



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA



Opinión del personal de Enfermería, referido a la atención brindada al usuario, enfocado a la cultura de la seguridad del mismo.

AUTORES:

Br. de los Santos, Sandra

Br. Figueras, Leticia

Br. López, Natalia

Br. Martínez, Stefanie

TUTORES:

Lic. Enf. Figueroa, Sandra

Lic. Enf. Gorrassi, Miriam

Lic. Enf. Sbárbaro, Milton

Facultad de Enfermería

BIBLIOTECA

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

Montevideo, 2011

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	4
Metodología de la investigación.....	8
Tipo de estudio.....	8
Universo	9
Muestra.....	9
Método de recolección de datos.....	9
Unidad de Análisis.....	10
Plan de tabulación.....	10
Plan de análisis.....	10
Resultados.....	12
Discusión.....	22
Normas éticas.....	30
Agradecimientos.....	30
Bibliografía.....	31
Páginas Web.....	32
Glosario.....	33
Siglas.....	35

Resumen

Se abordó la temática “Cultura de la Seguridad del Paciente”. Se pretendió conocer la cultura de los recursos enfermeros sobre la seguridad del paciente, aplicando como instrumento de investigación una encuesta, facilitada por la cátedra de Administración y adaptada del Hospital Survey on Patient Safety Culture (www.ahrq.gov). La encuesta fue dirigida al personal de Enfermería Profesional y Auxiliares de Enfermería en el servicio de block quirúrgico y recuperación post anestésica, del Hospital Dr. Manuel Quintela. En el periodo comprendido entre el 14 y el 20 de febrero de 2011.

El estudio fue de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo; que abarcó un universo de 98 personas y una muestra de 71 participantes. Se realizó un análisis univariado y bivariado a partir del procesamiento de datos en tablas y gráficas.

Los principales resultados obtenidos fueron los siguientes:

En cuanto a la aplicación de medidas de seguridad: el 68% de los licenciados consideraron que hay una actitud favorable en la aplicación de las medidas referidas anteriormente, de los auxiliares 58% considera que la aplicación de medidas de seguridad es desfavorable.

Percepción de riesgos evitables: el 32% de los licenciados considera que son evitables.

De los auxiliares 36% rara vez son evitables. Medidas para garantizar la seguridad del paciente desde la dirección: encontramos que la mayoría del personal, ya sea Enfermero profesional como auxiliar, no sienten el apoyo o participación de la dirección para

garantizar la seguridad del paciente. En el caso de los licenciados la opinión el 50% sostiene que no siente un respaldo. Por parte de los auxiliares el 58% tiene una opinión desfavorable.

Protocolo para la notificación de incidentes, 68% de los licenciados tienen conocimientos de la existencia de protocolos de notificación de incidentes. Por otra parte el 69% de los auxiliares tiene conocimiento de la existencia de dichos protocolos.

Conclusiones principales: En cuanto a los riesgos evitables se observó que los licenciados consideran que algunas veces se pueden evadir, sin embargo los auxiliares consideran que rara vez son eludibles. Si bien bajo la condición humana errar o equivocarse no es ajeno a nadie, pero en lo que refiere a la prestación de servicios y cuidados es ampliamente negativo que la mayor parte del personal opine que los errores rara vez sean evitables.

La baja notificación de sucesos adversos se podría considerar como algo positivo, en el caso de que realmente estuviéramos seguros de que los mismos no suceden, pero en el área de la salud sabemos que los errores si existen, como estamos inmersos en una cultura donde se considera que del error no se aprende sino que por el contrario se castiga creemos que esa es la raíz de la baja notificación de sucesos adversos o errores; también debemos considerar que hay un cierto porcentaje del personal que no tiene conocimiento de la existencia de protocolos de notificación de incidentes o sucesos adversos, es necesario que los mismos estén al alcance de todos los funcionarios, al igual que los estos deberían ser informados por sus superiores al ingresar al servicio.

Introducción

La siguiente investigación se realizó por un grupo de cuatro estudiantes de la Facultad de Enfermería, cursando el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería, Generación 2006.

El tema propuesto para la realización de este trabajo fue Cultura de la seguridad del paciente, y a partir del mismo se planteo la siguiente pregunta problema: ¿Cuál es la cultura del personal de Enfermería auxiliar y profesional respecto a la seguridad del paciente en los servicios de Block Quirúrgico y Recuperación Post Anestésica de una institución publica, durante el periodo del 14 al 20 de febrero de 2011, en Montevideo, Uruguay? , siendo orientados con la tutoría de la Cátedra de Administración.

La seguridad del paciente es considerada una prioridad en la asistencia de los usuarios. Ya en la época de Hipócrates se hablaba del principio clásico "Primum Non Nocere" (lo primero es no hacer daño), lo cual nos trae a la mente los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia, los mismos profesan el bien del paciente, incluyendo todas las acciones para prevenir daños o tratar condiciones perjudiciales dentro de un contexto de conductas biomédicas. En la actualidad en la prestación de cuidados no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos; la seguridad del paciente forma parte de los objetivos nacionales para mejorar la salud de la población. Según estadísticas internacionales en EEUU, errores en la asistencia sanitaria provocan mayor número de muertes que los accidentes de transito o el cáncer, así como también mayores repercusiones económicas para el estado, hospitalizaciones prolongadas,

demandas, infecciones intrahospitalarias, discapacidades, etc.

La OMS formó una alianza mundial para la seguridad del paciente, donde la OPS es uno de sus principales integrantes; en esta alianza la seguridad del paciente se sitúa en el centro de las políticas sanitarias así como promover la investigación sobre la seguridad del paciente.

A este respecto la cultura de la seguridad del paciente forma parte del enfoque sistémico para la prevención de riesgos en la asistencia, de ahí es que se hace necesario conocer la cultura de nuestro personal de Enfermería sobre la seguridad del paciente por medio de una investigación, la cual se puede considerar como una herramienta que permite conocer y evaluar la cultura del personal de enfermería respecto al tema a tratar. Evaluar la cultura tiene un efecto corolario, destinado o no, a niveles de sensibilización sobre el rol de la cultura en la promoción de un paciente más seguro, la misma puede contribuir a identificar las áreas que se consideran más problemáticas. De esta manera aspectos culturales que se identifican como problemáticos pueden proporcionar material para más análisis de las “causas de raíz” y para generar ideas de mejora para el personal directamente implicado en los problemas.

Por todo ello, nos enfocamos en el estudio de la cultura del personal de enfermería, respecto a las estrategias para la seguridad del paciente y la detección de los errores, analizando la información afín de conocer los posicionamientos estratégicos en este ámbito; y de esta manera contribuir a la adquisición de información para lograr una mejora continua de los servicios prestadores de salud. Como profesionales de la salud la meta única es la calidad en la prestación de los cuidados.

En un estudio realizado en Medellín-Colombia, de la Universidad de Antioquia en el año 2004 (Facultad Nacional de Salud Pública); plantea que el problema de la seguridad del paciente tiene que ver no solo con factores humanos o institucionales, sino también a voluntades políticas, factores académicos y tecnológicos que están relacionados con la atención de los pacientes. Los problemas de seguridad del paciente no son innatos al equipo de salud en su totalidad, lo que se pretende es minimizar y disminuir la ocurrencia de factores adversos ya que estos se originan en falencias organizacionales y no en ambientes individuales. ²

Un estudio realizado en España sobre la seguridad del paciente. Se llevó a cabo en Zaragoza en los años 2007 y 2009, titulada “Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud” dio como resultado que el personal sanitario considera inaceptable el nivel de seguridad de su centro. La dimensión mejor valorada fue el trabajo en equipo en cada servicio; mientras que la peor valorada fue personal suficiente. Se identificaron como áreas fuertes, el respeto entre compañeros, el apoyo en la Unidad/Servicio y la preocupación del jefe inmediato por los problemas de seguridad en los pacientes y como áreas de mejora: la plantilla insuficiente y la sobrecarga de trabajo. A todo esto las conclusiones obtenidas fueron: valoración de la seguridad de forma positiva por el personal sanitario, existiendo una mayor notificación de eventos adversos por parte de enfermería. Interés por parte de supervisoras o responsables, así como el trabajo en equipo son los aspectos mejor valorados, lo que se interpreta como buenas noticias para el entorno más inmediato del paciente.

De las investigaciones planteadas previamente en diversos países iberoamericanos podemos constatar que la seguridad de los pacientes se relaciona con la calidad de asistencia brindada. Y a su vez la misma esta influenciada por: la capacitación del personal, notificación de eventos adversos sin sanción, dotación de personal, respeto, trabajo en equipo, sobrecarga de trabajo entre otros. Dichos ítems mencionados se encuentran implícitos en la investigación que llevaremos a cabo ya que influyen directamente en la seguridad de los pacientes.

Para efectuar la investigación nos planteamos los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Conocer la cultura del personal de enfermería profesional y auxiliar de enfermería de una institución sanitaria referente a la seguridad del paciente.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población en estudio del servicio de Block Quirúrgico y Recuperación Post Anestésica.
- Determinar la opinión del personal en cuanto a la seguridad del paciente en el área de trabajo y evaluar el grado de seguridad.
- Conocer la opinión del personal, si en el área de atención se llevan a cabo actividades destinadas a promover la seguridad del paciente
- Conocer la opinión de la población en estudio en cuanto a la participación del jefe o superior en la seguridad del paciente.
- Determinar la opinión del personal en relación a la comunicación en el área de trabajo entre los miembros del equipo, de estos con sus superiores y viceversa.
- Conocer la opinión del personal si a nivel directivo, se aplican medidas para garantizar la seguridad del paciente.
- Establecer si en el servicio existen procedimientos para notificar sucesos adversos, si se informan o no y con que frecuencia.

Metodología de la investigación

Tipo de estudio

El estudio es de carácter cuantitativo, transversal y descriptivo

Universo

Todos los enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería que desempeñan sus tareas en el servicio de Block Quirúrgico y Recuperación post- anestésica. Siendo el universo para la investigación de 98 personas.

Muestra

La muestra está determinada por aquello que se encuentran dentro de los criterios de inclusión; siendo en este caso de 71 participantes.

El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia; comparten características comunes (profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería con un año o más de antigüedad en el servicio).

Criterios de inclusión: Licenciadas Operativas y Auxiliares de Enfermería que se desempeñan en los diferentes turnos en Block Quirúrgico y Recuperación Post Anestesia (RPA). Asimismo deberán contar con más de un año de trabajo en su profesión y en el servicio.

Criterios de exclusión: Licenciadas en Enfermería operativas y Auxiliares de Enfermería que se desempeñen en los Servicios de BQ y RPA con menos de un año de antigüedad en el cargo y en el área.

Método de recolección de datos.

Previo a la realización de la investigación la cátedra efectuó los trámites correspondientes a la solicitud de autorización para llevarla a cabo.

Para la recolección de datos se utilizará como método la encuesta, la técnica será el cuestionario y el instrumento a utilizar, un formulario estructurado, autoadministrado, individual, anónimo, con preguntas cerradas.

La encuesta se entregará en sobre de manila, se dejará a la persona encuestada y se retirará al día siguiente, informándole el plazo de entrega.

Los integrantes del grupo de investigación concurrirán en los cuatro turnos (matutino, tarde, vespertino y noche), distribuyéndose en subgrupos. Dos acudirán en el turno matutino y tarde, los dos restantes en los otros turnos.

Previo a la entrega del formulario se otorgará el consentimiento informado.

Unidad de Análisis

En esta investigación se considera como unidad de análisis el instrumento a utilizar para llevarla a cabo. El cual consiste en una encuesta autoadministrada.

Plan de tabulación.

Tabulación de las variables, con frecuencia absoluta y relativa porcentual.

Tipo de gráfico: Diagramas de barras con frecuencias relativa porcentual.

Plan de análisis

Para el análisis de las variables se utilizará la escala de Likert, en la cual un grupo de

variables se analizará considerando la escala mencionada del 1 como negativo y siendo el 5 muy positivo. En la variable “Percepción del personal con respecto grado de seguridad del paciente en relación a riesgos evitables”; la escala de Likert pasa a ser de modo inverso, siendo el valor 5 de respuesta negativa y el 1 como muy positiva.

Las variables seleccionadas fueron las siguientes: Opinión del personal en cuanto a la aplicación de medidas de seguridad; comunicación en el área de trabajo; opinión del personal acerca de medidas que garantizan la seguridad del paciente desde la dirección del servicio; participación del jefe o superior; grado de seguridad del paciente en relación a riesgos evitables

Se realizará un análisis de los resultados univariado y bivariado expresando los mismos en porcentajes de cada una de las categorías de las variables elegidas. A partir de los datos que se obtengan de la encuesta, se llevará a cabo la tabulación de los mismos presentándolos en diferentes tablas y gráficos.

Las variables que se priorizarán son aquellas que tienen mayor relación con la pregunta problema. Las que utilizaremos para el análisis son:

- ⇒ Área o unidad de trabajo, cargo en el servicio, y tiempo que lleva trabajando en el área
- ⇒ Opinión del personal en cuanto a la aplicación de medidas de seguridad
- ⇒ Comunicación en el área de trabajo
- ⇒ Percepción del personal con respecto grado de seguridad del paciente en relación a riesgos evitables.
- ⇒ Opinión del personal acerca de medidas que garantizan la seguridad del paciente desde la dirección del hospital.
- ⇒ Existencia de protocolos de notificación de incidentes o sucesos adversos.
- ⇒ Número de Sucesos notificados.
- ⇒ Participación del jefe/superior

Resultados

La recolección de datos se llevó a cabo en el piso 17 del Hospital de Clínicas, donde se encuentra Block Quirúrgico y Recuperación Post anestésica, en el periodo comprendido entre el 14 y el 20 de febrero de 2011.

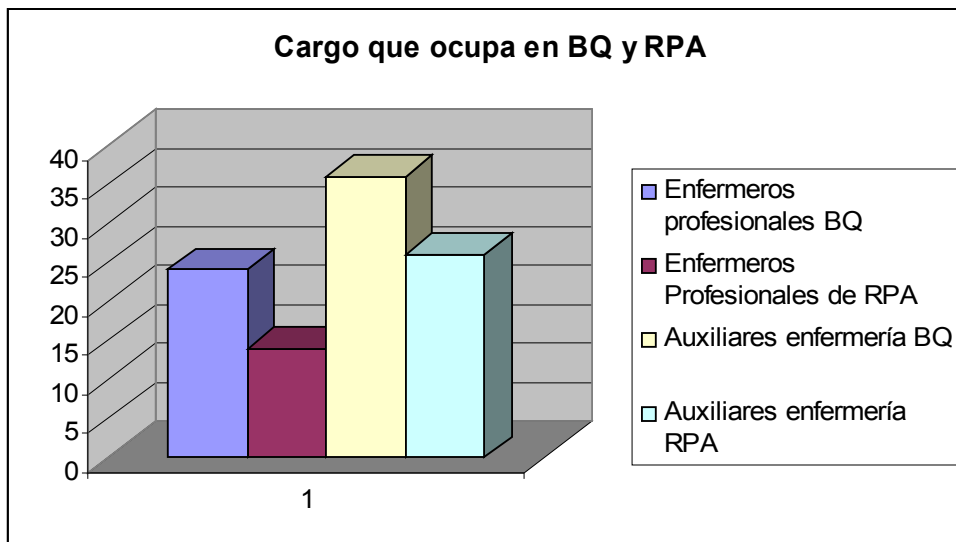
Contábamos con un universo de 98 personas, de los cuales 71 cumplían con los criterios de inclusión, y de estos, 58 completaron la encuesta.

Distribución de la población según las variables: área o unidad de trabajo y cargo que ocupa en el servicio.

Tabla N° 1

Cargo	FA	FR %
Enfermeros profesionales BQ	14	24
Enfermeros Profesionales de RPA	8	14
Auxiliares enfermería BQ	21	36
Auxiliares enfermería RPA	15	26
Total	58	100

Gráfica N° 1



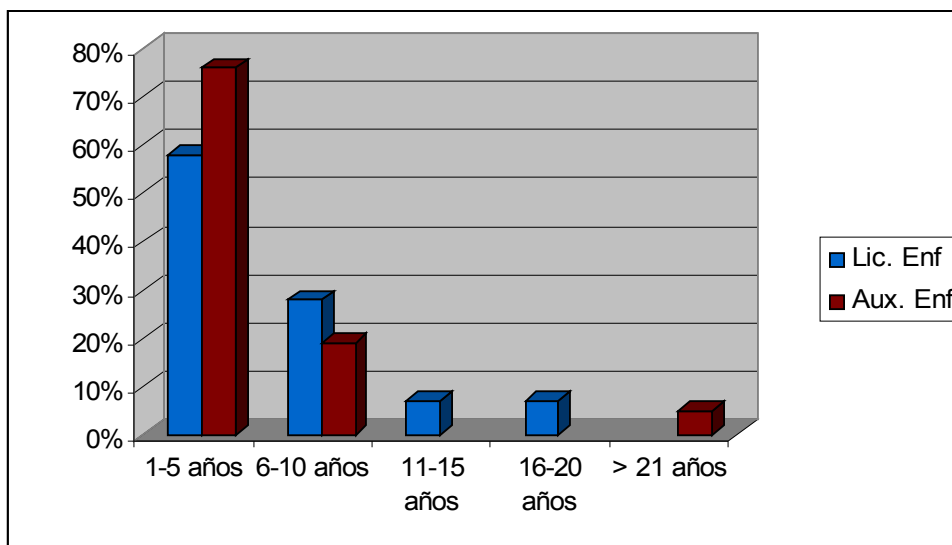
De la población en estudio, Block Quirúrgico cuenta con 14 Licenciadas en Enfermería y 21 Auxiliares; siendo en total 35 funcionarios. Por otro lado RPA cuenta con 23 empleados de los cuales 8 son enfermeros profesionales y 15 auxiliares.

Tiempo de trabajo en el área (personal de Block)

Tabla N° 2

Tiempo	Lic. Enf		Aux. Enf	
	FA	FR%	FA	FR%
1-5 años	8	58%	16	76%
6-10 años	4	28%	4	19%
11-15 años	1	7%		
16-20 años	1	7%		
> 21 años			1	5%
Total	14	100%	21	100%

Gráfica N° 2



Las enfermeras profesionales poseen una antigüedad de 1 a 5 años el 58%, un 28% de 6 a 10 años y el restante 14% hace entre 11 y 20 años que trabaja en el servicio.

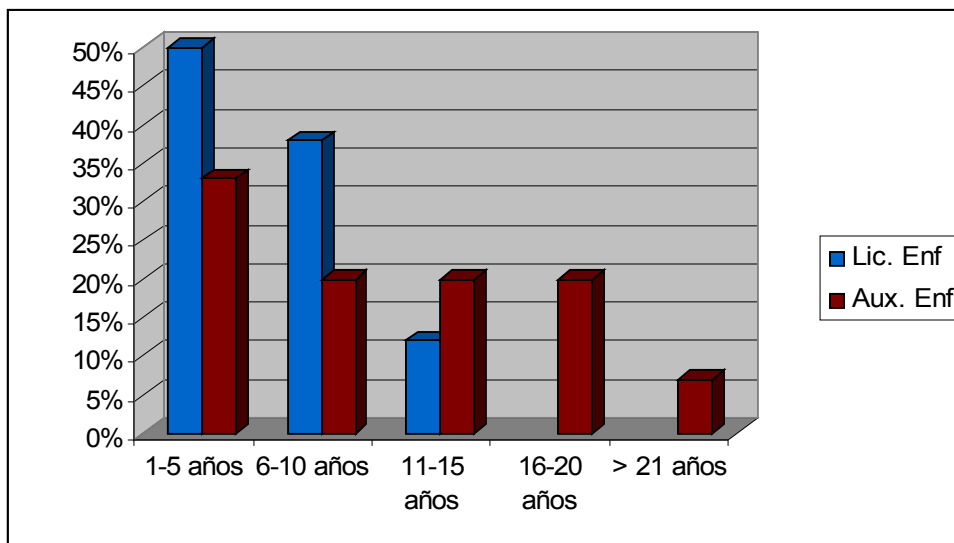
De los auxiliares de Enfermería que cumplen sus funciones en BQ el 76% tiene una antigüedad en el servicio de 1 a 5 años, entre 6 y 10 años un 19% y tan solo el 5% está en el servicio hace más de 21 años.

Tiempo de trabajo en el área (enfermeras profesionales de RPA)

Tabla N° 3

Tiempo	Lic. Enf		Aux. Enf	
	FA	FR%	FA	FR%
1-5 años	4	50%	5	33%
6-10 años	3	38%	3	20%
11-15 años	1	12%	3	20%
16-20 años			3	20%
> 21 años			1	7%
Total	8	100%	15	100%

Grafica N° 3



De las Enfermeras Profesionales el 50% trabaja en el servicio de 1 a 5 años, entre 6 y 10 años el 38% y el porcentaje restante (12%) hace de 11 a 5 años que trabaja en el servicio.

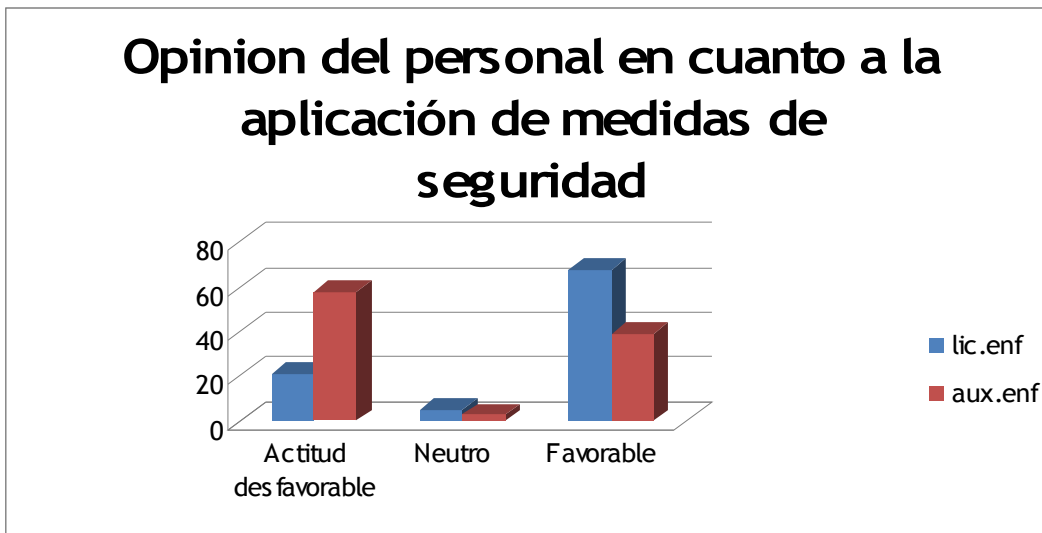
En RPA el 33% posee entre 1 y 5 años de antigüedad; y con el 60% de 6 a 20 años.

Distribución según Opinión del personal en cuanto aplicación de medidas de seguridad

Tabla N° 6

	Lic. Enf		Aux. Enf	
	FA	FR%	FA	FR%
Actitud desfavorable	6	21	21	58
Neutro	1	5	1	3
Favorable	15	68	14	39
Total	22	100	36	100

Gráfico N° 6



La opinión de los Licenciados en relación a la aplicación de medidas de seguridad, muestra que un 68% tiene una actitud favorable, 23% posee una actitud desfavorable y el restante 5% no emite opinión.

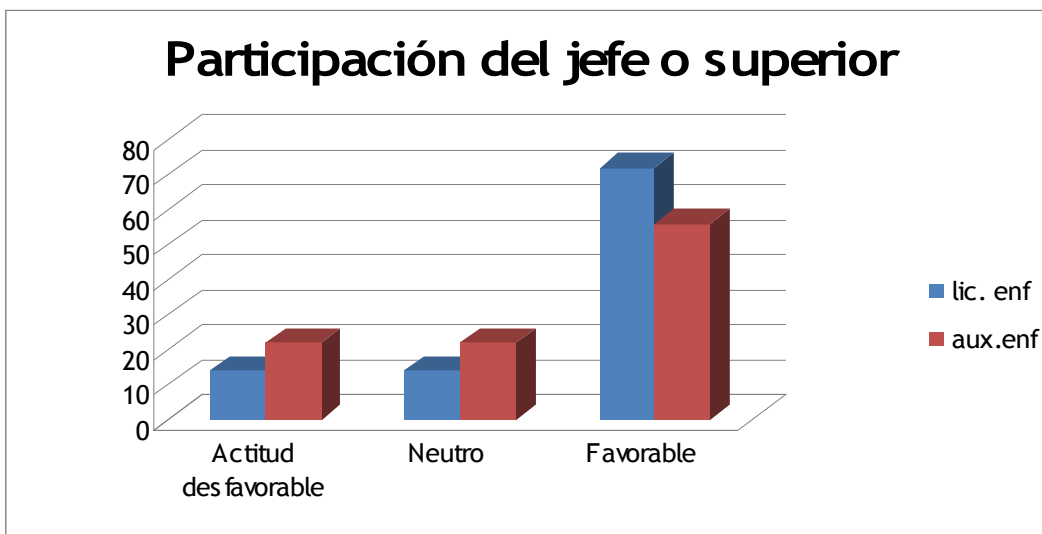
El 58% de los auxiliares considera que la aplicación de medidas de seguridad es desfavorable, el 39% opina lo contrario y el 3% no opina.

Distribución según Participación del jefe o superior

Tabla N° 7

	lic. enf		aux.enf	
	FA	FR%	FA	FR%
Actitud desfavorable	3	14	8	22
Neutro	3	14	8	22
Favorable	16	72	20	56
Total	22	100	36	100

Gráfica N° 7



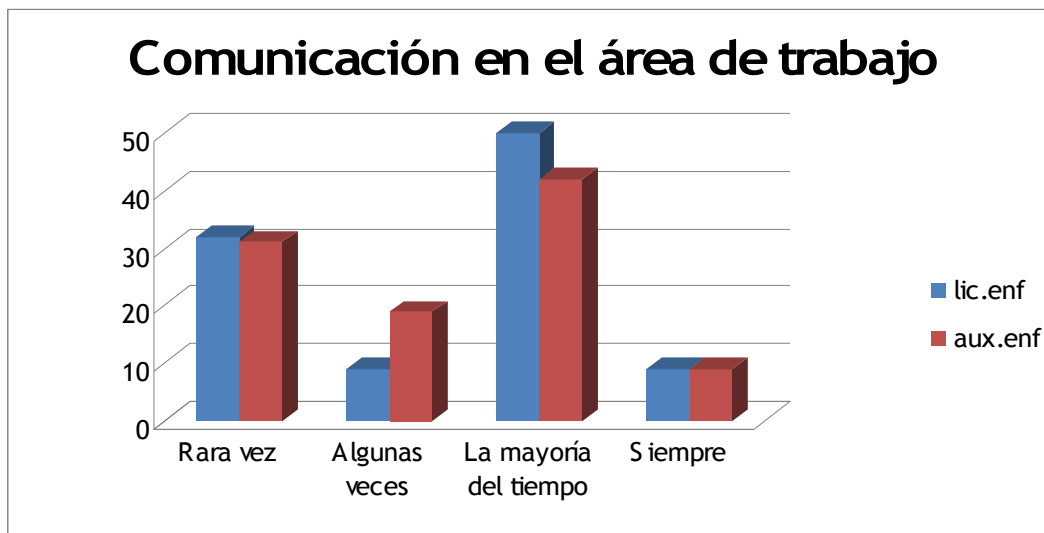
De los licenciados el 72% considera una adecuada participación del jefe o superior, 14% opina lo contrario y el 14% restante no opina. De parte de los auxiliares encontramos que el 56% se siente apoyado por su superior, 22% opina lo contrario

Distribución según Comunicación en el área de trabajo

Tabla N° 8

	lic.enf		aux.enf	
	FA	FR%	FA	FR%
Nunca			0	
Rara vez	7	32	11	31
Algunas veces	2	9	7	19
La mayoría del tiempo	11	50	15	42
Siempre	2	9	3	9
Total	22	100	36	100

Gráfica N° 8



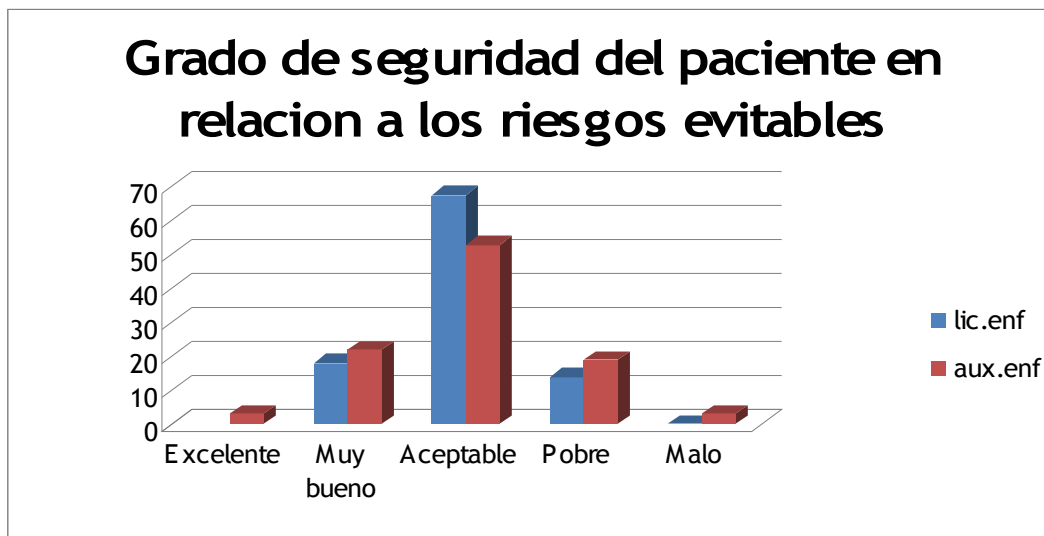
Los licenciados operativos opinan que la comunicación en el área de trabajo se da la mayoría del tiempo en un 50%, el 32% opina que rara vez existe una adecuada comunicación y un 9% sostiene la comunicación se da siempre y la misma cantidad que se lleva a cabo algunas veces. Los auxiliares de enfermería opinan que la comunicación en el área de trabajo se da la mayoría del tiempo en un 42%, el 31% opina que rara vez existe una adecuada comunicación y un 19% sostiene la comunicación se da algunas veces y la que se lleva a cabo siempre en un 8%.

Distribución según Percepción del personal con respecto al grado de seguridad del paciente en relación a los riesgos evitables.

Tabla N° 9

	Lic. Enf		Aux. Enf	
	FA	FR%	FA	FR%
Excelente			2	3
Muy bueno	4	18	13	22
Aceptable	7	68	5	53
Pobre	6	14	9	19
Malo	5	0	7	3
Total	22	100	36	100

Grafica N° 9



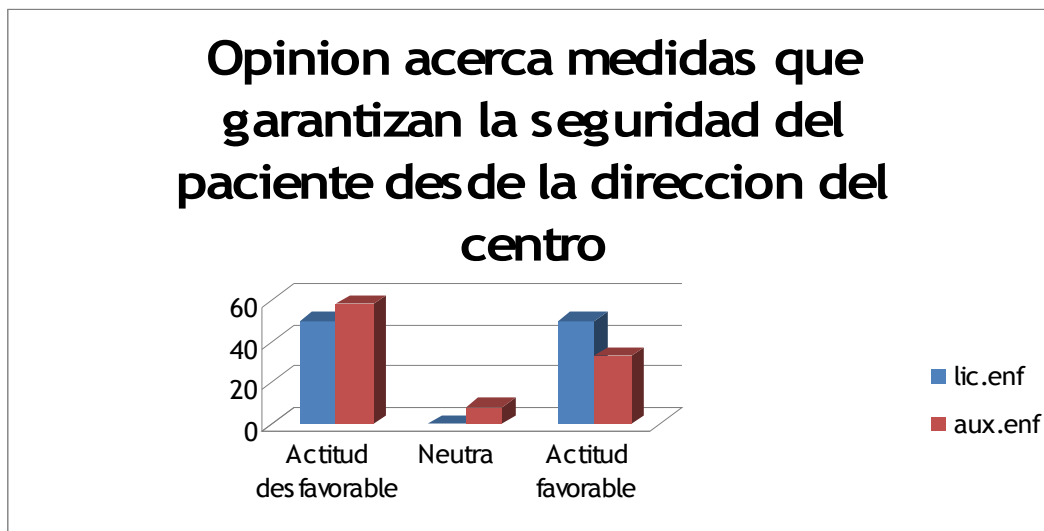
La percepción de los Licenciados en cuanto a los riesgos es que en el 32% de los casos son evitables algunas veces, considera que se pueden evitar la mayoría del tiempo el 27%, el 23% opina que siempre se pueden evitar y el 18% que rara vez se evitan. La percepción de los auxiliares en cuanto a los riesgos es que en el 36% de los casos rara vez son evitables, considera que se pueden evitar la mayoría del tiempo el 25%, el 19% opina que siempre se pueden evitar y el 14% que siempre se evitan.

Opinión del personal acerca de las medidas que garantizan la seguridad del paciente desde la dirección del área de investigación

Tabla N° 10

	Lic. Enf		Aux. Enf	
	FA	FR%	FA	FR%
Actitud desfavorable	11	50	21	58
Neutra	0	0	3	8
Actitud favorable	11	50	12	33
Total	22	100	36	100

Grafica N° 10



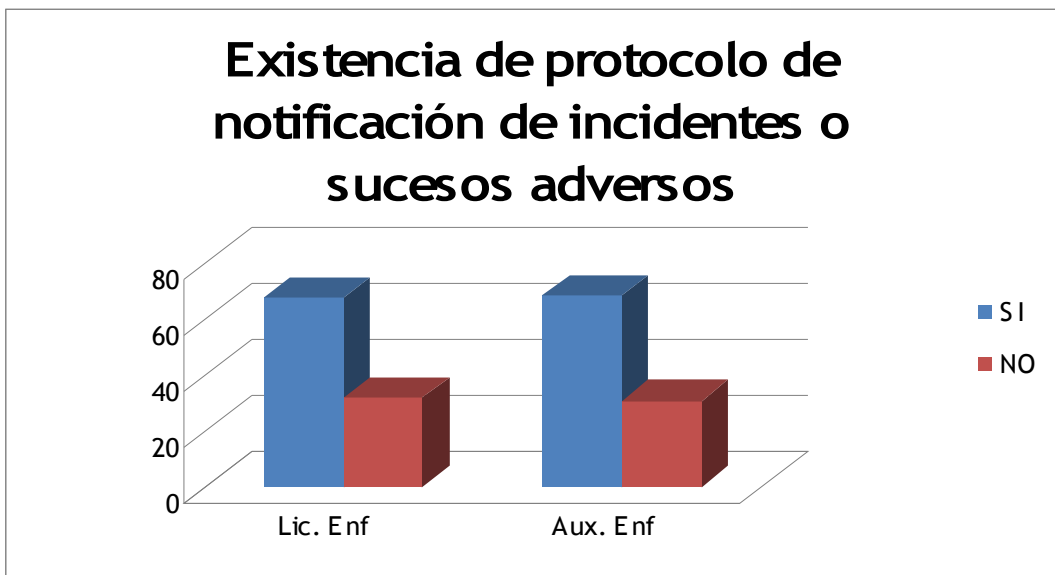
En cuanto a las medidas para garantizar la seguridad del paciente desde la dirección la opinión de los licenciados es que un 50% opina que no se siente respaldado mientras que la población restante opina lo contrario. En cuanto a las medidas para garantizar la seguridad del paciente desde la dirección la opinión de los auxiliares es de 58% con opinión desfavorable y del 33% favorable.

Distribución de la población según existencia de Protocolo de notificación de incidentes o sucesos adversos.

Tabla N° 11

	Lic. Enf		Aux. Enf	
	FA	FR%	FA	FR%
SI	15	68	25	69
NO	7	32	11	31
Total	22	100	36	100

Gráfica N° 11



El 68% de los licenciados tiene conocimiento de la existencia de protocolos de notificación de incidentes, mientras que el 32% restante carece de dicha información. El 69% de los auxiliares tiene conocimiento de la existencia de protocolos de notificación de incidentes, mientras que el 31% no tiene conocimiento de los protocolos.

Distribución de la población según Número de sucesos notificados.

Tabla N° 12

	Lic. Enf		Aux. Enf	
	FA	FR%	FA	FR%
Ninguna	11	50	32	89
1a2	8	36	3	8
3a5	2	9	0	0
6a10	1	6	0	0
11a20	0	0	1	3
Mayor a 21	0	0	0	0
Total	22	100	36	100

Grafica N° 12



De lo licenciados el 50% carece de notificaciones de sucesos adversos, posee entre 1 y 2 notificaciones el 36%, de 3 a 5 el 9%. De lo auxiliares el 89% carece de notificaciones de sucesos adversos, posee entre 1 y 2 notificaciones el 8%, de 11 a 20 el 3%.

Discusión

A partir de los resultados obtenidos en la encuesta utilizada para la investigación podemos destacar los siguientes datos que reflejan las diferentes opiniones del personal sanitario en cuanto a la seguridad de los pacientes, en esto se basa la "cultura de la seguridad", diferentes actitudes, acciones, creencias que van a influir en la calidad de asistencia brindada, no solo con el accionar individual de cada trabajador, también con el trabajo en equipo, y políticas institucionales.

Se separó la población en estudio en dos grupos, teniendo en cuenta el cargo Licenciados Operativos y Auxiliares de enfermería.

En primera instancia se realizó una caracterización general de la dotación de personal de Block y RPA, se determinó el tiempo que los mismos llevan trabajando en el área de estudio, se obtuvo por medio de la encuesta que Block Quirúrgico cuenta con 14 Licenciadas en Enfermería y 21 Auxiliares; siendo en total 35 funcionarios, RPA cuenta con 23 trabajadores de los cuales 8 son enfermeros profesionales y 15 auxiliares en enfermería. Entre los licenciados de BQ y RPA suman 22 personas que representan el 100% de la población de Licenciados; mientras que los auxiliares de Enfermería representan el 47% del total (76 personas). Analizando la variable tiempo de trabajo se observó que los Licenciados de BQ poseen en un 58% de los casos una antigüedad de 1 a 5 años en el área y el 14% restante presenta entre 11 y 20 años en el servicio. Mientras que los Licenciados que desempeñan sus tareas en RPA de 1 a 5 años, representan el 50% y el 12% restante hace entre 16 a 20 años que cumple sus funciones en el servicio.

Refiriéndonos a los Auxiliares en Enfermería que desarrollan funciones en BQ el 76% tiene una antigüedad de 1 a 5 años y un 5% presenta una antigüedad mayor de 21 años. En el caso de Auxiliares en Enfermería de RPA el 60% lleva entre 6 y 20 años en el servicio y un 7% posee más de 21 años. Es de real importancia tener en cuenta la antigüedad del personal en el servicio, ya que un equipo posee una dinámica de trabajo siguiendo las funciones de pensar, percibir y actuar que se transmiten a los nuevos miembros.

Se analizó la opinión de licenciados y auxiliares en Enfermería de los servicios estudiados sobre la aplicación de medidas de seguridad (gráfica y tabla N° 6), el 68% de los Enfermeros profesionales considera que hay una actitud favorable en la aplicación de las medidas referidas anteriormente. El 58% de los auxiliares considera que la aplicación de medidas de seguridad es desfavorable. Existe una opinión desigual ya que la mayoría de los licenciados falló favorablemente; y los auxiliares opinaron de forma contraria. Demuestra una debilidad en el servicio; cada paciente debe recibir una atención sanitaria óptima, con el mejor resultado y lograr el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos.

Según la opinión del personal en estudio en relación a la participación del jefe o superior en el cumplimiento de las medidas de seguridad (gráfica y tabla N° 7) se obtuvo, por parte de los licenciados el 72% se siente apoyado por su superior. En el caso de enfermería 56% considera adecuada la participación de los jefes. Aquí se visualizó en ambos cargos una participación favorable de los superiores, siendo una fortaleza ya que el líder como miembro del equipo puede mediar en la actitud del personal a cargo, para lograr la excelencia en la atención, y una cultura de seguridad constructiva y dinámica.

Otra de las variables estudiadas fue la comunicación en el área de trabajo (gráfica y tabla N° 8), elemento fundamental para garantizar la seguridad del paciente y un correcto funcionamiento del servicio. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: tanto los licenciados operativos y auxiliares de enfermería opinaron que la comunicación en el área de trabajo se da la mayoría del tiempo, con 50% y 42 % respectivamente. Los resultados obtenidos de esta variable fueron favorables, ya que la comunicación contribuye a generar un clima de armonía y compañerismo, además de ser un elemento clave para prevenir nuevos errores. En ocasiones la comunicación no se lleva a cabo entre el personal de la salud sobre todo cuando sucede un error, por temor a ser juzgado. Esto dificulta cualquier posibilidad de aprender de él, lo cual impide el reconocimiento del mismo y no deja crecer al sistema de salud.

En lo que se refiere a la percepción de los Licenciados según riesgos es que en el 32% de los casos son evitables algunas veces. La percepción de los auxiliares en cuanto a los riesgos es que en el 36% de los casos rara vez son evitables; como observamos en la gráfica N° 9. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, confianza en la eficacia de las medidas preventivas, la percepción compartida de la importancia de la seguridad y de las medidas aplicables que la garanticen. Las actitudes colectivas y las creencias van a tener impacto en la seguridad de los pacientes.

En lo que refiere a las medidas para garantizar la seguridad del paciente desde la dirección (gráfica y tabla N° 10) encontramos que el 50% de los licenciados operativos y 58% de los auxiliares tuvieron opiniones desfavorables respecto a esta variable. Estos resultados reflejan una carencia importante, ya que la seguridad de los pacientes debe de ser una prioridad en los servicios de asistencia, llevando a cabo medidas para garantizarla a través de la aplicación de políticas institucionales que tengan como primacía la seguridad de los pacientes y el bienestar de los trabajadores.

Analizando las notificaciones de sucesos adversos o errores se encontró que ambas poblaciones en su mayoría, no había notificado incidentes o sucesos adversos (gráfica y tabla N° 12). Las políticas institucionales deben procurar el acceso a la información que apoye el aprendizaje desde la experiencia, tanto para prevenir los errores como para mitigar el impacto cuando estos ocurren. Es fundamental crear una cultura donde se aprenda del error, sin ser castigado; los sistemas de salud deben alejarse de la culpa y la vergüenza, de la actual cultura que impide el reconocimiento del error y por lo tanto obstruye cualquier posibilidad de aprender de él.

En lo referente al conocimiento del personal sobre la existencia de protocolos de notificación de incidentes (gráfica y tabla N° 11), ya sea licenciados como auxiliares, tenían conocimientos de los mismos. Debe ser una obligación institucional que cada uno de los funcionarios tenga conocimientos de la existencia de éstos y también ser fomentado por los jefes.

Comparando los resultados obtenidos con investigaciones previas, como ser la realizada

en España, Zaragoza, entre los años 2007 y 2009 que se titula: “Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios del sistema nacional de salud”, en lo que se refiere a la participación del jefe/superior existe concordancia ya que es un área favorable en ambas investigaciones.

Según la opinión del personal en lo que se refiere a la aplicación de medidas de seguridad existe concordancia con la investigación anteriormente referida, únicamente con los licenciados en enfermería, ya que los auxiliares opinaron lo contrario. Y como antecedente de esta investigación se valoró la seguridad de forma positiva por el personal sanitario.

En cuanto a la notificación de sucesos adversos, hubo una disyunción entre una investigación y otra, ya que la mayoría de la población encuestada determinó que los mismos no son notificados, siendo una de las áreas mejor valoradas en la investigación de España. Donde existe una mayor notificación de eventos adversos por parte de enfermería.

Realizando una comparación con la investigación llevada a cabo en Colombia, Medellín, de la Universidad de Antioquia, realizada en el año 2004, podemos concluir al igual que en esta, que la seguridad del paciente no tiene que ver con falencias individuales, sino institucionales. Los problemas de seguridad del paciente no son innatos al equipo de salud en su totalidad, se debe minimizar la ocurrencia de factores adversos.

El problema de la seguridad del paciente tiene que ver no solo con factores humanos o institucionales, sino también a voluntades políticas, factores académicos y tecnológicos que están relacionados con la atención de los pacientes.

Conclusión

Podemos concluir que se lograron cumplir con los objetivos planteados al inicio de la investigación consiguiendo conocer la cultura del personal de enfermería del servicio, referente a la seguridad del paciente; mediante la encuesta implementada la cual nos permitió realizar la caracterización de la población en estudio. Se concluye que la opinión del personal enfermeros universitarios como auxiliares, es heterogénea aunque presentan algunos puntos de concordancia.

Se logró observar que en la percepción de personal referido a la seguridad del paciente los licenciados operativos consideran una actitud favorable, en cambio los auxiliares de enfermería opinaron desfavorablemente considerando que la aplicación de medidas de seguridad no es adecuada. En cuanto a los riesgos evitables se observó que los licenciados consideran que algunas veces se pueden evadir, sin embargo los auxiliares consideraron que rara vez eran eludibles. Si bien bajo la condición humana errar o equivocarse no es ajeno a nadie, pero en lo que refiere a la prestación de servicios y cuidados es ampliamente negativo que la mayor parte del personal opine que los errores rara vez sean evitables.

Se puede considerar como una fortaleza aquellas opiniones en donde existe una coincidencia en ambos grupos como en el caso del jefe y superior que sostiene que la participación es adecuada. En lo que refiere a la comunicación opinan que la misma la mayoría del tiempo es adecuada y se lleva a cabo. Ambos grupos tenían conocimiento de la existencia de protocolos de notificación; sin embargo en la mayoría de los casos existía

un bajo número de notificaciones.

Las opiniones diferentes pudieron deberse en gran medida a que la formación de licenciados y auxiliares son diferentes, si bien los licenciados al igual que los auxiliares están en el trato continuo con el paciente, el trabajo de los primeros es más bien de supervisión y coordinación, por lo cual la percepción de un auxiliar en cuanto a la aplicación de medidas de seguridad puede variar. El auxiliar esta en contacto continuo con el paciente observando las carencias de su entorno. Mientras que los Licenciados deben estar atentos a lo que ocurre en todo el servicio. Con la variable riesgos evitables sucede lo mismo.

En el caso donde ambos grupos opinan de forma similar refleja una fortaleza en el servicio dado que todo el personal, tanto licenciados como auxiliares, llegan a un punto de concordancia independientemente de ser un suceso positivo o negativo, ya que todos son capaces de reconocer el mismo evento o situación. Por otro lado la baja notificación de sucesos adversos se podría considerar como algo positivo, en el caso de que realmente estuviéramos seguros de que los mismos no suceden, pero en el área de la salud sabemos que los errores si existen, como estamos inmersos en una cultura donde se considera que del error no se aprende sino que por el contrario se castiga creemos que esa es la raíz de la baja notificación de sucesos adversos o errores. Existe un alto porcentaje del personal que tiene conocimiento de la existencia de protocolos de notificación de incidentes o sucesos adversos, sería favorable que se informe de éstos al ingresar al servicio.

Las debilidades encontradas fueron según auxiliares de enfermería: aplicación de medidas de seguridad, participación del jefe/superior, medidas que garantizan la seguridad de los pacientes desde la dirección.

Se puede considerar una debilidad por parte de los licenciados, las medidas que garantizan la seguridad de los pacientes desde la dirección, ya que la mitad de la población opina desfavorablemente.

Las fortalezas encontradas son: participación del jefe/superior, comunicación en el área de trabajo, grado de seguridad del paciente en relación a riesgos evitables, existencia de protocolos de notificación de sucesos adversos

Normas éticas

Las autorizaciones se procesaron por medio de la Cátedra de Administración en acuerdo con la División de Enfermería del Hospital de Clínicas. Los docentes tutores realizaron la solicitud del permiso.

El personal encuestado, fue avisado por medio de la licenciada supervisora respecto a la encuesta, haciendo entrega del consentimiento informado en donde se explican los objetivos de la investigación, las pautas para realizarla, y su carácter anónimo.

Agradecimientos

Los autores de este trabajo agradecemos a nuestras familias por darnos su apoyo incondicional.

Al personal técnico y profesional de enfermería de Block Quirúrgico y Recuperación Post Anestésica del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela que participaron de la investigación de forma voluntaria y colaboradora.

A las Docentes tutoras Lic. Enf. Sandra Figueroa, Lic. Enf. Miriam Gorrassi y Lic. Enf. Milton Sbarbaro por habernos orientado en la realización de la investigación.

Y un agradecimiento muy especial a la Sra. Carmen Silvestre, nuestra referente del tema “Culturad de Seguridad del paciente” en España, por el apoyo y material brindado.

Y a todos los colaboradores que hicieron que fuera posible la realización de este trabajo.

Bibliografía

Brunner S. Enfermería medico-quirúrgica. Vol I. 10ª ed. México: McGraw-Hill; 2007.

Cabrera A, Gutiérrez D, Marcolini P, Vitancourt A. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo: Ediciones de Enfermería; 2000.

Cardozo C, Filosi A. Evaluación de la Seguridad del Paciente mediante Criterios Internacionales en un Servicio de Emergencia. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.

Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2006.

Huber D. Liderazgo y Administración de Enfermería. México: Interamericana; 1999.

Martín Moreno J, Ortún Rubio V. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson Salvat; 1998.

Mompart M. Enfermería: administración de los servicios de Enfermería. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1994.

Saturno P, Da Silva Gama Z, de Oliveira-Sousa S, Fonseca Y, De Souza-Oliveira A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español: Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.

Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: Interamericana; 2002.

Silvestre Busto C, Gost Garde J, Lameiro Couso FJ, Layana Etxezuri E, Abad FJ. Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios del sistema nacional de salud. XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Zaragoza. Actas 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2008.

Páginas Web

<http://www.anep.edu.uy/documentos/herramientas.pdf>

<http://www.antropos.galeon.com/html/cultura.htm> www.fsc.edu.uy

<http://www.definicionabc.com/social/seguridad.php>

<https://docs.google.com/document/d/1XIZHiKRoWysX1RNX2MqebJjSX1AvvyS5vf2238ajTc/edit?hl=es>

<https://docs.google.com/document/d/1XIZHiKRoWysX1RNX2MqebJjSX1AvvyS5vf2238ajTc/edit?hl=es>

http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/ponencias/valencia/jesus_ma_aranaz_andres.pdf

http://www.fenf.edu.uy/fenf/com/diag_salud/Niveles_de_preencion.pdf

http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/vml_block2004.pdf

http://www.qshc.com/safetycultureassessment/nieva_sorra.pdf

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_20.pdf

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_20.pdf

Glosario

Auxiliar de Enfermería Profesión fundamentada en la ciencia de la enfermería, se dedica básicamente al tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

Block Quirúrgico Es el lugar donde se llevan a cabo las intervenciones quirúrgicas; la cirugía es la rama de la medicina que comprende la preparación preoperatorio, las decisiones y el manejo intra operatorio y los cuidados post operatorio del usuario.

Como disciplina abraza el cuidado total de una enfermedad con la aplicación de una modalidad que es la operación quirúrgica. El propósito de esta última es corregir los defectos reparar lesiones, diagnosticar y curar procesos patológicos ya sea para aliviar el sufrimiento o prolongar la vida.

Cuestionario Autoadministrado. Es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado llena por sí mismo.

Cultura La UNESCO la define como: “conjunto de rasgos distintivos, espirituales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores y las creencias. La cultura da al hombre la capacidad de reflexión sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. Por ella es como discernimos los valores y realizamos nuestras opciones.

Por ella es como el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevos significados y crea obras que lo trascienden”.

Encuesta. Este método consiste en obtener información de los sujetos de estudios, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, actitudes o sugerencias. Hay dos maneras de obtener información con este método: entrevista y cuestionario.

Enfermería: La enfermería es la [ciencia](#) del cuidado de la salud del ser humano. La enfermería también es una [profesión](#) de titulación [universitaria](#) que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

Escala de Likert. Sirve para medir la opinión o actitud de un sujeto, contiene cierta cantidad de afirmaciones declarativas con una escala después de cada afirmación. El objeto de actitud que se mide puede ser cualquier cosa: un individuo, concepto o símbolo, una marca, una actividad, una profesión.

Estudio Descriptivo. Son aquellos que están dirigidos a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre el fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quienes donde y cuando se esta presentando determinado fenómeno.

Licenciado en Enfermería Profesional de la salud que a través del proceso de enfermería, promueve la salud e interviene en la solución de problemas del individuo, familia y comunidad, a fin de maximizar sus potencialidades para lograr el bienestar. Durante su ejercicio aplica el razonamiento crítico en el desempeño de sus funciones como promotor de la salud, proveedor de cuidados, educador y administrador de la atención de enfermería, conduciéndose conforme a las bases éticas y sentido humanístico

Seguridad. Es el sentimiento de protección frente a carencias y peligros externos que afecten negativamente la [calidad de vida](#). En el ámbito sanitario se define seguridad para el paciente como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida.

Unidad de cuidados post anestésicos. La recuperación post anestésica (RPA) se localiza junto al quirófano. Los individuos que aún están bajo anestesia o recuperándose se llevan a esta unidad para contar con la atención de personal especializado, que consiste en vigilancia y apoyo hemodinámico y pulmonar avanzado, y medicación de analgesia.

Siglas

B.Q: Block Quirúrgico

EE.UU: Estados Unidos

O.M.S: Organización Mundial de la Salud

O.P.S: Organización Panamericana de la Salud

R.P.A: Recuperación Post Anestesia

ANEXOS

A1 MARCO TEORICO

Para introducirnos en la cultura de la seguridad, es necesario definir gestionar o administrar, ya que por medio de esto es que se logrará concretar la seguridad del paciente. Un sistema de gestión de calidad es el conjunto de normas interrelacionadas de una organización por los cuales se administra de forma ordenada la calidad de la misma, en la búsqueda de la mejora continua. ¹

Para lograr la excelencia en la atención es necesario definir calidad.

Según Hubert "... se refiere a las características para alcanzar la excelencia. La excelencia se puede establecer mediante la determinación de los resultados; es decir, si cumple o no favorablemente los estándares para los cuales se crearon". ²

Haciendo referencia a la calidad de la atención sanitaria la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que: "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". ¹ En lo que refiere a la calidad de la atención, diversas investigaciones realizadas demuestran que las enfermeras calificadas brindan cuidados de mejor calidad. De esta manera se logra reducir los errores e incrementar la calidad de los cuidados. ³ El lugar que ocupan las enfermeras en los servicios de salud hace de este grupo profesional un elemento importante en la definición y consecución de niveles adecuados en la calidad asistencial. Los cuidados enfermeros son parte sustancial del contexto total de la atención sanitaria. ¹

A veces es difícil ponderar el impacto que éstos cuidados de enfermería tienen en el total del servicio prestado por el centro o el equipo sanitario. Es necesario abordar la posibilidad de identificar los aspectos que exigen la consideración y valoración de la calidad en relación estrecha con las enfermeras y sus cuidados. La importancia de las acciones de enfermería y sus consecuencias en el estado de salud de los usuarios; garantiza su calidad que es determinante tanto para el paciente como para la institución. ¹

La calidad asistencial se ve reflejada en los servicios a través de los índices de morbi-mortalidad y la formación de los profesionales.

La calidad de atención también se evidencia desde la percepción del usuario referente a

¹ MOMPART, M. (1994). *Enfermería: administración de los servicios de Enfermería*. Ediciones científicas y técnicas SA Masson Salvat. España.

² HUBER, D. (1999). *Liderazgo y Administración de Enfermería*. Editorial Interamericana. México

³ CABRERA, A.; GUTIERREZ, D.; MARCOLINI, P.; VITANCOURT, A. (2000). *Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería*. Editorial: Montevideo

la calidad y la evaluación de la misma con el servicio de salud. Lo cual garantizará la seguridad del paciente.³ La seguridad del paciente ha sido definida, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida. Es la consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales. Mejorar la seguridad depende de un aprendizaje continuo sobre como interaccionan los diferentes componentes del sistema sanitario.⁴ Conseguir la seguridad del paciente, en el plano profesional incluye un rango amplio de actividades y procedimientos conducentes a evitar y proteger a los pacientes de los efectos adversos relacionados con la atención a la salud.⁵ Entendiéndose los efectos adversos como una lesión o complicación que resulta en incapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria, causada por el sistema sanitario, más que por la enfermedad del paciente. O como el daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso de la enfermedad en sí.⁶

Cultura de la seguridad

La cultura se relaciona con compartir valores y creencias, es la sensación que se describe en el ambiente interpersonal. La UNESCO (1982), define a la cultura como: “conjunto de rasgos distintivos, espirituales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores y las creencias. La cultura da al hombre la capacidad de reflexión sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. Por ella es como discernimos los valores y realizamos nuestras opciones. Por ella es como el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevos significados y crea obras que lo trascienden”.⁷

En diversos países, de América y Europa, las organizaciones de salud son cada vez más conscientes de la importancia de transformar la estructura de la cultura con el fin de mejorar la seguridad del paciente. El creciente interés en la cultura de la seguridad implica la necesidad de crear herramientas de evaluación orientadas a mejorar los aspectos culturales de la seguridad de los pacientes. Según el Instituto de Medicina (de los Estados Unidos), “el mayor desafío para avanzar hacia un sistema de salud más seguro, está cambiando la cultura de culpar a los individuos por los errores a aquella en la que los errores no sean tratados como fracasos personales, sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el daño”; dado que la cultura de la seguridad se ha

³ MOMPART, M. (1994). *Enfermería: administración de los servicios de Enfermería*. Ediciones científicas y técnicas SA Masson Salvat. España

⁴ <http://www.definicionabc.com/social/seguridad.php>

⁵ MURILLO, D. (). *La gestión de enfermería y la división medica como dirección asistencial*. Paloma Salvadores

⁶ http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/ponencias/valencia/jesus_ma_aranaz_andres.pdf

⁷ <http://antropos.galeon.com/html/cultura.htm> www.fsc.edu.uy

convertido en uno de los pilares de la seguridad del paciente.

Los sistemas de salud deben alejarse de la culpa y la vergüenza, de la actual cultura que impide el reconocimiento del error y por lo tanto obstruye cualquier posibilidad de aprender de él. Mejorar la seguridad requiere que los sistemas de atención sanitaria tengan fácil acceso a la información, que apoye el aprendizaje desde la experiencia promoviendo sistemas, tanto para prevenir los errores como para mitigar el impacto de los que ocurren. Una cultura de la seguridad positiva reconoce la inevitabilidad del error y busca en forma proactiva identificar las amenazas latentes para prevenir y actuar.

La Cultura de la seguridad es un rendimiento de la configuración de los factores que guía los comportamientos facultativos de los profesionales de la salud, viendo hacia la seguridad del paciente como una de sus mayores prioridades. El Comité Asesor sobre la seguridad en las Instalaciones Nucleares plantea "...Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y la confianza en la eficacia de las medidas preventivas".

Las evaluaciones de la cultura de seguridad son herramientas nuevas en la seguridad del paciente. Estas se pueden utilizar para medir condiciones de organización que llevan a los eventos adversos y daño al paciente, y para el desarrollo y la evaluación de la seguridad mediante intervenciones de mejora en las organizaciones sanitarias.⁸⁴

La cultura de la seguridad, hace referencia a las actitudes colectivas y a las creencias locales de los trabajadores de la salud que impactan en el desenlace de los pacientes. Una organización comprometida con la cultura de la seguridad se ve reforzada tanto a nivel personal como a nivel grupal. Para mejorar dicha cultura, las organizaciones deben identificar los puntos débiles o deficientes del sistema y corregirlos. Los sistemas tienen que ver tanto con la forma en que se encuentra establecido el trabajo con la cultura de organización.⁹

Para comprender más profundamente cultura de la seguridad, consideramos necesario conceptualizar la cultura organizativa. Según Veninga (1982) "...como el banco acumulativo de conocimientos, experiencias, significados, creencias, valores, actitudes, poder y riqueza que adquiere una organización". En nuestro caso dicha organización es el personal de enfermería, en donde se trabaja en equipo, con sus creencias, valores y conocimientos, y son guiados por un líder. "Cada organización tiene normas y valores culturales; las organizaciones modernas de atención a la salud son mezclas complejas de realidades y culturas sociales que dan forma a las interacciones humanas. En el centro de la cultura organizativa se encuentran patrones básicos que han funcionado en el pasado y

⁴⁸ www.qshc.com/safetycultureassessment/nieva_sorra.pdf

⁹ Martín Moreno José María, Ortún Rubio Vicente. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Ediciones científicas y técnicas SA; Masson Salvat; Barcelona; 1998.

se transmiten a los nuevos miembros, como la forma correcta de percibir, pensar sentir y actuar” Del Bueno y Vicente, 1986. En estas dos definiciones de cultura organizativa de Veninga y como se rige una organización por Del bueno y Vicente; se destaca que el equipo actuante en un servicio de salud, como tal, posee su dinámica de trabajo, siguiendo determinadas normas establecidas y valores, bajo las funciones de “pensar, percibir y actuar”, que se irán transmitiendo a los nuevos miembros del equipo.⁹⁵

Sin embargo cada individuo, perteneciente al grupo de trabajo posee sus propios conocimientos, valores, experiencias, creencias, actitudes; que influenciarán el funcionamiento del equipo positiva y/o negativamente. De esto dependerá la seguridad que el servicio le brinda al paciente.

También el líder como miembro del equipo puede darle forma y mediar en la cultura si el grupo acepta esa influencia. Como referente del mismo, así como también todo el conjunto de personas que forman parte de él, debe cumplir con los siguientes requisitos para lograr una cultura de seguridad constructiva y dinámica: 1) compromiso de los líderes para aprender y discutir los errores; 2) documentar y mejorar la seguridad de los pacientes; 3) fomentar y practicar el trabajo en equipo; 4) detectar los peligros potenciales; 5) reconocer y elogiar el esfuerzo alcanzado por el grupo para lograr el fortalecimiento de un clima de trabajo seguro. Entonces la cultura de la seguridad hacia el paciente está enfocada a mejorar los errores cometidos por el personal de salud.⁹

Cuando nos referimos a valores, actitudes y acciones de cada individuo involucrado en el equipo de salud, nos introducimos en el terreno de la ética, ya que esta se encarga del estudio de la moralidad del obrar humano. Es todo cuestionamiento que precede la acción y busca tener en cuenta las necesidades de las personas involucradas en una determinada situación, el discernimiento o pensamiento ético nos permite hacer conciente la posición que adoptamos frente a las situaciones de la vida. El núcleo central de la discusión ética es identificar y analizar lo que previamente se vincula a una acción (situación) y lo que puede derivarse en función de las posibles soluciones a tomar, asociando una jerarquía de v La ética de la ciencia de la salud es la bioética la cual abarca los problemas de los profesionales de esta área, los que emergen en la investigación científica. La bioética, según W Reich es: "El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales".¹⁰ También la bioética se considera parte de la ética, pero aplicada al comportamiento esperado de personas que “tratan con la vida” y cuya finalidad es la de mejorar la calidad de vida del

⁵⁹ Martín Moreno José María, Ortún Rubio Vicente. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Ediciones científicas y técnicas SA; Masson Salvat; Barcelona; 1998.

¹⁰ <https://docs.google.com/document/d/1XIZHiKR0WysX1RNx2MqebSjSX1AvvyS5vf2238ajTc/edit?hl=es>

ser humano. Se basa en tres principios básicos: beneficencia, autonomía y justicia.

Beneficencia- Hace referencia a que se debe actuar siempre en bien del paciente; la moral requiere que contribuyamos a su bien. Se la entiende como todas las acciones para prevenir daños o tratar condiciones perjudiciales que se dan en un sujeto. **Autonomía-** La decisión de una persona es autónoma, si ella deriva de sus propios valores y creencias, se basa en un conocimiento y entendimiento adecuado y no está sujeta a coerción externa o interna. La característica principal de la autonomía moral es que una adhesión es verdaderamente autónoma si es auténtica, es decir no contradice las creencias y valores de la persona. **Justicia-** “la justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho, el mismo hace referencia al bien común de las personas, ya que el término de “Justicia” es equívoco; en general la idea de igualdad está ligada en el uso común a la de justicia, entendiéndose como injusto a lo desigual.”^{10 6}

Partiendo de la honestidad del personal de enfermería, se hace una óptima atención hacia el usuario; generando así una relación de confianza y empatía. En la práctica cotidiana de la salud, el error raramente se admite y se discute, por el contrario siempre es castigado. Esto hace que el trabajador actúe bajo presión, y a su vez sea más propenso a cometer esos errores, por lo tanto generará deshonestidad que conlleva a ocultarlo, en lugar de admitirlo y determinar sus causas.¹¹

Es imprescindible comprender que si médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud, desean reducir los errores en el cuidado de los pacientes, resulta fundamental generar un cambio en la forma de pensar y actuar.¹¹

No se puede modificar la condición humana, pero sí las condiciones de trabajo del personal. Para ello es vital crear un ambiente laboral donde se priorice la seguridad del paciente y no sean tan severas las medidas que se lleven a cabo cuando se reconoce el error y de esta manera adoptar una actitud honesta que éticamente es la que corresponde.

Por todo lo anteriormente mencionado es estrechamente importante la comunicación de los errores.¹¹

La comunicación es el fundamento de toda la vida social del ser humano, es un fenómeno propio a la relación grupal de los seres vivos, por medio del cual éstos obtienen información acerca de su entorno y son capaces de compartirla haciendo partícipes a otros de esa información. Todo miembro de un equipo de salud deberá establecer una buena y adecuada comunicación con los pacientes, familia y con el resto de los integrantes del equipo, esto incluye la comunicación en todas sus formas, siguiendo las

⁶ <https://docs.google.com/document/d/1XIZHiKR0WysX1RNX2MqebSjSX1AvvyS5vf2238ajTc/edit?hl=es>

⁹ Martín Moreno José María, Ortún Rubio Vicente. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Ediciones científicas y técnicas SA; Masson Salvat; Barcelona; 1998.

¹¹ http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_20.pdf

pautas de la ética. Manteniendo con el resto del equipo de salud siempre normas de comunicación adecuadas. Manejar con la discreción debida los comentarios que escuche, recordando el secreto profesional y las normas de interrelación, intervenir positivamente (para aportar algo) usando la iniciativa en la mejora de la profesión. La comunicación contribuye a generar un clima de armonía y compañerismo, el cual aportará siempre mejoras en el trabajo y en el objetivo principal que es el de restaurar la salud del paciente.¹²

Por tanto se considera la como un elemento clave en el cambio de cultura a la que se desea llegar. Para esto hay dos puntos a destacar; la comunicación de los errores entre profesionales y la información a los pacientes sobre la falta cometida. El primero es un principio fundamental que implica el poder aprender de los errores, pues “el éxito nunca enseña nada, solo se aprende del error” (anónimo). La comunicación con el paciente demuestra un valor fundamental de nuestra cultura, la honestidad.¹¹

Por medio de una comunicación precisa y clara se puede evitar la ocurrencia de errores, aclarar las pautas del tratamiento, así como la comunicación con el paciente nos permite saber de manera concisa cuál es su sentir, su pensar; creando una relación interpersonal de confianza y empatía.

Unos de los fundamentos de la cultura de la seguridad del paciente trata de prevenir, evitar efectos adversos, de ahí la ponderación de los niveles de prevención. **Prevenir en salud** es realizar acciones con la intención de modificar la probabilidad de ocurrencia o comportamiento de un proceso mórbido. Las actuaciones de carácter preventivo se diferencian según la etapa de la historia natural de la enfermedad en la que se interviene. Los niveles de prevención son tres: **Prevención primaria**. Conjunto de actividades que actúan en el periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad. Dirigidas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad; debe incidir en los factores que determinan o condicionan negativamente al proceso salud enfermedad (PSE). **Prevención secundaria**. Las intervenciones inciden en el periodo patogénico presintomático de la enfermedad y pretende, mediante una detección precoz, mejorar su pronóstico. Las personas han de someterse a un proceso de diagnóstico para confirmar o no la presencia de la enfermedad y en caso que así fuera comenzar el tratamiento pertinente. **Prevención terciaria**. Acciones que inciden en el periodo patogénico sintomático de la enfermedad, cuando las lesiones son irreversibles y el problema adquiere carácter crónico. El objetivo de la prevención terciaria es retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las incapacidades cuando ya existe.¹³

⁷¹¹ http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_20.pdf

¹³ http://www.fenf.edu.uy/fenf/com/diag_salud/Niveles_de_preencion.pdf

A2

Antecedentes de la investigación

Los siguientes antecedentes surgen de una exhaustiva revisión bibliográfica en la cual encontramos diversas investigaciones relacionados al tema de cultura de la seguridad del paciente. Los datos aportados por las siguientes investigaciones y artículos son los siguientes.

Los datos a continuación surgieron de un trabajo de investigación realizado por estudiantes de la facultad de enfermería en Uruguay, en la cátedra de administración año 2009, con el título “Evaluación de la seguridad del paciente mediante criterios internacionales en un servicio de emergencia” dio como resultado que la seguridad de los pacientes se ve relacionado directamente con la calidad de asistencia brindada. También que la atención de enfermería que se brinda a los usuarios no alcanza los niveles de suficiencia y para que la asistencia brindada cumpla con las pautas que se utilizan internacionalmente se deberán instrumentar estrategias basadas en la capacitación personal. Lo cual redundaría no solo en mejoras en la seguridad de los pacientes sino también en la calidad de asistencia y en la satisfacción del usuario.^{1 8}

En un estudio realizado en Medellín-Colombia, de la Universidad de Antioquia (Facultad Nacional de Salud Pública); el tema de seguridad del paciente, se enfrentó a dificultades como la generación de la “cultura del reporte” de eventos adversos, por lo cual lo necesario sería la construcción de una organización confiable; donde quien reporta un incidente no es culpado ni castigado, donde quien no reporta es castigado no por el incidente sino por ocultarlo, donde se habla desprevenidamente de los errores y se aprende de ellos; donde no se pregunta, “¿quién?”, sino “¿qué?” El problema de la seguridad del paciente tiene que ver no solo con factores humanos o institucionales, sino también a voluntades políticas, factores académicos y tecnológicos que están relacionados con la atención de los pacientes.

Los problemas de seguridad del paciente no son innatos al equipo de salud en su totalidad, lo que se pretende es minimizar y disminuir la ocurrencia de factores adversos ya que estos se originan en falencias organizacionales y no en ambientes individuales.²

⁸¹ Cardozo, Claudia; Filosi, Ana Laura. *Evaluación de la Seguridad del Paciente mediante Criterios Internacionales en un Servicio de Emergencia; Facultad de Enfermería, Universidad de la República; Montevideo, Uruguay; 2009.*

² http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/vml_block2004.pdf.

Un estudio realizado en España sobre la seguridad del paciente el cual se titula “*Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud*” tenía como objetivo: evaluar la efectividad de las medidas emprendidas por la administración, instituciones y centros para mejorar la seguridad de los pacientes a través de la mejora de la cultura de seguridad de profesionales sanitarios. Se llevó a cabo en Zaragoza en los años 2007 y 2009, se captaron opiniones y creencias sobre seguridad de los pacientes, por parte de los profesionales implicados en la asistencia en centros de salud y hospitales. En dicho estudio se obtuvieron como resultados que el personal sanitario considera inaceptable el nivel de seguridad de su centro. La dimensión mejor valorada fue el trabajo en equipo en cada servicio; mientras que la peor valorada fue personal suficiente. Se identificaron como áreas fuertes, el Respeto entre compañeros, el apoyo en la Unidad/Servicio y la Preocupación del jefe inmediato por los problemas de seguridad en los pacientes y como áreas de mejora: la Plantilla insuficiente y la Sobrecarga de trabajo. A todo esto las conclusiones obtenidas fueron: Valoración de La seguridad de forma positiva por el personal sanitario, existiendo una mayor notificación de eventos adversos por parte de enfermería. Existe interés por parte de supervisoras o responsables, así como el trabajo en equipo son los aspectos mejor valorados, lo que se interpreta como buenas noticias para el entorno más inmediato del paciente.³

En otra investigación realizada en 24 Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español, por parte de la Universidad de Murcia, sobre el tema “Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente”; el cual plantea como objetivo medir el clima respecto a la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, necesario para diseñar actividades que mejoren la cultura de seguridad del paciente y así minimizar errores y efectos adversos. Utiliza un cuestionario que proporciona una calificación global (de 0 a 10) sobre el clima de seguridad percibido por parte del personal, e incluye, además de las características socio- profesionales, una pregunta sobre el número de eventos notificados, además de 42 ítems sobre seguridad. Se obtuvieron como resultados que la mitad de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6 y 8. Se identificaron las siguientes fortalezas:⁴ Trabajo en equipo dentro de las unidades y acciones de la dirección del servicio que promueven la seguridad, el personal se apoya mutuamente, cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, también se destaca la mejora continua en el aprendizaje organizacional. Las debilidades detectadas fueron: dotación de personal, percepción de seguridad y apoyo de la Gerencia en la seguridad del paciente. Muchas de estas fortalezas y lasitudes coinciden con el estudio “Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios del Sistema Nacional Salud”, mencionado anteriormente,

⁹ Silvestre Busto C, Gost Garde J, Lameiro Couso FJ, Layana Etxezuri E, Abad FJ. Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios del sistema nacional de salud. Congreso: XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2008. Zaragoza. Actas 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

4 P.J. Saturno, Z.A. Da Silva Gama, S.L. de Oliveira-Sousa, Y.A. Fonseca, A.C. De Souza-Oliveira y Grupo Proyecto ISEP*. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia. España. 2008

realizado en el mismo país. Se han identificado diferencias del clima de seguridad, globalmente estas apuntan a una percepción más negativa en los hospitales grandes, y relativamente más positiva en los pequeños.⁵

De las investigaciones planteadas previamente en diversos países iberoamericanos podemos constatar que la seguridad de los pacientes se relaciona con la calidad de asistencia brindada. Y a su vez la misma esta influenciada por: la capacitación del personal, notificación de eventos adversos sin sanción, dotación de personal, respeto, trabajo en equipo, sobrecarga de trabajo entre otros. Dichos ítems mencionados se encuentran implícitos en la investigación que llevaremos a cabo ya que influyen directamente en la seguridad de los pacientes.

A3

Diseño metodológico

Tipo de estudio

El estudio se clasifica en: cuantitativo, transversal, descriptivo

Área de estudio.

La investigación se llevará a cabo en Uruguay, ciudad de Montevideo, en un Hospital Universitario Público, el cual abarca los tres niveles de Atención: Primario, Secundario y Terciario.

Dicho Centro es de referencia Nacional y brinda asistencia a usuarios mayores de 18 años.

Universo

Todos los enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería que desempeñan sus tareas en el servicio de Block Quirúrgico y Recuperación post- anestésica. Siendo el universo para la investigación de 98 personas.

Muestra

La muestra está determinada por aquello que se encuentran dentro de los criterios de inclusión; siendo en este caso de 71 participantes.

El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia; comparten características comunes (profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería con un año o más de antigüedad en el servicio).

Criterios de inclusión: Licenciadas Operativas y Auxiliares de Enfermería que se desempeñan en los diferentes turnos en Block Quirúrgico y Recuperación Post Anestesia (RPA). Asimismo deberán contar con más de un año de trabajo en su Profesión y en el Servicio.

Criterios de exclusión: Licenciadas en Enfermería operativas y Auxiliares de Enfermería que se desempeñen en los Servicios de Block Quirúrgico con menos de un año de antigüedad en el cargo y en el área.

Operacionalización de las variables

Variable: Tiempo que lleva trabajando en el centro.

Definición conceptual: Periodo de tiempo que lleva ocupando su cargo en la institución sanitaria.

Definición operacional: cuantitativa, continua.

Categorías:

De 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15, de 16 a 20 y mayor o igual a 21 años.

Variable: Tiempo que lleva trabajando en el área:

Definición conceptual: Periodo de tiempo que ejerce su profesión en su unidad de trabajo

Definición operacional: cuantitativa, continua.

Categorías:

De 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15, de 16 a 20 y mayor o igual a 21 años.

Variable: Carga horaria semanal

Definición conceptual: Cantidad de horas que trabaja semanalmente en el servicio.

Definición operacional: cuantitativa, discreta.

Categorías:

Menos de 20hs, de 20 a 39hs, de 40 a 59 y mayor o igual a 60 horas.

Variable: Cargo que ocupa en el servicio

Definición conceptual: Estamento que posee en el servicio sanitario

Definición operacional: cualitativa nominal

Categoría

Licenciadas Operativas, Auxiliares de Enfermería

Variable: Tiempo que desempeña en su cargo

Definición conceptual: Periodo de tiempo que lleva ocupando su cargo.

Definición operacional: Cuantitativa, continua.

Categoría:

De 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15, de 16 a 20 y mayor o igual a 21 años.

Variable: Área o Unidad de Trabajo

Definición conceptual: Lugar en donde se desarrolla la actividad laboral diaria.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Categoría:

Block Quirúrgico

Recuperación Post Anestésica

Variable: Opinión del personal en cuanto a la aplicación de medidas de seguridad

Definición conceptual: lo que opina el personal sanitario referente a si se llevan a cabo medidas de seguridad.

Definición operacional: cualitativa, ordinal.

Categorías

- Apoyo mutuo en la unidad.
- Suficiente personal para la carga del trabajo
- Trabajo en equipo
- Respeto entre el personal
- Trabaja más horas de lo que sería conveniente
- Actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente
- Más personal de sustitución del conveniente para el cuidado del paciente
- El personal siente que sus errores son utilizados en su contra

- Existencia de medidas para evitar que se vuelva a cometer algún fallo
- Solo de casualidad no ocurren más errores en la unidad
- Ayuda mutua entre compañeros cuando hay sobrecarga de trabajo
- Cuando se informa un efecto adverso se siente que se juzga a la persona y no al problema
- Evaluación de de efectividad después de introducir cambios para la mejora de la seguridad del paciente

Trabajo bajo presión intentando hacer mucho (rápidamente)

La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer mas trabajo

Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes

En la unidad hay problemas con la seguridad del paciente

Los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.

Indicadores:

Muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo.

Variable: Participación del jefe o superior

Definición conceptual: participación del profesional que tiene a su cargo al resto del personal

Definición operacional: cualitativa, ordinal

Categorías

El jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo de conformidad con los procedimientos establecido

Considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes

Cuando la presión de trabajo aumenta quiere que se trabaje más rápido aunque el paciente se ponga en riesgo

No hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan

Indicadores:

Muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo.

Variable: Comunicación en el área de trabajo

Definición conceptual: El intercambio de información entre el personal de la unidad o área de trabajo.

Definición operacional: cualitativa, ordinal

Categorías

Se informan los cambios realizados a partir de los sucesos notificados

El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente

Se informa sobre los errores que se cometen en la unidad de trabajo

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

En la unidad se discute como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder

El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no esta bien.

Indicadores:

Nunca, rara vez, algunas veces la mayoría del tiempo, siempre.

Variable: Frecuencia de sucesos notificados

Definición conceptual: Apreciación del personal profesional de Enfermería sobre el número de veces que se informa sobre incidentes o reacciones adversas ocurridas.

Definición operacional: cualitativa, ordinal

Categoría

Frecuencia de notificaciones

Quando se comete un error que es corregido antes de afectar al paciente

Quando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente

Quando se comete un error que pudiese dañar al paciente pero no lo hace.

Indicadores:

Nunca, rara vez, algunas veces la mayoría del tiempo, siempre

Variable: Percepción del personal con respecto grado de seguridad del paciente en relación a riesgos evitables.

Definición conceptual: prevención de riesgos o accidentes evitables

Definición operacional: cualitativa, ordinal

Indicadores:

Excelente, muy bueno, aceptable, pobre y malo.

Variable: Opinión del personal acerca de medidas que garantizan la seguridad del paciente desde la dirección del centro de salud.

Definición conceptual: opinión que tiene el personal sanitario respecto a las normativas para garantizar la seguridad del paciente a nivel directivo

Definición operacional: cualitativa ordinal

Categorías

La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente

Los servicios/unidades no se coordinan bien entre ellos

La información de los pacientes se pierde cuando son trasladados de un servicio a otro

Hay buena cooperación entre los servicios que necesitan trabajar juntos

A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno

Con frecuencia resulta incomodo trabajar con personal de otras unidades

Es problemático el intercambio de información entre servicios del centro

Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria

La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso

Las unidades del centro trabajan juntas y coordinadamente para promover el mejor cuidado a los pacientes

Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este centro.

Indicadores:

Muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo.

Variable: protocolo de notificación de incidentes o sucesos adversos.

Definición conceptual: existencia de procedimientos para notificar incidentes o efectos adversos.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Indicadores

1) Si/No

Variable: Número de Sucesos notificados

Definición conceptual: número de veces que se notifica por escrito un incidente o efecto adverso.

Definición operacional: cuantitativa discreta.

Indicadores: Ninguna notificación, de 1 a 2 notificaciones, de 3 a 5 notificaciones, de 6 a 10 notificaciones, de 11 a 20 notificaciones, 21 notificaciones o más.

Variable: Comentarios

Definición conceptual: opiniones y manifestaciones personales del equipo de enfermería respecto a la seguridad de los pacientes en su área de trabajo.

Definición operacional: Cualitativa, nominal.

A4

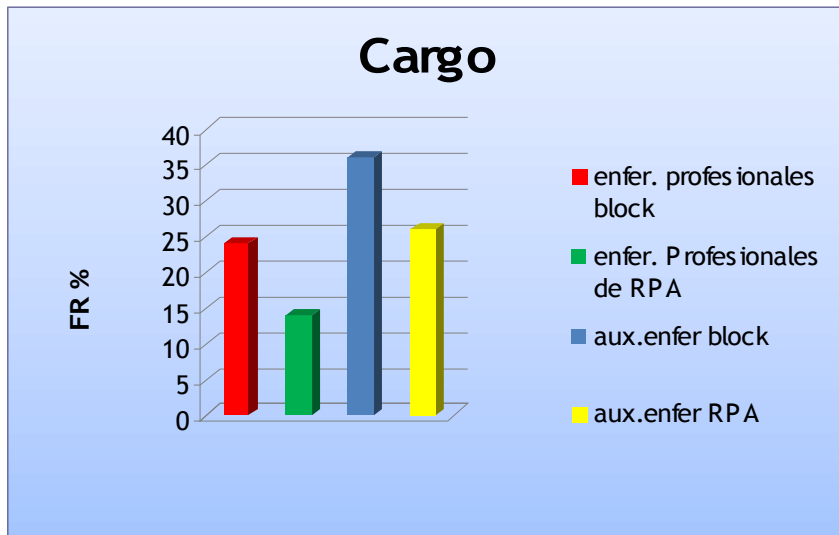
Resultados no utilizados para el análisis

Distribución de la población según las variables: área o unidad de trabajo y cargo que ocupa en el servicio.

Tabla

Cargo	FA	FR %
Enfermeros profesionales BQ	14	24
Enfermeros Profesionales de RPA	8	14
Auxiliares enfermería BQ	21	36
Auxiliares enfermería RPA	15	26
Total	58	100

Gráfica



De la población en estudio, Block Quirúrgico cuenta con 14 Licenciadas en Enfermería y 21 Auxiliares; siendo en total 35 funcionarios. Por otro lado RPA cuenta con 23 empleados de los cuales 8 son enfermeros profesionales y 15 subalternos.

En suma: En BQ un 36% son Auxiliares de Enfermería y el 24% son Enfermeros

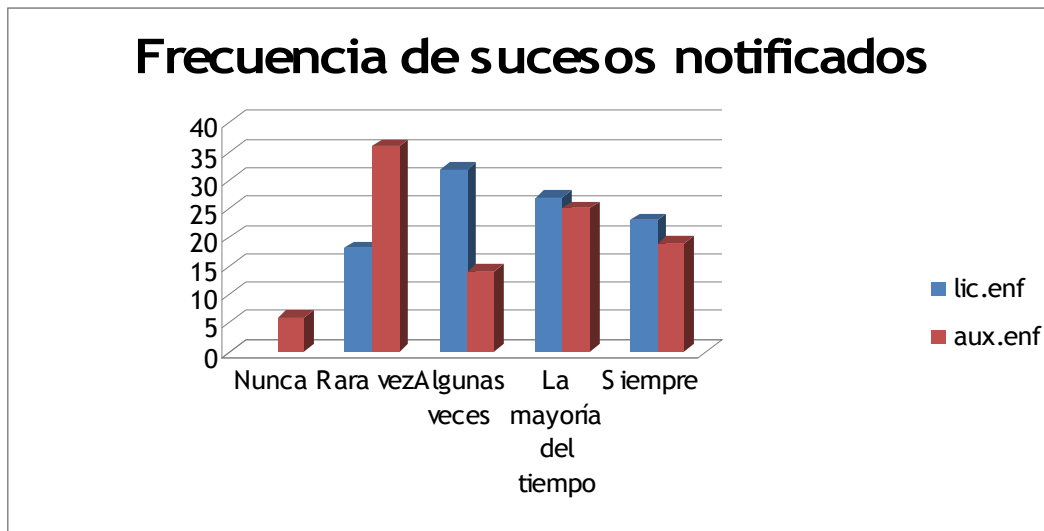
Profesionales. Mientras que en RPA; el 26% son Auxiliares y el 14% Licenciados.

Distribución de la población según Frecuencia de sucesos notificados

Tabla

	lic.enf		aux.enf	
	FA	FR%	FA	FR%
Nunca	0		2	6
Rara vez	4	18	13	36
Algunas veces	7	32	5	14
La mayoría del tiempo	6	27	9	25
Siempre	5	23	7	19
Total	22	100	36	100

Gráfico



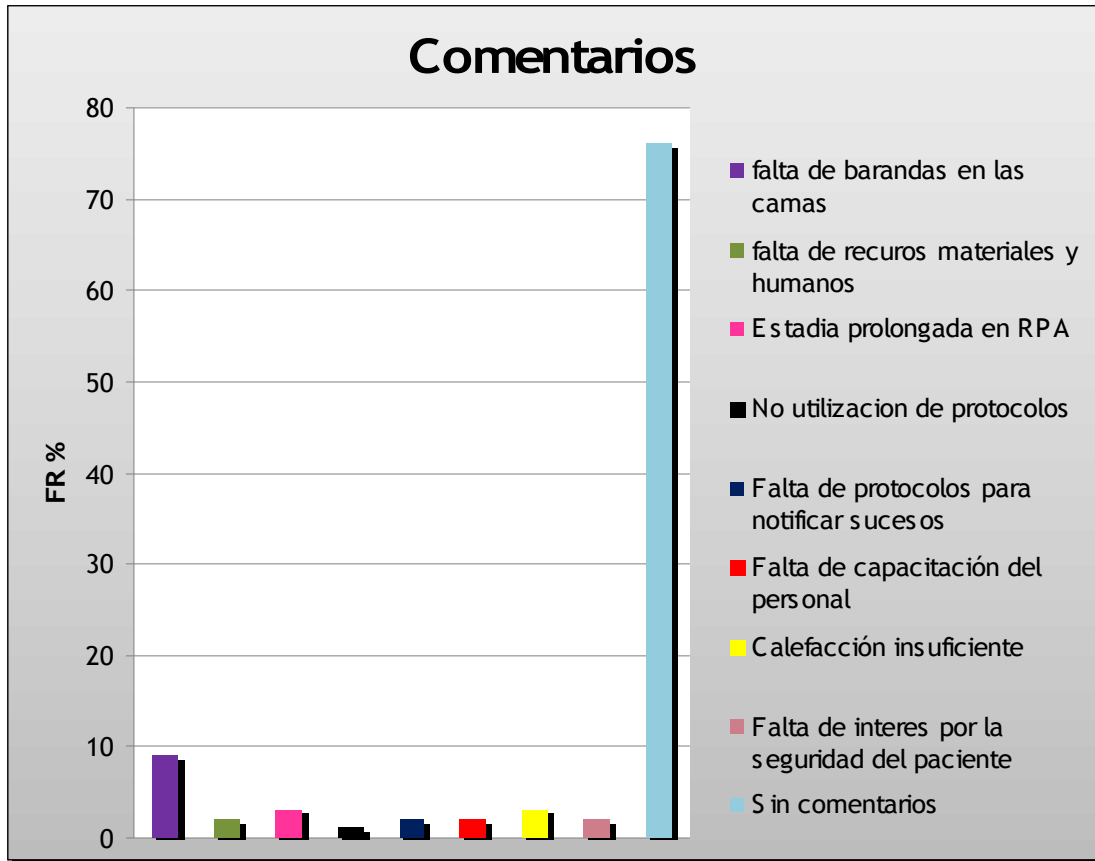
En suma: Los Licenciados opinan en un 32% que los sucesos son notificados algunas veces, la mayoría del tiempo 27% y el 23% considera que se notifican siempre.

Distribución del personal según comentarios

Tabla

Comentarios	FA	FR%
Falta de barandas en las camas	5	9
Falta de recaros materiales y humanos	1	2
Estadía prolongada en RPA	2	3
No utilización de protocolos	1	1
Falta de protocolos para notificar sucesos	1	2
Falta de capacitación del personal	1	2
Calefacción insuficiente	2	3
Falta de interes por la seguridad del paciente	1	2
Sin comentarios	44	76
Total	58	100

Gráfico



En suma: El 76% no emitió comentario alguno, opinan que hay falta de barandas en las camas el 9%, entre el 2 y 3% resaltan la falta de recursos humanos y materiales, estadía prolongada en RPA, la falta de protocolos para notificar sucesos adversos, falta de capacitación del personal, calefacción insuficiente y falta de interés por la seguridad del paciente.

A4

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN**

El propósito de este consentimiento es informar a los participantes acerca de la investigación.

La presente investigación “Cultura de la seguridad del paciente”, es realizada por estudiantes finalizando la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República previamente avalado por tutores de la Cátedra de Administración.

El objetivo de este estudio es conocer la cultura del personal de enfermería profesional y auxiliar de enfermería de una institución sanitaria referente a la seguridad del paciente.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar un formulario reservado de uso exclusivo para esta investigación, que tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio no es de carácter obligatorio. La información que se recoja será utilizada exclusivamente para la defensa de la tesis.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas del formulario le parece poco claras, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería. He sido informado (a) del objetivo, duración y anonimato del mismo.

Nombre del Participante

(Letra de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Entrevista realizada a Lic. Silvia De León (Block Quirúrgico y Reanimación Post Anestésica)

Se solicita entrevista para aplicar la encuesta o cuestionario que es autoadministrado, anónimo. El objetivo de la misma es conocer la dotación de personal en los sectores antes mencionados en el marco de nuestra investigación que es Cultura de la seguridad del paciente.

1) ¿Qué cargo ocupa en el servicio?

2) ¿Durante cuanto tiempo se ha desempeñado en dicho cargo?

3) ¿Cuál es la dotación de personal, Lic. Operativas y auxiliares de enfermería en BQ en los 4 turnos?

4) ¿Cuál es la dotación de personal, Lic. Operativas y Auxiliares de enfermería en Recuperación Post Anestésica en los 4 turnos?

5) ¿El personal que cumple sus tareas en dichos sectores tiene una antigüedad mayor a 1 año?

—

6) ¿Hay personal con licencia médica u otras?

7) ¿Cuál es la hora mas conveniente, dadas las características del servicio, para presentarnos y entregar las encuestas en los 4 turnos?

8) ¿El servicio cuenta con algún lugar especial donde pudramos entrevistar al personal de Block Quirúrgico?

Encuesta Grado de Seguridad del paciente

A7

Cronograma

Año.	2010						2011								
Meses.	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Actividades.															
Entrega del tema.	→														
Revisión bibliográfica y elaboración del marco teórico.	→	→	→	→	→	→									
Formulación de objetivos generales y específicos.		→	→	→	→	→									
Elaboración de protocolo y fundamento teórico		→	→												
Planteo de la Metodología a utilizar.						→	→								
Definiciones operacionales.						→	→								
Aplicación del instrumento y recolección datos								→	→						
Procesamiento y análisis de los datos										→	→	→			
Elaboración de informe final													→	→	