

**ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS EN CUANTO A CULTURA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS
INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE
ATENCIÓN, ANTIOQUIA 2015**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA DE COLOMBIA



Facultad Ciencias de la Salud

Jennifer Agudelo Durango
Sandra Milena Areiza Correa
Diana Marcela Giraldo Palacio

Medellín, Colombia
2016

PÁGINA DE ACEPTACIÓN



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Actitudes y Comportamientos sobre la Cultura de Seguridad del Paciente, del Personal de Enfermería de las Instituciones Hospitalarias de Primer y Segundo Nivel de Atención, Antioquia 2015.", elaborado por las estudiantes: Jennifer Agudelo Durango, Sandra Milena Areiza Correa y Diana Marcela Giraldo Palacio, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

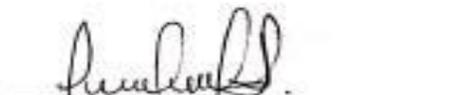
Aprobado - Sobresaliente

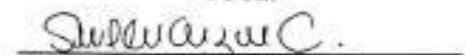
Medellín, Mayo 23 de 2016

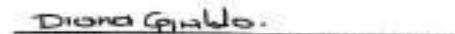

Mg (c). Milton Andrés Jara
Presidente


Enf. Cielo Martínez Reyes
Secretario


Mg (c). Olga Liliana Mejía
Vocal


Jennifer Agudelo Durango
Estudiante


Sandra Milena Areiza Correa
Estudiante


Diana Marcela Giraldo Palacio
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de Junio de 1983 / NIT 860.623.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

Las autoras de esta investigación, agradecen a:

- La Enfermera Cielo Rebeca Martínez. Docente de la Universidad Adventista de Colombia. Especialista en Gerencia de Proyectos. Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Magister en Gestión de la Calidad de Servicios de Salud. Doctoranda en Ciencias Biomédicas.
- La Corporación Universitaria Adventista. Facultad de ciencias de la Salud.
- Milton Andrés Jara. Coordinador de Investigación de la Corporación Universitaria Adventista.
- Directivos y personal de Enfermería de las instituciones participantes en la investigación

DEDICATORIA

Dedicamos esta investigación en primer lugar a Dios, por ser la fuente que fortalece a diario nuestros corazones e ilumina nuestras mentes, por permitirnos actuar con sabiduría y entendimiento y por guiar nuestro camino, en medio de alegrías, angustias, aciertos y reveses.

A nuestras familias (Padres, hermanos, esposo e hijo), por ser los pilares fundamentales de nuestras vidas; es por esa lucha incansable y su apoyo incondicional, que hoy nosotras logramos saborear la satisfacción de haber culminado nuestro proyecto para optar al título de Enfermeras. Gracias por existir, por brindarnos tanto amor y por estar siempre para nosotras.

LAS AUTORAS.

RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Ciencias de la Salud

Enfermería

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS EN CUANTO A CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, ANTIOQUIA 2015

Integrantes del grupo:

Jennifer Agudelo Durango

Sandra Milena Areiza Correa

Diana Marcela Giraldo Palacio

Asesora:

Cielo Rebeca Martínez Reyes (Enfermera)

Fecha de terminación del proyecto: Diciembre 2015

Los nuevos retos científico técnicos a los que se enfrenta el que hacer de enfermería, generan la necesidad de garantizar un cuidado enmarcado en la cultura de seguridad del paciente, ya que el cuidado de enfermería, tiene como finalidad ayudar a las personas a recuperar su salud en el menor tiempo posible, busca detectar situaciones que ponen en riesgo su salud y permite establecer medidas necesarias para prevenir eventos futuros.

Es por ello que la cultura de seguridad del paciente, es un lineamiento fundamental que influye en la calidad del cuidado de enfermería; es un asunto prioritario que demanda nuevas

exigencias entre los diferentes sistemas, busca aumentar la calidad en el cuidado del paciente para lograr incrementar su satisfacción, disminuir eventos adversos y costos operacionales, al igual que aprender de los errores para permitir un mejoramiento continuo.

Por lo anterior, se analizó las actitudes y comportamientos en cuanto a la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de instituciones de primer y segundo nivel de atención, en convenio con la Corporación Universitaria Adventista, durante el segundo semestre de 2015, mediante un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, evaluativo, transversal, observacional; la muestra estuvo integrada por 6 enfermeros profesionales y 37 auxiliares de enfermería, que cumplieron con los criterios de inclusión y participaron voluntariamente. Se recolectaron los datos a través de una encuesta autoadministrada de la Agencia para la investigación de la calidad de la atención de salud AHQR, versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, 2005 y avalada en Colombia por el Ministerio de salud social y protección, con una confiabilidad en el Alfa de cronbach en un rango de buena a excelente.

El análisis estadístico se dio mediante método descriptivo explorativo univariado; considerándose según la resolución 8430 de 1993, como una investigación de riesgo mínimo, para la cual se obtuvieron entre los resultados más relevantes los siguientes: fueron percibidas como fortalezas: Aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la unidad, apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente. Tendencias a ser fortaleza: percepción de seguridad, reporte de eventos adversos, retroalimentación sobre errores. En las dimensiones consideradas oportunidades de mejora: franqueza en la comunicación, respuesta no punitiva ante los errores, dotación de personal, horarios laborales mayores a 48 horas semanales y trabajo entre las unidades, factores que se perciben como riesgos comunes para garantizar la seguridad del paciente.

Se pudo concluir que es fundamental lograr una relación equilibrada entre las tareas que se desarrollen, la cantidad del personal y los tiempos que enfermería requiere para esto, al igual un acercamiento voluntario, que permita tratar abiertamente los problemas sobre seguridad del paciente al interior de las organizaciones.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería, tiene como finalidad ayudar a las personas a recuperar su salud en el menor tiempo posible, busca detectar situaciones que ponen en riesgo la salud de las personas y establecer medidas necesarias para prevenir eventos futuros.

Es por ello que, para gestionar la calidad del cuidado de enfermería es indispensable implementar estrategias como: prácticas centradas en el paciente, mejoramiento continuo con la participación y liderazgo del equipo directivo y de todo el equipo de trabajo; identificación de procesos críticos y superar las barreras existentes; toma de decisiones basadas en evidencias e información científica; lo cual se refleja necesariamente en el aseguramiento de la seguridad del paciente

La seguridad es un tema recurrente que cobra vigencia en los diferentes campos de desempeño humano cada vez que se presentan eventos que ponen en riesgo la vida de las personas; debido a esto, actualmente, las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son más conscientes de la importancia de proveer posibles eventos adversos asociados al cuidado, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos, esto con el fin de proporcionar un clima de seguridad, que es el único camino que garantiza el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

“Esta necesidad de seguridad, está estrechamente relacionada con antecedentes que datan desde muchos años atrás (1950) , pero desde que en 1999 se publicó el libro « to err is Human: building a safer health system» , el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público (1)”; consecuente con esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, “planteando así una gran alianza Mundial para la seguridad del paciente en los servicios de atención en salud (2)”.

Según el National Quality Forum de Estados Unidos, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las «buenas prácticas», según un informe publicado en el 2003 (3). Es por eso que en la actualidad, los referentes teóricos que datan del tema, se inclinan en tratar de dar una solución oportuna a los errores y evitar que se vuelvan a cometer, ya que muchos de los eventos adversos que se presentan en la actualidad son prevenibles; según el Institute of Medicine de los Estados Unidos, los errores potencialmente prevenibles cada año puede variar entre 44.000 y 98.000 muertes anuales (4), por lo que la seguridad del paciente, se constituye en una prioridad de la gestión de calidad del cuidado que se brinda.

Es aquí, donde entra el rol Enfermero a ocupar un lugar definitorio, ya que como Disciplina del cuidado, sus raíces son profundamente humanistas y se enfoca en satisfacer las necesidades de sus pacientes, y se hace necesario que ante los nuevos retos de avance científico-técnico, se garantice, que los pacientes que confían plenamente en ellos como profesionales, reciban un cuidado enmarcado en la seguridad clínica, ya que este es un marcador esencial de la calidad asistencial.

Por lo que es importante, que las entidades se comprometan a identificar la percepción de la cultura de seguridad en su personal, con el fin de reducir a lo mínimo posible, aquellos riesgos a los que se ven enfrentados día a día los pacientes al ingresar a una institución prestadora de servicios de salud.

Lo que podrá garantizarse, solo si toda la organización camina en la misma dirección, hacia una Cultura de seguridad para el paciente, y garantiza la ejecución de prácticas adecuadas, como lo es un personal enfermero idóneo, competente y líder, que incentive a un entorno seguro y a procesos no punitivos inherentes a sus labores del cuidado en cumplimiento con su obligación moral de garantizar el bienestar de los pacientes.

Objetivo general. Analizar actitudes y comportamientos en cuanto a la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de instituciones hospitalarias de primer y segundo nivel de atención en convenio con la Corporación Universitaria Adventista en el transcurso del año 2015, Antioquia.

ÍNDICE GENERAL

Ciencias de la Salud.....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	18
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
1.4 OBJETIVOS.....	25
1.5 VIABILIDAD.....	25
1.6 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
1.7 DELIMITACIONES	27
1.7.1 Fundación Clínica Noel (Medellín).	27
1.7.2 E.S.E Hospital Gabriel Peláez Montoya (Jardín).....	27
1.7.3 E.S.E Hospital San Luis Beltrán (San Jerónimo)	28
1.7.4 IPS Universitaria Adventista (Medellín)	28
1.8 LIMITACIONES.....	29
2. MARCO TEÓRICO	30
2.1 MARCO CONCEPTUAL	30
2.1.1 Calidad	30
2.1.2 Cuasi incidente.....	30
2.1.3 Cultura de seguridad.	30
2.1.4 Daño asociado a la atención en salud.	30
2.1.5 Detección.	31
2.1.6 Discapacidad.	31
2.1.7 Error.	31

2.1.8	Evento adverso.....	31
2.1.9	Evento adverso prevenible.....	31
2.1.10	Evento adverso no prevenible.....	32
2.1.11	Evento centinela.....	32
2.1.12	Incidente sin daños.....	32
2.1.13	Incidente relacionado con la seguridad del paciente.....	32
2.1.14	Medidas adoptadas para reducir el riesgo.....	32
2.1.15	Medidas de mejora.....	33
2.1.16	Mejora del sistema.....	33
2.1.17	Reacción adversa.....	33
2.1.18	Seguridad del paciente.....	33
2.2	MARCO REFERENCIAL.....	34
2.3	MARCO INSTITUCIONAL.....	39
2.3.2	Fundación Clínica Noel (Medellín).....	40
2.4	MARCO LEGAL O NORMATIVO.....	42
2.4.1	Ley 100 de 1993.....	42
2.4.2	Ley 266 de 1996.....	43
2.4.3	Resolución 0741 de Marzo 14 de 1997.....	44
2.4.4	Resolución WHA55.18 de mayo de 2002.....	44
2.4.5	Decreto 2309 de octubre de 2002.....	44
2.4.6	Ley 872 de diciembre 30 del 2003.....	45
2.4.7	Ley 911 de octubre 5 del 2004.....	45
2.4.8	Decreto 1011 de abril 3 del 2006.....	45
2.4.9	Resolución 001446 de Mayo 8 del 2006.....	46

2.4.10	Ley 1122 de enero 9 de 2007.	46
2.4.11	Ley 1164 de Octubre 3 de 2007.	47
2.4.12	Lineamientos de la política de seguridad 11 de junio de 2008.	47
2.4.13	Ley 1438 de Enero 19 de 2011.	48
2.4.14	Resolución 2679 de 2015.	48
2.5	MARCO DISCIPLINAR.	49
2.6	MARCO TEÓRICO 52	
2.6.1	Seguridad del Paciente.	52
2.6.2	Buenas prácticas de seguridad del paciente.	53
2.6.3	Cultura de seguridad del paciente.	55
3.	METODOLOGÍA.	58
3.1	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN 58	
3.1.1	Población blanco.	58
3.1.2	Población Accesible.	58
3.1.3	Población de estudio.	58
3.2	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN 59	
3.3	TIPO DE INVESTIGACIÓN 59	
3.4	SELECCIÓN DE LA MUESTRA 59	
3.4.1	Unidad de Análisis.	59
3.4.2	Definición de la muestra 59	
3.4.3	Criterios de elegibilidad.	60
3.5	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN 61	
3.6	VARIABLES 62	
3.6.1	Variable Dependiente Subjetiva.	62

3.6.2	Variables Independientes Subjetivas.	62
3.6.3	Variables Independientes Objetivas.....	62
3.7	ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	63
3.8	ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS	64
3.9	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACION	66
4.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	67
4.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, LABORAL Y PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL NIVEL DE SEGURIDAD DE PACIENTE.....	67
4.1.1	Caracterización sociodemográfica.....	67
4.2	FRECUENCIA EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y PERSEPCIÓN QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN, LA RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES Y RETROALIMENTACIÓN QUE SE HACE SOBRE LOS MISMOS.....	72
4.2.1	Frecuencia de eventos adversos notificados.	72
4.3	PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON RESPECTO A LA CARGA LABORAL, APOYO Y ACCIONES DE LOS JEFES / GERENTES EN LA GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS.....	84
4.3.1	Dotación den personal.....	84
4.3.2	Aprendizaje organizacional	89
4.3.3	Percepción de seguridad	93
4.3.4	Expectativas y acciones de la dirección que favorece la seguridad.....	97
4.3.5	Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente.....	102
4.4	PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LO QUE TIENE QUE VER CON EL TRABAJO EN EQUIPO, PROBLEMAS EN LOS CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE LOS SERVICIOS Y UNIDADES.....	106

4.4.1	Trabajo en equipo en la unidad / servicio.	106
4.4.3	Problemas cambios de turnos transiciones.	116
4.5	PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUANTO A LA ADHERENCIA A LAS ACCIONES DE SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS.	121
4.5.1	Medicamentos adherencia a las acciones de seguridad de medicamentos. 121	
5.	DISCUSIÓN.....	130
5.1	DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.	130
5.2	DIMENSIONES CONSIDERADOS COMO FORTALEZAS.....	133
5.3	DIMENSIONES CON TENDENCIA A SER FORTALEZA	135
5.4	DIMENSIONES CONSIDERADAS COMO OPORTUNIDADES DE MEJORA. 139	
6.	CONCLUSIONES.....	141
7.	RECOMENDACIONES	143
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario.	64
Tabla 2. Incidentes de seguridad notificados por escrito durante el último año.	72

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1. Cargo que ocupan los encuestados en la institución.	67
Gráfico 2. Tiempo en años de desempeño del personal de enfermería en su profesión.	68
Gráfico 3. Tiempo en años laborado con la institución.	68
Gráfico 4. Servicio de la institución donde laboran los encuestados.	69
Gráfico 5. Tiempo en años laborado en el servicio actual.	69
Gráfico 6. Horas semanales que trabaja el personal de enfermería en la institución.	70
Gráfico 7. Contacto directo del personal de enfermería con el paciente.	71
Gráfico 8. Grado de seguridad del paciente percibido por el personal en su servicio.	71
Gráfico 9. Notificación de los errores que no llegan al paciente.	73
Gráfico 10. Notificación de los errores que llegan al paciente.	73
Gráfico 11. Notificación de los errores que no ocasionan lesión o consecuencias a los pacientes.	74
Gráfico 12. Frecuencia eventos adversos notificados.	75
Gráfico 13. Actitud del compañero o superior frente a un error.	75
Gráfico 14. Ante un error se busca un culpable y no la causa.	76
Gráfico 15. El personal expresa temor ante el registro de un error en su hoja de vida.	77
Gráfico 16. Respuesta no punitiva a los errores.	77
Gráfico 17. Acciones de los jefes ante la notificación de incidentes.	78
Gráfico 18. Información sobre los errores en la unidad.	79
Gráfico 19. Discusión que se da en la unidad para evitar la ocurrencia de un error.	80
Gráfico 20. Retroalimentación y comunicación sobre errores.	80
Gráfico 21. Retroalimentación y comunicación sobre errores.	81
Gráfico 22. Cuestionamientos ante las decisiones de los superiores.	82
Gráfico 23. Temor a hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	82
Gráfico 24. Franqueza en la comunicación.	83

Gráfico 25. Franqueza en la comunicación.	84
Gráfico 26. Calidad de la atención al paciente en jornadas agotadoras.	85
Gráfico 27. Calidad en la atención al paciente cuando se cuenta con personal temporal o en entrenamiento.	86
Gráfico 28. Calidad en la atención al paciente cuando se cuenta con personal temporal o en entrenamiento.	87
Gráfico 29. Dotación del personal.	88
Gráfico 30. Actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	89
Gráfico 31. Medidas que se toman frente a las fallas en la atención al paciente.	90
Gráfico 32. Evaluación de los cambios para mejorar la seguridad del paciente.	91
Gráfico 33. Aprendizaje organizacional.	92
Gráfico 34. Los pocos errores que se presentan son consecuencia del azar.	93
Gráfico 35. Seguridad del paciente al aumentar el ritmo del trabajo.	94
Gráfico 36. Problemas relacionados con la seguridad del paciente en la unidad.	95
Gráfico 37. Procedimientos y medios que evitan errores en la asistencia.	95
Gráfico 38. Percepción de seguridad.	96
Gráfico 39. Opinión sobre la Actitud del superior cuando el personal de enfermería evita riesgos en la seguridad del paciente.	97
Gráfico 40. El superior tiene en cuenta las sugerencias del personal en cuanto a seguridad del paciente.	98
Gráfico 41. Opinión sobre la Mayor exigencia del superior o jefe cuando aumenta la presión del trabajo poniendo en riesgo la seguridad del paciente.	99
Gráfico 42. El superior o jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	100
Gráfico 43. Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad.	101
Gráfico 44. Clima laboral facilitado por la gerencia o dirección de la institución para favorecer la seguridad del paciente.	102
Gráfico 45. La seguridad del paciente como prioridad de la gerencia/dirección.	103
Gráfico 46. Opinión sobre el Interés de la gerencia/dirección en los eventos adversos solo posterior a su ocurrencia.	104

Gráfico 47. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente.	105
Gráfico 48. Percepción sobre el apoyo entre el personal.	106
Gráfico 49. Percepción sobre la Colaboración entre el equipo al incrementarse la carga laboral.	107
Gráfico 50. Respeto entre el personal.....	108
Gráfico 51. Ayuda entre compañeros con sobrecarga laboral.....	109
Gráfico 52. Trabajo en equipo en la unidad.	110
Gráfico 53. Percepción sobre la Cooperación entre los servicios que trabajan conjuntamente.	111
Gráfico 54. Percepción sobre la Coordinación entre los servicios que brindan atención a los pacientes.	112
Gráfico 55. Percepción sobre la Coordinación entre las unidades/servicios.	113
Gráfico 56. Percepción de incomodidad al trabajar con personal de otra unidad.	114
Gráfico 57. Trabajo en equipo entre las unidades.	115
Gráfico 58. Manejo de la información del paciente al ser trasladado de servicio.	116
Gráfico 59. Percepción sobre la Pérdida de información en los cambios de turnos.....	117
Gráfico 60. Percepción sobre los problemas de información entre los servicios.	118
Gráfico 61. Percepción sobre la presencia de problemas durante los cambios de turno. ...	119
Gráfico 62. Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios.....	120
Gráfico 63. Verificación de órdenes verbales.	121
Gráfico 64. Análisis y registro de información en la historia clínica de memoria.	122
Gráfico 65. Registro en la historia clínica correspondiente a órdenes verbales.	123
Gráfico 66. Verificación de medicamentos antes de una nueva prescripción.	124
Gráfico 67. Comunicación clara de los cambios del paciente.	125
Gráfico 68. Comunicación de información que afecte al paciente.	126
Gráfico 69. Firma del consentimiento informado por parte del paciente.	127
Gráfico 70. Preferencias en los pacientes terminales.	128
Gráfico 71. Adherencia del personal de Enfermería en cuanto a las acciones de seguridad de medicamentos.	129

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente, es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente como un asunto prioritario en el área de la salud y demanda nuevas exigencias entre los diferentes sistemas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la seguridad del paciente desde la perspectiva de la atención en salud supone un conjunto de normas, procedimientos y métodos basados en evidencias científicas, destinados a minimizar el riesgo de daño sobreagregado y de eventos adversos en la atención de salud. (5)

Por lo tanto, se convierte en un tema que preocupa e implica a todos los participantes de los sistemas de salud por su relevancia para el paciente, la familia, la comunidad e instituciones de Salud; es por esto que mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante la obtención de una cultura de seguridad es una prioridad de las instituciones que prestan estos servicios, en conjunto con instituciones nacionales y mundiales.

Al respecto, En Colombia, la política de seguridad del paciente, es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afectan la seguridad el paciente, reducir y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (6).

Tal y como dice Pecci (7) entre un 4% y un 17% de los pacientes que ingresan en un hospital, sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de atención en los servicios de salud y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación y en algunos casos, estos errores provocarán la muerte.

En este sentido y para el caso de la profesión de enfermería, conocida como la ciencia y el arte de cuidar de seres humanos, Cometto expresa (5) que la seguridad es un componente constituyente e intrínseco del cuidado dada la estrecha relación con el paciente, con lo que se admite que sin seguridad no hay cuidado y sin cuidado no habrá seguridad; por lo cual, el profesional de enfermería debe buscar de manera incansable los mecanismos para fortalecer la cultura de seguridad del paciente y garantizar que su cuidado sea lo menos nocivo posible.

La forma de hacerlo es trabajar de manera predictiva y proactiva en la prevención y detección de aquellas fallas que se presentan en el día a día durante el cuidado a los pacientes, al igual que gestionar procesos de atención seguros, que garanticen el cumplimiento y la implementación de estrategias relacionadas con metas internacionales de seguridad del paciente y estándares de calidad de la atención y cuya adherencia puede ser analizada mediante la aplicación de una evaluación validada por países y organizaciones con experiencia en el tema.

Una base para avanzar en esta vía, es el documento *Safe Practices for Better Health Care*, producido por el National Quality Forum de Estados Unidos (Washington, NQF; 2003) (8), el cual fue el punto de partida para la elaboración de una encuesta diseñada y validada por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos y adaptada al español por versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005., con cuyos resultados se pretende priorizar estrategias de mejora tendientes a perfeccionar la seguridad de los usuarios en el futuro, tanto en cuidado de enfermería, como en la atención del resto del equipo de salud.

Este instrumento ha sido utilizado de manera exitosa en instituciones de salud españolas y mexicanas, pero aún en el ámbito colombiano su uso es tímido, pese a ofrecer con su aplicación y análisis un diagnóstico de la realidad en cuanto a los avances que tienen las instituciones sobre cultura de seguridad del paciente .

Por lo anterior se hace indispensable la realización de un estudio que analice la cultura de Seguridad del paciente, mediante la aplicación de dicho instrumento en instituciones de

Nivel I y II de atención del Departamento de Antioquia que tienen convenio de docencia y servicio con la Corporación Universitaria Adventista, con el fin de analizar la percepción que tiene el personal de enfermería de estas instituciones hospitalarias acerca del tema.

Este estudio hace parte del macroproyecto titulado cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de las instituciones de salud en Convenio con la Corporación Universitaria Adventista, cuyos resultados no solo brindarán un diagnóstico confiable de los avances que tienen las instituciones en materia de Cultura de la seguridad, sino que a su vez determinará las fortalezas y oportunidades de mejora en tal sentido, además de ofrecer elementos que enriquezcan el Programa de Enfermería de la Universidad en cuanto a la temática de Seguridad del paciente, teniendo en cuenta las necesidades del medio.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente sigue siendo un desafío global para los sistemas de salud. “Los proveedores de atención médica luchan permanentemente por proteger a sus pacientes y no hacer daño, sin embargo la complejidad de las enfermedades y la fragilidad del comportamiento humano muchas veces se traducen en errores o eventos adversos” (9).

Cada día, miles de personas son tratadas con éxito, y de forma segura al acceder a los servicios de salud, sin embargo existen una serie de factores como lo son: los adelantos en la tecnología, la mayor complejidad de los tratamientos, la gravedad de los pacientes y el conocimiento de las últimas décadas, que conlleva a que interactúen en la atención del paciente mayor número de profesionales de la salud, y a que se implementen estrategias de mayor complejidad, permitiendo así que se presenten riesgos y que se desencadenen eventos adversos que afectan, y afectarán en el futuro tanto a los sistemas de salud como a sus usuarios. (10)

La preocupación por la seguridad del paciente en los Servicios de Salud, no es un tema nuevo ya que los primeros estudios datan de 1950, pero solo hasta la publicación del Libro “to err is Human: building a safer health system” en 1999, se muestra que el problema ha adquirido una dimensión mundial y que se ha incorporado a las agendas políticas y debates públicos, y es desde entonces que no solo los gobiernos, sino también

las instituciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo. (11)

Dado lo anterior, en las últimas décadas se ha suscitado un interés por los riesgos de la atención en salud, lo cual lleva implícito el tema de la calidad de estos servicios y abre campo a que se mencione que la seguridad del paciente se defina como la ausencia de daño evitable durante el proceso de la atención en Salud. “La magnitud y la gravedad de los daños, así como las consecuencias sociales y económicas para los pacientes, los profesionales y las organizaciones de salud han provocado que la seguridad del paciente sea considerada como una prioridad mundial, nacional, regional y local” (10).

De hecho, estudios realizados en Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Francia, Holanda, Brasil y Suecia, muestran que entre un 3,8% y un 16,6% de los pacientes ingresados en centros hospitalarios sufre algún daño relacionado con la asistencia sanitaria; en España estudios revelan que uno de cada diez pacientes que ingresa en un hospital y uno de cada mil pacientes que acuden a un centro de atención primaria sufre un daño como consecuencia de la atención prestada. (10)

Así mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS), tras la Asamblea Mundial celebrada en Ginebra de 2002, aprobó la resolución WHA55.18, en la que se consolida que se debe “prestar la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente” y establecer y consolidar “Sistemas con base científicas necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud” (11).

En vista de esto, la OMS, estima que a escala Mundial, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas de funcionarios de la salud o atención insegura. Es importante tener presente que se sabe poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en Países subdesarrollados y que éstas pueden ser superiores a las de los Países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos Humanos; cada año en el mundo se administran 16.000 millones de inyecciones, con fines terapéuticos. De ese total el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70% cada año las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad, causan 1.3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como el Hepatitis B, C y VIH. (12)

Tras estas cifras, el tema es tomado como un problema grave de salud pública en todo el mundo que afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención, como lo son el nivel uno y dos, situación para la cual no es ajeno Colombia. (13)

Diferentes publicaciones, mencionan que el Estado Colombiano pagó desde 2005 el equivalente a US\$1,68 millones de dólares en indemnizaciones por concepto de errores médicos, cirugías sin consentimiento y diagnósticos falsos (El Tiempo, julio 3/08). El Consejo de Estado dictó al menos 15 condenas por fallos médicos, mientras hay pendientes 90.000 procesos de los cuales cada 10 el estado pierde. Supersalud recibió entre 2006 y 2007 más de 50.000 reclamos y peticiones de usuarios del sistema de salud; el Ministerio de la Protección Social señaló que en el Informe IBEAS Colombia 18 de cada 100 personas atendidas en hospitales son víctimas de errores. (13)

Situaciones por las cuales este país se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (habilitación, auditoría acreditación y sistema de información para la calidad), la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122 de 2007

En este orden de ideas, la política de seguridad del paciente debe contener acciones y estrategias sencillas que ofrezcan herramientas prácticas para lograr procesos efectivos y eficientes, pero seguros, con el fin de que las instituciones prestadoras de servicios de salud generen un impacto que se traduzca en calidad y seguridad para la atención de los pacientes.

En la búsqueda de este camino, en el año 2009, Colombia desarrollo con México, Costa Rica, Perú y Argentina el proyecto IBEAS, para conocer la prevalencia de los eventos adversos en hospitales y desarrollar metodologías comparables internacionalmente y de fácil aplicación que permitieran la creación y capacitación de grupos de evaluadores, ya que la seguridad del paciente no es tema nuevo en Colombia, y numerosas instituciones de forma aislada, trabajan hace muchos años en modelos de gestión de la seguridad del paciente, materia central en la calidad de los cuidados clínicos.

Esta temática, busca generar entre el personal asistencial de las diferentes áreas interdisciplinarias del cuidado humano una cultura justa, donde los errores no se personalicen y se analicen por medio de diferentes procesos, para lograr mayor confiabilidad en las organizaciones. Actualmente para Colombia, una de las problemáticas que se oponen para lograr lo descrito anteriormente es la negación y el encubrimiento, la consciencia de sistemas es limitada al igual que la capacidad de rediseñarlos. (14)

Por lo tanto gestionar la calidad en salud requiere la aplicación de principios fundamentales, ya que los nuevos estándares evidencian la necesidad de generar una cultura favorable al aprendizaje y al uso compartido de lo aprendido a partir de los propios errores, tanto en el seno de la organización como entre organizaciones. Se hace énfasis en el papel esencial de los directivos de las instituciones para el fomento de un entorno favorable al aprendizaje, en la necesidad de que exista colaboración interdisciplinaria y comunicación entre los miembros de la organización. (15)

En el ámbito específico de la enfermería, según la Ley 266 de 1996 (16), la enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son: la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en su bienestar, y teniendo en cuenta que dentro del proceso de atención en salud, el enfermero es el profesional de la salud que más se encuentra en contacto con el paciente, ya que ratifica su razón de ser en las profundas raíces humanas y fundamenta sus prácticas en salud con bases técnico científicas, como lo es la calidad, y dentro de ella, la seguridad; la cultura de seguridad del paciente, se ha convertido en un marcador muy importante para el desarrollo de sus intervenciones y se hace necesario el mejoramiento continuo de ésta.

La seguridad es transversal e intrínseca al cuidado, de modo tal que la calidad del cuidado implica y expresa la seguridad del paciente (5); esto cobra aún mayor importancia, si se tiene en cuenta que por ser el profesional más cercano al paciente, es el que mayor número de intervenciones realiza y por lo tanto tiene mayor riesgo de cometer errores. Por ello, son los enfermeros los primeros llamados a participar de manera activa y gestionar una cultura de seguridad del paciente.

Para que esto pueda llevarse a cabo, es de suma importancia, identificar la percepción de dicha cultura referida por el personal de Enfermería en Instituciones prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I y II de atención, con el fin de medir el grado de conciencia que se tiene sobre la Cultura de seguridad, ya que como profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud. (17)

Dado lo anterior, actualmente muchas instituciones de todos los niveles de atención han iniciado acciones encaminadas a este fin, tales como las de Nivel I y II de atención del Departamento de Antioquia que tiene convenio docencia servicio con la Corporación Universitaria Adventista.

Sin embargo, no existe en ellas información puntual acerca de qué tanto se ha avanzado en cuanto a materia de la seguridad del paciente, es decir, cuál es nivel de la cultura de seguridad que se tiene en ellas, lo cual puede determinarse analizando la percepción que el personal de enfermería tiene sobre el tema, con el fin de medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento que se tienen al respecto, y en ese sentido brindar una información adecuada que permita establecer planes de mejora al interior de las organizaciones participantes en el estudio.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las actitudes y comportamientos sobre cultura de seguridad del paciente que tiene el personal de enfermería que labora en instituciones hospitalarias de primer y segundo nivel de atención en convenio con la Corporación Universitaria Adventista Antioquia 2015?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general.

Analizar las actitudes y comportamientos en cuanto a la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de instituciones hospitalarias de primer y segundo nivel de atención durante el año 2015.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Describir los factores sociodemográficos, laborales del equipo de enfermería y la percepción que se tiene sobre el nivel de seguridad en las instituciones.
- Determinar la frecuencia con la que se notifican los eventos adversos, teniendo en cuenta la percepción sobre la franqueza en la comunicación, la respuesta no punitiva a los errores y la retroalimentación que se hace sobre los mismos.
- Evaluar la percepción del personal de enfermería con respecto a la carga laboral, apoyo y las acciones de los jefes y de la gerencia en la gestión de los eventos adversos.
- Valorar la percepción del personal de enfermería en lo que tiene que ver con el trabajo en equipo y los problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios o unidades.
- Establecer la adherencia del personal de enfermería en cuanto a las acciones de seguridad de medicamentos

1.5 VIABILIDAD.

La viabilidad del presente proyecto, reúne las características, condiciones técnicas y operativas que aseguran el cumplimiento de sus metas y objetivos, las cuales están estrechamente relacionadas con la disponibilidad y accesibilidad a los recursos, materiales,

económicos, financieros y humanos requeridos, así como el tiempo y el acceso a la información necesaria para desarrollar la investigación sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de las instituciones que tienen convenio de servicio de docencia con la Corporación Universitaria Adventista.

1.6 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.

- **Tiempo:** Este proyecto se centró en buscar la percepción sobre cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en el segundo semestre del año 2015.
- **Espacio:** El estudio se realizó en las siguientes instituciones de primer y segundo nivel de complejidad pertenecientes al departamento de Antioquia, que tenían convenio de servicio de docencia con la Corporación Universitaria Adventista.

Instituciones de Nivel I:

- E.S.E Gabriel Peláez Montoya (Jardín).
- IPS Universitaria Adventista.
- E.S.E Hospital San Luis Beltrán (San Jerónimo).

Instituciones de Nivel II:

- Fundación Clínica Noel.
- **Alcance:** Investigación planteada bajo la aplicación de la herramienta de la AHRQ, con el fin de describir la percepción de la seguridad del paciente y a su vez la calidad del cuidado de enfermería de las instituciones de nivel I y II de atención, mediante la detección de oportunidades de mejora y fortalezas que permitan implementar estrategias para un cuidado seguro al paciente

1.7 DELIMITACIONES

Las siguientes son las instituciones en las que se realizó la presente investigación.

1.7.1 Fundación Clínica Noel (Medellín).

En 1916 nace en Medellín el Club Noel, tejiendo vestidos y entregando regalos en cada diciembre entre los niños pobres de la ciudad. En 1924 ante la necesidad de constituir una institución destinada únicamente a la atención de la población infantil el Club Noel abrió sus puertas como Hospital Infantil Clínica Noel, siendo la entidad pionera en la especialización pediátrica en el Departamento de Antioquia.

En la actualidad es una institución prestadora de servicios de salud Fundación sin ánimo de lucro, de segundo y tercer nivel de complejidad. Cuenta con servicios de cirugía ambulatoria y hospitalaria, cirugía oral y maxilofacial, hospitalización clínica y quirúrgica, consulta externa especializada y subespecializada, fonoaudiología, psicología y pruebas neuropsicológicas, laboratorio clínico y patológico, radiología y ecografía infantil, ecocardiografía pediátrica, nutrición y dietética, odontopediatría.

1.7.2 E.S.E Hospital Gabriel Peláez Montoya (Jardín).

En el mes de agosto de 1886 preocupados por la necesidad de crear un lugar para la atención de los más necesitados surgió la solidaria idea de construir un hospital para el municipio de Jardín. En 1889 fue inaugurado el primer hospital el cual se llamó “Hospital de la Caridad”.

En el año de 1953 por iniciativa del médico Gabriel Peláez Montoya se da inicio a la construcción del nuevo edificio el cual llevaba el nombre de “Hospital San Juan de Dios de Jardín”

Por medio del Acuerdo 006 del 11 de junio de 1995 por el cual se dispone la reestructuración

del hospital Gabriel Peláez Montoya del municipio de Jardín y se transforma en una Empresa Social del estado del orden municipal de primer nivel de atención. En la actualidad cuenta los siguientes servicios: Consulta médica general, laboratorio clínico de primer nivel, programas de promoción y prevención, servicio farmacéutico, consulta de urgencias 24 horas, transporte asistencial básico y servicio de hospitalización.

1.7.3 E.S.E Hospital San Luis Beltrán (San Jerónimo)

El Hospital San Luis Beltrán, del municipio de San Jerónimo, fue fundado el 30 de Septiembre de 1912. Entre 1944 y 1945 se construyó la galería sur del Hospital y en el año 1946 se construyó la galería oriental. En febrero de 1995, fue reestructurado por el Honorable Concejo Municipal, en Empresa Social del Estado, como entidad descentralizada del orden municipal, con autonomía administrativa y financiera. En el año 2005 se realizó la construcción del servicio de urgencias.

La ESE Hospital tiene más de 100 años, los cuales ha dedicado a procurar el bienestar de la comunidad jeronimita. Cuenta con los servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias, laboratorio, odontología y servicio farmacéutico.

1.7.4 IPS Universitaria Adventista (Medellín)

La Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista es una institución prestadora de servicios de salud ambulatorios, de primer nivel de atención, es una entidad sin ánimo de lucro, de naturaleza privada, constituida por Escritura Pública el 03 de Marzo de 2010.

Esta IPS combina una identidad filosófica y misional propia, que se traduce en una propuesta diferente en la manera de servir por medio de la atención en salud que la distingue de las demás instituciones del sector.

Presta los siguientes servicios: Consulta externa, apoyo diagnóstico, promoción y prevención, otros servicios de apoyo en salud.

1.8 LIMITACIONES

Inicialmente se proyectó que participarían de la investigación nueve instituciones, dentro de las cuales se encontraban: E.S.E hospital Santa Gertrudis - Envigado, E.S.E hospital Iván Restrepo Gómez –Urrao, E.S.E hospital Nuestra Señora de la Candelaria – Guarne, hospital del Sur – Itagüí, E.S.E Bellosalud – Bello , I.P.S Universitaria Adventista – Medellín y E.S.E Metrosalud – Medellín. E.S.E Gabriel Peláez Montoya (Jardín), E.S.E Hospital San Luis Beltrán (San Jerónimo), Fundación Clínica Noel.

En cinco de las instituciones mencionadas anteriormente no fue posible llevar a cabo la investigación, por diversos motivos; entre ellos, expiración del convenio docencia servicio en tres de las instituciones y en las dos restantes demora en proceso de aceptación por parte de comités de investigación; finalmente para la elaboración del estudio, se contó, con la participación de cuatro instituciones.

En cuanto al aspecto de la financiación. Este estudio participó y en una convocatoria interna promovida por el departamento de investigación de la UNAC y fue aprobado para su financiación, pero finalmente los recursos económicos nunca fueron desembolsados, ante lo cual la decanatura de la facultad de ciencias de la salud, apoyó con la reproducción de las encuestas y de otra parte, la investigación se vio limitada por los costos de la misma ya que los estudiantes y docente, asumieron los demás gastos generados como fueron: traslados a las instituciones y misceláneos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Calidad

Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. (18)

2.1.2 Cuasi incidente.

Es un incidente que no alcanza al paciente. Por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión. (18)

2.1.3 Cultura de seguridad.

Creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. (18)

2.1.4 Daño asociado a la atención en salud.

Es la lesión que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente. (18)

2.1.5 Detección.

Acción o circunstancia que permite descubrir un incidente. (18)

2.1.6 Discapacidad.

Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de la actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

2.1.7 Error.

Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.

2.1.8 Evento adverso.

Incidente que produce daño leve o moderado al paciente. (19)

2.1.9 Evento adverso prevenible.

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. (20)

2.1.10 Evento adverso no prevenible.

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (20)

2.1.11 Evento centinela.

Daño inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad. (19)

2.1.12 Incidente sin daños.

Es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable. Por ejemplo, se infunde una unidad de sangre a paciente equivocado, pero no era incompatible y el paciente no presenta ninguna reacción. (18)

2.1.13 Incidente relacionado con la seguridad del paciente.

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente. (18)

2.1.14 Medidas adoptadas para reducir el riesgo.

Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar futuros daños, asociados a un incidente o la probabilidad de que se produzcan. (18)

2.1.15 Medidas de mejora.

Medida adoptada o circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente. (18)

2.1.16 Mejora del sistema.

Es el resultado o consecuencia de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad. (18)

2.1.17 Reacción adversa.

Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento. (19)

2.1.18 Seguridad del paciente.

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. (20)

2.2 MARCO REFERENCIAL

Como menciona Espinal “La seguridad del paciente es un componente de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas. Las diferentes organizaciones e instituciones de salud, con el paso de los años se han dado cuenta que prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos, es indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud” (21).

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete, en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. “Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal” (22)

Por eso las instituciones prestadoras de servicios de salud, trabajan fuertemente para intervenir el problema de los eventos adversos, sin embargo el tema de la seguridad de la paciente continua siendo un reto global para los sistemas de salud.

Durante décadas, mediante un continuo trabajo los pioneros en prevención y control de infecciones han promovido el cuidado seguro del paciente; por lo anterior el doctor Ignaz Semmelweis en el año de 1847 introdujo nuevas pautas institucionales y de comportamiento que involucraban el lavado de manos, con el fin de reducir la tasa de fiebre puerperal entre las mujeres que daban a luz en la Clínica Obstétrica del Hospital General de Viena-España. (23)

Así mismo, Florence Nightingale durante la guerra de Crimea en los años 1854 – 1856, logró disminuir las infecciones y la mortalidad en las salas hospitalarias mediante el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, por medio de un estricto aseo ambiental. Por su parte, Joseph Lister redujo las infecciones en sala quirúrgica gracias a la implementación de prácticas antisépticas en pabellón. Los expertos contemporáneos en prevención y control de infecciones consideran que las infecciones asociadas a la

atención en salud constituyen un tema crítico para efectos de Seguridad del paciente.
(24)

No obstante, la problemática sobre seguridad del paciente, solo logro encender alarmas en todo el mundo cuando el Institute of medicine (IOM) de los Estados Unidos publicó en 1999 el informe "To Err is Human: building a Safer Health System", en el cual se concluyó que:

Entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que suceden en el proceso de atención. De estas muertes, 7000 suceden específicamente como resultado de los errores en el proceso de administración de medicamentos. Estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en los EEUU en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o por SIDA. (25).

Además, no se debe olvidar que, si bien, los errores asistenciales tienen un costo personal muy importante, éstos deterioran la confianza de los pacientes en el sistema y menoscaban a las instituciones.

De la misma manera el estudio Harvard Medical Practice Study (HMPS), desarrollado en el año 1984 en Nueva York estimó una incidencia de eventos adversos de 3,7%, en el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte (25).

Sin embargo el tema de los eventos adversos y sus repercusiones para los pacientes, la comunidad y las instituciones en general, no es nuevo. En 1955 Barr vio en ellos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia, y Moser en 1956 los denominó "las enfermedades del progreso de la medicina" (26). En 1964 Schimmel llamo la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia y la quinta parte eran casos graves (26). Steel et al en 1981 situaron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves. En ambos estudios la principal causa era el error en la medicación.

Igualmente en varios países han realizado numerosos estudios que muestran la magnitud de los eventos adversos. Tal es el caso de un “estudio realizado en 28 hospitales del sur de Australia y de Nueva Gales, se encontró una tasa de EA del 16,6%, siendo un 51% de los cuales prevenibles”. (27)

En España, para el 2006, 9,3% de los pacientes sufrieron eventos adversos y de ellos 42.8% eran evitables. (27)

Para el caso de Latinoamérica, el estudio IBEAS, desarrollado en cinco países, arrojó como resultado que 11.85% de los pacientes investigados habían tenido algún evento adverso durante su estancia en el hospital, y de ellos, 13.27% estaba relacionado con el cuidado; 8.23% con la medicación; 37.14% fueron infecciones; 28,69% con procedimientos; 9,4% fueron neumonías; 8,2% infecciones del sitio operatorio; 7,2% fueron úlceras por decúbito; 6.4% relacionados con cirugías; 5% fueron sepsis y 5,6% con el diagnóstico. (28)

En lo que se refiere al ámbito específico del cuidado de enfermería, que involucra el contacto directo con los pacientes, un estudio realizado por Parra et al (2012) reportó que “las úlceras por presión, las flebitis y las caídas son eventos que con frecuencia se presentan durante la prestación de los servicios de enfermería, sin embargo, los grandes estudios realizados sobre eventos adversos no los refieren” (29).

A raíz de lo anterior muchas instituciones, organizaciones científicas y gobiernos han ido trabajando en estrategias para fortalecer la cultura de la seguridad del paciente en todo el mundo, a la vez que también se han diseñado estrategias para evaluar y medir el impacto de las mismas en las organizaciones que manejan pacientes.

En el año 2003, La Organización Mundial de la Salud, lanzó la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, la cual propone un circuito de investigaciones sobre seguridad del paciente conformado por cuatro ítems: determinar la magnitud del daño y el número y tipo de eventos adversos que perjudican a los pacientes; entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes; encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura; evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real. Con el objetivo de encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes. (30)

Así mismo En España, el interés por la seguridad del paciente se manifiesta mediante una estrategia que el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) comenzó a desarrollar desde el año 2005, y que incluye como objetivos: Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados; diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente; promover la implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud; y facilitar la participación de pacientes y ciudadanos. (31)

Por su parte en Colombia, mediante el Ministerio de la Protección Social, en junio de 2008, Expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”; liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”.

En este mismo orden, en el año 2010 en Colombia el comité Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial de Normalización (USN) aprobó la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud; la cual incluye cuatro grupos que buscan: obtener procesos institucionales seguros; obtener procesos asistenciales seguros; involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad; incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales (32).

Lo anterior apoyado en el National Quality Forum de Estados Unidos y en su documento Safe Practices for Better Health Care, el cual proporciona una base para evaluar en las instituciones de salud aspectos relacionados con las buenas prácticas de la seguridad del paciente, presentadas en cinco grupos que contemplan 30 aspectos. Dentro de estos grupos se encuentran: Cultura de seguridad; adecuar la capacidad del servicio a las necesidades del paciente; adecuada transferencia de información y una clara comunicación; mejorar seguridad en situaciones específicas; y mejorar seguridad en el uso de medicamentos.

El grupo de cultura de seguridad fue tomado como referente por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, que diseñó una encuesta dirigida al personal de salud, con el ánimo de evaluar dicho aspecto en las instituciones. Posteriormente fue adaptada por y adaptada al español por versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Existe una versión adaptada por la Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México (DGGI-CONAMED) y de esta forma ha sido utilizada en investigaciones, como la realizada en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, lo cual mostró resultados significativos

El 58.1% del personal encuestado refiere nunca haber notificado o reportado incidentes, y el 41% percibe que son bajas las condiciones de seguridad en el hospital. El 60.5% considera que es nulo el aprendizaje organizacional, lo cual estaría indicando que no existe retroalimentación para mejorar la seguridad del paciente; el 66.9% se encuentra de acuerdo en la existencia del trabajo en equipo dentro del servicio o unidad; 45.2% refiere nunca encontrarse en libertad para expresar, cuestionar o preguntar sobre los aspectos relacionados que lleven a la seguridad del paciente; 53.3% de los encuestados refieren que nunca se les ha retroalimentado o comunicado los errores que ocurren en su área de trabajo; sólo 24.3% manifiesta que los incidentes que son notificados no son tratados de manera punitiva y confidencial; 42.3% refieren que la gerencia del hospital no propicia el clima laboral ni los apoyos necesarios para la seguridad del paciente; 52.6% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que la cooperación, coordinación y trabajo en equipo entre los servicios es la actitud predominante y 56.7% de los encuestados, poco más de la mitad, opina que no existen problemas con la información ni con la atención de pacientes durante los cambio de guardia o traslados. (33)

Igualmente, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, en convenio con la Universidad de Murcia (España), tomó los cinco grupos de buenas prácticas de seguridad del paciente y diseñó indicadores y un instrumento que aplicó en 22 hospitales: seis grande, 11 medianos y cinco pequeños. Entre los resultados más importantes están:

El 93% de los profesionales que responden tiene contacto directo con pacientes. El 50% califica la seguridad entre 6 y 8; el 95% ha notificado menos de dos eventos el último año. En positivo, destacan las dimensiones, Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios Acciones de la dirección/supervisión de la unidad/Servicio que promueven la seguridad. Como debilidades destacan Dotación de personal, Trabajo en equipo entre unidades/servicios, Percepción de seguridad, y Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente. (34)

Para concluir, en Colombia, Gómez et al (2011), llevaron a cabo un estudio similar que tuvo en cuenta al personal de enfermería de varias instituciones de salud de Bogotá, arrojando como resultado que la cultura de seguridad del paciente se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. (17)

2.3 MARCO INSTITUCIONAL

2.3.1 Corporación Universitaria Adventista.

En el año de 1937 inició labores en Medellín el “Colegio Industrial Colovenó”, con el fin de atender las necesidades educativas de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La tarea educativa comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año de 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo–Venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria. El decreto 80 de 1980 (enero 22) emanado de la presidencia de la República define el sistema de Educación Superior y tal definición obligó al “Instituto Colombo–Venezolano” a revisar sus estatutos. El 18 de julio de 1981 se creó la Corporación Universitaria Adventista con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

En el proceso de su desarrollo académico ha organizado cinco facultades desde las cuales se ofrecen los programas de pregrado: Facultad de Educación, Facultad de Teología, Facultad de Salud, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Facultad de Ingenierías; y una División de Investigaciones y posgrados que es la encargada de liderar los programas de posgrado que ofrece la Institución.

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competitivos y de altas calidades morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la Acreditación otorgada por la Agencia Acreditadora Adventista (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera se está participando en los procesos de calidad de la Educación Superior que promueve el Ministerio de Educación Nacional; el Registro Calificado para cada uno de sus programas, se constituye en la etapa previa antes de ingresar a los procesos de Acreditación de Alta Calidad tanto para los programas como para la institución en sí (35).

2.3.2 Fundación Clínica Noel (Medellín).

- Misión: La Fundación Clínica Noel es un Centro especializado en pediatría, privada y sin ánimo de lucro, con énfasis en la atención integral de malformaciones craneofaciales y músculo esqueléticas, odontología y subespecialidades pediátricas.
- Visión: La Fundación Clínica Noel busca ser el Centro de Excelencia Pediátrico más reconocido de la región, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los niños y al bienestar de su familia.

La institución cuenta con un programa de tratamiento integral para pacientes con Labio y Paladar Hendido, el equipo de profesionales que conforman el programa convierte a la institución en centro de referencia a nivel local y nacional, tiene una capacidad de 9 camas de hospitalización pediátrica, y 3 quirófanos (36).

2.3.3 Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista (Medellín).

- Misión: Dar a conocer el evangelio salvador de nuestro Señor Jesucristo a través de la prestación de servicios integrales de salud que propendan mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios, apoyados en evidencia científica, alta tecnología, precios justos y un equipo humano con compromiso social, mejoramiento continuo, en el marco cristiano del servicio de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.
- Visión: Ser para el 2015 la más importante institución de salud Adventista del país, reconocida por ser la primera IPS en aplicar un modelo de atención preventiva integral extramural, líder en la región por su calidad humana, apoyo emocional-espiritual y su eficiencia en atención prehospitalaria, traslado básico y asistencia domiciliaria, mostrando nuestro compromiso social con la comunidad, en cumplimiento de la misión de nuestra Iglesia Adventista del Séptimo Día.

2.3.4 E.S.E Gabriel Peláez Montoya (Jardín).

- Misión: Somos una empresa social del estado que presta servicios de salud, enfocados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante procesos de mejoramiento continuo dentro de un contexto de calidad, seguridad del paciente, eficiencia enmarcados por los más claros principios éticos y legales; contamos con el recurso humano y técnico calificado que nos permite satisfacer y superar las necesidades de nuestros usuarios internos y externos.
- Visión: Seremos en el 2011 la mejor alternativa de la región en prestación de servicios de salud con calidad, seguridad del paciente, oportunidad e integralidad, al servicio del bienestar de la comunidad de nuestro municipio y visitantes. En la actualidad la institución tiene una capacidad de 11 camas de hospitalización (37).

2.3.5 Hospital san Luis Beltrán (San Jerónimo)

- Misión: “El Hospital San Luis Beltrán del municipio de San Jerónimo es una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud de primer nivel con calidad, humanismo, ética y respeto por la dignidad humana, promoviendo tanto su talento humano como el desarrollo científico y tecnológico.”
- Visión: “Ser líder local en la prestación de servicios de salud en primer nivel, oportunos y con calidad, comportándose como una empresa competitiva, sólida, sostenible, dinámica en actividades y proyectos que beneficien a la comunidad Jeronimita, contando con talento humano capaz, infraestructura apropiada y tecnología suficiente para la satisfacción permanente del usuario”. En la actualidad la institución tiene una capacidad de 16 camas de hospitalización (38).

2.4 MARCO LEGAL O NORMATIVO

Se citan a continuación, algunas de las leyes más importantes en cuanto a Política de Seguridad del Paciente en Colombia y que por ello, amparan desde el punto de vista normativo esta investigación.

2.4.1 Ley 100 de 1993.

Frente al tema de calidad en salud se encuentran referencias normativas a nivel nacional, las cuales se han impulsado de manera enérgica en los últimos años. La reforma del sector en la década de los noventa, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la Ley 100 de 1993, contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud, ésta garantiza prestaciones económicas, de salud y ampliación de coberturas para toda la población mediante sus principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación comunitaria, y mediante mecanismos de

control de los servicios para garantizar calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. (39)

Lo anterior, tiene una estrecha relación la Cultura de Seguridad del paciente, ya que mediante esta se hace reglamentario, para las instituciones prestadoras de servicios de salud, garantizar una atención de calidad para sus pacientes, ya que parte del preámbulo que: “ La seguridad Social es el conjunto de Instituciones, normas y procedimientos que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias” (40); y es por medio de la anterior ley, que se logran establecer mecanismos de control para los servicios de salud, que permitan garantizar la calidad en la atención al usuario.

2.4.2 Ley 266 de 1996.

Promulgada el 25 de enero, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones del objeto y de los principios de la práctica profesión; define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación. (16)

Se relaciona con la Cultura de Seguridad del Paciente, pues define “la enfermería como profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar”. (16)

2.4.3 Resolución 0741 de Marzo 14 de 1997.

En esta resolución se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud; define que las instituciones deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios dentro de las instituciones, enmarcando así su relación con política de seguridad del paciente. (41)

2.4.4 Resolución WHA55.18 de mayo de 2002.

Plantea a los Estados miembros de la 55 Asamblea Mundial de la Salud a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología». (42)

2.4.5 Decreto 2309 de octubre de 2002.

Promulgado el 15 de octubre, derogado por el artículo. 57, Decreto Nacional 1011 de 2006, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (43)

Busca en su orden establecer el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

2.4.6 Ley 872 de diciembre 30 del 2003.

Creó el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, dicho sistema es visto como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados y de desarrollo de tales entidades (44), lo que demarca gran importancia en el campo de seguridad del paciente, ya que éste sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente (45).

2.4.7 Ley 911 de octubre 5 del 2004.

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones, se declaran los principios y valores éticos y el acto de cuidado de enfermería (46).

Destaca el gran compromiso ético y moral al que se enfrenta el profesional de enfermería, al ser uno de los principales gestores del bienestar de los pacientes y que están obligados a conocer estos principios que conllevan a que se respete la autonomía profesional y a prevenir procesos legales que impliquen responsabilidad civil.

2.4.8 Decreto 1011 de abril 3 del 2006.

La emisión del Decreto 1011 de 2006, por el cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, continuaba definiendo el SOGCS como “el conjunto de instituciones, normas,

requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. (47)

2.4.9 Resolución 001446 de Mayo 8 del 2006.

Define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, (48) lo cual es de suma importancia en cuanto al proceso que se ha llevado en Colombia en lo que tiene que ver con cultura de seguridad del paciente, ya que por medio de este sistema, la estrategia, se extiende a todo el país y permite que se realiza una continua evaluación de los procesos de calidad en la atención para los pacientes, y que se cumpla no solo con lo mandatorio por la ley, como lo dicta el Ministerio de Protección Social, contemplado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sino que también garantiza que los usuarios velen por sus derechos, lo que se genera que cada vez se requieran mayores indicadores de calidad en la atención que se brinda a los pacientes entre las diferentes organizaciones prestadoras de servicios de salud, las cuales persiguen no solo la habilitación, sino la acreditación, como máximo indicador de calidad Circular externa 30 de mayo 19 de 2006.

2.4.10 Ley 1122 de enero 9 de 2007.

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones:

- Prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.
- Reformas en la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud.
- Fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. (49)

2.4.11 Ley 1164 de Octubre 3 de 2007.

Por medio de la cual, se establecen las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. La cual, es un pilar fundamental en lo que tiene que ver con Cultura de seguridad del paciente ya que según como lo menciona dicha ley en sus líneas, por talento humano en salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud. (50)

Características que son propias del perfil de Enfermeros y auxiliares de enfermería participantes en la investigación, los cuales cuentan con unas características inherentes en sus actos y requieren de unas competencias propias para su profesión; al igual, que se les garanticen unas condiciones específicas para el cumplimiento de sus funciones con calidad.

2.4.12 Lineamientos de la política de seguridad 11 de junio de 2008.

Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia Bogotá, 11 de junio de 2008: Su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (20)

2.4.13 Ley 1438 de Enero 19 de 2011.

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Prestación del servicio público con la estrategia Atención Primaria en Salud, Acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, Ambiente sano y saludable con servicios de mayor calidad. (51)

Ya que su importancia radica en que el Sistema General de Seguridad Social en Salud se oriente a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, el bienestar del usuario se constituye en el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

2.4.14 Resolución 2679 de 2015.

Por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud, el cual es relevante en el tema de cultura de seguridad del paciente, ya que algunas de sus principales funciones son:

- Desarrollar análisis acerca del estado de la calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente en el país.
- Proveer condiciones para facilitar el desarrollo de consensos y acciones conjuntas orientadas hacia el beneficio de la calidad y la seguridad de la atención en salud.
- Emitir recomendaciones sobre políticas, normatividad o acciones tendientes a garantizar la calidad y la seguridad de la atención en salud.
- Apoyar la coordinación para el desarrollo e implementación de medidas sobre la calidad y la seguridad de la atención en salud.

- Promover estrategias de adecuación, articulación y fortalecimiento institucional del Sistema. (52).

2.5 MARCO DISCIPLINAR

Partiendo de la premisa (53) que considera la Enfermería como una disciplina profesional, la cual implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; es importante establecer bases que permitan argumentar la fundamentación teórica de esta; es por ello que para efectos de inclusión disciplinar la presente investigación para el análisis de la información y de los resultados se apoya en la filosofía de Patricia Benner denominada de “principiante a experto” la cual permite dimensionar el desempeño del personal de enfermería y su relación directa con la seguridad del paciente.

Patricia Benner, nació en Hampton (Virginia) y pasó su infancia en California, donde inició sus estudios de enfermería. En 1964 se licenció en Enfermería en el Pasadena College. Después, en 1970, cursó un Máster de Especialización en Enfermería Medico quirúrgica en la Escuela de Enfermería de San Francisco de la Universidad de California. En 1982 obtuvo el doctorado en estrés, afrontamiento y salud en la Universidad de Berkeley (California) y en 1984 se publicó su tesis (Benner 1984).

Benner posee una amplia experiencia clínica en cuidados médico-quirúrgicos, en cuidados intensivos y en el cuidado de salud domiciliario, ella ha reconocido que Virginia Henderson tuvo un gran influencia a la hora de elaborar su filosofía enfermera, Henderson (1989) ha afirmado que la obra de Benner *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984^a), dada su naturaleza y su alcance, puede cambiar la práctica y la preparación de las enfermeras para el ejercicio de su profesión.

De igual manera, Benner ha estudiado la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustenta la práctica enfermera. Mantiene que el conocimiento aumenta con el tiempo en una disciplina práctica y que se desarrolla a través del diálogo en relación y contextos situacionales, pues menciona que las habilidades que proporciona la experiencia enfermera y el conocimiento perceptivo que las enfermeras desarrollan como responsables de las decisiones que toman a partir de la “gestalt de la situación” las conducen a seguir su intuición en la búsqueda de pruebas para confirmar los leves cambios que observan en los pacientes y ha desarrollado registros interpretativos y descriptivos de la práctica de enfermería clínica donde los conceptos son los niveles de la práctica cualificada.

Utiliza cinco niveles específicamente definidos que son: principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y la experta, para describir la práctica enfermera y asocia la definición fenomenológica para explicar las ideas de la enfermería, persona, salud y situación. Afirmando que una condición facilita la conexión y el interés que una persona no viene al mundo predefinido sino que va definiéndose con las experiencias de la vida (54).

Según el metaparadigma de enfermería, para Benner, la persona, como un ser auto interpretativo, es decir la persona no viene al mundo predefinida sino que va definiéndose con las experiencias vitales; el cuidado o enfermería, se considera como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad; la salud, se define como lo que puede valorarse, mientras que el bienestar es la experiencia humana de la salud o el conjunto y en cuanto al entorno, transmite un entorno social, con una definición y un significado social. Menciona que los principales supuestos se guían por la moralidad, la ética y la responsabilidad. La interpretación personal de la situación depende del modo en el que el individuo se encuentra en ella. Esto significa que el pasado, el presente y el futuro de la persona, incluidos sus propios significados personales, influyen en la situación formal (54).

Así mismo, la filosofía de Benner de la práctica de la enfermería clínica proporciona definiciones y descripciones detalladas de los conceptos de la práctica enfermera, que se enuncian a continuación:

- **Principiante:** La persona que se encuentra en el estadio de principiante no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse, por lo general este nivel corresponde a los estudiantes de enfermería, pero también podría aplicar a las enfermeras expertas en un área determinada, que deben enfrentarse a una situación o a un área que les resulta desconocida **(54)**.
- **Principiante avanzada:** Es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. Las enfermeras en este nivel siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar **(54)**.
- **Competente:** Aprendiendo de las situaciones reales de práctica e imitando las acciones de los demás, la principiante avanzada pasa al estadio competente, el cual se caracteriza por una planificación consciente deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no. El nivel de eficiencia aumenta **(54)**.
- **Eficiente:** La persona es capaz de reconocer los principales aspectos y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce. En este estadio las enfermeras están más seguras de sus conocimientos y habilidades, están más implicadas con el paciente y su familia **(54)**.
- **Experto:** La enfermera experta posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. Existe un cambio cualitativo, ya que la enfermera “conoce al paciente”

lo que significa que conoce los clásicos patrones de repuesta, y que lo conoce como persona (54).

Partiendo de estos conceptos, para la investigación se hace necesario mencionar, que el personal de enfermería requiere unas competencias genéricas y específicas, que comprenden la combinación de una formación teórica y una práctica laboral, acompañadas de la experiencia que cada quien haya adquirido a lo largo de su vida, lo que determina sus capacidades, las cuales están directamente relacionada con la seguridad del paciente.

Es por esto, que cada día las instituciones que prestan sus servicios de salud, pretenden poder garantizar que los recursos humanos estén altamente cualificados para el desempeño de su cargo, que tengan una visión científica de su profesión, resaltando la necesidad de cuidados humanizados, oportunos, de calidad y libres de riesgo, ya que al final, la seguridad del paciente, se verá traducida en un indicador de calidad organizacional.

2.6 MARCO TEÓRICO

2.6.1 Seguridad del Paciente.

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. (55)

Las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos.

Un evento adverso no es más que “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes” o aquel que “hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo”. (56)

Los eventos adversos, al igual que afectan la condición de salud de los enfermos, implican repercusiones financieras debido a la alta proporción de los costos de salud de las instituciones, por el incremento de las estancias intrahospitalarias. Como consecuencia de lo anterior, es válido pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la “reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud” (56).

Tal seguridad es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad. Las proporciones alcanzadas de actos inseguros han exhortado al poder decisorio a establecer políticas en relación con la prevención, medición y evaluación de los errores en la práctica de salud.

2.6.2 Buenas prácticas de seguridad del paciente.

En general el concepto de “buenas prácticas” se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto (57).

Es entonces como La agency for Health care research and Quality de los Estados Unidos en su documento Safe Practices for Better Health Care, elaborado en el año 2003, proporciona una base para evaluar las instituciones de salud, mediante 30 aspectos relacionados con las buenas prácticas de la seguridad del paciente. (27)

Este set de 30 buenas prácticas de seguridad del paciente, se clasifican en cinco grupos, de la siguiente manera:

- Grupo 1: La Cultura de seguridad, busca promover un apoyo que permita abiertamente la denuncia ante cualquier situación o circunstancia que amenaza o potencialmente pone en peligro la seguridad de los pacientes o sus cuidadores, que considere la ocurrencia de errores y eventos adversos como oportunidades para hacer del cuidado de la salud un sistema mejor.
- Grupo 2: Adecuar la capacidad del servicio a las necesidades del paciente; en este grupo se consideran indicadores en relación a recomendaciones sobre la dotación de personal de enfermería, y a la participación del farmacéutico en los procesos de prescripción, dispensación y administración de fármacos.
- Grupo 3: Adecuada transferencia de información y una clara comunicación; pues los fallos en la comunicación entre los diversos servicios y profesionales involucrados en la atención, y con los pacientes que son atendidos, hace que pueda faltar información esencial para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, y ser la base de errores y duplicación de pruebas y exploraciones.
- Grupo 4: Mejorar seguridad en situaciones específicas; en este grupo de recomendaciones están las relacionadas con procesos clínicos específicos con especial notoriedad por su asociación a efectos adversos prevenibles.
- Grupo 5: Mejorar seguridad en el uso de medicamentos; en éste grupo de recomendaciones se incluyen medidas q son efectivas para prevenir la aparición de efectos adversos asociados a la medicación, pues éste es el problema de seguridad más frecuente que se presenta en pacientes hospitalizados. **(8)**

2.6.3 Cultura de seguridad del paciente.

Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico en la gestión de la calidad, la cual abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria, por tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente (58). Por lo tanto mejorar dicha seguridad requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo.

La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua.
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad.
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos.

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente. Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer un castigo. Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la “Encuesta de Clima de Seguridad” (59)

Dicha encuesta, consta de un cuestionario, con 12 dimensiones, que permiten cumplir los objetivos de la investigación: Frecuencia de eventos notificados; percepción de seguridad; expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ servicio que favorecen la

seguridad; aprendizaje organizacional/mejora; trabajo en equipo en la Unidad/Servicio; franqueza en la comunicación; retroalimentación y comunicación sobre errores; respuesta no punitiva a los errores; dotación de personal; apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; trabajo en equipo entre unidades; problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades.

Utilizando lo anterior, investigadores brasileros: Zenewton y et al, realizaron el estudio Cultura de seguridad del paciente y factores asociados, en una red de hospitales públicos españoles el cual se llevó a cabo en el año 2013 donde se aplicó la misma encuesta mencionada anteriormente como instrumento, y demostró que:

Las dimensiones "trabajo en equipo en la misma unidad o servicio" y "expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad o servicio que favorecen la seguridad" presentaron los porcentajes de respuestas positivas más altos, respecto al total de posibles respuestas en las respectivas dimensiones, con un 73,5% (IC95%: 71,6-75,4) y un 63,2% (IC95%: 61,0-65,4), respectivamente.

No obstante, siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ, ninguna dimensión llega al nivel de fortaleza de la cultura de seguridad en el conjunto de hospitales, es decir, un mínimo de 75% de respuestas positivas.

Además, algunas dimensiones presentaron un considerable porcentaje de respuestas negativas. La dimensión "dotación de personal" presentó destacadamente el más alto porcentaje de percepción negativa, con un 61,0% (IC95%: 59,1-62,8), llegando al nivel de debilidad de la cultura de seguridad u oportunidad de mejora, por superar el 50% de respuestas negativas. En cuanto a las oportunidades de mejora se centran sobre todo, en las dimensiones "dotación de personal", "apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente", "percepción de seguridad" y "trabajo en equipo entre unidades/servicios". Estas cuatro solas acumulan casi el 60% de todas las respuestas con carácter negativo.
(60)

En el año 2013, Castañeda Hidalgo y colegas exploraban la percepción de la cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en un Hospital General del Sistema de Salud, en Tampico, Tamaulipas, México.

Esta investigación arrojó como resultados que el clima de seguridad obtuvo una media de 7,35 en una escala del 0 al 10, la percepción de seguridad fue apreciada como una dimensión hacia la mejora continua con 86 (44,1%); mientras que la dimensión de frecuencia de eventos notificados obtuvo 131 (67,2%), en relación a la frecuencia de eventos notificados 156 participantes reportaron 0 eventos con un 80%, 17 reportó 1 evento con un 8,7%, 13 con 2 eventos reportados con un 6,7%, 2 con 3 con un 1,0% y 3 con 5 eventos reportados con un 1,5%. La percepción global del indicador de cultura de la seguridad fue percibida con un 54,53% de respuestas positivas. (61)

En el contexto nacional, el estudio Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá; realizado en el año 2011 por Gómez Ramírez y colegas, mostró los siguientes resultados: los incidentes reportados el último año, 128 individuos (63.6% de la muestra) afirmaron que no habían reportado ningún incidente, y 68 individuos (33.8%), afirmaron que habían reportado menos de 10 incidentes. En el análisis de las preguntas relacionadas con el proceso de elaboración de historias clínicas se encuentra que el 48% de los participantes afirma que son informados los cambios de medicación de los pacientes de forma clara y rápida; 35.8% afirma que antes de realizar una nueva prescripción de medicamentos se tiene en cuenta los fármacos que está tomando el paciente; y apenas un 28% (58 individuos) indica que cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del mismo. (62)

El estudio de revisión sistemática: una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente publicado en el año 2011, realizado por Soto Gámez y colegas, muestra que los trabajadores de la salud tienen una buena percepción de la seguridad del paciente en sus servicios, como lo demuestran los estudios del Ministerio de Sanidad y Consumo Español y Ortiz et al, afirman que el trabajo en equipo es percibido positivamente, como un factor protector en cuanto a la incidencia de errores en la atención; sin embargo, se cree que la labor de la gerencia se centra en actuar cuando el error sucede y se presentan acciones punitivas en contra de un trabajador, y no, como se esperaría, haciendo las correcciones dentro de toda la situación desencadenante. (63)

3. METODOLOGÍA

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

3.1.1 Población blanco.

La población blanco se constituyó por todo el personal de enfermería tanto auxiliar como profesional, que labora en instituciones de primer y segundo nivel de complejidad del departamento de Antioquia.

3.1.2 Población Accesible.

La población accesible estuvo conformada por todo el personal de enfermería que laboraba en las instituciones de primer y segundo nivel de complejidad en convenio docencia servicio con la Corporación Universitaria Adventista de Colombia en el año 2015.

3.1.3 Población de estudio.

La población que formó parte del presente estudio incluyó todo el personal de enfermería perteneciente a Instituciones: E.S.E Gabriel Peláez Montoya, IPS Universitaria Adventista, E.S.E Hospital San Luis Beltrán y Fundación Clínica Noel, que aceptó participar en la investigación y que a su vez contaron con los criterios de elegibilidad instaurados.

3.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, pues se recolectó información fundamentalmente con datos cuantificables, y posterior a ello se realizó su análisis y medición estadística.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo descriptivo evaluativo transversal con un diseño observacional; descriptivo, pues no se realizó manipulación de la muestra en ningún momento de la investigación, sólo se realizó una evaluación de las buenas prácticas de seguridad del paciente que se lleva a cabo en las instituciones; es transversal, porque se realizó un corte en el tiempo (segundo semestre 2015).

3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.4.1 Unidad de Análisis.

Para la presente investigación, la unidad de análisis estuvo integrada por los equipos de enfermería conformados por profesionales y auxiliares de enfermería de los diferentes servicios de instituciones de salud participantes de la investigación.

3.4.2 Definición de la muestra

La muestra estuvo formada por todos los enfermeros y auxiliares de las instituciones E.S.E Gabriel Peláez Montoya (Jardín) dos enfermeros y 14 auxiliares de enfermería; IPS Universitaria Adventista un enfermero y dos auxiliares de enfermería; E.S.E Hospital San

Luis Beltrán (San Jerónimo) un enfermero y ocho auxiliares de enfermería; Fundación clínica Noel dos enfermeros y 13 auxiliares de enfermería.

En su totalidad seis profesionales y 37 auxiliares de enfermería. Con el fin de garantizar una mayor representatividad y confiabilidad de los datos la muestra estuvo constituida por el 100% del personal de enfermería de las instituciones abordadas en el estudio.

3.4.3 Criterios de elegibilidad.

3.4.3.1 Criterios de Inclusión.

Profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería que:

- Aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria.
- Laboraban en servicios asistenciales de las instituciones de primer y segundo nivel de atención, en convenio con la Corporación Universitaria Adventista de Colombia en el año 2015.
- Tuvieran contrato vigente con la institución hospitalaria al momento de participar de la investigación.

3.4.3.2 Criterios de Exclusión.

Profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería que:

- No laboraran en las instituciones incluidas en el estudio.
- Se desempeñaban en áreas no asistenciales.
- Que aun cumpliendo los criterios de inclusión no accedieron al estudio voluntariamente.
-

3.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Para recopilar la información pertinente que tenía el personal que formó parte del estudio se tomó como referente la encuesta diseñada por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos y adaptada al español por el grupo de investigación en gestión de calidad de la universidad de Murcia España, versión española Hospital Survey on Patient Safety (2005).

El instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture fue creado como una herramienta para examinar de manera confiable las conductas y actitudes que poseen de los trabajadores del área de la salud en relación con la seguridad del paciente.

Por este motivo la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España realizó la traducción del mismo para ponerlo a disposición de los profesionales sanitarios en enero del año 2006 (5). (Ver anexo 1.)

Posteriormente ha sido utilizada en varias investigaciones nacionales y es recomendada por el Ministerio de Salud de Colombia, como parte del proceso de autoevaluación institucional. Con previo consentimiento informado (ver anexo 2.), se aplicó la encuesta, mediante un cuestionario autoadministrado, éste, al igual que el original consta de 12 dimensiones, y estas a su vez contienen ítems los cuales nos permiten cumplir los objetivos de la investigación: Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 3 ítems); percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems); expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ servicio que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems); aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems); trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Agrupa 4 ítems); franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems); retroalimentación y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems); respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems); dotación de personal (Agrupa 4 ítems); apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems); trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems); problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (Agrupa 4 ítems).

3.6 VARIABLES

3.6.1 Variable Dependiente Subjetiva.

Cultura de la seguridad del paciente.

3.6.2 Variables Independientes Subjetivas.

Frecuencia de eventos notificados; percepción de seguridad; expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad; aprendizaje organizacional/mejora continua; trabajo en equipo en la Unidad/Servicio; franqueza en la comunicación; retroalimentación y comunicación sobre errores; respuesta no punitiva a los errores; dotación de personal; apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; trabajo en equipo entre unidades; problemas en cambios de turno, transiciones entre servicios/ unidades y nivel de seguridad. (Ver anexo 1.)

3.6.3 Variables Independientes Objetivas.

Profesión u oficio; unidad o servicio; tiempo de desempeño en la profesión u oficio; antigüedad en la clínica; antigüedad en el servicio; número de horas de trabajo a la semana. (Ver anexo 2.)

3.7 ANALISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento empleado en esta investigación, está dada desde el punto de vista legal por la resolución 2003 de 2014, expedida el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia por la cual “se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud” (64).

En ella se describe dentro del estándar de procesos prioritarios, que un criterio indispensable para todos los servicios es contar con “un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos” (64). Dicha caja de herramientas incluye la aplicación de un paquete instruccional de buenas prácticas para la atención en salud que busca promover la cultura de seguridad y en el cual se expresa que los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del MPS incluyen una versión en español de la Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente, diseñada originalmente por la AHRQ, con el fin que las IPS la apliquen en sus instituciones y autoevalúen el nivel de implementación de esta cultura” (65).

Así mismo desde el punto de vista científico, este instrumento ha sido aplicado en estudios realizados por instituciones gubernamentales como el Ministerio de Sanidad y Consumo de España sobre Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, en el cual la fiabilidad de cada una de las dimensiones a través del Alfa de Cronbach, muestra los siguientes resultados. (Ver tabla 3.)

Tabla 1. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario.

	Alfa de Cronbach*
Notificación de eventos relacionados con la seguridad.	0.88
Percepción global de seguridad.	0.65
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/servicio en apoyo de la seguridad.	0.84
Aprendizaje organizacional/mejora continua.	0.68
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.	0.82
Franqueza en la comunicación.	0.66
Retroalimentación Feed-back y comunicación sobre errores.	0.73
Respuesta no punitiva a los errores.	0.65
Dotación de personal.	0.64
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.	0.81
trabajo en equipo entre unidades/servicios	0.73
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.	0.74
(*): > 0.6: Aceptable; >0.7: buena; >0.8: excelente.	

Fuente: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf> pag 13

Como consecuencia de los resultados obtenidos en el anterior estudio, “la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España realizó la traducción del instrumento para ponerlo a disposición de los profesionales sanitarios desde enero de 2006. (31)”

Así, aparte de los estudios que han aplicado el instrumento en Estados Unidos, se han publicado en Europa investigaciones con la misma herramienta en cinco hospitales belgas, uno noruego y en hospitales del Reino Unido (5).

3.8 ESTRATEGIA DE ANALISIS DE DATOS

La valoración de cada ítem se realizó por mediante la escala de Likert, en cinco grados de acuerdo a cada sección, para las secciones A y B: muy en desacuerdo; en desacuerdo; indiferente; de acuerdo; muy de acuerdo, y para las secciones C y D: nunca; casi nunca; a veces; casi siempre; siempre.

El cuestionario contaba con preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantuvieron las opciones

de respuesta originales, al momento de realizar el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

- Negativo: Muy en desacuerdo, en desacuerdo.
- Neutral: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- Positivo: De acuerdo, muy de acuerdo

Para el análisis de los resultados obtenidos, se clasifico cada pregunta o ítem como fortaleza si la respuesta dada cumplía con los siguientes criterios:

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

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

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

Es de anotar que para la correcta aplicación y validación de la versión adaptada al español del instrumento a utilizar en la muestra seleccionada; se realizó una prueba piloto con un grupo de enfermeros y auxiliares de enfermería de la E.S.E Hospital san Rafael, del municipio de Andes Antioquia, institución no participante en el estudio, con el propósito de evaluar la formulación y comprensión de las preguntas

3.9 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACION

De acuerdo con los principios establecidos en la resolución 8430 del 1993, la cual estipula la normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en sus Artículos 10 y 11 establece la clasificación de las investigaciones; dado lo anterior este estudio se clasifica como investigación sin riesgo mínimo, y se desarrolló conforme a los criterios de respeto, beneficencia y justicia.

Antes de aplicar el instrumento, a los participantes del estudio se les informó sobre los aspectos relacionados con el mismo y a su vez diligenciaron y firmaron un consentimiento informado, que demostraba que su participación era libre, voluntaria y que poseían conocimiento del uso que se le daría a los datos consignados en el instrumento. (Ver anexo 1.)

Se mantuvo en todo momento el anonimato de quienes participaron en la investigación.

Los datos estadísticos fueron analizados con un método descriptivo exploratorio invariado Usando el programa SPSS versión 19. Se analizó cada variable contenida en la encuesta y se describieron mediante distribución de frecuencia, frecuencia relativa, frecuencia porcentual. El análisis estadístico gráfico, se representa a través de histogramas y gráfico de barras.

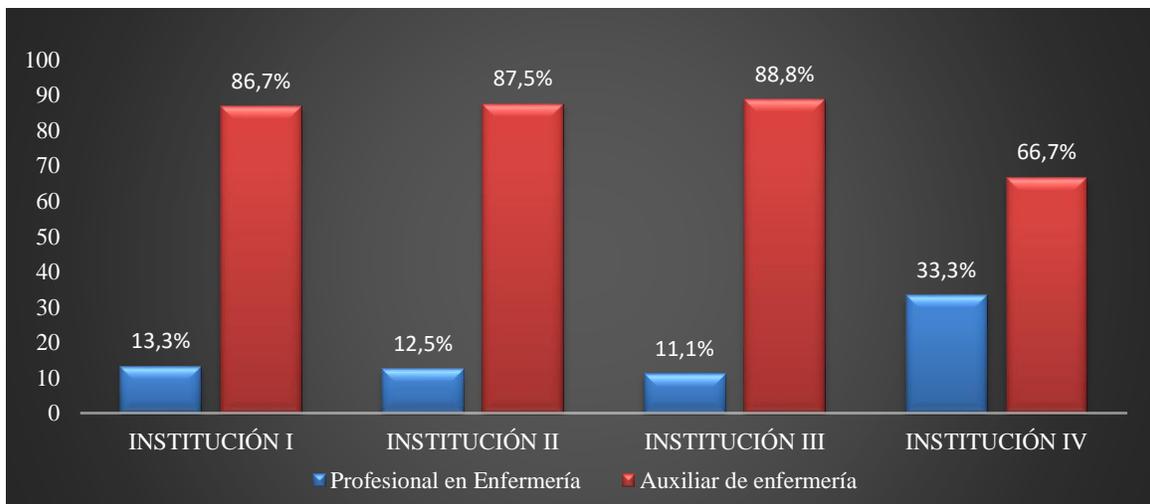
4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Luego de la aplicación de la encuesta al personal de enfermería de las cuatro instituciones estudiadas, se muestran los resultados, teniendo en cuenta la percepción de los participantes en cada una de las variables planteadas, dando respuesta a los objetivos propuestos en el estudio.

4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, LABORAL Y PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL NIVEL DE SEGURIDAD DE PACIENTE.

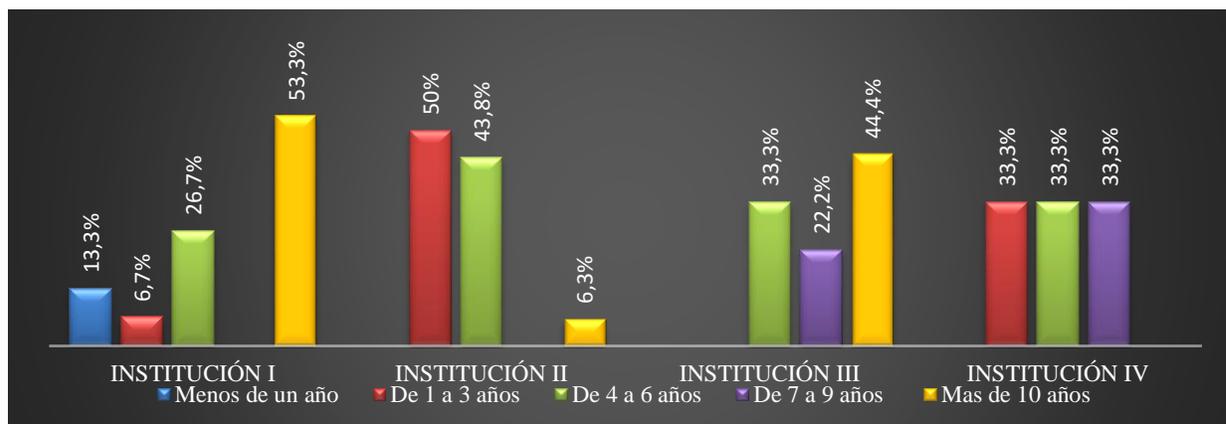
4.1.1 Caracterización sociodemográfica.

Gráfico 1. Cargo que ocupan los encuestados en la institución.



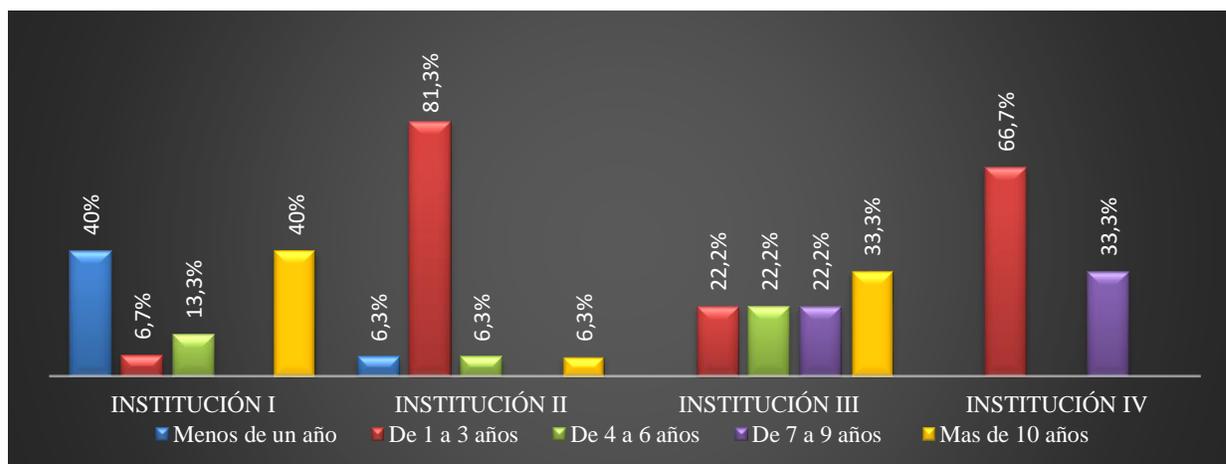
En lo relacionado con el cargo desempeñado por los encuestados, se puede deducir según el gráfico 1, que, en todas las instituciones la mayor parte del personal corresponde a auxiliares de enfermería: Institución I el 86,7%; Institución II 87,5%; institución III 88,8%; e institución IV 66,7%. Un porcentaje menor: Institución I, 13,3%; institución II, 12,5%; institución III, 11,1%; e institución IV, 33,3%, corresponde a profesionales de enfermería.

Gráfico 2. Tiempo en años de desempeño del personal de enfermería en su profesión.



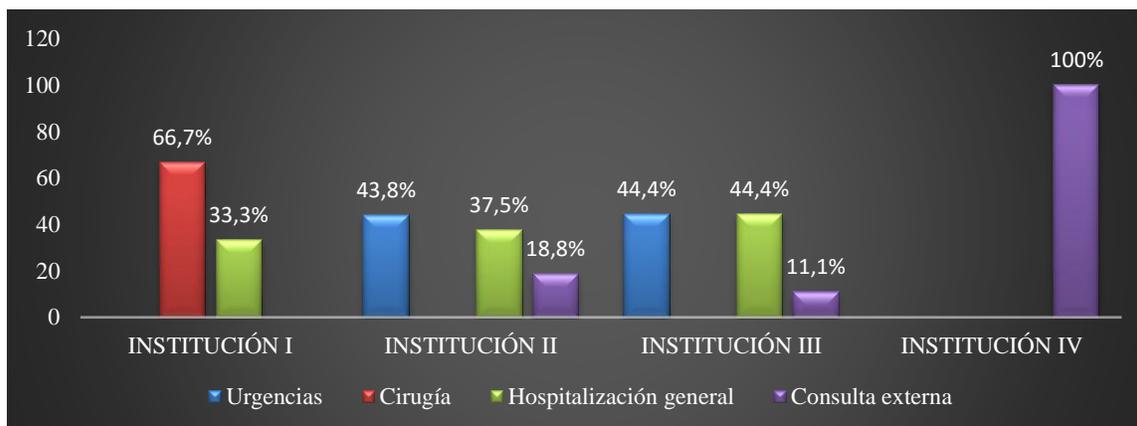
De acuerdo con la información de la gráfica 2, Se puede apreciar que en las instituciones I y III el 53,3% y 44,4% del personal de enfermería respectivamente, tiene más de 10 años de experiencia en su profesión u oficio, mientras que en las instituciones II y IV el 93,8% y 66,6% en su orden, son auxiliares de enfermería o enfermeros hace seis años o menos.

Gráfico 3. Tiempo en años laborado con la institución.



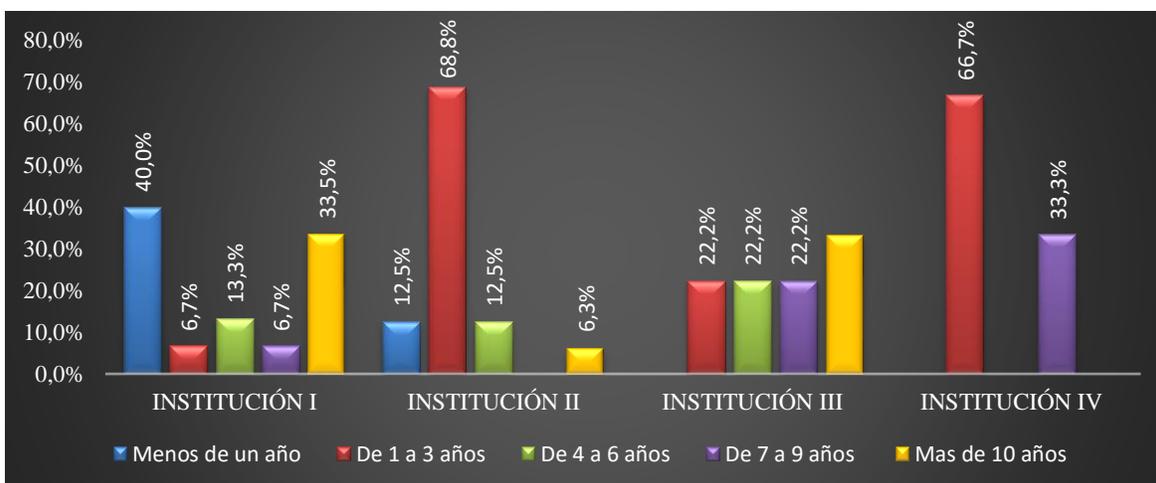
En el gráfico 3, se evidencia que en la institución III el 55,5 % del personal de enfermería labora en ella desde hace más de siete años; por lo contrario en los hospitales I, el 60%, II, el 92,9% y la institución IV , el 66,7% del personal tienen tres años o menos de trabajar en ellas, con lo cual se puede deducir que hay mayor experiencia en la institución III.

Gráfico 4. Servicio de la institución donde laboran los encuestados.



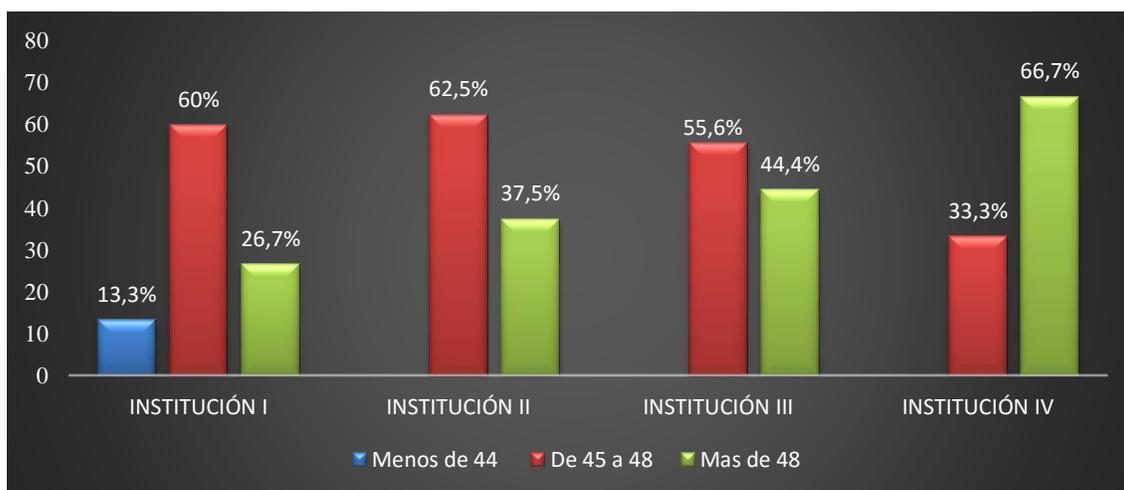
Según el gráfico 4, para la institución I el mayor porcentaje de su personal (66,7%) se encuentra laborando en el servicio de cirugía; en la institución II el 43,8% se concentra en el servicio de urgencias; en el caso del hospital III su personal se agrupa por partes iguales en un 44,4% en los servicios de urgencias y hospitalización; y en la institución IV todos se encuentran en el servicio de consulta externa.

Gráfico 5. Tiempo en años laborado en el servicio actual.



Teniendo en cuenta lo observado en el gráfico 5 el personal con mayor experiencia en el servicio se encuentra en el hospital III con el 55,5% con más de siete años. En contraste con el 60%, 93,6% y 66,7% del personal de enfermería de las instituciones I, II y IV respectivamente que tienen menos de seis años laborando en el servicio.

Gráfico 6. Horas semanales que trabaja el personal de enfermería en la institución.



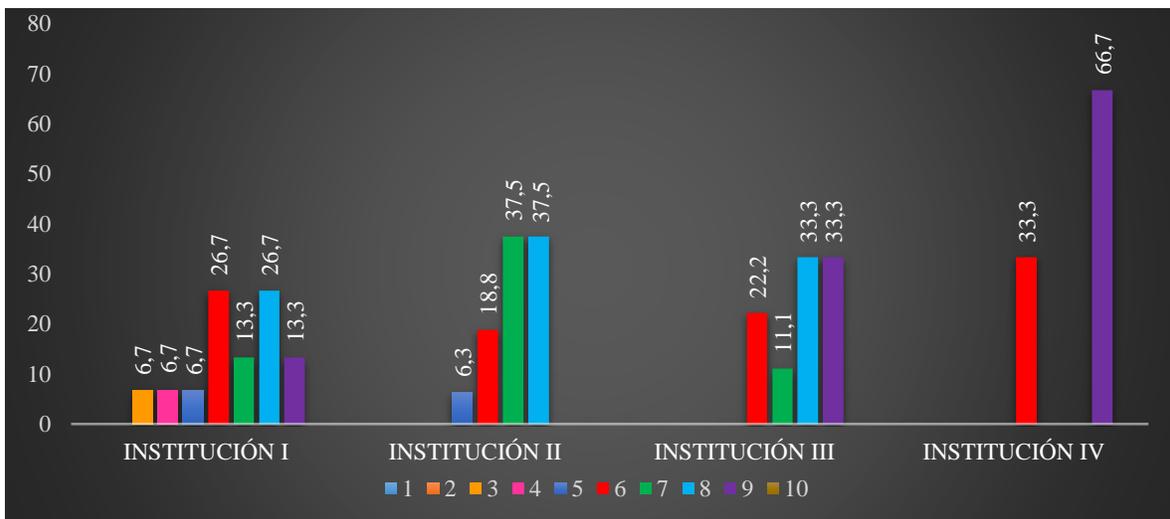
En lo que tiene que ver con el número de horas laboradas por semana, se puede inferir con preocupación que un porcentaje considerable del personal de enfermería de las cuatro instituciones, la I, con el 26,7%, la II, con el 37,5%, la III, con 44,4% y la IV, con el 66,7% argumentan que trabajan más de 48 horas a la semana. (Ver gráfico 6).

Gráfico 7. Contacto directo del personal de enfermería con el paciente.



En todas las instituciones investigadas el 100% del personal de enfermería arguye tener contacto directo con el paciente. (Ver tabla 10 y gráfico 7).

Gráfico 8. Grado de seguridad del paciente percibido por el personal en su servicio.



Según la tabla 11 y el gráfico 8, siendo 1 la mínima y 10 la máxima calificación, en la institución I, el 60,1% del personal de enfermería considera que el grado de seguridad del paciente de su servicio oscila entre 3 y 7 puntos, y entre el 33,3% opina que el nivel se encuentra entre 8 y 9 puntos. Por su parte en el Hospital II el 62,6% del personal califica el

nivel de seguridad entre 5 y 7 puntos, y el 37,5 % entre 8 y 9 puntos. Entre tanto en las instituciones III y IV el 33,3% del personal manifiesta que el nivel de seguridad de su servicio es de 6 y 7 puntos, y el 66/% entre 8 y 9 puntos, lo que significa que en estas instituciones se percibe un mayor grado de seguridad, aunque por supuesto todas precisan seguir trabajando en ello.

4.2 FRECUENCIA EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y PERSEPCIÓN QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN, LA RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES Y RETROALIMENTACIÓN QUE SE HACE SOBRE LOS MISMOS.

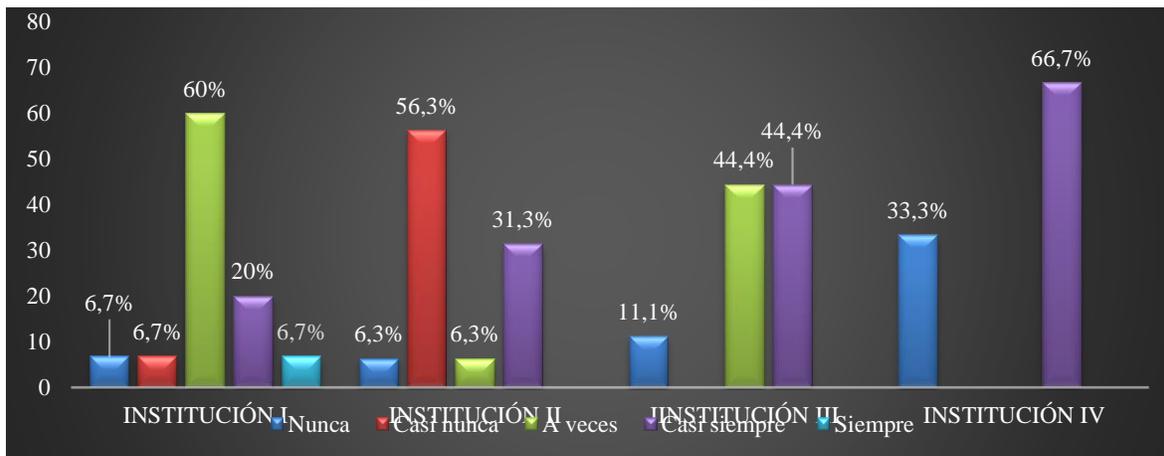
4.2.1 Frecuencia de eventos adversos notificados.

Tabla 2. Incidentes de seguridad notificados por escrito durante el último año.

INSTITUCIÓN	NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS
I	23
II	51
III	14
IV	0

Durante el último año el grupo de enfermería de las instituciones I, II y III en cumplimiento con la cultura del reporte, notificaron 23, 51 y 14 eventos respectivamente, a diferencia de la institución IV en la cual los encuestados no informaron eventos adversos, lo cual no significa necesariamente que no estén ocurriendo. (Ver tabla 12).

Gráfico 9. Notificación de los errores que no llegan al paciente.



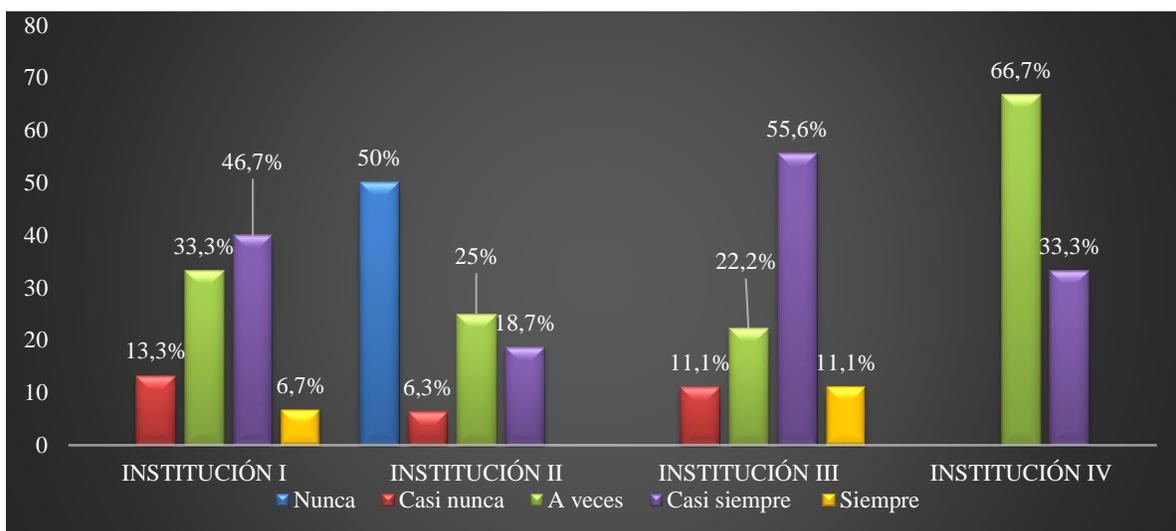
En consonancia con lo anterior, en el gráfico 9, se observa que para las instituciones III (44,4%) y IV (66,7%) el personal indica notificar los incidentes, por el contrario el personal en la institución II (62,6%) describe no hacerlo; y en la institución I, 60% a veces notifican, con lo que se puede concluir que para las instituciones II y IV este aspecto se constituye en una oportunidad de mejora y aunque para las instituciones I y III no es una fortaleza ni una oportunidad de mejoramiento. En términos generales hace falta cultura del reporte.

Gráfico 10. Notificación de los errores que llegan al paciente.



En las institución IV, la notificación de los eventos adversos se constituye en una fortaleza dado que el 100% del personal de enfermería dice reportarlos; a diferencia de las instituciones I, II y III donde el 53,3%, 31,2% y 66,7% del personal respectivamente, dijo no informarlos en su totalidad, considerándose una oportunidad de mejora para ellas. (Ver gráfico 10).

Gráfico 11. Notificación de los errores que no ocasionan lesión o consecuencias a los pacientes.



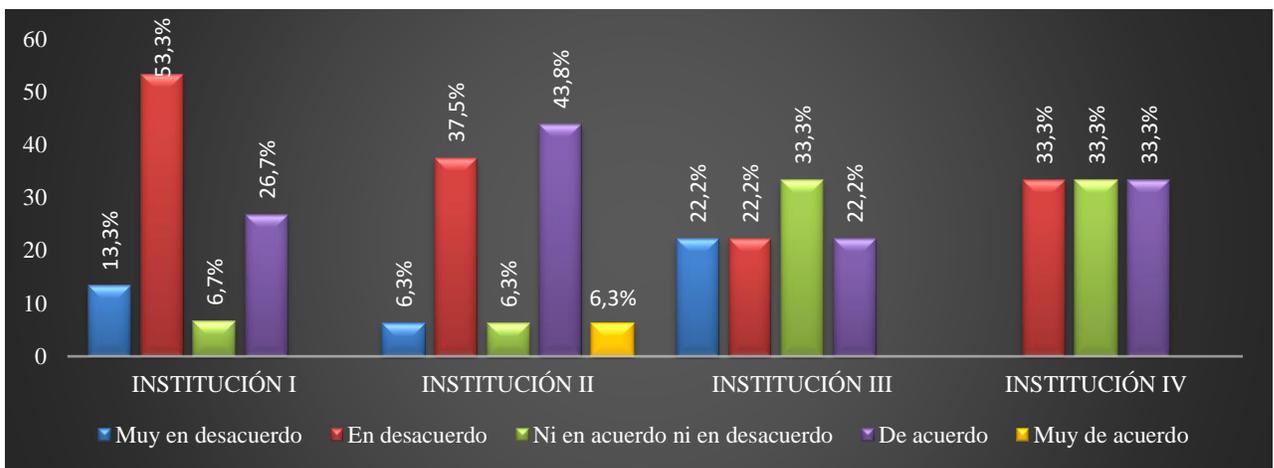
De acuerdo con el gráfico 11, se observó una alta representación porcentual del personal de las instituciones I (53,4%), III (66,7%) y IV (33,3%) que afirmó notificar los errores que no llegan a los pacientes, sin embargo no alcanzan a considerarse como fortaleza, por cuanto no superan el 75% de opiniones positivas esperadas en la metodología del estudio. Entre tanto para la institución II el 56,3% de los encuestados informa no reportar dichos eventos, considerándose de manera clara una oportunidad de mejora.

Gráfico 12. Frecuencia eventos adversos notificados.



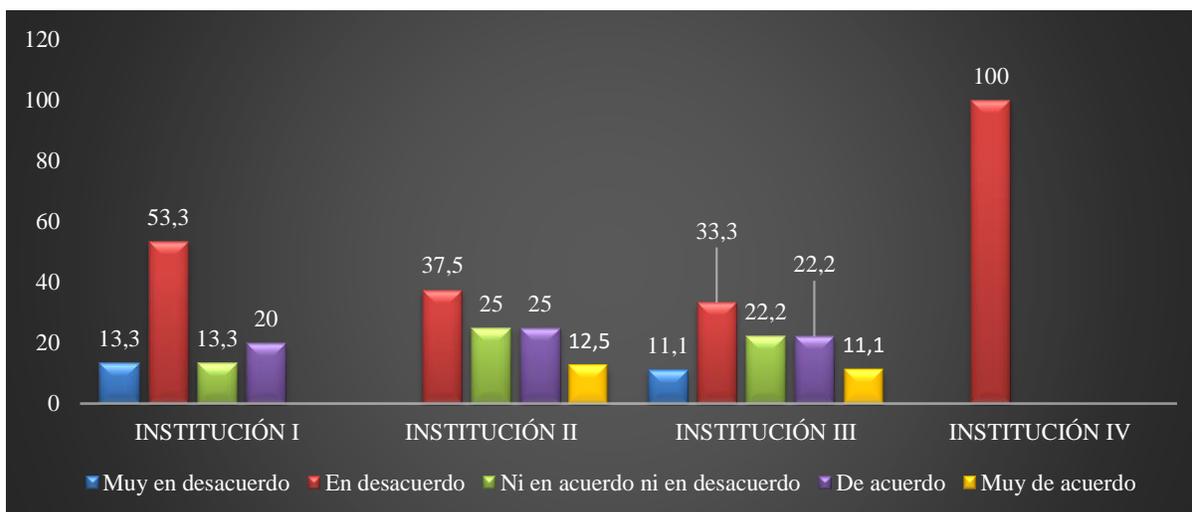
Haciendo el análisis global de la variable eventos adversos notificados, se puede concretar que para tres de las cuatro instituciones no es ni una fortaleza ni una oportunidad de mejora, por cuanto para la Institución I, solo obtiene 44.5% de respuestas positivas, 44.5% neutras y 11% negativas; para las organizaciones III y IV, sólo se obtuvo un 59.3% y 66.6% de respuestas afirmativas. Pero para la institución II, se constituye de manera congruente en una oportunidad de mejora porque se manifestó negativamente el 58.4% del personal. (Ver gráfico 12).

Gráfico 13. Actitud del compañero o superior frente a un error.



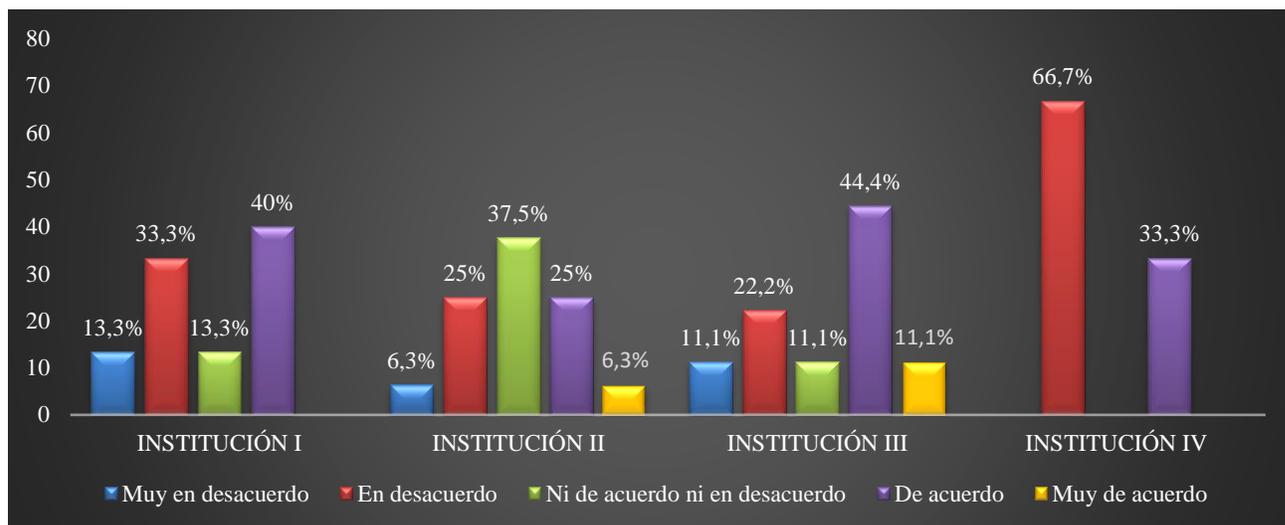
Teniendo en cuenta lo observado en el gráfico 13. El 66,6% del personal de la institución I, y el 44,4% del hospital III, perciben que cuando cometen un error, sus superiores o compañeros no lo utilizan en su contra, sin embargo un porcentaje considerable de ambas instituciones opinan lo contrario (26,7% y 22,2% respectivamente), por lo cual no alcanza a considerarse una fortaleza en estas organizaciones. Para el caso del hospital II, teniendo en cuenta que el 50,1% de los enfermeros encuestados opinaron sentir que cuando cometen un error, sus compañeros lo utilizan en su contra, considerándose este ítem como oportunidad de mejora.

Gráfico 14. Ante un error se busca un culpable y no la causa.



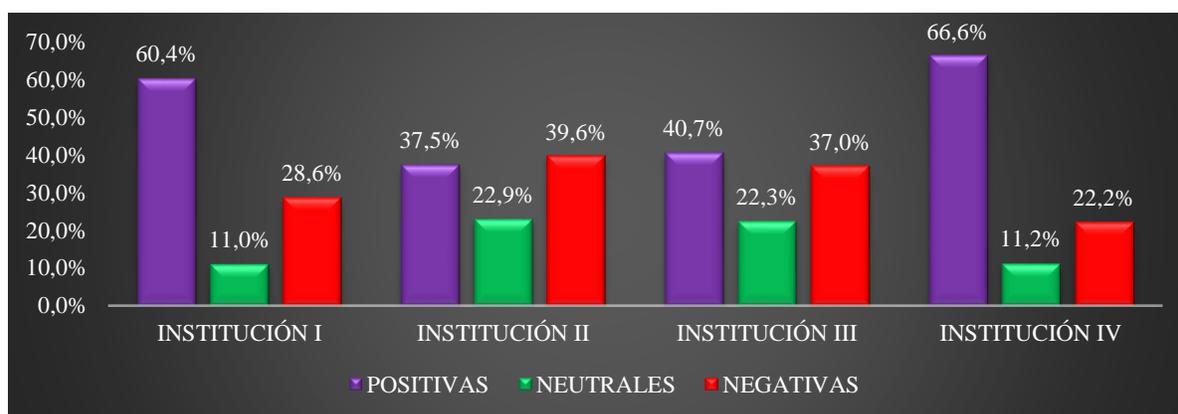
De acuerdo con el gráfico 14, en la institución II el 37,5% del personal de enfermería expresa que cuando se detecta un error, hay más interés por el culpable y un 37,5% opina que se busca la causa; en la institución I, un 66,6% y en la institución III un 44,4% de los encuestados expresa que se indaga sobre la causa; igual opinión tiene el 100% del personal de la institución IV el 100%. No obstante, teniendo en cuenta la metodología de la investigación, este aspecto solo alcanza a ser una fortaleza evidente para la institución IV.

Gráfico 15. El personal expresa temor ante el registro de un error en su hoja de vida.



En la tabla 19 y gráfico 15, el personal de las instituciones I (46,6%) y IV (66,7%) expone no tener temor a que se registre en su hoja de vida un error, gran porcentaje de la institución III (55,5%) expresa si sentir temor ante esta situación. Para la institución II el 37,5% de su personal se muestra apático ante esta situación.

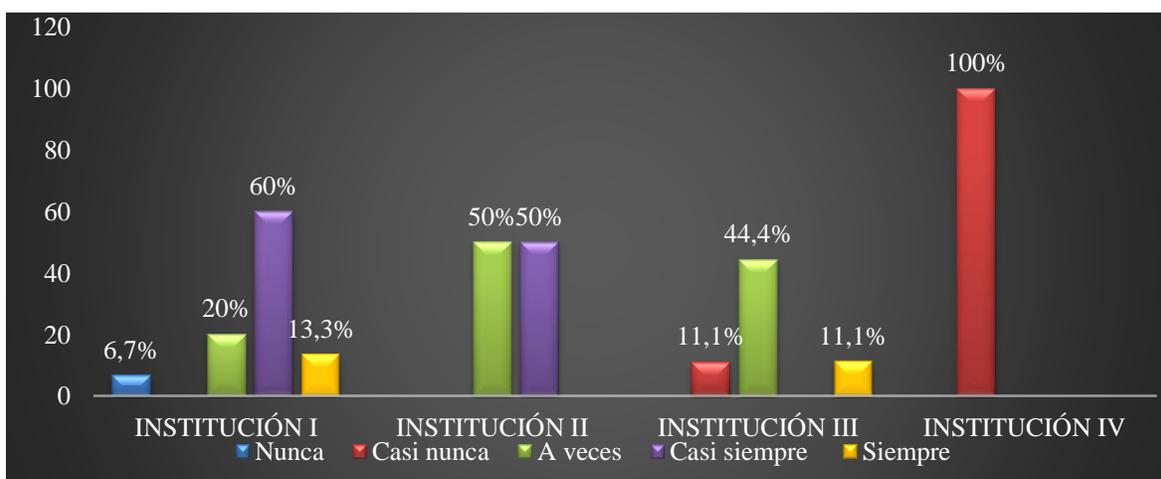
Gráfico 16. Respuesta no punitiva a los errores.



Luego de abordar las preguntas relacionadas con la variable respuesta no punitiva a los errores, se puede colegir que para ninguna de las organizaciones estudiadas resultó ser

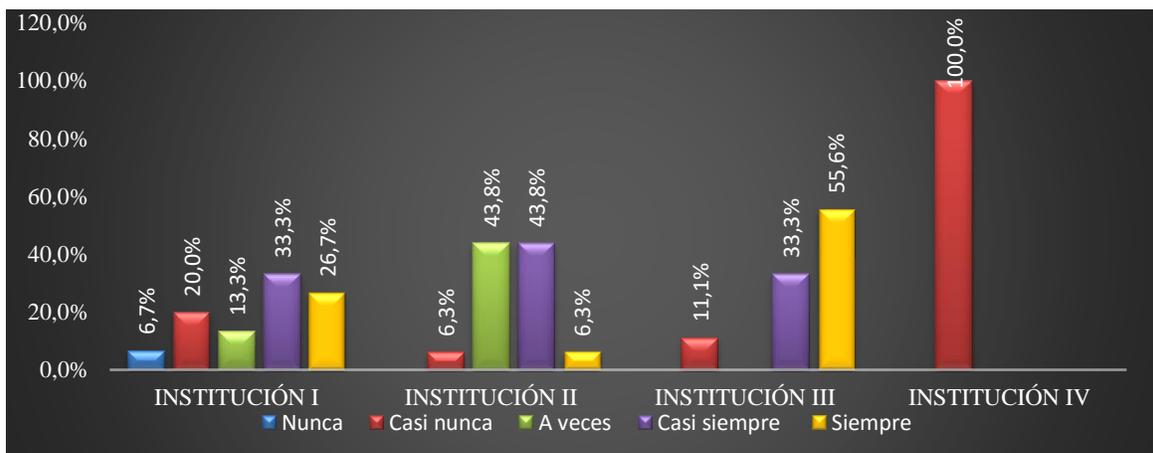
fortaleza u oportunidad de mejora, dado que las respuestas negativas a la pregunta planteada en positivo no alcanzaron el 75% esperado: 60.4% para la institución I, 37.5% para la II, 40.7% para la III y 66.6% para la IV. Sin embargo y aunque las respuestas positivas al interrogante negativo no alcanzaron un 50%, los porcentajes son preocupantes: 28.6% para la organización I, 39.6% para la II, 37% para la III y 22.2% para la IV, lo cual indica que existe un número considerable de personas que teme ser sancionada de alguna forma si notifican los errores que cometen durante la atención. (Ver gráfico 16).

Gráfico 17. Acciones de los jefes ante la notificación de incidentes.



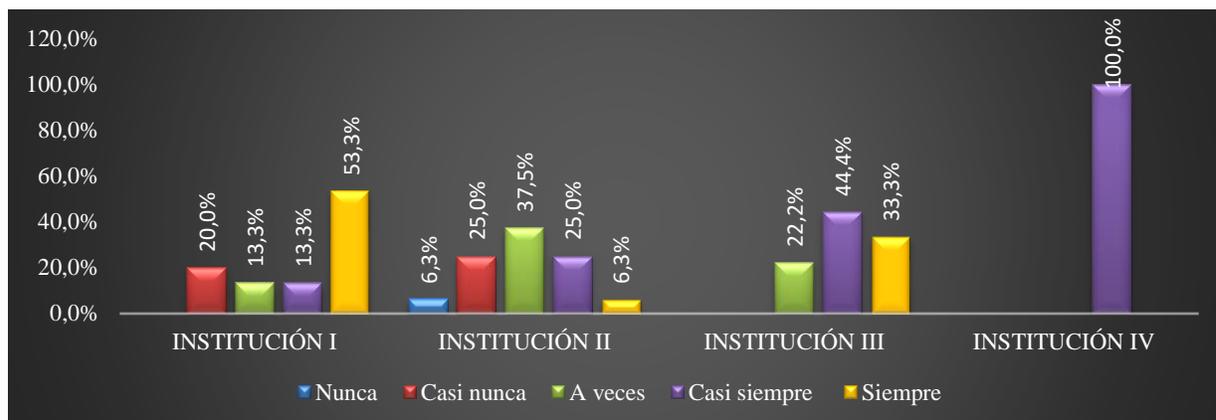
En lo que tiene ver con las acciones de mejora después de haber cometido un incidente, la totalidad del personal encuestado en la institución IV, arguye que no se les informan las acciones de mejora que se han llevado a cabo para evitar que vuelvan a ocurrir los errores, lo cual es una oportunidad de mejora para esta organización. En lo que tiene que ver con el equipo de enfermería de los hospitales I, II y III, con opiniones positivas, del 73,3%, el 50% y el 44,4% respectivamente, expresan que si se les notifican las acciones de mejora, pero aun así, no logran ser una fortaleza para ellas, debido a que las opiniones positivas no alcanzan el 75% estipulado. (Ver gráfico 17.)

Gráfico 18. Información sobre los errores en la unidad.



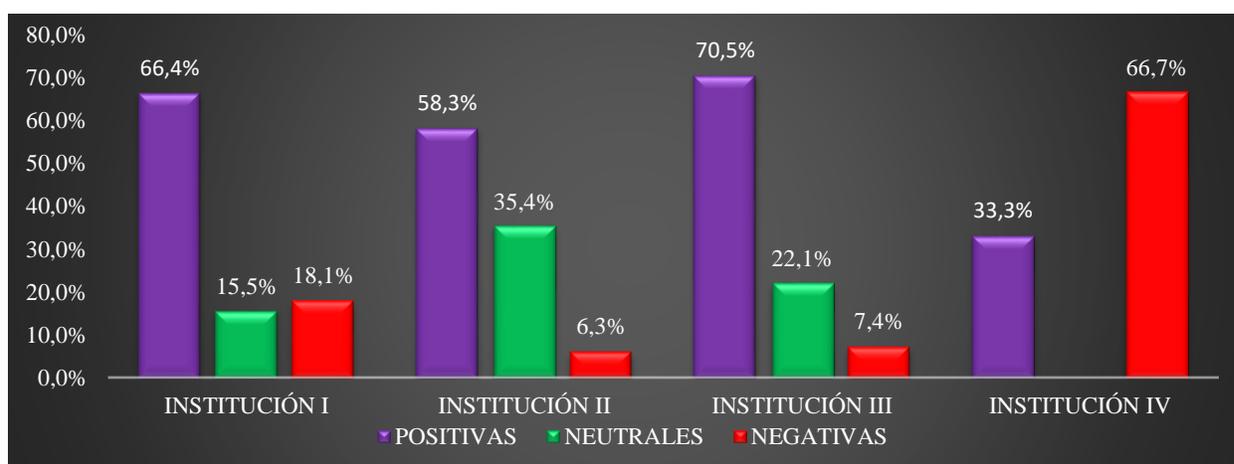
En lo relacionado con la información de los errores en la unidad, el 88,9% del personal de enfermería de la institución III, expresa que se les da a conocer los fallos ocurridos en ella, considerándose esto como una fortaleza para dicha institución. En contraste con la totalidad del equipo encuestado de la institución IV, por lo cual para ellos se convierte en una oportunidad de mejora. Por su parte, aunque el 60% y 50% de los participantes en la investigación de los hospitales I y II, se pronunciaron de manera positiva, no alcanzaron el 75% estipulado en el estudio, por lo cual no logra ser una fortaleza en estas organizaciones. (Ver gráfico 18.)

Gráfico 19. Discusión que se da en la unidad para evitar la ocurrencia de un error.



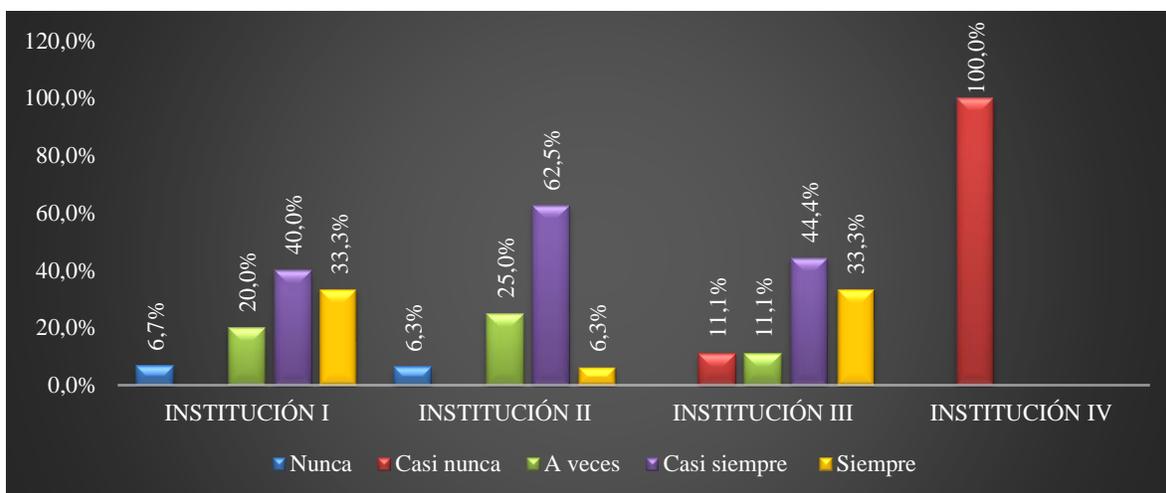
El personal de enfermería encuestado, en las cuatro instituciones, expresa, que en sus unidades o servicios, cada vez que se comete un error, discuten como evitar que éste vuelva a ocurrir, con opiniones positivas del 66,6%, 75%, 77,7% y 100% respectivamente, alcanzando a consolidarse en una fortaleza para las organizaciones II, III y IV. En el caso del hospital I, no alcanza el 75% de respuestas a favor requeridas en la metodología de la investigación, por lo cual no es ni una debilidad ni una fortaleza. (Ver gráfico 19)

Gráfico 20. Retroalimentación y comunicación sobre errores.



Tras evaluar los resultados para la variable retroalimentación y comunicación sobre errores, se pudo determinar que no es fortaleza ni oportunidad de mejora para las instituciones I, II y III, dado que las respuestas afirmativas solo fueron del 66,4%, 58,3% y 70,5% respectivamente, con acercamiento hacia ser una fortaleza en la institución III. Por su parte para la organización IV, si es contundente el porcentaje de respuestas negativas (66,7%), constituyéndose en una oportunidad de mejora. (Ver gráfico 20.)

Gráfico 21. Retroalimentación y comunicación sobre errores.



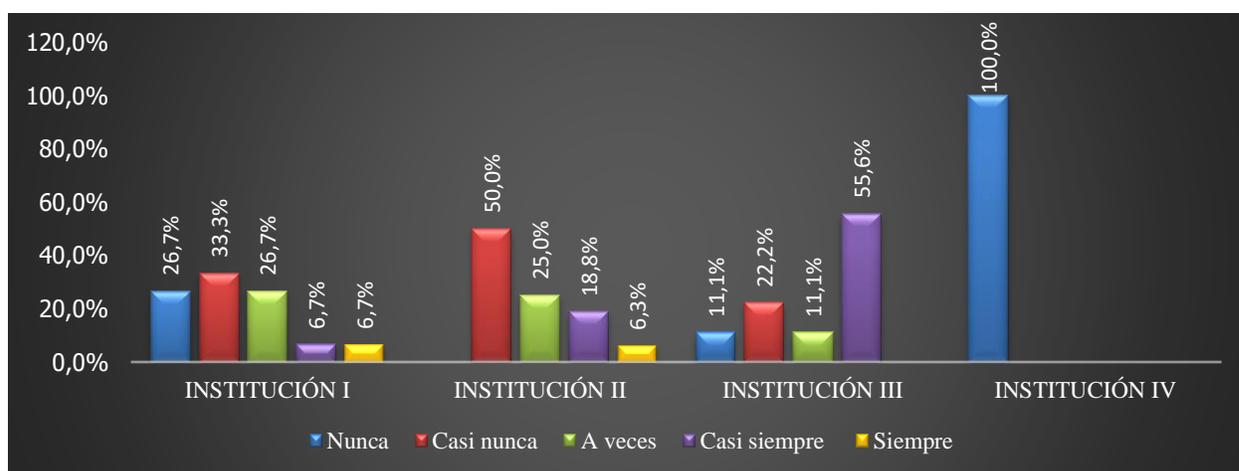
La el gráfico 21, reflejan que para el hospital I el 73,3%, la institución II el 68,8% y la en la organización III con el 77,7% de opiniones positivas del personal, al expresar que se puede hablar con total libertad cuando ven algo que puede afectar negativamente la atención del paciente; lo cual no alcanza a ser fortaleza para las instituciones I III, mientras que para el hospital III se constituye como una fortaleza evidente; a diferencia de la institución IV donde todos los participantes opinan que cuando ven algo que puede afectar negativamente la atención del paciente, sienten no poder hablar de ello con total libertad.

Gráfico 22. Cuestionamientos ante las decisiones de los superiores.



El 75% del equipo de enfermería de las instituciones II y IV, aduce que no pueden cuestionar las acciones o decisiones de sus superiores, constituyéndose como una oportunidad de mejora en ellas, tal y como se muestra en el gráfico 22. Además, en lo que respecta a los hospitales I y III, este ítem no logra convertirse ni en fortaleza y tampoco en oportunidad de mejora, por cuanto sólo el 40 y 44.4% del personal encuestado respectivamente tienen una apreciación favorable al respecto.

Gráfico 23. Temor a hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

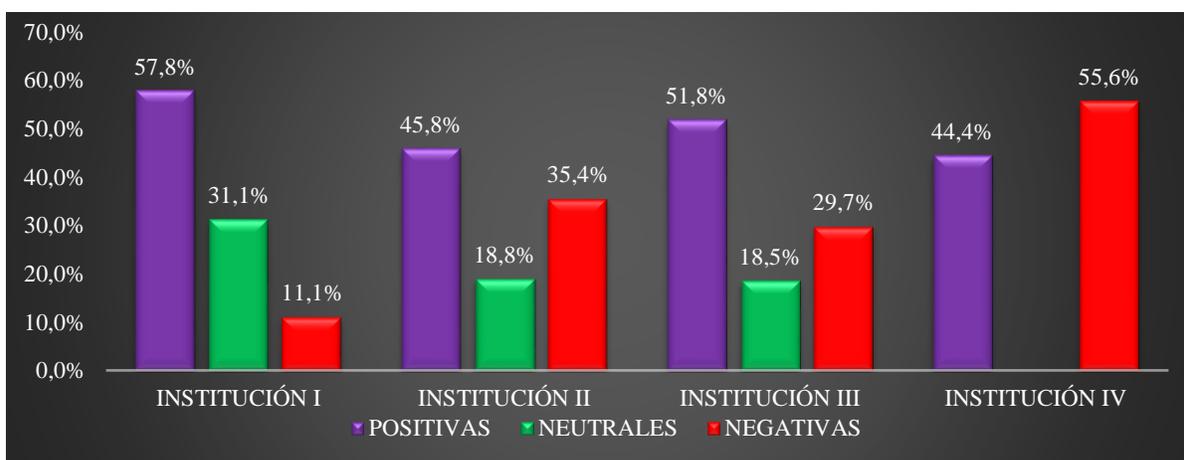


En el gráfico 23, el personal de la institución I en un 60%, institución II en un 50% y IV en un 100%, expresan que no sienten temor a hacer preguntas sobre lo que parece que se ha

hecho de forma incorrecta; considerándose como una fortaleza para la institución IV. En lo que tiene que con las organizaciones I y II, no logra ser ni una fortaleza ni una oportunidad de mejora.

Pero, para el equipo de enfermería del hospital III donde hubo un 55,6% de respuestas positivas, catalogándose en una oportunidad de mejora para la institución.

Gráfico 24. Franqueza en la comunicación.

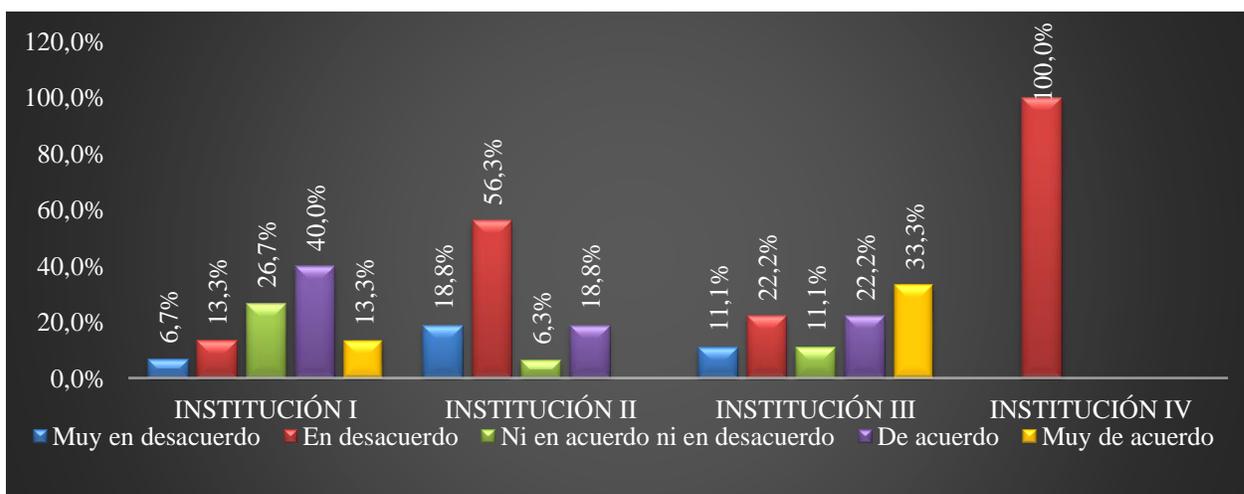


Haciendo la conclusión del comportamiento de la variable franqueza en la comunicación, se puede establecer que para tres de las instituciones no resultó ser fortaleza ni oportunidad de mejora, sin embargo las opiniones negativas al respecto inclinan la balanza hacia una oportunidad de mejora, sobre todo en la instituciones II (35.4%) y III (29.7%). Para la institución IV resultó ser una oportunidad de mejora de manera clara con más de la mitad de las respuestas desfavorables (55.6%). Ello indica que el personal no se siente en plena libertad de hablar de temas que aporten para la seguridad del paciente. (Ver tabla 28 y gráfico 24.)

4.3 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON RESPECTO A LA CARGA LABORAL, APOYO Y ACCIONES DE LOS JEFES / GERENTES EN LA GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

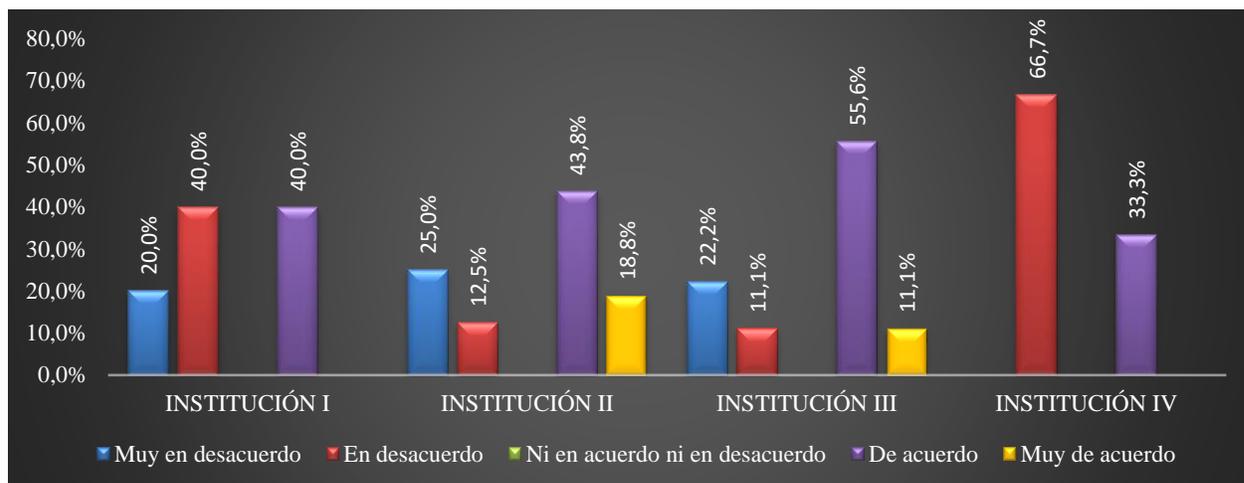
4.3.1 Dotación den personal

Gráfico 25. Franqueza en la comunicación.



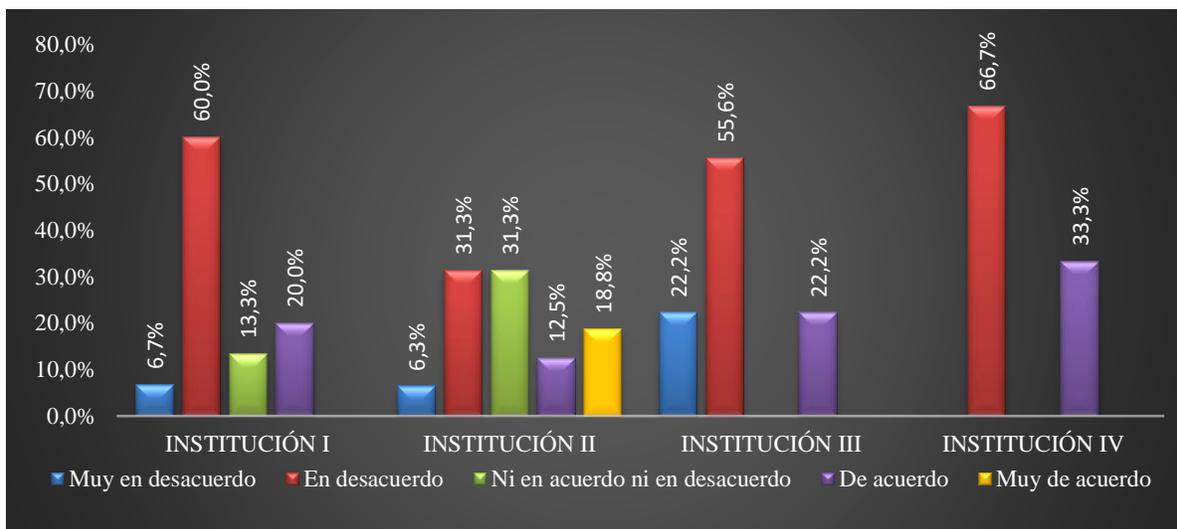
En las instituciones I un 53,3% y III un 55,5% del equipo de trabajo, argumenta que el recurso humano es suficiente para afrontar la carga laboral, aun así no logra ser una fortaleza. En las instituciones II y IV donde los encuestados opinan lo contrario en un 75,1% y 100% respectivamente, por lo que este aspecto logra ser una oportunidad de mejora. (Ver gráfico 25.)

Gráfico 26. Calidad de la atención al paciente en jornadas agotadoras.



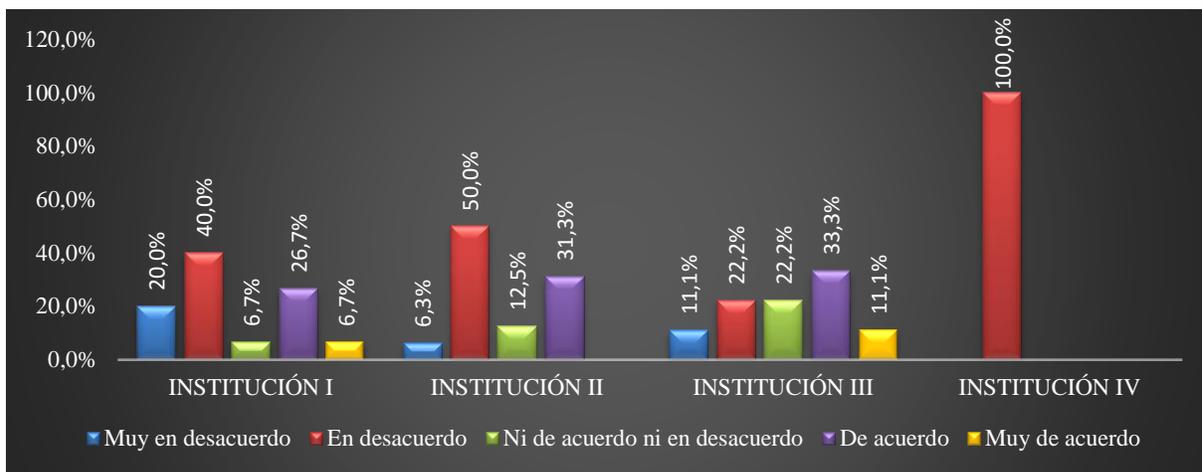
Aunque gran parte del personal de las instituciones I (60%) y IV (66,7%), enuncian que en las jornadas laborales agotadoras la atención es buena, esta situación no logra constituirse en una oportunidad de mejora. En este mismo orden de ideas, el grupo de enfermería de los hospitales II (62,6%) y III (66,7%) sostiene que no se puede proporcionar la mejor calidad en la atención a los pacientes en dichas jornadas, lo que se traduce en oportunidad de mejora para ambas. (Ver gráfico 2

Gráfico 27. Calidad en la atención al paciente cuando se cuenta con personal temporal o en entrenamiento.



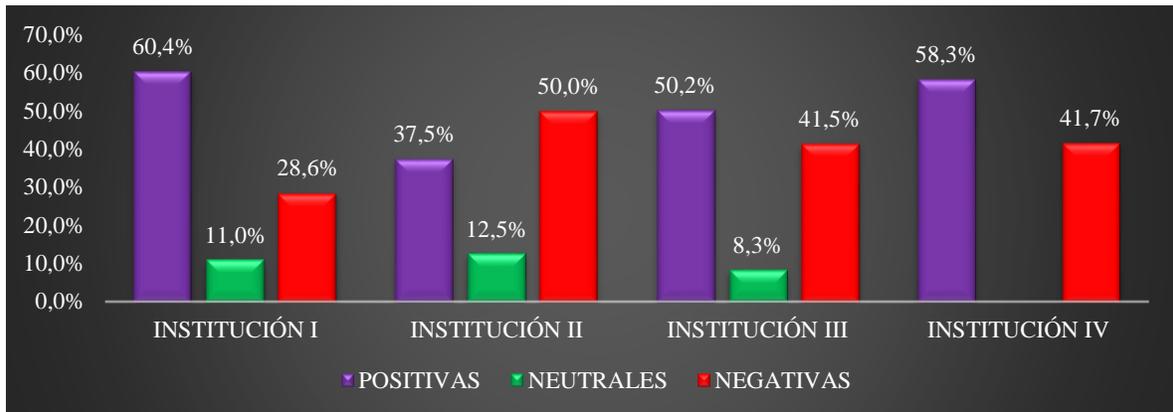
Para el 66,7% del grupo de enfermería del hospital I, el 37,6% del II, el 77,8% del III, y el 66,7% de la institución IV, la calidad de la atención durante la presencia de personal en entrenamiento o temporal es adecuada, pero solo alcanza a ser fortaleza en la institución III. No obstante, las opiniones del personal de la institución II tienen tendencia a una oportunidad de mejora. (Ver gráfico 27.)

Gráfico 28. Calidad en la atención al paciente cuando se cuenta con personal temporal o en entrenamiento.



De acuerdo con el gráfico 28. En la institución III un porcentaje considerable del personal (44,4%), aduce trabajar bajo presión para realizar rápidas tareas, lo cual se inclina a convertirse en una oportunidad de mejora. Opuesto a esto, el grupo de enfermería en las instituciones I en el 60%, II en el 56,3%, refiere no trabajar bajo presión, no estableciéndose ni como fortaleza ni como oportunidad de mejora; mientras que para la institución IV con el 100% de opiniones favorables consigue ser una fortaleza.

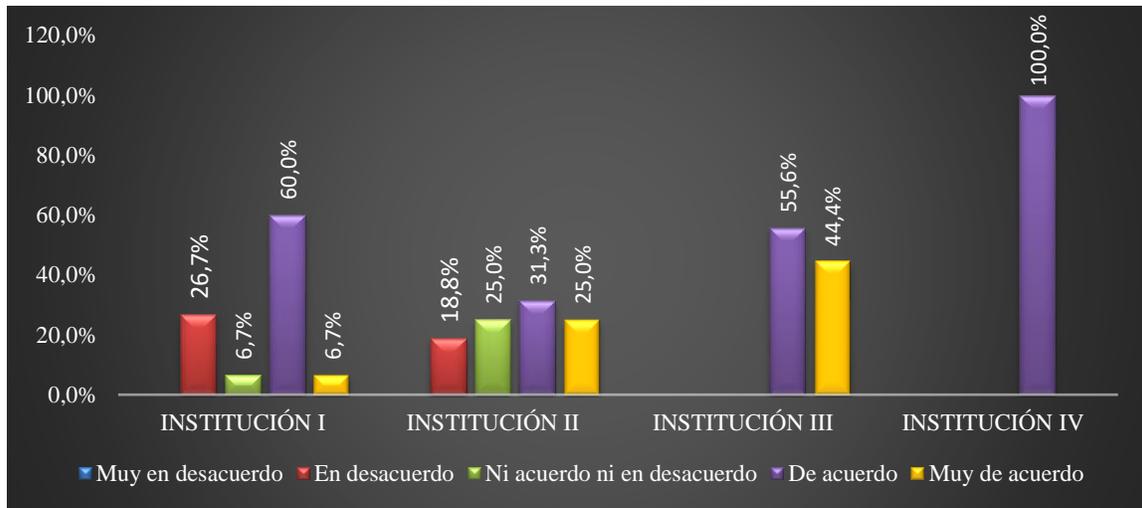
Gráfico 29. Dotación del personal.



Haciendo una reflexión sobre la variable dotación del personal en las instituciones estudiadas, se puede colegir que para la II, resultó ser una evidente oportunidad de mejora, por cuanto las opiniones negativas fueron del 50%. Aunque un comportamiento similar tuvo los resultados de las organizaciones III y IV, con un 41.5 y 41.7% respectivamente, no alcanzan a consumarse como oportunidad de mejora, sin embargo se insinúa una falla en este aspecto. En el caso de la institución I, se muestra un 60.4% de respuestas positivas, lo que se acerca a una fortaleza. (Ver gráfico 29.)

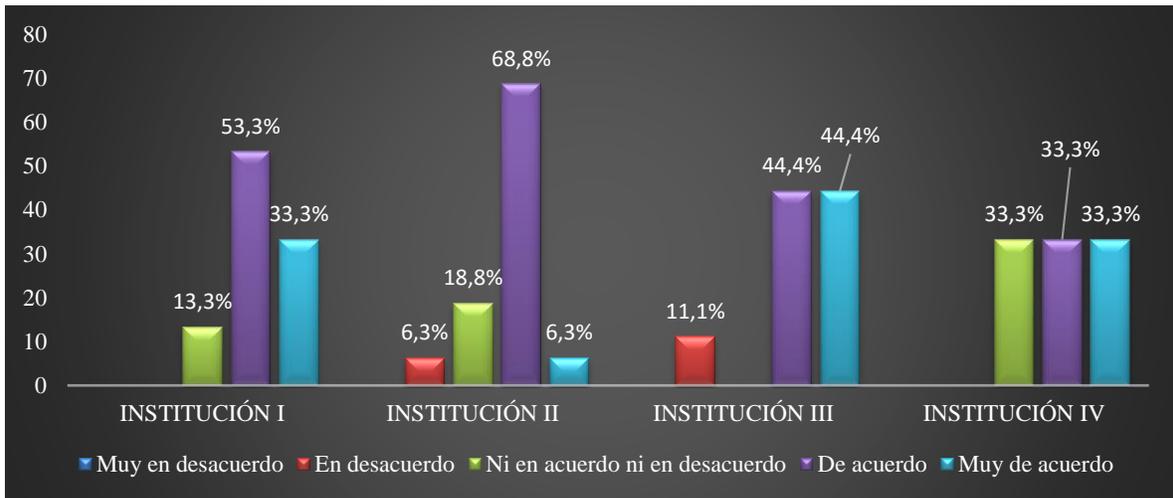
4.3.2 Aprendizaje organizacional

Gráfico 30. Actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.



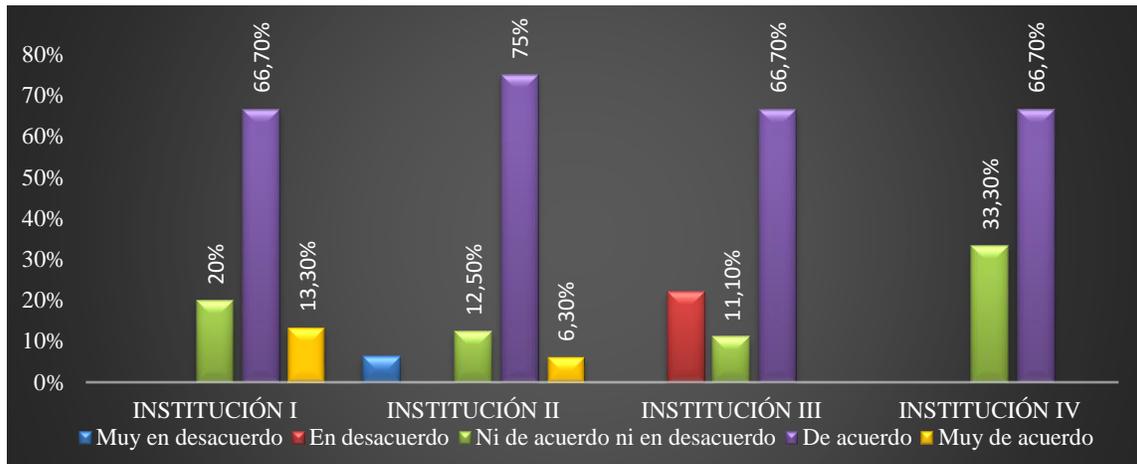
Todo el personal investigado de las instituciones III y IV, expresa que tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, por lo cual esto se constituye en una fortaleza para ambas organizaciones. Entre tanto en los hospitales I el 66,7% y II el 56,3% de los encuestados, manifiestan no tener estas acciones, evidenciándose claramente como una oportunidad de mejora al superar el 50% de opiniones negativas planteadas en la metodología del estudio. (Ver gráfico 30.)

Gráfico 31. Medidas que se toman frente a las fallas en la atención al paciente.



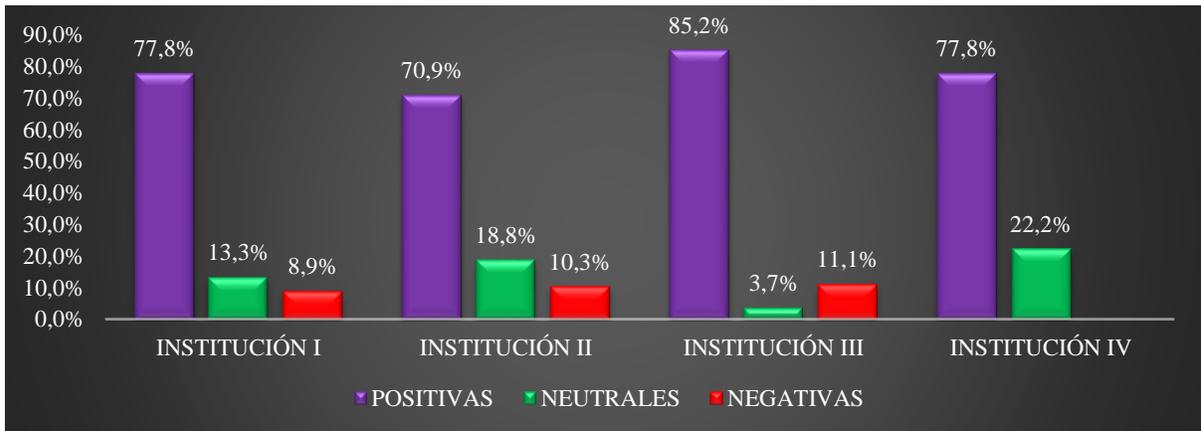
Un porcentaje representativo de las opiniones del recurso humano de enfermería de las instituciones I (86,6%), II (75,1%) y III (88,8%), percibe que se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que se repitan los fallos en la atención al paciente, siendo esta situación una fortaleza para dichas instituciones. Entre tanto para la institución IV con el 66,6%, de opiniones favorables, no se considera una oportunidad de mejora, ni una fortaleza, tal y como se visualiza en el gráfico 31.

Gráfico 32. Evaluación de los cambios para mejorar la seguridad del paciente.



Con el 80% y el 81,3% de opiniones positivas, correspondientes al personal encuestado de los hospitales I y II respectivamente, existe la percepción que en sus unidades se evalúa la efectividad de los cambios para mejorar la seguridad del paciente, lo que se refleja en una fortaleza para éstas. Mientras que para las instituciones III con el 66,7% y IV con el 66,7%, de las respuestas favorables, Hay una tendencia hacia una fortaleza, sin embargo no puede considerarse como tal, ni como una oportunidad de mejora. (Gráfico32.)

Gráfico 33. Aprendizaje organizacional.



Dado lo anterior, la variable aprendizaje organizacional/mejora continua, resultó ser muy favorable para las instituciones y en tres de ellas se considera una fortaleza: Institución I y IV con 77.8% de las opiniones positivas cada una; e institución III con un 85.2% de respuestas favorables. Para la institución II, con un 70.9% aunque no es una fortaleza como tal, tiene esa tendencia. Ello significa que hay una percepción generalizada que en la institución se aprende de los errores cometidos. (Gráfico 30.)

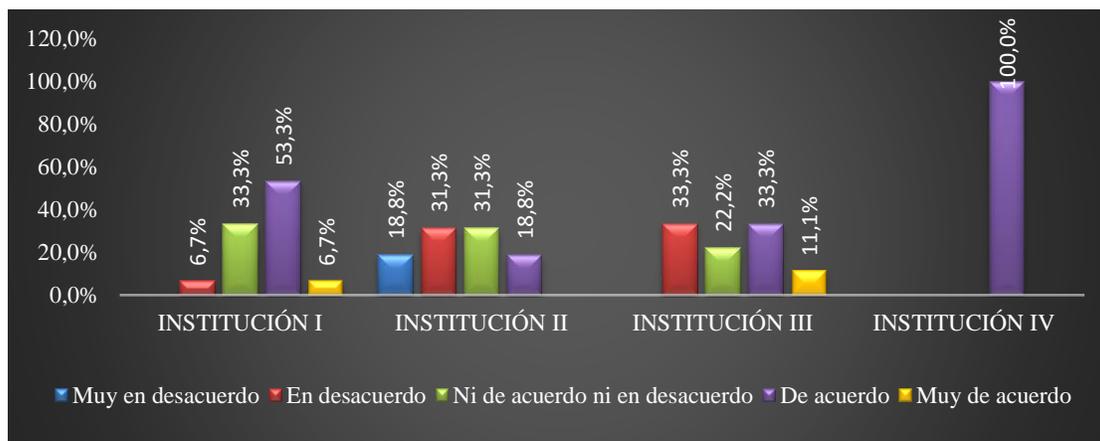
4.3.3 Percepción de seguridad

Gráfico 34. Los pocos errores que se presentan son consecuencia del azar.



En la institución I el 46,7% del personal declara que trabajan para evitar que los errores cometidos causen daño a los pacientes y no se dejan al azar, sin embargo no alcanza a ser una fortaleza; en contraste, en la institución II el 50% del equipo de enfermería opina lo contrario, por lo cual, en este caso si se constituye en una oportunidad de mejora. En lo que respecta a las instituciones III y IV, las opiniones que priman son neutrales (44,4 % y 66,7% respectivamente). (Ver Gráfico 34.)

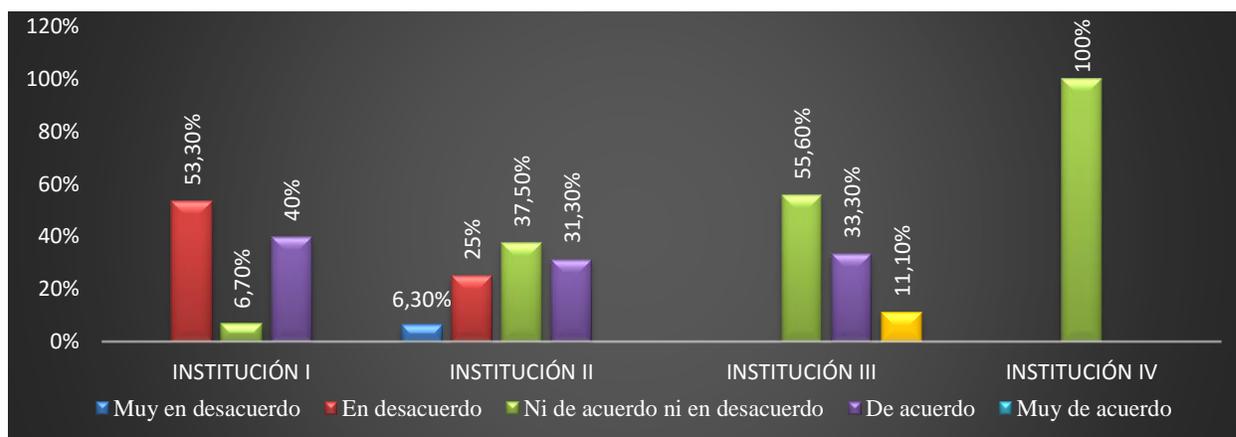
Gráfico 35. Seguridad del paciente al aumentar el ritmo del trabajo.



En la institución IV todo el equipo de enfermería, opina que siempre se tiene en cuenta la seguridad del paciente antes de aumentar el ritmo de trabajo, lo cual se considera una fortaleza. Contrario a lo que ocurre en la institución II donde se constituye en una oportunidad de mejora por cuanto el 50,1% del personal de enfermería expresó que se aumenta el ritmo de trabajo a expensas de la seguridad del paciente.

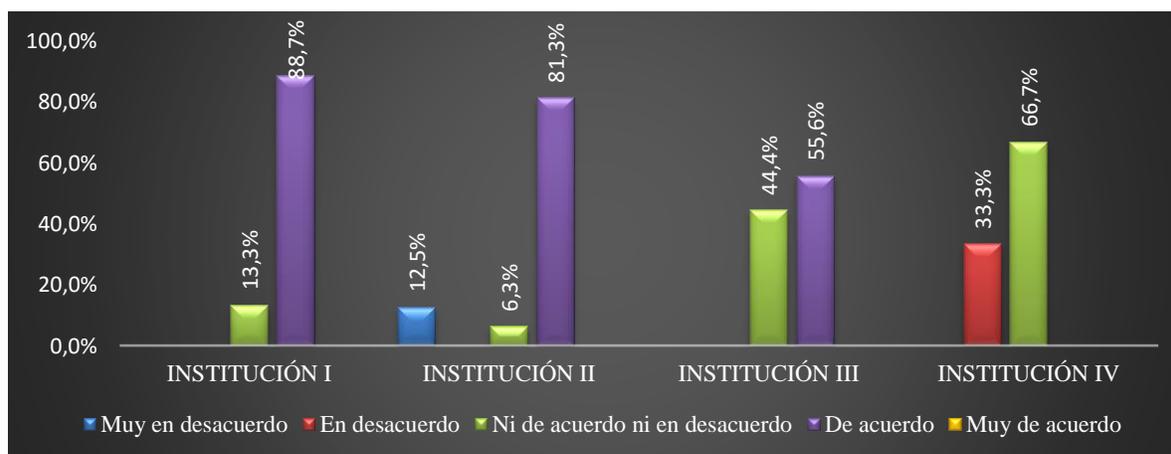
Al mismo tiempo en las instituciones I y III, la mayor parte del personal (60% y 44,4% respectivamente) manifestó que se tiene en cuenta la seguridad del paciente al aumentar el ritmo de trabajo, pero no alcanza un 75% de respuestas positivas propuestas, por ende no es una fortaleza en estos casos. (Ver gráfico 35.)

Gráfico 36. Problemas relacionados con la seguridad del paciente en la unidad.



Al indagar sobre si existen en los servicios problemas relacionados con la seguridad del paciente, en el hospital I, las opiniones se encuentran divididas, porque el 53,3% de su personal sostiene que no y el 40% expresa lo contrario, por lo que este aspecto no puede considerarse como una fortaleza ni como una oportunidad de mejora. Por su parte, el personal de enfermería de las instituciones II, III y IV, se mostraron indiferentes con un 37,5%, un 55,6% y un 100%. (Ver gráfico 36.)

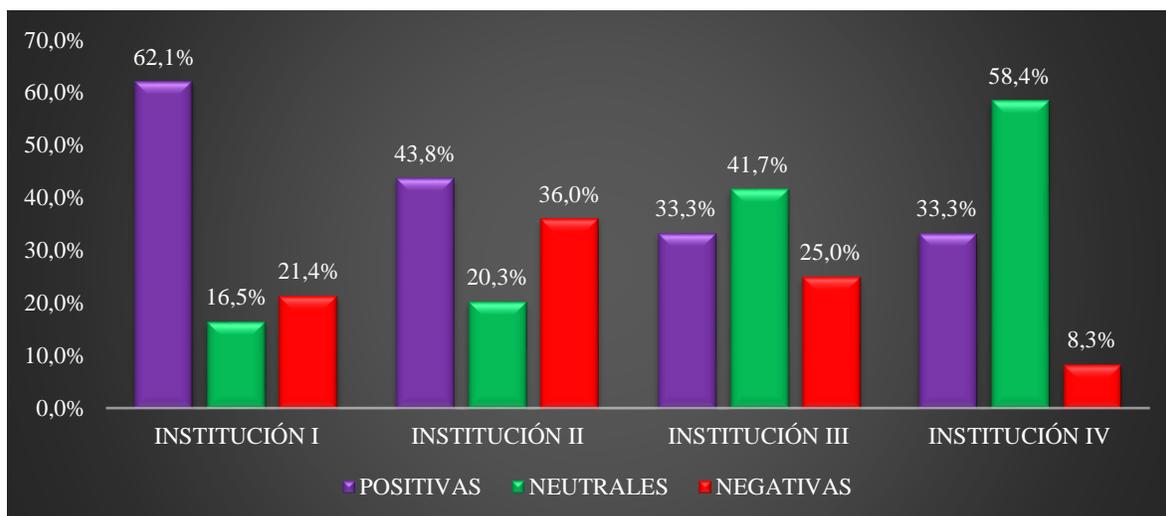
Gráfico 37. Procedimientos y medios que evitan errores en la asistencia.



El aspecto relacionado con la opinión de las personas en lo concerniente a los procedimientos y medios de trabajo para evitar los errores en la asistencia se constituye en una fortaleza en los hospitales I y II, con un 88,7% y un 81,3% respectivamente de las opiniones positivas, tal y como se puede verificar en el gráfico 37.

En el mismo orden de ideas, el 55.6% del grupo enfermero de la institución III, expresa estar de acuerdo con el ítem descrito anteriormente, pero aun así no logra ser una fortaleza. Y en la institución IV, la mayor parte de las opiniones son neutrales (66,7%)

Gráfico 38. Percepción de seguridad.

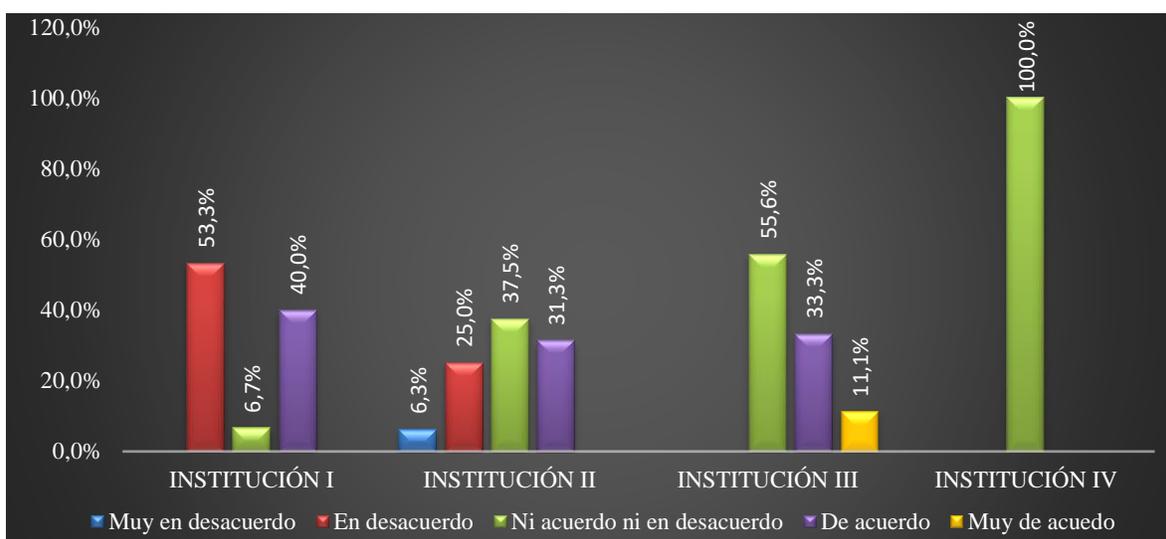


De los resultados anteriores se puede determinar que la variable percepción de seguridad no es una fortaleza u oportunidad de mejora para ninguna de las instituciones, dado que las opiniones se encuentran muy divididas. Así, para la institución I las respuestas positivas sólo alcanzaron el 62.1% y en orden decreciente la institución II con 43.8% y las instituciones III y IV con 33.3% cada una. Las respuestas negativas tampoco alcanzan a sustentar esta variable como una oportunidad de mejora, sin embargo un porcentaje interesante de las instituciones II (36%) y III con 25%, tienen esa tendencia. En la institución III, las opiniones neutrales fueron las más numerosas (41.7%). Todo ello refleja que personal de enfermería

percibe que los pacientes no se encuentran totalmente seguros en las organizaciones y que hay un camino largo por recorrer para conseguirlo. (Ver gráfico 38.)

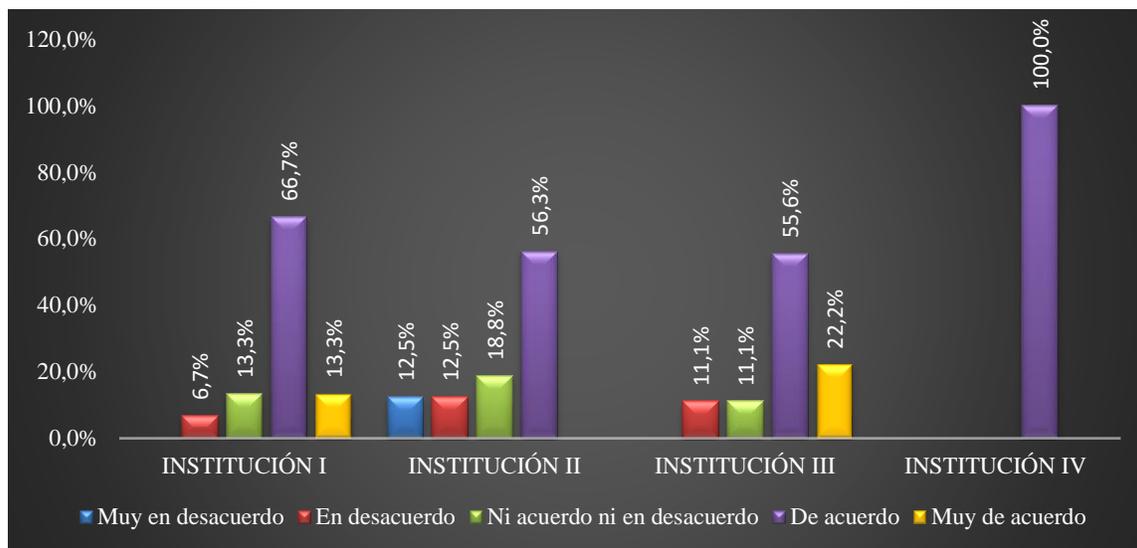
4.3.4 Expectativas y acciones de la dirección que favorece la seguridad

Gráfico 39. Opinión sobre la Actitud del superior cuando el personal de enfermería evita riesgos en la seguridad del paciente.



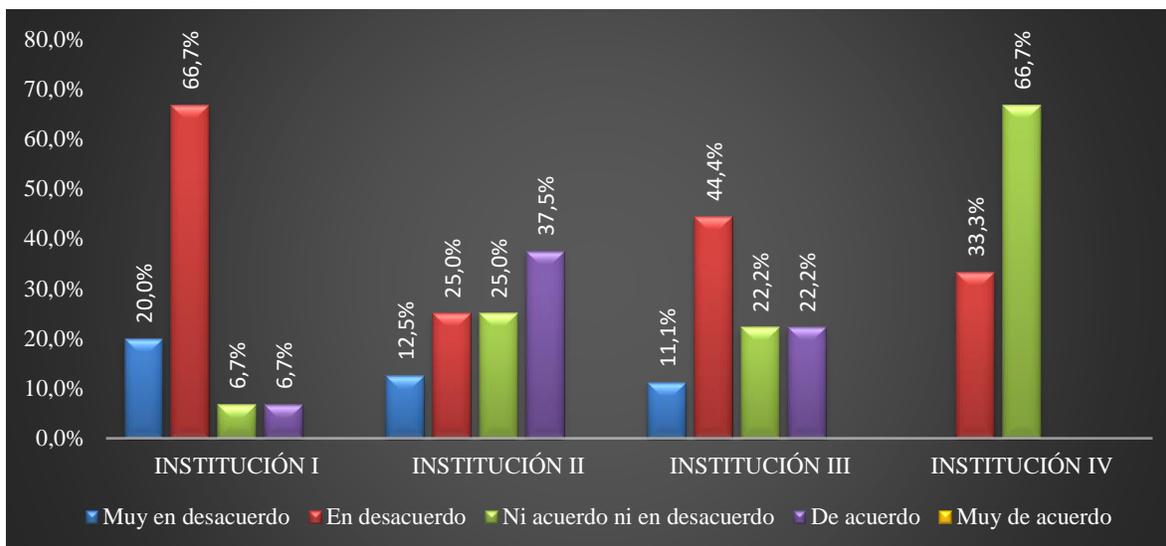
En el gráfico 39, se puede percibir que en las instituciones II con el 37,5%, III con el 55,6% y IV con el 100% de las opiniones, los encuestados se declaran neutrales cuando se les pregunta si su superior o jefe expresa satisfacción cuando el personal de enfermería intenta evitar riesgos en la seguridad del paciente. Por su parte, el 53,3% del recurso humano participante en el estudio perteneciente al hospital I, manifiesta que sus superiores no expresan satisfacción frente a la situación, reflejándose en una oportunidad de mejora para esta organización.

Gráfico 40. El superior tiene en cuenta las sugerencias del personal en cuanto a seguridad del paciente.



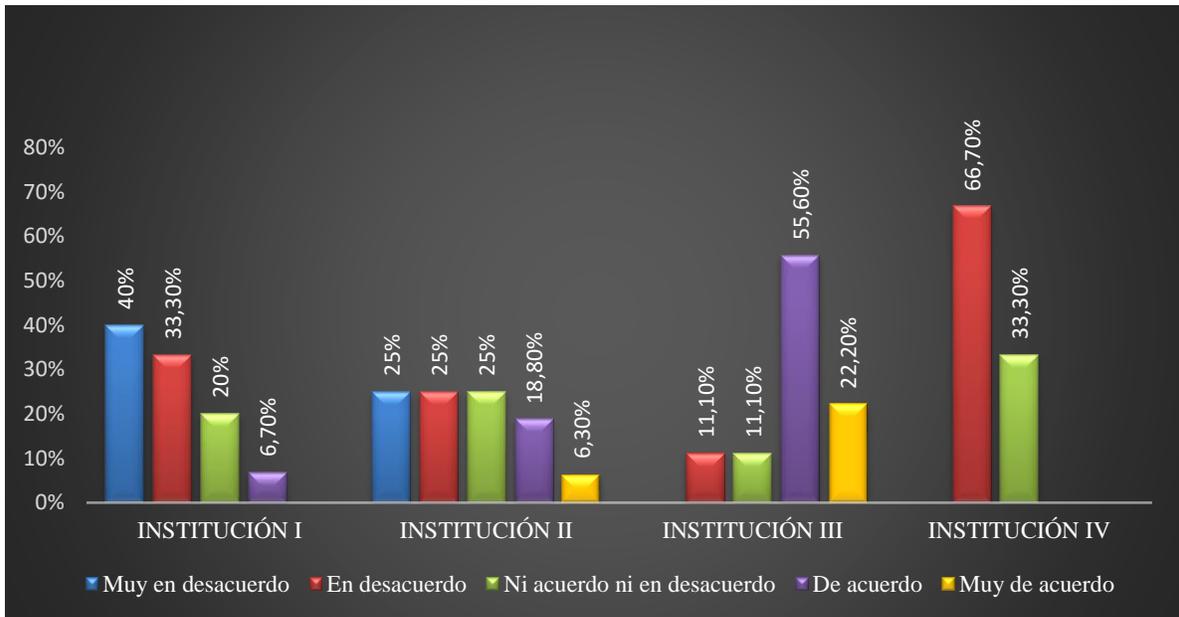
El 80% de las personas en la institución I, el 56,3% de la II, el 77,8% de la III y el 100% de la IV manifiesta que sus superiores tienen en cuenta las sugerencias que los trabajadores les hacen para mejorar la seguridad del paciente, siendo una fortaleza evidente para las organizaciones I, III y IV. Para la institución II no se considera una oportunidad de mejora ni una fortaleza. (Ver gráfico 40.)

Gráfico 41. Opinión sobre la Mayor exigencia del superior o jefe cuando aumenta la presión del trabajo poniendo en riesgo la seguridad del paciente.



Se puede apreciar que el 86,7% del grupo encuestado del hospital I, afirma que al aumentar la presión del trabajo, sus superiores no exigen mayor rapidez, por ende no se pone en riesgo la seguridad del paciente, siendo una fortaleza para esta institución. Por su parte, las instituciones II Y III tienen un comportamiento similar dado que en ellas esta situación no se constituye en fortaleza ni en debilidad al alcanzar solo un 37,5% la primera y un 55,5% la segunda. Entre tanto el 66,7% del grupo de enfermería de la institución IV se mostró neutral ante el cuestionamiento realizado. (Ver gráfico 41.)

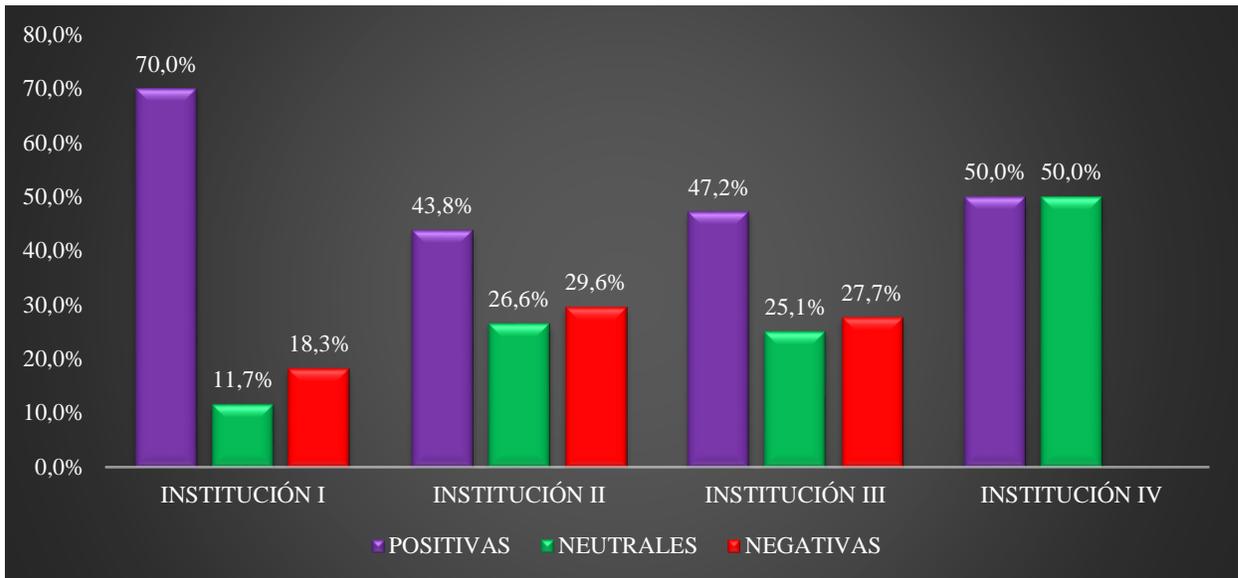
Gráfico 42. El superior o jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.



En la institución III, un 77,8%, del grupo de enfermería, percibe que su superior o jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren de manera habitual en el servicio, comportándose este ítem como una oportunidad de mejora para este caso. En contraste, se encuentra la opinión del personal participante de la investigación del hospital I (73,3%), la cual se acerca al 75% estipulado en la metodología del estudio como fortaleza.

Además se logra evidenciar que aunque en las instituciones II y IV las opiniones de los individuos encuestados fueron positivas (50% y 66,5% respectivamente), no llegan a ser fortalezas. (Ver gráfico 42.)

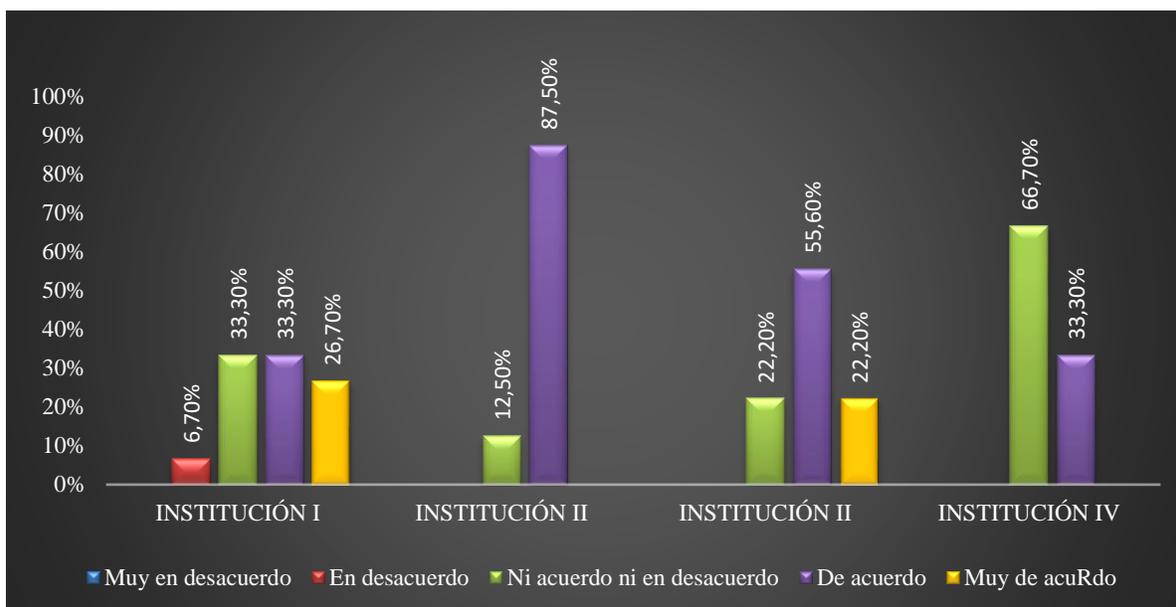
Gráfico 43. Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad.



La variable expectativas y acciones de la dirección no se comporta como una debilidad o como oportunidad de mejora para ninguna de las instituciones. Pero para el caso de la institución I, como las opiniones positivas son del 70%, se acerca a ser una fortaleza. Llama la atención además, la fuerza que cobran las opiniones neutrales en las instituciones II (26.6%), III (25,1%) y IV (50%). Ello evidencia que la percepción de los encuestados es que aún hace falta una actitud de mayor reconocimiento y empoderamiento de los jefes hacia el personal que trabaja en pro de la seguridad del paciente. (Ver gráfico 43)

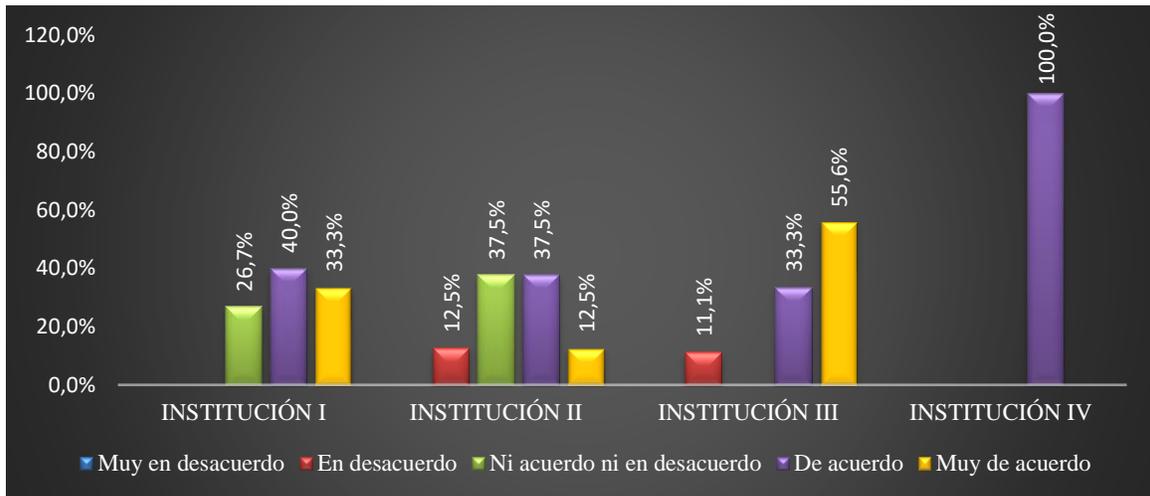
4.3.5 Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente.

Gráfico 44. Clima laboral facilitado por la gerencia o dirección de la institución para favorecer la seguridad del paciente.



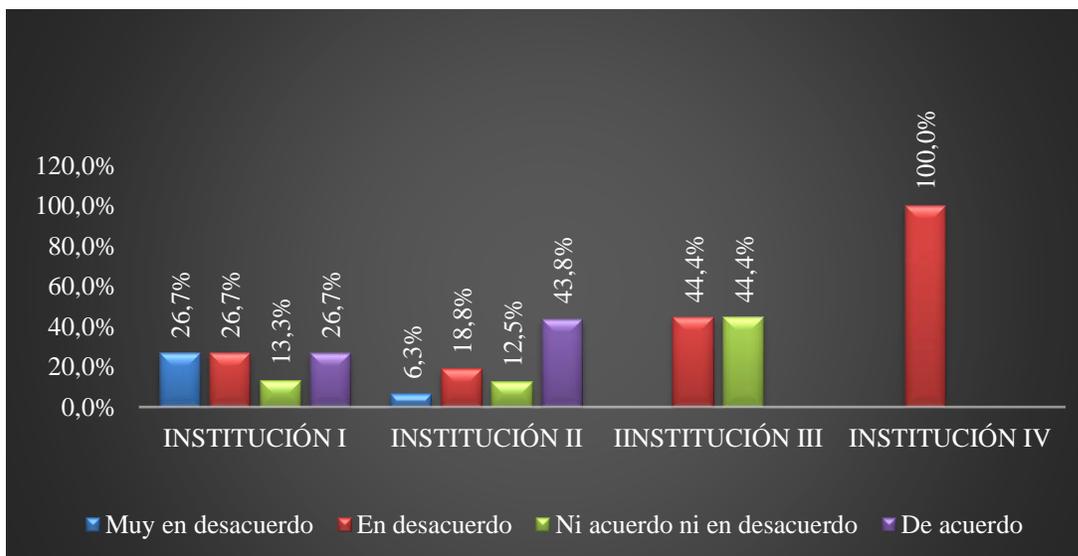
Se infiere en el gráfico 44, que un porcentaje considerable del grupo de enfermería de los hospitales II (87,5%) y III (77,8%) relata que la gerencia facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, convirtiéndose en una fortaleza para ellas. Igual opinión tuvo el 60% de las personas participantes en el estudio de la institución I, sin embargo no logra consolidarse como una fortaleza. Seguidamente el 66,7% del personal de la organización IV, revela indiferencia.

Gráfico 45. La seguridad del paciente como prioridad de la gerencia/dirección.



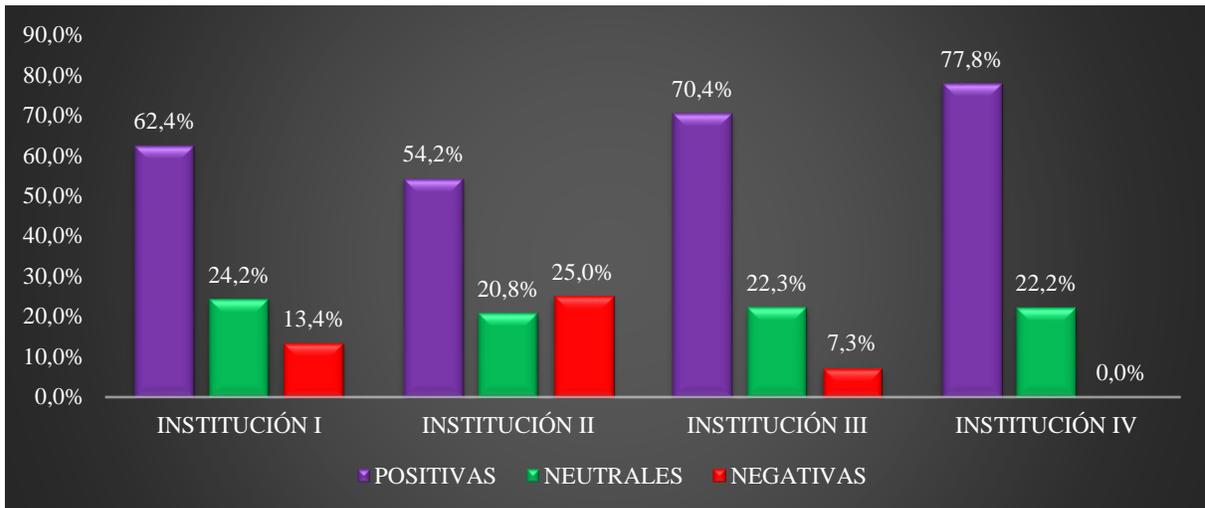
El personal de las instituciones III en un 88,9% y IV en el 100% de los casos, asevera que sus gerencias o direcciones muestran con hechos que la seguridad del paciente es una prioridad, lo cual es una evidente fortaleza. Aunque el 73,3 % del personal de enfermería de la organización I y el 50% del II, tienen opinión similar al anterior grupo, no se constituye en una fortaleza para ellas. (Ver gráfico 45.)

Gráfico 46. Opinión sobre el Interés de la gerencia/dirección en los eventos adversos solo posterior a su ocurrencia.



El 62,6% del personal de la institución II afirma que sus directivos solo se interesan en la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso, tal como lo señala la tabla 49 y el gráfico 46, por lo cual para ella esta situación se convierte en una oportunidad de mejora. Opuesto a esto, el 100% de la institución IV exponen que no es así, catalogándose en una fortaleza. Entre tanto, las organizaciones I y III con el 53,4% y el 44,4% respectivamente no logran ser fortaleza, ni oportunidad de mejoramiento. (Ver gráfico 46.)

Gráfico 47. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente.

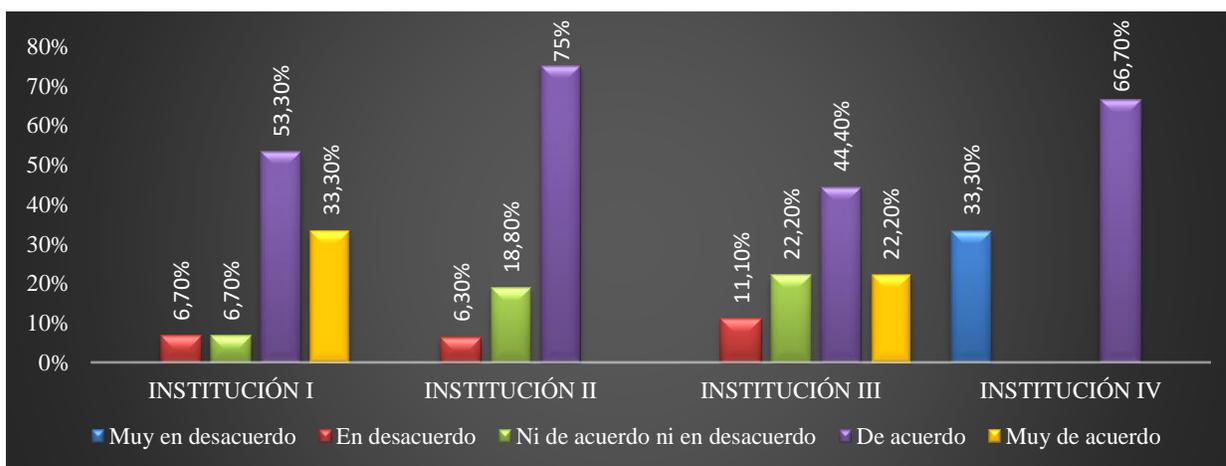


Elaborando un análisis completo de la variable apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente, se logra precisar, que para las cuatro instituciones participantes en el estudio, el personal de enfermería, se inclina hacia opiniones positivas; la institución IV obtuvo un porcentaje de 77,8% en sus respuestas favorables, constituyéndose para la organización como una evidente fortaleza; no obstante, aunque el hospital III no alcanzó el porcentaje mínimo planteado en la metodología del estudio para consolidarse como una fortaleza, vale la pena resaltar su resultado de 70,4%. En este mismo orden de ideas, se puede concretar, que los resultados de las instituciones I y II (62,4% y 54,2%), no se consideran como una fortaleza, ni como una oportunidad de mejora. (Ver gráfico 47)

4.4 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LO QUE TIENE QUE VER CON EL TRABAJO EN EQUIPO, PROBLEMAS EN LOS CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE LOS SERVICIOS Y UNIDADES.

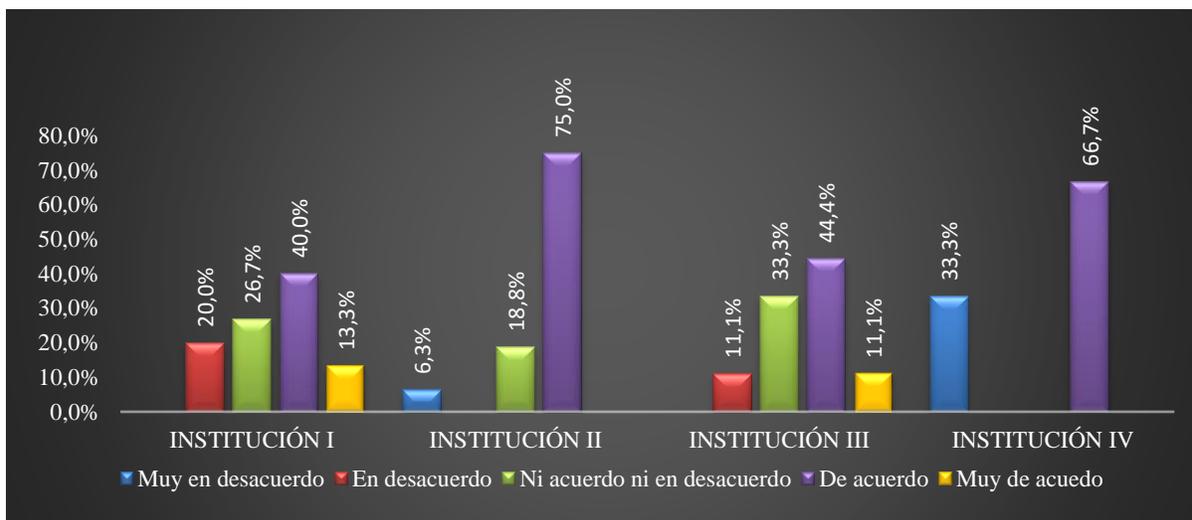
4.4.1 Trabajo en equipo en la unidad / servicio.

Gráfico 48. Percepción sobre el apoyo entre el personal.



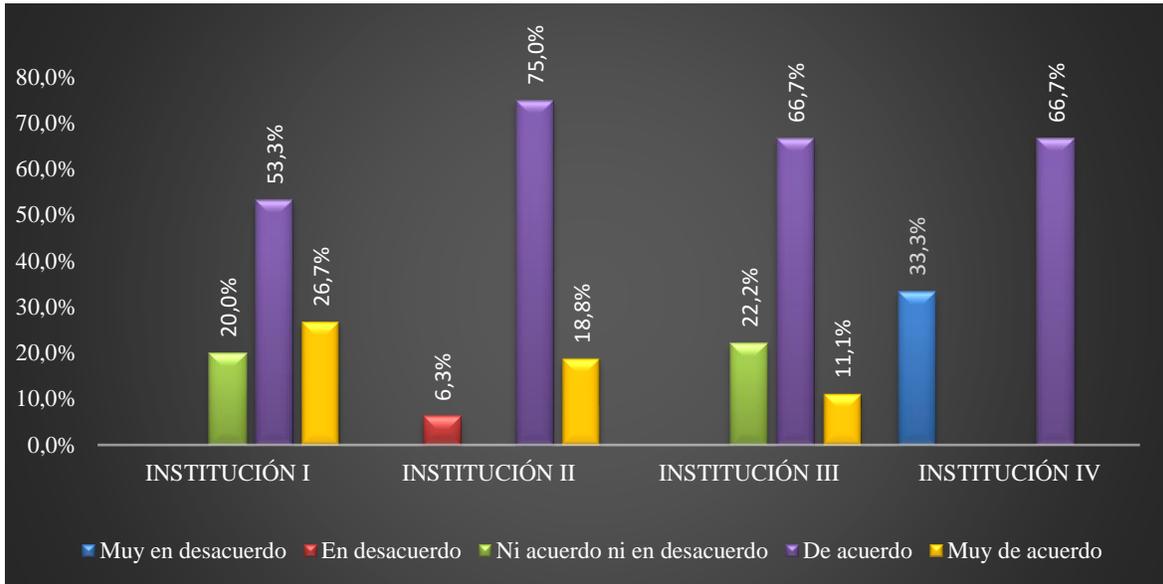
En lo que tiene que ver con el apoyo mutuo entre el personal, el equipo de enfermería de los hospitales I y II, (86,6% y 75% respectivamente), dan una opinión positiva a este ítem, por consiguiente se considera una fortaleza para ambas, como se puede evidenciar en el gráfico 48. En lo que concierne al 66,6% y el 66,7% personal encuestado de las instituciones III y IV, respectivamente, tienen similar opiniones positivas al respecto, sin embargo no alcanza a convertirse en una fortaleza para ellas.

Gráfico 49. Percepción sobre la Colaboración entre el equipo al incrementarse la carga laboral.



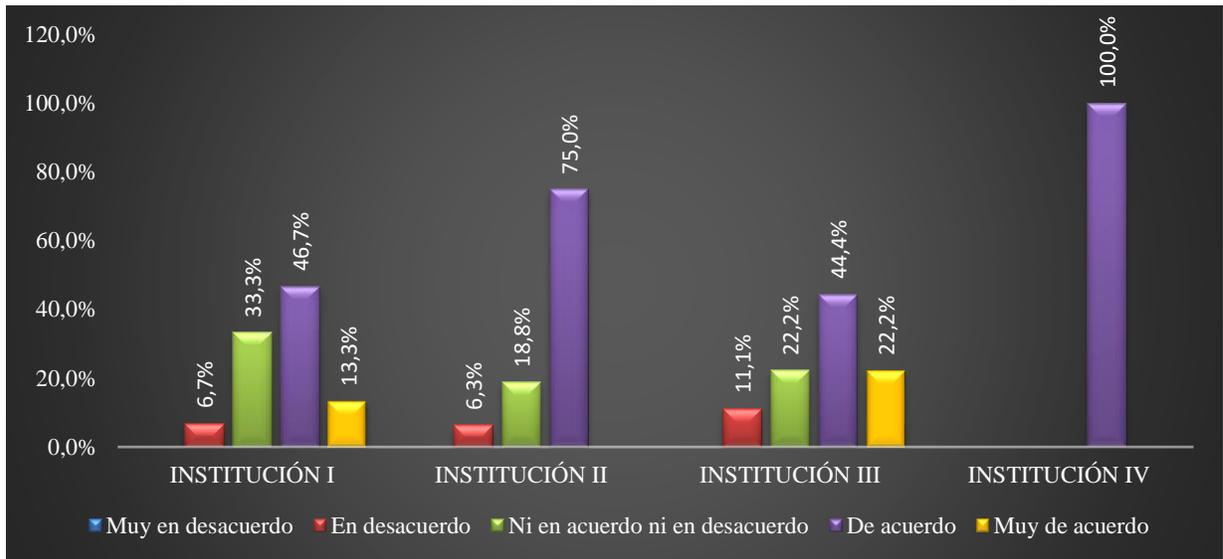
El 75% de los participantes en la investigación del hospital II tuvieron respuestas favorables a la afirmación “cuando tenemos mucho trabajo colaboramos todos como un equipo para terminarlo”, por tanto se considera una fortaleza para esta organización. Para el caso del personal de enfermería encuestado en las instituciones I con el 53,3% III con el 55,5% y IV con el 66,7%, aunque se puede evidenciar mayor tendencia a las opiniones positivas, el porcentaje obtenido es inferior al 75% necesario para poder convertirse en una fortaleza. (Ver gráfico 49.)

Gráfico 50. Respeto entre el personal.



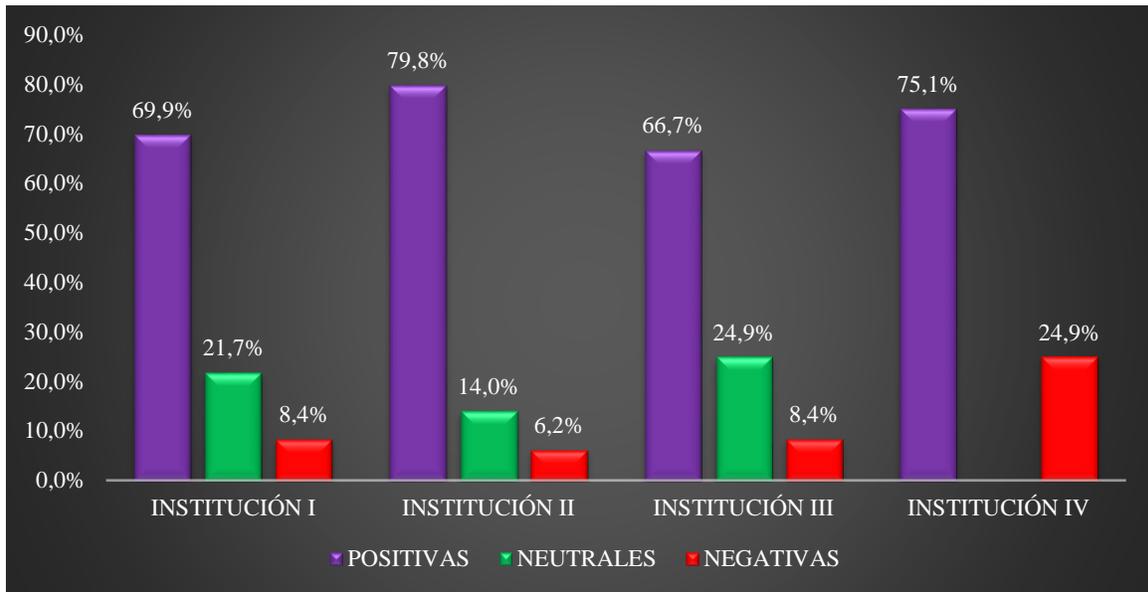
Como se logra evidenciar en el gráfico 50, el 80%, 93.8% y 77.8% del equipo de enfermería de las organizaciones I, II y III respectivamente y la IV con un 66,7%, relatan tratarse con respeto, pero aun así para la institución IV no llega a ser una fortaleza lo cual contrasta con los hospitales I, II y III, para quienes sí lo es.

Gráfico 51. Ayuda entre compañeros con sobrecarga laboral.



De acuerdo con el gráfico 51 en lo que respecta a la ayuda entre compañeros cuando alguien se encuentra sobrecargado de trabajo, muestra que el 75% del equipo de enfermería de la institución II y el 100% de la institución III, refieren ayudarse, llegando a catalogarse como una fortaleza para ellas. En lo que respecta a los participantes en el estudio del hospital I con el 60% y el II con el 66,6% del personal afirman lo mismo, sin embargo no se considera ni fortaleza y tampoco oportunidad de mejora para estas instituciones.

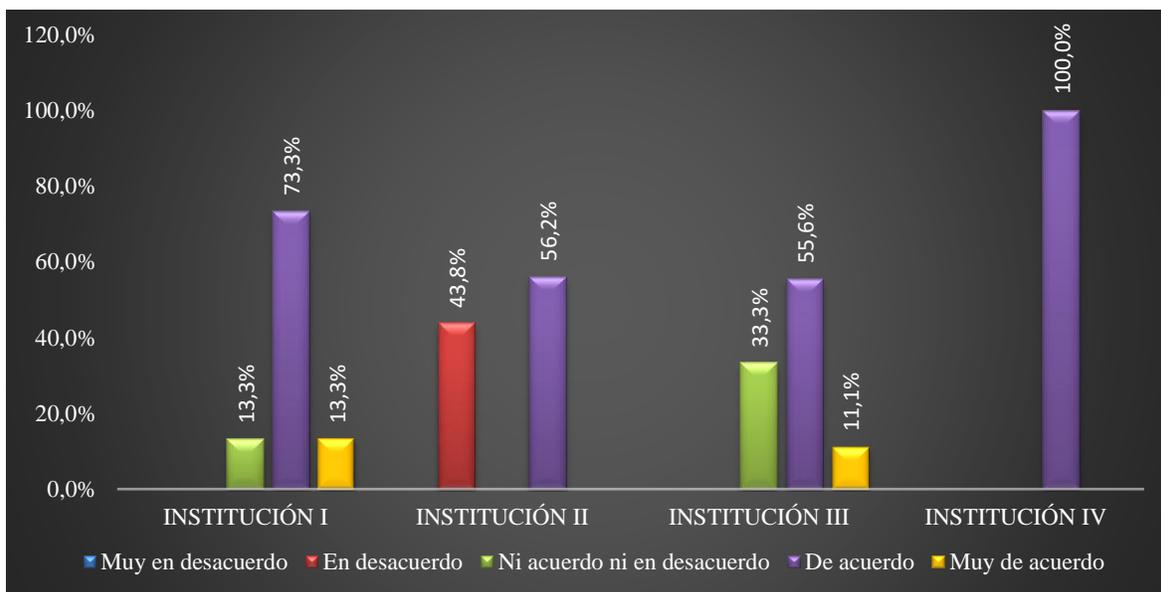
Gráfico 52. Trabajo en equipo en la unidad.



Después de observar los ítems que componen la variable trabajo en equipo en la unidad, se puede inferir para el caso de las instituciones II y IV, que las opiniones del personal encuestado alcanzan significativos resultados positivos, los cuales son equivalentes a un 79,8% y a un 75,1% respectivamente, logrando así traducirse en una fortaleza para dichas organizaciones; en este mismo orden de ideas se puede determinar, que no es una fortaleza ni oportunidad de mejora para los hospitales I y III, dado que las respuestas afirmativas fueron de 69,9% y 66,7% cada una en su orden. (Ver gráfico 52)

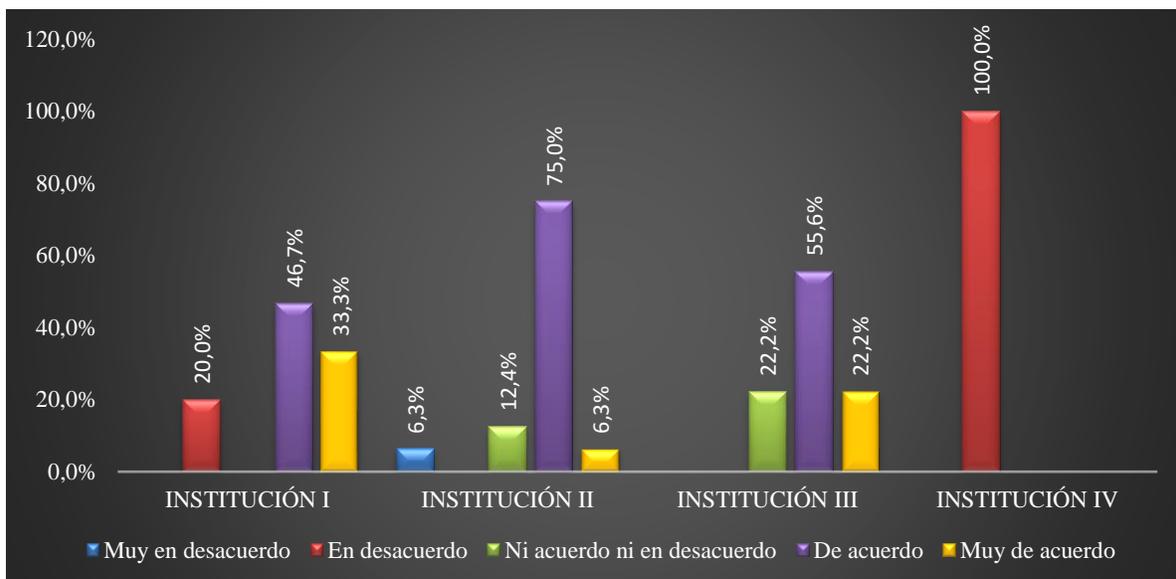
4.4.2 Trabajo en equipo entre unidades.

Gráfico 53. Percepción sobre la Cooperación entre los servicios que trabajan conjuntamente.



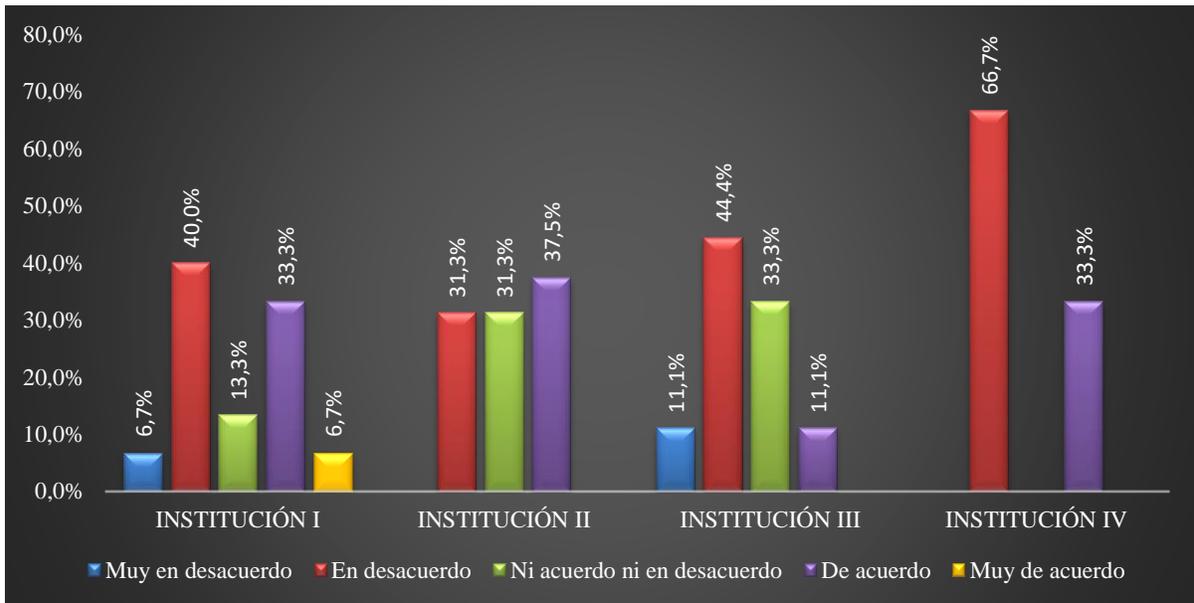
Con el 86,7% y el 100% correspondientes a las instituciones I y IV respectivamente, el personal de enfermería percibe que existe cooperación entre los servicios que trabajan conjuntamente, lo que se refleja en una fortaleza para éstas. Mientras que para las instituciones II con el 56,2% y la III con el 66,7%, no alcanza a considerarse en una oportunidad de mejora, pero sus opiniones tienden a encaminar esta situación en una fortaleza. (Ver gráfico 53.)

Gráfico 54. Percepción sobre la Coordinación entre los servicios que brindan atención a los pacientes.



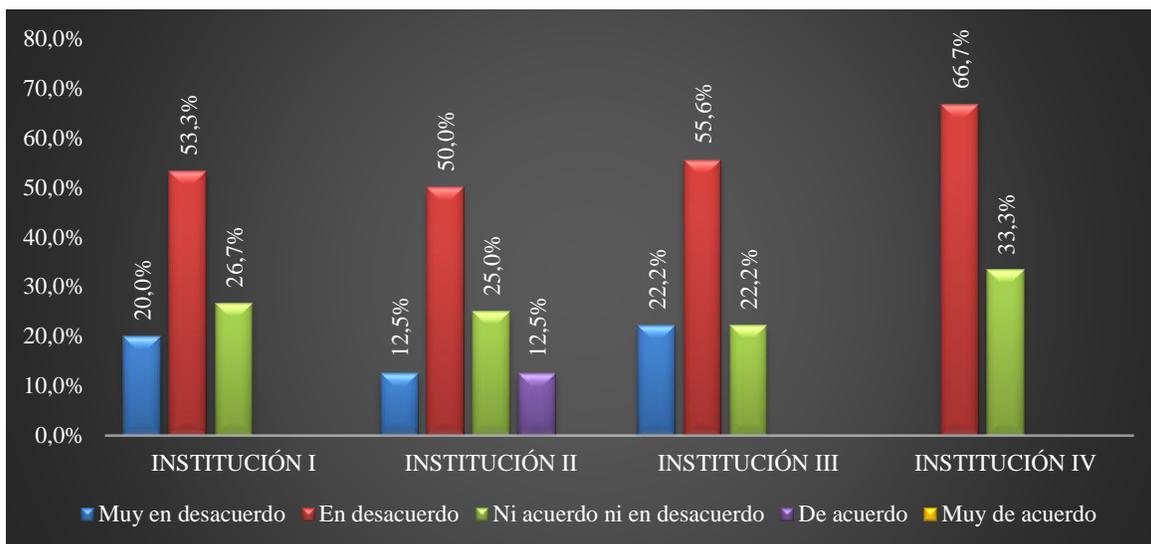
Se alcanza a inferir en el gráfico 54, que un porcentaje considerable del grupo de enfermería de los hospitales I (80%), II (81,3%) y III (77,8%) manifiestan que los servicios o unidades trabajan de forma coordinada para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes, convirtiéndose en una fortaleza para ellas. A diferencia de la totalidad de los encuestados en la institución IV, que expresan lo contrario de las otras organizaciones, siendo esto una clara oportunidad de mejora para esta institución.

Gráfico 55. Percepción sobre la Coordinación entre las unidades/servicios.



Un porcentaje representativo de las opiniones del recurso humano de enfermería de las instituciones I con el 46,7%, III con el 55,5% y IV con el 66,7% aduce que hay coordinación entre las diferentes unidades de la institución, pero a pesar de esto, no se constituye ni como fortaleza y tampoco como oportunidad de mejora para ellas. En lo que respecta al personal encuestado del hospital II, sus opiniones se encuentran divididas en porcentajes similares. (Ver gráfico 55.)

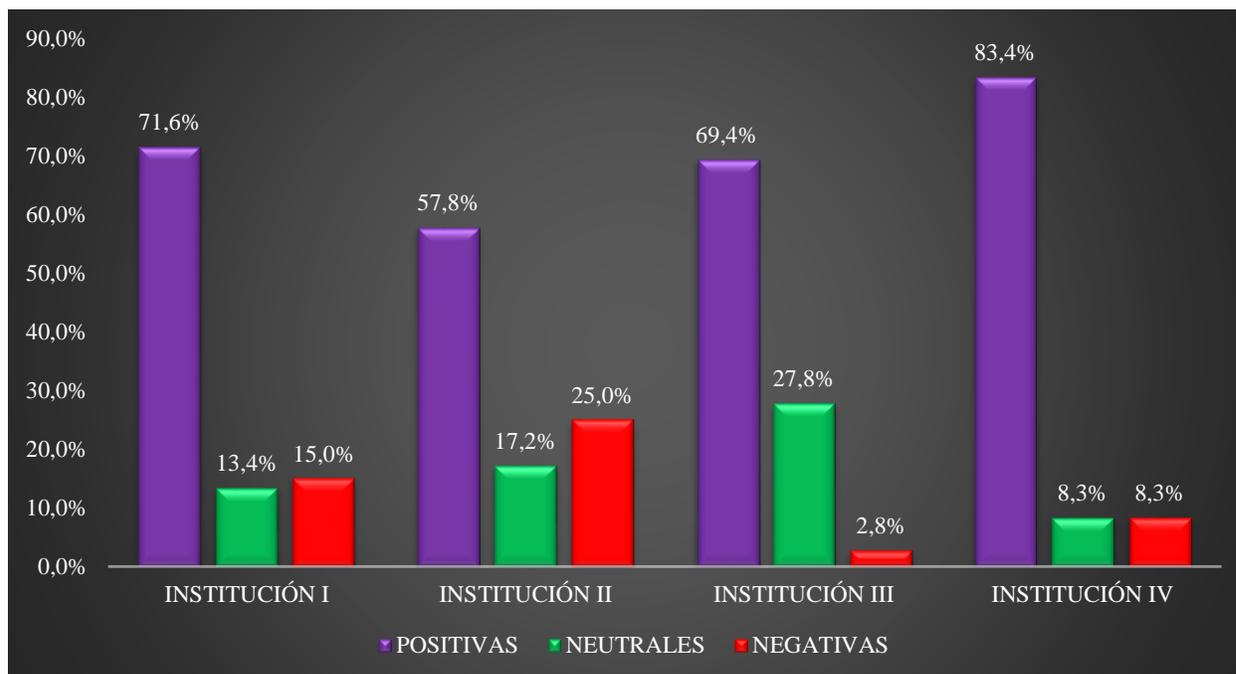
Gráfico 56. Percepción de incomodidad al trabajar con personal de otra unidad.



Un porcentaje representativo de las opiniones del recurso humano de enfermería de las instituciones I con el 46,7%, III con el 55,5% y IV con el 66,7% aduce que hay coordinación entre las diferentes unidades de la institución, pero a pesar de esto, no se constituye ni como fortaleza y tampoco como oportunidad de mejora para ellas. En lo que respecta al personal encuestado del hospital II, sus opiniones se encuentran divididas en porcentajes similares.

El personal de enfermería de las instituciones I con el 73,3%, II con el 62,5%, III con el 77,8% y IV con el 66,7% coinciden en expresar que no les resulta incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios o unidades. Pero teniendo en cuenta el planteamiento de la metodología de la investigación, solo se establece como una fortaleza para la organización III. (Ver gráfico 56.)

Gráfico 57. Trabajo en equipo entre las unidades.

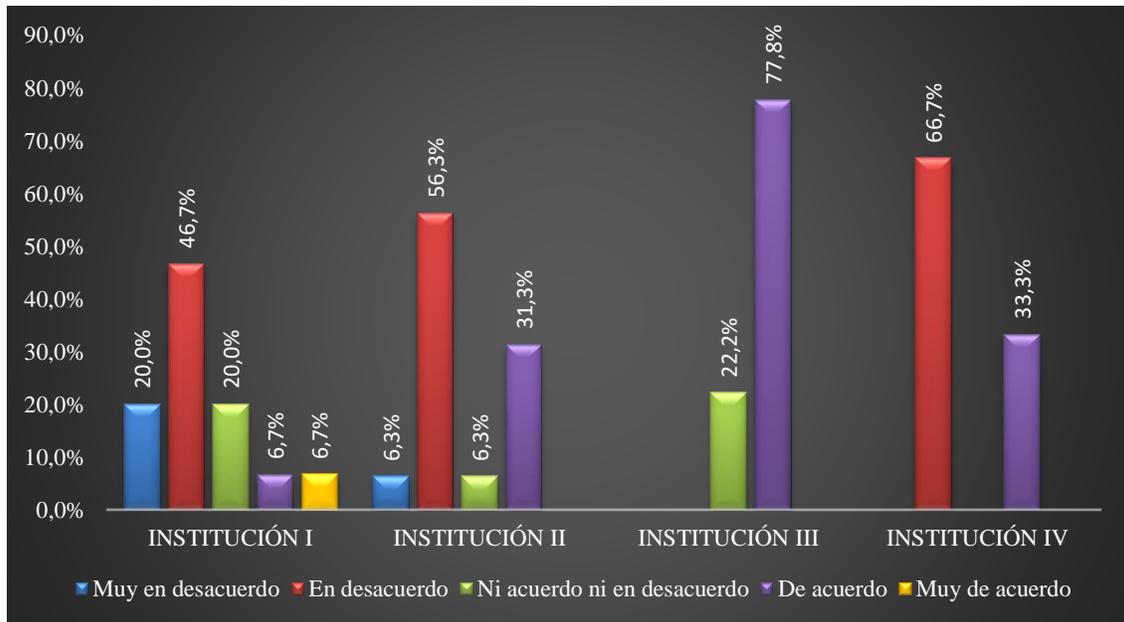


Tras tomar en consideración todos los aspectos que tiene que ver con la variable trabajo en equipo entre las unidades, se puede determinar que sólo constituye una fortaleza para la institución IV con un 83.4% de opiniones positivas. Acto seguido, un grupo importante de funcionarios emitió respuestas favorables es las instituciones I y III, con un 71.6 y 69.4%, respectivamente, sin embargo no logra apuntalarse como fortaleza. En el caso de la institución II, este tópico tiene más tendencia hacia una oportunidad de mejora, con un importante 25% de opiniones negativas.

Si se compara con el ítem anterior, queda claro que es más fluido el trabajo en equipo dentro de las unidades que entre ellas. (Ver gráfico 57)

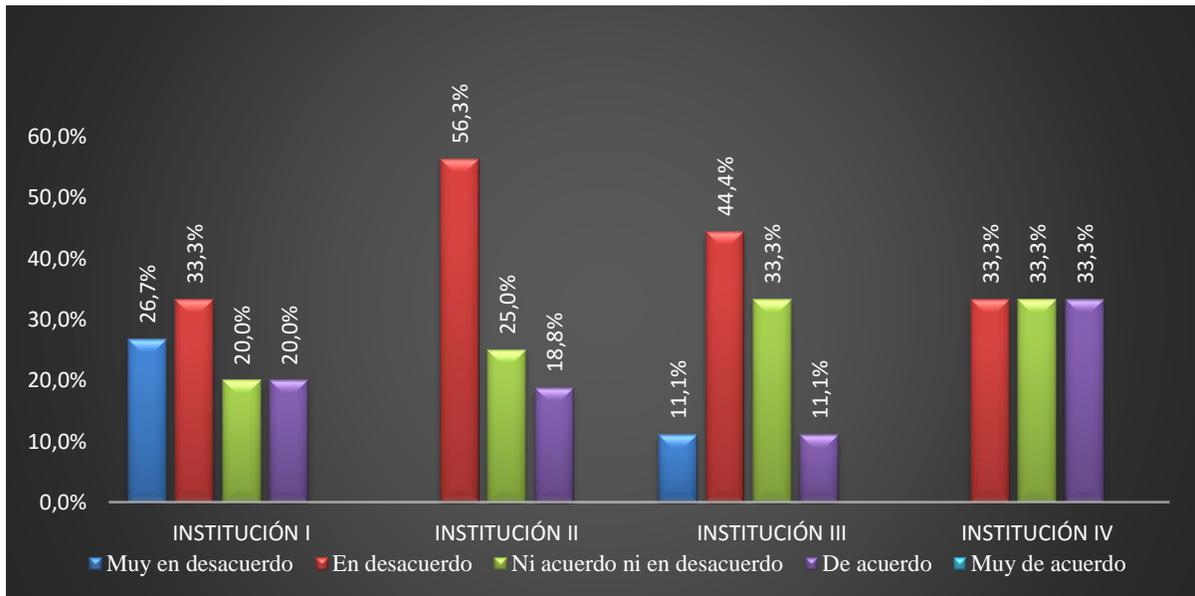
4.4.3 Problemas cambios de turnos transiciones.

Gráfico 58. Manejo de la información del paciente al ser trasladado de servicio.



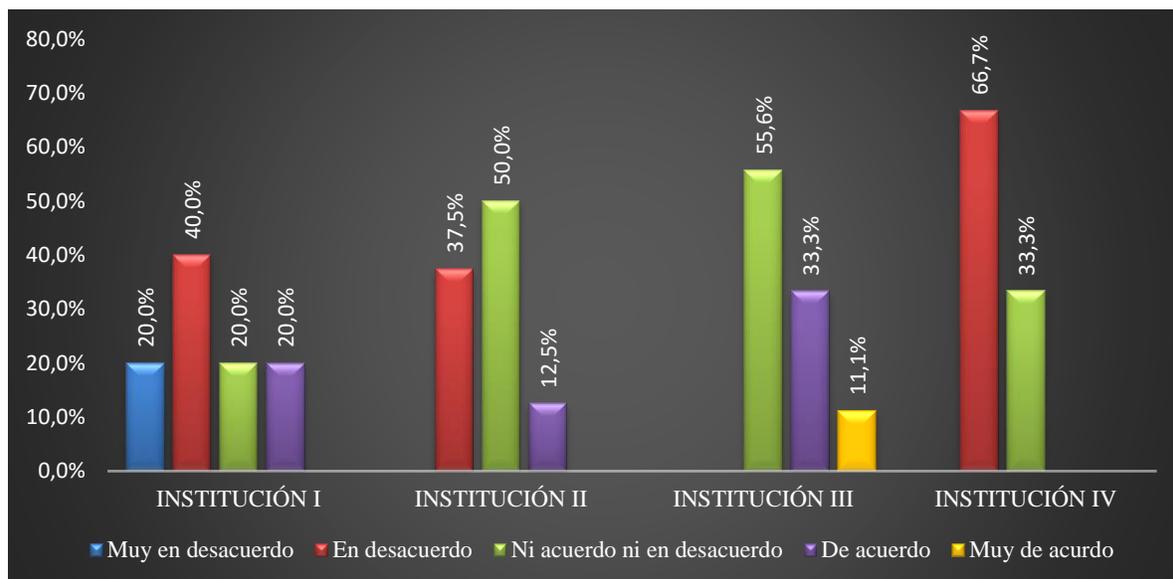
En lo que tiene que ver con el manejo de la información de los pacientes, cuando son trasladados entre las unidades o servicios que trabajan conjuntamente, el grupo de enfermería de las instituciones I con el 66,7%, II con el 62,6% y IV con el 66,7%, expresa que no se pierde la información, sin embargo, esta situación no alcanza a consolidarse como una fortaleza para estas tres instituciones. Por el contrario un 77,8% del personal perteneciente a la institución III, afirma que ésta sí se pierde en parte, traduciéndose este ítem, en una oportunidad de mejora para este hospital. (Ver gráfico 58.)

Gráfico 59. Percepción sobre la Pérdida de información en los cambios de turnos.



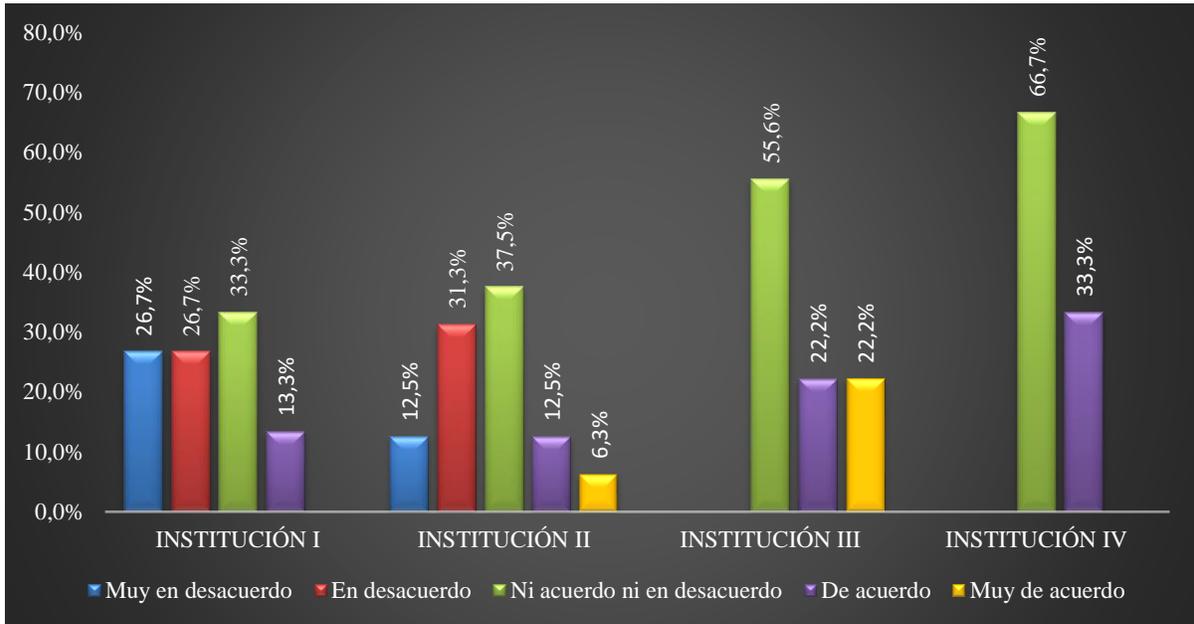
El grupo de enfermería encuestado, perteneciente a las organizaciones participantes en la investigación refiere en un 60%, 56,3%, 55,5% y 33,3% en su orden, que en los cambios de turnos no se pierde la información sobre la atención que han recibido los pacientes. No obstante, teniendo en cuenta la metodología planteada en la investigación para las preguntas formuladas en negativo, este ítem no alcanza establecerse como una fortaleza o una oportunidad de mejora para estas instituciones. (Ver gráfico 59.)

Gráfico 60. Percepción sobre los problemas de información entre los servicios.



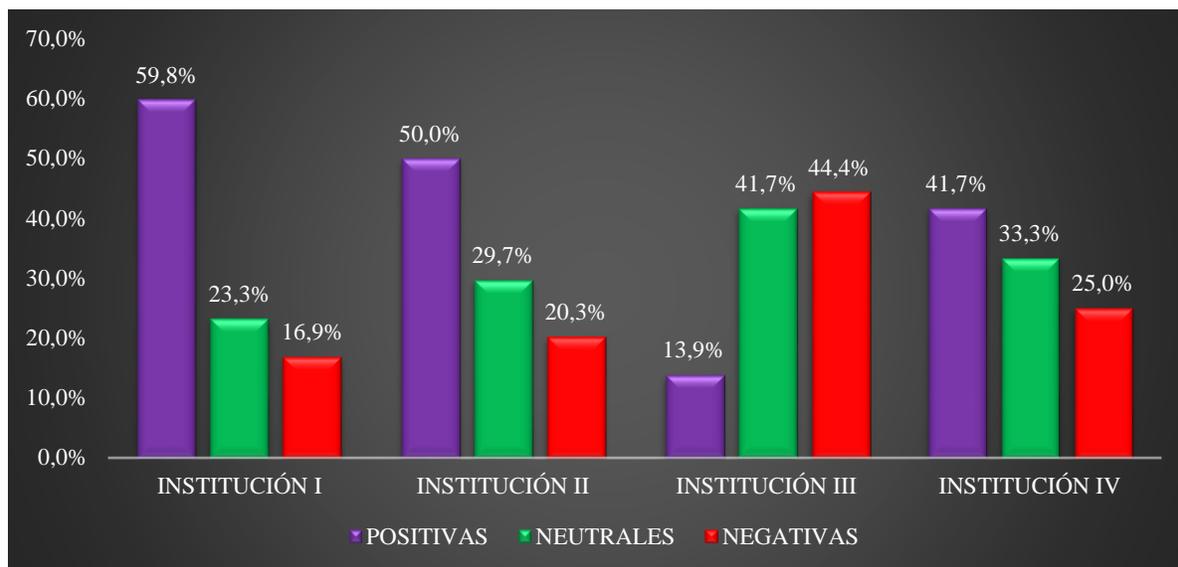
En lo que respecta al intercambio de la información entre los diferentes servicios, un porcentaje del grupo de enfermería de las instituciones I (60%) y IV (66,7%) declara que no hay problemas. Por el contrario el personal de la institución III (44,4%) menciona que este intercambio entre turnos habitualmente es problemático. Para el hospital II un 50% de los encuestados se muestran indiferentes ante la situación. No obstante, estas situaciones no alcanzan a establecerse como fortaleza o debilidad para estas organizaciones. (Ver gráfico 60.)

Gráfico 61. Percepción sobre la presencia de problemas durante los cambios de turno.



Podemos analizar en el gráfico 61, que el personal de las instituciones I (53,4%) y II (43,8%) exterioriza que no surgen problemas en la atención a los pacientes a consecuencia de la entrega de turno. Contradictoriamente en las instituciones III (44,4%) y IV (33,3%), una parte del personal encuestado, arguye que en su unidad si surgen problemas como consecuencia de lo planteado anteriormente y otra parte 55,6% y 66,7% respectivamente, muestra una posición indiferente. Sin embargo, estas opiniones no logran establecerse como una fortaleza o una oportunidad de mejora para ninguna de las organizaciones.

Gráfico 62. Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios.

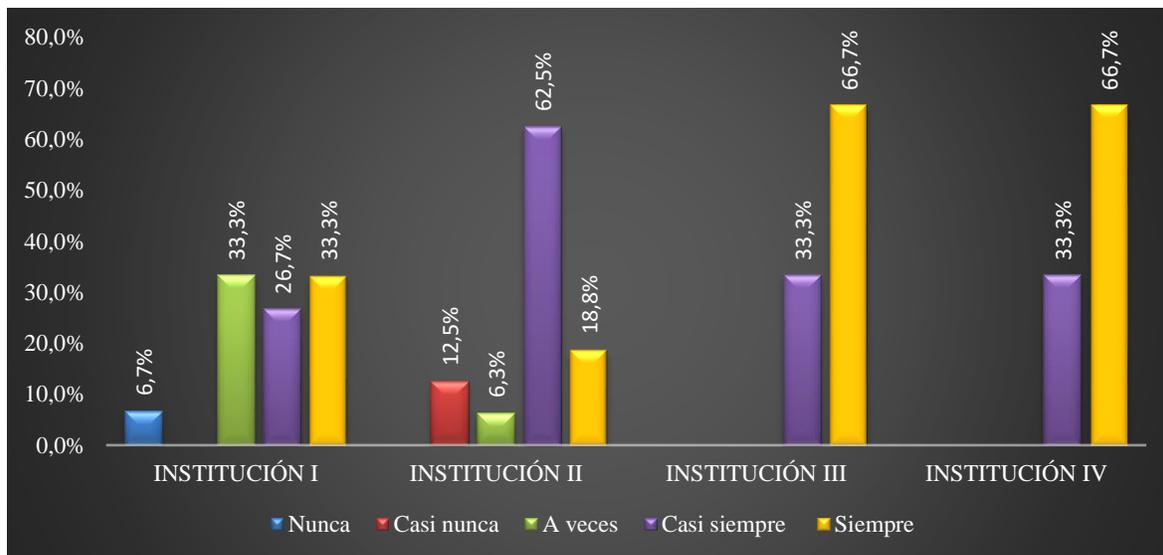


Al terminar de estudiar las respuestas correspondientes a las preguntas que conforman la variable problemas en cambios de turno y transiciones entre los servicios, se pudo concluir que para las instituciones I y II por tener 59,8% y 50% de las respuestas negativas respectivamente, se establece como una oportunidad de mejora. Por otra parte, en el caso de las organizaciones III y IV, las respuestas positivas del 13,9% y 41,7% respectivamente, no alcanzan a establecerse como fortaleza, ni como oportunidad de mejora. Ello traduce la necesidad de trabajar en lo que respecta a formas de comunicación efectiva, pues su aplicación inadecuada es la principal causa de la pérdida de información vital para la continuidad del cuidado del paciente, durante los cambios de turno o traslados entre los servicios. (Ver gráfico 62)

4.5 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUANTO A LA ADHERENCIA A LAS ACCIONES DE SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS.

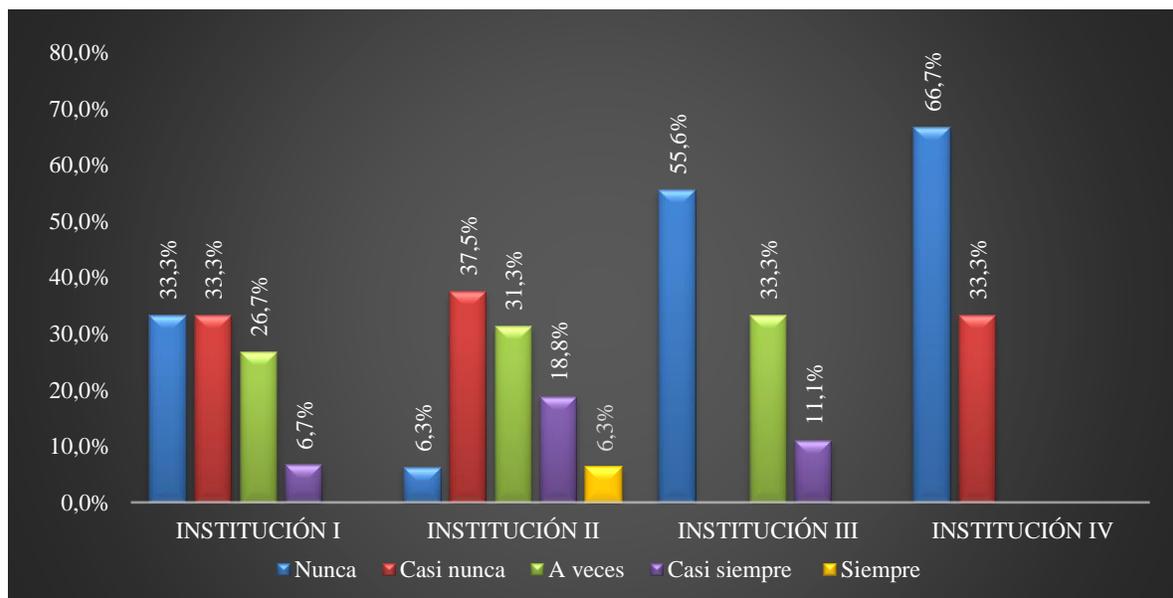
4.5.1 Medicamentos adherencia a las acciones de seguridad de medicamentos.

Gráfico 63. Verificación de órdenes verbales.



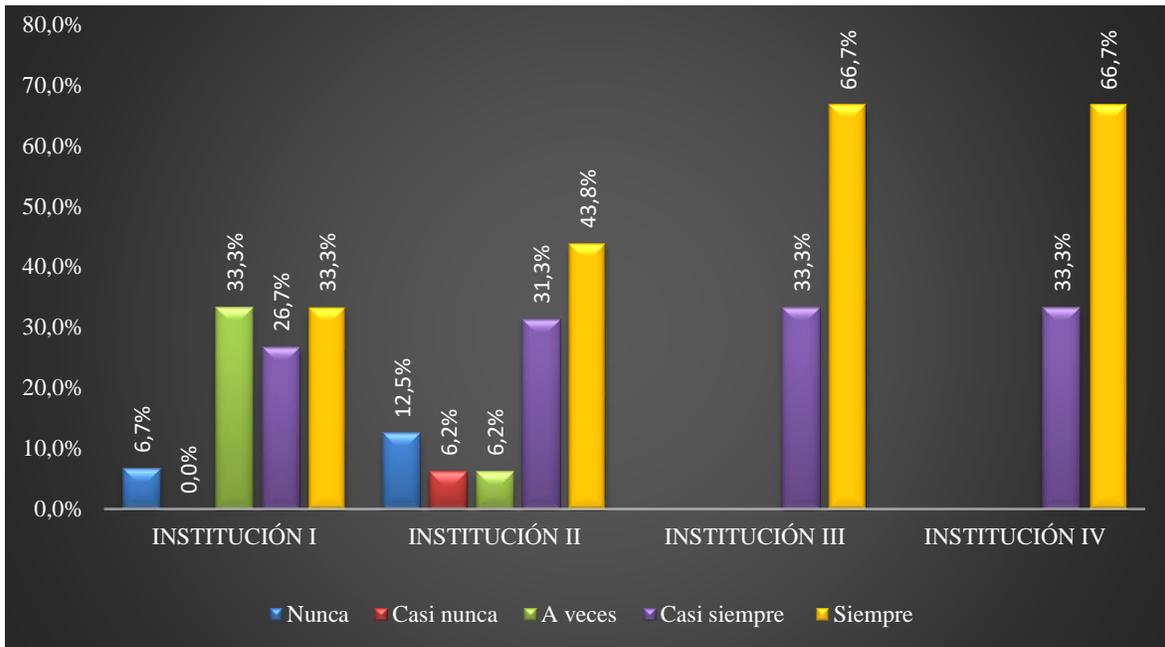
Teniendo en cuenta lo observado en el gráfico 63, un porcentaje representativo del grupo de enfermería perteneciente a los hospitales II con el 81,3%, III y IV ambas con el 100% asienten que repiten en voz alta las órdenes que se dictan verbalmente, para asegurarse que han sido bien comprendidas, estableciéndose esto como una fortaleza para estas organizaciones. En este mismo orden de ideas, el 60% del personal encuestado del hospital I, expresa tener el mismo comportamiento descrito anteriormente, pero no logra considerarse una oportunidad de mejora, ni una fortaleza para esta institución.

Gráfico 64. Análisis y registro de información en la historia clínica de memoria.



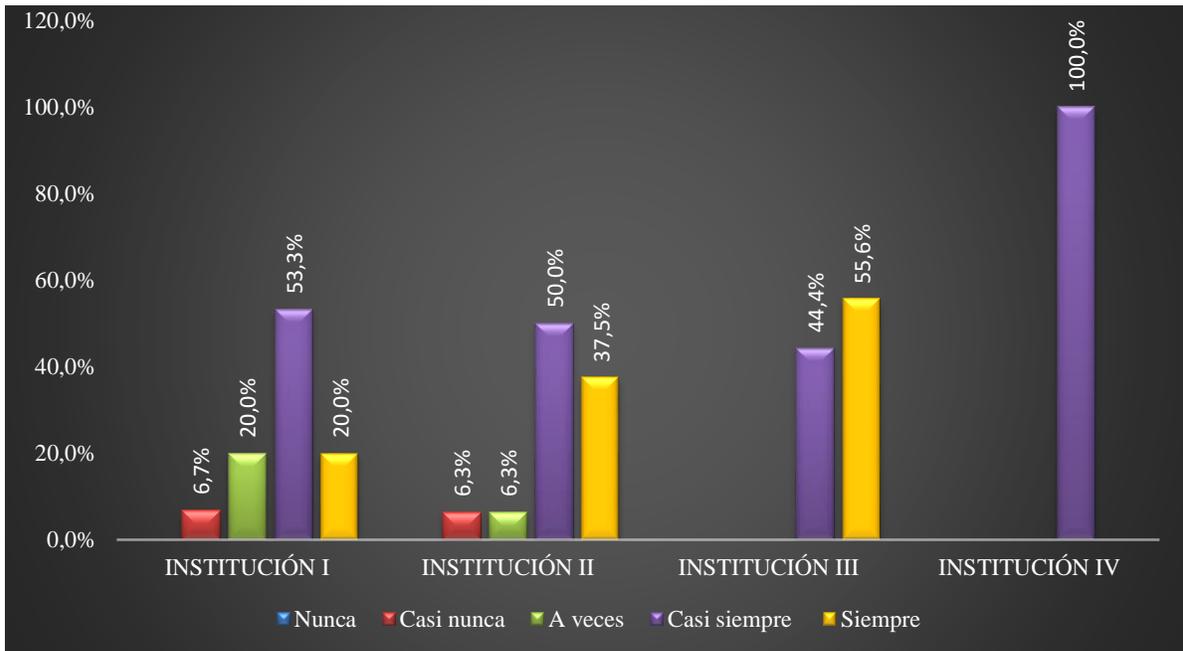
De acuerdo con lo mostrado en la tabla 68 y gráfico 64, en lo que respecta a la elaboración de informes o resúmenes de historias clínicas de memoria sin tener toda la documentación disponible, el 66,6%, 43,8%, 55,6%, 100%, del personal encuestado perteneciente a las instituciones I, II, III y IV, respectivamente, asevera no hacerlo, constituyéndose esto en una fortaleza para la organización IV, pero para las demás entidades no se considera una oportunidad de mejora, ni una fortaleza, ya que no alcanzan el 75% de opiniones positivas requeridas en la metodología de la investigación.

Gráfico 65. Registro en la historia clínica correspondiente a órdenes verbales.



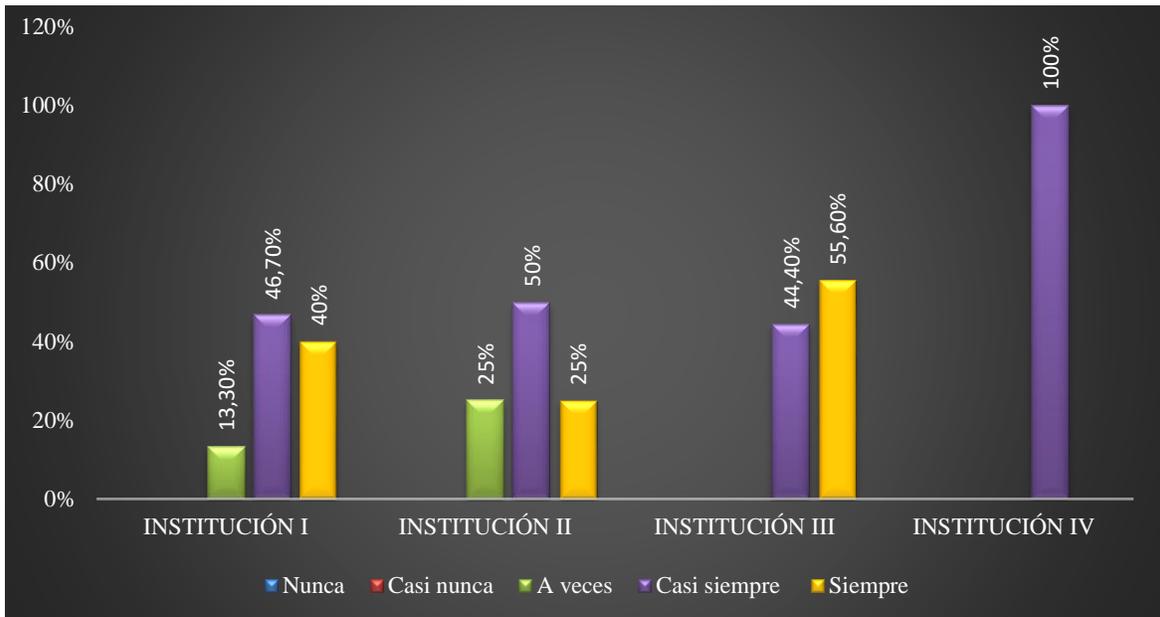
El 75,1% de los participantes en la investigación de la organización II y todos los de las instituciones III y IV, expresan que registran en el documento clínico las órdenes verbales sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, por ello este tópico, se considera una fortaleza. Sólo el 60% de los investigados en el hospital I, tiene una opinión igualmente positiva, pero no logra constituirse en una fortaleza. (Gráfico 65.)

Gráfico 66. Verificación de medicamentos antes de una nueva prescripción.



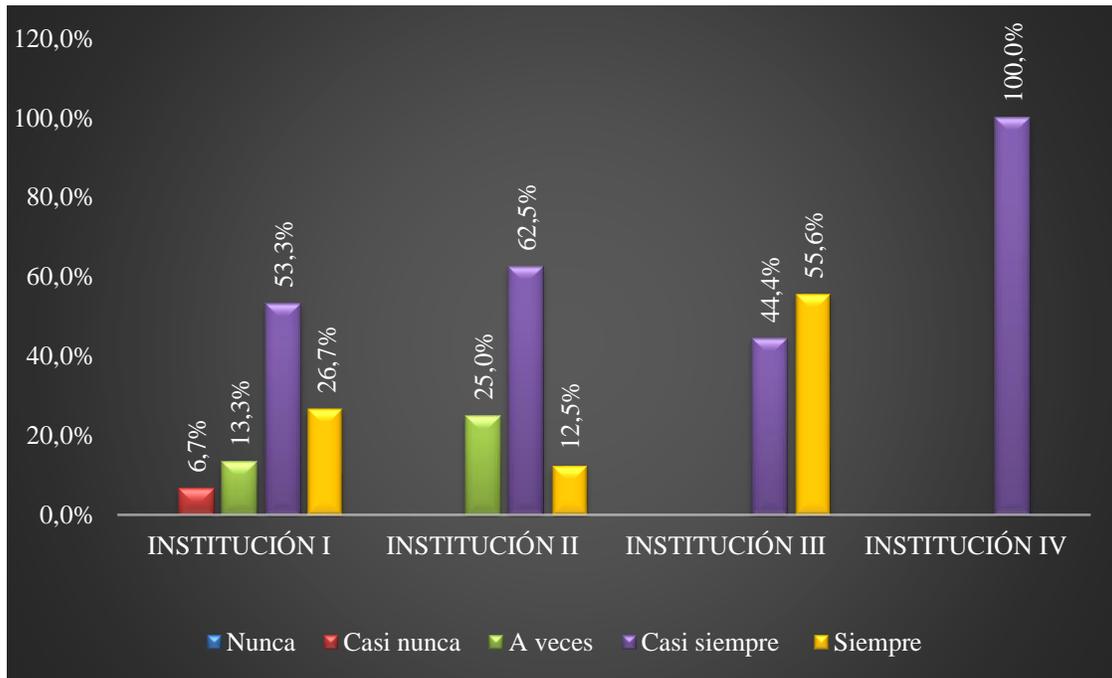
El grupo de enfermería encuestado en las cuatro instituciones, aduce revisar el listado de medicamentos que está tomando el paciente, antes de una nueva prescripción, alcanzando un porcentaje de 73,3% (I), 87,5% (II) y 100% (III y IV); no obstante según el planteamiento de la metodología de la investigación, solo se considera como una fortaleza, en el caso de las organizaciones II, III y IV. Para la institución IV no se constituye ni en una oportunidad de mejoramiento ni en una fortaleza. (Ver gráfico 66.)

Gráfico 67. Comunicación clara de los cambios del paciente.



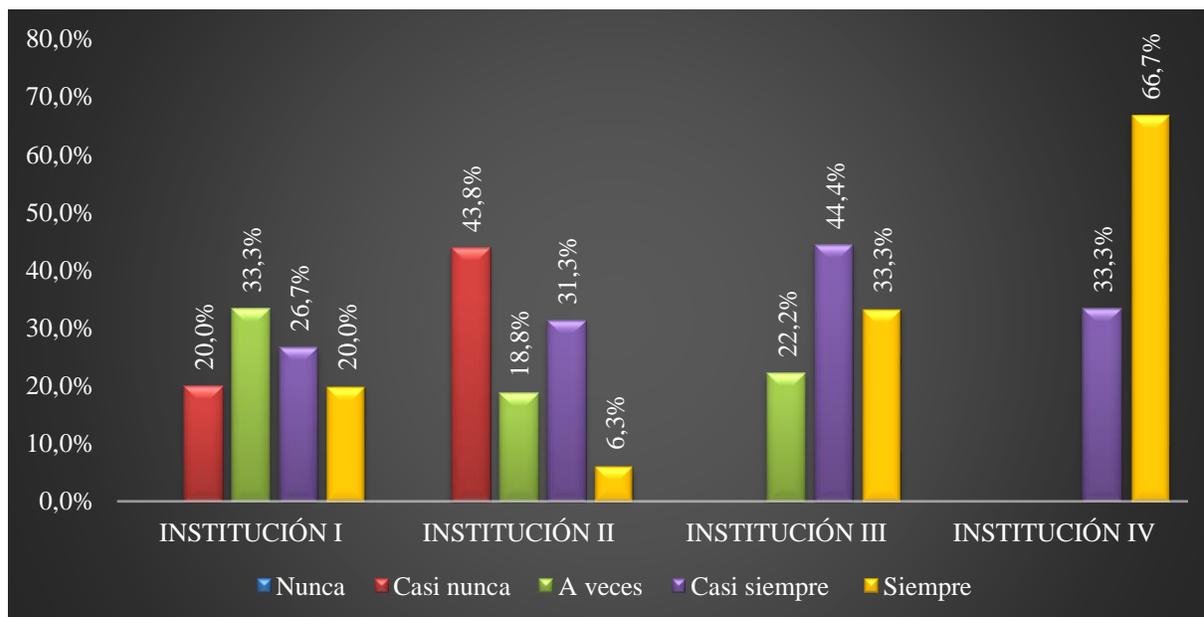
Un porcentaje significativo del personal de enfermería de las cuatro instituciones participantes en la investigación, considera que los cambios de medicación, son comunicados de forma clara y rápida a todos los implicados en la atención del paciente, con un porcentaje de 86.7% para la intuición I, un 75% para la institución II y un 100% para las instituciones III y IV; lo que se refleja en una fortaleza para todas las organizaciones. (Ver gráfico 67.)

Gráfico 68. Comunicación de información que afecte al paciente.



En lo que respecta a la información que afecta al diagnóstico del paciente, una parte significativa del grupo de enfermería perteneciente a las organizaciones I (80%), II (75%), III y IV (100% cada una), coinciden en expresar, que ésta, es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente, lo cual se interpreta como una fortaleza para todas las instituciones. (Ver tabla 72 y gráfico 68.)

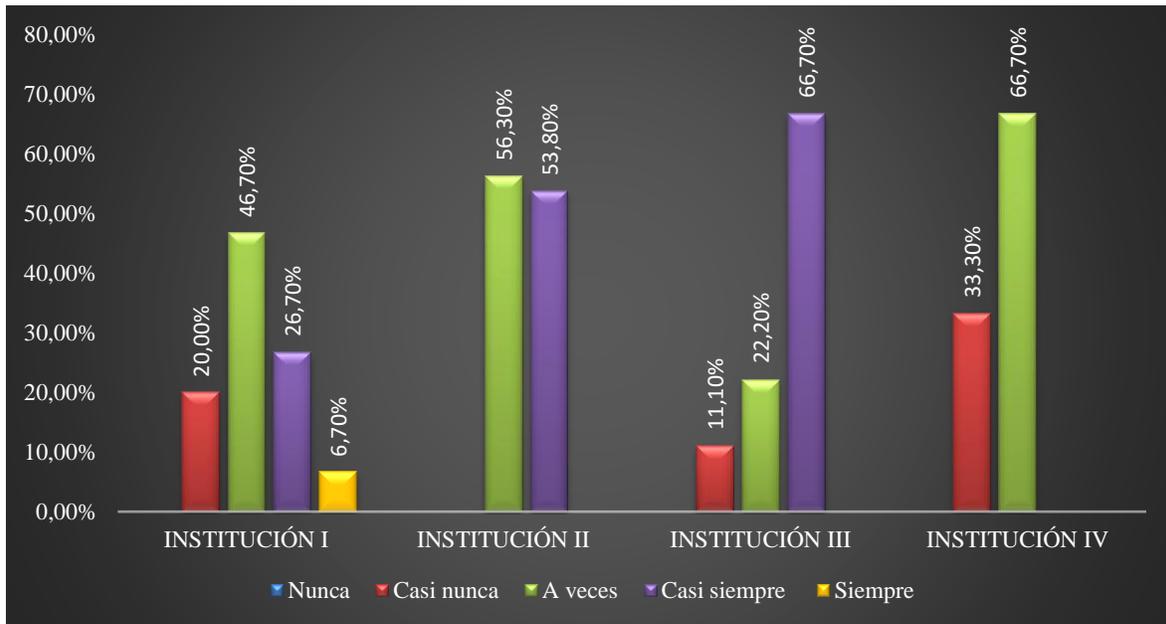
Gráfico 69. Firma del consentimiento informado por parte del paciente.



Al indagar si se pide al paciente, o a su representante, que luego de firmar el consentimiento informado repita si ha entendido lo que se le ha explicado, el personal de enfermería de las instituciones I, III y IV con un 46,7%, 77,7% y 100% respectivamente, arguyen que lo hacen, siendo una fortaleza para las organizaciones III y IV. La institución I no alcanza el porcentaje mínimo planteado en la metodología de la investigación.

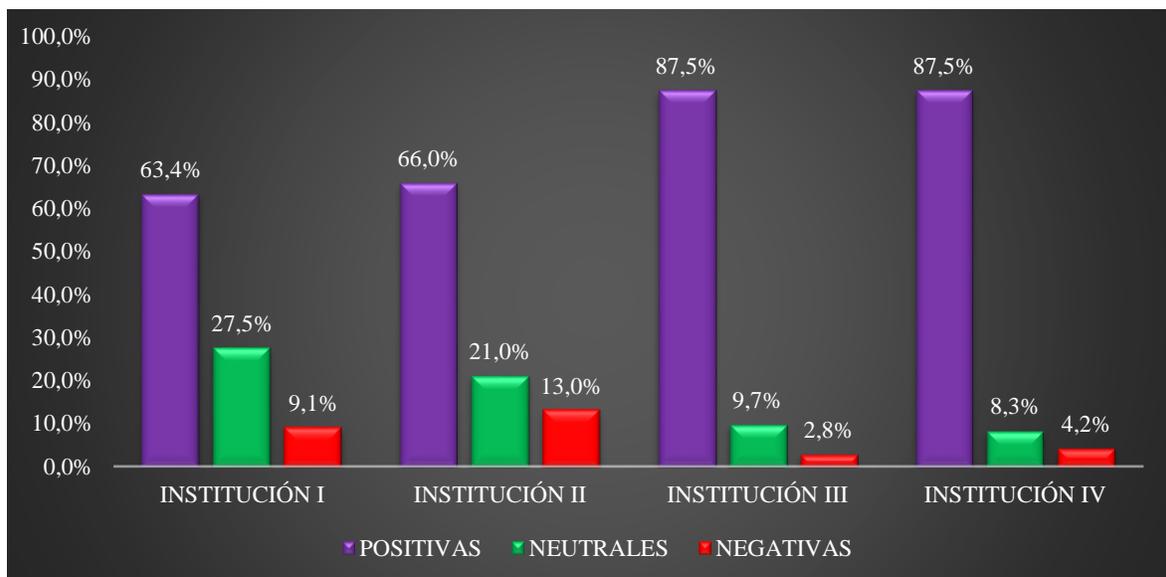
Para el caso de la institución II, el grupo de encuestados, manifiesta en un 43,8% no hacerlo y en un 37,6% que si lo hace, por lo cual para esta organización los resultados no logran consolidarse como una oportunidad de mejora, ni una fortaleza. (Ver gráfico 69.)

Gráfico 70. Preferencias en los pacientes terminales.



De acuerdo con la información en el gráfico 70, en la institución III, el 66,7% del personal participante en la investigación, expresa indagar anticipadamente acerca de los tratamientos y procedimientos con soporte vital, a los pacientes probablemente terminales; no obstante, no logra establecerse como una fortaleza para este hospital. Por otro lado, el grupo de encuestados de las organizaciones I, II y IV con una significativa representación porcentual del 46,7%, 56,3% y 66,7%, manifiestan estar indiferentes ante el ítem planteado.

Gráfico 71. Adherencia del personal de Enfermería en cuanto a las acciones de seguridad de medicamentos.



Después de analizar las opiniones del personal estudiado con respecto a la variable, adherencia del personal de enfermería en cuanto a las acciones de seguridad de medicamentos, se alcanza a concluir que para las organizaciones III Y IV ambas con el 87,5% de respuestas positivas, este aspecto es una fortaleza inminente. Así mismo aunque en los hospitales I y II se presenta un comportamiento similar, al de las instituciones anteriormente descritas, (63,4% y 66% respectivamente), el manejo seguro de no alcanzan a constituirse en una fortaleza. Ello implica acciones contundentes para mejorar esta meta de seguridad, por cuanto la principal causa de eventos adversos asociados al cuidado de enfermería está precisamente asociada al manejo inseguro de medicamentos. (Ver gráfico 71)

5. DISCUSIÓN

5.1 DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, los participantes en su mayoría correspondieron a auxiliares de enfermería: el 86,7% de la institución I; 87,5% de la institución II; 88,8% de la institución III; y 66,7% en la institución IV, mientras que un porcentaje menor lo conformaron profesionales de enfermería: el 13,3% de la institución I; el 12,5% de la institución II; el 11,1% de la institución III; el 33,3% de la institución IV. En este sentido un estudio similar realizado en Bogotá en el año 2011 muestra que esta relación es más homogénea, dado que el 45,3% fueron auxiliares y 54,7% profesionales en enfermería. (66) Sin embargo otros estudios tienen en cuenta otras profesiones, incluido el grupo de enfermería, como el de Tomazoni, et al, 2014), donde el 35,4% corresponde a personal no profesional y el 16,3% a enfermeros; (67) y el del Ministerio de sanidad y consumo de España donde el 61,1% de los implicados corresponde al personal enfermería que trabajan en hospitales pequeños. (68)

Los servicios donde trabajan los encuestados fueron en su mayoría cirugía (66,7% de la institución I), Urgencias (43.8% de la institución II y 44.4% del hospital III) y hospitalización (44.4% del hospital III). Estos servicios también fueron contemplados en otro estudio donde “hubo mayor representación del Servicio de Urgencias, Cirugía, Anestesiología y Medicina Interna en los hospitales pequeños” (68). Menos áreas contempla en un estudio elaborado por Fajardo-Dolci (2010), donde 17.8% de los participantes trabajan en medicina interna y 7.5% en cirugía (69).

En lo que tiene que ver con la antigüedad en la institución se pudo determinar que en investigaciones como la de Meléndez (2014), el 27% de enfermeros, llevaban entre 16 y 20 años trabajando en el hospital (70), porcentaje que es superado por el presente estudio donde

en la institución I el 40% del personal y el 33,3% de la institución III tienen más de 10 años laborando en las organizaciones.

Así mismo, en cuanto al tiempo que el personal lleva laborando en su unidad, quienes tienen mayor experiencia se encuentran en el hospital III porque el 55,5% lleva más de 7 años trabajando en sus servicios, lo cual “garantiza de alguna manera el conocimiento que han de tener del funcionamiento de los mismos y por tanto en relación a su cultura de seguridad” (68). Una mayor experiencia supone mayor conocimiento de la dinámica del área, sus procesos, mayor habilidad y destreza en los procedimientos, que se traduce en menores riesgos de cometer errores y con ellos menor probabilidad de eventos adversos. Al respecto, este grupo de personas estaría clasificado según Patricia Benner como expertos, las cuales tienen un enorme trasfondo de experiencia, una intuitiva comprensión de cada situación y visión general de ella, demuestra dominio clínico, asimila el saber práctico y prevé lo inesperado (54). Sin embargo también hay que advertir que es este personal con mayor antigüedad es el más reacio a acoger los cambios que con respecto a la seguridad el paciente se instauran en las organizaciones, rutinizan el trabajo y se confían en su experiencia, aspectos que se constituyen en factores desencadenantes de eventos adversos.

En contraste con el 60%, 93,6% y 66,7% del personal de enfermería de las instituciones I, II y IV respectivamente que tienen menos de 6 años laborando en el servicio, resultado que supera lo hallado en el estudio de Meléndez (2014), donde el mayor porcentaje de enfermeros estuvo “en el rango de uno a cinco años con un 38%” (70).

Teniendo en cuenta los niveles de experticia tratados por Benner, se puede decir que en este grupo de enfermería hay principiantes, principiantes avanzadas, competentes y eficientes. Así, el principiante, dentro de los que se encuentran los recién graduados, no tienen experiencias previas de las situaciones a las que se enfrenta en su campo laboral; el principiante avanzado, adquiere experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de las situaciones y su interés no se centra en conocer las necesidades y respuestas del paciente; el eficiente percibe la situación como un conjunto y tiene seguridad de sus conocimientos y

habilidades; mientras que el competente planifica, prevé y gestiona el tiempo muestra cierta habilidad para considerar los cambios de una situación (54).

En este orden de ideas, y aplicando esto al contexto de la seguridad del paciente, a menor tiempo en el servicio, menor conocimiento sobre los procesos y menor habilidad y destreza en los quehaceres propios de la enfermería, lo que significa mayor probabilidad de incurrir en eventos adversos, sobre todo para aquellas personas que se encuentran a nivel de principiantes y principiantes avanzadas.

En lo que tiene que ver con el número de horas laboradas por semana, se puede inferir con preocupación que un porcentaje considerable del personal de enfermería de las cuatro instituciones, la I, con el 26,7%, la II, con el 37,5%, la III, con 44,4% y la IV, con el 66,7% argumentan que trabajan más de 48 horas a la semana. Así mismo, el estudio de Pozo y Padilla (2013), (71) muestra que un 39.09% de las personas trabaja entre 40 y 59 horas semanales, al igual que el 61% de los participantes en el estudio de Meléndez, (70) Esta situación es alarmante dado que a la luz de la Ley colombiana, según lo contemplado por el título II, artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo, un trabajador debe laborar máximo 48 horas a la semana.

Trasladando esta situación al ámbito de la seguridad del paciente, se puede asegurar que trabajar más tiempo del que se debe, erosiona la cultura de seguridad, por cuanto “el cansancio, el sueño y la sobrecarga de trabajo” que esto genera, se constituyen en factor contributivo de eventos adversos (72).

Por otra parte, en lo que atañe al grado de seguridad del paciente que percibieron los participantes en el estudio de cada una de sus instituciones, las opiniones estuvieron divididas, de tal suerte que en la institución I, el 60,1% del personal de enfermería considera que el grado de seguridad del paciente de su servicio solo oscila entre 3 y 7 puntos, contrario a lo hallado en el estudio de Pozo y Padilla (2013), donde 50% el personal lo califica en como muy bueno (71), es decir, entre 7 y 8 puntos, al igual que el 48% del personal incluido en la

investigación de Meléndez (70). Dichos resultados son parecidos a lo obtenido en el presente estudio en el hospital II donde un 37,5%, y en las organizaciones III y IV, donde un 66 % del personal respectivamente, califica el grado de seguridad entre 8 y 9 puntos. Estos resultados sugieren que falta, mucho por trabajar para generar un clima en el cual se perciba que el paciente se encuentra seguro.

5.2 DIMENSIONES CONSIDERADOS COMO FORTALEZAS.

Los siguientes son aspectos considerados como fortaleza porque alcanzan un porcentaje igual o mayor al 75% de respuestas positivas según lo planteado en la metodología de estudio:

Aprendizaje organizacional/mejora continua, logró un 77,8% de expresiones favorables en las instituciones I y IV y un 85.2% en el hospital III, lo que contrasta con el estudio llevado a cabo por Roqueta, et al,(2011) donde solo el 42% de los encuestados contestaron de forma positiva (73), constituyéndose como una tendencia a la oportunidad de mejora.

Dado lo anterior, el tener esta dimensión como una fortaleza indica que las instituciones son capaces de aprender de sus errores, analizarlos, y buscar sus causas para evitar que vuelvan a ocurrir, lo cual favorece a la seguridad del paciente. Tal y como se menciona en el texto de las 30 buenas prácticas del Ministerio de Salud de Colombia, en el cual se resalta que el aprendizaje es el “objetivo fundamental de toda organización que quiere ser mejor cada día (74)”

Otra dimensión destacada como fortaleza fue trabajo en equipo en la unidad, que obtuvo el 79,8% de opiniones favorables en la organización II y el 75,1% en la institución IV, lo que difiere del 64,7% de respuestas positivas obtenido en el estudio de Jaraba, et al, (2013) (75), donde no alcanzo a ser fortaleza y tampoco oportunidad de mejora.

Así mismo en la variable trabajo en equipo entre las unidades, la institución IV consiguió el 83.4%, este resultado se ubica por encima de lo hallado el estudio realizado en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español (2011), donde únicamente hubo un 36% de respuestas positivas (73), observándose como tendencia a una oportunidad de mejora.

En este contexto, el trabajo en equipo tanto al interior de la unidad, como entre los servicios es de suma importancia, pues esta conducta ayuda a disminuir la ocurrencia de eventos adversos, aumentando la seguridad del paciente; en este mismo sentido, la guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, afirma que el no trabajar en equipo se convierte en un factor contributivo que conlleva a la presencia de fallas activas (74).

Siguiendo con las dimensiones que resultaron ser fortalezas, se encontró el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente, dado que la organización IV alcanzó un 77,8% de respuestas favorables, lo que es antagónico al resultado obtenido en el estudio: percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México (2014), donde solo hubo un 31,6 % de opiniones positivas (70), por lo tanto para este caso no llega a ser una fortaleza ni una oportunidad de mejora.

Cabe destacar, que esta área de la organización es de suma importancia, ya que es la responsable, de que los servicios de salud que se brinde a las poblaciones sean eficientes y eficaces; y por consiguiente es la encargada de planificar y gestionar estratégicamente proyectos en materia de seguridad del paciente. Así se reafirma en algunas líneas de la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (Colombia), donde se menciona que la alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad (74).

Por lo que se evidencia que en la actualidad, todas las organizaciones deben continuar encaminadas en el propósito de brindar una atención en salud segura; de igual forma en el paquete instruccional del Ministerio de la Protección Social de la Republica de Colombia, se hace referencia a que esta área de la organizaciones, es uno de los ejes conductores del programa de seguridad del paciente, y que sin este apoyo, no se pueden iniciar las acciones que redundarán en el rediseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales. Como resultado de este apoyo, la seguridad es una prioridad gerencial, se

convierte en un pre-requisito en el diseño de los procesos y se materializa en una política de seguridad del paciente (76).

5.3 DIMENSIONES CON TENDENCIA A SER FORTALEZA

Algunas de las variables estudiadas no lograron consolidarse como una fortaleza, teniendo en cuenta la metodología planteada en el estudio, pero en algunos casos reflejan una tendencia a serlo cuando se acercan al 75% en las respuestas positivas.

En lo que tiene que ver con la percepción de seguridad, esta variable, consiguió un 62,1% de respuestas positivas en el hospital I, encaminándose al 79% de opiniones favorables reportadas en el estudio llevado a cabo en México en el año 2014 (70), en el cual está se consolidó como una fortaleza.

Teniendo en cuenta estos porcentajes, es importante hacer una reflexión en cuanto a esta temática, dado que la dimensión percepción de seguridad, juega un papel muy importante entre los integrantes de las instituciones, y debe ser compartida por todos, ya que permite que estos puedan comunicar su apreciación sobre el tema, lo cual brinda la posibilidad de calificar el clima de seguridad, con el fin de poder identificar los principales aspectos para trabajar al interior de la organización, porque como se menciona en el manual instruccional de promoción de la cultura de seguridad del paciente “es muy importante que cada IPS evalúe su clima de seguridad cada determinado tiempo, con el fin de poder evaluar los resultados de los procesos de implementación de política, cultura y prácticas de seguridad del paciente, e identificar cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad, con el fin de mejorar su desarrollo” (77).

En lo que tiene que ver con la frecuencia de eventos adversos notificados, esta dimensión alcanzo solo un 66.6% de respuestas afirmativas en la organización IV, sin embargo para un estudio realizado por Meléndez, et al (2014), el porcentaje obtenido fue 85% (70), constituyéndose para ellos como una fortaleza.

Por lo cual, vale la pena motivar a que las organizaciones continúen trabajando fuertemente en esta dimensión, para que en un futuro no muy lejano se logre consolidar como una gran fortaleza. Al respecto, es importante resaltar que el reporte de los eventos adversos persigue afianzar las nuevas metas en salud a nivel mundial, las cuales están encaminadas a una mejora continua de la cultura de seguridad del paciente, ya que con gran frecuencia las fallas en la atención en salud o accidentes imprevistos e inesperados, pueden considerarse como prevenibles; lo anterior señala la importancia de que se motive a implementar sistemas de reporte que permitan un mejoramiento continuo de la calidad, esto se ratifica en la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, donde se define que “el reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos” (74).

Al examinar el tema de expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad, la institución I alcanza un 70%, a diferencia de un estudio realizado en España durante el año 2013, donde pudo conseguir un 80,5% de respuestas favorables (71), estableciéndose como una evidente fortaleza.

Al respecto, es de destacar que la dirección puede influir positivamente en el desempeño de los recursos humanos de la organización, puede tomar la cultura como un aspecto que se ajuste a sus necesidades reales en cuestión de seguridad del paciente, si se tiene en cuenta, que hay muchas teorías que definen la cultura organizacional de diferentes formas, pero que en resumen son las creencias, los valores y las actitudes que comparten los miembros de una institución y que se ven reflejados en sus labores diarias, así lo reafirma en un estudio, Silva, et al, donde se menciona que la cultura organizacional y sus valores desempeñan un papel incuestionable en las organizaciones ante los fenómenos de supervivencia, adaptación, transformación y crecimiento, pues facilita la toma de decisiones, la motivación, cooperación y el compromiso; por lo que las acciones de la dirección que favorezcan la seguridad del paciente podrán ser una gran herramienta al interior de sus instituciones (78).

Por otro lado, aprendizaje organizacional, fue una dimensión que obtuvo un porcentaje de 62,1% en sus respuestas positivas para la institución I, comparado con un estudio realizado en el Hospital General Doctor. Carlos Canseco de la Secretaría de Salud, en Tampico, Tamaulipas, México (2013), donde fue percibida como fortaleza con un 83,6% (61) .

De acuerdo con diferentes teorías, esta dimensión apoya con fuerza el objetivo que persiguen muchas organizaciones que buscan ser mejores cada día, pues cuando se trata incrementar la calidad de los servicios de salud, se hace necesario que se implementen acciones que estén encaminadas a establecer verdaderos cambios, que permitan a los miembros de una organización crear conciencia de los errores cometidos, para que en un futuro no lejano se fortalezca el conocimiento de éstos y se evite que se cometan de nuevo las mismas fallas.

Lo anterior es ratificado, en el libro: La seguridad del paciente, un reto de ciudad (2012), donde en su definición de las variables que evalúan el clima de seguridad, se menciona que el aprendizaje organizacional o mejoramiento continuo evalúa el seguimiento e impacto que se tiene en la organización frente a las acciones realizadas de seguridad (79). En este mismo orden de ideas, “la posibilidad de éxito de las acciones desarrolladas, para lograr un efecto demostrable en la reducción de eventos adversos, depende en gran medida de la continuidad y de recordar que el aprendizaje organizacional está centrado en el conocimiento de las personas entrenadas” (80).

Otro de los ítems valorados fue trabajo en equipo en la unidad, donde las respuestas positivas para los hospitales I y III fueron de 69,9% y 66,7%, comparada con un estudio realizado en Murcia, (España - 2013), donde esta variable se destacó con el porcentaje de 73,5% (60), lo cual no llega al nivel de fortaleza.

De modo similar, el trabajo en equipo entre unidades, recibió en el hospital I un 71,6% y en el II un 69,4%, de respuestas favorables, encaminándose a una oportunidad de mejora, lo que contrasta con el 50% de respuestas negativas obtenidas en el estudio realizado por Saturno, et al (81) , para quien esta variable es considerada como oportunidad de mejora.

Por lo anterior, el trabajo en equipo en la unidad y entre las unidades es de vital importancia, debido a que este comportamiento, favorece a menguar la frecuencia de eventos adversos, incrementando en las instituciones la seguridad del paciente; en este contexto, el no trabajar en equipo “se convierte en un factor contributivo que conlleva a la presencia de fallas activas” (74).

En cuanto a la retroalimentación y comunicación sobre errores, en los hospitales I y III, se logró un 66,4% y 70,5% respectivamente, siendo un comportamiento similar al estudio realizado por Pozo y Padilla en el 2013, obteniendo un 60% en sus respuestas positivas (71). En contraste con esto se describe en dos estudios similares, el primero realizado por Roqueta et al en el 2011, que esta variable solo alcanzó un 34% de respuestas positivas (73), lo cual no logra establecerse como una fortaleza; y en el segundo, llevado a cabo en México durante el 2010 (Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud) donde solamente un 38% de los encuestados mostró una respuesta positiva a la apertura en la comunicación (69).

Por consiguiente, cabe mencionar que el objetivo de la retroalimentación, comunicación y respuesta no punitiva ante un error, es estar encaminada a buscar una solución de la ocurrencia de las fallas cometidas, y no en encontrar un culpable, debido a que la gran mayoría de los errores cometidos en las instituciones, no son realizados por una sola persona, por el contrario, esto se presenta como el resultado de múltiples fallas en los procesos, similar a lo expresado por la asociación médica internacional: “resulta crucial prevenir y corregir fallas sistémicas en lugar de buscar la culpabilidad de individuos u organizaciones” (82).

La dimensión respuesta no punitiva ante un error, obtuvo un 60.4% para el hospital I y un 66.6% para la institución IV, contrario a esto, un estudio llevado a cabo en España en el 2014, solo se reportó un 27,7% de respuestas positivas (83), siendo esto una clara oportunidad de mejora.

Por su parte, el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente, donde el hospital I obtuvo un resultado de 70,4%, a diferencia con lo planteado en un estudio realizado en el año de

2013 por Hortensia et al, donde se encontró un porcentaje de 43,6% (61), clasificado por ellos como una dimensión concerniente a las áreas de oportunidad hacia la mejora continua. En contexto, la gerencia debe estar comprometida en brindar apoyo a su personal, lo que es trascendental en la mejora de un ambiente de trabajo seguro, aumentando en los empleados mayor cultura de seguridad del paciente. “El apoyo de la alta dirección es fundamental porque implica el involucramiento en la seguridad. Como resultado de este apoyo, la seguridad es una prioridad gerencial, y se materializa en una política de seguridad del paciente” (74).

5.4 DIMENSIONES CONSIDERADAS COMO OPORTUNIDADES DE MEJORA.

Un aspecto llega a ser considerado como oportunidad de mejora, cuando alcanza un porcentaje igual o mayor al 50% de respuestas negativas según lo planteado en la metodología de estudio, por lo anterior los siguientes aspectos son considerados como oportunidad de mejora en este estudio

Frecuencia en la notificación de eventos adversos, en la institución II obtuvo un 58,4% de respuestas negativas, ahora bien, para un estudio publicado en el año 2013 México, por el contrario revela que el 67,2% de respuestas positivas (61), mostrándose como tendencia a la fortaleza.

Por su parte la retroalimentación y comunicación sobre errores, la cual en la organización IV, arrojó un 66,7% de respuestas negativas, asemejándose al estudio realizado en México por Meléndez, et al, el cual muestra que en dicha dimensión solo se obtuvo un 17,8% de respuestas positivas (70), lo que se considera en oportunidad de mejora.

En contexto, implementar un sistema de notificación de eventos es de suma importancia, pues éste tiene como objetivo aumentar la seguridad del paciente al mismo tiempo que se aprende de los errores cometidos; esto lo ratifica la OMS la cual ha realizado trabajos en compañía del médico y profesor Lucian Leape basados en la preparación de las directrices sobre sistemas de notificación de los eventos adversos y aprendizaje para ayudar a los países

a mejorar los sistemas de notificación y aprendizaje y de esta manera aumentar la seguridad de la atención (84).

La dimensión dotación del personal, alcanzó un 50% de opiniones negativas en el hospital II, resultado similar al estudio realizado Roqueta, et al, donde el 57% fueron respuestas negativas (73), igualmente el estudio de C. Jaraba Becerril, et al, con el 68,1% de respuestas negativas (75), catalogándose como una oportunidad de mejora.

Por lo anterior la cultura de seguridad del paciente debe incluir medidas que garanticen prácticas seguras y libre de riesgos, así, se requiere de ajustes del medio ambiente en la organización y funcionamiento institucional, incluyendo la dotación, competencias y sostenimiento del personal. Por lo anterior se deduce que una inadecuada dotación de personal se encuentra íntimamente relacionada con la ocurrencia de eventos que interfiere en la seguridad del paciente (5).

En este mismo sentido, la dotación de personal, no solo hace referencia al número de personas necesarias en una unidad, sino también a la cualificación y competencia de las mismas ante las tareas y responsabilidades que demanda un servicio para el cuidado de los paciente, aspectos coherentes con lo analizado por patricia Benner en su filosofía, la cual se describió anteriormente.

Otra oportunidad de mejora es la franqueza en la comunicación, que reportó en la institución IV un 55.6% de respuestas negativas; a diferencia del estudio cultura seguridad de paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles, donde solo el 17,7% resultaron ser opiniones negativas, y un 49.4% de expresiones positivas (81), sin embargo no logró ser ni fortaleza y ni oportunidad de mejora. Estos resultados reflejan la necesidad de intervención a este aspecto; pues para optimar la seguridad de los pacientes y aumentar cada vez la calidad en la prestación servicios se ve la necesidad que el personal perciba que tiene la libertad para tratar las situaciones que condicionan un evento adverso.

6. CONCLUSIONES

Luego de realizar el análisis de las diferentes dimensiones que miden la percepción de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de las 4 instituciones participantes en la investigación, de primer y segundo nivel de atención en Antioquia con convenio servicio-docencia con la Universidad Adventista, se aducen las siguientes conclusiones:

- Con relación a los factores sociodemográficos y laborales, el personal participante, para las instituciones I, II, III y IV, en su mayoría correspondió a auxiliares de Enfermería, con el 86,7%, 87,5%, 88,8%, 66,7%, el porcentaje restante fueron profesionales de Enfermería en un 13,3%, 12,5%, 11,1% y 33,3% respectivamente.
- En cuanto al personal participante en la investigación, la representación más significativa refirieron laborar en los servicios de cirugía (66,7% de la institución I), urgencias (43,8% y 44,4% del hospital II y III) y hospitalización (44,4% para la organización IV); algunas instituciones (hospitales I y III con un 40% y 33,3%) cuentan con personal que labora en la entidad desde hace más de 10 y en sus servicios por más de 7 años (hospital III con un 55,5%), por lo cual, según la teorista de Enfermería Patricia Benner, estos se catalogan como expertos.
- Por otro lado un porcentaje considerable refiere jornadas laborales que superan las 48 horas semanales (instituciones I, II, III y IV con el 26,7%, 37,5%, 44,4% y 66,7%) y califican el nivel de seguridad en una escala de cero a diez, con un 60,1% para la institución I entre 3 a 7 puntos y para las entidades II con el 37,5%, III y IV con el 66% respectivamente entre 8 y 9 puntos.
- Para el caso de la variable , reporte de eventos adversos, la cual es fundamental en lo que se refiere a los sistemas de información para mejorar la seguridad del paciente,

solo presento tendencia a ser fortaleza con un 66,6% en la institución IV, para las instituciones I, II y III no logro consolidarse como tal.

- Presentando un comportamiento variado, se hallaron entre las oportunidades de mejora las siguientes variables: Expectativas y acciones de la dirección (para la institución I con un 70%), retroalimentación y comunicación sobre errores (para los hospitales I y III con un 66,4% y 70,5%), respuesta no punitiva ante un error (para los hospitales I y IV 60.4% y 66.6%).

- En este mismo orden de ideas, y teniendo en cuenta que un aspecto llega a ser considerado como oportunidad de mejora, cuando alcanza un porcentaje igual o mayor al 50% de respuestas negativas según la metodología de estudio, para la variable dotación del personal, resultó ser una oportunidad de mejora en las instituciones.

- Entre las variables consideradas como fortalezas, se encontraron apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente, para la organización IV con un 77,8% y aprendizaje organizacional/mejora continua con un 85,2% para el hospital III y para las entidades I y IV con un 77,8%.

- La dimensión que mide, la percepción del personal de enfermería en la adherencia a las acciones de seguridad de medicamentos, logra establecerse como una fortaleza, siendo este un tema de suma importancia, ya que en la actualidad este continua siendo un punto neurálgico, considerado como un grave problema de salud pública

7. RECOMENDACIONES

Finalmente, tras haber analizado los aspectos relacionados con la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de las cuatro instituciones participantes en la investigación, se pudieron inferir las siguientes conclusiones:

- Si bien una mayor experiencia, supone un mejor conocimiento de la dinámica del área, mayor habilidad y destreza en los procedimientos; se encuentran factores detractores, como rutinizar el trabajo, jornadas laborales no enmarcadas en lo recomendado según la legislación Colombiana que abren paso al cansancio y afectan negativamente el desempeño laboral del personal y el nivel de seguridad percibido por los participantes, que invitan a que se continúe trabajando en un abordaje desde el método científico, que permita identificar focos claros como estos, analizarlos e intervenirlos para que se vean reflejados en resultados válidos.
- Teniendo en cuenta los resultados presentados en el reporte de eventos, se sugiere para las 4 instituciones, evaluar si los métodos o medios por los cuáles se reportan los incidentes garantizan una completa confidencialidad de la identidad de los colaboradores, aspecto que favorece a que el personal se vea motivado a participar de la cultura del reporte.
- Con el fin de fortalecer los procesos de comunicación y retroalimentación de los errores, se debe eliminar la respuesta punitiva ante los errores, se sugiere seguir trabajando para fortalecer la discusión de estos eventos entre los diferentes miembros del equipo por medio del análisis de los casos, la socialización abierta y la generación de planes de mejoramiento continuo.
- De igual manera, es de vital importancia que la gerencia muestre un liderazgo proactivo hacia la seguridad del paciente que haga parte de la socialización y

retroalimentación de los procesos que se ejecutan, con el fin de conducir a cambios más positivos.

-Por otro lado, es fundamental que en el área de dotación de personal, las instituciones participantes logren una relación equilibrada entre las tareas asignadas y el recurso humano necesario tanto en cantidad como desde el punto de vista de cualificación.

-Se recomienda dar cumplimiento con la norma Colombiana que respecta a la jornada laboral semanal, además desde el perfil de enfermería se contemplen la posibilidad de aplicar aspectos relacionados con los referentes teóricos desarrollados, como en el caso del Modelo propuesto por Patricia Benner, quien reflexiona sobre interesantes conceptos de las habilidades del enfermero, según su nivel de experticia, con el fin de permitir que aquellas personas expertas, apoyen a aquellos encuentran en un nivel de novatos.

- En cuanto al aprendizaje organizacional, se recomienda, que se continúe dando prioridad a la gestión integral de los eventos adversos, con el liderazgo activo del área administrativa y directiva de las entidades y el equipo de enfermería, fomentando la confianza en hablar con libertad sobre las situaciones que pueden ser riesgos para la seguridad del paciente y comunicando las lecciones aprendidas, para lograr procesos cada vez más seguros.
- Cabe destacar como fortaleza, el trabajo en equipo en la unidad y entre las unidades, ya que en el tema de cultura de seguridad del paciente, estas se consideran barreras sólidas para disminuir en gran manera la ocurrencia de fallas que conllevan a errores y son elementos fundamentales a la hora de mantener la continuidad en los cuidados, por lo cual es importante continuar impulsando estrategias que permitan resaltar que el tema de seguridad es un trabajo en equipo y no individual.

- En cuanto a la práctica de administración de medicamentos, se hace valioso continuar fortaleciendo las técnicas que el tema requiere, apoyándose de estándares y protocolos establecidos según directrices que contemplen desde aspectos como la correcta prescripción sin abreviaturas ni órdenes verbales, estandarización de procesos de cuidado basados en evidencia científica entre los diferentes servicios de las organizaciones, implementación de la Historia Clínica electrónica, hasta otros tan fundamentales como capacitación y actualización en el manejo de medicamentos de alto riesgo, auditorías internas para los procesos que se ejecutan al interior de las instituciones y estrategias de comunicación entre los diferentes momentos de entrega de turno.

- Para finalizar, apoyados en los conceptos de Enfermería de Patricia Benner, en su filosofía de novata a experta para el personal de enfermería, se hace necesario establecer estándares, que permitan alcanzar la cultura de seguridad del paciente, acercando esa brecha que separa la teoría de la práctica, por lo que se recomienda continuar capacitando el personal de las instituciones en lo que refiere al tema de “Cultura de seguridad del paciente”, con el fin de que cada uno de los integrantes de las instituciones amplíen la visión del tema y fortalezcan la ejecución de sus prácticas de cuidado, porque como lo menciona Florence Nigtingale desde 1963, “Lo primero que hay que pedirle a los hospitales es que no causen ningún daño”.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbero MG. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. [Online].; 2006 [cited 2016 febrero 5. Available from: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2002 [cited 2016 febrero 6. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf.
3. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Online].; 2009 [cited 2016 febrero 6. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_a_mbito_hospitalario.pdf.
4. Alvarado Guevara , Flores Sandí. Errores médicos. Acta Médica Costarricense. 2009 enero - marzo; 51(1).
5. Cometto MC, Marcon Dal Sasso GT, Zárata Grajales RA, De Bortoli Cassiani SH, Falconí Morales C, Gómez PF. Enfermería y seguridad de los pacientes. Primera edición ed. Washington, D.C: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; 2011.
6. Ministerio de la Protección Social. MINSALUD. [Online].; 2010 [cited 2014 Agosto 4. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20%C3%A9tica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>.
7. Pecci Agustino E. CHEKLIST QUIRÚRGICO. UNA HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Enfermería CyL. 2013; 5(2).
8. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). [Online].; 2003 [cited 2014 Agosto 13. Available from: <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/30safe/index.html>.
9. Soule B, Allegranzi B, Borg M, Brenner P, Bruce M, Callery S, et al. Seguridad del paciente. In Friedman C, Newsom W, editors. Conceptos básicos de control de

infecciones de IFIC. 2nd ed. N Ireland UK: International Federation of Infection Control; 2011. p. 2.

1 Dotor Gracia M, García EI, Núñez García D, Pérez Pérez P, Reyes Alcázar V, Santana 0. López V, et al. JUNTA DE ANDALUCIA. [Online].; 2012 [cited 2014 Julio 31. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/SADECA_-_Resultados_seguridad_centros_sociosanitarios.pdf.

1 García Barbero M. FUNDACION MEDICINA Y HUMANIDADES MEDICAS. 1. [Online]. [cited 2014 Agosto 2. Available from: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>.

1 Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2. [Online].; 2008 [cited 2014 Agosto 2. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.

1 López Valencia DM, Ríos Villegas SM, Vélez Escobar L. Sistema de Bibliotecas de la 3. Universidad de Antioquia. [Online].; 2011 [cited 2015 Septiembre 4. Available from: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePrestacionServicios.pdf>.

1 Muñoz Lopez OL. Seguridad del Paciente en Colombia si, pero, ¿como y a costa de 4. quien? EL PULSO. 2008 Agosto.

1 salud PdCsnd. MINISTERIO DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES E 5. IGUALDAD. [Online].; 2008 [cited 2014 Agosto 4. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf.

1 Ley 266/1996 de 25 Enero, Profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras 6. disposiciones. (Diario oficial, número 42.717, de 05-02-1996)..

- 1 Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus
7. Galeano E, Soto Gámez A. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. Ciencia y Enfermería. 2011 Diciembre; 17(3).
- 1 Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 Abril 4. Available from: 8. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
- 1 SECRETARÍA SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN 9. SALUD. [Online].; 2015 [cited 2015 abril 4. Available from: [DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD](#).
- 2 Ministerio de protección social. MINSALUD. [Online].; 2008 [cited 2015 Abril 4. 0. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf.
- 2 Espinal García T, Yepes Gil LM, Luis Fernando G. bdigitalces. [Online].; 2010 [cited 1. 2015 Abril 5. Available from: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/855/2/seguridad%20del%20paciente.pdf>.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 2. [cited 2015 abril 5. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/.
- 2 Cwikel J. Social Medicine. [Online].; 2008 [cited 2014 Agosto 22. Available from: 3. <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/192/382>.
- 2 Soule BM. International Federation of Infection Control. [Online]. [cited 2014 Agosto 4. 26. Available from: http://www.theifc.org/basic_concepts/spanish/IFIC%20Spanish%20Book%202013_ch1_PRESS.pdf.

- 2 Villarreal Pérez JZ, Gómez Almag D, Bosques Padilla FJ. ELSEVIER. [Online].; 2011
5. [cited 2014 Septiembre 2. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-universitaria-304/errar-es-humano-90024050-editorial-2011?bd=1>.
- 2 k S, P M G, C C, J A. Iatrogenic illness on a general medical service at a university
6. hospital. BMJ Quality & Safety. 2004 Febrero; 13(1).
- 2 MINISTERIO SE SANIDAD Y CONSUMO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
7. e Igualdad. [Online].; 2006 [cited 2014 Septiembre 6. Available from:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
f.
- 2 MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE ESPAÑA. MINISTERIO DE
8. SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. [Online].; 2010 [cited 2014
Septiembre 13. Available from:
[http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_I
BEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_I_BEAS.pdf).
- 2 Parra I, Camargo Figuera FA, Rey Gómez R. Eventos adversos derivados del cuidado de
9. enfermería flebitis, úlceras por presión y caídas. Enfermería global: Revista electrónica
semestral de enfermería. 2012 Octubre ; 11(4).
- 3 World Health Organization. World Health Organization. [Online]. [cited 2014
0. Septiembre 13. Available from:
[http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure
es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf).
- 3 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
1. e Igualdad. [Online].; 2005 [cited 2014 Septiembre 14. Available from:
[http://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.
pdf](http://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf).
- 3 Comité de “Buenas prácticas en Seguridad del paciente”. MINSALUD. [Online].; 2010
2. [cited 2014 Septiembre 14. Available from:
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T>

[%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF.](#)

3 Ibarra Cerón ME, Olvera Sumano V, Santacruz Varela J. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. CONAMED. 2011; 16(2).

3 MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Online].; 2009 [cited 2014 Octubre 13. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_a_mbito_hospitalario.pdf.

3 Cooperación Universitaria Adventista. Cooperación Universitaria Adventista. [Online]. [cited 2014 marzo 9. Available from: <http://www.unac.edu.co/index.php/historia/>.

3 Fundación Clínica Noel. Fundación Clínica Noel. [Online]. [cited 2014 marzo 9. Available from: <http://www.clinicanoel.org.co/quienes-somos/>.

3 Hospital Gabriel Pelaez Montoya. Hospital Gabriel Pelaez Montoya. [Online]. [cited 2014 marzo 9. Available from: <http://hospitalgabrielpelaezmontoya.eljardin-antioquia.gov.co/>.

3 E.S.E Hospital San Luis Beltrán. E.S.E Hospital San Luis Beltrán. [Online]. [cited 2014 marzo 9. Available from: <http://www.hospitaldesanjeronimo.gov.co/>.

3 Ley 100/1993 de 23 de Diciembre, sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (Diario Oficial, número 41.148 de 23-12- 93)..

4 Briceño Pineda T, Suarez Carvajal MP, Talozza Cano DC. DALCAME Grupo de Investigación Biomédica. [Online].; 2011 [cited 2015 Marzo 17. Available from: http://www.dalcame.com/wdescarga/seguridad_pte.pdf.

4 Resolución 741/1997 de 14 de Marzo, Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud (Ministerio de Salud)..

4 Resolución WHA55.18/2002 de la Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente (18 de mayo de 2002)...

- 4 Decreto 2309/2002 de 15 de Octubre, Por el cual se define el Sistema Obligatorio de
3. Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Boletín Oficial número 44.967 del 17-10-02)..
- 4 Ley 872/2003 de 30 de Diciembre, Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad
4. en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.(Diario oficial número 45418, de 02-01-04)..
- 4 Secretaría de Salud. Alcaldía de Santiago de Cali. [Online].; 2015 [cited 2015 Noviembre
5. 15. Available from:
http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Comites/4_comite_17_febrero_normatividad.pdf.
- 4 Ley 911/2004.
6. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente. (Diario oficial número 45693 de 06-10-04)..
- 4 Decreto 1011/2006 de 3 de Abril, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de
7. Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Diario Oficial número 46230, 03-04-06)..
- 4 Resolución 1446/2006 de 8 de Mayo, por la cual se define el Sistema de Información para
8. la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Diario Oficial número 46271 de 17-05-06)..
- 4 Ley 1122/2007 de 9 de Enero. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema
9. General de Seguridad Social en Salud (Boletín Oficial número 46506, de 09-01-07)..
- 5 Ley 1164/2013 de 3 de Octubre, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento
0. Humano de Salud.(Congreso de Colombia)..
- 5 Ley 1438/1995 de 19 de Enero, Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud
1. y se dictan otras disposiciones. (Diario oficial, número 47957 de 19-01-11)..

- 5 Resolución 2679/2007 de 3 de Agosto; Por la cual se conforma el Comité Sectorial de
2. Calidad y Seguridad de la Atención en Salud. (Diario Oficial No. 46.715 de 09-08-07)..
- 5 Cabal VE, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería.
3. 2011 Julio; 6(6).
- 5 Tomey AM, Alligood R. In Tomey M, Alligood R. Modelos y Teorías en enfermería.
4. Greenville, North Carolina: ELSEVIER; 2007. p. 850.
- 5 Gómez Ramírez OJ, et al. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente.
5. Avances en enfermería. 2011 Julio ; 29(2).
- 5 Cantillo EV. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de
6. calidad. Salud Uninorte. 2007 enero - junio ; 23(1).
- 5 Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.
7. [Online].; 2005 [cited 2014 Octubre 8. Available from:
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/prensa/concurso-buenas-practicas/conceptos.pdf>.
- 5 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Biblioteca Nacional y Seguridad Social
8. Caja Costarricense de Seguro Social. [Online].; 2001 [cited 2014 Octubre 19. Available
 from: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>.
- 5 Institución de Educación Superior sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de
9. Educación Nacional. Universidad del Sinú. [Online].; 2012 [cited 2015 Agosto 29.
 Available from:
<http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>.
- 6 da Silva Gama ZA, de Souza Oliveira AC, Saturno Hernández PJ. Cultura de seguridad
0. del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos. Saúde Pública. 2013
 Febrero; 29(2).
- 6 Castañeda Hidalgo H, Pineda Zúñiga M, Garza Hernández R, González Salinas JF,
1. Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA
 SEGURIDAD. Ciencia y Enfermería. 2013 Julio; 19(2).

- 6 Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería*. 2011 Diciembre; 17(3).
- 6 Gómez Ramírez OJ, Soto Gámez A, Arenas Gutiérrez A, Garzon Salamanca], Gonzáles Vega A, Mateus Galeano E. Una mirada actual de la cultllura de seguridad del paciente. *Avances enfermería*. 2011 Julion- Diciembre; 24(2).
- 6 Ministerio de Salud y Protección social. MINSALUD. [Online].; 2014 [cited 2016 enero 4. 15. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf.
- 6 Ministerio de Salud y Protección social. Minsalud. [Online].; 2014 [cited 2016 enero 15. 5. Available from: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/situaciones.html>.
- 6 Gómez Ramírez O, et al. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *CIENCIA y ENFERMERIA*. 2011 diciembre; 17(3).
- 6 Tamazoni , et al. Cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas del equipo enfermero y médico. *Latino americana de Enfermagem*. 2014 octubre; 22(5).
- 6 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. MINISTERIO DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. [Online].; 2008 [cited 2015 diciembre 18. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_a_mbito_hospitalario.pdf.
- 6 Fajardo Dolci G, et al. Cultura sobre seguridad del paciente en. cirugía y cirujanos. 2010 noviembre - diciembre; 78(6).

- 7 Meléndez Méndez , et al. PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA
0. LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO EN MÉXICO.
CUIDARTE. 2014; 5(2).
- 7 Pozo Muñoz , Padilla M. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito
1. de un área sanitaria. Calidad Asistencial. 2013 Noviembre - Diciembre ; 28(6).
- 7 Adams T, Vincent. Imperial College London. [Online]. [cited 2015 diciembre 20.
2. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf.
- 7 Roqueta Eguea F, et al. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias:
3. resultados de su evaluación en 30 hospitales de Sistema Nacional de Salud Español.
Emergencias. 2011; 23(5).
- 7 Ministerio de salud y Protección Social. MINSALUD. [Online].; 2010 [cited 2015
4. diciembre 23. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>.
- 7 Becerril J, et al. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos
5. residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario.
Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2013 septiembre - diciembre; 36(3).
- 7 Ministerio de salud y Protección Social. MINSALUD. [Online]. [cited 2015 diciembre
6. 23. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
- 7 Ministerio de Salud y Protección Social. MINSALUD. [Online]. [cited 2015 diciembre
7. 24. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf.

- 7 Domínguez Silva I, et al. La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud. Revista Médica Electrónica. 2009 Noviembre - diciembre ; 31(6).
- 7 Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali. Alcaldía de Santiago de Cali. [Online].; 2012 [cited 2015 diciembre 24. Available from: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_de_l_paciente.pdf.
- 8 CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. HOSPITAL DE USME ESE I NIVEL DE ATENCION. [Online].; 2009 [cited 2015 diciembre 24. Available from: <http://www.eseusme.gov.co/images/Documentos/seguridad/cartillaSeguridadPaciente.pdf>.
- 8 da Silva Gama A, et al. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cadernos de Saúde Pública. 2013 febrero; 29(2).
- 8 Universidad del Salvador. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2011 [cited 2015 Diciembre 26. Available from: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf.
- 8 Bernalte Martí V, et al. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. Enfermería Clínica. 2015 Marzo - Abril; 25(2).
- 8 Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2015 Diciembre 26. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/reporting_and_learning/es/.
- 8 Asamblea Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. [Online].; 2002 [cited 2014 Agosto 2. Available from: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/I_Conferencia/06_doc_asamblea_oms.pdf.
- 8 Ministerio de Salud y Protección. MINSALUD. [Online]. [cited 2014 Agosto 2. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>.

- 8 Organizacion Mundial de la Salud. World Health Organization. [Online].; 2009 [cited 7. 2014 Septiembre 5. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
- 8 MINSALUD. [Online].; 2008 [cited 2014 Agosto 13. Available from: 8. http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf.
- 8 MINSALUD. MINSALUD. [Online].; 2008 [cited 2014 Octubre 17. Available from: 9. <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>.
- 9 Direccion de Seguridad del Paciente. Direccion General de Calidad y Educación en Salud. 0. [Online].; 2014 [cited 2015 julio 23. Available from: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf.
- 9 DECLARACION DE ALMA-ATA. In Conferencia Internacional sobre Atención 1. Primaria en Salud; 1978; Kazajistán. p. 3.
- 9 García García JJ. Facultad de Medicina UNAM. [Online]. [cited 2015 Agosto 20. 2.
- 9 Gómez Toro, Juan Felipe; Ruiz Munera, Luz Stella; Raigoza Morales, Mónica María; 3. Ministerio de Salud y Preteccion Social; DANE; Secretaría Seccional de Salud y Proteccion Social de Antioquia. Analisis de Situacion de Salud con el modelo de los Determinantes Sociales de Salud del Municipio de Caldas Antioquia. Caldas: Secretaría de Salud, Antioquia; 2013.
- 9 Hopital San Vicente de Paul Caldas Antioquia. E.S.E Hospital San Vicente de Paul de 4. Caldas. [Online]. [cited 2015 Septiembre 2. Available from: <http://www.esehospicaldas.gov.co/>.
- 9 Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud 5. en Adultos Mayores. SCIELO. 2012 Julio; 30(2).
- 9 de Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de 6. vida de los individuos y de la comunidad. Revista Iberoamericana de Educación. 2009 Junio; 7(49).

- 9 Programa mundial de alimentos. Programa Mundial de Alimentos. [Online].; 2015 [cited 7. 2015 Septiembre 3. Available from: es.wfp.org/hambre/desnutrición/desnutrición.
- 9 Organizacion Mundial de la Salud. World Health Organization. [Online].; 2015 [cited 8. 2015 Septiembre 5. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
- 9 Organizacion Mundial de la Salud. World Health Organization. [Online]. [cited 2015 9. Septiembre 5. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
- 1 Germar M. BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. [Online].; 2004 [cited 0 2015 Septiembre 7. Available from: apps.who.int/rhl/gynaecology/cancer/mjgcom/es/.
- 0.
- 1 Rosales Piña C, Espinosa Salcido M. La Percepción del Clima Familiar en Adolescentes 0 Miembros de Diferentes Tipos de Familia. UNAM FESI. 2008; 10(1).
- 1.
- 1 González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. SCIELO. 2000 Sept.- oct.; 0 16(5).
- 2.
- 1 ORGANIZACION DE NACIONES UNIDAS. NACIONES UNIDAS. [Online]. [cited 0 2015 Agosto 28. Available from: www.un.org/es/documents/udhr/.
- 3.
- 1 Lentini M, Palero D. El Hacinamiento: La Dimension no Visible del Déficit Habitacional. 0 Revista invi. 1997 Agosto; 12(31).
- 4.
- 1 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2011 0 [cited 2015 Septiembre 10. Available from: [10. http://www.msp.gov.do/oai/documentos/Publicaciones/PUB_IntervencionCalidadAgua_Sanea_20120813.pdf](http://www.msp.gov.do/oai/documentos/Publicaciones/PUB_IntervencionCalidadAgua_Sanea_20120813.pdf).

- 1 Álvarez CA, Gómez CH, Fernández JA, Sossa MP, Beltrán F, Mendieta G, et al.
0 Asociación Colombiana de Infectorlogía. [Online].; 2010 [cited 2015 Noviembre 24.
6. Available from: http://acin.org/acin/new/Portals/0/Guia_IIH_Final.pdf.
- 1 Circular externa 30/2006 de 19 de Mayo, Instrucciones en materia de indicadores de
0 calidad para evaluar la oportunidad, (Diario Oficial número 46.278, de 24-05-06)..
7.
- 1 Domínguez Silva I, Rodríguez Domínguez BB, Navarro Domínguez JA. La cultura
0 organizacional para los sistemas organizacionales de salud. Revista Médica Electrónica.
8. 2009 Diciembre; 31(6).
- 1 Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
0 Igualdad. [Online].; 2009 [cited 2016 enero 15. Available from:
9. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_a_mbito_hospitalario.pdf.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables subjetivas

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PREGUNTA
Frecuencia de eventos notificados	Escala de Licker	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre	Ordinal	-Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. -Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente -Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente
Percepción de seguridad	Escala de Licker	Muy en desacuerdo. En desacuerdo. Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	- Siempre se tiene en cuenta la seguridad del paciente antes de aumentar el ritmo de trabajo. -Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia. - Los errores que se presentan son pocos y no ocasionan mayor daño al paciente por un azar del destino y no porque trabajemos para evitarlos. -En esta unidad hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente»
Expectativas y acciones de la dirección/	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Ordinal	-Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos

supervisión de la Unidad		De acuerdo Muy de acuerdo		evitar riesgos en la seguridad del paciente. -Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. -Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente. -Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.
Aprendizaje organizacional/ mejora continua	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	-Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. -Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo. -Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	-El personal se apoya mutuamente -Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. -En esta unidad nos tratamos todos con respeto. -Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar

				ayuda en los compañeros.
Franqueza en la comunicación	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	-Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad. -El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. -El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Escala de Licker	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre	Ordinal	-Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo. -Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad. -En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.
Respuesta no punitiva a los errores	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo. De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra. -Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un «culpable». -Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.
Dotación de personal	Escala de Licker	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Ordinal	-Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. -A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente

				<p>porque la jornada laboral es agotadora.</p> <p>-En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.</p> <p>-Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.</p>
<p>Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</p>	<p>Escala de Licker</p>	<p>Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo</p>	<p>Ordinal</p>	<p>-La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.</p> <p>-La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.</p> <p>-La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.</p>
<p>Trabajo en equipo entre unidades</p>	<p>Escala de Licker</p>	<p>Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo</p>	<p>Ordinal</p>	<p>-Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente.</p> <p>-Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.</p> <p>-Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.</p> <p>-Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.</p>

<p>Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades.</p>	<p>Escala de Licker</p>	<p>Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo</p>	<p>Ordinal</p>	<p>La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se trasladan desde una unidad /servicio a otra. -En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente. -El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático. -Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.</p>
<p>Nivel de seguridad en la unidad/servicio</p>	<p>Escala de Licker</p>	<p>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10</p>	<p>Razón</p>	<p>Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.</p>

Anexo 2. Operacionalización de variables objetivas

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA MEDICIÓN	PREGUNTA
Profesión u oficio	Título universitario o técnico	Enfermero/a Auxiliar de enfermería	Nominal	¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?
Unidad o servicio	Área asistencial	Hospitalización Cirugía Urgencias Consulta Externa	Nominal	¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en la clínica?
Tiempo de desempeño en la profesión u oficio	Fecha de graduación en la universidad o institución técnica	Menos de un año De 1 a 3 años De 4 a 6 años De 7 a 9 años Más de 10 años	Intervalo	¿Cuánto tiempo lleva desempeñándose su actual profesión/especialidad?
Antigüedad en la clínica	Fecha de contratación	Menos de un año De 1 a 3 años De 4 a 6 años De 7 a 9 años Más de 10 años.	Intervalo	¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta Clínica?
Antigüedad en el servicio	Fecha de inicio de labores en el servicio	Menos de un año De 1 a 3 años De 4 a 6 años De 7 a 9 años Más de 10 años.	Intervalo	¿Hace cuánto tiempo trabaja en su servicio?
Número de horas de trabajo a la semana.	Horario de trabajo	Menos de 44 horas De 45 a 48 horas Más de 48 horas	Intervalo	¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en la clínica?

Anexo 3. Consentimiento informado

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRO GRAMA DE ENFERMERÍA
2015**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estamos solicitando participar en la investigación Análisis de la cultura de seguridad del paciente aplicada al personal de enfermería de las Instituciones de Salud que tiene convenio con la Corporación Universitaria Adventista. 2015, dirigida por Cielo Rebeca Martínez Reyes, docente de la Universidad en mención, cuyo objetivo es determinar la efectividad de las estrategias trazadas por la institución en este aspecto, ya que la cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad Del cuidado, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud.

Con base a la a la Declaración de Helsinki, este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico. Sus respuestas no tendrán consecuencias para su situación personal, financiera, su empleo o su reputación.

Se realizara de manera voluntaria, en base a los principios Éticos como lo son beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto, con alto grado de confidencialidades aplicables a las investigaciones médicas en seres humanos

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Fecha: _____

Participante: _____

Firma: _____

Anexo 4. Instrumento

**ENCUESTA SOBRE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD EN LAS
INSTITUCIONES DE SALUD EN CONVENIO CON LA CORPORACIÓN
UNIVERSITARIA ADVENTISTA**

OBJETIVO: Evaluar actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el personal de enfermería de las instituciones de salud que tiene convenio con la Corporación Universitaria Adventista.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

SECCIÓN A: Su Servicio/Unidad. Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

PREGUNTA	OPINIÓN				
1. El personal se apoya mutuamente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado personal en entrenamiento o personal temporal.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. Los errores que se presentan son pocos y no ocasionan mayor daño al paciente por un azar del destino y no porque trabajemos para evitarlos.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros. 12. Cuando se detecta algún error, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. Siempre se tiene en cuenta la seguridad del paciente antes de aumentar el ritmo de trabajo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

			en desacuerdo		
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su hoja de vida.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

SECCIÓN B: LA CLÍNICA

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su la Clínica

	OPINIÓN				
23. La gerencia o la dirección de la Clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
24. Falta coordinación entre las diferentes unidades de la Clínica.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se trasladan de una unidad o servicio a otro.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

30. La gerencia o dirección de la Clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección de la Clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

SECCIÓN C: COMUNICACIÓN EN SU SERVICIO/UNIDAD

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

PREGUNTA	OPINIÓN				
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de acciones de mejora se han llevado a cabo para evitar que vuelva a ocurrir	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
40. Se notifican los errores en el proceso que no alcanzaron a llegar al paciente porque se activaron barreras de seguridad o por casualidad.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
41. Se notifican los errores que llegaron al paciente pero no le ocasionaron lesión o daño.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
42. Se notifican los errores que no han ocasionado lesión o no han tenido consecuencias adversas.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

SECCIÓN D: INFORMACIÓN SOBRE SU CARGO Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

44. ¿Cuánto tiempo lleva desempeñándose su actual profesión/especialidad?

Menos de un año	De 1 a 3 años	De 4 a 6 años	De 7 a 9 años	Más de 10 años

45. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta Clínica?

Menos de un año	De 1 a 3 años	De 4 a 6 años	De 7 a 9 años	Más de 10 años

46. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en su servicio?

Menos de un año	De 1 a 3 años	De 4 a 6 años	De 7 a 9 años	Más de 10 años

47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en la clínica?

Menos de 44 horas	
De 45 a 48 horas	
Más de 48 horas	

48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes de seguridad (evento adverso, incidente, evento sin daño, evento centinela, casi error) ha notificado por escrito?

49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?

SI NO

50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en la clínica? Marque una sola respuesta.

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad? . Marque una sola respuesta.

	Enfermero(a)
	Auxiliar de Enfermería

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su servicio/unidad, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

SECCIÓN E: INFORMACIÓN SOBRE MANEJO DE MEDICAMENTOS EN SU SERVICIO/UNIDAD*

PREGUNTA	OPINIÓN				
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.).	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre