguridad del paciente**. Se toman en cuenta los siguientes indicadores positivos:

- el ítem 1, cuya definición sería "percepción del funcionario sobre las medidas que pone en funcionamiento la dirección de la institución para promover un ambiente seguro para los pacientes", cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo de los encuestados con la afirmación "la dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente".
- el ítem 8, cuya definición sería "percepción del funcionario sobre grado de importancia que la dirección del hospital da a la seguridad del paciente", cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo de los encuestados con la afirmación "las acciones de la dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria".

Ambos se tabulan estableciendo frecuencias absolutas y relativas para cada uno de los cinco niveles de acuerdo/desacuerdo y se analiza considerando como fortaleza en la institución el mayor grado de acuerdo con estas afirmaciones.

El siguiente indicador es negativo para esta dimensión:

- El ítem 9, cuya definición sería "percepción del funcionario acerca del interés de la dirección del centro en la seguridad del paciente, posterior a la ocurrencia de un suceso", cuantifica el grado de acuerdo/desacuerdo con la afirmación "la dirección de este centro solo parece interesada en la seguridad del paciente después que ocurre un suceso".

Se tabula estableciendo frecuencias absolutas y relativas para cada categoría de acuerdo y se analiza como debilidad cuanto mayor acuerdo con dicha afirmación.

Otra variable del presente estudio la constituyen las características de los recursos humanos del servicio. La misma se estudia a través de la tabulación y análisis de los datos obtenidos de la Sección, que cuenta con los siguientes indicadores:

- Ítem 1, cuya definición sería "cantidad de años que lleva el encuestado trabajando en la institución" y las categorías de respuesta: de uno a 5 años, de 6 a 10, de 11 a 15, de 16 a 20 y 21 o más años.

.....

· Ítem 2, cuya definición sería "cantidad de años que lleva el encuestado trabajando en el servicio" y las categorías de respuesta: de uno a 5 años, de 6 a 10, de 11 a 15, de 16 a 20 y 21 o más años.

· Ítem 3, cuya definición sería "cantidad de horas que trabaja el encuestado durante un lapso de una semana" y las categorías de respuesta: menos de 20 horas, entre 20 y 39 horas, entre 40 y 59 horas, 60 o más horas.

· Ítem 5, cuya definición sería "cantidad de años que transcurrieron desde que el encuestado comenzó a desempeñarse en su profesión" y las categorías de respuesta: de uno a 5 años, de 6 a 10, de 11 a 15, de 16 a 20 y 21 o más años.

Los anteriores indicadores se tabulan estableciendo frecuencias absolutas y relativas para cada categoría de respuesta y permiten conocer la experiencia en su profesión y servicio de los encuestados.

· Ítem 4, cuya definición sería "profesión que desempeña el encuestado en el servicio" y las categorías de respuesta: licenciada en enfermería y auxiliar de enfermería.

Se tabula estableciendo frecuencias absolutas y relativas y permite analizar la relación entre cantidad de recursos humanos profesional y auxiliar que participan del estudio.

Los anteriores datos permiten realizar una caracterización de la población del servicio y analizar evaluando si el tiempo de permanencia en la institución y en particular, en el servicio, influyen en la percepción sobre la seguridad del usuario y asimismo, si es también diferente la percepción al respecto entre los diferentes niveles de formación de enfermería.

Cronograma de Gantt

Fecha	Julio 2010	Agosto 2010	Set. 2010	Octubre 2010	Nov. 2010	Dic. 2010	Enero 2011	Febrero 2011	Marzo 2011	Abril 2011	Mayo 2011	Junio 2011	Julio 2011
Actividad													
Elección del tema	■												
Revisión bibliográfica		■	■	■	■								
Definición de problema y objetivos						■	■						
Elaboración del protocolo						■	■						
Corrección de lo elaborado								■	■	■			
Recolección de datos								■					
Tabulados y realización de gráfica									■	■			
Análisis de los datos										■	■		
Elaboración del informe final										■	■		
Corrección y entrega de informe												■	
Defensa													■

Presupuesto

Fotocopias	\$300,00
Transporte	\$200,00
Impresiones (papel y tintas)	\$700,00
Encuadernación (5 copias)	\$500,00
Sobres	\$100,00
Cd	\$50,00
Total	\$1.850,00

Bibliografía Citada

1. Encuesta adaptada del Hospital Survey on Patient Culture de la Agency for Healthcaere Research and Quality (AHRO).
2. Cardozo, C; Filosi, AL; Franconeri, R; Petkovich, MC; Silva, H: Evaluación de la Seguridad del Paciente mediante Criterios Internacionales en un Servicio de Emergencia. Universidad de la República, Facultad de Enfermería. Cátedra de Administración. Montevideo, 2009.
3. Unidad de Gestión de Riesgo Clínico, Gerencia de Calidad, AOP. CGA. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440_EstudioHPH.pdf [fecha de acceso agosto 2010]
4. Saturno, PJ; Da Silva Gama, ZA; de Oliveira-Sousa, SL; Fonseca, YA; De Souza-Oliveira, AC; Proyecto ISEP, Grupo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Med Clín (Barc). 2008; 131 :18-25 - vol.131 núm Supl.3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2071049> [fecha de acceso agosto 2010].
5. Škodová, M., Velasco Rodríguez, M.J., Fernández Sierra, M.A. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primernivel. Rev Calidad Asistencial [en línea] 2010: 26-33. <http://www.elsevier.es/es/revistas/calidad-asistencial-256/opinion-los-profesionales-sanitarios-seguridad-paciente-un-90000801-originales-2010> [fecha de acceso agosto 2010]
6. Instituto Uruguayo de Normas Técnicas.2010. Sistema de Gestión de la Calidad:ISO 9000. Montevideo, UY, UNIT. 247p.
7. Real Academia Española. 2007. Diccionario de la lengua española. 22ed. Buenos Aires, AR, Planeta. 2v.
8. Salvadores Fuentes, P.; Sánchez Lozano, F.M.; Jiménez Fernández, R. 2002. Manual de administración de los servicios de enfermería. Barcelona, ES, Ariel. pp.223-230.
9. Cuesta Gómez, A.; Moreno Ruíz, J.A.; Gutiérrez Martí, R. 1986. La calidad de la asistencia hospitalaria. s.l., ES, Doyma. pp 6-11.
10. idem
11. Gilmore, C.M.; Novaes, H. de M. 1996. Manual de gerencia de la calidad. Washington DC., US, OPS. 254p. (OPS/ Fundación Kellogg v.3, p.2)

12. MSP (Ministerio de Salud Pública. Programa de Garantía de la Calidad y Acreditación de Servicios, UY). 2000. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo, UY, Ed. de Enfermería. p. 35.
13. Fundación Avedis Donabedian, AR. La seguridad del paciente. Buenos Aires, AR.
14. idem.
15. idem
16. Gillies, 1994. D.A. Gestión de enfermería. Barcelona, ES, Masson. p.520.
17. Varo, J. 1994. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid, ES, Ed. Díaz de Santos. pp. 187-188.
18. MSCE (Ministerio de Sanidad y Consumo Español, ES.). Alianza mundial para la seguridad del paciente.
19. Idem. p. 171.
20. Idem
21. Idem
22. Idem 1.
23. Ridge, R.A. 2008. Centrarse en los objetivos de la seguridad del paciente. Nursing (español) 26(1): 46-47.
24. Real Academia Española. 2007. Diccionario de la lengua española. 22ed. Buenos Aires, AR, Planeta. 2v..
25. Franco, A.L 2006. Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. Cali, CO, Universidad del valle. Programa Editorial. pp.155-156.
26. Idem
27. Idem 1.

Bibliografía consultada

- Salvadores Fuentes, P.; Sánchez Lozano, F.M.; Jiménez Fernández, R. 2002 Manual de administración de los servicios de enfermería. Barcelona, ES, Ariel. 284p.
- Cuesta Gómez, A.; Moreno Ruiz, J.A.; Gutiérrez Martí, R. 1986. La calidad de la asistencia hospitalaria. s.l., ES, Doyma. 217p.
- MSP(Ministerio de Salud Pública. Programa de Garantía de la Calidad y Acreditación de Servicios, UY). 2000. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo, UY., Ed. de Enfermería. p.35.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA: UN ENFOQUE SISTEMÁTICO

- Gillies, D.A. 1994. Gestión de enfermería: una aproximación a los sistemas. Barcelona, ES, Masson, p.520.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. 2008. Metodología de la investigación. México DF, MX, McGraw-Hill. 850p.
- Pineda, E. B.; de Alvarado, E. 2003. Metodología de la investigación. Washington, D.C., US, OPS. 260p.

Anexo N° 2

Operacionalización de variables

Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Medición	Categorización
Percepción de los funcionarios sobre la seguridad del paciente en el ámbito laboral (sección A)	Item N°6	Percepción del funcionario sobre la existencia en el servicio de actividades dirigidas a mejorar la seguridad de paciente	Grado de acuerdo/ desacuerdo con la afirmación "tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente".	Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Muy de acuerdo (5)
	Item N°9	Percepción del funcionario sobre las medidas que se ponen en marcha en el servicio, para evitar que se repitan errores.	Grado de acuerdo/ desacuerdo con la afirmación "cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir".	
	Item N°13	Percepción del funcionario en relación a la evaluación de la efectividad de los cambios que se realizan en el servicio para mejorar la seguridad de los usuarios.	Grado de acuerdo/ desacuerdo con la afirmación "después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad".	
	Item N°15	Percepción del funcionario sobre el compromiso con la seguridad del paciente frente a carga laboral.	Grado de acuerdo/ desacuerdo con la afirmación "la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo".	
	Item N°18	Percepción del funcionario sobre la efectividad de los procedimientos y sistemas del servicio para la prevención de errores.	Grado de acuerdo/ desacuerdo con la afirmación "nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores".	
	Item N°17	Percepción del funcionario sobre la existencia en el servicio de problemas con la seguridad del paciente.	Grado de acuerdo/ desacuerdo con la afirmación "en esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes".	

Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Medición	Categorización
Percepción de los funcionarios sobre el rol del	item N° 3	Percepción del funcionario sobre actitud del jefe	Grado de acuerdo/desacuerdo del encuestado con la	Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo

jefe/supervisor en cuanto a aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes. (sección B)		supervisor frente a un aumento del trabajo y riesgos para la seguridad del paciente que implica el trabajar a un ritmo más acelerado	afirmación "cuando la presión de trabajo aumenta mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes".	(2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Muy de acuerdo (5)
	Item Nº 4	Percepción del funcionario sobre actitud indiferente del jefe/supervisor frente a los problemas de seguridad de los pacientes.	Grado de acuerdo/desacuerdo frente a la afirmación "mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de los pacientes aunque se repitan una y otra vez".	
	Item Nº 2	Percepción del funcionario sobre la consideración del jefe/supervisor sobre las sugerencias del personal para mejorar la seguridad.	Grado de acuerdo/desacuerdo frente a la afirmación "mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes".	

Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Medición	Categorización
Percepción de los funcionarios acerca de la comunicación en el servicio. Sección C	Item Nº 1	Percepción del funcionario sobre la información sobre cambios en el funcionamiento del servicio que percibe a partir de la notificación de sucesos relacionados con la seguridad del paciente.	Cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se sucede la afirmación "se nos informa sobre los cambios realizados a partir de sucesos que hemos notificado".	Nunca (1) Rara vez (2) Algunas veces (3) La mayoría del tiempo (4) Siempre (5)
	Item Nº 2	Percepción del funcionario sobre libertad de expresión en el servicio.	Cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se sucede la afirmación "el personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente".	
	Item Nº 3	Percepción del funcionario sobre notificación de errores en el servicio a los	Cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que	

		funcionarios.	se sucede la afirmación "se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad".	
	Ítem N° 5	Percepción del funcionario sobre libertad del personal.	Cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se sucede la afirmación "en esta unidad, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder".	

Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Medición	Categorización
Percepción del funcionario de la frecuencia en la notificación de sucesos. Sección D	Ítem N° 1	Percepción del funcionario en cuanto a la cantidad de veces en que es informado un error descubierto y corregido antes de causar daño.	Cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se responde la pregunta "cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado?".	Nunca (1) Rara vez (2) Algunas veces (3) La mayoría del tiempo (4) Siempre (5)
	Ítem N° 2	Percepción del funcionario en cuanto a la cantidad de veces en que es informado un error que no tiene potencial de dañar al paciente.	Cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se responde la pregunta "cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿con que frecuencia es notificado?".	
	Ítem N° 3	Percepción del funcionario en cuanto a la cantidad de veces en que es informado un error que podría causar	Cuantifica la frecuencia que considera el encuestado en que se responde la pregunta	

		daño.	*cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente pero no lo hace ¿con que frecuencia es notificado?.	
--	--	-------	--	--

Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Medición	Categorización
Número de sucesos notificados. Sección G	Item N° 1	Existencia de procedimientos para notificar incidentes o efectos adversos.	Cuantifica en dos categorías dicotómicas si existe o no procedimientos para la notificación de incidentes o efectos adversos.	Si No
	Item N° 2	Frecuencia de notificación en los últimos doce meses.	Cuantifica dicha frecuencia en seis categorías de cantidad realizadas los últimos doce meses.	A – ninguna notificación. B – de 1 a 2 notificaciones. C – de 3 a 5 notificaciones. D – de 6 a 10 notificaciones. E – de 11 a 20 notificaciones. F – 21 notificaciones o más.

Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Medición	Categorización
Percepción acerca del grado de seguridad del paciente en el servicio. Sección E		Grado en que se evitan y previenen lesiones o efectos adversos en los pacientes como resultado de los procesos de cuidado de salud prestados.	Cuantifica opinión del encuestado en cinco niveles. De excelente/ malo	A – excelente. B – muy bueno. C – aceptable. D – pobre E – malo

Dimensión	Indicadores	Definición conceptual	Medición	Categorización
Percepción del encuestado sobre el funcionamiento de la institución en cuanto a aspectos relacionados con la seguridad del paciente.	Item N° 1	Percepción del funcionario sobre las medidas que ponen en funcionamiento la dirección de la institución para promover un ambiente seguro	Cuantifica el grado de acuerdo / desacuerdo de los encuestado con la afirmación "la dirección de este centro proporciona un	Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Muy de acuerdo (5)

INDICADORES ASOCIADOS A LOS RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Sección F		para los pacientes.	ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente".	
	Item N° 8	Percepción del funcionario sobre grado de importancia que la dirección del hospital da a la seguridad del paciente.	Cuantifica el grado de acuerdo / desacuerdo de los encuestado con la afirmación "las acciones de la dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	
	Item N° 9	Percepción del funcionario acerca del interés de la dirección del centro en la seguridad del paciente, posterior a la ocurrencia de un suceso.	Cuantifica el grado de acuerdo / desacuerdo de los encuestado con la afirmación "la dirección de este centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después que ocurre un suceso.	

Variable	Indicadores	Definición conceptual	Medición	Categorización
Caracterización de los recursos humanos de enfermería	Item N° 1	Cantidad de años que lleva el encuestado trabajando en la institución		A – de 1 a 5 años B – de 6 a 10 años C – de 11 a 15 años. D – de 16 a 20 años. F – más de 21 años.
	Item N° 2	Cantidad de años que lleva el encuestado trabajando en el servicio.		A – de 1 a 5 años B – de 6 a 10 años C – de 11 a 15 años. D – de 16 a 20 años. F – más de 21 años.
	Item N° 3	Cantidad de horas que trabaja el encuestado durante un lapso de una semana		A – menos de 20 horas a la semana B – de 20 a 39 horas semanales. C – de 40 a 59 horas a la semana. D – 60 horas a la semana o más.

	Item N° 4	Profesión que desempeña el encuestado en el servicio		A – Licenciado en Enfermería. B – Auxiliar de Enfermería.
	Item N° 5	Cantidad de años que transcurrieron desde que el encuestado comenzó a desempeñarse en su profesión.		A – de 1 a 5 años B – de 6 a 10 años C – de 11 a 15 años. D – de 16 a 20 años. F – más de 21 años.

Anexo N° 3

Encuesta sobre la Seguridad del Paciente

Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 10 minutos completarla.

Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

Definiciones:

Un "suceso" es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, efecto adverso o actuación fuera de protocolo, sin importar si el resultado daña al paciente o no.

"Seguridad del paciente" se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o efectos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados.

Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

En esta evaluación, piense en su "unidad" como el área de trabajo, servicio, departamento o área clínica del centro donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este centro? Seleccione UNA respuesta,

Ámbito hospitalario

- a. Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Área de Urgencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otros, por favor, especifique: **Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas**

Piense en su servicio/ unidad/ 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.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Piense en su servicio/unidad/área de trabajo de su centro....	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección B: Su Jefe/Supervisor

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección C: Comunicación

¿Con qué frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio/unidad/área de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.

3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.

Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Sección D: Frecuencia de Sucesos Notificados

En su servicio/unidad/área de trabajo, ¿con qué frecuencia son notificados, cuando ocurren los siguientes errores?, Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en el servicio/unidad/área de trabajo de su centro...

1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?

<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Sección E: Grado de Seguridad del Paciente

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

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> _A	<input type="checkbox"/> _B	<input type="checkbox"/> _C	<input type="checkbox"/> _D	<input type="checkbox"/> _E

Sección F: Su Centro (Hospital de Clínicas)

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

Piense en su centro...	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.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Los servicios/ unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección G: Número de Sucesos Notificados

1. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?

- a. Si
- b. No

2. 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 respuesta.

- a. Ninguna notificación
- b. De 1 a 2 notificaciones
- c. De 3 a 5 notificaciones
- d. De 6 a 10 notificaciones
- e. De 11 a 20 notificaciones
- f. 21 notificaciones o más

Sección H: Características de los encuestados

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la evaluación. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?
 - b. De 1 a 5 años
 - c. De 6 a 10 años
 - d. De 11 a 15 años
 - e. De 16 a 20 años
 - f. 21 años o más
2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/unidad/ área?
 - b. De 1 a 5 años
 - c. De 6 a 10 años
 - d. De 11 a 15 años
 - e. De 16 a 20 años
 - f. 21 años o más
3. Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?
 - a. Menos de 20 horas a la semana
 - b. De 20 a 39 horas a la semana
 - c. De 40 a 59 horas a la semana
 - d. 60 horas a la semana o más
4. ¿A qué estamento pertenece?
 - a. Licenciada/o en Enfermería.
 - b. Auxiliar de Enfermería
6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?
 - b. De 1 a 5 años
 - c. De 6 a 10 años
 - d. De 11 a 15 años
 - e. De 16 a 20 años
 - f. 21 años o más

Sección I: Sus Comentarios

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos en su centro (puede añadir más páginas si lo necesita).

Gracias por completar este cuestionario

Anexo N° 4

Datos tabulados y graficados.

Datos generales (personal de enfermería: Licenciados y Auxiliares)

**SECCIÓN A
EN EL ÁREA DE TRABAJO**

Tabla 1 – el personal se apoya mutuamente en la unidad

	FA	FR%
Muy en acuerdo	0	0
En desacuerdo	1	3
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	10
De acuerdo	23	80
Muy de acuerdo	2	7
Total	29	100



Tabla 2 – tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo

	FA	FR%
muy en desacuerdo	9	31
en desacuerdo	9	31
ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	7
de acuerdo	9	31
muy de acuerdo	0	0
Total	29	100

Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo



Tabla 3 - Cuando tenemos mucho trabajo, se trabaja en equipo para terminarlo

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	1	4
ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	10
de acuerdo	22	76
muy de acuerdo	3	10
Total	29	100

Cuando tenemos mucho trabajo, se trabaja en equipo para terminarlo



Tabla 4 – En esta unidad, el personal se trata con respeto

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	3	10
ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	17
de acuerdo	15	51
muy de acuerdo	6	21
Total	29	100



Tabla 5 – El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente

	FA	FR%
muy en desacuerdo	1	4
en desacuerdo	9	31
ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	10
de acuerdo	8	28
muy de acuerdo	8	28
Total	29	100



Tabla 6 – Hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente

	FR	
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	10	35
ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	21
de acuerdo	11	38
muy de acuerdo	0	0
Total	29	100



Tabla 7 – Se tiene más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	6	21
en desacuerdo	15	51
ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	21
de acuerdo	0	0

muy de acuerdo	2	7
Total	29	100

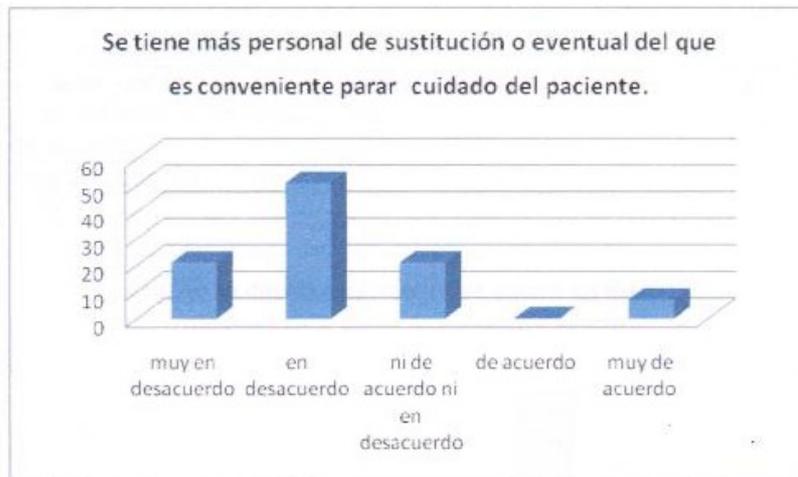


Tabla 8 – El personal siente que sus errores son utilizados en su contra

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	9	31
ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	41
de acuerdo	6	21
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100



Tabla 9 – Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	2	7
ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	10
de acuerdo	19	66
muy de acuerdo	5	17
Total	29	100



Tabla 10 – Solo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.

	FA	FR
muy en desacuerdo	4	14
en desacuerdo	12	41
ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	24
de acuerdo	4	14
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100



Tabla 11 – Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.

	FA	FR
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	1	4
ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	21
de acuerdo	15	51
muy de acuerdo	7	24
Total	29	100

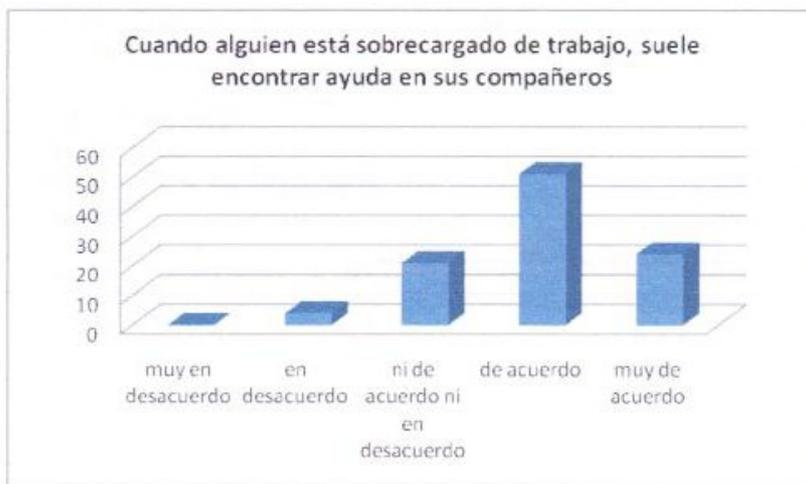


Tabla 12 – Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	16	55
ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	17
de acuerdo	4	14
muy de acuerdo	4	14
Total	29	100

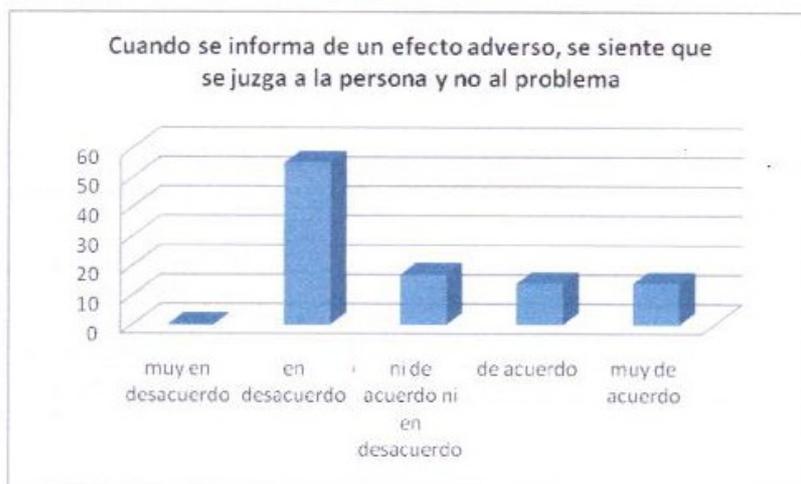


Tabla 13 – Después de introducir cambios en la seguridad de los pacientes evaluamos su efectividad.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	4	14
ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	17
de acuerdo	17	58
muy de acuerdo	3	10
Total	29	100

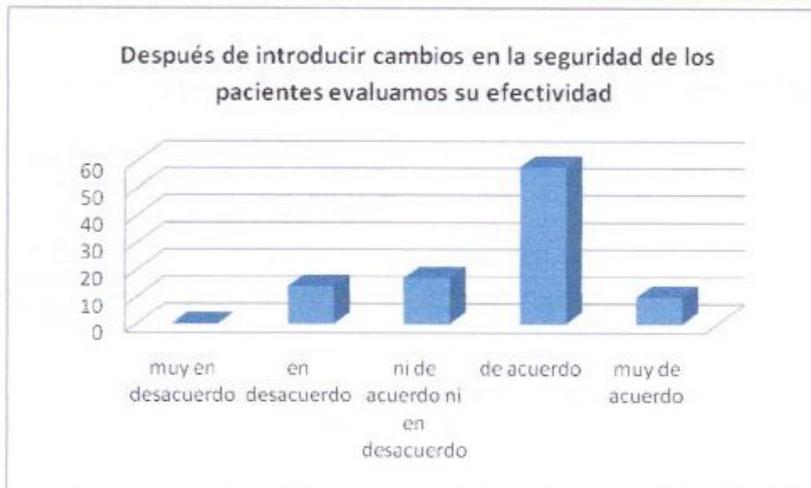


Tabla 14 – Frecuentemente trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	11	38
ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	21
de acuerdo	10	35
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100

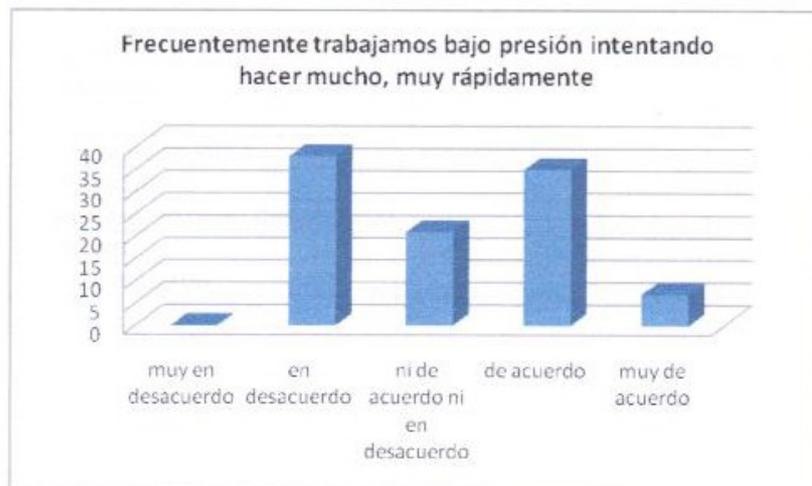


Tabla 15 – La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	1	4
en desacuerdo	9	31
ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	26
de acuerdo	10	35
muy de acuerdo	1	4
Total	29	100



Tabla 16 – Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	3	10
en desacuerdo	4	14
ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	24
de acuerdo	13	45
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100



Tabla 17 – En esta unidad se tienen problemas con la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	17	58
ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	4
de acuerdo	7	24
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100



Tabla 18 – Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores

	FA	FR%
muy en desacuerdo	0	0
en desacuerdo	4	14
ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	24
de acuerdo	15	51

muy de acuerdo	3	10
Total	29	100



En relación al Jefe o supervisor

Tabla 1 – El supervisor o jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	4	14
en desacuerdo	6	21
ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	24
de acuerdo	8	26
muy de acuerdo	4	14
Total	29	100



Tabla 2 – El superior o jefe considera seriamente la sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	5	17
en desacuerdo	4	14
ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	24
de acuerdo	9	31
muy de acuerdo	4	14
Total	29	100

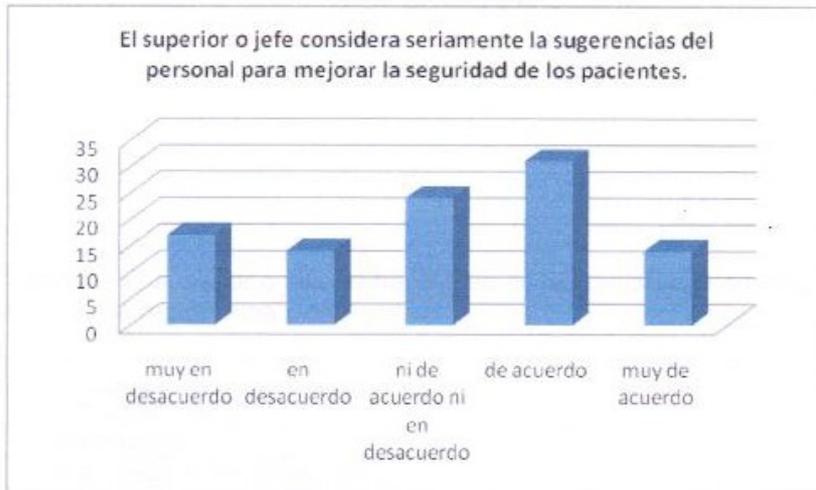


Tabla 3 – Cuando la presión del trabajo aumenta el superior o jefe quiere que trabajemos más rápido aunque ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	3	10
en desacuerdo	21	72
ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	7
de acuerdo	2	7
muy de acuerdo	1	4
Total	29	100



Tabla 4 – El superior o jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes aunque se repitan una y otra vez.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	8	26
en desacuerdo	16	55
ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	14
de acuerdo	0	0
muy de acuerdo	1	4
Total	29	100



Sección C: Comunicación

Tabla 1 – Se les informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que han notificado

	FA	FR%
Nunca	5	17
rara vez	4	14
algunas veces	11	38
la mayoría del tiempo	3	10
siempre	6	21
Total	29	100



Tabla 2 – El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

	FA	FR%
nunca	0	0
rara vez	2	7
algunas veces	6	21
la mayoría del tiempo	6	21
siempre	15	51
Total	29	100



Tabla 3 – Se nos informa sobre los errores que se comenten en esta unidad.

	FA	FR%
Nunca	1	4
rara vez	2	7
algunas veces	10	35
la mayoría del tiempo	5	17
siempre	11	38
Total	29	100



Tabla 4 – El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

	FA	FR%
nunca	0	0
rara vez	10	35
algunas veces	7	24
la mayoría del tiempo	6	21
Siempre	6	21
Total	29	100



Tabla 5 – En esta unidad se discute cómo se puede prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

	FA	FR%
nunca	0	0
rara vez	2	7
algunas veces	11	38
la mayoría del tiempo	7	24
siempre	9	31
Total	29	100



Tabla 6 – El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien.

	FA	FR%
nunca	10	35
rara vez	10	35
algunas veces	5	17
la mayoría del tiempo	3	10
siempre	1	4
Total	29	100



Sección D

Frecuencia de sucesos notificados

Tabla 1 – Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

	FA	FR%
nunca	0	0
rara vez	8	26
algunas veces	5	17
la mayoría del tiempo	5	17
siempre	11	38
Total	29	100

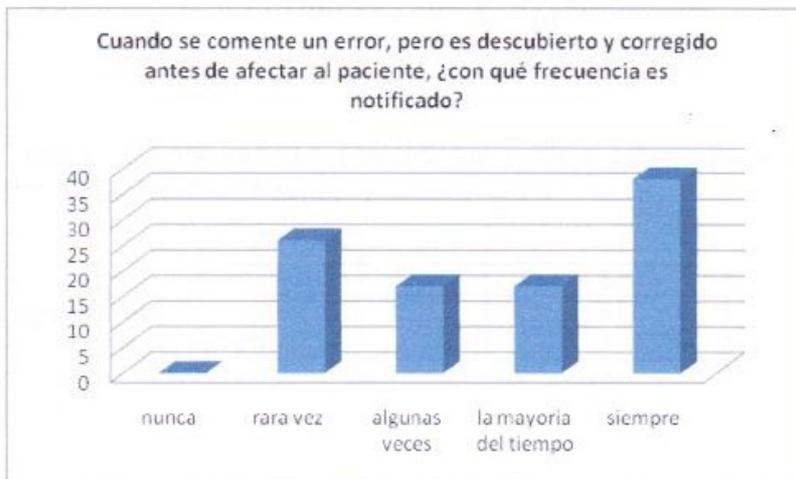


Tabla 2 – Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿con qué frecuencia es notificado?

	FA	FR%
Nunca	1	4
rara vez	4	14
algunas veces	7	24
la mayoría del tiempo	11	38
siempre	6	21
Total	29	100

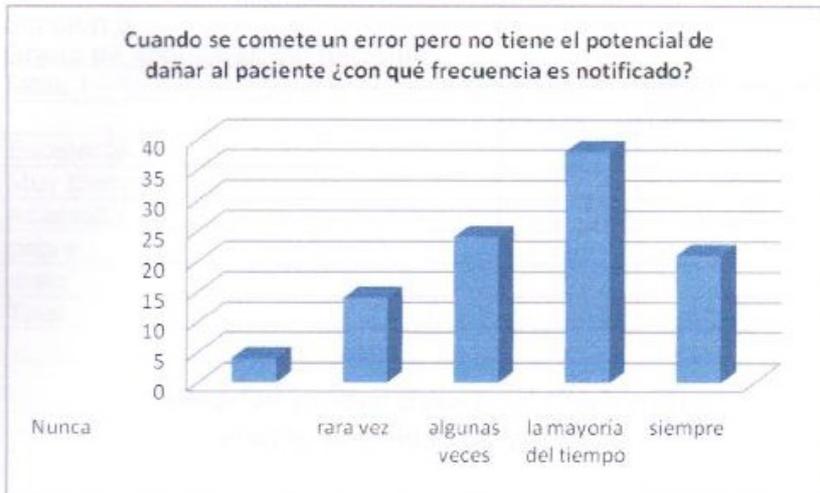


Tabla 3 – Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿con que frecuencia es notificado?

	FA	FR%
nunca	1	4
rara vez	5	17
algunas veces	5	17
la mayoría del tiempo	7	24
siempre	11	38
Total	29	100



Sección E

Grado de seguridad del paciente

Tabla 1 – Valoración general dada en el servicio en relación seguridad del paciente.

	FA	FR%
Excelente	0	0
Muy bueno	11	38
Aceptable	16	55
pobre	2	7
malo	0	0
Total	29	100



Sección F

Su centro: Hospital de Clínicas

Tabla 1 – La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	1	4
en desacuerdo	5	17
ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	31
de acuerdo	13	45
muy de acuerdo	1	4
Total	29	100



Tabla 2 – Los servicios/unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	6	21
ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	38
de acuerdo	7	24
muy de acuerdo	3	10
Total	29	100



Tabla 3 – La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	7	24
ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	26
de acuerdo	9	31
muy de acuerdo	3	10
Total	29	100

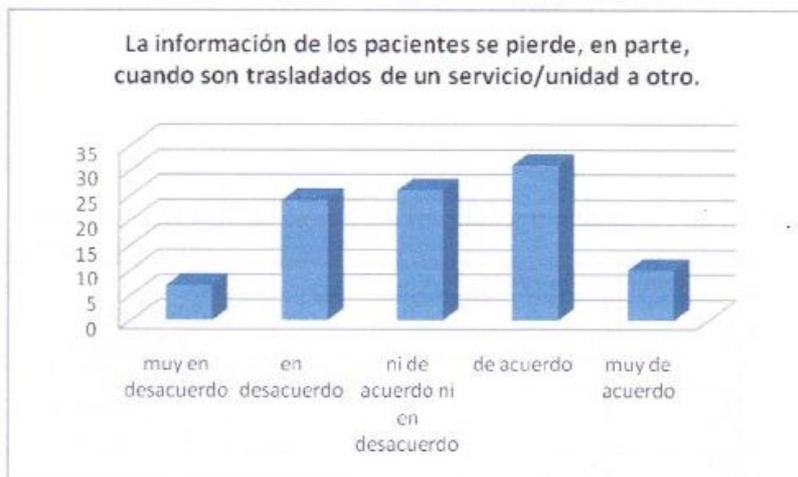


Tabla 4 – Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	5	17
ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	24
de acuerdo	13	45
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100



Tabla 5 – A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	1	4
en desacuerdo	15	51
ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	7
de acuerdo	9	31
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100

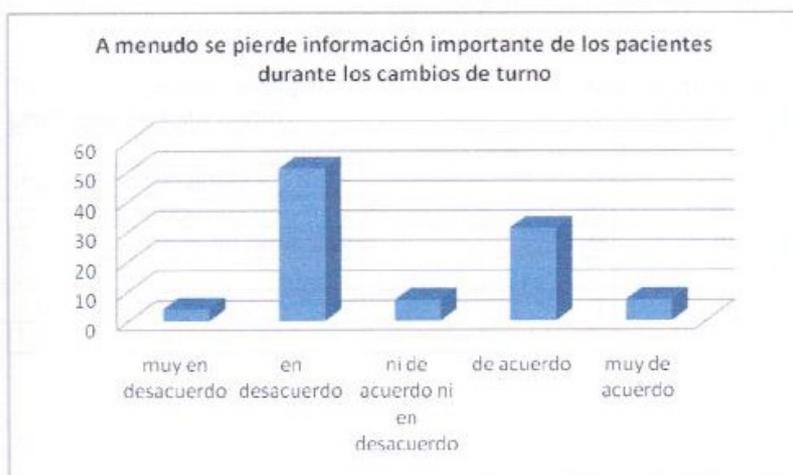


Tabla 6 – En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	10	35
ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	31
de acuerdo	7	24
muy de acuerdo	1	4
Total	29	100

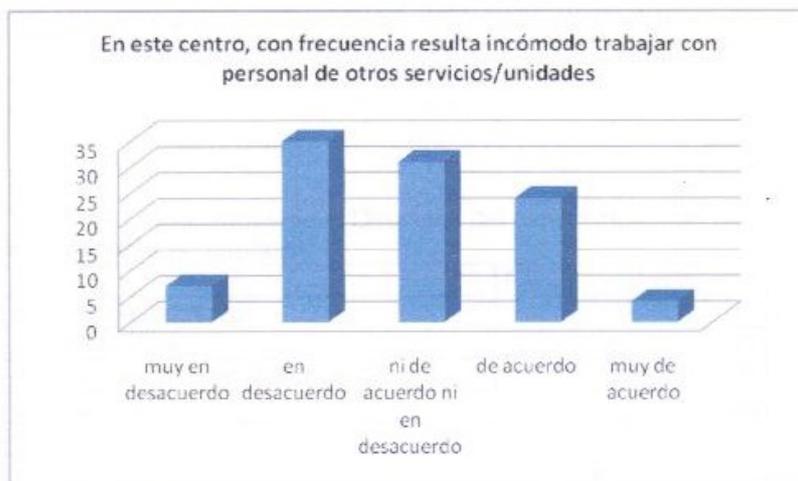


Tabla 7 – Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios unidades de este centro.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	10	35
ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	31
de acuerdo	7	24
muy de acuerdo	1	4
Total	29	100

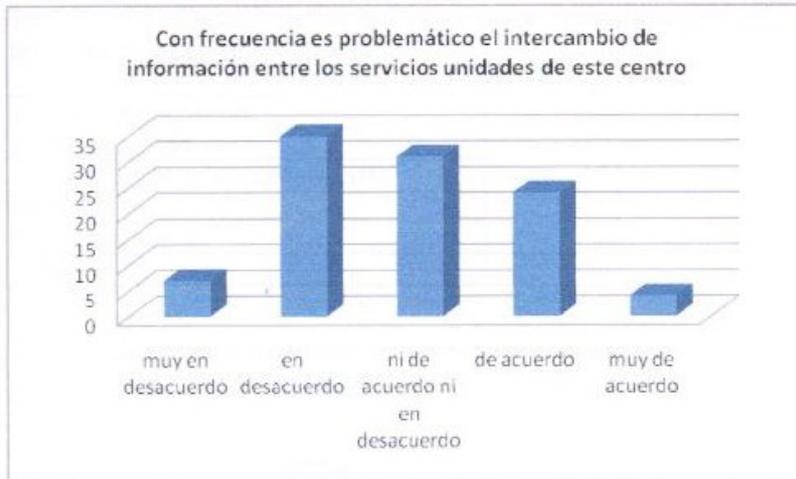


Tabla 8 – Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritario.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	2	7
en desacuerdo	6	21
ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	38
de acuerdo	8	26
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100

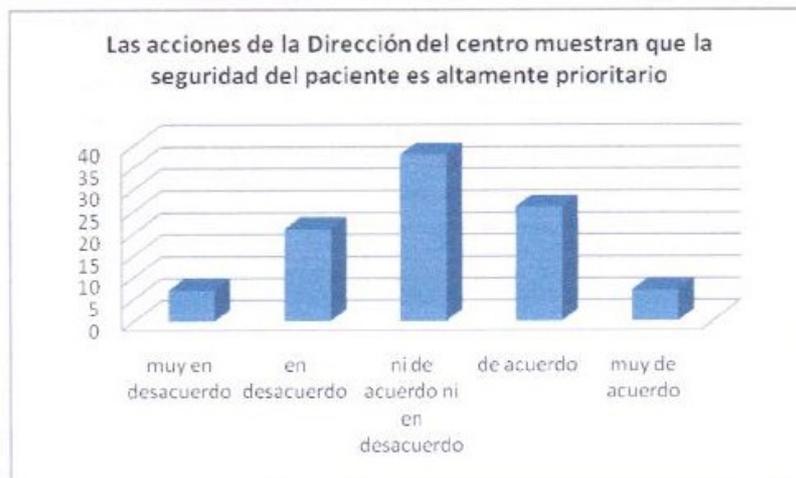


Tabla 9 – La dirección del centro solo parece interesada sobre la seguridad del paciente después que ocurre un suceso.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	1	4
en desacuerdo	12	41
ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	26
de acuerdo	6	21
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100

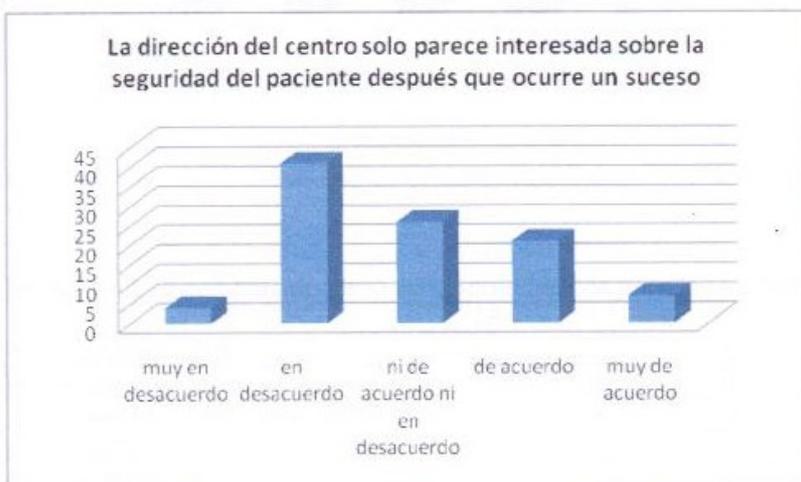


Tabla 10 – Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado del paciente.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	1	4
en desacuerdo	6	21
ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	24
de acuerdo	12	41
muy de acuerdo	3	10
Total	29	100

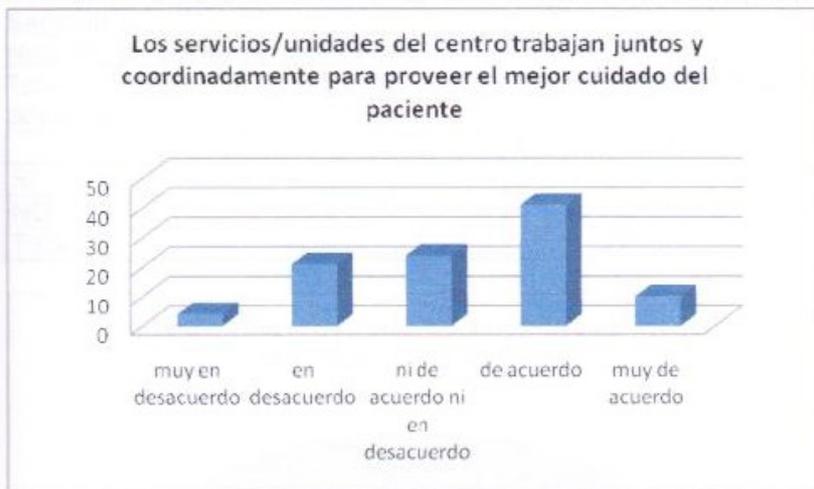
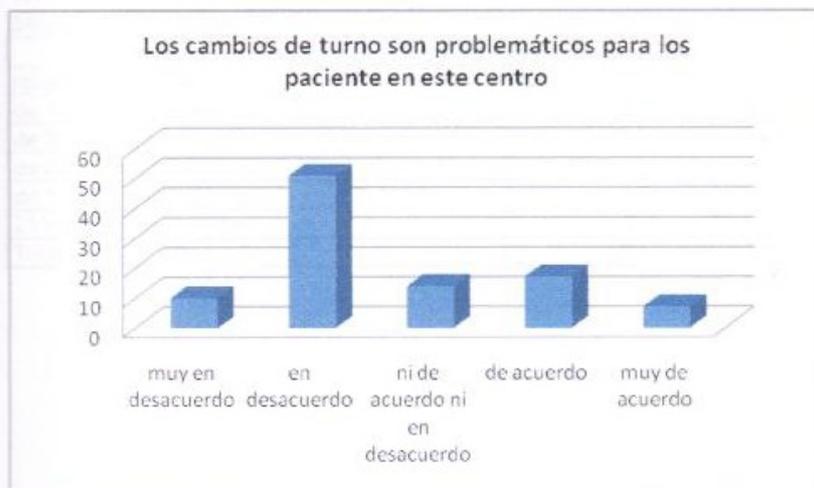


Tabla 11 – Los cambios de turno son problemáticos para los paciente en este centro.

	FA	FR%
muy en desacuerdo	3	10
en desacuerdo	15	51
ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	14
de acuerdo	5	17
muy de acuerdo	2	7
Total	29	100



Sección G

Número de sucesos notificados

Tabla 1 – Existencia en el centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos.

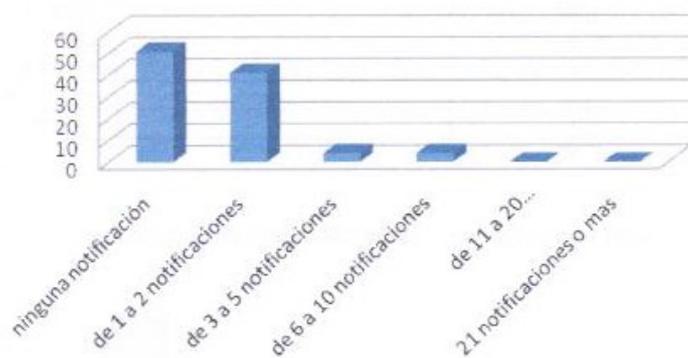
	FA	FR%
SI	24	83
NO	5	17
Total	29	100



Tabla 2 – Notificaciones por escrito de un incidente o efecto adverso a un superior en los pasados 12 meses.

	FA	FR%
ninguna notificación	15	51
de 1 a 2 notificaciones	12	41
de 3 a 5 notificaciones	1	4
de 6 a 10 notificaciones	1	4
de 11 a 20 notificaciones	0	0
21 notificaciones o mas	0	0
Total	29	100

Notificaciones por escrito de un incidente o efecto adverso a un superior en los pasados 12 meses



Sección H

Características de los encuestados

Tabla 1 – Tiempo que lleva el trabajador en el centro.

	FA	FR%
de 1 a 5 años	15	52
de 6 a 10 años	5	17
de 11 a 15 años	1	3
de 16 a 20 años	5	17
de 21 años o mas	3	10
Total	29	100

Tiempo que lleva el trabajador en el centro

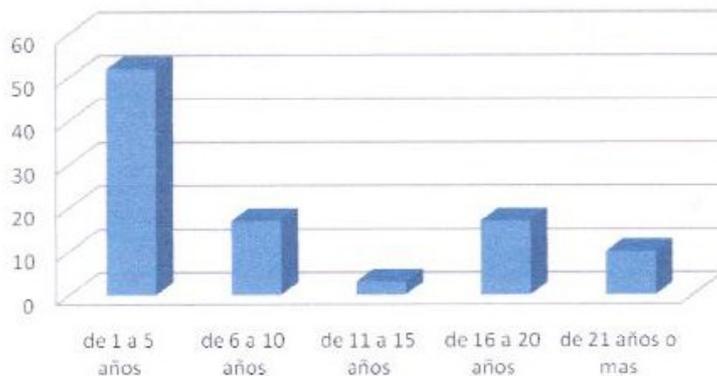


Tabla 2 – Tiempo que lleva el trabajador en el actual servicio.

	FA	FR%
de 1 a 5 años	19	65
de 6 a 10 años	5	17
de 11 a 15 años	1	3
de 16 a 20 años	3	10
de 21 años o mas	1	3
Total	29	100



Tabla 3 – Habitualmente, cuántas horas trabaja el funcionario en el centro.

	FA	FR%
menos de 20 horas a la semana	0	0
de 20 a 39 horas a la semana	24	83
de 40 a 59 horas a la semana	4	14
de 60 horas a la semana o mas	1	3
Total	29	100

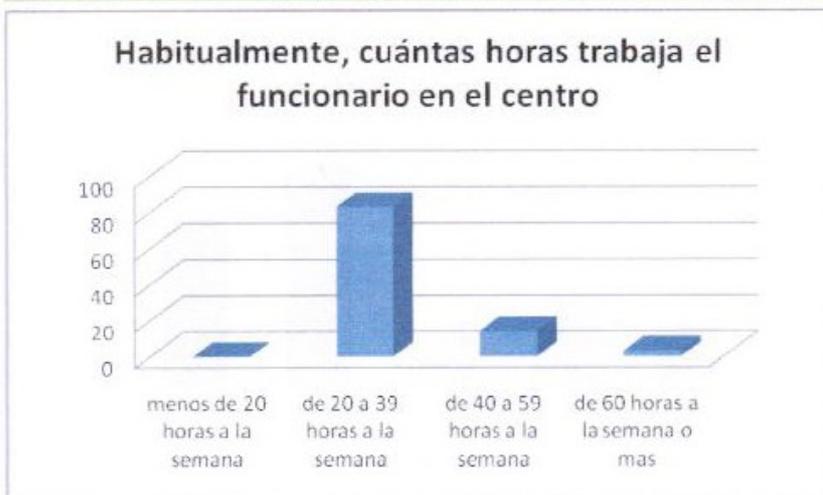


Tabla 4 – Estamento al que pertenece.

	FA	FR%
Licenciada en enfermería	19	66
Auxiliar de enfermería	10	34



Tabla 5 – Tiempo en que lleva el trabajador en su actual especialidad o profesión.

	FA	FR%
de 1 a 5 años	8	28
de 6 a 10 años	11	38
de 11 a 15 años	2	7
de 16 a 20 años	4	14
de 21 años o mas	4	14
Total	29	100



Datos de los auxiliares de enfermería

Sección A.
En el Área de trabajo.

Tabla 1: El personal se apoya mutuamente en la unidad

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	1	10
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	8	80
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 1. El personal se apoya mutuamente en la unidad.

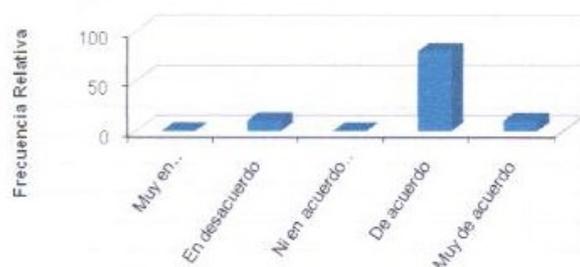


Tabla 2: Existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	4	40
En desacuerdo	4	40
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	1	10
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 2. Existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.



Tabla 3: Cuando existe mucho trabajo, se trabaja en equipo para terminarlo.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	0	0

De acuerdo	9	90
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 3. Cuando existe mucho trabajo, se trabaja en equipo para terminarlo.

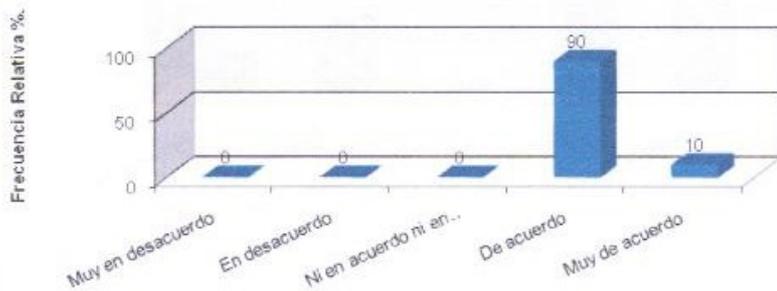


Tabla 4: En la unidad, el personal se trata con respeto.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	3	30
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	5	50
Muy de acuerdo	2	20
Total	10	100

Gráfico 4: En la unidad, el personal se trata con respeto.



Tabla 5: El personal de la unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	10
En desacuerdo	2	20
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	4	40
Muy de acuerdo	3	30
Total	10	100

Gráfico 5: El personal de la unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.

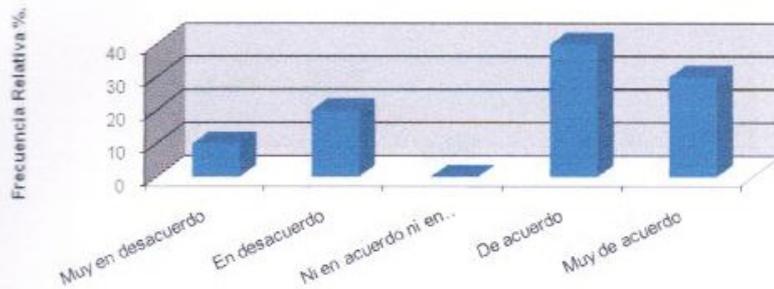


Tabla 6: Hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	20
En desacuerdo	3	30
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	30
De acuerdo	2	20
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 6: Hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

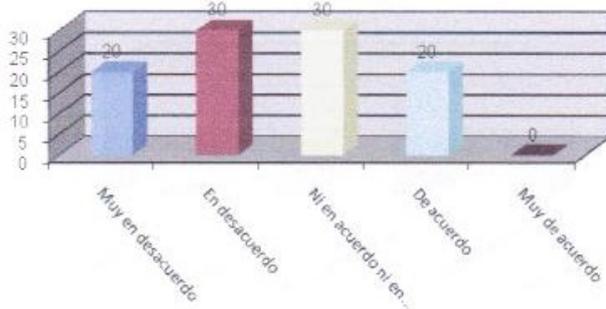


Tabla 7: Se tiene más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	4	40
En desacuerdo	5	50
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	0	0
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 7: Se tiene más personal de sustitución o eventual del que es conveniente, para el cuidado del paciente.

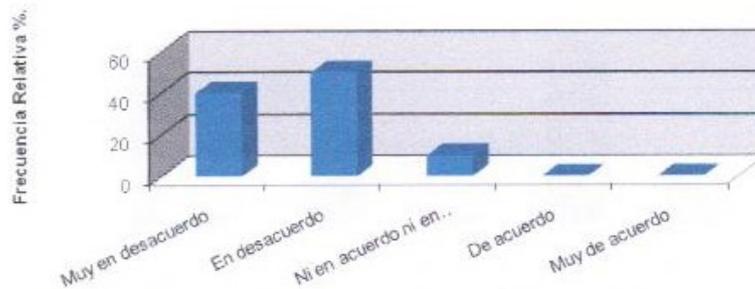


Tabla 8: El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.

Escala Likert	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	2	20
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	50
De acuerdo	2	20
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 8: El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.

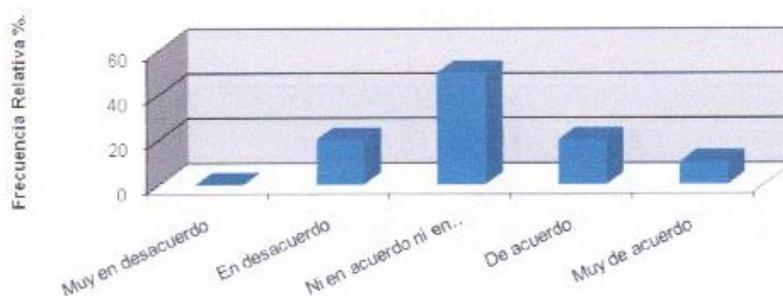


Tabla 9: Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	2	20
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	6	60
Muy de acuerdo	2	20
Total	10	100

Gráfico 9: Cuando se detecta algún fallo, se ponen medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

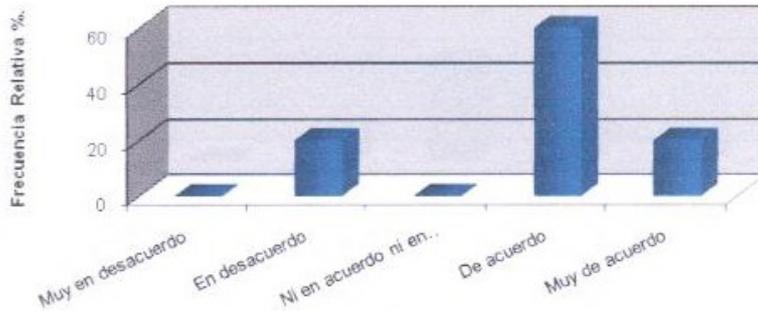


Tabla 10: Solo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	1	10
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	40
De acuerdo	3	30
Muy de acuerdo	2	20
Total	10	100

Gráfico 10: Solo por casualidad no ocurren más errores en la unidad.

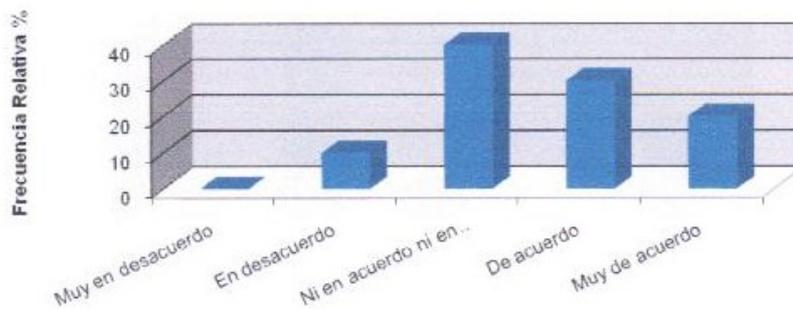


Tabla 11: Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	1	10
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	30
De acuerdo	4	40
Muy de acuerdo	2	20
Total	10	100

Gráfico 11: Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.

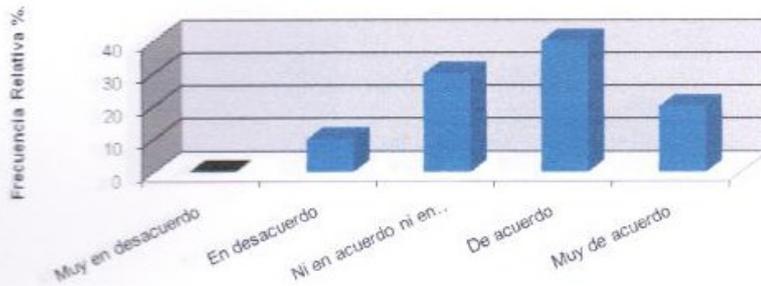


Tabla 12: Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	6	60
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	0	0
Muy de acuerdo	3	30
Total	10	100

Gráfico 12: Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema.

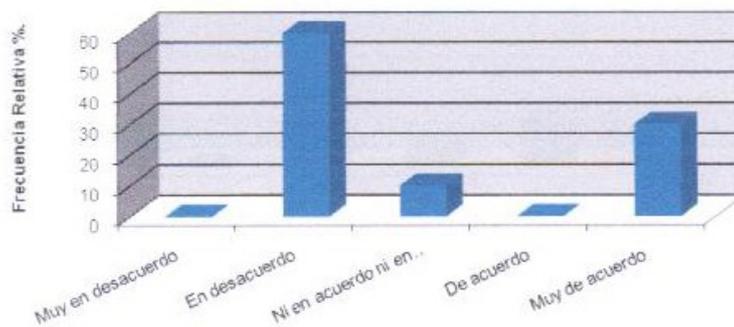


Tabla 13: Después de introducir cambios en la seguridad de los pacientes se evalúa su efectividad.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	4	40
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	3	30
Muy de acuerdo	2	20
Total	10	100

Gráfico 13: Después de introducir cambios en la seguridad de los pacientes, se evalúa su efectividad.

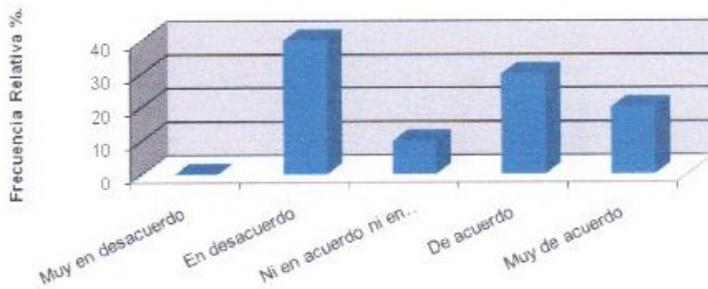


Tabla 14: Frecuentemente, se trabaja bajo presión intentando hacer mucho muy rápidamente.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	5	50
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	2	20
Muy de acuerdo	2	20
Total	10	100

Gráfico 14: Se trabaja bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.

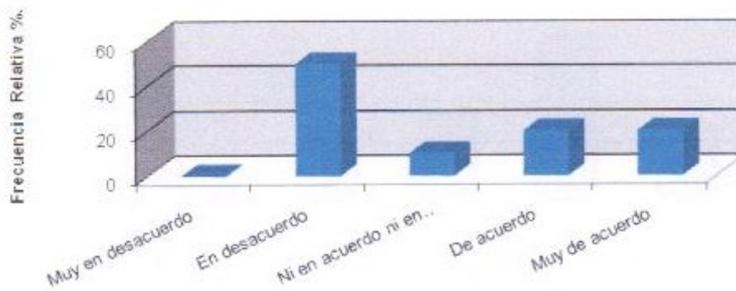


Tabla 15: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	3	30
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	20
De acuerdo	4	40
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 15: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

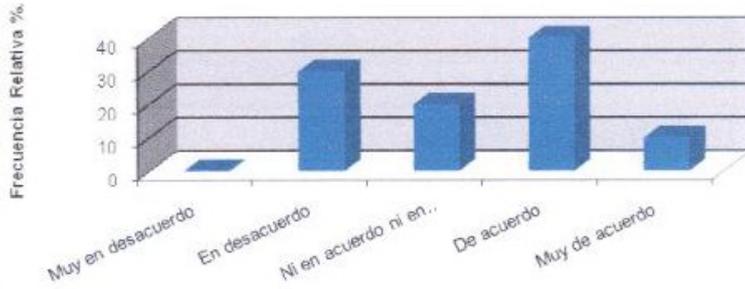


Tabla 16: Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	20
En desacuerdo	1	10
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	20
De acuerdo	4	40
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 16: Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.

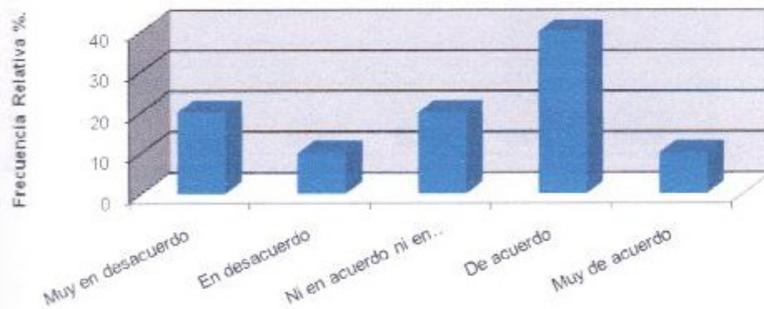


Tabla 17: En esta unidad se tienen problemas con la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	6	60
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	1	10
Muy de acuerdo	2	20
Total	10	100

Gráfico 17: En la unidad se tienen problemas con la seguridad de los pacientes.

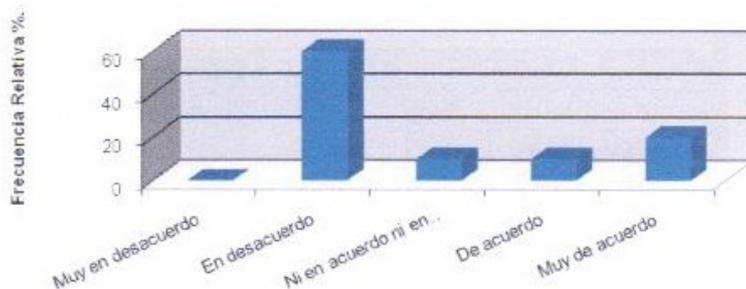
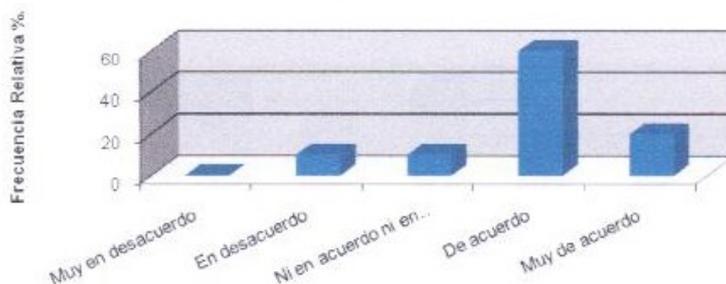


Tabla 18: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	1	10
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	6	60
Muy de acuerdo	2	20
Total	10	100

Gráfico 18: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.



Sección B: En relación al Jefe o supervisor.

Tabla 1: El supervisor o jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	30
En desacuerdo	3	30
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	20
De acuerdo	1	10
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 1: El supervisor o jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.

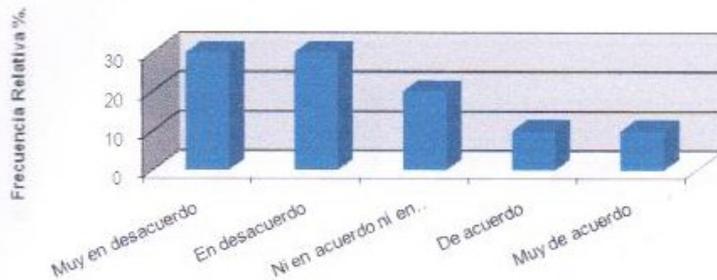


Tabla 2: El superior o jefe considera seriamente la sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

	EA	FR%
Muy en desacuerdo	3	30
En desacuerdo	2	20
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	30
De acuerdo	2	20
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 2: El Superior o Jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

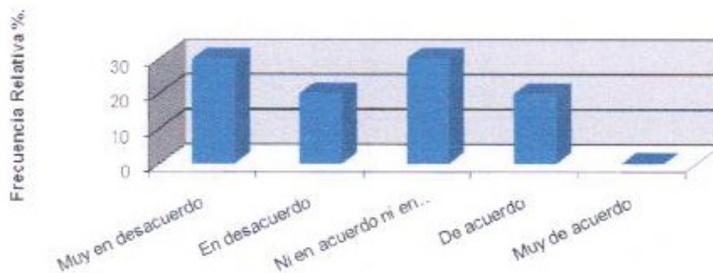


Tabla 3: Cuando la presión del trabajo aumenta el superior o jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.

	EA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	7	70
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	20
De acuerdo	1	10
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 3: Cuando la presión del Trabajo aumenta, el superior o jefe quiere que se trabaje más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.

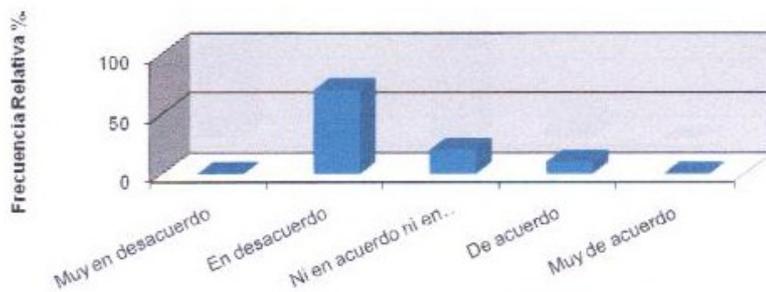
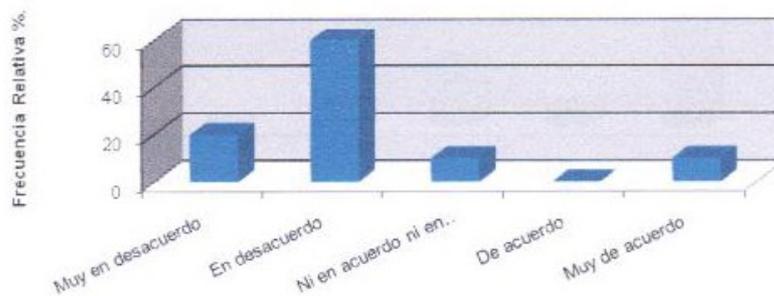


Tabla 4: El superior o jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes aunque se repitan una y otra vez.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	20
En desacuerdo	6	60
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	0	0
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 4: El superior o jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes aunque se repitan una y otra vez.



Sección C: Comunicación

Tabla 1: Se les informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se han notificado.

	FA	FR%
Nunca	3	30
Rara vez	2	20
Algunas veces	4	40
La mayoría del tiempo	1	10
Siempre	0	0
Total	10	100

Gráfico 1: Se les informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que han notificado.

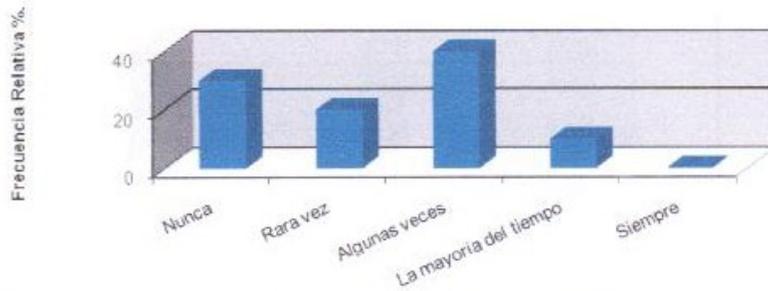


Tabla 2: El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	1	10
Algunas veces	3	30
La mayoría del tiempo	1	10
Siempre	5	50
Total	10	100

Gráfico 2: El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

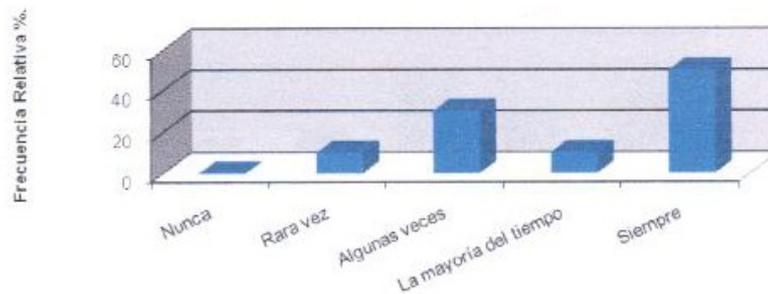


Tabla 3: Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad

	FA	FR%
Nunca	1	10
Rara vez	1	10
Algunas veces	3	30
La mayoría del tiempo	2	20
Siempre	3	30
Total	10	100

Gráfico 3: Se informa sobre los errores que se cometen en la unidad.



Tabla 4: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	4	4
Algunas veces	3	30
La mayoría del tiempo	1	10
Siempre	2	20
Total	10	100

Gráfico 4: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

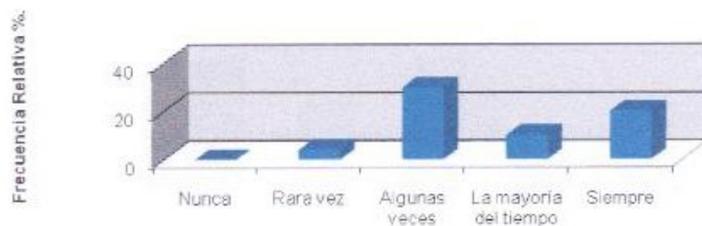


Tabla 5: En esta unidad se discute cómo se puede prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	1	10
Algunas veces	4	40
La mayoría del tiempo	2	20
Siempre	3	30
Total	10	100

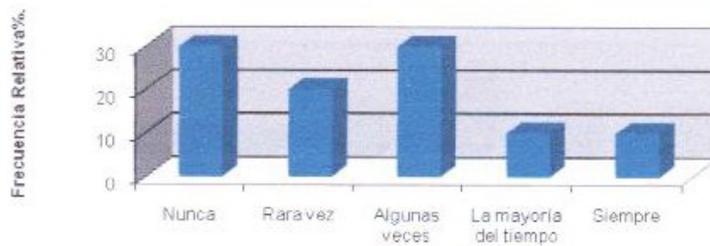
Gráfico 5: En la unidad se discute como se puede prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.



Tabla 6: El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien.

	FA	FR%
Nunca	3	30
Rara vez	2	20
Algunas veces	3	30
La mayoría del tiempo	1	10
Siempre	1	10
Total	10	100

Gráfico 6: El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien.



Sección D: Frecuencia de sucesos notificados.

Tabla 1: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

Escala Likert	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	5	50
Algunas veces	1	10
La mayoría del tiempo	0	0
Siempre	4	40
Total	10	100

Gráfico 1: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente. ¿Con qué frecuencia es notificado?



Tabla 2: Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Con qué Frecuencia es notificado?

	FA	FR%
Nunca	1	10
Rara vez	2	20
Algunas veces	3	30
La mayoría del tiempo	2	20
Siempre	2	20
Total	10	100

Gráfico 2: Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Con qué frecuencia es notificado?

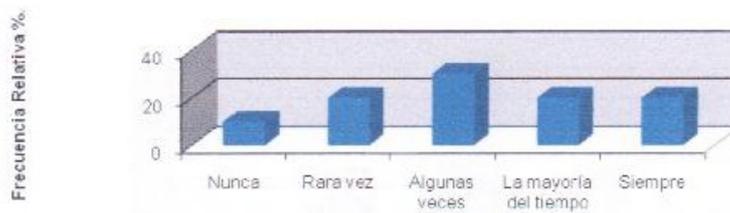
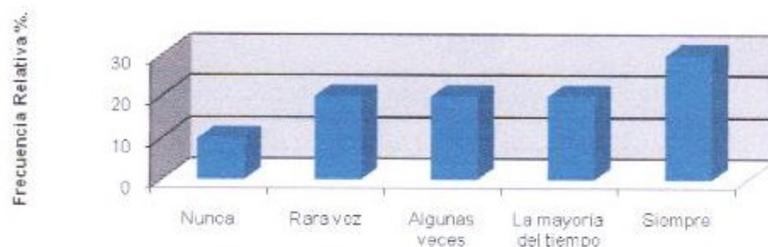


Tabla 3: Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿Con qué frecuencia es notificado?

	FA	FR%
Nunca	1	10
Rara vez	2	20
Algunas veces	2	20
La mayoría del tiempo	2	20
Siempre	3	30
Total	10	100

Gráfico 3: Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿Con qué frecuencia es notificado?



Sección E: Grado de seguridad de paciente.

Tabla 1: Grado de seguridad del paciente percibida en el área de trabajo.

Valoración general en seguridad del paciente	F	FR%
Excelente	0	0
Muy bueno	2	20
Aceptable	6	60
Pobre	2	20
Malo	0	0
Total	10	100

Gráfico 1: Grado de Seguridad del Paciente percibida en el área de trabajo.



Sección F: En el centro Hospital de Clínicas.

Tabla 1: La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

	EA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	1	10
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	40
De acuerdo	4	40
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 1: La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.



Tabla 2: Los servicios/unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	10
En desacuerdo	1	10
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	50
De acuerdo	3	30
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 2: Los servicios de este centro no se coordinan bien entre ellos.



Tabla 3: La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/ unidad a otro.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	10
En desacuerdo	0	0
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	30
De acuerdo	6	60
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 3: La información de los pacientes se pierde, en parte cuando son trasladados de un servicio/ unidad a otro.

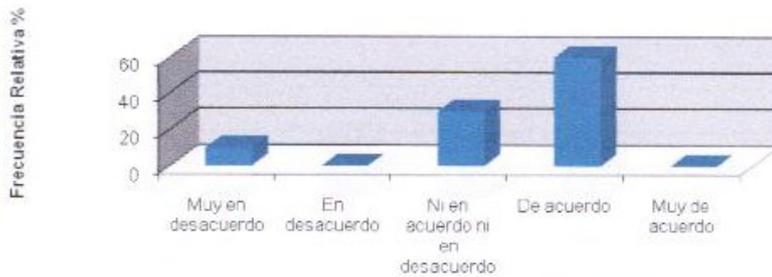


Tabla 4: Hay buena cooperación entre los servicios/ unidades del centro que necesitan trabajar juntos.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	10
En desacuerdo	4	40
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	20
De acuerdo	2	20
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 4: Hay buena cooperación entre los servicios/ unidades del centro que necesitan trabajar juntos.



Tabla 5: A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	3	30
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	5	50
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 5: A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.



Tabla 6: En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	7	70
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	30
De acuerdo	0	0
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 6: En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.



Tabla 7: Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	2	20
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	50
De acuerdo	3	30
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 7: Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/ unidades de este centro.



Tabla 8: Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritario.

	EA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	3	30
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	40
De acuerdo	1	10
Muy de acuerdo	2	20
Total	10	100

Tabla 8: Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritario.



Tabla 9: La Dirección del centro solo parece interesada sobre la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso

	EA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	4	40
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	40
De acuerdo	2	20
Muy de acuerdo	0	0
Total	10	100

Gráfico 9: La Dirección del centro solo parece interesada sobre la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.

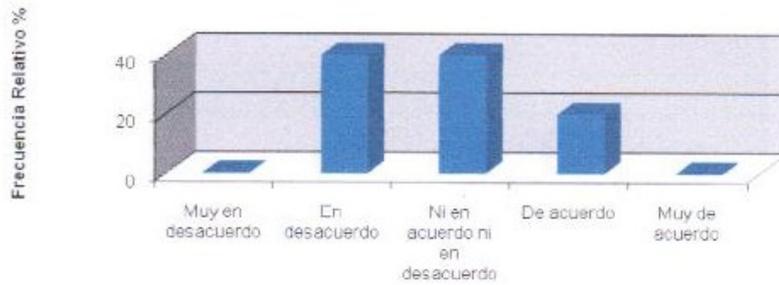


Tabla 10: Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado de los pacientes.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	3	30
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	40
De acuerdo	2	20
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 10: Los servicios/ unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado de los pacientes.

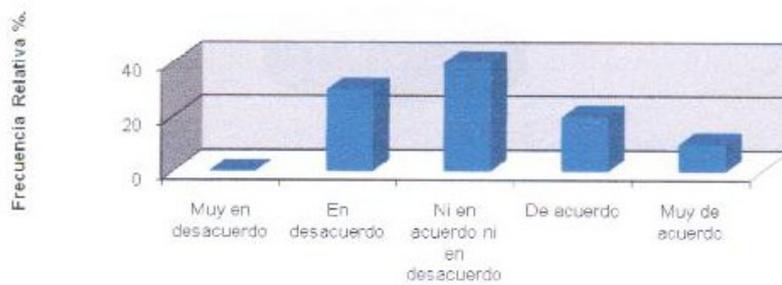


Tabla 11: Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	6	60
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	10
De acuerdo	2	20
Muy de acuerdo	1	10
Total	10	100

Gráfico 11: Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.



Sección G: Número de sucesos notificados.

	FA	FR%
SI	8	80
NO	2	20
Total	10	100

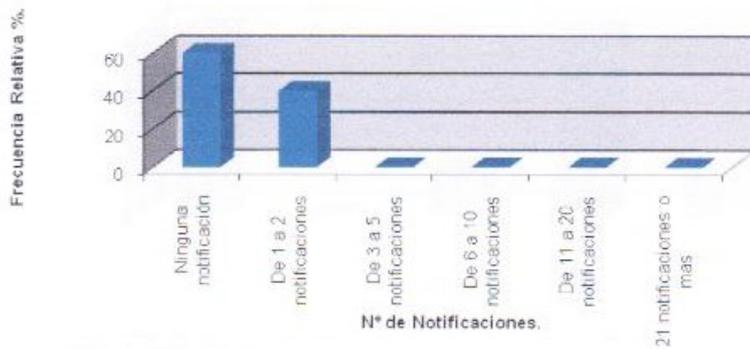
Gráfico 1: N° sucesos notificados.



Tabla 2: Notificaciones por escrito de un incidente o efecto adverso a un superior en los pasados 12 meses.

N° de notificaciones	FA	FR%
Ninguna notificación	6	60
De 1 a 2 notificaciones	4	40
De 3 a 5 notificaciones	0	0
De 6 a 10 notificaciones	0	0
De 11 a 20 notificaciones	0	0
21 notificaciones o mas	0	0
Total	10	100

Gráfico 2: Notificaciones por escrito de un incidente o efecto adverso a un superior en los pasados 12 meses.



Sección H: Características de los encuestados.

Tabla 1: Tiempo que lleva el trabajador en el centro

	FA	FR%
De 1 a 5 años	4	40
De 6 a 10 años	0	0
De 11 a 15 años	1	10
De 16 a 20 años	4	40
De 21 años o más	1	10
Total	10	100

Gráfico 1: Tiempo que lleva el trabajador en el centro.



Tabla 2: Tiempo que lleva el trabajador en el actual servicio.

	FA	FR%
De 1 a 5 años	4	40
De 6 a 10 años	0	0
De 11 a 15 años	1	10
De 16 a 20 años	4	40
De 21 años o más	1	10
Total	10	100

Gráfico 2: Tiempo que lleva el trabajador en el actual servicio.



Tabla 3: Cantidad de horas trabajadas en el centro por semana.

por semana.	FA	FR%
Menos de 20 horas a la semana	0	0
De 20 a 39 horas a la semana	9	90
De 40 a 59 horas a la semana	0	0
De 60 horas a la semana o más	1	10
Total	10	100

Gráfico 3: Cantidad de horas trabajadas en el centro.



Tabla 5: Tiempo en que lleva el trabajador en su actual especialidad o profesión:

	FA	FR%
De 1 a 5 años	3	30
De 6 a 10 años	1	10
De 11 a 15 años	1	10
De 16 a 20 años	3	30
De 21 años o más	2	20
Total	10	100

Gráfico 5: Tiempo en que lleva el trabajador en su actual especialidad o profesión.



Datos de Licenciados en Enfermería

Sección A: En el área de trabajo.

Tabla 1: El personal se apoya mutuamente en la unidad

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	15
De acuerdo	15	80
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 1. El personal se apoya mutuamente en la unidad.

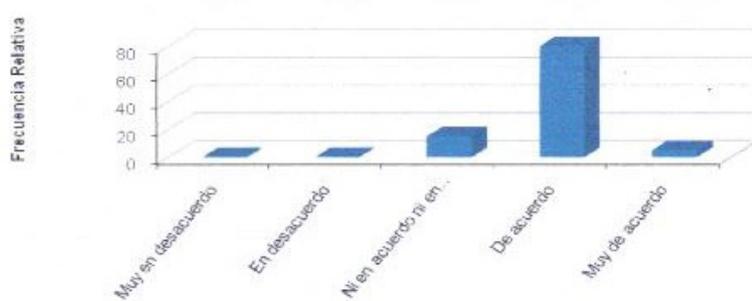


Tabla 2: Existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	5	26
En desacuerdo	5	26
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	5
De acuerdo	8	43
Muy de acuerdo	0	0
Total	19	100

Gráfico 2. Existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.



Tabla 3: Cuando existe mucho trabajo, se trabaja en equipo para terminarlo.

	FA	FR%
--	----	-----

De acuerdo	4	21
Muy de acuerdo	5	26
Total	19	100

Gráfico 5: El personal de la unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.



Tabla 6: Hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	7	37
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	16
De acuerdo	9	47
Muy de acuerdo	0	0
Total	19	100

Gráfico 6: Hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

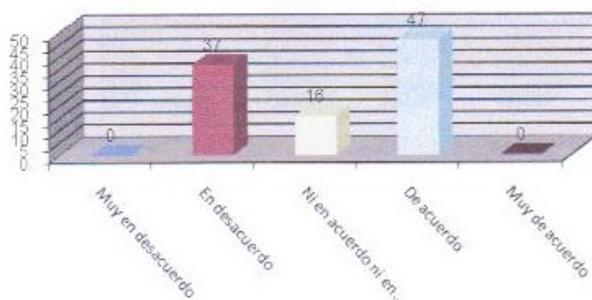


Tabla 7: Se tiene más personal de sustitución o eventual del que es conveniente, para el cuidado del paciente.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	10
En desacuerdo	10	54
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	26
De acuerdo	0	0
Muy de acuerdo	2	10
Total	19	100

Gráfico 7: Se tiene más personal de sustitución o eventual del que es conveniente, para el cuidado del paciente.

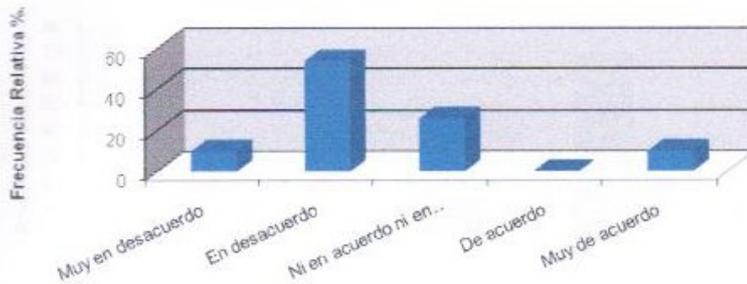


Tabla 8: El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.

Escala Likert	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	7	37
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	7	37
De acuerdo	4	21
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 8: El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.

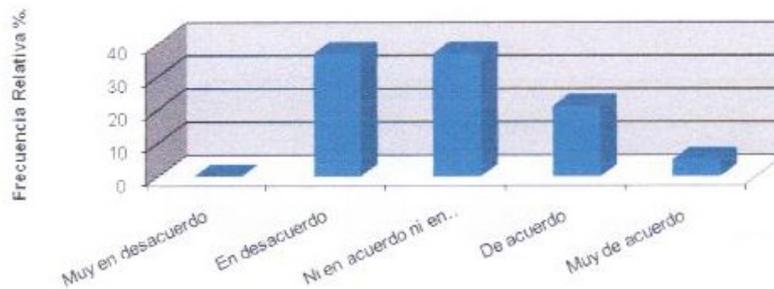


Tabla 9: Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	15
De acuerdo	13	70
Muy de acuerdo	3	15
Total	19	100

Gráfico 9: Cuando se detecta algún fallo, se ponen medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

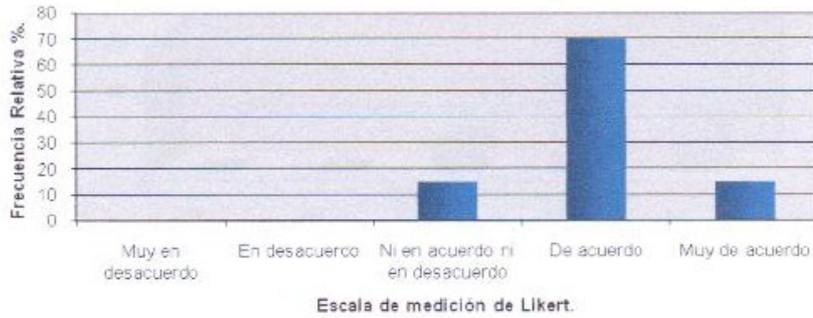


Tabla 10: Solo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	4	21
En desacuerdo	11	58
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	16
De acuerdo	1	5
Muy de acuerdo	0	0
Total	19	100

Gráfico 10: Solo por casualidad no ocurren más errores en la unidad.



Tabla 11: Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	16
De acuerdo	11	58
Muy de acuerdo	5	26
Total	19	100

Gráfico 11: Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.



Tabla 12: Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	10	53
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	21
De acuerdo	4	21
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 12: Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema.

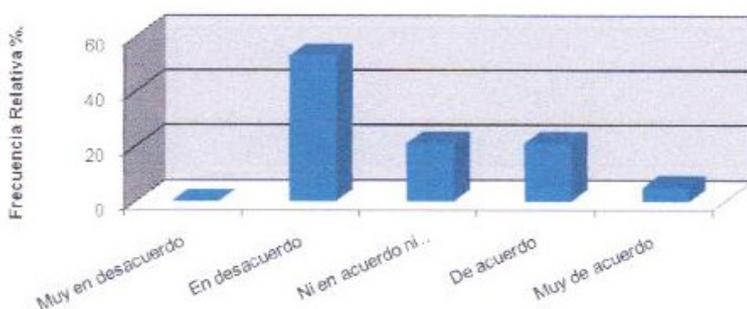


Tabla 13: Después de introducir cambios en la seguridad de los pacientes se evalúa su efectividad.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	21
De acuerdo	14	74
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 13: Después de introducir cambios en la seguridad de los pacientes, se evalúa su efectividad.

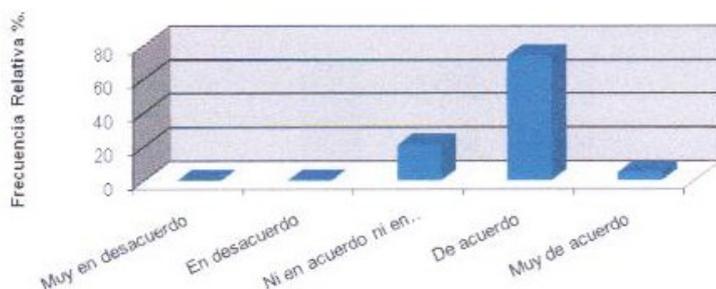


Tabla 14: Frecuentemente, se trabaja bajo presión intentando hacer mucho muy rápidamente.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	6	32
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	26
De acuerdo	8	42
Muy de acuerdo	0	0
Total	19	100

Gráfico 14: Se trabaja bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.

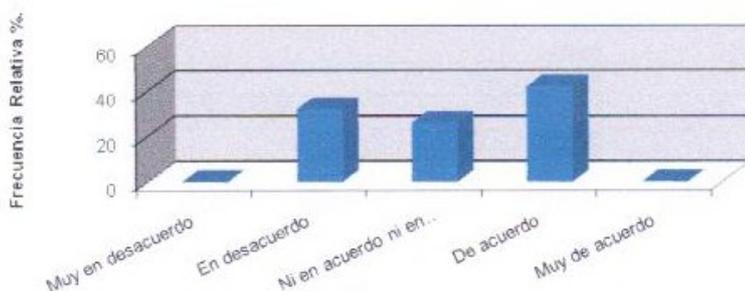


Tabla 15: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	6	32
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	32
De acuerdo	6	32
Muy de acuerdo	0	0
Total	19	100

Gráfico 15: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

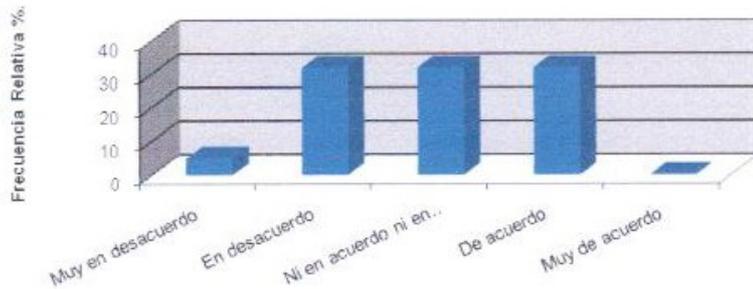


Tabla 16: Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	3	16
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	26
De acuerdo	9	48
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 16: Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.

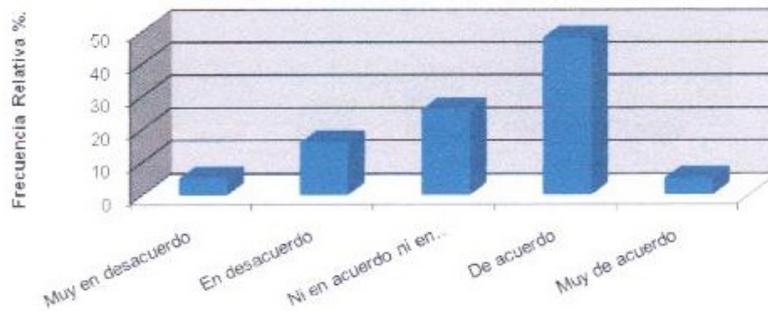


Tabla 17: En esta unidad se tienen problemas con la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	11
En desacuerdo	11	57
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	6	32
Muy de acuerdo	0	0
Total	19	100

Gráfico 17: En la unidad se tienen problemas con la seguridad de los pacientes.

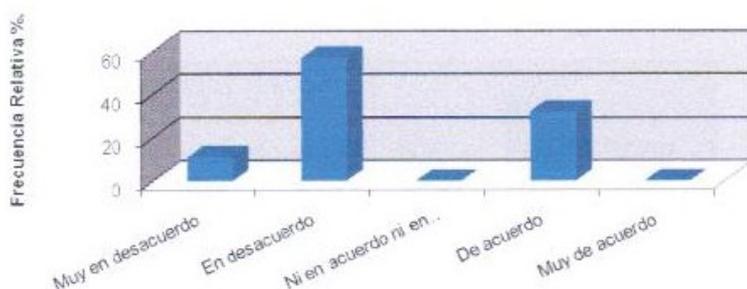
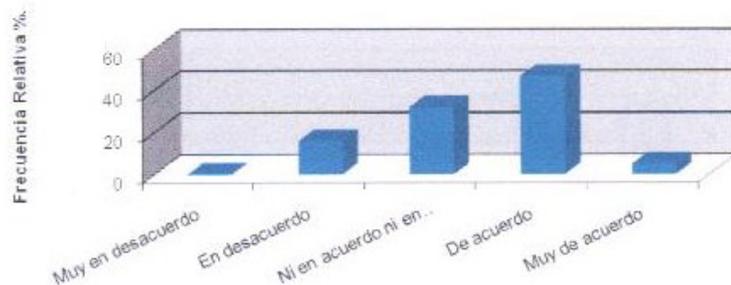


Tabla 18: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	3	16
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	32
De acuerdo	9	47
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 18: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.



Sección B: En relación al Jefe o supervisor:

Tabla 1: El supervisor o jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	3	16
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	26
De acuerdo	7	37
Muy de acuerdo	3	16
Total	19	100

Gráfico 1: El supervisor o jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.

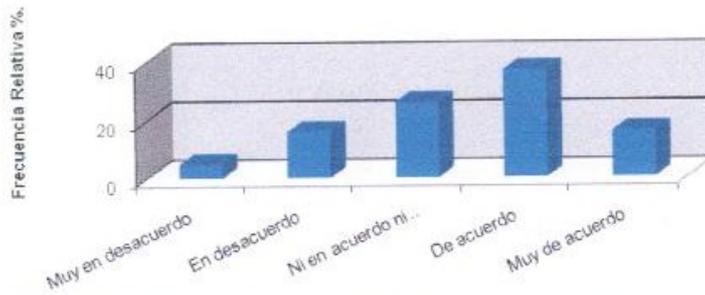


Tabla 2: El superior o jefe considera seriamente la sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	11
En desacuerdo	2	11
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	21
De acuerdo	7	36
Muy de acuerdo	4	21
Total	19	100

Gráfico 2: El Superior o Jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

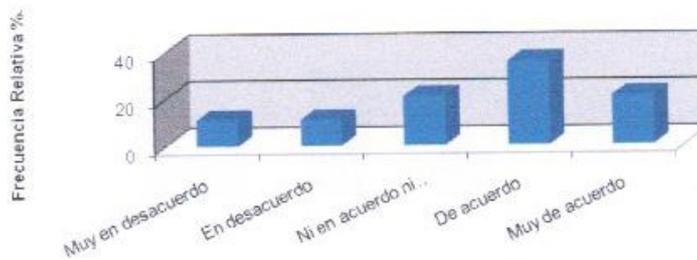


Tabla 3: Cuando la presión del trabajo aumenta el superior o jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	16
En desacuerdo	14	74
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	0	0
De acuerdo	1	5
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 3: Cuando la presión del Trabajo aumenta, el superior o jefe quiere que se trabaje más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.

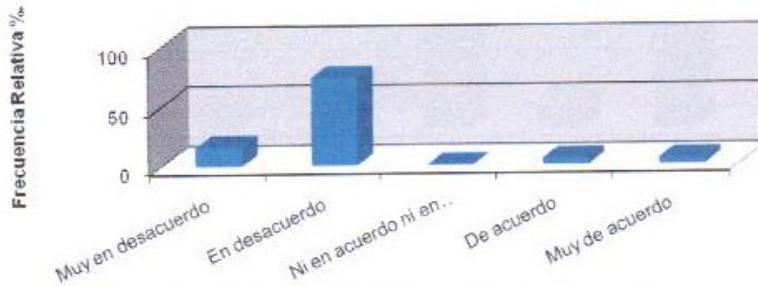


Tabla 4: El superior o jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes aunque se repitan una y otra vez.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	6	32
En desacuerdo	10	52
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	16
De acuerdo	0	0
Muy de acuerdo	0	0
Total	19	100

Gráfico 4: El superior o jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes aunque se repitan una y otra vez.



Sección C: Comunicación.

Tabla 1: Se les informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se han notificado.

	FA	FR%
Nunca	2	11
Rara vez	2	11
Algunas veces	7	35
La mayoría del tiempo	2	11
Siempre	6	32
Total	19	100

Gráfico 1: Se les informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que han notificado.

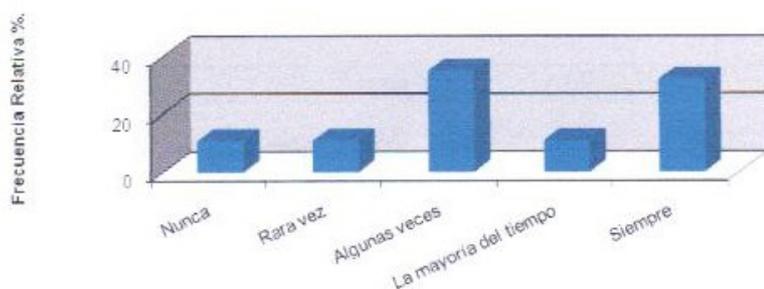


Tabla 2: El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	1	5
Algunas veces	3	16
La mayoría del tiempo	5	26
Siempre	10	53
Total	19	100

Gráfico 2: El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

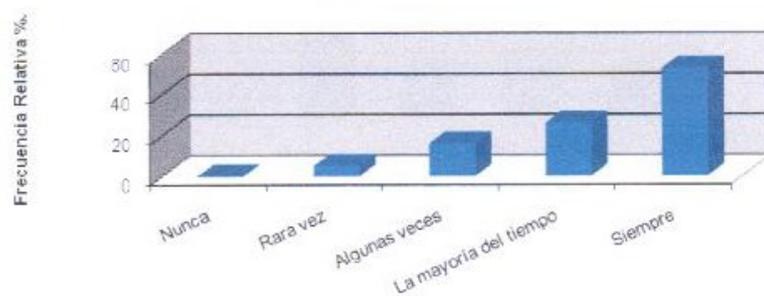


Tabla 3: Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	1	5
Algunas veces	7	37
La mayoría del tiempo	3	16
Siempre	8	42
Total	19	100

Gráfico 3: Se informa sobre los errores que se cometen en la unidad.



Tabla 4: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	6	32
Algunas veces	4	21
La mayoría del tiempo	5	26
Siempre	4	21
Total	19	100

Gráfico 4: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

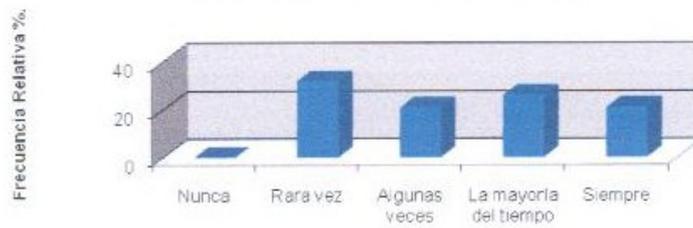


Tabla 5: En esta unidad se discute cómo se puede prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	1	5
Algunas veces	7	37
La mayoría del tiempo	5	26
Siempre	6	32
Total	19	100

Gráfico 5: En la unidad se discute como se puede prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

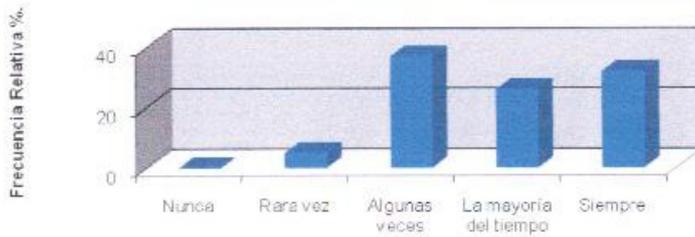
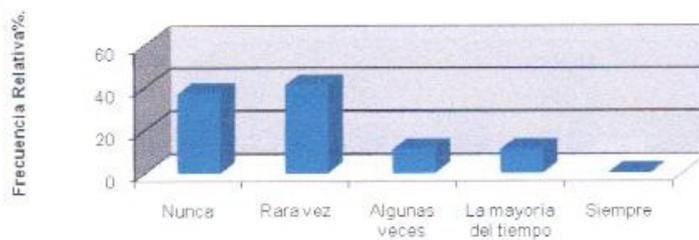


Tabla 6: El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien.

	FA	FR%
Nunca	7	37
Rara vez	8	41
Algunas veces	2	11
La mayoría del tiempo	2	11
Siempre	0	0
Total	19	100

Gráfico 6: El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien.



Sección D: Frecuencia de sucesos notificados.

Tabla 1: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	3	16
Algunas veces	4	21
La mayoría del tiempo	5	26
Siempre	7	37
Total	19	100

Gráfico 1: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente. ¿Con qué frecuencia es notificado?

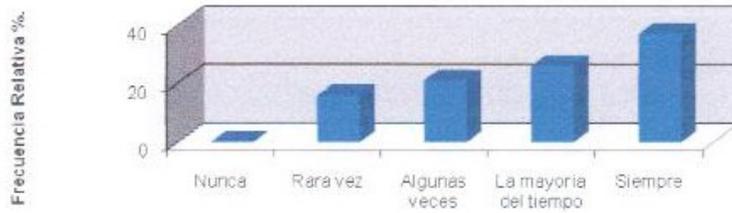


Tabla 2: Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Con qué Frecuencia es notificado?

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	2	11
Algunas veces	4	21
La mayoría del tiempo	9	47
Siempre	4	21
Total	19	100

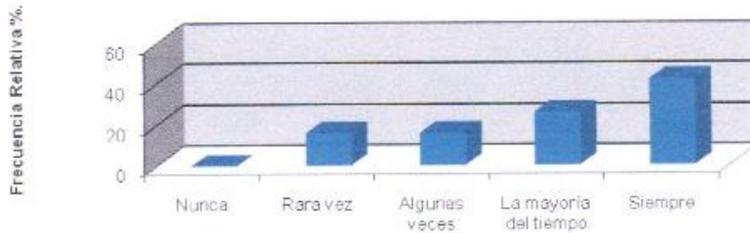
Gráfico 2: Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Con qué frecuencia es notificado?



Tabla 3: Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿Con qué frecuencia es notificado?

	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara vez	3	16
Algunas veces	3	16
La mayoría del tiempo	5	26
Siempre	8	42
Total	19	100

Gráfico 3: Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿Con qué frecuencia es notificado?



Sección E: Grado de seguridad de paciente.

Tabla 1: Grado de seguridad del paciente percibida en el área de trabajo.

Valoración general en seguridad del paciente	F A	FR%
Excelente	0	0
Muy bueno	9	47
Aceptable	10	53
Pobre	0	0
Malo	0	0
Total	19	100

Gráfico 1: Grado de Seguridad del Paciente percibida en el área de trabajo.



Sección F: En el centro Hospital de Clínicas.

Tabla 1: La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	4	21
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	26
De acuerdo	9	48
Muy de acuerdo	0	0
Total	19	100

Gráfico 1: La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.



Tabla 2: Los servicios/unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	5	26
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	32
De acuerdo	4	21
Muy de acuerdo	3	16
Total	19	100

Gráfico 2: Los servicios de este centro no se coordinan bien entre ellos.



Tabla 3: La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/ unidad a otro.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	7	37
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	26
De acuerdo	3	16
Muy de acuerdo	3	16
Total	19	100

Gráfico 3: La información de los pacientes se pierde, en parte cuando son trasladados de un servicio/ unidad a otro.



Tabla 4: Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	1	5
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	27
De acuerdo	11	58
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 4: Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.

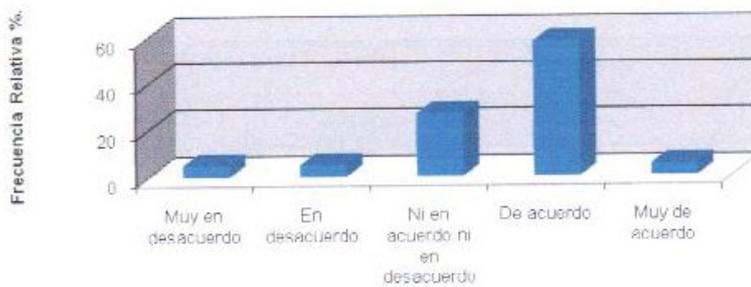


Tabla 5: A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	12	64
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	5
De acuerdo	4	21
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 5: A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.

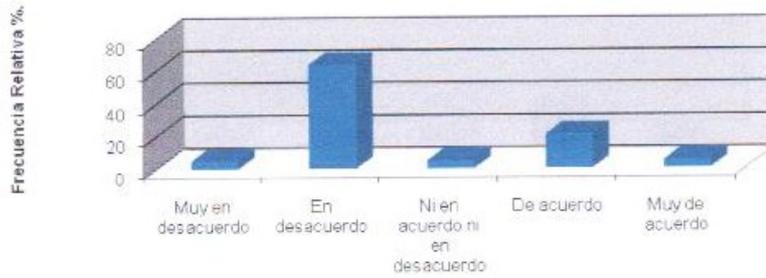


Tabla 6: En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	11
En desacuerdo	3	16
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	32
De acuerdo	7	36
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 6: En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.



Tabla 7: Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	11
En desacuerdo	8	42
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	21
De acuerdo	4	21
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 7: Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/ unidades de este centro.



Tabla 8: Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritario.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	11
En desacuerdo	3	15
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	7	37
De acuerdo	7	37
Muy de acuerdo	0	0
Total	19	100

Tabla 8: Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritario.



Tabla 9: La Dirección del centro solo parece interesada sobre la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	8	42
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	21
De acuerdo	4	21
Muy de acuerdo	2	11
Total	19	100

Gráfico 9: La Dirección del centro solo parece interesada sobre la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.



Tabla 10: Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado de los pacientes.

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	5
En desacuerdo	3	15
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	15
De acuerdo	10	54
Muy de acuerdo	2	11
Total	19	100

Gráfico 10: Los servicios/ unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado de los pacientes.



Tabla 11: Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro

	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	16
En desacuerdo	9	47
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	16
De acuerdo	3	16
Muy de acuerdo	1	5
Total	19	100

Gráfico 11: Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.



Sección G: Número de sucesos notificados.

Tabla 1: Existencia en el centro de un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos.

	FA	FR%
SI	16	84
NO	3	16
Total	19	100

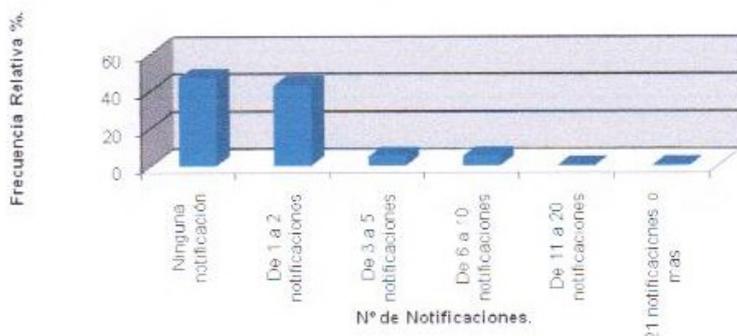
Gráfico 1: Existencia de un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos.



Tabla 2: Notificaciones por escrito de un incidente o efecto adverso a un superior en los pasados 12 meses.

Nº de notificaciones	FA	FR%
Ninguna notificación	9	47
De 1 a 2 notificaciones	8	43
De 3 a 5 notificaciones	1	5
De 6 a 10 notificaciones	1	5
De 11 a 20 notificaciones	0	0
21 notificaciones o más	0	0
Total	19	100

Gráfico 2: Notificaciones por escrito de un incidente o efecto adverso a un superior en los pasados 12 meses.



Sección H: Características de los encuestados.

Tabla 1: Tiempo que lleva el trabajador en el centro

	FA	FR%
De 1 a 5 años	11	58
De 6 a 10 años	5	26
De 11 a 15 años	0	0
De 16 a 20 años	1	5
De 21 años o más	2	11
Total	19	100

Gráfico 1: Tiempo que lleva el trabajador en el centro.



Tabla 2: Tiempo que lleva el trabajador en el actual servicio.

	FA	FR%
De 1 a 5 años	14	74
De 6 a 10 años	3	16
De 11 a 15 años	0	0
De 16 a 20 años	1	5
De 21 años o más	1	5
Total	19	100

Gráfico 2: Tiempo que lleva el trabajador en el actual servicio.



Tabla 3: Cantidad de horas trabajadas en el centro

por semana.	FA	FR%
Menos de 20 horas a la semana	0	0
De 20 a 39 horas a la semana	15	80
De 40 a 59 horas a la semana	4	20
De 60 horas a la semana o más	0	0
Total	19	100

Gráfico 3: Cantidad de horas trabajadas en el centro.



Tabla 5: Tiempo en que lleva el trabajador en su actual especialidad o profesión:

	FA	FR%
De 1 a 5 años	5	26
De 6 a 10 años	10	53
De 11 a 15 años	1	5
De 16 a 20 años	1	5
De 21 años o más	2	11
Total	19	100

Gráfico 5: Tiempo en que lleva el trabajador en su actual especialidad o profesión.

