

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE LA SALUD SOBRE LA CULTURA DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN DE SEGUNDO NIVEL  
DE ATENCIÓN DE MEDELLÍN DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE  
2015

**ESTUDIO ANONIMO**

ANA MARIA VILLEGAS OSORIO  
IRMA LORENA LOPEZ SERNA  
LINA MARIA VILLA ESCOBAR

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA

ASESORA  
DRA. ISABEL VELEZ  
DOCENTE UNIVERSIDAD CES

UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO DE AUDITORIA EN SALUD  
2015

## Tabla de Contenido

1.	FORMULACION DEL PROBLEMA.....	9
1.1	Planteamiento del problema.....	9
1.2	Justificación.....	13
1.3	Pregunta de investigación.....	15
2.	MARCO TEORICO.....	16
2.1	Conceptos básicos.....	16
2.2	Herramientas para la construcción de cultura de seguridad.....	18
2.2.1	Seguridad psicológica.....	18
2.2.2	Liderazgo efectivo.....	19
2.2.3	Transparencia.....	19
2.2.4	Cultura justa.....	19
2.3	Historia.....	20
2.4	Estudios relacionados.....	23
3.	OBJETIVOS.....	27
3.1	Objetivo general.....	27
3.2	Objetivos específicos.....	27
4.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
4.1	Enfoque metodológico de la investigación.....	28
4.2	Tipo de estudio.....	28
4.3	Población, muestra y muestreo.....	28
4.3.1	Población.....	28
4.3.2	Muestra.....	29
4.3.3	Muestreo.....	29
4.3.4	Criterios de exclusión.....	29
4.4	Descripción de las variables.....	30
4.5	Recolección de información.....	33
4.6	Control de sesgos.....	34
4.7	Análisis de la información.....	34
5.	RESULTADOS.....	38
5.1	Variables Demográficas y Laborales.....	38
5.2	Evaluación del Clima de Seguridad del Paciente.....	44
5.2.1	Percepción del Grado de Seguridad del Paciente:.....	44
5.2.2	Medidas de Resultado del Clima de Seguridad del Paciente.....	45
5.2.3	Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio.....	47
5.2.4	Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de toda la Clínica.....	56
5.2.5	Análisis global de las dimensiones y oportunidades de mejora en el clima de seguridad en la Clínica.....	58
5.2.6	Percepciones negativas: análisis con el diagrama de Pareto.....	67
6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	69

7. DISCUSIÓN Y ANALISIS.....	70
8. CONCLUSIONES .....	75
9. RECOMENDACIONES .....	77
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	79
ANEXOS.....	81

## Índice de tablas

Tabla 1: Clasificación de los riesgos por servicio.....	14
Tabla 2: Población objeto por disciplina.....	28
Tabla 3: Selección representativa de la muestra.....	29
Tabla 4: Agrupación de variables por dimensiones.....	30
Tabla 5: Distribución porcentual de participantes por tiempo de profesión, en la clínica y en la unidad. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.....	41
Tabla 6: Distribución porcentual de participantes por tipo de contrato en la clínica. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.....	41
Tabla 7: Distribución porcentual de participantes por horas laborales en la semana. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.....	42
Tabla 8: Distribución porcentual de participantes según área principal o unidad de trabajo. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.....	43
Tabla 9: Distribución porcentual de participantes por posición laboral en la clínica. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.....	43
Tabla 10: Percepción de los participantes del grado de seguridad del paciente. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.....	44
Tabla 11: Número de eventos reportados. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.....	45
Tabla 12: Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados.....	46
Tabla 13: Dimensión 2: Percepción de la seguridad.....	47
Tabla 14: Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad.....	48
Tabla 15: Dimensión 4: Aprendizaje organizacional. Mejora continua.....	49
Tabla 16: Dimensión 5: Trabajo en equipo.....	50
Tabla 17: Dimensión 6: Franqueza en la comunicación.....	51
Tabla 18: Dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores.....	52
Tabla 19: Dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores.....	53
Tabla 20: Dimensión 9: Dotación de personal.....	54
Tabla 21: Dimensión 10: Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente.....	55
Tabla 22: Dimensión 11: Trabajo en equipo entre unidades/servicios.....	56
Tabla 23: Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.....	57
Tabla 24: Consolidado de la calificación de las 12 dimensiones.....	60
Tabla 25: Consolidado de ítems calificados como fortaleza.....	61
Tabla 26: Consolidado de ítems según si aplica o no calificación para oportunidad de mejora.....	63

## Índice de gráficos

Gráfico 1: Distribución de participantes según la edad. Institución Hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015 .....	38
Gráfico 2: Distribución porcentual de participantes por sexo. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre 2015. ....	39
Gráfico 3: Distribución porcentual de participantes por estrato socioeconómico. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.....	40
Gráfico 4: Diagrama de Pareto según respuestas negativas en las dimensiones. ....	67

## Anexos

Anexo 1: Operalización de variables.....	81
Anexo 2: Instructivo para el diligenciamiento del formulario de recolección de la información ..	91
Anexo 3: Formulario de recolección de la información. ....	96

## INTRODUCCIÓN

La preocupación por la seguridad de los pacientes como un aspecto clave de la calidad en salud es universal y está promovida por la OMS (2004) a través de La Alianza para la Seguridad del Paciente. A diario se cometen acciones inseguras durante la atención en todas las Instituciones de Salud que ponen en riesgo constantemente la seguridad de los pacientes. Estas acciones inseguras se dan tanto en el campo asistencial como en el administrativo, generando así eventos adversos en muchos casos con consecuencias letales o de daño permanente. Paralelo a esta situación el interés actual por encontrar la forma de minimizarlos promueve La cultura positiva sobre la seguridad del paciente dentro de la cultura organizacional, considerándose hoy en día requisito fundamental para la prevención de eventos adversos y ser proactivos a la hora de implantar barreras de seguridad y rediseñar procesos según las necesidades de cada institución.

Para la realización de este estudio, se aplicará una herramienta auto administrada válida y fiable, adaptada de la encuesta original de la Agency for Health Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, que se ha sido aplicada en diferentes instituciones para medir los aspectos de la percepción de la cultura de seguridad del paciente, identificar los aspectos en los que se habría que trabajar para mejorarla y monitorizar su evolución. La aplicación de esta encuesta, permite obtener un diagnóstico inicial de la percepción de seguridad del paciente que tienen los profesionales de la Institución, con el objeto de evidenciar algún impacto de las medidas y programas que tiene la institución implementada.

En las investigaciones que se han realizado en diferentes instituciones, sobre el tema de Seguridad del Paciente, se han manejado dos perspectivas: una centrada en establecer la magnitud del problema y con énfasis en el error médico para lograr disminuir la frecuencia de las acciones inseguras a partir de incidentes analizados; la otra, enfatiza en los elementos de la cultura y en el clima de seguridad, condiciones que van a determinar las prácticas diarias. El primer enfoque prioriza lo cuantitativo, establece la magnitud del problema y elabora guías que permitan establecer un control eficaz. El segundo, se inclina hacia el logro de una cultura de seguridad que tome en cuenta las percepciones del personal de la salud sobre las diferentes dimensiones que la constituyen. Las dos perspectivas pueden abordarse de manera complementaria permitiendo manejar de forma integral la seguridad como parte de la calidad de la atención. Se posibilita así el aumento de conciencia sobre la relevancia de asumir prácticas seguras para generar una cultura de seguridad.

La presente investigación, se centra en el segundo enfoque, lo que permite un acercamiento a la percepción de la seguridad del paciente a través de su caracterización como uno de los aspectos fundamentales de estudio cuando se realiza la evaluación de la cultura de seguridad.

Establecer una línea base de la percepción de la cultura de seguridad en la Institución permitirá a la institución evaluar de forma retrospectiva el clima de seguridad e identificar posibles estrategias enfocadas en minimizar tanto los incidentes como los eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad en la institución. Además, se pretende identificar y describir la percepción que tienen los colaboradores referentes a si las políticas y procedimientos existentes para lograr la seguridad del paciente son efectivos, si la cultura y sinergia en las diferentes áreas de trabajo y en general en el hospital garantizan la seguridad del paciente, si el liderazgo del jefe inmediato promueve la cultura de seguridad y si el manejo de la comunicación promueve la cultura de seguridad del paciente.

## RESUMEN

La atención en salud, busca mejorar o recuperar la salud de los usuarios, sin embargo, involucra procesos complejos que propician la probabilidad de cometer errores y causar daño a los pacientes. El creciente interés en la seguridad del paciente para reducir o eliminar riesgos o daños a los pacientes implica que las instituciones tengan una verdadera cultura de la seguridad entendida como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y de grupo enfocados a brindar un servicio seguro.

Se realizó un estudio descriptivo, para evaluar la percepción de la cultura de seguridad en una institución hospitalaria de segundo nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. Se tomó una muestra representativa y aleatoria del personal de salud. La recolección de la información se hizo a través de una encuesta auto administrada, válida y fiable, adaptada de la encuesta original de la Agency for Health Research and Quality (AHRQ), que evalúa la cultura de seguridad del paciente desde 12 dimensiones.

Los resultados mostraron que el 59,4% de los participantes consideró como Muy bueno o Excelente el grado de seguridad del paciente. El 56,3% no reporta incidentes. La dimensión mejor evaluada que alcanzó el grado de fortaleza fue la del **Trabajo en equipo en el servicio** con un 74,8% de favorabilidad, seguida, por las dimensiones de **Trabajo en equipo en la Clínica** con un 72,4% y por la de **Cambios de turno y transición entre servicios** con el 71,2%. Los peores resultados los tuvieron las dimensiones de **Transparencia en la comunicación** con una calificación positiva solo del 40,6%, la de **Rotación de personal** con el 45,7% y la de **Feedback y comunicación de errores** con el 45,8%. El análisis de respuestas negativas arrojó como prioridades además de las tres anteriores, la **Percepción de la seguridad** y **Respuesta no punitiva a los errores**, las cinco aportaron el 55,7% de respuestas desfavorables.

En conclusión, la percepción de la seguridad y el reporte de errores en la Clínica aún son bajos, solo alrededor de la mitad del personal tienen una percepción positiva de la seguridad del paciente y reportan errores. Implementar acciones de mejora en las prioridades encontradas, reduciría aproximadamente en un 50% la percepción negativa de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica.

## ABSTRACT

The focus in healthcare is to seek improvement or recuperation of the health of its users, however, it involves complex processes that increase the probability of committing errors and causing harm to patients. The growing interest in patient safety to reduce or eliminate risks or damage to patients implies that the institutions have a true culture of expert security like the combination of values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of individual behavior and groups focused on offering safe service. A descriptive study was done, to evaluate the perception of the culture of safety in a hospital institution of second level complexity from the city of Medellin. It took one random representative sample of health personnel. The collection of data was done through a self-administered questionnaire, valid and reliable, adapted from the original questionnaire of the Agency for Health Research and Quality, which evaluates the culture of patient safety using 12 dimensions.

The results showed that 59.4% of the participants considered either Very Good or Excellent, the level of patient safety, 62.1% reported no incidents. The dimension better evaluated that reached the level of fortress was that of the %work in the service team+ with a 74.8% favorability, followed by the dimensions of %work in the clinic team+ with 72.4% and by that %changes of shift and transition between services+ with 71.2%. The worst results had the dimensions of %Open Communication+ with a positive qualification of only 40.6%, that of %personal privilege+ with 45.7% and that of %feed-back and error communication+ with 45.8%. The analysis of negative answers further demonstrated as priorities the three preceding, the %perception of safety+ and %non-punitive responses to errors+, the five contributed to 55.7% of unfavorable answers.

In conclusion, the perception of safety and the reporting of errors in the clinic though low, are only around half of the personnel that have a positive perception of patient safety and report errors. To implement actions of improvement in the encountered problems would reduce approximately 50% of the negative perception of the culture of patient safety in the clinic.



## **1. FORMULACION DEL PROBLEMA.**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Hoy en día la prestación de servicios de Salud es considerada a nivel mundial como un sistema complejo y de alto riesgo si se tiene en cuenta que en todo escenario donde haya un paciente siempre existirá el riesgo potencial de presentarse un evento adverso. Sumado a lo anterior los avances científicos de la medicina, la incorporación de nuevas tecnologías, la diversidad de los profesionales, la variabilidad de sus prácticas y la mayor demanda de los servicios entre otras causas han llevado a que la atención en salud sea cada vez más efectiva pero a su vez potencialmente más peligrosa si las instituciones no gestionan internamente adecuados procesos para el control y seguimiento a políticas y programas encaminados a promover un clima organizacional centrado en el paciente y su seguridad.(1,2)

En la década de los años 50 y 60, se hace referencia entonces a los riesgos asociados a la atención en salud se encuentra que el interés por estudiarlos, medir su incidencia o prevalencia y controlarlos no es nuevo

Posteriormente en 1999 El instituto de medicina de los Estados Unidos publicó el informe titulado "Error es humano" el cual estima que aproximadamente entre 44.000 y 98.000 personas mueren en hospitales cada año como resultado de errores médicos prevenibles(3). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura(4).

Continuando entonces con esta alerta a nivel de los sistemas de salud y trasladándola ahora al ámbito Nacional, en la Resolución 1446 emitida por el Ministerio de salud y la protección social de Colombia en el año 2006, se establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), la vigilancia de eventos adversos(1). Por esta razón las instituciones de Salud en el territorio colombiano están alineadas hoy en día buscando alcanzar de forma sistemática y continua la Seguridad del Paciente a través de la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la Atención en Salud lo que indiscutiblemente hace necesario el diseño e implementación de una Política de Calidad interna que favorezca su competitividad y la seguridad institucional(1).

Con el mismo enfoque en la identificación y prevención de los riesgos asociados a la atención en salud, se expide en Colombia en junio de 2008 el documento *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia*, con el objetivo de 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. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia definió, en esta política, el término de Seguridad del Paciente como *el 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*(5).

Por la misma época de la expedición de La Política de Seguridad del Paciente se desarrollaba paralelamente el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), una investigación a gran escala realizada entre el 2007 y el 2009 por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Política de España en el cual participaron 5 países latinoamericanos: Colombia, Argentina, Costa Rica, México y Perú. Este fue un estudio metacéntrico, observacional y analítico de corte transversal, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia e incidencia de eventos adversos asociados a la atención médica, medir la gravedad de los mismos, identificar el momento en que se producían, identificar sus causas más probables y clasificarlos en evitables y no evitables. Este estudio se realizó en 58 centros hospitalarios (11.379 pacientes en el análisis de prevalencia y 1088 en el análisis de incidencia) lo que representó para los países participantes entre ellos Colombia, ser pioneros en la integración de una cultura de seguridad de los pacientes, *Una cultura que, tal como se pudo comprobar, se empezaba a producir ya desde el primer momento de empezar el estudio*<sup>6</sup> según lo reportado. Además el conocimiento de la situación de las instituciones que prestan servicios de salud a nivel mundial y el acercamiento por medio de este estudio a la realidad de los países con economías emergentes como Colombia fue considerado el primer paso para empezar a generar soluciones; en síntesis *se necesita investigar para conocer, conocer para actuar y actuar para mejorar la seguridad del paciente*(6).

Los resultados de este estudio en cuanto a prevalencia (10.5%) e incidencia global (19.8%) de eventos adversos y sus consecuentes daños a la salud evidenció al igual que otros estudios, a los que se hace referencia más adelante, la importancia y necesidad sentida de los sistemas de salud de estos países de reconocer que obligatoriamente el objetivo de las instituciones debe estar enfocado a mejorar la seguridad de los pacientes y que están llamadas a proponer, diseñar e implementar estrategias de control de los incidentes y eventos adversos.

En este punto cabe resaltar para el objetivo de este proyecto de investigación la recomendación precisa del estudio IBEAS de fomentar a nivel de las

instituciones una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los gestores de la salud.

Es necesario tener presente que para alcanzar el objetivo de una atención segura no es suficiente el establecimiento de una política y unas normas en seguridad del paciente, sino que se requiere del compromiso de todos los actores del sector salud. Por lo anterior, El Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia estableció unos principios para orientar las acciones a implementar y dentro de estos principios se encuentra la cultura de seguridad donde se plantea que el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad y que es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

Se observa entonces que una vez identificados los problemas de seguridad del paciente como inherentes a la atención en salud, se habla paralelamente de la necesidad de incluir y promover dentro de las estructuras organizacionales en el marco de la cultura corporativa la cultura de la seguridad como base sólida para la gestión de procesos asistenciales más seguros siendo una de las principales estrategias para lograr la seguridad del paciente. Por lo tanto, es importante empezar a revisar de aquí en adelante, desde varios enfoques, por qué es importante el fortalecimiento de la cultura de la seguridad dentro de un sistema de salud y por consiguiente que sea necesaria su monitorización y medición.

Actualmente la mayoría de los países están comprometidos con el tema de la seguridad del paciente como un aspecto prioritario dentro de sus sistemas de salud. Las Políticas de Seguridad del Paciente al igual que los lineamientos para la promoción de esta cultura están muy bien documentados y justificados; sin embargo, actualmente existen pocos estudios que documenten y publiquen información sobre su implementación y el uso de herramientas utilizadas al interior de las instituciones en Colombia para su evaluación y monitorización(1,2,5).

Según las recomendaciones del National Quality Fórum la Cultura sobre Seguridad sería esencial para minimizar errores y eventos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren(7). Por lo tanto, los cambios en las instituciones de salud y en las culturas de los profesionales al igual que de todo el personal que tenga relación directa o indirecta con la atención en salud, deberán formar parte de la transformación general de los sistemas ya que cambia la dirección de los valores, las creencias y las conductas de los niveles de liderazgo, tanto del organizativo como el profesional. Lo anterior es necesario para facilitar los cambios en el proceso de atención y así ofrecer oportunidades de reflexión y métodos para manejar adecuadamente la seguridad del paciente(8).

Implementar una Política de Seguridad del Paciente en una organización permite proporcionar procesos de atención más seguros y protege al paciente de riesgos que se pueden evitar o mitigar. La Seguridad del Paciente tiene un efecto multiplicador, aun cuando se conoce como un componente crítico de la calidad asistencial en las organizaciones de salud. Día a día las instituciones se esfuerzan cada vez más por mejorar continuamente y se observa un reconocimiento por fortalecer la cultura de la seguridad como herramienta fundamental de la gestión lo que implica la comprensión de los valores, las creencias y normas por parte del personal sobre lo que es importante y prioritario en la organización, propiciando un clima de seguridad durante la atención, basado en un personal motivado y lo más importante con un desempeño apropiado de conductas seguras.

Valorar la Cultura de Seguridad proporciona a la organización un entendimiento básico relacionado con percepciones y actitudes de sus gerentes y personal. Las medidas de Cultura de Seguridad pueden ser usadas como herramientas de diagnóstico para identificar áreas para mejorar. Una evaluación en este aspecto ayuda a una organización a determinar áreas consideradas más problemáticas que otras; esta valoración puede proporcionar a una organización material para análisis de *causa/raíz* y generar ideas del propio personal involucrado hacia el mejoramiento. De esta forma, la evaluación en sí misma puede ser manejada como una intervención de seguridad del paciente(9). La cultura de seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de atención y constituye la esencia misma de las instituciones, en las que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo(10,11).

*Esandi et al (2006) señala que *la cultura de seguridad en una institución se define por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas*(12), mostrando que los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales son determinantes en la eficiencia operacional de las organizaciones en el tema de Seguridad del Paciente.*

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de eventos adversos e incidentes, y, también poder aprender de los errores, para rediseñar los procesos de manera que los éstos no se vuelvan a producir. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las *buenas prácticas* o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el National Quality Fórum de Estados Unidos, reforzado en la reciente actualización de este informe, en el que se indica además la medición de la cultura de seguridad, Feed-back de los resultados, y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación(7).

En Colombia en el documento **Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente** del Ministerio de Salud y Protección Social se incluye una versión en español de la Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente, diseñada originalmente por la AHRQ, con el fin que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) la apliquen y autoevalúen el nivel de implementación de esta cultura. En Colombia aún no hay datos publicados de los resultados que reportan las IPS sobre este proceso de implementación(2).

Para finalizar crear cultura organizacional es algo difícil de lograr en el corto y mediano plazo debido fundamentalmente a que, como lo dice su definición, se trata de alinear comportamientos individuales en torno a unos pocos objetivos, en este caso, el de la Seguridad; de ahí la importancia de utilizar periódicamente una herramientas para su medición, evaluación y análisis(13).

## **1.2 Justificación**

En el planteamiento del problema se evidenció como el tema de Seguridad del Paciente es de gran importancia para reducir las secuelas, incapacidades y los costos a fin de llegar a la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Para lograr la seguridad del paciente se requiere no solo voluntad política que ya existe en Colombia y en el mundo, sino también estrategias para que el personal de salud esté convencido de su importancia; sin embargo, no se tiene mucha información sobre la percepción de los profesionales de nuestro país sobre la cultura de seguridad del paciente por esto se justifica realizar una investigación más cercana a nuestra realidad que permita conocer la percepción que tienen los profesionales de la salud acerca de la cultura de la seguridad del paciente con el propósito de identificar las fortalezas y debilidades que puedan servir a futuro para la implantación de acciones de mejora e intervención y reforzar las fortalezas.

Para la Institución es importante la realización de esta investigación ya que fortalece el compromiso de la alta dirección con el diseño, aprobación, implementación, medición y mejora de estrategias a la gestión de los incidentes y eventos adversos, favoreciendo la participación del personal de la salud de la institución.

Por las consideraciones anteriores, este estudio se considera viable ya que desde la autoridad nacional del país exigen la obligatoriedad de contar con políticas de seguridad del paciente en las instituciones en salud, por lo cual el estudio aportaría a la institución involucrada un paso más para lograrlo. Cabe resaltar, que el estudio es factible en tanto que el costo de la investigación será asumido por las investigadoras.

De acuerdo con lo anteriormente planteado, es importante resaltar, que la Institución cuenta con el programa de Seguridad del paciente desde el año 2008, en él se tiene definida una política de seguridad la cual se enfoca en la detección y prevención de eventos adversos a través de la implementación de

listas de chequeo en cirugía, el reporte y análisis de eventos adversos como también de las infecciones asociadas al cuidado de la salud; adicionalmente, se involucra al personal de los diferentes servicios en los análisis de los casos, promoviendo la adopción de buenas prácticas que estén acordes con el conocimiento científico disponible y promoviendo la cultura justa.

Con referencia a lo anterior, y buscando identificar una línea base que permita medir la adherencia del personal de salud al programa de seguridad del paciente, se resalta que la Institución, cuenta con una clasificación de los principales riesgos que ha identificado en cada servicio tal y como puede apreciarse en la Tabla 1.

Tabla 1: Clasificación de los riesgos por servicio.

<b>CLASIFICACION DE LOS PRINCIPALES RIESGOS POR SERVICIO</b>			
<b>HOSPITALIZACION</b>	<b>CIRUGIA</b>	<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>ODONTOLOGIA</b>
Riesgo de caída	Riesgo de caída	Riesgo de caída	Riesgo de caída
Riesgo de Ulceras por presión	Riesgo de lesiones por posición	Riesgo de iatrogenia	Riesgo de Lesiones
Riesgo de infecciones asociadas al cuidado	Riesgo de infecciones asociadas al cuidado		Riesgo de iatrogenia
Riesgo de iatrogenia	Riesgo de Laringoespasma		Riesgo de infecciones asociadas al cuidado
	Riesgo de Broncoaspiración		
	Riesgo de quemadura		
	Riesgo de sangrado		
	Riesgo de iatrogenia		

Fuente: Matriz de identificación de riesgos por servicio, Institución Segundo Nivel de Atención, Medellín 2015

En efecto, la gerencia de la institución ha manifestado que considera fundamental conocer la percepción de sus colaboradores en relación con el tema de la cultura de la seguridad del paciente con el fin de identificar cuáles son los aspectos que deben fortalecerse dentro de la institución de acuerdo a las dimensiones a evaluar teniendo en cuenta que ya ha transcurrido un periodo de tiempo importante desde el inicio de su implementación y que a la fecha no se ha utilizado un instrumento de este tipo que permita una evaluación confiable.

En este orden de ideas se puede decir, que la National Quality Fórum y la OMS consideran la cultura de seguridad como un indicador estructural básico que favorece la implementación de buenas prácticas clínicas, e incluso la utilización

efectiva de otras estrategias como el aprendizaje con los problemas, lo que hace atractivo, útil y favorable la implementación de la encuesta y el análisis de los resultados a nivel institucional.

Ante la situación planteada, con esta investigación se pretende ampliar los conocimientos en nuestro ámbito para identificar debilidades que permitan plantear acciones de mejoramiento que finalmente repercutan en el bienestar de los pacientes, las instituciones y amplíen el conocimiento de la comunidad científica.

Además, es un aporte importante para ampliar el nivel de conocimiento como estudiantes de postgrado de Auditoría en Salud en un tema de actualidad en relación a políticas nacionales en el sector salud y de pertinencia alta para el campo de acción de la Auditoría.

### **1.3 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la percepción que tiene el personal de salud de la Institución sobre la cultura de seguridad del paciente en dicha institución?

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 Conceptos básicos**

#### **Atención en salud**

Se define como el conjunto de servicios de salud que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población(14).

#### **Clima de seguridad**

El clima de seguridad se define como la percepción compartida de los miembros del grupo de trabajo y de la dirección en lo relacionado con políticas, procedimientos y prácticas. El clima de seguridad del paciente refleja la percepción de los trabajadores sobre el verdadero valor de la seguridad en una organización como un factor contribuyente a la reducción de lesiones accidentales(15).

#### **Cultura de seguridad**

La cultura de seguridad de acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos(11). Corresponde a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar bienestar al sujeto de cuidado. Este término abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente vigentes en nuestro país, que tiene origen el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

La cultura de seguridad no se limita al personal de salud, sino que implica también a los pacientes y familiares, pues conjuntamente es como se pueden formular acciones e implementar soluciones para reducir el riesgo mediante los cambios en las prácticas, los procesos o el sistema. Por lo tanto, la cultura de seguridad es un asunto de sensibilización y no una carga laboral extra, caso en el que los recursos humanos dejarían de ser impulsores del cambio, para empezar a resistirse a él. Es por esto que la promoción del aprendizaje y la retroalimentación permanente, es un asunto de vital importancia en esta cultura.



**Evento adverso**

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles(1).

**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(1).

**Evento adverso no prevenible**

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial(1).

**Factor contributivo**

Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura. Según el protocolo de Londres son condiciones que pueden estar relacionadas con: el paciente, tarea y tecnología, individuo, equipo y medio ambiente.(16)

**Falla de la atención en salud**

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.(3)

**Indicio de atención insegura**

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso(1).

**Iatrogenia Clínica**

La iatrogenia es un estado, enfermedad o afección causado o provocado por los médicos, tratamientos médicos o medicamentos. Este estado puede también ser el resultado de tratamientos de otros profesionales vinculados a las ciencias de la salud, como por ejemplo terapeutas, psicólogos, farmacéuticos, enfermeras, dentistas, etc. La afección, enfermedad o muerte iatrogénica puede también ser provocada por las medicinas alternativas(17).

**Incidente**

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención(1).

**Riesgo**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra(1).

## **Seguridad del paciente**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que ayudan a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La OMS en el artículo "Calidad de la atención: Seguridad del paciente", define la Seguridad como un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad(18); para mejorarla requiere de la articulación de todo el sistema, la seguridad del entorno y la gestión de riesgo.

## **Sistema de gestión del evento adverso incidente**

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias(1).

## **2.2 Herramientas para la construcción de cultura de seguridad**

La creación de cultura de seguridad debe ser el objetivo primordial de cualquier Programa de Seguridad del Paciente, por ese motivo, fue la primera práctica recomendada a implementar por el National Quality Fórum en el año 2003 Esta recomendación se fundamenta en el hecho de que siempre que sean los seres humanos quienes provean la atención en salud, ocurrirán fallas y errores. Sin embargo, los proveedores de la atención en salud pueden reducir la probabilidad de tales fallas y errores, y limitar su impacto a través de la implementación de una cultura de seguridad.

De la misma manera, en el 2008 la Joint Commission de los Estados Unidos publicó en su sitio web una alerta de seguridad relacionada con aquellos comportamientos que disminuyen la cultura de seguridad en las organizaciones. Se refiere específicamente a que comportamientos intimidantes pueden facilitar los errores médicos, contribuir a una pobre satisfacción del paciente y a eventos adversos prevenibles.

La cultura de seguridad tiene cuatro componentes fundamentales, sobre los cuales se debe trabajar al interior de cada organización para lograrla. Estos componentes son:

### **2.2.1 Seguridad psicológica**

Convicción que tiene el colaborador de un servicio de que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Por el contrario, sabe que sus preocupaciones acerca de la seguridad serán recibidas de manera abierta y tratadas con respeto. En presencia de seguridad psicológica, las personas no evalúan sus inquietudes en términos de lo que es

correcto o incorrecto, sino que simplemente ven esto como una oportunidad para verificar que el equipo, en realidad, está haciendo lo correcto para el paciente sin tener que estar absolutamente en lo cierto para hablar. En esta situación, esperar a estar en lo cierto puede ser demasiado tarde.(19)

La seguridad psicológica es un elemento clave para reducir la probabilidad de que un paciente sufra daño durante la atención porque se alerta sobre el probable error antes de que suceda.

### **2.2.2 Liderazgo efectivo**

Se refiere a que en cada servicio el líder o los líderes del mismo creen un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad.(19)

El liderazgo efectivo requiere humildad porque el líder efectivo es aquel que se hace accesible a sus colaboradores, comparte información con ellos, los invita a contribuir con su experticia y preocupaciones y evidencia en su comportamiento preocupación por la falla, en el sentido de que, si un colaborador cree que existe un problema, el problema es real hasta que se demuestre lo contrario.

### **2.2.3 Transparencia**

Hace referencia a que la organización hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares. Significa también que, en la reunión de análisis, todos los participantes hablan con sinceridad sobre lo ocurrido. Dicho de otra manera, una organización transparente utiliza no oculta los eventos adversos, en vez de esto, los utiliza para mejorar.(19)

### **2.2.4 Cultura justa**

Tiene como principio el hecho cierto de que cualquier profesional competente involuntariamente comete errores. Se refiere a que, al momento de tomar decisiones sobre un evento adverso sucedido, se distingue entre los eventos adversos que son producto de errores de las personas, de aquellos que son producto de fallas en el sistema. Si bien las personas son responsables por sus comportamientos, la justicia está en que se reconoce que las personas individualmente no pueden ser responsables por fallas en el sistema sobre las cuales ellos no tienen control.

La cultura justa se relaciona con actos involuntarios y de ninguna manera, tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que colocan en claro riesgo a los pacientes.(19)

### **2.3 Historia**

En el siglo XVII A.C, cuando se ocasionaba daño a un paciente, la solución a este problema era netamente punitiva (por ejemplo, se le cortaba la mano a un cirujano). Hoy en día las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, en donde la atención más segura está determinada por el buen trabajo en equipo, la comunicación efectiva, y el buen diseño de procesos de atención.

La atención en salud es cada vez más compleja, utiliza tecnologías más sofisticadas, se realizan más prestaciones, la diversidad de los profesionales y la variabilidad de sus prácticas va en aumento y, por todo ello, recibir atención sanitaria entraña cada vez más riesgos potenciales, aun cuando cada día millones de personas son tratadas con éxito y de forma segura. El interés por estudiar y controlar los riesgos de la atención en salud no es nuevo. En 1956 Moser las había llamado *las enfermedades del progreso de la medicina*. En 1964, Schimmel publicó que *el 20 % de los pacientes que ingresaban en los hospitales presentaba alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave*(2). Diferentes estrategias se han implementado en los últimos años para la prevención de errores en medicina y mejorar la seguridad en el cuidado de los pacientes. En 1999, el gobierno de Estados Unidos, dio los pasos iniciales en la implementación de medidas destinadas a aumentar la seguridad de los pacientes, y fue así como impulso la creación del programa *Errar es humano: construyendo un sistema seguro de salud* (To Err is Human: Building a Safer Health System) que despertó motivación para que en otros países se establecieran estrategias de seguridad del paciente con la participación de instituciones públicas y privadas(2,3).

En 2001, se publicó un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la presencia de eventos adversos en la práctica clínica, incluidas recomendaciones para su prevención y abordaje. En Canadá, en 2003 se creó el Canadian Patient Safety Institute; asimismo, el National Health Service en el Reino Unido establece un órgano específico para la temática, The National Patient Safety Agency(20).

En 2004, la agencia británica publicó un documento titulado *Steps to patient safety*. En el ámbito de la Unión Europea, La Seguridad del Paciente se incluye entre los objetivos de diferentes programas y acciones comunitarias. En este mismo año, la OMS lanza la estrategia de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente como mecanismo de intercambio de experiencias entre los países miembros para desarrollar políticas de seguridad de los pacientes a través del apoyo de actividades colectivas que promueven el trabajo en equipo, el aprendizaje mutuo y el aporte de conocimientos y recursos que se comparten entre todos los países e identificó seis campos de acción para el

desarrollo de **“Soluciones para la seguridad del paciente”**, implicando esto una amplia investigación para identificar y priorizar la atención(21).

Los sistemas de salud deben concebirse de tal forma que pueda reducirse al mínimo los riesgos a los que están expuestos los pacientes, siendo fundamental el cambio organizacional hacia una Cultura de Seguridad del Paciente que implica tener recurso humano competente y preocupado por el tema, la disminución de barreras estructurales, formación y empoderamiento del liderazgo, la inclusión de todo el personal y la evaluación constructiva y no punitiva; favoreciendo esto tener instituciones inteligentes, que identifiquen problemas, definan estrategias de prevención y adquieran habilidades para aprender de los errores. Esto se traduce en un cambio hacia prácticas adecuadas y reevaluación constante que resulta en organizaciones que trabajan con calidad.

En 2005, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) presenta una guía acerca de 30 prácticas de seguridad, desarrollada por el National Quality Forum. Como resultado de la conferencia de la European Commission DG Health and Consumer Protection, celebrada en el año 2005, se publicó la **“Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente”**, que incluye recomendaciones dirigidas a las instituciones europeas, las autoridades políticas y organizaciones sanitarias de los estados miembro. El Consejo de Europa, en otra reunión en abril de 2005 en Varsovia, publicó **“Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo”**. En ella se aconseja a los países que se aborde el tema de seguridad del paciente en el ámbito nacional mediante el desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente con un enfoque sistémico y sistemático, el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones y la implicación del paciente y los ciudadanos(21).

En el ámbito Colombiano, con la expedición del decreto 1011 de 2006 se crea el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Colombia en el cual se establece una política de prestación de los servicios de salud cuyo objetivo es **“proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuario”**. El Ministerio de la Protección Social (MPS) a su vez expidió en junio de 2008 el documento **“Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia”** y dos años más tarde publica la Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, con el objetivo de: **“lograr que el lector identifique de forma ágil y dinámica los componentes fundamentales de un programa institucional de seguridad del paciente y define el paso a paso para la implementación práctica en su institución”** y donde busca:

- Identificar cuáles son las fallas en la atención clínica más comunes que favorecen la aparición de escaras en los pacientes.
- Identificar los factores contributivos comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de escaras en la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más efectivas y su aplicación para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de escaras en el paciente.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de escaras en los pacientes en la institución.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de las prácticas seguras y la disminución de las Úlceras por Presión.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras. (Paquetes instruccionales, Guía técnica y buenas prácticas para la seguridad del paciente en la Atención en Salud)

En ese documento se contemplan 30 prácticas seguras incluidas en 4 grupos:

- Obtener procesos institucionales seguros (8 prácticas)
- Obtener procesos asistenciales seguros (16 prácticas)
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad (2 prácticas)
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales (4 prácticas)

Para el año 2012 el Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia emitieron 23 paquetes instruccionales y para el año 2015 se publicó la segunda versión. Es importante tener en cuenta que no todas las prácticas tienen paquete instruccional. Las que hoy en día cuentan con paquetes instruccionales son:

*Obtener procesos institucionales seguros: de las 8 prácticas que conforman este grupo, las siguientes cuatro cuentan con paquete instruccional:*

- Contar con un programa de seguridad.
- Brindar capacitación al cliente interno.
- Evaluar la frecuencia de ocurrencia de eventos adversos.
- Monitorizar aspectos claves de SP.

Obtener procesos asistenciales seguros: de las 16 prácticas que conforman éste grupo cuentan con su correspondiente paquete Instruccional.

Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad: de las 2 prácticas que conforman este grupo, sólo una cuenta con paquete instruccional:

- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.

Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales: de las 4 prácticas que conforman este grupo, dos cuentan con paquete instruccional

- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado
- Prevenir el cansancio del personal de salud.

Finalmente, en la Resolución 2003 de 2014 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; en el Estándar 5º de Procesos Prioritarios se encuentra como criterio de estricto cumplimiento para cualquier servicio objeto de habilitación contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos y que incluya como mínimo la planeación estratégica de la seguridad, el fortalecimiento de la cultura institucional, la medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos y la definición e implementación de procesos Seguros.

Respecto a el fortalecimiento de la cultura institucional y teniendo en cuenta que los prestadores están obligados hoy en día a contar con un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y que el programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, como lo obliga la Resolución 2003 de 2014; se puede identificar la necesidad de las instituciones de medir, evaluar, analizar y hacer seguimiento periódicamente al clima de seguridad al interior de ellas y medir el impacto de este programa posterior a su implementación y ejecución.

## **2.4 Estudios relacionados**

En el año 2008 un estudio realizado por la Universidad de Murcia en cooperación con el Ministerio de Sanidad y Consumo dispuso de una herramienta auto administrada válida y fiable, adaptando al contexto español la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, la cual fue utilizada para medir la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución(7).

Al igual que en la versión original, la encuesta proporcione información sobre la percepción relativa en diferentes dimensiones de la cultura de seguridad como lo propone Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), en su encuesta.

Adicionalmente, incluyó una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado y otra sobre el número de eventos notificados en el último año.

En los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ. Los resultados presentados destacan como positivo, las dimensiones que corresponden a %Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios+ y %Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad+.

Como debilidades destacaron la %Dotación de personal+, %Trabajo en equipo entre unidades/servicios+, %Percepción de seguridad+, y %Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente+. En los hospitales encuestados, la gran mayoría de los profesionales un 77,8% no han reportado ningún evento adverso.

En general, las oportunidades de mejora que se percibieron tenían que ver en todos los hospitales con la dotación de personal y el ritmo de trabajo y sobre todo en hospitales grandes y medianos, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios.

Aunque hay otros instrumentos para la medición del clima de seguridad en los hospitales, en esta investigación eligieron el elaborado por la AHRQ debido a su riguroso proceso de construcción y validación, con propiedades psicométrica que fueron confirmadas en la versión adaptada al castellano, y con una extensa experiencia de aplicación que incluye más de 380 hospitales en Estados Unidos(7).

Aparte de los estudios realizados en Estados Unidos, para el año 2008 solo se habían publicado en Europa estudios con la misma herramienta en cinco hospitales belgas y uno noruego y, con otra herramienta, en UCI de hospitales del Reino Unido(7).

Otros estudios, a veces circunscritos a un sólo tipo de profesional, se habían realizado en países como Japón, Nueva Zelanda y Corea.

En todos los casos y en otros estudios que mencionaremos a continuación, el objetivo ha sido averiguar cuál es la situación de esta importante característica de actitud en las organizaciones y cuáles serían las iniciativas a tomar para mejorarla.

El instrumento utilizado por la Universidad de Murcia con el objetivo de averiguar cuál es la situación de esta importante característica de actitud en las organizaciones y cuáles serían las iniciativas a tomar para mejorarla encontramos ha sido adoptado por varias Instituciones en diferentes niveles de Atención en países de Centro América y América Latina con la misma finalidad

Un estudio realizado en el Hospital General %Dr. Carlos Canseco+ de la Secretaría de Salud, en Tampico, Tamaulipas, México %Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería %utilizo también la



encuesta de la AHQR. Este estudio presento como resultados las dimensiones percibidas como fortalezas el trabajo en equipo en la unidad/servicio y el aprendizaje organizacional. Las dimensiones percibidas hacia la mejora continua fueron: dotación de personal, respuesta no punitiva a los errores, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, percepción de seguridad problemas en cambios de turnos y transiciones entre unidades y franqueza de la comunicación. Los eventos adversos en el 80% de este estudio no se notifican(11).

En la ciudad de México Se realizó otro estudio mediante una encuesta sobre la cultura para la seguridad del paciente a los asistentes al Simposio Conamed 2009. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el marco de su simposio anual, evaluó la cultura para seguridad del paciente de los profesionales de la salud que asistieron al mismo. Para medir los diferentes aspectos de la cultura sobre la seguridad del paciente. En este estudio la percepción global de seguridad fue baja, siendo la dimensión más baja la de respuesta no punitiva al error y la más alta el aprendizaje organizacional. Se encontraron bajas también las dimensiones de percepción global de seguridad, respuesta no punitiva al error y asignación de personal. El 46% respondieron que no han reportado eventos adversos(10).

Otro estudio realizado en la ciudad de Bogotá en el 2009 describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá, Colombia. La medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Cordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHRQ, 2004). El cuestionario fue auto administrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas.

La cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería 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. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra. El 78.48% de los encuestados no han llenado ni enviado reportes de eventos adversos.

Los estudios que se vienen realizando para la evaluación de la caracterización sobre la cultura de la seguridad del paciente dentro de las instituciones es una muestra que las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente.

Llama la atención que para los estudios revisados fue común un porcentaje alto de los profesionales que no han reportado eventos adversos lo cual puede llevar a pensar en sub-reportes debido la percepción de una cultura punitiva frente a esta dimensión en específico.

Se sabe que cuando la cultura de seguridad es aplicada al cuidado de la salud tiene aún mayor importancia, ya que la seguridad no sólo aplica para la fuerza de trabajo sino también para pacientes que podrían ser dañados por las acciones del personal.

### **3. OBJETIVOS.**

#### **3.1 Objetivo general**

Evaluar en una institución de segundo nivel de atención localizada en la ciudad de Medellín la percepción del personal de salud sobre la cultura de la Seguridad del paciente en diferentes dimensiones del clima de seguridad.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar y analizar los factores sociodemográficos y laborales que están relacionados con actitudes y comportamientos favorables en relación con la seguridad del paciente.
- Describir las fortalezas y debilidades de la institución a partir de la percepción relativa de la cultura de seguridad del paciente desde las 12 dimensiones evaluadas.
- Medir la frecuencia de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Presentar resultados sobre la calificación global del clima de seguridad.
- Proponer a la Institución el uso del instrumento utilizado para el estudio como herramienta eficiente para la evaluación y monitorización periódica de la percepción de la cultura de seguridad.

## 4. DISEÑO METODOLÓGICO.

### 4.1 Enfoque metodológico de la investigación

El estudio se abordará desde el paradigma cuantitativo.

### 4.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una institución de segundo nivel de atención en salud para evaluar la percepción de la cultura de la seguridad entre el personal de salud de la institución

### 4.3 Población, muestra y muestreo

#### 4.3.1 Población

La población de referencia fué el personal asistencial de la institución (médicos generales, médicos especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutricionista, odontólogos generales y especialistas, auxiliares de odontología, regente de farmacia e instrumentadora quirúrgica) de la institución. El personal asistencial que labora en la institución está contratado bajo las modalidades de contrato a término fijo, término indefinido y contrato de prestación de servicios.

La población de estudio fué:

*Tabla 2: Población objeto por disciplina*

<b>Disciplina</b>	<b>Número de personas</b>
Médico especialista	35
Auxiliar de enfermería	13
Odontólogo especialista	11
Médico general	4
Auxiliar de odontología	4
Instrumentadora Quirúrgica	4
Enfermera	2
Regente de farmacia	2
Odontólogo General	1
Psicólogo	1
Nutricionista	1
Fonoaudiólogo	1
<b>Total</b>	<b>79</b>

Fuente: Personal asistencial Institución Segundo nivel de nivel de Atención, año 2015

### 4.3.2 Muestra

La muestra fue calculada en el programa EPI INFO, para una población de 79 personas, una prevalencia esperada del evento del 50%, un nivel de confianza del 95% y un error máximo permisible del 10%. Con estos parámetros, la muestra calculada fue de 36 personas. Con el propósito de disminuir la posibilidad de pérdida de información y tratar de recolectar la muestra planteada, se decidió distribuir el formulario a 14 personas más, para un total de 50 personas.

El número de personas a encuestar se determina por asignación proporcional; así:

Tabla 3: Selección representativa de la muestra.

Disciplina	Número de personas	Proporción	Distribución proporcional de la muestra	Distribución de la muestra, propuesta final
Médico especialista	35	44%	16	13
Auxiliar de enfermería	13	16%	6	6
Odontólogo especialista	11	14%	5	5
Médico general	4	5%	2	2
Auxiliar de odontología	4	5%	2	2
Instrumentadora Quirúrgica	4	5%	2	2
Enfermera	2	3%	1	1
Regente de farmacia	2	3%	1	1
Odontólogo General	1	1%	0,3	1
Psicólogo	1	1%	0,3	1
Nutricionista	1	1%	0,3	1
Fonoaudiólogo	1	1%	0,3	1
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>36,2</b>	<b>36</b>

Fuente: Personal asistencial Institución Segundo nivel de nivel de Atención, año 2015

### 4.3.3 Muestreo

La selección de las personas en la muestra, se hará por medio de un muestreo aleatorio simple a partir de un listado en el que se incluya la totalidad de las personas que cumplan los criterios de inclusión. Se tendrá en cuenta en la selección aleatoria de la muestra un porcentaje significativo por profesión, excepto para aquellos casos donde en la Institución solo hay una persona en la profesión como por ejemplo en psicología, fonoaudiología, odontología general y nutrición a quienes directamente se les solicitó su consentimiento para participar en el estudio.

Dicho muestreo aleatorio se realizará a través del programa Excel.

### 4.3.4 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio aquellas personas que:

- No aceptaron participar en el mismo.
- No hacen parte del personal de salud definido para este estudio.
- Llevaran menos de cuatro meses laborando en la institución.

#### 4.4 Descripción de las variables

En la encuesta se indagó inicialmente por las siguientes variables demográficas: edad, años cumplidos, sexo y estrato socioeconómico.

Las variables restantes que se contemplaron en la encuesta estuvieron orientadas a indagar sobre las doce dimensiones de la cultura de seguridad, y a partir de las cuales se realizó el análisis estadístico de los resultados; sin embargo, en la encuesta adaptada para el idioma español estas 12 dimensiones se resumen en 8 secciones así:

- Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo: compuesta por 18 ítems o variables a evaluar.
- Sección B: Supervisor/director: compuesta por 4 ítems o variables a evaluar.
- Sección C: Comunicación: compuesta por 6 ítems o variables a evaluar.
- Sección D: Frecuencia de Incidentes reportados: compuesta por 3 ítems o variables a evaluar.
- Sección E: Grado de seguridad del paciente compuesto por 1 ítem o variable a evaluar.
- Sección F: Su Hospital: compuesta por 11 ítems o variables a evaluar.
- Sección G: Número de incidentes reportados compuesta por 1 ítem o variable a evaluar.
- Sección H: Información general: compuesta por 6 ítems o variables a evaluar.

La naturaleza de las variables, así como el nivel de medición se encuentra descrito en el Anexo 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Tabla 4: Agrupación de variables por dimensiones.

<b>SESIÓN A: Piense en su unidad/área de trabajo del hospital.</b>	
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	DIMENSIÓN 5: Trabajo en equipo
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	DIMENSIÓN 9: Dotación de personal
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	DIMENSIÓN 5: Trabajo en equipo
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	DIMENSIÓN 5: Trabajo en equipo
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	DIMENSIÓN 9: Dotación de personal
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	DIMENSIÓN 4: Aprendizaje organizacional/Mejora continua

7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	DIMENSIÓN 9: Dotación de personal
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	DIEMENSIÓN 8: Respuesta no punitiva a los errores
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	DIMENSIÓN 4: Aprendizaje organizacional/Mejora continua
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	DIMENSIÓN 2: Percepción de la seguridad
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	DIEMENSIÓN 5: Trabajo en equipo
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	DIEMENSIÓN 8: Respuesta no punitiva a los errores
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	DIMENSIÓN 4: Aprendizaje organizacional/Mejora continua
14. Frecuentemente, trabajamos en %ipo crisis+ intentando hacer mucho, muy rápidamente.	DIMENSIÓN 9: Dotación de personal
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	DIMENSIÓN 2: Percepción de la seguridad
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	DIEMENSIÓN 8: Respuesta no punitiva a los errores
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	DIMENSIÓN 2: Percepción de la seguridad
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	DIMENSIÓN 2: Percepción de la seguridad
<b>SESIÓN B: Sobre su supervisor/director inmediato o la persona a la que usted reporta directamente</b>	
19. Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	DIMENSIÓN 3: Expectativas y acciones de la dirección
20. Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	DIMENSIÓN 3: Expectativas y acciones de la dirección
21. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	DIMENSIÓN 3: Expectativas y acciones de la dirección
22. Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	DIMENSIÓN 3: Expectativas y acciones de la dirección
<b>SESIÓN C: Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.</b>	
34. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	DIEMNSIÓN 7: Feedback y Comunicación
35. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	DIMENSIÓN 6: Franqueza en la comunicación
36. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	DIEMNSIÓN 7: Feedback y Comunicación

37. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	DIMENSIÓN 6: Franqueza en la comunicación
38. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	DIEMNSIÓN 7: Feedback y Comunicación
39. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	DIMENSIÓN 6: Franqueza en la comunicación
<b>SESIÓN D: Piense en el área/unidad de trabajo de su hospital...</b>	
40. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	DIMENSIÓN 1: Frecuencia de eventos notificados
41. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	DIMENSIÓN 1: Frecuencia de eventos notificados
42. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	DIMENSIÓN 1: Frecuencia de eventos notificados
<b>SESIÓN E: Grado de seguridad del paciente</b>	
<b>SESIÓN F: Piense en su hospital...</b>	
23. La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	DIMENSIÓN 10: Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente
24. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	DIEMNSIÓN 11: Trabajo en equipo entre unidades/servicios
25. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	DIMENSIÓN 12: Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades
26. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	DIEMENSIÓN 11: Trabajo en equipo entre unidades/servicios
27. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	DIMENSIÓN 12: Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades
28. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	DIEMENSIÓN 11: Trabajo en equipo entre unidades/servicios
29. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	DIMENSIÓN 12: Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades
30. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	DIMENSIÓN 10: Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente
31. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	DIMENSIÓN 10: Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente
32. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	DIEMENSIÓN 11: Trabajo en equipo entre unidades/servicios
33. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.	DIMENSIÓN 12: Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades



#### **4.5 Recolección de información**

Para la recolección de la información se utilizó la encuesta adaptada de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ) de Estados Unidos y validada por el Ministerio de Salud de Colombia, y que puede ser utilizada para medir la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones. (Anexo 3).

Para la obtención de la información relacionada con algunos factores sociodemográficos y laborales que no están contemplados en la mencionada encuesta, se adicionaron algunas preguntas que permitieron indagar sobre estos aspectos.

Antes de la aplicación de la encuesta, se solicitó a la gerente de la Institución, la aprobación de la investigación y una vez obtenida se solicitó su colaboración para sensibilizar al personal de salud sobre el estudio que se llevaría a cabo, los objetivos, la participación voluntaria y la importancia para La Clínica y la sociedad en general de su participación en el mismo.

Posteriormente se realizó una prueba piloto para evaluar la confiabilidad del instrumento de recolección de la información. Seis personas participaron en esta prueba y el análisis de esta permitió identificar que el tiempo promedio que le llevaría a las personas responderla sería de 13 minutos aproximadamente. Solo algunos de los participantes tuvieron dificultades con algunas preguntas tales como:

Algunas personas tuvieron dificultad en la interpretación de la pregunta 10 de la sección A ~~Es~~ solo por casualidad que errores más serios ocurren aquí+

Dos de los encuestados no entendieron el término ~~agencia temporal~~, utilizado en la Sección A, pregunta 7

Tres de los encuestados no encontraron su cargo laboral en la pregunta 4 de la sección H, además indican que varios términos que hacen relación al cargo o posición no aplican para esta institución teniendo en cuenta que son traducciones de la encuesta americana a la española y posiblemente han sido aplicadas en otros ámbitos.

Por lo anterior y para no alterar las preguntas originales de la encuesta, se realizó un instructivo donde se amplió la explicación de las preguntas o ítems de las diferentes dimensiones para que las personas que tuvieran dudas ante alguna de las preguntas tuvieran más información al respecto. (Anexo 2)

Posteriormente, se distribuyó la encuesta en físico por las investigadoras a los coordinadores de las diferentes áreas de la institución. Adicional a la encuesta se entregó carta de presentación del estudio, una tarjeta de participación donde

la persona libremente podía manifestar su deseo o no de participar en el mismo y el instructivo de la encuesta. Los coordinadores entregaron directamente el sobre con estos documentos a las personas seleccionadas en la muestra quienes, de forma auto administrada, debían responderla. Una vez diligenciada la encuesta, las personas debían devolver el sobre sellado al coordinador y éste entregó las encuestas diligenciadas a las investigadoras.

#### **4.6 Control de sesgos**

Para controlar posibles sesgos y asegurar la calidad de la información, se tuvo en cuenta en primer lugar la utilización de un instrumento de recolección de información, confiable y validado a nuestro medio. Adicionalmente la prueba piloto permitió identificar posibles sesgos de información por no comprensión de las preguntas lo que llevó a diseñar un instructivo a través del cual se clarificaron ciertas dudas con relación a las preguntas. Por último, la sensibilización previa de los participantes y la carta de presentación dando las explicaciones necesarias sobre el estudio, también fueron acciones enfocadas a disminuir o controlar los sesgos en esta investigación.

#### **4.7 Análisis de la información**

Se elaboró una base de datos en el programa SPSS, pero también se utilizó el programa Microsoft Excel versión 10 para el procesamiento y análisis de algunos resultados.

- Se hizo un análisis descriptivo de las variables demográficas y laborales, donde para la edad que fue la única variable cuantitativa, se utilizó la mediana como medida estadística, ya que no distribuyó normal. Las demás variables que fueron cualitativas, se analizaron por medio de frecuencias relativas (porcentajes).
- Las variables directamente relacionadas con la evaluación de la percepción de la cultura de seguridad del paciente, contempladas en el cuestionario fueron analizadas según su distribución en 12 dimensiones. (Ver Tabla 4).

Por último, se hizo un análisis global de las fortalezas y debilidades: donde se tuvieron en cuenta los resultados positivos tanto de cada dimensión como de los ítems de cada una de ellas, para identificar cuáles alcanzaron el rango de fortaleza y cuáles el de oportunidad de mejora. Pero adicionalmente se evaluaron los resultados negativos de las dimensiones y fueron analizados a través del diagrama de Pareto para visualizar mejor las oportunidades de mejora a priorizar.

La metodología para el análisis de las dimensiones de acuerdo con la Agency for Healthcare Researchon Quality (AHRQ) es la siguiente:

Algunos ítems de las dimensiones están formulados en sentido positivo y otros en sentido negativo, en donde las opciones de respuesta pueden agruparse de la siguiente manera:

Opción 1

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

Opción 2

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- La mayoría del tiempo
- Siempre

De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías, dependiendo si las preguntas están redactadas en positivo o en negativo; así:

Para preguntas en positivo las respuestas se categorizan como negativas, neutras y positivas de la siguiente manera:

Respuestas negativas	Respuestas Neutras	Respuestas Positivas
Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo / Muy de acuerdo
Nunca/Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo/ Siempre

Para preguntas en negativo las respuestas se categorizan como negativas, neutras y positivas de la siguiente manera:

Respuestas negativas	Respuestas Neutras	Respuestas Positivas
Muy en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo / Muy de acuerdo
Nunca/Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo/ Siempre

Para el análisis de cada ítem (pregunta), se calculó la frecuencia relativa (porcentaje) para cada categoría (positiva, neutra, negativa) con relación al total de respuestas dadas al ítem. Es decir, para cada pregunta o ítem, se sumaron las respuestas de cada una de las categorías: positivas, neutras y negativas y con base en este total se calculó el porcentaje para cada una de dichas categorías.

Ejemplo: uno de los ítems o preguntas de la Dimensión 4 (aprendizaje organizacional y mejora continua) es:

Los errores han llevado a cambios positivos, las categorías de respuesta a este ítem, teniendo en cuenta que la pregunta está formulada positivamente son:

- Negativa: Muy en desacuerdo/en desacuerdo
- Neutra: ni de acuerdo/ni en desacuerdo
- Positiva: De acuerdo/Muy de acuerdo

Asumiendo en el ejemplo que las frecuencias de las respuestas en cada categoría fueron:

- 4 personas que están en desacuerdo o muy en desacuerdo con esa pregunta
- 5 personas que no están de acuerdo ni en desacuerdo con la pregunta
- 23 personas que están de acuerdo o muy de acuerdo con la pregunta

La sumatoria de las respuestas de todas las categorías en ese ítem, sería de 32, por lo tanto, el porcentaje de respuestas en cada categoría es:

- Negativa: Muy en desacuerdo/en desacuerdo: 12,5% (4/32)
- Neutra: ni de acuerdo/ni en desacuerdo: 15,6% (5/32)
- Positiva: De acuerdo/Muy de acuerdo: 71,9% (23/32)

Para la calificación global de la dimensión se sumó el total de respuestas positivas, neutras y negativas de todos los ítems que la componían, luego cada resultado se promedió con relación al total de respuestas y se multiplicó por cien.

Ejemplo: retomando nuevamente la dimensión 4 aprendizaje organizacional y mejora continua, que está compuesta por los siguientes 3 ítems, todos formulados positivamente:

- Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente
- Los errores han llevado a cambios positivos

- Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad

Cada ítem tiene 3 categorías posibles de respuesta:

- Negativa: Muy en desacuerdo/en desacuerdo
- Neutra: ni de acuerdo/ni en desacuerdo
- Positiva: De acuerdo/Muy de acuerdo

Entonces, se sumaron las respuestas negativas de cada ítem ( $4+4+10= 18$ ), las respuestas neutras de cada ítem ( $3+5+5= 13$ ) y las respuestas positivas de cada ítem ( $25+23+17= 65$ ). Luego se sumaron los tres subtotales, 96 respuestas en este ítem y cada subtotal se promedió con relación al total (respuestas negativas:  $18/96*100=18,8\%$ ; respuestas neutras:  $13/96*100= 13,5\%$ ; respuestas positivas:  $65/96*100= 67,7\%$ )

De acuerdo con los resultados los ítems o las dimensiones podían clasificarse como fortalezas o como oportunidades de mejora, según los siguientes porcentajes:

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

- Si  $\geq 75\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- Si  $\geq 75\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.
- Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:
- Si  $\geq 50\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- Si  $\geq 50\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

## 5. RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo para evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en una institución hospitalaria de segundo nivel de complejidad de la ciudad de Medellín en octubre de 2015.

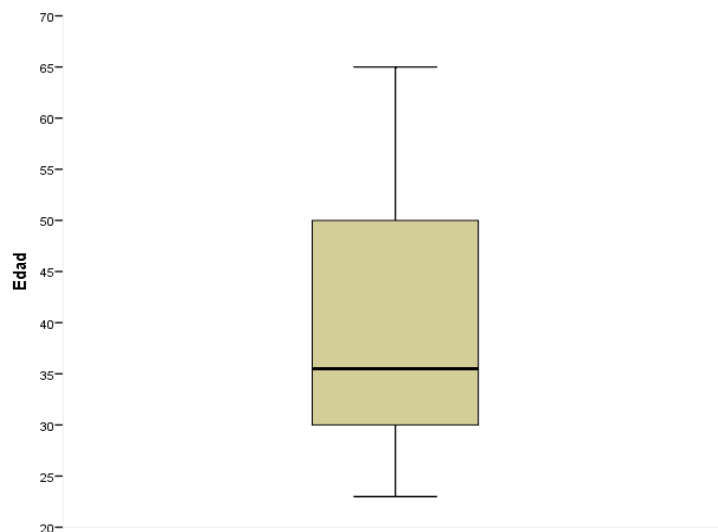
La muestra calculada para el estudio fue de 36 personas, pero efectivamente 32 respondieron el cuestionario, lo que corresponde al 89% de la muestra planteada.

A continuación se presentan los resultados del estudio, para ello se hizo un análisis descriptivo inicialmente de las variables demográficas y laborales, posteriormente se analizaron las variables del cuestionario que evalúan el clima de seguridad del paciente, luego las variables que apuntan a la cultura de seguridad del paciente pero desde la Unidad o Servicio donde las personas laboran la mayor parte del tiempo, luego las variables sobre cultura de la seguridad del paciente pero en la Clínica y posteriormente se hizo un análisis de las fortalezas y debilidades.

### 5.1 Variables Demográficas y Laborales

De las 32 personas que participaron en el estudio, 30 suministraron el dato de la edad y éstas estuvieron entre los 23 y 65 años de edad, con una mediana de 35,5 años.

*Gráfico 1: Distribución de participantes según la edad. Institución Hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015*



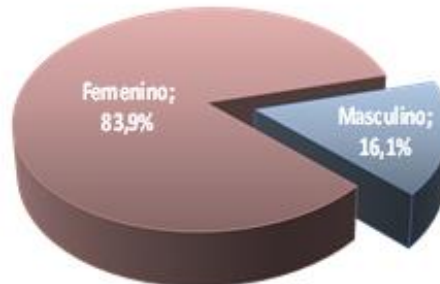
Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

El 53,3% de los participantes tenían 35 o menos años, que corresponde a 16 personas, en tanto que hubo un 46,7% (14 personas) por encima de los 35 y hasta los 65 años, que se distribuyeron más dispersamente que el grupo anterior.

En general hubo una alta proporción (68,8%) de participantes entre los 30 y 59 años, es decir, en plena edad productiva y posiblemente con suficientes elementos para aportar sus percepciones sobre la cultura de seguridad del paciente.

Con relación al sexo, 31 personas aportaron información sobre esta variable y fue llamativo ver que las mujeres aportaron una proporción significativamente mayor que los hombres, 83,9%

*Gráfico 2: Distribución porcentual de participantes por sexo. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre 2015.*

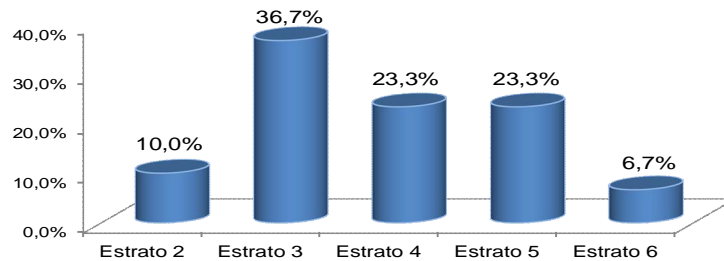


Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

Este resultado posiblemente refleje que la distribución del personal de salud de la Clínica por sexo también tiene una mayor participación de las mujeres y, este hecho sin duda, indica que los resultados, son en gran medida, la percepción de las mujeres sobre el tema de estudio.

En relación con el estrato socioeconómico, 30 personas respondieron esta variable, en donde el Pareto (83,3%, 25 personas) estuvo conformado por el 36,7% (11 personas) de estrato 3, el 23,3% (7 personas) de estrato 4 y en igual proporción, 23,3% (7 personas) de estrato 5.

Gráfico 3: Distribución porcentual de participantes por estrato socioeconómico. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.



Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

Es importante resaltar esta distribución sobre todo si se tiene en cuenta que también alrededor de una tercera parte, el 35,5% de los participantes en el estudio estuvo representado por personal auxiliar, tanto de enfermería como de odontología, y por lo tanto las percepciones sobre la cultura de la seguridad del paciente en este estudio tendrán una influencia importante por este personal de salud.

Los datos sobre variables profesionales y laborales muestran que en gran medida hay una correspondencia entre el tiempo de las personas en la profesión, el tiempo en La Clínica y el tiempo en la unidad de trabajo actual y que la mayoría de las personas llevan suficiente tiempo tanto en la profesión como en la Clínica y en la unidad de trabajo como para hacer aportes con mayor conocimiento acerca de la cultura de la seguridad del paciente. Tomando seis años o más como un tiempo suficiente para emitir percepciones más fundamentadas sobre el tema de estudio, se encontró que el 72% de los participantes llevan este tiempo en su profesión, el 65,7% en la Clínica y el 56,3% en la unidad de trabajo (tabla 5). De otro lado, el 81,3% de los participantes tienen contrato a término indefinido (tabla 6) y tres cuartas partes de las personas laboran entre 40 y 59 horas, rango en el que se encuentra el tiempo laboral promedio de una persona en el país (tabla 7). Por lo anterior, puede concluirse que en general el personal participante en la investigación, tiene condiciones favorables para emitir sus percepciones sobre la cultura de la seguridad del paciente.



Tabla 5: Distribución porcentual de participantes por tiempo de profesión, en la clínica y en la unidad. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.

Grupos de Edad	Tiempo en la Profesión		Tiempo en la Clínica		Tiempo en la Unidad	
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc
Entre 4 y 11 meses	3	9,4%	5	15,6%	5	15,6%
De 1 a 5 años	6	18,8%	6	18,8%	9	28,1%
De 6 a 10 años	6	18,8%	7	21,9%	7	21,9%
De 11 a 15 años	3	9,4%	4	12,5%	5	15,6%
De 16 a 20 años	4	12,5%	4	12,5%	3	9,4%
21 años o más	10	31,3%	6	18,8%	3	9,4%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

Tabla 6: Distribución porcentual de participantes por tipo de contrato en la clínica. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.

Tipo de Contrato	Frec	Porc
A término fijo	1	3,1%
A término indefinido	26	81,3%
Otro	1	3,1%
Prestación de servicios	4	12,5%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

Tabla 7: Distribución porcentual de participantes por horas laborales en la semana. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.

<b>Horas Laborales Semana</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>
De 20 a 39 horas	3	9,4%
De 40 a 59 horas	24	75,0%
De 60 a 79 horas	1	3,1%
Menos de 20 horas	4	12,5%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

Tres cuartas partes de las personas laboran entre 40 y 59 horas a la semana, rango en el que se encuentra el tiempo laboral promedio de una persona en el país

Teniendo en cuenta las variables anteriormente analizadas puede concluirse que en general el personal participante en la investigación, tiene condiciones favorables para emitir sus percepciones sobre la cultura de la seguridad del paciente.

De acuerdo con la principal área o unidad de trabajo y como se observa en la tabla 8, en general hubo una adecuada representación de las áreas de la Institución, donde el área de cirugía aportó la mayor proporción de participantes. Esto podría considerarse un hallazgo positivo en tanto que, en el área quirúrgica, la seguridad del paciente es un tema mucho más crítico que en algunas otras áreas. Le sigue en orden de participación los servicios médicos no quirúrgicos con 10 participantes: cuatro del área de medicina (no quirúrgica), cuatro de pediatría, uno de anestesiología y uno de diversas unidades (un médico general) (tabla 8).

En la tabla 9, se puede visualizar que una persona no respondió esta variable y se evidencia también la representatividad de los participantes, desde las diferentes profesiones o posiciones laborales al interior de la Clínica, donde se observó participación de profesionales médicos, de odontología, psicología, nutrición y dietética, fonoaudiología, enfermería, instrumentación quirúrgica, regencia de farmacia, así como personal auxiliar tanto de enfermería como de odontología. Todos manifestaron tener interacción directa y permanente con el paciente, excepto el regente de farmacia cuya interacción con el paciente usualmente es indirecta (tabla 9).

Tabla 8: Distribución porcentual de participantes según área principal o unidad de trabajo. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.

Principal Área o Unidad de Trabajo	Frec	Porc
Cirugía	13	40,6%
Odontología	6	18,8%
Medicina (no quirúrgica)	4	12,5%
Pediatría	4	12,5%
Consulta Externa	2	6,3%
Anestesiología	1	3,1%
Diversas unidades	1	3,1%
Farmacia	1	3,1%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>

Esta diversidad aporta una visión más amplia al tema de estudio.

Tabla 9: Distribución porcentual de participantes por posición laboral en la clínica. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.

Posición Laboral en la Clínica	Frec	Porc
Auxiliar de enfermería	7	22,6%
Auxiliar de odontología	4	12,9%
Instrumentador quirúrgico	4	12,9%
Médico especialista	4	12,9%
Enfermera profesional	3	9,7%
Médico general	2	6,5%
Fonoaudiólogo	1	3,2%
Médico año social obligatorio	1	3,2%
Nutricionista dietista	1	3,2%
Odontólogo especialista	1	3,2%
Odontólogo general	1	3,2%
Psicólogo	1	3,2%
Regente de farmacia	1	3,2%
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

El 61,3% (19 colaboradores) está representado por auxiliar de enfermería, auxiliar de odontología, instrumentador quirúrgico y médico especialista

## 5.2 Evaluación del Clima de Seguridad del Paciente.

### 5.2.1 Percepción del Grado de Seguridad del Paciente:

Tabla 10: Percepción de los participantes del grado de seguridad del paciente. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.

Grado de Seguridad del Paciente	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	8	25,0%
Excelente	5	15,6%
Muy Bueno	14	43,8%
Pobre	5	15,6%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

La percepción general que el personal de la Clínica tiene acerca de la seguridad del paciente en la Institución se evaluó a través de una escala cuyos grados oscilan entre %Malo, Pobre, Aceptable, Muy Bueno y Excelente+

En la tabla 10 se observan los resultados que arrojó esta evaluación, donde la mayoría de las personas (43,8%), considera como %Muy bueno+ el grado de seguridad del paciente en la Clínica, y si a este resultado se suma la proporción de personas que considera que es %Excelente+, siendo estos dos los mejores grados de calificación, se obtiene que el 59,4% de las personas tienen un concepto positivo acerca del tema. Aunque esta proporción es considerable y positiva, es de anotar que no alcanza el nivel suficiente como para considerar una fortaleza el concepto que el personal tiene acerca de la seguridad del paciente, además porque no es despreciable el hecho de que una cuarta parte (25,0%) opina que apenas es %Aceptable+ y aún más, el hecho de que haya personas que la evalúan como pobre (15,6%).

Es de anotar que nadie dio la peor calificación sobre el tema. Esto permite concluir entonces que apenas un poco más de la mitad del personal tiene una opinión favorable acerca del grado de seguridad del paciente en la Clínica, en tanto que la otra mitad tiene opiniones divididas pero desfavorables acerca del tema en cuestión.

### 5.2.2 Medidas de Resultado del Clima de Seguridad del Paciente.

El reporte de incidentes por parte del personal, es una de las conductas que mejor refleja el nivel de cultura de la seguridad del paciente en una institución de salud, por ello la importancia de su medición. En el estudio se indagó por este aspecto y fue llamativo como más de la mitad de las personas que respondieron esta variable (18 de 29 personas), lo que corresponde al 62,1%, manifestó no haber reportado ningún incidente en los dos últimos meses, solo el 37,9% realizó al menos un reporte, donde de 1 a 2 reportes fue la mayor frecuencia encontrada en este grupo (27,6%).

Tabla 11: Número de eventos reportados. Institución hospitalaria. Medellín. Octubre de 2015.

<b>N° Reportes de Incidentes en 1 Año</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguno	18	62,1%
De 1 a 2 reportes	8	27,6%
De 3 a 5 Reportes	2	6,9%
De 11 a 20 Reportes	1	3,4%
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

Las dimensiones 1 y 2 del cuestionario, también reflejan muy directamente el grado de cultura de seguridad del paciente en una institución de salud.

En la dimensión 1 sobre frecuencia de eventos reportados, las tres preguntas que la componen indagan qué tanto reporta el personal los incidentes o errores cometidos en la prestación, bien sea porque se identifican antes de que afecten al paciente o porque se identifican después de prestar el servicio tengan o no el potencial de causar daño al paciente.

En la tabla 12 se presentan los resultados de la evaluación de esta dimensión y como se observa, tanto en cada ítem como en el resultado total de la dimensión la proporción de personas que reportan apenas oscila entre el 48,4% y el 58,1%, resultados que resultan coherentes con el resultado del número de reportes que hacen las personas, donde más de la mitad de las personas no reporta ningún evento en un año.

Tabla 12: Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados.

Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados	Nunca/rara vez		Algunas veces		La mayoría del tiempo/Siempre		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	7	22,6%	7	22,6%	17	54,8%	31
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	5	16,1%	11	35,5%	15	48,4%	31
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	4	12,9%	9	29,0%	18	58,1%	31
<b>Total Dimensión</b>							
	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	50	53,8%					
Porcentaje Respuestas neutras	27	29,0%					
Porcentaje Respuestas negativas	16	17,2%					
Total Dimensión	93	100,0%					

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

La dimensión 2, aborda nuevamente el tema de la percepción de la seguridad del paciente desde cuatro preguntas, algunas con un enfoque negativo que indagan si el personal percibe que efectivamente en la institución se tienen problemas de seguridad con los pacientes y si es por azar que no ocurren más incidentes y otras desde un enfoque positivo para indagar si perciben que la seguridad del paciente está por encima a pesar de que haya que hacer mucho trabajo y si consideran que tienen mecanismos efectivos para prevenir errores.

Al respecto de esto y teniendo en cuenta que la calificación se invierte cuando la pregunta es negativa, se obtuvo que solo el 40,0% manifiesta estar en desacuerdo con que el azar tenga un papel importante para que no se presenten errores más serios con los pacientes y al relacionar esto con la última pregunta de la dimensión, podría decirse que hay cierta

correspondencia, pues solo el 56,3% está de acuerdo en que en la Clínica se tienen métodos efectivos para prevenir errores. Adicionalmente, el 61,3% opina que la seguridad del paciente no se sacrifica a pesar del volumen de trabajo y el 65,5% no está de acuerdo en que en la unidad se tengan problemas con la seguridad del paciente.

Como puede observarse, ningún resultado alcanza el nivel establecido en la metodología para ser considerado como una fortaleza en esta dimensión, así como tampoco, el resultado total de la dimensión que solo alcanzó el 55,7% (tabla 13). Este resultado parece estar muy relacionado y coherente con el resultado del grado de percepción de la seguridad que se presentó más arriba donde el porcentaje de favorabilidad fue del 59,4%.

Tabla 13: Dimensión 2: Percepción de la seguridad.

Dimensión 2: Percepción de La Seguridad	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo/Muy de acuerdo		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	12	40,0%	7	23,3%	11	36,7%	30
La Seguridad del Paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	7	22,6%	5	16,1%	19	61,3%	31
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes de esta unidad	19	65,5%	5	17,2%	5	17,2%	29
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir	7	21,9%	7	21,9%	18	56,3%	32
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	68	55,7%					
Porcentaje Respuestas neutras	24	19,7%					
Porcentaje Respuestas negativas	30	24,6%					
Total Dimensión	122	100,0%					

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

### 5.2.3 Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio.

Las dimensiones 3 a la 10 abordan el tema de la cultura de la seguridad, pero a nivel de cada unidad o servicio.

La Dimensión 3 está relacionada con las expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad del paciente. Aquí, dos de los cuatro ítems que la componen, están enunciados en sentido positivo e indagan por comportamientos positivos del jefe del área o unidad con sus colaboradores que pueden incidir en la seguridad del paciente y otros dos formulados en sentido negativo, que por el contrario indagan sobre comportamientos negativos del jefe de la Unidad/Servicio que también pueden incidir en la seguridad del paciente.

En la tabla 14, se pueden apreciar los resultados de esta dimensión, donde el 68,8% manifiesta estar en desacuerdo con la afirmación de que el jefe o supervisor de la unidad o servicio no hace caso de los problemas de seguridad con los pacientes, siendo este, el aspecto mejor evaluado en esta dimensión. Pero de otro lado, está el aspecto peor evaluado que indica que el jefe, en momentos de mucha presión, presiona a su vez a sus colaboradores para realizar el trabajo más rápido, aunque se tengan que simplificar ciertas labores. Es decir, puede resultar contradictorio que el jefe por una parte se interese en los problemas de seguridad de los pacientes, pero por otra, adopte conductas que puedan afectar dicha seguridad, como presionar a sus colaboradores para hacer el trabajo así se simplifiquen labores para cumplir en momentos de alto volumen de trabajo que puede afectar la calidad de la atención y por ende la seguridad del paciente (tabla 14).

Tabla 14: Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad.

Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo/Muy de acuerdo		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Mi Supervisor/Director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes	7	21,9%	6	18,8%	19	59,4%	32
Mi Supervisor/Director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	7	21,9%	5	15,6%	20	62,5%	32
Cuando la presión se incrementa, mi Supervisor/Director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo	17	53,1%	9	28,1%	6	18,8%	32
Mi Supervisor/Director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez	22	68,8%	5	15,6%	5	15,6%	32
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	78	60,9%					
Porcentaje Respuestas neutras	25	19,5%					
Porcentaje Respuestas negativas	25	19,5%					
Total Dimensión	128	100,0%					



Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

El aprendizaje organizacional y la mejora continua se evalúan en la dimensión 4 en la que se explora si las personas consideran que la Institución es proactiva en relación con la seguridad del paciente, si aprende de los errores y si evalúa la efectividad de los cambios que se implementan en favor de la seguridad del paciente. En esta dimensión, algunos resultados son más positivos que los encontrados hasta el momento, así por ejemplo la opinión sobre la proactividad de la institución para hacer cosas que mejoren la seguridad del paciente alcanzó un puntaje del 78,1%.

Con este resultado, este aspecto alcanza el nivel de fortaleza en la Institución. En cuanto a si la Clínica aprende de los errores a partir de los cuales se generan cambios positivos, obtuvo también un buen porcentaje, 71,9% y si bien aún no alcanza a ser una fortaleza, puede decirse que está más cerca de serlo, además porque se potencializa con el ítem anterior y esto denota interés por parte de la Institución hacia el aprendizaje organizacional y la mejora continua, aunque debe trabajar en evaluar la efectividad de los cambios implementados para mejorar la seguridad del paciente, ya que solo tuvo una favorabilidad del 53,1% y este resultado contribuyó a que la calificación del total de la dimensión se situara por debajo del 70%, quedando así como una oportunidad de mejora (tabla 13).

Tabla 15: Dimensión 4: Aprendizaje organizacional. Mejora continua.

Dimensión 4: Aprendizaje Organizacional/Mejora Continua	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo/Muy de acuerdo		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	4	12,5%	3	9,4%	25	78,1%	32
Los errores han llevado a cambios positivos	4	12,5%	5	15,6%	23	71,9%	32
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	10	31,3%	5	15,6%	17	53,1%	32
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	65	67,7%					
Porcentaje Respuestas neutras	13	13,5%					
Porcentaje Respuestas negativas	18	18,8%					
Total Dimensión	96	100,0%					

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

Tabla 16: Dimensión 5: Trabajo en equipo.

Dimensión 5: Trabajo en Equipo	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo/Muy de acuerdo		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
La gente se apoya una a la otra en esta unidad	2	6,3%	4	12,5%	26	81,3%	32
Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo	4	12,5%	6	18,8%	22	68,8%	32
En esta Unidad, el personal se trata con respeto	1	3,1%	2	6,3%	29	90,6%	32
Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan	9	29,0%	4	12,9%	18	58,1%	31
<b>Total Dimensión</b>		<b>Frec</b>	<b>Porc</b>				
Porcentaje Respuestas positivas		95	74,8%				
Porcentaje Respuestas neutras		16	12,6%				
Porcentaje Respuestas negativas		16	12,6%				
Total Dimensión		127	100,0%				

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

En la dimensión 5, se evalúa el trabajo en equipo y se indaga por el nivel de apoyo entre las personas, el trabajo en equipo directamente, el trato respetuoso y la cooperación entre el personal de la unidad.

Esta dimensión fue la mejor evaluada por el personal, prácticamente su resultado que fue del 74,8%, alcanza el nivel de fortaleza y el trato respetuoso y el apoyo entre el personal fueron los ítems con resultados muy superiores (90,6% y 81,3% respectivamente) que hacen que cada uno de ellos sea considerado una fortaleza y sin duda fueron los que favorecieron el resultado final de la dimensión. La cooperación entre las personas especialmente, es el aspecto en el que más debe trabajar la Institución para fortalecer el trabajo en equipo.

Otro de los aspectos más importantes para favorecer una cultura de seguridad del paciente en una institución, es la comunicación y dentro de esta, la posibilidad que el personal pueda expresar libremente sus opiniones, sus desacuerdos, sus dudas, sus sugerencias, etc. en general, pero en este caso en particular, en torno a la seguridad del paciente.

La dimensión 6 evalúa este aspecto: %franqueza en la comunicación+ con tres preguntas, las dos primeras en sentido positivo, donde las personas debían

expresar sus opiniones sobre si sienten libertad para hablar sobre algo que consideran negativo para la seguridad del paciente o para cuestionar decisiones de superiores sobre el tema y la tercera pregunta, formulada en sentido negativo, indaga si hay miedo entre las personas para preguntar sobre algo que no consideran estar bien. Los resultados arrojados por este estudio con relación a esta dimensión fueron muy desfavorables, el resultado total solo alcanzó el 43,8%, es decir que menos de la mitad de las personas se sienten con libertad para expresarse en la Institución sobre todo cuando se trata de expresar desacuerdos.

Tabla 17: Dimensión 6: Franqueza en la comunicación

Dimensión 6: Franqueza en la comunicación	Nunca/rara vez		Algunas veces		La mayoría del tiempo/Siempre		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	5	15,6%	10	31,3%	17	53,1%	32
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	15	46,9%	9	28,1%	8	25,0%	32
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	14	43,8%	14	43,8%	4	12,5%	32
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	39	40,6%					
Porcentaje Respuestas neutras	33	34,4%					
Porcentaje Respuestas negativas	24	25,0%					
Total Dimensión	96	100,0%					

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

El peor resultado lo tuvo el ítem relacionado con la posibilidad de cuestionar decisiones o acciones de sus superiores que solo alcanzó un 25,0% de favorabilidad (tabla 17). Estos resultados evidencian una gran oportunidad de mejora en la Clínica en cuanto al tema de comunicación.

Tabla 18: Dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores

Dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores	Nunca/rara vez		Algunas veces		La mayoría del tiempo/Siempre		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes	11	34,4%	7	21,9%	14	43,8%	32
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	6	18,8%	10	31,3%	16	50,0%	32
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	7	21,9%	11	34,4%	14	43,8%	32
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	44	45,8%					
Porcentaje Respuestas neutras	28	29,2%					
Porcentaje Respuestas negativas	24	25,0%					
Total Dimensión	96	100,0%					

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

La dimensión 7, también está relacionada con la comunicación, en esta oportunidad desde la realimentación al personal de la Institución tanto de los errores que se cometen, como de los cambios que se generan a partir de los análisis de incidentes, así como también desde la comunicación entre el personal sobre cómo prevenir errores. También en esta dimensión, se observan pobres resultados que oscilan entre el 43,8% y el 50,0%, con un resultado total de la dimensión de apenas el 45,8% (tabla 18). Estos resultados permiten concluir, que también desde este lado de la comunicación, hay importantes oportunidades de mejora que incidan en la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 19: Dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores.

Dimensión 8: Respuesta No Punitiva a los Errores	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo/Muy de acuerdo		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
El personal siente que sus errores son considerados en su contra	21	67,7%	4	12,9%	6	19,4%	31
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema	19	61,3%	7	22,6%	5	16,1%	31
El personal se preocupa de que los errores que se cometen sean guardados en sus expedientes	16	51,6%	7	22,6%	8	25,8%	31
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	47	56,0%					
Porcentaje Respuestas neutras	18	21,4%					
Porcentaje Respuestas negativas	19	22,6%					
Total Dimensión	84	100,0%					

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

La respuesta no punitiva a los errores es el aspecto global que evalúa la dimensión 8. En esta, se abordan temas como si los participantes consideran que sus errores son usados en contra suya, o si se reseñan en su hoja de vida, así como si se utilizan para culpabilizar a la persona.

El resultado total de esta dimensión solo alcanzó el 56,0% de respuestas positivas, el 67,7% de las personas estuvo en desacuerdo con que los errores son usados en contra de la persona, siendo éste el ítem mejor evaluado en esta dimensión (tabla 19). Al comparar estos resultados con los resultados del reporte de incidentes, donde el 56,3% de las personas no reporta ningún incidente y con los resultados de la dimensión 1 donde hubo un 53,8% de favorabilidad relacionado con el reporte de incidentes antes de afectar al paciente, o incidentes que pueden o no tener potencial daño al paciente, resultan bastante coherentes. Es decir, gran parte del personal no reporta incidentes, posiblemente porque teme que esto sea usado en su contra.

Tabla 20: Dimensión 9: Dotación de personal.

Dimensión 9: Dotación de Personal	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo/Muy de acuerdo		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	11	34,4%	6	18,8%	15	46,9%	32
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	9	29,0%	8	25,8%	14	45,2%	31
Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente	19	59,4%	6	18,8%	7	21,9%	32
Frecuentemente trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente	15	46,9%	7	21,9%	10	31,3%	32
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	58	45,7%					
Porcentaje Respuestas neutras	27	21,3%					
Porcentaje Respuestas negativas	42	33,1%					
Total Dimensión	127	100,0%					

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

La dotación de personal, aspecto evaluado en la dimensión 9, también tuvo un resultado bajo, apenas alcanzó el 45,7%. En esta dimensión se exploró que tan de acuerdo se está con la afirmación de que en la Institución se cuenta con suficiente personal para realizar el trabajo, a lo que solo el 46,9% respondió positivamente. Se exploró también qué tan de acuerdo o en desacuerdo se está con que en la unidad se trabaja más horas y si se cuenta con más personal temporal de lo debido y si se trabaja frecuentemente bajo presión. Dado que son afirmaciones en sentido negativo, las respuestas favorables serían estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con ellas.

Los puntajes obtenidos a estas afirmaciones estuvieron por debajo del 60%, donde el aspecto peor evaluado fue el de trabajar más horas de lo que es debido para brindar un buen cuidado al paciente, solo tuvo un puntaje del 29,0%. Es evidente entonces con estos resultados, que, para la Clínica, la dotación de personal es otra importante oportunidad de mejora.

La última dimensión de este grupo que evalúa la cultura de la seguridad del paciente en la Unidad o Servicio, es la dimensión 10, relacionada con el apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente. En esta dimensión se evalúan tres ítems, dos en sentido positivo, que evalúan que tan de acuerdo se está con las afirmaciones de que la Clínica provee un ambiente laboral para favorecer la seguridad del paciente y si las acciones de las directivas de la Clínica consideran verdaderamente como prioritaria la seguridad del paciente. El tercer ítem planteado en sentido negativo, pide las percepciones acerca de qué tan de acuerdo o en desacuerdo se está con que las directivas solo consideran importante la seguridad del paciente después de un incidente.

Como se observa en la tabla 21, el mejor resultado en esta dimensión lo aportó el ítem que afirma que la Clínica provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, con un puntaje del 65,6%, seguido por el de que para la Clínica la seguridad del paciente es altamente prioritaria con el 62,5% de respuestas favorables. Es importante anotar que en desacuerdo con que la Clínica solo se interese por la seguridad del paciente luego de ocurrido un incidente, obtuvo un 59,4%, y como se observa en contraposición a esta percepción, hay un porcentaje importante (31,3%) de personas que piensan que efectivamente el interés de la Clínica solo surge después de ocurridos los incidentes. Estos resultados indican que en esta dimensión tampoco se alcanzó el nivel de fortaleza ni en los ítems, ni en el resultado total que fue del 62,5%.

Como se vio al inicio en la evaluación de la percepción del grado de Seguridad del paciente el 59,4% lo calificó como **Muy Bueno o Excelente+**, este resultado también parece tener concordancia con el resultado de esta dimensión, es decir, un poco más del 60% consideran que hay apoyo de la gerencia de la Clínica en el tema de seguridad del paciente y de otra cerca del 60% están considerando que el grado de seguridad del paciente es muy bueno o excelente.

Tabla 21: Dimensión 10: Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente.

Dimensión 10: Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo/Muy de acuerdo		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
La Dirección de La Clínica provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	5	15,6%	6	18,8%	21	65,6%	32
Las acciones de la Dirección de esta Clínica muestra que la Seguridad del paciente es altamente prioritaria	4	12,5%	8	25,0%	20	62,5%	32
La Dirección de La Clínica parece interesada en la Seguridad del Paciente solo después de que ocurre un incidente adverso	19	59,4%	3	9,4%	10	31,3%	32
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	60	62,5%					
Porcentaje Respuestas neutras	17	17,7%					
Porcentaje Respuestas negativas	19	19,8%					
Total Dimensión	96	100,0%					

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

#### 5.2.4 Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de toda la Clínica

Los resultados en este aparte del estudio, están enfocados entonces a evaluar las percepciones del personal, pero ya no solo a nivel de su unidad o servicio, sino a nivel de toda la Clínica.

Se tienen en cuenta dos dimensiones: la dimensión 11, relacionada con el trabajo en equipo, pero entre las diferentes unidades o servicios de la Clínica y la dimensión 12 enfocada hacia problemas con cambios de turno y la transición entre diferentes servicios o unidades en la Clínica.

Tabla 22: Dimensión 11: Trabajo en equipo entre unidades/servicios.

Dimensión 11: Trabajo en Equipo entre Unidades/Servicios	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo/Muy de acuerdo		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Las unidades de la Clínica no se coordinan bien entre ellas	21	65,6%	6	18,8%	5	15,6%	32
Hay buena cooperación entre las unidades de la Clínica que necesitan trabajar juntas	5	15,6%	5	15,6%	22	68,8%	32
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta Clínica	29	90,6%	2	6,3%	1	3,1%	32
Las unidades de la Clínica trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes	1	3,2%	10	32,3%	20	64,5%	31
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	92	72,4%					
Porcentaje Respuestas neutras	23	18,1%					
Porcentaje Respuestas negativas	12	9,4%					
Total Dimensión	127	100,0%					

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

En la tabla 22, se presentan los resultados de la dimensión 11, cuya calificación total fue del 72,4%, resultado que si bien, no alcanza el punto de corte establecido en la metodología para calificarse como una fortaleza, está muy cercano y es una de las dimensiones mejor evaluadas en el estudio. Dentro de los ítems que evalúa esta dimensión el mejor puntaje lo obtuvo el que afirma que frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades de la Clínica, donde el 90,6% de las personas manifestaron estar en



desacuerdo con esta afirmación, resultado totalmente concordante con el ítem de la dimensión 5 que dice que en esta unidad el personal se trata con respeto+ cuyo puntaje fue también del 90,6%, lo que refuerza que efectivamente en la Clínica el respeto entre las personas, independientemente del área o unidad de trabajo, es una de las mayores fortalezas para fomentar y propiciar la cultura de seguridad del paciente.

También es de destacar en la dimensión 11, que en general los resultados de los otros ítems, como es la cooperación, la coordinación, y el trabajo conjunto entre áreas, con porcentajes de favorabilidad del 68,8%, 65,6%, 64,5% respectivamente, que, aunque claramente no cumplen la meta de fortaleza, son algunos de los más altos en este estudio y evidencian sinergia entre ellos que permite concluir que el trabajo en equipo va constituyéndose en una fortaleza en la Clínica.

Tabla 23: Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Muy en desacuerdo/En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo/Muy de acuerdo		Total Respuestas
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra	25	80,6%	5	16,1%	1	3,2%	31
Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno	22	71,0%	7	22,6%	2	6,5%	31
A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de esta Clínica	19	59,4%	8	25,0%	5	15,6%	32
Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en esta Clínica	23	74,2%	8	25,8%	0	0,0%	31
<b>Total Dimensión</b>	<b>Frec</b>	<b>Porc</b>					
Porcentaje Respuestas positivas	89	71,2%					
Porcentaje Respuestas neutras	28	22,4%					
Porcentaje Respuestas negativas	8	6,4%					
Total Dimensión	125	100,0%					

La dimensión 12 por su parte, plantea si se pierde información de los pacientes cuando estos son trasladados de una unidad a otra o en los cambios de turno, si hay problemas de intercambio de información entre unidades y si los cambios de turno resultan problemáticos para los pacientes.

En esta dimensión, puede decirse que, con excepción de los problemas en el intercambio de información entre unidades, los resultados son muy positivos: el 80,6% de las personas no está de acuerdo que en la Clínica se pierda información de los pacientes cuando se trasladan de unidad, siendo éste el ítem mejor evaluado en esta dimensión, además que su puntaje lo ubica en el rango de fortaleza.

Pero también el hecho de que el 74,2% no esté de acuerdo con que los cambios de turno sean problemáticos para el paciente y que el 71,0 % tampoco esté de acuerdo en que se pierda información de los pacientes en los cambios de turno, son resultados que casi alcanzan el grado de fortaleza y en general denotan, un alto interés por la información de los pacientes, conducta esta que se convierte en un buen sustento para fomentar la cultura de seguridad del paciente.

El otro ítem evaluado: ~~%~~ menudo surgen problemas de intercambio de información entre áreas+ obtuvo el menor puntaje (59,4%) y sin duda este resultado fue el que más influyó para que la calificación total de la dimensión no alcanzara el nivel de fortaleza, aunque con un porcentaje total del 71,2%, también fue una de las dimensiones mejor evaluadas.

### **5.2.5 Análisis global de las dimensiones y oportunidades de mejora en el clima de seguridad en la Clínica**

#### **Fortalezas y Oportunidades de mejora:**

De manera general un ítem o una dimensión se consideran fortaleza cuando obtiene un porcentaje de favorabilidad igual o superior al 75%. Según los criterios de la metodología se obtiene:

- Un porcentaje igual o superior al 75% de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) cuando la pregunta fue formulada en positivo
- Un porcentaje igual o superior al 75% de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o nunca/raramente) cuando la pregunta fue formulada en negativo

Y una oportunidad de mejora cuando se obtiene:

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

De acuerdo con lo anterior, en sentido estricto y de acuerdo con los resultados obtenidos, ninguna dimensión alcanzó la categoría de fortaleza, aunque por el puntaje obtenido en la dimensión 5, Trabajo en Equipo en la Unidad o Servicio que fue de 74,8%, prácticamente esta dimensión puede considerarse una fortaleza para la cultura de la seguridad del paciente en la Clínica.

La Dimensión 11: Trabajo en equipo entre unidades o servicios con un puntaje del 72,4% (tabla 22) y la Dimensión 12: Problemas en cambios de turnos y transiciones entre unidades o servicios con un puntaje del 71,2% (tabla 22) fueron las dos siguientes dimensiones con mayores proporciones de respuestas a favor. Estos resultados indican que serían estos entonces los aspectos sobre los cuales la Clínica tiene mejores soportes para fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

De otro lado, las dimensiones con menores porcentajes de respuestas positivas, fueron la dimensión 6: Franqueza en la comunicación con apenas el 40,6% de favorabilidad (tabla 22), la dimensión 9: dotación de personal con el 45,7% (tabla 22) y la dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores con el 45,8% de respuestas positivas (tabla 22). Estos aspectos, son realmente débiles como puntos importantes de una cultura de seguridad del paciente y por ende ameritan toda la atención.

Las demás dimensiones (Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados; dimensión 2: Percepción de la seguridad del paciente; dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección del servicio que favorecen la seguridad; dimensión 4: Aprendizaje organizacional y mejora continua y la dimensión 10: Apoyo de la gerencia de la Clínica en la seguridad del paciente), oscilaron entre el 53,8% y el 67,7% de favorabilidad (tabla 22), es decir, son resultados muy neutros que se convierten también en aspectos sobre los cuales se debe trabajar para favorecer la cultura de seguridad del paciente.

De otro lado también se resalta que hubo algunos ítems calificados como fortalezas, como se observa en la tabla 23. Tres de estos ítems hacen referencia al trabajo en equipo, dos de la dimensión 5, *La gente se apoya una a la otra en esta unidad* y *En esta unidad la gente se trata con respeto* uno de dimensión 11 donde la mayoría de las personas no están de acuerdo que *es desagradable trabajar con personal de otras áreas*.

Tabla 24: Consolidado de la calificación de las 12 dimensiones.

DIMENSIÓN	Respuestas positivas		Respuestas neutras		Respuestas negativas	
	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc
Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados	50	53,8%	27	29,0%	16	17,2%
Dimensión 2: Percepción de La Seguridad	68	55,7%	24	19,7%	30	24,6%
Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/ De la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad	78	60,9%	25	19,5%	25	19,5%
Dimensión 4: Aprendizaje Organizacional/Mejora Continua	65	67,7%	13	13,5%	18	18,8%
Dimensión 5: Trabajo en Equipo	95	74,8%	16	12,6%	16	12,6%
Dimensión 6: Franqueza en la comunicación	39	40,6%	33	34,4%	24	25,0%
Dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores	44	45,8%	28	29,2%	24	25,0%
Dimensión 8: Respuesta No Punitiva a los Errores	47	56,0%	18	21,4%	19	22,6%
Dimensión 9: Dotación de Personal	58	45,7%	27	21,3%	42	33,1%
Dimensión 10: Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente	60	62,5%	17	17,7%	19	19,8%
Dimensión 11: Trabajo en Equipo entre Unidades/Servicios	92	72,4%	23	18,1%	12	9,4%
Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades	89	71,2%	28	22,4%	8	6,4%

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

Tabla 25: Consolidado de ítems calificados como fortaleza.

Dimensión	Ítem de la Dimensión	Frec Respuestas positivas	Porc Favorabilidad
Dimensión 4: Aprendizaje Organizacional/Mejora Continua	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	25	78,1%
Dimensión 5: Trabajo en Equipo en la Unidad o Servicio	La gente se apoya una a la otra en esta unidad	26	81,3%
	En esta Unidad, el personal se trata con respeto	29	90,6%
Dimensión 11: Trabajo en Equipo entre Unidades/Servicios	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta Clínica	29	90,6%
Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades	La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra	25	80,6%

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

En la dimensión 4 se encuentra otra fortaleza: %Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente+ y en la dimensión 12, también como fortaleza se encontró que una alta proporción de las personas no están de acuerdo con que %la información de los pacientes se pierde cuando se transfieren de una unidad a otra+. Estos ítems tuvieron puntajes que oscilaron entre 78,1% y 90,60% por lo que se convierten en fortalezas.

Ninguna dimensión obtuvo un porcentaje de respuestas negativas  $\geq$  50%, como para ser considerados oportunidades de mejora (tabla 25). En cuanto a los ítems hubo algunos con porcentajes de respuestas favorables muy bajos, por debajo del 50% a los cuales se les debe prestar atención:

- El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (favorabilidad del 25,0%).
- El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente (favorabilidad del 29,0%)
- Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí (favorabilidad del 40,0%)
- El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien (favorabilidad del 43,8%)
- La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes (favorabilidad del 43,8%)
- En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer (favorabilidad del 43,8%)
- Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo (favorabilidad del 46,9%)
- Frecuentemente trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente (favorabilidad del 46,9%)
- Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado? (favorabilidad del 48,4%)

Sin embargo, tampoco hubo ítems con calificaciones que los pudieran ubicar en el rango de oportunidad de mejora, como se observa en la tabla 26:

Tabla 26: Consolidado de ítems según si aplica o no calificación para oportunidad de mejora

Dimensión	Ítems	En Desacuerdo/Muy en Desacuerdo o Nunca/rara vez		Ni de Acuerdo/Ni en Desacuerdo o Algunas veces		De Acuerdo/Muy de Acuerdo o La mayoría del tiempo/Siempre		Total Respuestas
		Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	7	22,6%	7	22,6%	17	54,8%	31
	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	5	16,1%	11	35,5%	15	48,4%	31
	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	4	12,9%	9	29,0%	18	58,1%	31
Dimensión 2: Percepción de La Seguridad	Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	12	40,0%	7	23,3%	11	36,7%	30
	La Seguridad del Paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	7	22,6%	5	16,1%	19	61,3%	31
	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes de esta unidad	19	65,5%	5	17,2%	5	17,2%	29
	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir	7	21,9%	7	21,9%	18	56,3%	32

Dimensión	Ítems	En Desacuerdo/Muy en Desacuerdo o Nunca/rara vez		Ni de Acuerdo/Ni en Desacuerdo o Algunas veces		De Acuerdo/Muy de Acuerdo o La mayoría del tiempo/Siempre		Total Respuestas
		Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad	Mi Supervisor/Director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes	7	21,9%	6	18,8%	19	59,4%	32
	Mi Supervisor/Director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	7	21,9%	5	15,6%	20	62,5%	32
	Cuando la presión se incrementa, mi Supervisor/Director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo	17	53,1%	9	28,1%	6	18,8%	32
	Mi Supervisor/Director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez	22	68,8%	5	15,6%	5	15,6%	32
Dimensión 4: Aprendizaje Organizacional/Mejora Continua	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	10	31,3%	5	15,6%	17	53,1%	32
Dimensión 5: Trabajo en Equipo	Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo	4	12,5%	6	18,8%	22	68,8%	32
	Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan	9	29,0%	4	12,9%	18	58,1%	31
Dimensión 6: Franqueza en la comunicación	El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	5	15,6%	10	31,3%	17	53,1%	32
	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	15	46,9%	9	28,1%	8	25,0%	32
	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	14	43,8%	14	43,8%	4	12,5%	32



Dimensión	Ítems	En Desacuerdo/Muy en Desacuerdo o Nunca/rara vez		Ni de Acuerdo/Ni en Desacuerdo o Algunas veces		De Acuerdo/Muy de Acuerdo o La mayoría del tiempo/Siempre		Total Respuestas
		Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores	La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes	11	34,4%	7	21,9%	14	43,8%	32
	Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	6	18,8%	10	31,3%	16	50,0%	32
	En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	7	21,9%	11	34,4%	14	43,8%	32
Dimensión 8: Respuesta No Punitiva a los Errores	El personal siente que sus errores son considerados en su contra	21	67,7%	4	12,9%	6	19,4%	31
	Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema	19	61,3%	7	22,6%	5	16,1%	31
	El personal se preocupa de que los errores que se cometen sean guardados en sus expedientes	16	51,6%	7	22,6%	8	25,8%	31
Dimensión 9: Dotación de Personal	Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	11	34,4%	6	18,8%	15	46,9%	32
	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	9	29,0%	8	25,8%	14	45,2%	31
	Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente	19	59,4%	6	18,8%	7	21,9%	32
	Frecuentemente trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente	15	46,9%	7	21,9%	10	31,3%	32

Dimensión	Ítems	En Desacuerdo/Muy en Desacuerdo o Nunca/rara vez		Ni de Acuerdo/Ni en Desacuerdo o Algunas veces		De Acuerdo/Muy de Acuerdo o La mayoría del tiempo/Siempre		Total Respuestas
		Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	
Dimensión 10: Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente	La Dirección de La Clínica provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	5	15,6%	6	18,8%	21	65,6%	32
	Las acciones de la Dirección de esta Clínica muestra que la Seguridad del paciente es altamente prioritaria	4	12,5%	8	25,0%	20	62,5%	32
	La Dirección de La Clínica parece interesada en la Seguridad del Paciente solo después de que ocurre un incidente adverso	19	59,4%	3	9,4%	10	31,3%	32
Dimensión 11: Trabajo en Equipo entre Unidades/Servicios	Las unidades de la Clínica no se coordinan bien entre ellas	21	65,6%	6	18,8%	5	15,6%	32
	Hay buena cooperación entre las unidades de la Clínica que necesitan trabajar juntas	5	15,6%	5	15,6%	22	68,8%	32
	Las unidades de la Clínica trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes	1	3,2%	10	32,3%	20	64,5%	31
Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades	Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno	22	71,0%	7	22,6%	2	6,5%	31
	A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de esta Clínica	19	59,4%	8	25,0%	5	15,6%	32
	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en esta Clínica	23	74,2%	8	25,8%	0	0,0%	31

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

## 5.2.6 Percepciones negativas: análisis con el diagrama de Pareto

Hasta el momento se ha hecho el análisis de la cultura de seguridad del paciente en la Institución participante desde las respuestas positivas, pero en contraposición a este, está el análisis, también importante de las respuestas negativas ya que ayuda concretar la priorización de las oportunidades de mejora para la Institución.

Gráfico 4: Diagrama de Pareto según respuestas negativas en las dimensiones.

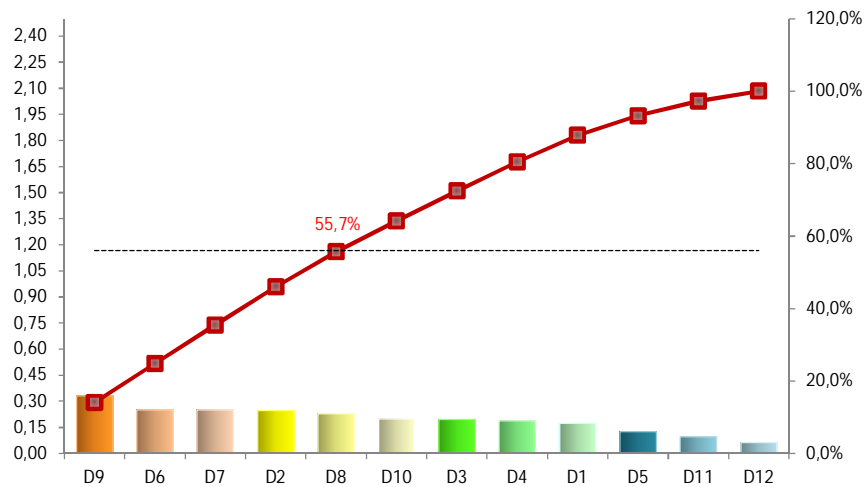


Figura 4. Diagrama de Pareto según respuestas negativas en las dimensiones

- |   |  |
|---|--|
| D 1: Frecuencia de eventos notificados  | D 7: Feed-back y comunicación sobre errores                                  |
| D 2: Percepción de La Seguridad   | D 8: Respuesta No Punitiva a los Errores                                     |
| D 3: Expectativas y acciones de la dirección/ De la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad | D 9: Dotación de Personal  |
| D 4: Aprendizaje Organizacional/Mejora Continua   | D 10: Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente        |
| D 5: Trabajo en Equipo  | D 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades |
| D 6: Franqueza en la comunicación   | D 11: Trabajo en Equipo entre Unidades/Servicios                             |

Fuente: Estudio sobre percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015

El análisis de Pareto, contribuye entonces a facilitar dicha priorización pues el principio fundamental de este dice que en unos pocos factores son responsables de la mayor parte de los resultados obtenidos,

En la figura 4, se presenta el diagrama de Pareto para este estudio, para ello se tuvo en cuenta el promedio de respuestas negativas en cada dimensión y con base en estos promedios se obtuvo el porcentaje de participación de cada una en el total de respuestas negativas.

Como se observa y también concordante con el análisis de respuestas positivas, las dimensiones que mayor participación con respuestas negativas tuvieron, fueron aquellas que en general a su vez, tuvieron menores porcentajes en las respuestas positivas. La dotación de personal, la franqueza en la comunicación, el Feed-back y la comunicación de errores, la percepción de la seguridad y la respuesta no punitiva a los errores son los aspectos sobre los cuales debería trabajar más la Clínica para fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Trabajar y mejorar estos aspectos reduciría aproximadamente en un 50% los aspectos negativos que no contribuyen a la cultura de seguridad del paciente en la Clínica.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo con los aspectos éticos y legales, Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se considera sin riesgo ya que la metodología considera solo la aplicación de encuestas para los participantes. Se gestionó previamente la autorización de la institución objeto de estudio y se les solicitará a los profesionales en salud, su participación voluntaria, respetando la decisión de quienes no acepten participar en la investigación; asegurando y precisando la confidencialidad de la información.

Los investigadores se comprometen a guardar la confidencialidad de la información y solo se tomarán resultados generales sin hacer mención a personas específicas

Los investigadores que están llevando a cabo este proyecto, no tienen intereses económicos, políticos o financieros sobre esta investigación, así como tampoco vínculos de tipo laboral, social o personal con la institución participante en el estudio, lo que asegura y garantiza que los resultados encontrados no serán influenciados por intereses diferentes a los planteados en los objetivos de la investigación.

## 7. DISCUSIÓN Y ANALISIS

La seguridad del paciente, es un tema de gran relevancia para las instituciones de salud pues en esencia su misión fundamental es contribuir a mejorar o recuperar la salud de las personas que acuden a ella y no adicionar riesgos o daños a la misma. Sin embargo, la atención en salud es compleja y la probabilidad de cometer errores es inherente a ella. Bastante documentada está esta problemática y por ello cada vez más los sistemas de salud en el mundo están trabajando en el tema de seguridad del paciente con el propósito de que se cometan menos daños innecesarios a los pacientes.

Pero la seguridad del paciente en una institución de salud, en gran medida, depende del grado de cultura que se tenga sobre ella en dicha institución. A su vez la cultura de seguridad del paciente es el reflejo de la interacción de gran cantidad de aspectos de la organización (procesos, directrices, comportamientos, actitudes, entre otros) y no depende solo del conocimiento y habilidades del personal asistencial.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó un estudio descriptivo para evaluar la percepción del personal de salud en una institución hospitalaria de salud de segundo nivel de complejidad de la ciudad de Medellín, utilizando para ello el cuestionario de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, validado a su vez por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia que evalúa la cultura de seguridad del paciente desde 12 dimensiones y otros aspectos básicamente laborales.

Dentro de los hallazgos del estudio se encontró que en el estudio participó solo personal de salud, todos, excepto el personal de farmacia, tiene contacto directo con pacientes, lo cual resulta positivo para esta investigación, ya que el objetivo era conocer las percepciones sobre cultura de seguridad del paciente solo en personal de salud directamente relacionado con la atención. Además, hubo en general buena representación, tanto desde las diferentes áreas de la Clínica como desde diferentes profesiones de la salud. Igualmente es de anotar que el 56,3% de las personas llevan seis o más años trabajando en la unidad o más aún, si se considerara que un año o más de trabajo en la institución es un tiempo prudencial para emitir opiniones fundamentadas, dicho porcentaje se incrementaría al 84,4%, es decir, más del 80% lleva un año o más, lo que favorece la confiabilidad de los resultados ya que se considera que el personal tiene suficiente experiencia para aportar sus percepciones.

Con relación al tema de la cultura de la seguridad propiamente dicha y de acuerdo con la calificación global que los participantes debían dar a cómo percibían el grado de seguridad del paciente, el 59,4% lo calificó como ~~Muy~~ Bueno o Excelente+, resultado que, si bien abarca más de la mitad de la población, indica que al menos hay un 40% que apenas la considera aceptable o en grados peores. Permite concluir pues que no hay un alto grado de percepción de seguridad del paciente en la Institución. Estos resultados fueron contrastados con dos estudios realizados en España, uno realizado por una

enfermera en un servicio de urgencias y dirigido solo a personal de enfermería (Varela Espiñeira) y otro realizado en 24 hospitales de diferentes tamaños (sistema nacional de salud español). En este aspecto específicamente en el estudio realizado en el servicio de urgencias, el 100% de los participantes opinaron que el grado de seguridad del paciente en el servicio de urgencias era %Aceptable o Muy Bueno+, nadie lo calificó como excelente. En el estudio del Sistema Nacional de Salud Español, también como en el presente estudio, la mayoría de las respuestas estuvieron entre %Muy Bueno y Excelente+ pero siendo mucho mayor la proporción que fue del 71,7%, lo cual indicaría ya una tendencia a que en general en dicho ámbito la seguridad del paciente tiene un buen grado de percepción.

En cuanto al número de eventos notificados parece tener un comportamiento más o menos generalizado en diferentes ámbitos, tanto en el presente estudio, como en el estudio realizado en el servicio de urgencias y en el estudio realizado en los diferentes hospitales, la mayoría de los participantes manifestaron no haber notificado ningún evento en el último año, aunque fue mayor la proporción en el estudio de los hospitales con el 77,8%, seguido por el del servicio de urgencias con el 62% resultado éste muy similar al del presente estudio que fue del 62,1%.

Como se mencionó en el aparte de los resultados, la notificación de eventos es uno de los aspectos a reforzar, pues no solo el 62,1% no notifica eventos, sino que en proporciones similares están quienes notifican bien sea cuando identifican el error antes de prestar la atención al paciente, o una vez prestada aquellos que puedan causar o no daño al paciente, aspectos evaluados en la dimensión 1 que tuvo un puntaje de favorabilidad del 53,8%, es decir, se corresponde más o menos con lo anterior donde más de la mitad no notifica y la otra mitad notifica. Situación que es preocupante pues el reporte de errores es una conducta fundamental de la cultura para mejorar la seguridad del paciente. Pero esta situación no es solamente de la institución donde se realizó esta investigación, de acuerdo con los dos estudios mencionados, la situación parece ser más crítica en este aspecto, pues solo el 48,27% fue el puntaje de favorabilidad en esta dimensión en el estudio del servicio de urgencias y el 46,9% en el estudio hospitalario.

En cuanto a las dimensiones que evalúan propiamente la percepción de la seguridad del paciente tanto a nivel de la unidad o servicio donde laboran las personas la mayor parte del tiempo, como a nivel de toda la Clínica, se observó que prácticamente la única dimensión que alcanzó el nivel de fortaleza fue la dimensión 5 sobre %Trabajo en Equipo en la unidad o servicio+ con un puntaje de 74,8% con el respeto y el apoyo mutuo entre las personas como los aspectos mejor evaluados en esta dimensión con niveles también de fortaleza (90,6% y 81,3% respectivamente). Le siguen en su orden, aunque no alcanzan a ser fortalezas, el %Trabajo en Equipo entre áreas+ con el 72,4% y %Problemas con cambios de turno y transición entre unidades+ con el 71,2%. Estos resultados parecen mostrar que en la Clínica las relaciones interpersonales son una fortaleza, donde el respeto, el hecho de que consideren que no es

desagradable trabajar con personas de otras unidades y la ayuda mutua son pilares fundamentales para dichas relaciones. Igualmente, el hecho haber buenas relaciones entre el personal, podría tener influencia positiva a la hora de interactuar en bien del paciente, como en momentos críticos como los cambios de turno o de unidad donde una buena comunicación es fundamental para disminuir la probabilidad de errores. En los dos estudios con los que se ha venido comparando la presente investigación, el trabajo en equipo en la unidad o servicio también fue la dimensión mejor evaluada con el 71,8% para el de los hospitales y con el 81,03 para el del servicio de urgencia donde claramente alcanzó el grado de fortaleza. Sin embargo, para estos dos estudios el trabajo en equipo entre áreas los resultados fueron muy bajos, solo del 42,1% para el hospitalario y el 36,2% para el de urgencias, así como también los problemas con cambios de turno y transición entre unidades con resultados de 53,7% y del 55,17% respectivamente. Estos resultados, especialmente los de trabajo en equipo, llaman la atención e incluso parecen no ser coherentes, sin embargo, refuerzan que para la Clínica del presente estudio el trabajo en equipo es una fortaleza generalizada en la institución.

En las demás dimensiones tampoco se alcanzó el grado de fortaleza. Las dimensiones 4: aprendizaje organizacional y mejora continua, 10: apoyo de la gerencia de la clínica a la seguridad del paciente y 3: Expectativas y Acciones de la Dirección/supervisión de la Unidad o servicio obtuvieron puntajes entre 60,9% y 67,7% y si bien aún están por debajo del nivel de fortaleza, parecen mostrar una tendencia hacia la favorabilidad. Comparativamente con el estudio de urgencias y con el estudio hospitalario ~~el~~ aprendizaje organizacional y la mejora continua+ y ~~el~~ apoyo de la gerencia de la clínica a la seguridad del paciente+ en el estudio actual los resultados son mejores ya que en dichos estudios estos ítems obtuvieron puntajes menores, para el aprendizaje organizacional del 57,48% y del 37,2% respectivamente y para el apoyo de la gerencia del 47,13% y del 24,5% también respectivamente.

En tanto que para el ítem de ~~el~~ Expectativas y Acciones de la Dirección/supervisión de la Unidad o servicio+el resultado fue muy similar al del estudio hospitalario donde fue de 61,8% y, pero notoriamente menor que el del estudio de urgencias, donde fue del 70,7%.

La respuesta no punitiva a los errores, la percepción de la seguridad y la frecuencia de eventos notificados podría decirse que son aspectos que apenas alcanzaron la mitad de la favorabilidad (56,0%, 55,7% y 53,8% respectivamente), lo que indica que hay otra mitad de personas que tienen una opinión neutra o desfavorable acerca de los mismos y por esta razón se convierten en verdaderas oportunidades de mejora en la Institución. Además, son aspectos que están bien relacionados entre sí, pues si en general se percibe que ante un error la respuesta de compañeros o directivas de la Clínica es punitiva, pues la probabilidad de notificar errores se reduce. Además, como ya se vio, hay una alta proporción de personas que no notifican errores y en general la percepción de la seguridad apenas sobrepasa la mitad de respuestas favorables. Lo que indica que posiblemente mejorando la actitud



del personal hacia quien comete un error, mejorarían muchos otros aspectos que apuntarían igualmente a un mejoramiento de la cultura de seguridad del paciente. Pero nuevamente parece que esta situación no es exclusiva de la Clínica, pues al mirar los resultados de estas dimensiones en los estudios de comparación, se observa mucha similitud en la dimensión 8: respuesta punitiva a los errores donde en el estudio de urgencias alcanzó un resultado de favorabilidad del 54,02% y en el hospitalario del 52,9%; por su parte en la dimensión 2: percepción global de la seguridad del paciente los resultados fueron del 37,07% y del 48,4% respectivamente, es decir, notoriamente menos favorables. En cuanto a la notificación de errores en el estudio de urgencias la favorabilidad fue del 48,27% y en el hospitalario de 46,9%, también menos positivos que los encontrados en la Clínica.

Por último, las dimensiones con puntajes de favorabilidad y llamativamente más bajos fueron la dimensión 7: Feed-back y comunicación de errores con el 45,8%, la dimensión 9: dotación de personal con el 45,7% y la dimensión 6: franqueza en la comunicación con el 40,6%. Estos resultados son verdaderos retos para la Institución dado que se convierten en barreras para mejorar la cultura de seguridad del paciente. Si el personal no se mantiene informado de lo que sucede en la Clínica, específicamente con relación a los errores asistenciales y de las acciones que se generan a partir de los reportes de incidentes y si no se generan espacios de análisis para buscar maneras de prevenirlos, es posible que no comprenda la importancia del tema sobre la seguridad del paciente y por ende tampoco tenga motivación para identificar y reportar incidentes. Si además a esto no siente libertad para expresar sus desacuerdos, sus opiniones, sus dudas y adicionalmente siente que si lo hace o si notifica errores será sancionado, todo potenciará que no se adquiera una cultura de seguridad del paciente en la Institución. Nuevamente y en comparación con los estudios realizados en el servicio de urgencias y en los hospitales de España, puede decirse que la situación en cuanto a estas dimensiones es similar, donde en algunos casos los resultados de la Clínica resultan mejores como en el caso de la dotación de personal, 45,7% en comparación con 20,7% del estudio de urgencias y del 27,6% del estudio hospitalario; en otros casos los resultados de la Clínica son peores como en el caso de la franqueza en la comunicación, 40,6% en comparación con un resultado de 68,96% para el estudio de urgencias y de 47,9% para el estudio hospitalario; y en otras oportunidades con resultados muy similares como en el caso del Feed-back y comunicación de errores, 45,8% comparado con un resultado del 45,9% del estudio de urgencias y del 43,8% del estudio hospitalario.

Como puede concluirse hasta aquí y de acuerdo con el análisis de las respuestas positivas, solo la dimensión de Trabajo en equipo en la unidad o servicio alcanzó el punto de corte según la metodología, para ser considerada una fortaleza. Si bien las demás dimensiones deben ser consideradas como oportunidades de mejora, es indudable que algunas de ellas son más prioritarias que otras dados los bajos resultados, tales como el Feed-back y la

comunicación de errores, la dotación de personal y la franqueza en la comunicación+.

Con respecto al análisis de las respuestas negativas a través del diagrama de Pareto, para la Clínica cinco dimensiones concentran el 55,7% de las respuestas negativas y por esta razón se convierten en las principales prioridades que debe tener en cuenta la Clínica para implementar oportunidades de mejora.

Estas dimensiones son en su orden:

- Dimensión 9: Dotación de personal
- Dimensión 6: Franqueza en la comunicación
- Dimensión 7: Feed-back y la comunicación de errores
- Dimensión 2: Percepción de la seguridad
- Dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores

Al comparar estos resultados con los estudios realizados en el servicio de urgencias y en los hospitales españoles, se encuentran ciertas similitudes, así por ejemplo la Dotación de personal fue la dimensión que ocupó el primer lugar en los tres estudios en cuanto a respuestas negativas, lo cual resulta llamativo y fortalece entonces la percepción de que éste es un problema más o menos generalizado en las instituciones de salud. La percepción de la seguridad también estuvo presente en los primeros lugares en los tres estudios, por lo que puede pensarse que también este es un resultado generalizado y puede indicar que el tema de la seguridad del paciente aún se encuentra incipiente en las instituciones de salud. La respuesta no punitiva a los errores estuvo presente en los primeros lugares en el estudio en cuestión y en el estudio de urgencias, pero no en el de los hospitales.

La franqueza en la comunicación y el Feed-back y la comunicación de errores solo estuvo presente en los primeros puestos en el presente estudio en el cual y como ya se mencionó 5 dimensiones aportan alrededor del 50% de las respuestas negativas, en tanto que en los otros estudios fueron 4 dimensiones las que aportaron aproximadamente el mismo porcentaje, lo que podría indicar que en dichos estudios los problemas se concentran más en ciertos aspectos mientras que en la Clínica se dispersan un poco más.

## 8. CONCLUSIONES

En el presente estudio que se realizó bajo la metodología de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en una Institución hospitalaria de segundo nivel de complejidad de Medellín, los dos aspectos que resumen de manera global dicha percepción son: la evaluación del grado de seguridad del paciente en la Institución y el reporte de incidentes.

Con relación a estos dos aspectos, se encontró que el 59,4% de los participantes evalúa como ~~Muy~~ Muy bueno y Excelente el grado de seguridad del paciente. Adicionalmente la dimensión 2 que también evalúa la percepción de la seguridad del paciente obtuvo un porcentaje de respuestas positivas del 55,7% donde solo el 40% de las personas no está de acuerdo con que en la Clínica no se producen más errores solo por casualidad siendo éste el ítem peor evaluado en esta dimensión. Estos resultados muestran consistencia y evidencia de que, en la Clínica, solo alrededor de la mitad de las personas perciben la seguridad del paciente como algo positivo, en tanto que una proporción similar tiene una opinión ambigua o desfavorable al respecto.

Este hallazgo amerita todo el interés de las directivas de la Institución si se quiere mejorar la cultura y por ende la seguridad del paciente.

El otro aspecto relacionado con el reporte de incidentes, mostró que más de la mitad de las personas (62,1%) no notifica incidentes y de acuerdo con las preguntas que componen la dimensión 1, solo el 53,8% notifica, es decir, más o menos la mitad notifica bien sea los incidentes que se identifican antes de prestar la atención o los incidentes una vez prestada la atención causen o no daño al paciente.

Aunque es importante que la Clínica profundice en las causas de por qué el personal no reporta incidentes, de acuerdo con los resultados de este estudio se pueden intuir algunas causas, así por ejemplo la dimensión 6 que fue la peor evaluada apenas con un 40,6% de favorabilidad y que tiene que ver con la libertad de expresión del personal cuando detecta algo negativo que pudiera afectar al paciente, para cuestionar ciertas acciones o decisiones de superiores o para hacer preguntas cuando considera que algo no está bien, puede ser uno de los factores negativos para que el personal no reporte incidentes, es decir, si las personas sienten temor de hablar en la institución, es posible que sientan miedo de reportar sus errores. Pero también en la dimensión 8 que evalúa si en la institución la respuesta a los errores es punitiva o no, el resultado tampoco es muy satisfactorio, apenas el 56,0% fueron respuestas positivas, es decir gran parte de las personas considera que sus errores son usados en su contra, o son culpabilizadas o temen que se reseñen en su hoja de vida.

Sentir pues que la respuesta a sus errores sí es punitiva, también puede ser otra causa que afecte negativamente el reporte de incidentes por parte del personal. Pero también puede contribuir al bajo reporte de incidentes el hecho

de que el personal no sea realimentado con el análisis de los incidentes que sí se reportan que es el aspecto que se evalúa en la dimensión 7 y que en esta investigación también tuvo un bajo porcentaje de respuestas positivas, solo el 45,8%. Si el personal no sabe cuáles son los errores que se cometen, qué cambios se generan a partir de estos y cómo se pueden prevenir, posiblemente tampoco sentirá motivación para reportar porque puede asumir que reportar o no reportar no genera ningún cambio.

Si bien la dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad, la dimensión 4: organización y mejora continua y la dimensión 10: apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, de acuerdo con sus resultados, se ubicaron en el nivel de oportunidad de mejora y abordan aspectos que involucran directamente al nivel directivo de la Clínica, tal vez no sean las dimensiones que requieran inicialmente la mayor atención por parte de ellas, como sí lo debe ser la dimensión 9: dotación de personal, la segunda dimensión con la calificación positiva más baja, 45,7%, por ser este un aspecto que puede incidir muy directamente en la posibilidad de cometer errores, porque afecta directamente al personal y porque depende directamente de decisiones de los niveles jerárquicos de la Institución.

En general y ya con base en los resultados de la priorización de respuestas negativas, los aspectos más cruciales y que sería importante que la Clínica tuviera en cuenta para priorizar las acciones a trabajar en favor de la cultura de seguridad del paciente serían la dotación de personal, la franqueza en la comunicación, la realimentación al personal, la percepción de la seguridad del paciente y la respuesta no punitiva a los errores, fortaleciendo estos aspectos, se reduciría en gran medida, aproximadamente en un 50% la percepción negativa de la cultura de seguridad del paciente.

Si bien se han querido resaltar las oportunidades de mejora que tiene la Clínica según los hallazgos encontrados en esta investigación, también se quiere resaltar la mayor fortaleza encontrada que fue el trabajo en equipo, tanto al interior de los servicios como en la Clínica en general. Se evidenció que el respeto entre las personas, la ayuda mutua y la comunicación entre las áreas son los aspectos que más fortalecen el trabajo en equipo en la institución.

Esta fortaleza debe ser tenida en cuenta, no solo para mantenerla y potencializarla, sino como un buen soporte para mejorar las otras dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

## 9. RECOMENDACIONES

Dado que, de acuerdo con los resultados de percepción de la seguridad del paciente y el reporte de incidentes por parte del personal de la Clínica, aspectos cruciales en una cultura institucional de seguridad, se consideran bajos, es recomendable que la Clínica, trabaje en la identificación de aquellos factores que pueden estar influyendo en ello, no solo para mejorar la percepción de seguridad, sino también para hacer una adecuada caracterización de los eventos adversos o incidentes y propiciar acciones de mejora fundamentadas y pertinentes para prevenirlos o controlarlos.

El compromiso de la Dirección en una Institución de salud es fundamental para lograr y fortalecer la cultura de seguridad del paciente, por este motivo y debido a que hubo varias dimensiones e ítems donde la dirección de la Clínica tiene una intervención directa para favorecer dicha cultura y cuyos resultados no fueron muy favorables como en el caso de la dimensión 6, %franqueza en la comunicación+, la dimensión 9, %dotación de personal+, la dimensión 7, %feedback y comunicación sobre errores+y la dimensión 8, %respuesta no punitiva a los errores+, se recomienda a la Clínica analizar más profundamente estos resultados e implementar verdaderas intervenciones que favorezcan la comunicación entre su personal sin que sienta temor de hacerlo y sin que sienta que puede ser juzgado cuando cometa un incidente. Igualmente replantear la dotación de personal y tratar de mejorar en este aspecto, no necesariamente con vinculación de más personal, sino mediante la reevaluación de procesos que favorezcan la simplificación de los mismos y la reubicación de personal si fuera posible, entre otras alternativas.

El resultado de la priorización según los resultados de las respuestas negativas y como lo muestra el diagrama de Pareto se reitera que la franqueza en la comunicación, la realimentación al personal y la respuesta no punitiva a los errores, dimensiones mencionadas en la anterior recomendación y que junto con la percepción de la seguridad del paciente, fueron los aspectos más cruciales a priorizar, se recomienda nuevamente a la Clínica enfocar los esfuerzos muy especialmente en estos aspectos, se reduciría en gran medida que ello reduciría en gran medida, aproximadamente en un 50% la percepción negativa de la cultura de seguridad del paciente.

De otro lado, el trabajo en equipo fue la gran fortaleza de la Clínica, por lo que se recomienda no solo mantener y fortalecer este aspecto, sino aprovecharlo para desarrollar otras actividades tendientes a mejorar la cultura de la seguridad, que requieren de un personal dispuesto y cohesionado para poder implementarlas.

Por último, se recomienda a la Clínica evaluar la posibilidad de ampliar este estudio en la Institución, de modo que haya representación proporcional del personal por ejemplo por tipo de profesión o cargo, porque como se vio en este estudio, una tercera parte de los participantes estuvo representada por personal auxiliar (de enfermería y odontología), por sexo si pudiera

considerarse que ello es importante, dado que en esta investigación hubo una notoria mayor participación de las mujeres con relación a los hombres.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ordoñez M. Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. 2014.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español [Internet]. 2014. Available from: [http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf). Consultado en noviembre de 2014
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia [Internet]. 2014. Available from: [http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de seguridad del paciente [Internet]. 2014. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>
5. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. [Internet]. 2014. 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)
6. Ministerio de Sanidad y política social e igualdad. Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. Informes estudio e investigación 2010 [Internet]. 2010. Available from: [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf)
7. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. 2 [Internet]. 2003;12. Available from: [http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17.long](http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.long)
8. Martin W. Is your hospital safe? Disruptive behavior and workplace bullying Hosp Top. 2008;86(3):8. 21.
9. Castañeda-Hidalgo H, Garza H, González J. Percepción de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes por personal de enfermería. 2013;19(2):77. 88.
10. Centro Colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Joint Commission Resources 2007 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pre%C3%A1mbulo%20a%20las%20soluciones%20para%20la%20seguridad%20del%20paciente.pdf>

11. Gómez R. O, Arenas G. W, González V. L, Garzón S. J, Mateus G. E, Soto G. A. Cultura de seguridad del paciente por personal de Enfermería en Bogotá, Colombia. 2011;17(3):97. 111.
12. Barbosa R. L, Cardena C. E, García C. L, More P. L, Muñoz O. M. Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un hospital universitario en Bogotá. Rev Iberoam Psicol Cienc Technol. 2008; 1:19. 28.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Buenas Prácticas en Salud [Internet]. MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>
14. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006 [Internet]. 1011, 1011 2006. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
15. OMS. Calidad de la atención: Seguridad del paciente [Internet]. 2001. Available from: <http://www.seguridadelpaciente.es/conferencias/II/contenidos/docs/intereses/1/1a.pdf>
16. Ministerio de Salud. Protocolo de Londres [Internet]. 2015. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/P/ROTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf#search=protocolo%2520de%2520londres](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/P/ROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf#search=protocolo%2520de%2520londres)
17. Wikipedia. Iatrogenia Clínica [Internet]. 2015. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Iatrogenia>
18. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture. U.S. department of health and human services [Internet]. 2014. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
19. Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
20. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C: National Academy Press; 2000. 287 p.
21. Fajardo D. G, Rodríguez S. S, Arboleya C. H, Rojano F. C, Hernández T. F, Santacruz V. J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. 2010;78(6):532.



## ANEXOS.

Percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015.

Anexo 1: Operalización de variables

Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
1	Variables Demográficas	Edad	Edad del participante en años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Dato de la edad
		Sexo	Característica biológica que clasifica a las personas como hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
		Estrato socioeconómico	Clasificación de la vivienda de las personas para el pago de servicios públicos	Cualitativa	Ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato.5 Estrato 6
	Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo	Principal Área/Unidad de Trabajo	Se refiere al área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde la persona pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos	Cualitativa	Nominal	Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica Medicina (No-quirúrgica) Cirugía Obstetricia Pediatria Departamento de emergencias Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo) Salud mental/Psiquiatria Rehabilitación Farmacia Laboratorio Radiología Anestesiología Otro, Cuál
1		Apoyo en unidad de trabajo	Percepción acerca de si la gente de su área de trabajo se apoya una a la otra	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
2		Suficiente personal	Percepción acerca de si en su área de trabajo se dispone de suficiente personal para hacer todo el trabajo	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
3		Trabajo en equipo	Percepción acerca de si en su área de trabajo, cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, se trabaja en equipo para terminarlo	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
4		Trato respetuoso	Percepción acerca de si en su unidad de trabajo, el personal se trata con respeto	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
5		Más horas de trabajo	Percepción acerca de si el personal en su unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
6		Mejorar seguridad del paciente	Percepción acerca de si en su unidad de trabajo se están haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
7		Más personal temporal	Percepción acerca de si en su unidad de trabajo se usa más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
8		Uso de errores en contra	Percepción acerca de si en su unidad de trabajo, el personal siente que sus errores son considerados en su contra	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
9		Cambios positivos	Percepción acerca de si en su unidad de trabajo, los errores han llevado a cambios positivos	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
10		Errores serios y casualidad	Percepción acerca de si en su unidad de trabajo es sólo por casualidad que no ocurren errores más serios	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
11		Ayuda dentro del área	Percepción acerca de si en su unidad de trabajo cuando un área está realmente ocupada, otras le ayudan	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
12		Reporte de la persona	Percepción acerca de si en su área de trabajo cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
13		Evaluación efectividad cambios	Percepción acerca de si en su unidad de trabajo después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, se evalúa su efectividad	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
14		Trabajo tipo crisis	Percepción acerca de si en su área de trabajo frecuentemente, trabajan en tipo crisis+intentando hacer mucho, muy rápidamente	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
15		Sacrificio seguridad del paciente	Percepción acerca de si en su área de trabajo la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
16		Errores guardados en expediente	Percepción acerca de si en su unidad de trabajo el personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
17		Problemas con seguridad del paciente	Percepción acerca de si en su área de trabajo tienen problemas con la seguridad de los pacientes	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
18		Procedimientos efectivos	Percepción acerca de si en su área de trabajo los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
1	Sección Supervisor/ director	Comentarios favorables	Percepción acerca de si su supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
2		Acepta sugerencias	Percepción acerca de si su supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
3		Trabajo más rápido	Percepción acerca de si su supervisor/director quiere que trabajen más rápido cuando la presión se incrementa, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
4		Caso omiso problemas seguridad	Percepción acerca de si su supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
1	Sección Comunicación	C: Cambios por informes de incidentes	Percepción acerca de si la Dirección informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
2		Hablar libremente	Percepción acerca de si el personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	Cualitativa	Ordinal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre
3		Informe sobre errores	Percepción acerca de si se informa al personal sobre los errores que se cometen en la unidad de trabajo	Cualitativa	Ordinal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre
4		Cuestionar decisiones	Percepción acerca de si el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	Cualitativa	Ordinal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre
5		Prevenir errores	Percepción acerca de si en la unidad de trabajo, se habla sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	Cualitativa	Ordinal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre
6		Temor de preguntar	Percepción acerca de si el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	Cualitativa	Ordinal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre

Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
1	Sección D: de Frecuencia Incidentes reportados	Reporte de errores antes de afectar al paciente	Percepción acerca de si cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	Cualitativa	Ordinal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre
2		Reporte de errores potencialmente dañinos	Percepción acerca de qué tan frecuentemente es reportado cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente	Cualitativa	Ordinal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre
3		Reporte de errores que no dañan al paciente	Percepción acerca de qué tan a menudo es reportado cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace	Cualitativa	Ordinal	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre
1	Sección E: Grado de seguridad del paciente	Grado de seguridad	Percepción acerca del grado general en seguridad del paciente en su área de trabajo	Cualitativa	Ordinal	Excelente Muy bueno Aceptable Pobre Malo
1	Sección F: Su Hospital	Ambiente laboral favorable	Percepción acerca de si la Dirección de la clínica provee un ambiente laboral que promueva la seguridad del paciente	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
2		Coordinación entre áreas	Percibe que las unidades de la clínica no se coordinan bien entre ellas	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
3		Transferencia a otra unidad	Percibe que la información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
4		Cooperación entre unidades	Percibe que hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
5		Cambios de turno	Percibe que se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
6		Trabajo con personal de otras áreas	Percibe que frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
7		Intercambio de información	Percibe que a menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
8		Prioridad en la seguridad del paciente	Percibe que las acciones de la Dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
9		Interés después de un incidente	Percibe que la Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo



Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
			después de que ocurre un incidente adverso			
10		Trabajo entre áreas	Percibe que Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
11		Cambios de turno problemáticos	Percibe que los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en el hospital	Cualitativa	Ordinal	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
1	Sección G: de Número incidentes reportados	Cantidad de reportes	Percepción acerca de cuánto reportes de incidentes ha diligenciado y enviado en los pasados 12 meses	Cualitativa	Ordinal	Ningún reporte de incidentes De 1 a 2 reportes de incidentes De 3 a 5 reportes de incidentes De 6 a 10 reporte de incidentes De 11 a 20 reportes de incidentes 21 reportes de incidentes o más
1		Tiempo en el Hospital	Tiempo que lleva trabajando en el hospital	Cualitativa	Ordinal	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años 21 años o más
2	Sección H: Información general	Tiempo en el área actual	Tiempo que lleva trabajando en la actual área/unidad	Cualitativa	Ordinal	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años 21 años o más "
3		Cantidad de horas	Cantidad de horas a la semana que normalmente trabaja en el hospital	Cualitativa	Ordinal	Menos de 20 horas a la semana De 20 a 39 horas a la semana De 40 a 59 horas a la semana De 60 a 79 horas a la semana De 80 a 99 horas a la semana 100 horas a la semana o más

Nº	Sección	Variable	Definición operativa de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
4		Posición laboral	Cargo/Profesión	Cualitativa	Nominal	Enfermera registrada Asistente Médico/Enfermera Profesional Enfermera Vocacional con Licencia/Enfermera Practicante con Licencia (LVN/LPN) Asistente de Cuidado de Pacientes/Pareja de Cuidados Médico (con entrenamiento completado) Médico Residente/Médico en Entrenamiento Farmacéutico Dietético Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria Terapeuta Respiratorio Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología) Administración/Dirección Otro, por favor especifique
5		Contacto con pacientes	Normalmente se tiene interacción o contacto directo con pacientes de acuerdo con su posición laboral	Cualitativa	Nominal	Sí No
6		Tiempo en la profesión	Tiempo laborado en la actual especialidad o profesión	Cualitativa	Ordinal	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años 21 años o más

## **Anexo 2: Instructivo para el diligenciamiento del formulario de recolección de la información**

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN  
LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD. INSTITUCIÓN DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. MEDELLÍN ANTIOQUIA. 2015.

### Instrucciones generales:

- Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, acciones inseguras e incidentes que se reportan en su Clínica, y le llevará diligenciarlo de 10 a 15 minutos.

Las siguientes definiciones pueden ayudarle para comprender mejor ciertas preguntas:

- Un **incidente** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
  - **Seguridad del paciente** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud
- La información suministrada por usted a través de este cuestionario, es absolutamente confidencial, por lo cual en ningún momento se le solicita diligenciar sus datos personales, por lo que le solicitamos responder con la mayor sinceridad las preguntas, ya que los resultados obtenidos podrán servir de fuente para la implementación de mejoras al interior de la Institución.
  - Es importante tener presente que la mayoría de las preguntas en realidad son **AFIRMACIONES**, sobre las cuales usted debe opinar en qué grado de acuerdo o desacuerdo está con dichas afirmaciones.
  - Previa a la aplicación de la encuesta se realizó una prueba piloto, en base a las dificultades manifestadas por los encuestados en algunas preguntas o Afirmaciones se elaboró este instructivo.
  - Si no es clara para usted alguna de las afirmaciones y por lo tanto no sabe cómo responderla, a continuación, encontrará aclaraciones a las preguntas o afirmaciones de algunas secciones (sección A hasta sección F), que esperamos le ayuden a comprenderlas mejor.

<p align="center"><b>PREGUNTAS DE LA SECCIÓN A:</b> Piense en su unidad/área de trabajo de La Clínica</p>	<p align="center"><b>Recuerde siempre que la pregunta es una afirmación y que usted siempre debe responder en qué grado de acuerdo o desacuerdo está con la misma</b></p>
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad	Se refiere a si las personas con las que usted trabaja en su área, se apoyan o ayudan cotidianamente para realizar el trabajo
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	Se refiere a si para realizar el trabajo que habitualmente se da en su área de trabajo, hay suficientes personas para hacerlo
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo	Se refiere a si en ciertas ocasiones cuando se incrementa la cantidad de trabajo en su área, las personas trabajan mancomunadamente, ayudándose unas a otras para poder realizarlo
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto	Se refiere a si en su área de trabajo el trato entre las personas en general se da en un ambiente de respeto
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	Se refiere a si en su área de trabajo con frecuencia las personas deben trabajar más horas de lo que se considera adecuado para brindar un buen cuidado a los pacientes
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	Se refiere a si en su área de trabajo se realizan actividades claramente definidas y conocidas por todos para mejorar la seguridad del paciente
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente	Se refiere a si en su área de trabajo se cuenta con más personal con contrato temporal (a término definido, prestación de servicios, etc.) que personal vinculado a término indefinido
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra	Se refiere a si en su área de trabajo el hecho de que una persona cometa un error puede desencadenar acciones negativas en contra de quien lo comete
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	Se refiere a si en su área de trabajo el análisis de los errores cometidos por las diferentes personas, han propiciado acciones de mejoramiento en la unidad
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	Se refiere a si en su área de trabajo no han ocurrido errores más graves solo por mera casualidad y no porque se realicen acciones que verdaderamente contribuyan a evitarlos
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan	Se refiere a si en su área de trabajo las personas son solidarias y se ayudan entre sí o a otras áreas cuando se encuentran con más volumen de trabajo
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema	Se refiere a si en su área de trabajo cuando se identifica un incidente se juzga más a la persona que al proceso o al problema en sí
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	Se refiere a si en su área de trabajo se evalúan los resultados obtenidos, cuando se han implementado acciones que buscan mejorar la seguridad de los pacientes
14. Frecuentemente, trabajamos en tipo crisis intentando hacer mucho, muy rápidamente	Se refiere a si en su área de trabajo la mayoría del tiempo se trabaja bajo presión por exceso de trabajo y poco tiempo para realizado
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	Se refiere a si en su área de trabajo, aunque haya mucho volumen de trabajo, la seguridad del paciente siempre está por encima y se hace lo que se tenga que hacer para que dicha seguridad se mantenga

16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes	Se refiere a si para las personas de La Clínica es muy grave cometer un error porque esto quedará registrado en su hoja de vida
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad	Se refiere a si en su área de trabajo son evidentes problemas en procesos, comunicación, etc. que pueden afectar la seguridad de los pacientes
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir	Se refiere a si en su área de trabajo los procedimientos, actividades y mecanismos de trabajo están claramente definidos, difundidos y enfocados a prevenir errores con los pacientes

<b>PREGUNTAS DE LA SECCIÓN B: Piense en su Supervisor/Director/Jefe Inmediato</b>	<b>Recuerde siempre que la pregunta es una afirmación y que usted siempre debe responder en qué grado de acuerdo o desacuerdo está con la misma</b>
1. Mi supervisor/director/jefe inmediato hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes	Se refiere a si el jefe inmediato con frecuencia le hace comentarios positivos y estimulantes cuando identifica que usted ejecuta alguna práctica que va en favor de la seguridad del paciente
2. Mi supervisor/director/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	Se refiere a si el jefe inmediato con frecuencia tiene en cuenta las opiniones y sugerencias de su personal para contribuir a mejorar la seguridad del paciente
3. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director/jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo	Se refiere a si el jefe inmediato en momentos de mucho trabajo, los presiona para realizarlo así tengan que sacrificar ciertos pasos de los procesos lo cual podría incidir en la calidad de la atención y por lo tanto en la seguridad del paciente
4. Mi supervisor/director/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez	Se refiere a si el jefe inmediato no muestra interés por el tema de la seguridad del paciente

<b>PREGUNTAS DE LA SECCIÓN C: Piense acerca de su área/U. de trabajo en La Clínica</b>	<b>Recuerde siempre que la pregunta es una afirmación y que usted siempre debe responder en qué grado de acuerdo o desacuerdo está con la misma</b>
1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes	Se refiere a si las directivas de la Clínica con frecuencia realimentan a su personal sobre los resultados del seguimiento a los incidentes ocurridos
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	Se refiere a si el personal de la Clínica se siente con libertad o confianza para manifestar cualquier situación que ponga en riesgo a los pacientes
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	Se refiere a si las directivas de la Clínica o del área de trabajo, realimentan al personal de manera constructiva sobre los principales errores que se cometen con el fin de aprender de ellos
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	Se refiere a si el personal de la Clínica se siente con libertad o confianza para expresar desacuerdos relacionados con las decisiones o acciones de jefes o superiores
5. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	Se refiere a si en el área de trabajo con frecuencia se realizan actividades para analizar errores con los pacientes y sobre medidas o acciones que se pueden implementar para prevenirlos

6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	Se refiere a si con frecuencia el personal de la Clínica no siente confianza para expresar críticas o desacuerdos por temor a que haya alguna represalia contra la persona
<b>PREGUNTAS DE LA SECCIÓN D: Piense en el área/unidad de trabajo de su Clínica...</b>	<b>Recuerde siempre que la pregunta es una afirmación y que usted siempre debe responder en qué grado de acuerdo o desacuerdo está con la misma</b>
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	En su concepto, qué tan frecuente es que el personal reporte un error que iba a cometer en la atención de un paciente, pero logró corregirlo a tiempo
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	En su concepto, qué tan frecuente es que el personal reporte un error leve (no causa daño al paciente), cometido en la atención de un paciente
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	En su concepto, qué tan frecuente es que el personal reporte un error no intencional pero que puede causar daño al paciente, cometido en la atención del mismo

<b>PREGUNTAS DE LA SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente...</b>	<b>Recuerde siempre que la pregunta es una afirmación y que usted siempre debe responder en qué grado de acuerdo o desacuerdo está con la misma</b>
1. Dele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.	Se solicita dar respuesta según su percepción al grado general de seguridad del paciente en su área o unidad de trabajo

<b>PREGUNTAS DE LA SECCIÓN F: Piense en su Clínica...</b>	<b>Recuerde siempre que la pregunta es una afirmación y que usted siempre debe responder en qué grado de acuerdo o desacuerdo está con la misma</b>
1. La Dirección de esta Clínica provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	Se refiere a si las Directivas de La Clínica si se interesan y promueven prácticas a favor de la seguridad del paciente
2. Las unidades de esta Clínica no se coordinan bien entre ellas	Se refiere a si hay problemas entre áreas que puedan afectar el flujo de procesos relacionados con la atención de pacientes
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra	Se refiere a si no hay una adecuada comunicación entre áreas y por lo tanto cuando se traslada un paciente de un área a otra, no se transfiere adecuadamente la información del mismo
4. Hay buena cooperación entre las unidades de la Clínica que necesitan trabajar juntas	Se refiere a si considera que en la Clínica las áreas se ayudan entre sí cuando lo requieren
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno	Se refiere a si hay problemas de comunicación especialmente cuando se hace cambio de turno y se pierde información importante del paciente
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta Clínica	Se refiere a si las relaciones interpersonales, especialmente entre áreas diferentes son difíciles por lo cual es difícil interactuar con ellas
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a	Se refiere a si hay problemas de comunicación entre personal de diferentes áreas de La Clínica

través de unidades de esta Clínica	
8. Las acciones de la Dirección de esta Clínica muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	Se refiere a si para las Directivas de la Clínica la Seguridad del Paciente sí es un tema que merece toda la importancia requerida
9. La Dirección de la Clínica parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso	Se refiere a si para las directivas de la Clínica, la Seguridad del Paciente solo retoma importancia cuando se presenta un incidente adverso
10. Las unidades de la Clínica trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes	Se refiere a si hay coordinación y apoyo entre áreas para que los procesos que son transversales a los pacientes fluyan adecuadamente
11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en esta Clínica	Se refiere a si los cambios de turno, son difíciles posiblemente por problemas de comunicación y pueden incidir en la seguridad del paciente

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN  
LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD. INSTITUCIÓN DE SEGUNDO NIVEL DE  
ATENCIÓN. MEDELLÍN ANTIOQUIA. 2015.

Fecha de diligenciamiento: 

DD	MM	AAAA
----	----	------

Formulario N°: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Favor leer instructivo anexo al cuestionario

**ENCUESTA**

**Variables Demográficas:**

Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

Sexo: 

F	M
---	---

Estrato Socioeconómico: 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**Sección A: Su área/unidad de trabajo**

En este cuestionario, piense en su unidad como el área de trabajo, departamento o área de la Clínica donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en esta Clínica? Marque UNA respuesta.

- Diversas unidades de la Clínica/Ninguna unidad específica
- Medicina (No-quirúrgica)
- Cirugía
- Obstetricia
- Pediatría
- Departamento de emergencias
- Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
- Salud mental/Psiquiatría
- Rehabilitación
- Farmacia
- Laboratorio
- Radiología
- Anestesiología
- 

Otro, por favor, especifique: \_\_\_\_\_



**Sección A: Su área/unidad de trabajo, continuado**

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

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

### Sección B: Su supervisor/director/jefe inmediato

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

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

### Sección C: Comunicación

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

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

### Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

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

Piense en el área/unidad de trabajo de su clínica...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?					
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?					
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?					

### Sección E: Grado de seguridad del paciente

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

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo

### Sección F: Su Clínica

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

Piense en su Clínica...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de esta Clínica provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
2. Las unidades de esta Clínica no se coordinan bien entre ellas.					
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.					
4. Hay buena cooperación entre las unidades de la Clínica que necesitan trabajar juntas.					
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.					
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta Clínica					
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de esta Clínica					

### Sección F: Su Clínica, continuado

Piense en su Clínica...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Las acciones de la Dirección de esta Clínica muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
9. La Dirección de la Clínica parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.					
10. Las unidades de la Clínica trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.					
11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en esta Clínica					

### Sección G: Número de incidentes reportados

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de incidentes usted ha llenado y enviado? Marque UNA respuesta.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ningún reporte de incidentes    | <input type="checkbox"/> De 6 a 10 reporte de incidentes   |
| <input type="checkbox"/> De 1 a 2 reportes de incidentes | <input type="checkbox"/> De 11 a 20 reportes de incidentes |
| <input type="checkbox"/> De 3 a 5 reportes de incidentes | <input type="checkbox"/> 21 reportes de incidentes o más   |

### Sección H: Información general

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

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta Clínica?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entre 4 y 11 meses (hasta un día antes de cumplir el año) | <input type="checkbox"/> De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> De 1 a 5 años   | <input type="checkbox"/> De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> De 6 a 10 años  | <input type="checkbox"/> 21 años o más   |

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> De 1 a 5 años  | <input type="checkbox"/> De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> 21 años o más   |

3. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en esta Clínica?

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

4. ¿Cuál es su posición laboral en esta Clínica? Marque UNA respuesta que mejor describa su posición laboral.

- Enfermera profesional
- Auxiliar de Enfermería
- Médico General
- Médico en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio
- Médico Especialista
- Regente de Farmacia
- Nutricionista-Dietista
- Fonoaudiólogo
- Instrumentador quirúrgico
- Odontólogo general
- Odontólogo especialista
- Auxiliar de odontología
- Psicólogo
- 

Otro, por favor

especifique: \_\_\_\_\_

5. En su posición laboral, ¿típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

- Sí, típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- NO, típicamente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.

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

- Menos
- de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 6 a 10 años
- De 11 a 15 años
- De 16 a 20 años
- 21 años o más

7. ¿Qué tipo de contrato tiene usted en la Clínica?

- Contrato a término fijo
- Contrato por prestación de servicios
- Contrato a término indefinido
- Otro.Cuál \_\_\_\_\_

**Sección I: Sus comentarios**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gracias por completar este cuestionario**