CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES DE III NIVEL EN BOGOTÁ

WENDY ALEJANDRA ARENAS GUTIERREZ
JENNIFER GARZON SALAMANCA
LIZETH ADRIANA GONZÁLEZ VEGA
ERIKA MARCELA MATEUS GALEANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE CUIDADO Y PRÁCTICA
Bogotá. 2010

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES DE III NIVEL EN BOGOTÁ

WENDY ALEJANDRA ARENAS GUTIERREZ 535656
ERIKA MARCELA MATEUS GALEANO 535710
LIZETH ADRIANA GONZALEZ VEGA 535691
JENNIFER GARZON SALAMANCA 535687

Trabajo de grado presentado para optar al título de enfermera

DIRIGIDO POR:

OLGA JANNETH GOMEZ RAMIREZ

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE CUIDADO Y PRÁCTICA
Bogotá. 2010

AGRADECIMIENTOS

"Cualesquiera que hayan sido nuestros logros, alguien nos ayudó siempre a alcanzarlos".

Althea Gibson

A Jehová Dios, que nos bendijo con salud y vida para llevar a cabo este proyecto.

A nuestros padres, hermanos y hermanas, que nos acompañaron y apoyaron.

A la Profesora Olga Janneth Gómez que asesoró con su conocimiento nuestros avances y siempre tuvo una mirada cálida, amable y dispuesta para nosotras.

A la Profesora Viviana Céspedes por su disposición para colaborarnos.

A las Instituciones y Colegas que accedieron a brindarnos un espacio para investigar y enriquecer el conocimiento de nuestra profesión.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES DE III NIVEL EN BOGOTÁ

AGRADECIMIENTOS

CONTENIDO

1. MARCO DE REFERENCIA	**6**
1.1 DEFINICIÓN-DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	**6**
1.2 JUSTIFICACION	**7**
1.3 OBJETIVOS	**11**
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	
1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO	
1.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	**12**
1.4.1 CULTURA DE SEGURIDAD	**12**
1.4.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE	**13**
1.4.3 PERSONAL DE ENFERMERÍA	**14**
1.4.4 INSTITUCIONES DE III NIVEL	**14**
2. MARCO TEÓRICO	**15**
2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL	**15**
2.2 CONTEXTO NACIONAL	**32**
3. MARCO DE DISEÑO	**44**
3.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	**44**
3.1.1 UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO	**45**
3.1.2 MUESTRA	**45**
3.2 ETAPAS DEL DISEÑO	**46**
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	**46**
3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	**47**

3.5 INSTRUMENTO **47**
3.5.1 CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO **47**
3.5.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO **51**
3.6 ASPECTOS ÉTICOS **58**
3.7 PLAN DE COLECTA DE DATOS **60**
3.7.1 ESTRUCTURA
3.7.2 CUANTIFICACIÓN
3.7.3 MÉTODO DE COLECTA: AUTOINFORME

4. ANÁLISIS DE LOS DATOS DE INVESTIGACION **61**
4.1 ETAPA I: ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS **61**
4.2 ETAPA II: ANÁLISIS DE RESULTADOS **61**
4.2.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS **62**
4.2.2 ANÁLISIS SECCIÓN A: SU SERVICIO/UNIDAD **64**
4.2.3 ANÁLISIS SECCIÓN B: SU HOSPITAL **68**
4.2.4 ANÁLISIS SECCIÓN C: COMUNICACIÓN EN SU SERVICIO **72**
4.2.5 ANÁLISIS SECCIÓN D: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA **76**

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **92**
5.1 CONCLUSIONES **92**
5.2 RECOMENDACIONES **95**

ÍNDICE DE FIGURAS **98**
INDICE DE TABLAS **98**
INDICE DE GRÁFICOS **99**
BIBLIOGRAFÍA **101**
ANEXOS **111**
ANEXO 1: Formato de consentimiento informado. **111**
ANEXO 2: Versión Española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. **112**

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 DEFINICIÓN-DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

¿Cual es la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel de Bogotá durante el primer semestre de 2009?

La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que determina la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. Es así que resulta determinante conocer qué esta ocurriendo con la adherencia del personal de enfermería a esta "cultura de seguridad", para ofrecer una descripción de la realidad en las instituciones de III nivel en la ciudad de Bogotá, que se convierta en un punto de partida para plantear acciones de mejora, y contribuir con las investigaciones en esta área, pues la cultura de seguridad del paciente se convierte en una competencia obligada del personal de enfermería en el mundo moderno; ya que este es determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente.

Sin embargo, a pesar de la relevancia y el auge de la temática abordada, relativamente pocos investigadores han examinado el concepto "cultura de seguridad" en la atención en salud, específicamente en el cuidado de enfermería. Es evidente entonces el vacío en el conocimiento, debido a que son escasas las referencias locales de investigación en cuanto a las acciones del personal de enfermería en lo que respecta a la cultura de seguridad del paciente.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La preocupación por la seguridad del paciente surge de la observación de la incidencia creciente de eventos adversos que impacta negativamente en la calidad de la atención, y, que de acuerdo a lo mencionado en la 55ª asamblea mundial de la salud en 2002[1], impone un alto costo en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud. En Colombia actualmente se desarrolla e implementa una Política de Seguridad del Paciente, derivada del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud[2], que pretende "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"

Estas políticas se relacionan con los deberes de enfermería pues la seguridad del paciente es un tema que merece un análisis y reflexión para desarrollar las habilidades éticas que la enfermería y su eje central, el cuidado, debe tener. Tal como lo manifiestan Ana Isabel Gómez y Ángela Espinosa[3] en su Artículo Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar *"Dentro de los deberes de la enfermera, expresados en los códigos de ética de enfermería Nacionales e Internacionales, están propender por que el cuidado de la salud en los distintos ámbitos se dé dentro del marco del aseguramiento de la calidad, cumpliendo con las dimensiones de la calidad enunciadas por Avedis Donabedian: unos aspectos*

---

[1] 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf. Consultado el 13 de febrero de 2009.

[2] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. República de Colombia. Dirección General de Calidad de Servicios. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Disponible en: http://www.cohan.org.co/content/43/files/5%20LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTEI.pdf. Consultado el 16 de febrero de 2009.

[3] GÓMEZ Córdoba, Ana Isabel; ESPINOSA, Ángela Fernanda, Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente, cuidar es pensar. EN: AQUICHAN. Año 6. Vol.6 Nº 1, p 54-67, Chía, Colombia, Octubre 2006. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdfarticulos/dilemas_eticos_seguridad.pdf consultado: 13 febrero de 2008.

de índole técnico- científico (como son la oportunidad, seguridad, continuidad, accesibilidad y pertinencia), la adecuada relación interpersonal y el uso racional de los servicios de salud".

Esta relación facilita la aproximación al seguimiento de los eventos adversos que pueden ocurrir a partir de las evoluciones tecnológicas, sociales, científicas y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud.

Por lo tanto, la vigilancia de la seguridad del paciente es un eje fundamental en las discusiones actuales acerca de la implementación de dichas políticas de calidad que tienen como objetivo brindar el máximo de satisfacción[4] y bienestar a los pacientes; entonces, es cada vez mas indispensable poseer bases teóricas sólidas (investigaciones, revisiones, estudios) al respecto que guíen los procesos destinados al alcance de los objetivos propuestos por el SOGCS y por su puesto, a la capacitación de quienes manejan directamente esta temática en su quehacer diario, para este estudio específicamente el personal de enfermería.

En los últimos años, el interés por la temática de la seguridad del paciente se evidencia por el aumento de la investigación en el área, enriqueciendo significativamente el conocimiento científico; Un ejemplo de esto, es el resultado de la revisión de las búsquedas relacionadas con seguridad del paciente y calidad en la atención en los últimos 20 años, en una de las bases de datos mas consultadas en el área de la salud realizada por Lilford, Stirling y Maillard[5] en el articulo 'Citation classics in patient safety research: an invitation tocontribute to an online bibliography' (*Citaciones clásicas de investigación en seguridad del paciente: una invitación a contribuir a una bibliografía en línea*), que evidencio un

[4] CABAÑAS, Rosario. Evaluación de la Atención de la Salud. EN: Revista Médica Hondureña - VOL. 62 -1994. Disponible en: www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf. Consultado el 16 de febrero de 2009.

[5] LILFORD R, STIRLING S, MAILLARD N. Citation classics in patient safety research: an invitation to contribute to an online bibliography. EN: Qual Saf Health Care 2006; 15:311–313. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/articulos/id276.pdf. Consultado el 13 de febrero de 2009

crecimiento constante de las publicaciones acerca del tema, en dicha base de datos, expuesta de la siguiente manera: Figura 1[6]

Figura 1. Crecimiento de citas en MEDLINE bajo los términos de "seguridad de los pacientes", "calidad en la atención sanitaria y médica", "errores en la medicación", desde 1966 hasta 2005.

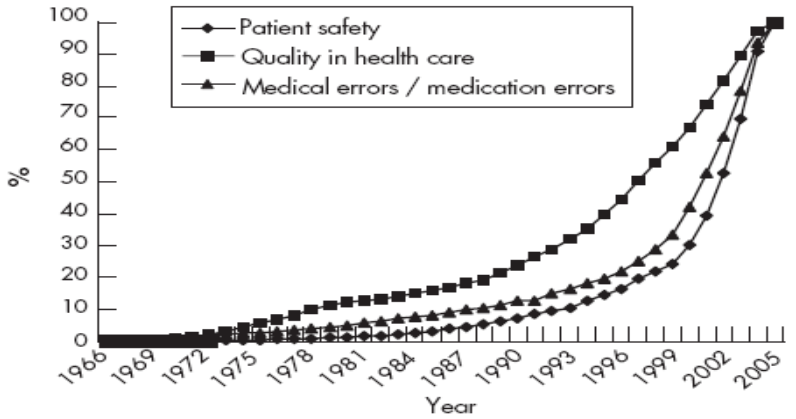


Figure 1 Growth of citation counts of papers coded in Medline under the terms ''patient safety'', ''quality in healthcare'' and ''medical/ medication errors'' from 1966 to 2005. Each graph was normalised by taking the data for the year 2005 as 100% (''patient safety'' 2472; ''quality in healthcare'' 21 870; ''medical/medication error'' 7867).

FUENTE: *"Citation classics in patient safety research: an invitation to contribute to an online bibliography".*

A pesar del crecimiento notable de la investigación en el tema, hay poca literatura a nivel nacional que contextualice las particularidades y permita desarrollar estrategias que logren impactar las directrices en las instituciones de salud para el mejoramiento constante de la cultura de seguridad del paciente. En el personal de Enfermería es indispensable fortalecer el tema para brindar pautas encaminadas al cuidado integral del ser humano en el quehacer diario. Por lo tanto, ahora, son de gran importancia los estudios que ofrezcan herramientas conceptuales y prácticas en el campo de la seguridad del paciente desde enfermería, a partir de una visión objetiva de la realidad, pues son estos los que exponen las debilidades y fortalezas de la práctica de enfermería, orientando así la formación de nuevos trabajadores de la salud que ejerzan y perpetúen la cultura de seguridad del paciente, acorde con los principios del cuidado.

[6] IBÍD.

El personal de enfermería se ha integrado a los cambios positivos que han tenido lugar en este ámbito del conocimiento, y en el quehacer diario se evidencian hábitos que forman parte de la cultura de seguridad del paciente, ahora bien, estos hábitos han de repensarse, reevaluarse y examinarse para asegurar que "la cultura de seguridad del paciente" haga la diferencia en los servicios de salud y que el crecimiento conceptual se refleje en la practica. Bajo esta cultura, la información acerca de las debilidades en la asistencia no es parte de un rumor, ni genera temor en el personal, pues se sabe que la perfección no existe, más importante que ella es el mejoramiento continuo; es así que se logra salir de la filosofía del castigo para pasar a la filosofía de la disminución de los riesgos a partir de la verdad y la Pro actividad.

La facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia[7], se ha caracterizado por formar profesionales a la vanguardia del conocimiento, y lideres en los procesos del cuidado de las personas en todos sus contextos. Esta investigación responde a la necesidad de enriquecer las bases teóricas que contribuyan a la formación de profesionales que velen por la seguridad de paciente y respondan con calidad humana a los desafíos de la práctica, cumpliendo de esta manera la misión planteada por la Facultad.

Adicionalmente, este trabajo nutre la importante labor del Grupo de Cuidado de esta facultad, con categoría A en Colciencias, que esta comprometido con el crecimiento del conocimiento en enfermería y su aplicación en la práctica. Los hallazgos de este estudio serán discutidos en el grupo, y divulgados de tal forma que tengan impacto en las instituciones de salud de las que forman parte sus miembros, y responda al creciente interés y relevancia que le da el personal de enfermería a la seguridad del paciente.

[7] UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA; FACULTAD DE ENFERMERÍA. Misión. Disponible en: www.enfermeria.unal.edu.co. Consultado el 16 de febrero de 2009.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer semestre del 2009.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Explorar la percepción del personal de enfermería de la cultura de seguridad del paciente, durante el primer semestre del 2009 mediante el instrumento, *Versión Española, Hospital Survey on Patient Safety Culture.*
- Describir la cultura de seguridad del paciente, en las dimensiones descritas por el instrumento *Versión Española, Hospital Survey on Patient Safety Culture*: condiciones del servicio o unidad, condiciones del hospital, comunicación en el servicio e información específica acerca de actividades en la institución.
- Proponer oportunidades de mejoramiento a partir de los hallazgos.

1.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

1.4.1 CULTURA DE SEGURIDAD

Corresponde a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado. Este termino 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).

Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia[8], constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente los cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos y los profesionales y la comunidad.

Para el sistema Nacional de Salud del Reino Unido, este despliegue parte de "la conciencia de que las cosas pueden ir mal[9]," y el reconocimiento de que los errores en la prestación del servicio no están sólo ligados a la persona, sino también al sistema en que ella trabaja. Desde esta óptica, la "cultura de seguridad del paciente", además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que estos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en mejorar las cosas.

---

[8] OP.CIT. 2. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA.
[9] SISTEMA NACIONAL DE SALUD (NHS) REINO UNIDO. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Agencia de calidad del sistema nacional de salud. La seguridad del paciente en siete pasos. Disponible en: http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2009.

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 que logren reducir el riesgo mediante los cambios en las practicas, 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 impulsadores del cambio, para empezar a resistirse a el. Es por esto que la promoción del aprendizaje y la retroalimentación permanente, es un asunto de vital importancia en esta cultura. La cultura de seguridad establece así, el trato adecuado de la información (privacidad, confidencialidad) y el apoyo legal y psicológico a los integrantes del equipo de salud, al paciente y a su familia; que se hace posible gracias a la definición previa de los procesos.

1.4.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Son todas aquellas acciones, elementos y procesos derivados de la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso el la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo el cuidado mas seguro.

Según la OMS en el documento "*calidad de la atención seguridad del paciente"* [10]*,* la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo.

En la práctica de enfermería, este concepto esta implícito en el acto de cuidado "pues es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente

[10] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Calidad de la atención: seguridad del paciente disponible en: http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf consultado: Consultado el 16 de febrero de 2009.

preocupada por las personas que confían en su cuidado"[11]. A partir de esta óptica, desde *Florence Nightingale,* la precursora de la enfermería, afirmo que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados…"[12], hasta el mundo moderno, la enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente.

1.4.3 PERSONAL DE ENFERMERÍA

Según el concepto de la Asociación Española de enfermería en Cardiología[13], son los funcionarios que laboran en o para una organización personal que proporciona cuidados de enfermería en instituciones u organismos basados en conocimientos científicos. Para este estudio este término incluye a los profesionales y auxiliares de enfermería que laboran en las instituciones en las cuales se aplico el instrumento.

1.4.5 INSTITUCIONES DE III NIVEL

De acuerdo a la ley 100[14] "las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas". Los hospitales de tercer nivel de complejidad en los que se lleva a cabo este proyecto son instituciones prestadoras de salud están constituidas por recursos humanos, infraestructura y tecnología destinada al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que requieran servicios médicos de alta complejidad y especialización.

---

[11] LEON ROMAN, CARLOS. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. EN: Revista Cubana de Enfermería 2006; 22(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html. Consultado el 16 de febrero de 2009.
[12] IBID
[13] ENFERMERÍA EN CARDIOLOGIA. Personal de Enfermería. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/clavep.htm. Consultado el 16 de febrero de 2009.
[14] REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1993. Edición actualizada año 2003. Momo ediciones.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

En las últimas décadas debido al aumento en la complejidad de los procedimientos en la atención en salud por los avances en la investigación científica y en la tecnología usada en esta área ha surgido un incremento considerable en el riesgo de ocurrencia de eventos adversos en el cuidado de la salud. Así lo expone Milagros García Barbero, Directora de la Oficina de Servicios Integrados de Salud de la Oficina Europea de la OMS, quien realizo un resumen de los datos de efectos adversos en servicios de salud en diferentes países, y lo presenta de la siguiente manera: Tabla 1[15].

TABLA 1 Datos sobre efectos adversos en la provisión de servicios en diversos países

Estudio	Fechas de admisión en hospitales de agudos	N.º de ingresos en el hospital	N.º de efectos adversos	% de efectos adversos
USA Harvard Medical Practice Study[6-7]	1984	30.195	1.133	3.8
Australia (Quality in Australian Health Care Study) QAHCS8	1992	14.179	2.353	16.6
Nueva Zelanda[9-10]	1998	6.579	849	12.9
Canadá[11]	2001	3.720	279	7.5
EEUU (Utah-Colorado Study) UTCOS[12]	1992	14.565	475	3.2
EEUU (Utah-Colorado Study) UTCOS[12*]	1992	14.565	787	5.4
Australia (Quality in Australian Health Care Study) QAHCS[13, 14*]	1992	14.179	1.499	10.6
Reino Unido[15]	1999-2000	1.014	119	11.7
Dinamarca[16]	1998	1.097	176	9.0

*Revisión de los estudios equiparando la metodología.

FUENTE: García Barbero, Milagros. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

[15] GARCÍA Barbero, Milagros. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en:http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf .Consultado el 17 de febrero de 2009.

En la Tabla 1 se evidencia que el número de efectos adversos varía de un 5,4% a un 16,6% en el estudio de Utah-Colorado12 y de un 10,6% a un 11,7% en el de Australia13-14 con la corrección metodológica; la situación es peor en América Latina, pues "la OMS calcula que el riesgo de contraer una infección debido a un tratamiento médico es de 2 a 20 veces más alto en los países en desarrollo que en los industrializados"[16].

Las diferencias en las estadísticas acerca de la ocurrencia de eventos adversos se deben a la diversidad de estrategias en la recopilación de datos, debido a que todos los estudios no utilizaban un criterio unificado respecto a los conceptos relacionados con la seguridad. De ahí la importancia de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) que estableció el Grupo de Redacción creado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente entre agosto y noviembre de 2006, que busca unificar a nivel global los conceptos utilizados para la vigilancia de la seguridad, algunos de ellos se exponen en la TABLA 2[17]

Tabla 2. Lista de términos preferidos y definiciones de conceptos clave. Adaptado de: Clasificación internacional para la seguridad del paciente.

1	Paciente	Persona que recibe atención sanitaria.
2	Atención sanitaria	Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
3	Salud	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
4	Peligro	Circunstancia, agente o acción que puede producir un riesgo o aumentarlo.
5	Seguridad del paciente	Ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.
6	Daño relacionado con la atención sanitaria	Daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una

[16] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Realizan en San Francisco, Estados Unidos, el Primer Taller Regional sobre "Pacientes en Defensa de su Seguridad. EN: Revista Bioanálisis. Disponible en: http://www.revistabioanalisis.com/arxius/notas/empresa.pdf Consultado el 18 de febrero de 2009.

[17] ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (Organización Mundial de la Salud). Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/web_modified_delphi_survey_overview_es.pdf Consultado el 17 de febrero de 2009.

		enfermedad o lesión subyacente.
7	Incidente relacionado con la seguridad del paciente	Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
8	Error	No realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto.
9	Riesgo	Probabilidad de que se produzca un incidente.
10	Evento adverso	Incidente que produce daño al paciente.
11	Daño	Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
12	Lesión	Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
13	Agente	sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios
14	Circunstancia	Cualquier factor relacionado con un evento, un agente o una persona o que influye en ellos.
15	Discapacidad	Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.
16	Reacción adversa	Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.
17	Efecto secundario	Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
18	Medidas adoptadas para reducir el riesgo	Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente.
19	Fallo del sistema	Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de la organización.
20	Mejora del sistema	Resultado o efecto directo de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.

FUENTE: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS). Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.

En la actualidad los esfuerzos mundiales van encaminados a mejorar la seguridad a todo nivel en los servicios de salud, de modo que se minimicen los riesgos y daños que se presentan durante la atención en salud. En el contexto internacional este tema es liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien a estimulado a los países a que “presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, y establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la

tecnología"[18]. Adicionalmente se ha encargado de proponer y socializar lineamientos de cuidado, principalmente a través de La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que comenzó a funcionar en octubre de 2004[19], surgiendo como un método para generar interacciones e intercambio de conocimientos entre los países miembros que les permitan facilitar el desarrollo de nuevas estrategias y políticas que generen una disminución en las estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud globalmente, debido a que "La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y problemas legales que en algunos países cuestan entre US$ 6000 millones y US$ 29 000 millones por año.(…) La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo[20]".

Dicha Alianza es líder en las propuestas acerca de programas de salud derivados del propósito de mantener seguro al paciente y en los últimos años ha realizado varios proyectos con invitaciones para su implementación mundial como el "*Reto global para la seguridad del paciente*." Que se basa en el lema "Atención higiénica es atención más segura" e incentiva a todos los países a analizar dentro de su sistema de salud las causas de las infecciones asociadas con la atención en instituciones de salud; entre otras estrategias que involucran no solo al personal médico y de enfermería sino también a los pacientes en el compromiso de la seguridad y la calidad de la atención.[21]

---

[18] OMS. 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Resolución WHA55.18. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Mayo de 2002. Disponible en http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2009.

[19] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2009.

[20] ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. La Investigación en Seguridad del Paciente, Mayor conocimiento para una atención más segura. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf. Consultado el 18 de febrero de 2009.

[21] OP. CIT 15. GARCÍA BARBERO, Milagros. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

El objetivo de esta iniciativa en promover la investigación y la posterior aplicación de los nuevos conocimientos para así alcanzar día a día "mayor seguridad de la atención sanitaria y reducir los daños ocasionados a los pacientes a escala mundial[22]". El apoyo se ha extendido hasta los países en desarrollo, incluido Colombia como lo muestra la siguiente figura:

FIGURA 2. Países participantes en los estudios respaldados por la OMS sobre la magnitud del daño asociado a la asistencia sanitaria.

FUENTE: ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. La Investigación en Seguridad del Paciente, Mayor conocimiento para una atención más segura.

Los proyectos de investigación que se desarrollan en estos países han permitido sensibilizar a los trabajadores de la salud y a la comunidad en cuanto a la cultura de seguridad del paciente y han promovido acciones que responden a las necesidades particulares del contexto nacional, lo que además a enriquecido la investigación a nivel mundial en torno a la seguridad del paciente. Las áreas de investigación prioritarias propuestas por la OMS son[23]:

- Comunicación y coordinación
- Problemas institucionales latentes

[22] OP. CIT 20. ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
[23] OP. CIT 20. ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Cultura de la seguridad
- Análisis coste-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos
- Indicadores de seguridad del paciente
- Consideración de factores humanos en el diseño y el funcionamiento de procedimientos y dispositivos
- Tecnología de la información sanitaria/sistemas de información
- El paciente como aliado en la prestación de atención sanitaria
- Eventos adversos relacionados con los medicamentos
- Atención a las personas frágiles y de mayor edad
- Adherencia al tratamiento por parte del paciente
- Errores de diagnóstico
- Identificación, desarrollo y aplicación de soluciones localmente efectivas
- Infecciones asociadas a la atención sanitaria

Agrupando el conocimiento existente en el área, La OMS lanzó "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" un programa central de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que busca difundir ampliamente las iniciativas relacionadas con la seguridad que han dado resultados en diversos lugares del mundo. Las Soluciones para la Seguridad del Paciente[24] se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las soluciones concentradas de electrólitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos

[24] OMS. La OMS lanzó "Nueve soluciones para la seguridad del paciente". Disponible en: http://www.mex.ops-oms.org/contenido/comunicados/Comunicados%20PDF/oms/020507.pdf. Consultado el 18 de febrero de 2009.

8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección

9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

Para colaborar con la OMS en la elaboración de soluciones para la seguridad del paciente fue designada La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la Joint Commission International que es una organización no gubernamental e independiente en los Estados Unidos integrada por médicos, administradores, profesionales de enfermería, un representante laboral, líderes de planes de salud, expertos en calidad y educadores, entre otros, cuya misión es "continuamente mejorar la seguridad y la calidad de cuidado proporcionado al público por la provisión de acreditamiento de asistencia médica y servicios relacionados que apoyan la mejora de funcionamiento de organizaciones de asistencia médica"[25]. En cumplimiento de esta misión, la Joint Commission y la Joint Commission International lideran la iniciativa High 5, coordinada por el Centro Colaborador de la OMS en Seguridad del Paciente y apoyada por la Commonwealth Fund con el auspicio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente - Organización Mundial de la Salud.

El Proyecto High 5s ha desarrollado cinco protocolos operativos estandarizados en respuesta a cinco significativos problemas de seguridad del paciente:[26]

- *Control de las soluciones concentradas de electrolitos (medicinas inyectables)*
- *Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales*
- *Comunicación durante el traspaso de los pacientes*
- *Mejorar la higiene de las manos para prevenir infecciones asociadas a la atención en salud, y*
- *Realización del procedimiento correcto en el lugar correcto del cuerpo.*

---

[25] THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Patient Safety. Disponible en: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/. Consultado el 18 de febrero de 2009.

[26] CARNEVALI José. Noticias e Información Pública. Comunicado de prensa. Determinados a actuar unidos en el marco de la iniciativa High 5s Seis países acuerdan implementar soluciones para prevenir problemas de seguridad del paciente. Disponible en: http://www.per.ops-oms.org/noticias/seguridad-paci.pdf Consultado el 18 de febrero de 2009.

La Joint Commission señala que “no debería nunca producirse un evento adverso en ningún lugar del mundo si se sabe cómo prevenir su ocurrencia”[27], sin embargo, es indispensable poner en práctica el conocimiento adquirido para darle validez.

Por otra parte, a nivel regional varias organizaciones han realizado iniciativas en torno a la cultura de seguridad del paciente; la Organización Panamericana la Salud (OPS), creada en 1902 como la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las Américas para mejorar la salud y la calidad de vida ha desarrollado también estrategias en el ámbito de la seguridad del paciente; cabe destacar el taller “Pacientes en Defensa de su Seguridad” en respuesta a los lineamientos de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, en el que se concluyo que el error humano es solamente una parte del problema pues los sistemas de atención en salud presentan múltiples problemas en la organización de sus servicios; por esta de razón los asistentes se comprometieron a realizar esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente en sus respectivos países.

El Comité Europeo de Sanidad a su vez plantea un enfoque sistémico de la prevención de riesgos en la asistencia en salud así: figura 3[28]

---

[27] THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Citado en: CARNEVALI José. Noticias e Información Pública. Comunicado de prensa. Determinados a actuar unidos en el marco de la iniciativa High 5s Seis países acuerdan implementar soluciones para prevenir problemas de seguridad del paciente. Disponible en: http://www.per.ops-oms.org/noticias/seguridad-paci.pdf Consultado el 18 de febrero de 2009.

[28] MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Secretaría general de sanidad. Agencia de calidad del sistema nacional de salud. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf. Consultado el 18 de febrero de 2009.

FIGURA 3: Elementos dentro del enfoque sistémico de la prevención de riesgos en la asistencia sanitaria.

FUENTE: Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP. Estrasburgo, 2004. EN: Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005.

La "Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo[29]", realizada por el consejo de Europa, en la reunión del 13 de abril de 2005, contiene lineamientos para invitar a que los países acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional a través de: "el desarrollo de una cultura de la 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 de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso".

[29] OP. CIT 15. GARCÍA BARBERO, Milagros. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

En este mismo año, en Londres, se llevo a cabo el primer taller de pacientes en defensa de su seguridad, que conto con la representación de 19 países, y en donde se compartieron experiencias y conocimientos para "sentar las bases de un movimiento mundial, que promueve la participación activa de pacientes y las asociaciones necesarias para enfrentar los problemas de seguridad del paciente en todo el mundo"[30].

Posteriormente, en 2006, se firmo la declaración de Londres: Pacientes en defensa de su seguridad, donde los pacientes se comprometen a difundir su derecho a recibir una asistencia sanitaria segura y piden honestidad, transparencia a los prestadores de los servicios de salud, para superar la cultura del error y la negación que aun rige en algunos lugares del mundo. Además se garantizan su colaboración en la creación de estrategias para la seguridad del paciente y el empoderamiento del mismo en la cultura de seguridad[31].

Como respuesta a las recientes políticas internacionales en el ámbito de la seguridad del paciente, se han dirigido varios estudios con respecto a este tema, como lo dice Nieva y Sorra en su articulo *"Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations (Medición de la cultura de la seguridad una herramienta para mejorar la seguridad del paciente en las organizaciones de salud)* [32]*"* las organizaciones sanitarias son cada vez más conscientes de la importancia de transformar la cultura organizacional con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes, así mismo este creciente interés en la cultura de la seguridad se acompaña de la necesidad de instrumentos de evaluación que se centren en los aspectos culturales de los esfuerzos por mejorar

---

[30] ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Patients for patient safety News. Julio 2006. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/pacientes/July_2006_SPANISH.pdf Consultado el 18 de febrero de 2009

[31] IBID

[32] NIEVA, V F; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. EN: Qual Saf Health Care 2003;12 (Suppl II): 17– 23. ONLINE. Disponible en la página web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=260&Id1=47& consultado el: 03 de mayo de 2009.

la seguridad de los pacientes; en este artículo se discute el uso de la evaluación de la cultura de la seguridad como una herramienta para mejorar la seguridad de los pacientes. Se describen las características de la cultura de evaluación y de las herramientas para su medición usadas en organizaciones sanitarias; estas herramientas se usan para medir las condiciones de organización que llevan a los eventos adversos y al daño en el paciente, y para el desarrollo y la evaluación de las intervenciones de mejora de la seguridad en las organizaciones sanitarias, ofrecen una medición para entender de forma implícita "la forma en que hacemos las cosas aquí " que se puede hacer visible y disponible, como aporte para el cambio. Dentro de las reflexiones realizadas por las autoras se destaca la visión de la salud como industria considerándola como un potencial factor de riesgo que amenaza a los pacientes a los que proporciona la atención, por lo que la cultura tanto de organizaciones como de profesionales en la atención en salud debe someterse a una transformación en aras de la seguridad. "*La atención de la salud debe considerarse como una industria de alto riesgo que es inherentemente arriesgada. Debe abandonar la filosofía de exigir el rendimiento de las personas perfecto y libre de errores, y centrarse, en cambio, en el diseño de sistemas de seguridad. Los sistemas de salud deben pasar de la "culpa y la vergüenza" cultura que impide el reconocimiento del error y, por tanto, obstaculiza cualquier posibilidad de aprender de estos, a una en la que se tenga fácil acceso a la información que apoye el aprendizaje de la experiencia con el fin de promover los sistemas de prevención de errores y mitigar el impacto de los errores que se producen*."

Para Laura T. Pizzi y colaboradores[33] la cultura es una construcción compleja y abstracta que debe deducirse de los comportamientos, y el análisis a menudo se basa en la autodisciplina. En su articulo *"Promoting a Culture of Safety (Promoviendo la cultura de seguridad)"* realizan un análisis comparativo acerca de

[33] PIZZI, Laura T; GOLDFARB, Neil I; NASH, David B. Promoting a Culture of Safety. EN: Thomas Jefferson University School of Medicine and Office of Health Policy & Clinical Outcomes. Disponible en la página web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=255&Id1=54& consultado el 03 de marzo de 2009

la implementación de los métodos usados en la industria para promover la cultura de seguridad y sus usos en el ámbito de la atención en salud, además de la medición de los resultados de la implementación de esta cultura, promoviendo al investigación en el tema y propuestas para desarrollar un modelo de trabajo de la cultura de la seguridad que permite la medición de varios conceptos relacionados: percepción y actitudes acerca de la seguridad por parte de los individuos, comportamientos observables de seguridad, y una organización del sistema de gestión de la seguridad como lo demuestran sus políticas y los estilos de gestión. Además de identificar como temas de estudio el impacto relativo de cada una de estas medidas en los resultados obtenidos en los indicadores de calidad en la atención. Además estos autores promueven cambios progresivos en la creación de la cultura de seguridad dando como ejemplo *"El uso de incentivos para premiar a la seguridad pública y la promoción de comportamientos que demuestran un compromiso con la seguridad son los enfoques aplicados en grandes y pequeños establecimientos sanitarios"*[34]

Los comportamientos seguros que lleven a una atención con calidad, son un tema complicado de abordar, y la percepción de los mismos debe ser analizada de forma minuciosa, no basta con los propósitos para cambiar la cultura de seguridad en las establecimientos sanitarios ya que *"La cultura de la seguridad no puede ser tan fuerte como se desea"* según lo afirmado por Singer y colaboradores[35], ya que la percepción acerca de la misma varía de persona a persona, y según las condiciones de trabajo y la carga laboral. Las variaciones en los resultados entre los diferentes hospitales encontrada por estos autores en el estudio *"The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals (La cultura de la seguridad: resultado de una encuesta en 15 hospitales de California)"*, demuestra que a pesar de tener los mismos intereses con respecto a la seguridad

[34] ÍBID.
[35] SINGER, S J; GABA,D M; GEPPERT, JJ; SINAIKO, A D; HOWARD, S K; PARK, K C. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. EN: Qual Saf Health Care 2003;12:112–118. Disponible en la página web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=260&Id1=49& consultado el 03 de marzo de 2009.

del paciente, las situaciones “problema” siguen presentándose con diferentes variables para cada una de las instituciones y los problemas detectados son muy variados entre las instituciones participantes, sin embargo, a pesar de las diferencias en porcentajes de resultado la problemática presentada en todos los hospitales que hicieron parte del estudio fue la comunicación del personal en las unidades de servicio, en gran medida esta problemática se basa en la falta de notificación de los comportamientos que ponen en riesgo la seguridad del paciente y la percepción de personal que respondió la encuesta que “pedir ayuda es un signo de incompetencia”. En general la encuesta fue aplicada al personal, médico, enfermeros, auxiliares y administrativos de los hospitales, siendo el personal de enfermería el que hace más referencia a la identificación de los inconvenientes en la atención. Este tipo de investigación arroja una serie de resultados que proporcionan información sobre las actitudes y experiencias de los trabajadores acerca de la cultura de la seguridad en los hospitales y las formas en que las percepciones de la cultura de la seguridad difieren entre los distintos hospitales y entre los tipos de personal. Singer y otros concluyen que es necesaria la investigación de cada uno de los aspectos que abarca la percepción de la cultura de seguridad para confirmar los datos generales obtenidos por este tipo de trabajos, y el establecimiento de propuestas concretas y aplicables al contexto de la atención en cada institución de salud, que le permita a los administrativos de estas transmitir con éxito su compromiso con la seguridad a la clínica el lugar de trabajo. [36]

Por otra parte, un estudio que midió la cultura de seguridad del paciente en cinco hospitales Belgas[37] encontró un punto que ha de ser transformado en este ámbito: la mayoría de las personas todavía creen que la principal causa de mala atención es la mala práctica clínica y las debilidades particulares de algunos profesionales. Así, aun persiste un modelo de perfección individual que si falla está llamado a

[36] IBID.

[37] HELLINGS, Johan. SCHROOTEN, Ward. KLAZINGA, Niek. VLEUGELS, Arthur. Challenging patient safety culture: survey results. EN: International Journal of Health Care:Quality Assurance Vol. 20 No. 7, 2007 pp. 620-632. Consultado el: 4 de marzo de 2009. Disponible en: http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewPDF.jsp?contentType=Article&Filename=html/Output/Published/EmeraldFullTextArticle/Pdf/0620200706.pdf

rendición de cuentas. De modo que el enfoque del sistema de seguridad aun necesita ser socializado, pero sobre todo, interiorizado en el campo del clima laboral. A este respecto se encontró una cuestión de mayor complejidad: los resultados demostraron que cuando la seguridad es una prioridad débil, hay más errores que cuando la gestión de las prácticas de seguridad es importante en el hospital. Sin embargo, aun cuando la seguridad es una prioridad alta, no se encuentra diferencia significativa entre el número de errores durante el tratamiento cuando están protocolizadas las prácticas de gestión de calidad y cuando no. Por lo tanto, el diseño de procedimientos formales no es suficiente para reducir el número de errores de tratamiento, entonces es definitivamente indispensable afectar la cultura de seguridad, para lograr cambios reales en estas cifras.

Todos los esfuerzos que se realizan para la mejora en la seguridad el paciente desde las directrices de calidad en la atención sanitaria, deben reflejarse en la percepción del paciente con respecto a su seguridad, con respecto a esto Hernández Meca[38] y otros, en una revisión en una unidad de diálisis en España, al estudiar la seguridad clínica desde la óptica del paciente encontraron que es un tema de gran interés para ellos, sin embargo, relacionaron la falta de información-comunicación por parte del personal sanitario con una mayor preocupación de sufrir un error en la atención. Este aporte permite visualizar que la información, realmente es la base de la implementación de una cultura de seguridad del paciente, tanto en los usuarios de los servicios como en los profesionales de la salud. Si se interviene la incertidumbre que muchas veces se genera alrededor de las relaciones terapéuticas, y los posibles errores derivados de ellas, se podrá construir un ambiente de confianza entre los profesionales y la institución sanitaria, que se reflejara en la satisfacción del paciente. Este acercamiento a la percepción de los pacientes será determinante a la hora de elaborar estrategias relacionadas con la calidad del cuidado.

[38] HERNÁNDEZ MECA y otros. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. EN: Rev. Soc. Esp Enferm Nefrol 2008; 11 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v11n3/original5.pdf. Consultado el 20/04/09.

A nivel mundial entonces, la seguridad del paciente dentro de los programas incluida dentro de los sistemas de calidad, no debe ser considerada como una nueva perspectiva de la atención en salud; sino una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado del personal de enfermería. Así lo expone León Román[39] quien acertadamente, después de realizar una revisión bibliográfica y consultar a expertos en cuanto a los criterios que sustentan la enfermería como profesión, concluyo que abarca "una visión de la profesión como disciplina científica, que se preocupa por el bien fundamental de la humanidad y que respondan a su encargo social a brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo". Lo que enmarca claramente el quehacer diario de enfermería en el contexto de la cultura de seguridad del paciente desde Florence Nithangale hasta la actualidad.

Es así que, la importancia de la seguridad del paciente para el personal de enfermería, se ha convertido en un ámbito creciente de investigación. VanGeest y Cummins, en el estudio 'An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety, Results of a National Study of Physicians and Nurses[40]' (Una evaluación educativa de necesidades para mejorar la Seguridad Paciente, resultados del estudio nacional de psicólogos y enfermeras) encontraron que el 95.2% de las enfermeras que respondieron a la encuesta identificó la seguridad paciente como una cuestión muy importante en la asistencia médica hoy y un componente necesario del cuidado de calidad: "Tenemos que comenzar a hablar de ello [la seguridad paciente] como un valor principal en la asistencia médica a diferencia de un accesorio… examinar los sistemas de salud para asegurarnos de que son tan seguros como sea posible"[41], afirmó el grupo foco de enfermeras que se abordo en esta investigación.

---

[39] LEON ROMAN, Carlos Agustín. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. EN: Rev. Cubana Enfermer 2006;22(3) http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html

[40] VANGEEST y CUMMINS. An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety Results of a National Study of Physicians and Nurses. *EN:* National Patient Safety Foundation®. Disponible en http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf. Consultado el 13 de febrero de 2009

[41] IBID

El entorno en el que las enfermeras se desenvuelven siempre será complejo y propenso a error, además los errores en la atención de los pacientes rara vez se deben a incompetencia o negligencia individual, según lo dicho por Maddox, Wakefield y Bull; en su artículo *"Patient Safety and the Need for Professional and Educational Change (Seguridad del paciente y la necesidad de un cambio educacional y profesional)"* donde además proponen cambios en los métodos de educación de enfermería creando un ambiente de aprendizaje, con fluida comunicación abierta, que permita a las enfermeras identificar, discutir y, en última instancia evitar los errores en la atención de la salud. Esta recomendación tiene implicaciones particulares para los educadores de enfermería y para las facultades de enfermería, cambios en el contenido y el proceso de los programas de educación básica de enfermería a partir del desarrollo de planes de estudios clínicos de experiencias prácticas incluyendo la exposición al contenido y la experiencia interdisciplinaria que abarquen la educación en situaciones que simulan día a día, la realidad de la asistencia al paciente y que ofrecen experiencias entre el equipo de salud en la comunicación y la planificación de la rutina de la atención de los pacientes a las situaciones en las que los fallos del sistema y emergencias se producen y en el que los miembros del equipo deben aprender a utilizar su conocimiento colectivo y la habilidad para resolver problemas después de las intervenciones. La renovación de las experiencias educativas que incluyan la orientación de un equipo de enfermería puede comenzar con la facultad de examinar varias cuestiones pertinentes, la reorientación de los valores relacionados con el análisis de errores, creando y conduciendo sistemas libres de culpa, y aumentar la comodidad y la competencia en la previsión y análisis de errores.[42]

[42] MADDOX, PJ; WAKEFIELD, Mary; BULL, Jan. Patient Safety and the Need for Professional and Educational Change. EN: NURSING OUTLOOK, VOLUME 49 • NUMBER 1. Disponible en la página Web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=235&Id1=75& consultado el 03 de mayo de 2009.

Son evidentes los esfuerzos a nivel internacional para mejorar la calidad en la atención de la salud, es por ello que el tema de la seguridad del paciente durante la obtención de los servicios sanitarios ha tomado tanta importancia en los últimos años, no solo ha generado políticas mundiales que permitan la regularización de los procedimientos de atención, sino además ha promovido la investigación por parte de los profesionales de la salud, queriendo demostrar la efectividad de dichas políticas y evaluar especialmente la influencia de las diferentes conductas del personal encargado de dicha atención.

Al considerarse la cultura de seguridad como parte importante para la calidad en los servicios de salud se pueden entablar estrategias mundiales tanto para la misma atención como para la formación de profesionales íntegros, que desde la academia sean conscientes de las actitudes adecuadas y así, a futuro, la aplicación de todos los avances en el tema será más factible y las normas vigentes serán fácilmente asumidas por el personal que se encuentra en contacto con el paciente y por aquellos que coordinan y lideran los procesos de calidad, dentro de estos roles el profesional de enfermería debe destacar su presencia y su labor debe comenzar con la formación propia y de nuevos colegas, en la cultura de seguridad, con ello podrá garantizar que los servicios prestados serán seguros y que el personal a su cargo también conseguirá aptitudes y actitudes seguras y de calidad.

2.2 CONTEXTO NACIONAL

En Colombia se promueve una política de seguridad del paciente orientada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, la cual busca 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.[43]

Dentro de la política de Seguridad del paciente se encuentran siete principios que orientan y dan bases para la ejecución de la misma. Los cuales son: [44]

- *Enfoque de atención centrado en el usuario* Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

- *Cultura de seguridad* El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

- *Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud* La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

---

[43] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Política de Seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, República de Colombia. Disponible en: http://www.cohan.org.co/content/43/files/1MarcelaGiraldo_seguridadpaciente.pdf. Consultado: 13 febrero de 2008

[44] IBÍD.

- *Multicausalidad: El* problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

- *Validez* Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

- *Alianza con el paciente y su familia* La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

- *Alianza con el profesional de la salud* La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

Esta política busca que los actores encargados del área de la salud mas que acatar normas, se comprometan a la realización de acciones encaminadas a el bienestar del paciente, proponiendo al usuario de atención en salud y su familia, como el eje central de la política, y como un aliado al que hay que brindarle por lo tanto un ambiente que garantice el desarrollo de actividades de seguridad encaminadas a su beneficio en un espacio de integración conjunto entre el paciente, su familia y el profesional de la salud, donde este ultimo es responsable de contar con el conocimiento de las diferentes normas y fundamentos científicos que hacen posibles la realización de dichas acciones de manera efectiva.

Los objetivos de la política de seguridad del paciente son:[45]

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura

[45] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Disponible en: http://www.cohan.org.co/content/43/files/5%20LINEAMIENTOS%20SEGURID%20DEL%20PACIENTEI.pdf .Consultado: 13 febrero de 2008

2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Homologar la terminología a utilizar en el país.
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente
8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema

Estos objetivos llevan a reflexionar en aspectos relevantes al brindar atención en salud, los eventos adversos, las causas que lo originaron y las barreras de seguridad necesarias para evitarlos. Los eventos adversos son consecuencia de procesos desfavorables que conllevan a la aparición de este. Cuando los eventos adversos ocurren se tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. Pero, en la política de seguridad es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso de modo que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad considerando la ocurrencia de fallas en los procesos de atención previniendo la ocurrencia de estos.

En esta política también se establecen responsabilidades específicas para las instituciones prestadoras de servicios de salud como el desarrollar estrategias que permitan reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos, educar,

capacitar, entrenar y motivar el personal en torno a la seguridad del paciente, debiendo ser una labor constante que se enmarque dentro de un programa formal de seguridad al interior de la organización. Además debe contar con lineamientos precisos en cuanto al sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.

Por otro parte, como parte de la gestión de la política a nivel nacional, el Ministerio de la Protección Social de Colombia ha diseñado estrategias para difundir la cultura de seguridad del paciente a través de convocatorias que promueven la presentación de experiencias exitosas de calidad y la formación de los 1000 multiplicadores de dicha estrategia, además, conjuntamente con los medios de comunicación, implementó campañas de difusión masiva de la misma.

La seguridad del paciente forma parte fundamental de la calidad de atención en salud en Colombia, por lo tanto el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud[46], en el cual se reglamenta la calidad de atención en salud y las acciones que orientan la mejora de los resultados de la atención, centrados en el usuario, estas acciones incluyen la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales constituyen un prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados y además se fundamenta en los siguientes principios para el acceso a los servicios de salud: la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente, estos como las características necesarias y fundamentales de la calidad en la atención para brindar y propiciar acciones de seguridad.

Por otro lado, en la resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema

[46] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto Número 1011 de 2006, Colombia Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co. Consultado: 16 febrero de 2008

Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud[47], en el **Artículo 1º.** *Define y establece las condiciones y procedimientos para permitir:*

- Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema

Este componente establece como obligatorio para todos los entes del SOGCS la vigilancia de los eventos adversos como indicador de calidad institucional. Sin embargo, debe existir una vigilancia interna de la institución en el reporte y detección de eventos adversos, antes que otras dependencias externas vigilen la ocurrencia de estos.

Durante el año 2009 el ministerio de la protección social ha impulsado un proyecto piloto en las diferentes instituciones prestadoras de salud en Colombia titulado: "Una Atención Limpia, es una atención más segura"[48] con este proyecto piloto como lo señala el ministerio se busca que mediante la implementación adecuada del lavado de manos se reduzcan el numero de infecciones intrahospitalarias por transmisión de contacto directo con lo cual a su vez se promueve la cultura de seguridad del paciente, este proyecto esta basado en la

[47] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto Número 1446 de 2006, Colombia Disponible en: http://calsegen01.alcaldiabogota.gov.co:7772/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26256#0. Consultado: 16 febrero de 2008

[48] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL seguridad del paciente, guía "una atención limpia, es una atención más segura" disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=18149&IDCompany=11 Consultado: 4 de mayo de 2008

Iniciativa Mundial en pro de la Seguridad del Paciente sobre higiene de las manos en la atención sanitaria de la Organización Mundial De La Salud[49], se espera que un gran numero de instituciones implementen dicho proyecto y así contribuyan a la atención con calidad en los servicios de salud.

A pesar de la relevancia de la temática de seguridad del paciente, relativamente pocos investigadores han explorado el concepto "cultura de seguridad" en la atención en salud a nivel nacional, en el 2007 el Ministerio de la Protección Social[50] presento el estudio IBEAS, proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS Ginebra) y la Organización Panamericana de la Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España), como uno de los proyectos más relevantes en la actualidad en el contexto internacional el cual se titula "*prevalencia de eventos adversos en Hospitales de Latinoamérica protocolo del estudio en Colombia* " en el cual se seleccionaron doce instituciones de todo tipo (publicas, privadas, acreditadas, no acreditadas, entre otras.) Con el fin de dar un vistazo a la situación de la problemática en cuanto a eventos adversos en el país.

El objetivo de dicho proyecto era identificar la prevalecía de eventos adversos en hospitales de sesenta y cinco países de América Latina, y con base en esto desarrollar metodologías comparables internacionalmente y que sean fácil aplicar, también pretendía aportar al conocimiento en lo relacionado con la seguridad del paciente, Identificar áreas y problemas prioritarios e implicar a un mayor numero de profesionales de la salud comprometidos con el tema de la seguridad del paciente, posteriormente el 11 de Junio de 2008 se realizó en Bogotá el Foro

---

[49] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Guía para la aplicación de la estrategia multimodal de mejoramiento de la higiene de las manos de la OMS. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18149DocumentNo8553.PDF. Consultado: 4 de mayo de 2008.

[50] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Estudio IBEAS Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica, Protocolo del Estudio en Colombia. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16544DocumentNo4984. PDF. Consultado:17 de febrero de 2009

Internacional IBEAS que agrupó a los cinco países latinoamericanos que participan en el proyecto (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia) en donde los países expusieron sus experiencias en este proyecto y Colombia mostro como este se ha integrado en el contexto de las estrategias de su Política de Seguridad del Paciente, liderando y revelando un claro avance en el tema frente a los demás países asistentes[51].

Dentro de los avances presentados se encuentran los siguientes: [52]

- Los resultados obtenidos en cuanto a cierre de instituciones y consultorios de profesionales independientes que no cumplían con los requisitos básicos de habilitación.
- La profundización del despliegue de enfoque a riesgo en la verificación de los estándares de habilitación, lo cual se ha traducido en la formación a la fecha de mas de 750 verificadores en los diferentes diplomados dictados en el país.
- El despliegue en nuestras instituciones de la estrategia de vigilancia y gestión de eventos adversos normada por la Resolución 1446 de 2006 y que se ha traducido en el reporte, hasta el momento, por parte de más de 700 instituciones colombianas de estar desarrollando su estrategia de vigilancia de eventos adversos.
- Las primeras publicaciones en la página Web del Ministerio de los resultados iniciales de los indicadores de calidad normados por la Resolución 1446 de 2006, lo cuales se clasifican organizan en varios dominios, de los cuales los correspondientes a los dominios de calidad técnica y gerencia del riesgo del sistema de información para la calidad, nos dan una idea del estado de la seguridad del paciente en el país.

---

[51] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Foro Internacional IBEAS, Artículo publicado en la Revista Calidoscopio: una mirada a la calidad de la salud, numero 9 de 2008. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent /library/documents/DocNewsNo16447 DocumentNo7573.PDF, Consultado: 16 de Febrero 2009.

[52] GIRALDO, Suárez. Marcela E*l estudio IBEAS y la política de seguridad del paciente en Colombia.* Directora General de Calidad de Servicios. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia

También se encuentra diferentes publicaciones como las de Franco Astolfo, quien en el 2005 publico un estudio titulado *"La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema"* este se encargo de realizar una amplia revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional con el fin de conocer y comparar los diferentes conceptos que normar y dirigen lo referente a la seguridad del paciente este resume dicho estudio de la siguiente manera: "Los errores clínicos en la prestación de los servicios de salud pueden tener consecuencias graves que incluyen la muerte de los pacientes. Su génesis involucra no sólo factores institucionales y de las personas, sino también otros como los gubernamentales y los académicos. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo continuo para el mejoramiento de los factores humanos, llevarán a actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud" [53]. Este autor resaltó que la seguridad del paciente no solo es responsabilidad del profesional de salud que proporciona los cuidados, sino la de toda una nación, por ello es necesario la formulación de políticas que la regulen.

En el 2006 Ana Isabel Córdoba y Ángela Fernanda Espinosa publicaron un artículo titulado "*Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente, cuidar es pensar"*[54] el cual tenia como objetivo resaltar la importancia del acto del cuidado por medio del análisis del evento adverso, ellas ofrecieron una serie de recomendaciones que aportarían a garantizar la seguridad del paciente durante el proceso de atención en enfermería. Además la caracterización de la calidad de un

[53] FRANCO ASTOLFO, La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema, Articulo publicado en la revista Colombia Médica. Vol.36 Nº 2, Cali, Colombia, 2005. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342005000200011&script= sci_arttext, Consultado: 17 de febrero de 2009.

[54] GÓMEZ, Córdoba, Ana Isabel; ESPINOSA, Ángela Fernanda, Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente, cuidar es pensar, Articulo publicado en la revista AQUICHAN. Año 6. Vol.6 Nº 1, p 54-67, Chía, Colombia, Octubre 2006. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdfarticulos/dilemas_eticos_seguridad.pdf consultado: 13 febrero de 2008.

servicio de salud con la oportunidad, la pertinencia, la accesibilidad y la continuidad que a su vez son algunos de los componentes del SOGCS.

En mayo de 2007 se publicó en la Revista actualizaciones de la Fundación Santafé un artículo denominado "*Seguridad del paciente: Implementación de una cultura"*[55] el cual relata la consolidación del programa para la seguridad en la atención de pacientes "ATENCIÓN CONFIABLE", cuyo objetivo es garantizar que todos los riesgos inherentes a los procesos de atención sean minimizados para ofrecer un servicio seguro con enfoque hacia en el paciente y su núcleo familiar, y hacia el personal de la institución con un énfasis significativo en el proceso de reporte de los eventos adversos. Dicho programa posee tres fases:

En la *fase inicial* se consolido la cultura de reportes de incidentes/accidentes del Departamento de Enfermería, Comité de Infecciones con el seguimiento de la infección nosocomial y del sitio operatorio, guías basadas en la evidencia, digitalización de la historia clínica y órdenes médicas, adherencia a las guías de manejo, comité de farmacia con su reporte de eventos adversos; prácticas seguras por área; proyectos Seis Sigma en áreas clínicas y finalmente adherencia al Consentimiento Informado.

La *segunda fase:* formalización del Sistema de Reporte Institucional conformando una base de datos, documentación y difusión de casos, análisis de las causas de los eventos utilizando la herramienta de espina de pescado, formulando, junto con las áreas comprometidas, las acciones preventivas y correctivas. Basado en la confidencialidad de la información. Adicionalmente se creó la Oficina de Atención confiable, la cual está integrada por un médico, una enfermera y un químico farmacéutico, consolidan, analizan y hacen seguimiento a los eventos adversos reportados y finalmente la creación del Comité de Seguridad.

---

[55] REVISTA DE ACTUALIZACIONES. FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ, "Seguridad del paciente: Implementación de una cultura", Diciembre, 2007.Disponible en la página Web: http://encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Editorial.htm-. Consultado el 15 de Febrero de 2009.

La *tercera fase* se implemento el programa con prioridad en temas como la identificación del paciente, las caídas, y la formulación de medicamentos, abordados con la metodología Seis Sigma. Mediante capacitaciones con énfasis en las listas de chequeo; la revisión de procesos críticos; el grupo permanente de trabajo (planeación, evaluación y mejoramiento); la comunicación a toda la organización en espacios ya establecidos; rondas de seguridad; estudio de prácticas internacionales.

Este estudio demuestra el interés de esta Institución en crear, incentivar y desarrollar la cultura de Seguridad del paciente a través de estrategias novedosas, permitiendo así que el profesional de salud se comprometa a brindar el mayor beneficio al paciente implementando las barreras de seguridad necesarias para enfrentar la ocurrencia de eventos que pongan en peligro la integridad del usuario y su familia.

En este mismo año la enfermera Elizabeth Villarreal Cantillo[56] en su articulo de reflexión *Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad* concluye que *"La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda, de ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad"* Esta autora realiza una revisión bibliográfica detallada de los estudios que se han realizado a nivel mundial donde se evidencias cifras impactantes como las que se arrojaron en

[56] VILLARREAL, Cantillo. Elizabeth. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Artículo publicado en la Revista Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119. Disponible en pagina Web: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/817/81723111.pdf Consultado: 1 de mayo de 2009

1991 como resultado del *Harvard Medical Practice Study*[57] el cual indicó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de eventos adversos produce incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales. Con estas alarmantes cifras ésta nos invita a la reflexión acerca de la importancia de realizar un cuidado con calidad orientado siempre a promover la seguridad del paciente.

"La implementación de una Política de seguridad del paciente, como su nombre lo indica busca hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud, ha puesto a Colombia en la vanguardia del tema…"[58]. La cultura de seguridad es una temática de gran valor al brindar atención en salud con un enfoque de calidad y excelencia por lo tanto es de vital importancia documentar su situación en el país, además, al revisar la literatura nacional resulta evidente la necesidad de realizar investigaciones científicas que permitan una aproximación más amplia a la realidad de la seguridad del paciente a nivel institucional que permitan consolidar las bases teóricas que propicien conductas para garantizar el máximo de bienestar a los usuarios de los servicios de salud.

Además es notable un vació en cuanto a los aportes por los profesionales de enfermería durante en la revisión, a pesar de ser estos los mas implicados en favorecer y propiciar la cultura de seguridad, ya que son quienes tienen el contacto directo y permanente con el paciente y a demás son la medula del un servicio de salud, pues lideran gran parte de los procesos que hacen funcionales una

---

[57] OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Citado por: VILLARREAL, Cantillo. Elizabeth. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Artículo publicado en la Revista Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119. Disponible en pagina Web: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/817/81723111.pdf Consultado: 1 de mayo de 2009

[58] GIRALDO, Suárez. Marcela Colombia a la Vanguardia en seguridad del paciente Artículo publicado en la Revista Calidoscopio: una mirada a la calidad de la salud. Numero 1. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VbeContent/library/documents/DocNewsNo16447DocumentNo4812.PDF. Consultado: 18 de febrero de 2009

institución, no se dispone de literatura que permita dar una visión en cuanto a su gestión. Tal vez en la revisión no sean evidentes los aportes de la profesión no por falta de investigación de la misma, sino que se carece de publicación de la información, información que podría ser valiosa para el sistema de salud en general, como para las instituciones y por supuesto fortalecería la disciplina. Es por ello que más que una obligación se ve como una necesidad el que el profesional de enfermería desarrolle, ejecute y publique procesos en pro de el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente tanto institucional como nacional, pues es quien esta en la capacidad de realizarlos y a demás de aplicar de forma benéfica sus resultados.

3. MARCO DE DISEÑO

3.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO [59] [60]

Para el desarrollo de la investigación se empleó un diseño no experimental de tipo descriptivo[61], es decir, se dirige primordialmente a la observación, descripción y documentación del estudio de la frecuencia y distribución de los eventos y conductas percibidos por el personal de enfermería, a través de criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura del fenómeno de estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes y presentando un resumen del estado del fenómeno tal como se presenta en el I Semestre del 2009, así también se utilizará para explorar algunas hipótesis de investigación en el campo de la seguridad del paciente. Es un estudio de abordaje transversal[62], pues el análisis se concentra en un punto fijo en el tiempo, en un *momento determinado,* ofreciendo una imagen estática (una foto) de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería, en el I-2009.

Es de carácter exploratorio, pues pretende dar una visión general y sólo aproximada de los objetos de estudio, debido a que el tema abordado ha sido poco explorado, no hay suficientes estudios previos y aún sobre los referidos en el marco teórico, es difícil formular hipótesis precisas o cierta generalidad. Se llevo a

---

[59] POLIT y HUNGLER. Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta edición. Editorial Mc Graw Hill. México, 2000.

[60] SABINO, Carlos. El proceso de investigación. Disponible en: http://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/el-proceso-de-investigacion_carlos-sabino.pdf. Consultado el 04/05/09

[61] VELAZCO MONDRAGÓN y HERNANDEZ. Encuestas transversales. EN: Salud pública Méx vol.42 no.5 Cuernavaca Sept./Oct. 2000. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000500011. Consultado el 04/05/09

[62] MUÑIZ GARCÍA y SÁNCHEZ. Tipos de estudios en Investigación Clínica. EN: Medicine 1998; 7(104): 4852-4857. Disponible en: http://www.sepeap.es/libros/MEDICINE98/Artikulu/m10402.pdf. Consultado el 27/05/09

cabo con un abordaje cuantitativo, así, toda la información numérica resultante de la investigación será procesada y se presentará como un conjunto de cuadros, tablas y medidas, a las cuales se les han calculado sus medidas de tendencia y presentado organizadamente.

La medición se hará a través de la versión Española del instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*[63] (ANEXO 1) adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la universidad de Murcia[64], para examinar las características, comportamientos y opiniones de la muestra del estudio acerca de la cultura de seguridad del paciente, a través de la aplicación de una serie de preguntas. El cuestionario será auto administrado, es decir, los participantes responderán por escrito a una serie de preguntas formuladas por el investigador, que después de informar personalmente el propósito y los parámetros éticos de la investigación, lo entregará al personal de enfermería para su diligenciamiento de forma individual. Este proceso se lleva a cabo durante el primer semestre de 2009 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

3.1.1 Universo y población de estudio

El universo lo componen los profesionales y auxiliares de enfermería de Bogotá y la población seleccionada son profesionales y auxiliares de enfermería que laboran en instituciones prestadoras de servicios de salud de III nivel que cumplan con los criterios de inclusión.

3.1.2 Muestra

La muestra es aleatoria estratificada, pues cada uno de los elementos de la población tuvo una probabilidad determinada de ser seleccionado dentro de su

---

[63] AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ. Disponible en: http://www.ahrq.gov/. Consultado el 24 de febrero de 2009.

[64] GOBIERNO DE ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. 2005. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf Consultado el 24 de febrero de 2009.

respectivo estrato (Instituciones privadas o publicas), fue una muestra intencional para el personal de enfermería de instituciones de III nivel en Bogota, pero los sujetos no fueron seleccionados a priori. La unidad básica para captar la información fueron los individuos que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.2 ETAPAS DEL DISEÑO

Tras solicitar y obtener los permisos pertinentes mediante entrevista personal y solicitud escrita, de acuerdo a las consideraciones éticas del estudio, informando de los objetivos del estudio, así como la metodología a seguir, se inicio la recolección de la información en quienes estuvieron de acuerdo en participar.

Para efectos de desarrollo del estudio se consideraron dos variables iníciales:
Variable dependiente: Seguridad del paciente
Variable independiente: Grado de aplicación de la cultura de seguridad del paciente

El estudio comprendió dos etapas:
1. Aplicación al medio hospitalario del cuestionario adaptado de la cultura sobre la seguridad del paciente elaborado por la AHRQ.
2. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario de cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud de III nivel de Bogotá, identificando fortalezas y debilidades en los resultados.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería:

- Que acepten participar en la investigación de forma voluntaria

- Que tengan contrato vigente con la institución al momento de participar en el estudio
- Que no tengan ningún impedimento mental al momento de participar en el estudio.

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- El personal de enfermería que aún cumpliendo los criterios de inclusión no accedió al estudio.

3.5 INSTRUMENTO

3.5.1 Características del Instrumento

El instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*[65] adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la universidad de Murcia[66], fue concebido como una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la seguridad del paciente. Además incluye una pregunta que permite valorar la calificación global de la seguridad en el ambiente, el número de eventos notificados en el último año y variables socio-profesionales. De forma general las respuestas se clasifican en tres categorías así:

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

[65] OP. CIT 63. AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY
[66] OP. CIT 64. GOBIERNO DE ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Inicialmente agrupa las preguntas bajo tres criterios: “Su Servicio/Unidad”, “su hospital”, “comunicación en su servicio/unidad” e “información complementaria”. Las preguntas del cuestionario original se clasifican en 12 dimensiones, cuyo significado se describe en la tabla 3[67].

Tabla 3. Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen.

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
1. Frecuencia de eventos notificados.	- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (P 40). - Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (P. 41). - Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (P 42).
2. Percepción de seguridad	2. Percepción de seguridad - Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (P 15). - Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (P. 18). - No se producen más fallos por casualidad (P 10). - En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente” (P 17).
B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO.	
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	- Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (P 19). - Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (P. 20). - Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (P 21). - Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (P 22).
4. Aprendizaje organizacional/mejora Continua	- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Pr 6). - Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (P 9). - Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P. 13)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	- El personal se apoya mutuamente (P 1) - Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (P. 3). - En esta unidad nos tratamos todos con respeto (P 4). - Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P 11)
6. Franqueza en la comunicación	- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (P

[67]GOBIERNO DE ESPAÑA. Plan de calidad para el sistema Nacional de salud. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf. Consultado el 24 de febrero de 2009.

	35). - El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (P 37). - El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (P 39).
7. Feed-back y comunicación sobre errores	- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (P 34). - Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (P 36). - En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (P 38).
8. Respuesta no punitiva a los errores	- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (P 8). - Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable" (P 12). - Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (P 16).
9. Dotación de personal	- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (P. 2). - A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (P 5). - En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (P7). - Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (P. 14).
10.. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	- La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (P 23). - La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (P 30). - La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (P. 31)
C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	- Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (P 26). - Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (P 32). - Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (P 24). - Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (P 28).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	- La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra (P 25) - En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (P 27). - El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (P 29). - Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (P 33).

FUENTE: GOBIERNO DE ESPAÑA. Plan de calidad para el sistema Nacional de salud.

De acuerdo al Gobierno de España, el análisis de las respuestas corresponde para cada ítem y cada dimensión en su conjunto, de modo que se indaga la percepción que sobre cada uno de ellos, en los profesionales que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos[68].

A partir de los resultados, se obtiene información acerca del clima de seguridad y posteriormente se identifican las fortalezas y debilidades, de acuerdo a la metodología propuesta por sus creadores[69]:

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

- ≥ 75% de respuestas positivas ("de acuerdo/muy de acuerdo" o "casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en positivo.
- ≥ 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 debilidad u *oportunidad de mejora* se emplean los siguientes criterios alternativos:

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

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

Σ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión / Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión

El cuestionario brinda herramientas útiles en la valoración de la cultura de seguridad del paciente para el posterior diseño de acciones oportunas para el

[68] OP. CIT 64. GOBIERNO DE ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo
[69] IBID.

contexto particular donde se aplique. En este estudio se busca aprovechar al máximo dichas herramientas para contribuir al mejoramiento continuo en el marco de la calidad en las instituciones en las que se aplique, enriqueciendo además el conocimiento Enfermero.

3.5.2. Validez del Instrumento

La Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos apoyo el estudio "Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey"[70]. (Las percepciones de los trabajadores acerca de cultura de seguridad de paciente en el hospital: desarrollo y validación del clima de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias) cuyo objetivo fue describir el desarrollo de un instrumento para evaluar la percepción de la cultura de la seguridad del hospital "Hospital Survey on Patient Safety" de la AHRQ, evaluar su fiabilidad y validez. Para ello analizaron 21.496 cuestionarios para la prueba piloto, de la se establecieron las 12 dimensiones de las que se compone el cuestionario final, luego de hacer las modificaciones pertinentes basadas en la experiencia se distribuyó la versión revisada a 42.249 trabajadores de un hospital. A cada categoría se le realizó el método de verificación de la fiabilidad o coeficiente alfa de Cronbach y sus resultados oscilaron entre 0,50 a 0,89[71].

En cuanto a la participación del personal de enfermería en la ejecución y respuesta al cuestionario que se aplica en esta investigación, se encontró una interesante investigación llamada *Challenging patient safety culture: survey results*[72] (El desafío de la cultura de seguridad del paciente: resultados de la

---

[70] SINGER S, METERKO M, BAKER L, GABA D, FALWELL A, ROSEN A. *Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey.* Health Serv Res. 2007; 42(5):1999-2021. Center for Health Policy, Stanford University, 117 Encina Commons, Stanford, USA. Disponible en la página web: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17850530. Consultado 27 Febrero 2009.
[71] IBID
[72]OP.CIT. 37. HELLINGS, Johan. SCHROOTEN, Ward. KLAZINGA, Niek. VLEUGELS, Arthur.

encuesta) que se publicó en el International Journal of Health Care, en la cual el personal de enfermería encuestado significo un 60.9% del total y en cuyo diseño participó Arthur Vleugels del Centro de Servicios de Salud y la Investigación en Enfermería de la Universidad Católica de Lovaina. El propósito de este trabajo era medir la cultura de la seguridad del paciente en cinco hospitales belgas donde se distribuyó el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* entre marzo y noviembre 2005 y evaluar la seguridad de los pacientes en todas las dimisiones que abarca el instrumento. Los resultados se expresaron como el porcentaje de respuestas positivas hacia la seguridad de los pacientes para cada dimensión. En total, 3.940 personas respondieron incluidos 2813 enfermeras y auxiliares de enfermería.

Los investigadores determinaron a partir del análisis de los resultados a la encuesta, que se requiere intervención imperativa orientada a (son proposiciones generales debido a que los investigadores no discriminaron por profesión):

- La gestión más favorable de la seguridad de los pacientes.
- El desarrollo de una cultura no punitiva.
- Estimular el aprendizaje organizativo y
- La comunicación efectiva a través de las diferentes unidades del hospital.

La intervención en estas tres áreas implica liderazgo y compromiso de parte del personal de enfermería, así es que cada vez más las investigaciones destacan el rol del personal de enfermería y la importancia de un abordaje integral de las problemáticas desde la óptica del cuidado.

Un factor determinante que abordaron estos investigadores es la importancia de la retroalimentación sobre los resultados de la evaluación al personal, así como altos directivos. Por lo que a cada hospital se le entregaron sus resultados en un archivo electrónico de datos que podrían ser interrogados en detalle. Se evidencio una vez más, a través del estudio, el creciente interés de las organizaciones en el desarrollo e implementación de políticas de seguridad. Cabe

destacar sin embargo que hay una gran necesidad de "la confianza de organización[73]", es decir la disposición de confianza hacia las buenas intensiones en las palabras y acciones de las personas que dirigen los procesos relacionados con la seguridad del paciente. Esta reflexión pareció particularmente interesante para las autoras de esta monografía, debido a que la experiencia en el área del la evaluación de la calidad en los servicios de enfermería les ha mostrado lo determinante que es la confianza y el clima organizacional en el reporte y mejora de los eventos que implican la seguridad del paciente, pues "cuando hay miedo en el hospital, el personal hará todo lo posible para ocultar los errores y el filtro de datos[74]". La investigación y apoyo de enfermería en esta área será determinante en la mejora de la atención al paciente y debe seguir implicando a más actores de la gestión hospitalaria y en la consecución de un cuidado de calidad.

Por otra parte en el estudio noruego *"Workers' perceptions of safety culture at a hospital"*[75] el instrumento "Hospital Survey On Patient Safety Culture" (HSOPSC) fue traducido al noruego y se utilizó para medir la cultura de la seguridad. La encuesta se realizó en el Hospital de la Universidad de Stavanger, con 1.919 trabajadores de la salud. Los resultados de la aplicación de este instrumento arrojaron puntajes relativamente bajos en comparación con estudios Americanos, con excepción de las tres dimensiones: franqueza en la comunicación, respuesta no punitiva a un error y expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad. Estos resultados indicaron la necesidad de mejorar la cultura de la seguridad del paciente en el Sistema de Atención en Salud Noruego.

---

[73] IBID.

[74] VAN CAMP, 1997, Total quality management and the culture of organisation. Citado en: HELLINGS, Johan. SCHROOTEN, Ward. KLAZINGA, Niek. VLEUGELS, Arthur. Challenging patient safety culture: survey results. EN: International Journal of Health Care:Quality Assurance Vol. 20 No. 7, 2007 pp. 620-632. Consultado el: 4 de marzo de 2009. Disponible en: http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewPDF.jsp?contentType=Article&Filename=html/Output/Published/EmeraldFullTextArticle/Pdf/0620200706.pdf

[75] Olsen E. Workers' perceptions of safety culture at a hospital. Abstract en ingles. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007; 127(20):2656-60 (en noruego). Disponible en la página Web: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17952147. consultado el 28 de febrero de 2009.

La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Español junto con el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia, adaptaron el Instrumento "Hospital Survey on Patient Safety" de la AHRQ, al idioma español denominándolo "Cuestionario sobre Seguridad de los pacientes"[76] Para la aplicación y validación la versión española del instrumento decidieron determinar la consistencia interna de cada una de las dimensiones en la versión en español, calculando el α de Cronbach, que se presenta en la tabla 4 encontrando que en todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a excelente.[77]

Tabla 4. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario

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

Fuente: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Cuestionario sobres seguridad de los pacientes, Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: 2005 ((*): > 0.6: aceptable; >0,7: buena; > 0.8: excelente)[78]

Esta adaptación fue utilizada en la validación de indicadores de Seguridad del paciente dentro del Plan de Calidad para el Sistema de Nacional de Salud en España y el estudio de la cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales del Sistema de Salud español.

[76] MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Cuestionario sobres seguridad de los pacientes, Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: 2005. Disponible en la página Web:www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf. Consultado 24 de Febrero 2009.
[77] IBID
[78] IBID.

El informe *"Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable"*[79] utilizó este instrumento para determinar algunos de los indicadores usados Internacionalmente para la medición de la Seguridad del paciente y así poder contextualizarlos al sistema de Salud Español.

A partir de esta validación se desarrollaron estudios en algunos Hospitales Españoles como la investigación "*Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del sistema Nacional de Salud Español"*[80] utilizó la adaptación española del instrumento de la AHRQ para el análisis de la cultura de Seguridad y las doce dimensiones que incluye, describiendo el porcentaje de respuestas positivas para cada una de ellas según hospital, señalando su posición en relación a los demás hospitales, la media y los percentiles 25 y 75 del total de hospitales encuestados.

El Ministerio de Sanidad y Consumo Español y la Universidad de Murcia realizaron el "*Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español".*[81] Tomando una muestra aleatoria de 24 hospitales, y distribuyendo el cuestionario auto administrado sobre Seguridad de los Pacientes a una muestra representativa de 6257 profesionales sanitarios (medicina, enfermería, farmacia, y otros titulados universitarios), hasta conseguir

---

[79] MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable.* Madrid: 2008. Disponible en la página Web: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Validacion_indicadores_calidad.pdf. consultado el 24 de Febrero 2009.

[80] MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid, 2008. Disponible en la página Web: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf consultado el 24 de Febrero 2009.

[81] MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español*, Madrid, 2008.Disponible en la página Web:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf. Consultado el 24 de Febrero 2009.

un mínimo de 100 encuestas contestadas por hospital. Como resultados positivos, se destacaron las dimensiones “Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios” y “Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad”. Como debilidades se destacaron “Dotación de personal”, “Percepción de seguridad”, y “Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente”. A partir de las opciones de mejora encontradas surgieron recomendaciones para los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español.

Durante el 2007 Carmen Silvestre, Javier Gost, Francisco Lameiro, Eduardo Layana y Javier Abad realizaron otra investigación titulada *Cultura De Seguridad En Atención Primaria*[82] donde el objetivo del estudio era Evaluar la eficacia de las medidas tomadas por la administración, instituciones y centros para mejorar la seguridad de los pacientes y la efectividad en la sensibilización profesional, la metodología utilizada en este fue la utilización del instrumento de la AHRQ adaptado, este contó con 419 participantes entre los cuales se encontraban médicos y enfermeras y entre las conclusiones del estudio se encuentran las siguientes: El estudio plantea en el análisis que hay una diferencia en la apreciación entre las diferentes profesiones ya que este refiere que la percepción de la seguridad es mas baja, más entre los médicos que entre las enfermeras. Además describe que la carga de trabajo es un área a ser revisada, y que la identifican como mejorable médicos y enfermeras ya que este es un punto relevante en lo que concierne a la seguridad del paciente. Otro punto que resalta el estudio es que la comunicación fundamentada en el respeto mutuo y la confianza es la pieza fundamental para conformar una cultura de seguridad de seguridad del paciente. Además el estudio pretende realizar la recolección de una nueva encuesta al final del 2009 con el fin de evaluar la eficacia de las medidas tomadas a partir de la primera encuesta. Este permite evidenciar la importancia de tomar medidas basadas en los resultados de estudios previos y también de

[82] SILVESTRE Carmen, Gost Javier, Lameiro Francisco, Layana Eduardo y Abad Javier. Cultura De Seguridad En Atención Primaria. Disponible en página Web: http://www.seguridadpaciente.com/Jornadas08/carpetas%20pdf/MESA%201/CULTURA%20DE%20SEGURIDAD.pdf. Consultado: 5 de mayo de 2009

evaluar las mismas con el fin de garantizar que se hagan estudios eficaces que aporten cada vez más a la construcción de una cultura de seguridad del paciente enfocada a la atención de salud con calidad. También se puede apreciar la utilidad de instrumento a la hora de enfocar puntos clave a mantener y a mejorar en cuanto a seguridad del paciente.

Específicamente, la validación del instrumento en Colombia se realizó a través de un *Estado del Arte del Seguimiento a Eventos Adversos en Antioquia*[83] con una unidad de análisis compuesta por Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería y otros miembros del equipo de salud que trabajaron durante el mes previo a la aplicación del instrumento en el servicio de hospitalización. La metodología utilizada fue el instrumento / cuestionario autoaplicado por grupos de funcionarios, el periodo de aplicación del instrumento fueron los meses de Mayo / Agosto 2007. Este fue realizado en 45 instituciones públicas del Departamento de Antioquia de primero y segundo nivel de complejidad. Contando con una muestra de 485 funcionarios de las organizaciones. Dando como resultado los siguientes datos según las secciones del Instrumento:

- Gestión del Recurso Humano frente a la seguridad: El 43.5 % de los encuestados opinan que en el servicio no cuentan con el suficiente personal para manejar la carga del trabajo. El 40.5% de los encuestados opinan trabajan en largas jornadas de trabajo en el área.
- Respuesta no punitiva al error: El 35.5% de los encuestados relatan tener preocupación que al reportar los errores se guarden en su hoja de vida. El 29.1% de los encuestados opinan que al reportar sus errores, se vuelve en contra de ellos.

[83] MURILLO, Juan Carlos. Estado del arte del seguimiento a eventos adversos en Antioquia, Disponible en la página Web: http://www.cohan.org.co/content/43/files/13estado%20del%20arteseguimiento%20eventos%20adversos%20en%20Ant.pdf. Consultado el 2 Marzo 2009.

- Frecuencia con la que se reportan los eventos adversos: El 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y esta no afecta al paciente este no es reportado.
- Retroalimentación y comunicación: El 32.5% de los encuestados relata que no se les retroalimenta con los cambios efectuados en el área, basados en el acontecimiento reportado para evitar que vuelva a suceder.
- Comunicación abierta: El 31.8% el personal está asustado al hacer preguntas cuando algo no le parece correcto. El 24% del personal tienen temor de preguntar libremente las decisiones frente a la seguridad del paciente.
- Liderazgo del responsable del proceso: El 53% de los encuestados relatan que el responsable del área o proceso no estimula al personal cuando realiza un bien relacionado con la seguridad.
- Opiniones de Seguridad en la organización: El 25.3% de los encuestados opinan que en el servicio tienen problemas de seguridad. El 20.7% de los encuestados opinan que es por el azar que en su institución no pasan errores más serios.

A partir de los resultados obtenidos se analizo el panorama de seguridad del paciente en Antioquia identificando oportunidades de mejoramiento con las cuales se establece el marco de acción en cuanto a la cultura de seguridad del paciente en el departamento.

3.6 ASPECTOS ETICOS

Inicialmente se informo al personal objeto de la investigación (enfermeros y auxiliares de enfermería), el derecho que tenían a participar o no, o incluso a renunciar en el momento que así lo decidieran. Además se especifico el uso y fin de la información a recolectar en el instrumento, y se solicito autorización escrita a través de la firma del formato de consentimiento informado (ANEXO 2). En el transcurso de esta investigación se tuvo en cuenta la premisa expuesta por Alejandra Alvarado García, quien afirma que *"La enfermera, como cualquier otra*

persona, es un ser moral que debe estar continuamente en una reflexión ética, la cual le permita revaluar sus compromisos con el cuidado de la vida en cualquiera de las etapas del ciclo vital. Como primera medida, el mayor compromiso es el de defender la vida en sí misma, reconociéndole a cada persona su dignidad, su individualidad, intimidad, autonomía, capacidad de autorregularse, entre otros factores, siempre aplicando los principios y valores morales durante la elaboración del proceso de atención que debe brindar"[84]

Además, se extrajeron los principios éticos enunciados en la teoría de Kohlberg[85] quien aboga por el cumplimiento de los procedimientos, independientemente de los resultados, bajo la ética de la justicia que considera a las personas como entes separados, independientes, y valora al individuo como previo a las relaciones sociales, que comprende el mundo como una red de relaciones, en las que se inserta el yo, y surge un reconocimiento de las responsabilidades hacia los demás. En la ética del cuidado esto se traduce en el respeto autentico por las normas y la rigurosidad de los procesos, sin importar el tipo trabajo que se desarrolle, bajo el precepto de mantener la responsabilidad en el manejo de la información implícito en el conocimiento propio de la practica de enfermería.

Por otra parte Gilligan[86], en su teoría del desarrollo moral de las mujeres, enuncia la ética del cuidado como la responsabilidad social, desde la que se busca el bienestar de las personas, y se "aboga por las diferencias, por el reconocimiento de historias particulares, por el cuidado y el deseo de bienestar del otro, por la benevolencia como matriz de las relaciones sociales y del juicio ético"; es para este estudio primordial la responsabilidad, el beneficio y la justicia como eje central de los procesos investigativos, para de esta manera contribuir realmente al

---

[84] ALVARADO, Alejandra. La ética del cuidado. EN: Revista Aquichan, vol. 4 – 2004. Disponible en: http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/index.php/aquichan/article/viewArticle/71/487. Consultado el 20 de febrero de 2009.
[85] PAPALIA, Diane y otros. Desarrollo humano. Octava edición. Pàg. 508, 509. Mc. Graw Hill. Bogotá, Colombia. 2001.
[86] IBID. PAPALIA, Diane y otros. Pág. 511.

desarrollo de conocimiento basado en la verdad y el reconocimiento de las particularidades humanas.

Para este estudio se consideraron principios éticos universales como el respeto hacia la voluntad y las opiniones de los participantes, la confidencialidad de la información que se recibió, y la responsabilidad en el manejo de la misma al presentar resultados veraces.

3.7 PLAN DE COLECTA DE DATOS

Para este estudio no se uso información preexistente, debido a que no se encontraron publicaciones del tema en los Hospitales de III nivel en Bogotá, de modo que se colectaran datos nuevos usando la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture.*

3.7.1 Estructura

La versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* cuestionario es de tipo estructurado, es decir incluye un conjunto establecido de preguntas que se contestan en una secuencia especifica y con opciones de respuesta predeterminadas, para posteriormente calcular con porcentajes precisos los datos recogidos en cada ítem.

3.7.2 Cuantificación

Se realizara a través de un análisis estadístico de las diferentes variables que se examinaron estructuradamente y que hacen parte de las dimensiones del instrumento aplicado.

3.7.3 Método de colecta: Autoinforme

Se entregara a la muestra de estudio el cuestionario ya mencionado en el cual, a través de preguntas directas, aborda las percepciones del personal de enfermería en cuanto a la cultura de seguridad del paciente.

4 ANÁLISIS DE LOS DATOS DE INVESTIGACION

4.1 ETAPA I: ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS

Se creó una base de datos en Microsoft Excel, donde se incluyen las variables suministradas por el instrumento, asignando un puntaje numérico para cada una de las opciones de respuesta de la escala tipo likert encontradas en el cuestionario siendo paras las secciones A y B: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo, y para las secciones D y C: 1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre. En las preguntas no diligenciadas se asignó un puntaje de 0 y en las que se encontró dos o más opciones marcadas se consideraron anuladas.

4.2 ETAPA II: ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos estadísticos fueron analizados con un método descriptivo exploratorio univariado usando el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15 y los resultados (significativos ($p < 0,05$)) se expresaron como medidas de tendencia central y medidas de dispersión, para las secciones A, B, y C del instrumento empleado.

Por otra parte los resultados obtenidos en la sección D se presentan con medidas de frecuencias y porcentajes, a razón de ser esta sección la que contiene la información complementaria acerca de los participantes.

4.2.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- **Mínimo estadístico[87]:** Es un valor muestral de forma que por debajo de este no hay valores muestrales.

- **Máximo estadístico[88]:** Es un valor muestral de forma que por encima de este no hay valores muestrales.

- **Media estadística[89]:** también conocida como promedio, es una medida de tendencia central que se usa para conocer el centro de la distribución de los datos. Se calcula sumando los valores obtenidos de todas las respuestas y dividiendo este resultado entre el número total de respuestas.

- **Desviación típica o estándar[90]:** es una medida estadística de dispersión que representa el alejamiento prototípico con el centro (media estadística), teniendo en cuenta así la diversidad de las respuestas obtenidas.

- **Asimetría estadística[91]:** se refiere a si la curva que forman los valores de la serie presenta la misma forma a izquierda y derecha de un valor central (media aritmética). Si aparecen mayores desviaciones hacia la derecha de la media, se dice que presenta una *asimetría positiva* y la medida de asimetría será una cantidad positiva, tanto más grande cuanto mayor sea ese comportamiento. Por el contrario, si aparecen mayores desviaciones hacia la izquierda de la media, se dice que presenta una *asimetría negativa* y la medida de asimetría será una cantidad negativa, tanto más negativa cuanto mayor sea dicho comportamiento.

---

[87] Glosario de términos estadísticos. Disponible en la página Web: http://www.e-biometria.com/glosario/glosario.htm consultado el 28 de octubre de 2009.
[88] IBID. Glosario de términos estadísticos.
[89] COBO, Erik; MUÑOZ, Pilar; GONZALEZ, José Antonio. Bioestadística para no estadísticos. Bases para interpretar artículos científicos. Editorial ELSEVIER MASSON. 2007.
[90] IBID. COBO, Erik; MUÑOZ, Pilar; GONZALEZ, José Antonio.
[91] SIERRA CINOS, José Luis; GARCIA DIZ, Luis. BIOESTADISTICA. Disponible en la página Web: http://nutriserver.com/Cursos/Bioestadistica/Asimetria_Curtosis.html Consultado el 28 de octubre de 2009.

- **Curtosis[92]:** también llamada medida de apuntamiento o de concentración central es una medida de la forma o apuntamiento de las distribuciones, analiza el grado de concentración de frecuencias que presentan los valores alrededor de la media y de la zona central de la distribución. Por medio del *Coeficiente de Curtosis*, podemos identificar si existe una gran concentración de valores (*Leptocúrtica*), una concentración normal (*Mesocúrtica*) ó una baja concentración (*Platicúrtica*).[93]

- **Error típico de las variables:** es una medida de dispersión[94] que informa del error esperado o promedio para una medida específica[95]. Expresa con que aproximación una puntuación obtenida representa la puntuación verdadera[96].

---

[92] IBID. SIERRA CINOS, José Luis; GARCIA DIZ, Luis.
[93] Tutorial SPSS. Capítulo 5: medidas estadísticas de distribución: Asimetría y Curtosis. Disponible en la página Web: http://www.spssfree.com/spss/analisis3.html consultada el 28 de octubre de 2009.
[94] VIVANCO, Manuel. Muestreo estadístico. Diseño y aplicaciones. Editorial universitaria S.A. 2005. Pagina 50 Error estadístico. Disponible en la página Web: http://books.google.com.pe/books?id=-_gr5l3LbpIC&pg=PA50&lpg=PA50&dq=error+tipico+estadistica&source=bl&ots=C_eRbx4F5p&sig=da_kUlpNO8YfXws_i18mJtgCQHs&hl=es&ei=ABuySoHXFKCJtgfxx6zGDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2#v=onepage&q=&f=false Consultado el 28 de octubre de 2009.
[95] OP. CIT. 89. COBO, Erik; MUÑOZ, Pilar; GONZALEZ, José Antonio.
[96] GONZALVO MAINAR, Gonzalo. Diccionario de metodología estadística. Editorial MORATA. 1988. Página 109 concepto Error típico de medición. Disponible en la página Web: http://books.google.com.co/books?id=cb41dkURoHMC&printsec=frontcover&source=gbs_v2_summary_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false Consultado el 28 de octubre de 2009.

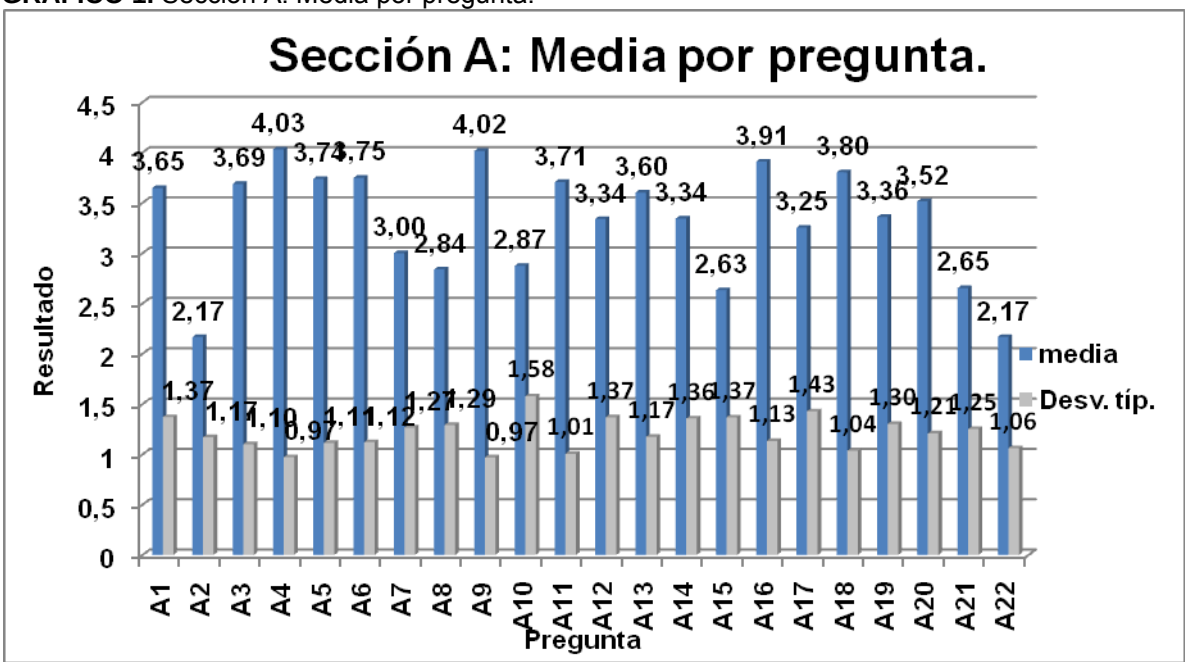
4.2.2 ANÁLISIS SECCIÓN A: SU SERVICIO / UNIDAD

Tabla 5. Análisis estadístico sección A: su servicio/ unidad.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
A1	198	0	5	3,64646465	1,36907936	-1,64182824	0,17277811	1,86339487	0,34388486
A2	198	0	5	2,16666667	1,169624	0,63241845	0,17277811	-0,15385942	0,34388486
A3	198	0	5	3,68686869	1,10049795	-1,24579028	0,17277811	1,65678964	0,34388486
A4	198	0	5	4,03030303	0,97120518	-1,53879801	0,17277811	3,03739595	0,34388486
A5	198	0	5	3,73737374	1,11369745	-1,04649448	0,17277811	0,59968781	0,34388486
A6	198	0	5	3,74747475	1,1205821	-1,73980596	0,17277811	3,10795246	0,34388486
A7	198	0	5	3	1,26651526	0,04543433	0,17277811	-1,20762887	0,34388486
A8	198	0	5	2,83838384	1,29196714	0,14806469	0,17277811	-1,02036986	0,34388486
A9	198	0	5	4,01515152	0,96894559	-2,02596581	0,17277811	5,23301544	0,34388486
A10	198	0	5	2,87373737	1,5768687	-0,4957448	0,17277811	-0,83994337	0,34388486
A11	198	0	5	3,70707071	1,00508883	-0,99057132	0,17277811	0,84212292	0,34388486
A12	198	0	5	3,33838384	1,36736488	-0,59488443	0,17277811	-0,67978398	0,34388486
A13	198	0	5	3,6010101	1,17391228	-1,17749882	0,17277811	1,01506146	0,34388486
A14	198	0	5	3,34343434	1,35677743	-0,58238379	0,17277811	-0,63672469	0,34388486
A15	198	0	5	2,63131313	1,36691482	-0,04407471	0,17277811	-0,78162786	0,34388486
A16	198	0	5	3,90909091	1,13182759	-1,60222697	0,17277811	2,6323492	0,34388486
A17	198	0	5	3,25252525	1,42738577	-0,45361788	0,17277811	-0,90881661	0,34388486
A18	198	0	5	3,8030303	1,0357032	-1,67372919	0,17277811	3,35649343	0,34388486
A19	198	0	5	3,35858586	1,30119118	-0,73306876	0,17277811	-0,17986372	0,34388486
A20	198	0	5	3,51515152	1,20795701	-1,14427646	0,17277811	0,68679126	0,34388486
A21	198	0	5	2,65151515	1,25231673	0,24641572	0,17277811	-0,8068227	0,34388486
A22	198	0	5	2,16666667	1,06036102	1,18424192	0,17277811	1,30177958	0,34388486

La **media general** que obtuvo la sección A Su fue de 3,31 lo cual indica que el mayor porcentaje de población al que se le aplico el instrumento respondió indiferente ante las preguntas correspondientes a esta sección. La **media mínima** por preguntas pertenece a las preguntas A22 y A2 con una media de 2.16 cada una, lo cual nos indica que en la pregunta A2 que corresponde a: *Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo,* la mayoría de la población a la cual se le aplico el instrumento respondió estar en desacuerdo con esta afirmación, y en cuanto a la pregunta A22 la cual corresponde a: *Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente* lo cual nos indica que el mayor porcentaje de la muestra de estudio respondió estar en desacuerdo con esta afirmación. La **media máxima** pertenece a la pregunta A4 con 4.03 la cual corresponde a: *En esta unidad nos tratamos todos con respeto* lo que nos indica que la mayor cantidad de personas a las que se les aplico el instrumento esta de acuerdo con esta afirmación.

GRAFICO 1. Sección A: Media por pregunta.



En cuanto a la **desviación típica general** para la sección A es de 1.21 lo que refleja que el número de respuestas que no corresponde a 3. 31 **(**indiferente) se encuentran con una proximidad mayor que las demás entonces seria 2 (en desacuerdo) o 4 (de acuerdo). En cuanto a la **desviación mínima** por preguntas de la sección A pertenece a la pregunta A9 la cual corresponde a: *Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo***,** con una desviación de 0.96 lo que indica que para esta pregunta las respuestas que no son 3 son las que mas se aproximan a este como 4 o 2, en cuanto a la **desviación máxima** pertenece a la pregunta A10 la cual es: *No se producen más fallos por casualidad* con una desviación de 1.57 lo cual indica que para esta pregunta las respuestas que no son 3 son las que menos se aproximan a este como 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo).

En cuanto a la **asimetría general** para la sección A tenemos una asimetría de -0.74 lo cual nos indica que tenemos una asimetría negativa con una desviación

superior a la izquierda con lo cual se puede inferir que el mayor numero de respuestas se dieron en 3 o por debajo de este, en cuanto a la asimetría por preguntas se obtuvo un valor de **asimetría menor** en la pregunta A9 la cual corresponde a *Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo* con un valor de asimetría de -2.02 lo cual indica que esta es la pregunta que cuyas respuestas se aproximan al eje negativo con desviación a la izquierda, la pregunta que obtuvo un valor de **asimetría mayor** con 1.18 fue la pregunta A22 la cual corresponde a: *Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente* lo cual indica una asimetría positiva con desviación a la derecha. El **error típico de la asimetría** es de 0.17.

La **curtosis general** en la sección A es de 0.82 lo cual nos indica una concentración Leptocúrtica donde los valores se aproximan en su mayoría al centro, o cercanos a la media general, en cuanto a la **curtosis menor** por preguntas para la sección A es de -1.20 para la pregunta A7 que corresponde a: *En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal,* lo que nos indica una concentración Platicúrtica donde los valores de respuesta para esta pregunta se dan de forma variada, la **curtosis mayor** para la sección a es de 5.2 en la pregunta A9 que corresponde a: *Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo,* lo que nos indica una concentración Leptocúrtica donde los valores de respuesta de esta pregunta al igual que en lo general se aproximan en su mayoría al centro, o cercanos a la media general. El **error típico** de la curtosis es de 0.34.

Lo que la investigación realizada nos permite resaltar en esta sección como puntos relevantes y que se creen generan un impacto de manera positiva o negativa son los siguientes: se destaca de manera positiva el que el superior o jefe no pase por alto los problemas de seguridad del paciente, sino que por el contrario son tomadas medidas correctivas, además se hace fuertemente evidente que el

personal que participo en el estudio valora de una manera positiva el hecho de que al observarse algún fallo en la atención del paciente se lleven a cabo las medidas pertinentes para evitar que esto ocurra de nuevo, lo cual podría indicar que existe la disposición del cambio hacia el mejoramiento, pero que este en muchos casos se impide por la conducta del miedo al reporte por las acciones punitivas que se pudieran generar hacia si mismos, de igual manera en la pregunta a la que se refería el instrumento que si se generaban fallos por casualidad las respuestas casi que en su mayoría tendía a no estar de acuerdo con ello, lo cual permite también deducir que el personal de estudio reconoce que los fallos en atención se generan en gran parte como consecuencia del manejo inapropiado de los procesos.

De manera negativa se resalta la percepción de que el personal que labora en las diferentes unidades no es el suficiente para garantizar la prestación de los servicios de manera optima, así como también se percibe que no se presta la mejor atención debido al gran flujo de personal sustituto o temporal, lo que en la mayoría de las ocasiones atenta contra los principios de oportunidad ya que en la medida que el personal no sea suficiente para atender la demanda de servicios estos no se podrán ofertar de manera oportuna y por ende optima, además atenta también contra el principio de continuidad pues ya que al haber un alto flujo de personal temporal o sustituto no se podrán prestar los servicios de atención como un proceso lógico y secuencial lo que afecta la continuidad tanto en la atención como en la seguridad.

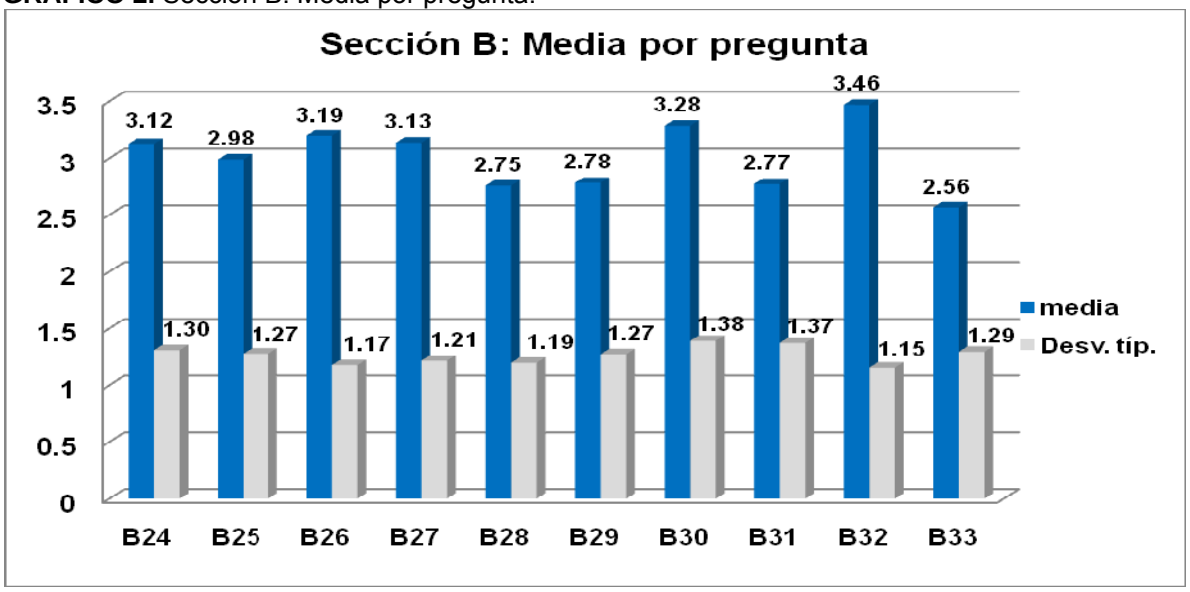
4.2.3 ANÁLISIS SECCIÓN B: SU HOSPITAL

Tabla 6. Análisis estadístico sección B: su Hospital.

	n	Mínimo	Máximo	Media		Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. típ.	Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
B24	198	0	5	3.12626263	1.30955767	-0.44152683	0.17277811	-0.72186823	0.34388486
B25	198	0	5	2.98989899	1.2784425	-0.20183541	0.17277811	-1.08236451	0.34388486
B26	198	0	5	3.1969697	1.17788027	-0.52095233	0.17277811	-0.50187811	0.34388486
B27	198	0	5	3.13636364	1.2160479	-0.23006168	0.17277811	-1.22165821	0.34388486
B28	198	0	5	2.75757576	1.19721258	0.20971022	0.17277811	-0.63701807	0.34388486
B29	198	0	5	2.78282828	1.27383193	-0.19526439	0.17277811	-0.53851298	0.34388486
B30	198	0	5	3.28787879	1.38994012	-0.66535386	0.17277811	-0.68006013	0.34388486
B31	198	0	5	2.77272727	1.3718947	0.19090278	0.17277811	-1.01793129	0.34388486
B32	198	0	5	3.46969697	1.1561317	-0.95089198	0.17277811	0.27883652	0.34388486
B33	198	0	5	2.56565657	1.29553404	0.17231197	0.17277811	-0.82887453	0.34388486

En esta sección específica para medir la seguridad del paciente de acuerdo al espacio laboral, el hospital. Se obtuvo una **media general** de 3.01 lo que indica que en la sección B la frecuencia de respuesta era Indiferente, específicamente para esta sección la **media mínima** fue 2.56 (respuesta En desacuerdo) en la pregunta B33 correspondiente a *Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.* La **media máxima** por pregunta fue de 3.46 (respuesta De acuerdo) en la pregunta B32 correspondiente a *Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.*

GRAFICO 2. Sección B: Media por pregunta.



La **desviación típica general** en la sección B, obtuvo un dato de 1.27 derivado de la media estadística 3.01 (Indiferente), con lo que se puede deducir que la proximidad a la respuesta Indiferente es mayor; relacionando al hecho que los servicios no tienen conocimiento directo con el área gerencial y con los otros servicios del hospital en el que trabajan.

En esta sección la pregunta con **desviación mínima** corresponde a la pregunta B32 *Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes***,** con un dato de (DE) de 1.15. Demostrando así que las personas participantes en la investigación sienten mayor seguridad al responder lo que hacen acerca de su área de trabajo en cuanto a la seguridad del paciente por que se coordinan entre si para lograrlo obteniendo el menor rango de desviación de las respuestas. La pregunta con **desviación máxima** fue la correspondiente al ítem B30 *La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades* con un dato de desviación estándar 1.38. Lo que nos puede demostrar la falta de comunicación entre la gerencia administrativa con los servicios asistenciales, otra hipótesis puede ser que la desviación esta dada por la

proximidad o no de los profesionales participantes con los cargos administrativos y gerenciales.

En relación a la **asimetría general** se obtuvo una asimetría de -0,29 de lo cual se infiere que la asimetría esta desviada hacia la izquierda dando como resultado una **asimetría menor** respecto a la media estadística (3.01) correspondiente a la respuesta tipo Likert Indiferente. El **error típico de la asimetría** en la Sección B obtuvo un valor de 0.17.

La **asimetría mayor** obtuvo un puntaje de 0.20 en la pregunta B 28 *Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.* La **asimetría menor** obtuvo un puntaje de -0.95 en la pregunta B32 *Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.*

El dato de **curtosis general** para la sección B es de - 0.69 que corresponde a una distribución platicúrtica que se refiere a la reducción de la concentración alrededor de los valores centrales de la distribución. El **Error típico de la curtosis** en toda la sección B obtuvo un puntaje de 0.34.

La curtosis mayor es la correspondiente a la pregunta B32, *Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.* Obteniendo un puntaje de 0.27.
La **curtosis menor** para la sección B es de -1.22, la cual corresponde a la pregunta B27, *En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.* El **error típico** de la curtosis es de 0.34.

El estudio nos muestra que los participantes en la investigación contribuyen a la cultura de seguridad del paciente desde su área especifica de trabajo sintiéndose más seguros al responder lo que hacen acerca de ésta, además, se demuestra

que las personas se coordinan entre sí, a través del trabajo en equipo, lo que contribuye a la calidad del servicio prestado.

Se puede deducir además el hecho que los servicios no tienen conocimiento directo con el área gerencial y con los otros servicios del hospital en el que trabajan. Lo que nos puede demostrar la falta de comunicación entre la gerencia administrativa con los servicios asistenciales, otra hipótesis puede ser que la desviación está dada por la proximidad o no de los profesionales participantes con los cargos administrativos y gerenciales.

Para Enfermería es de suma importancia velar el acto de cuidado. El velar por la seguridad del paciente facilita el abordaje de sucesos adversos que pueden ocurrir a partir de las transformaciones científicas, tecnológicas sociales y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud. De aquí el valor que posee la enfermera en cualquier cargo que desempeñe sea en el área gerencial o asistencial velando por compartir vivencias y experiencias en pro del paciente y de su misma energía emocional y laboral.

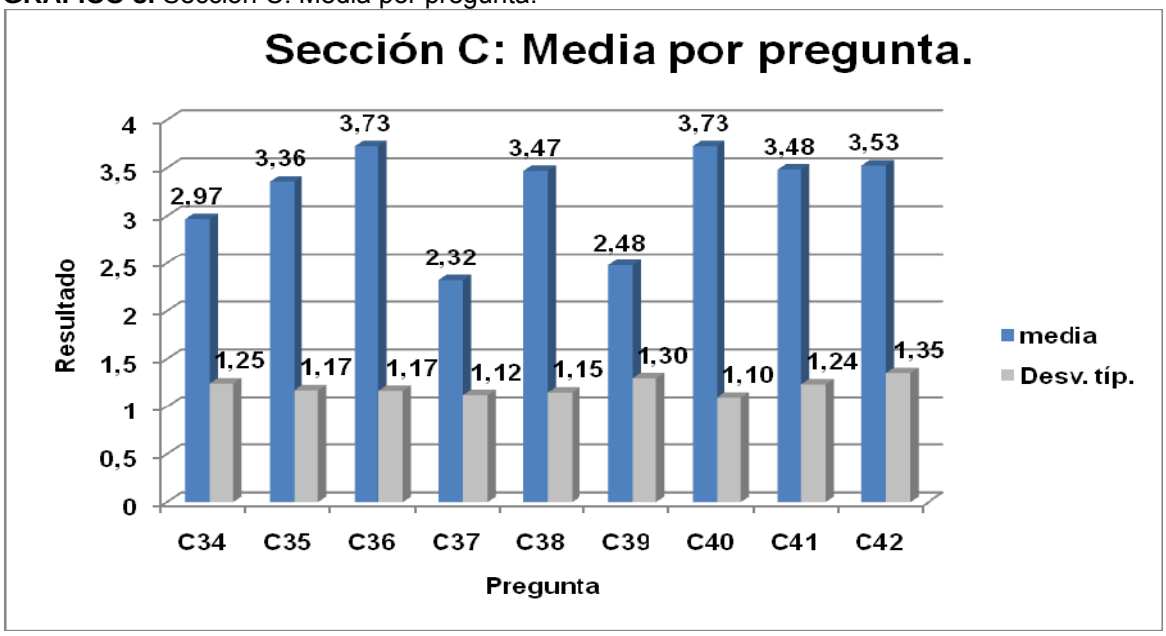
4.2.4 ANÁLISIS SECCIÓN C: COMUNICACIÓN EN SU SERVICIO/UNIDAD

Tabla 7. Análisis estadístico sección C: comunicación en su servicio/ unidad.

	n	Mínimo	Máximo	Media		Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. típ.	Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
C34	198	0	5	2,96969697	1,24594404	-0,48303498	0,17277812	-0,1402146	0,34388486
C35	198	0	5	3,35858586	1,17404331	-0,5964925	0,17277812	0,21009842	0,34388486
C36	198	0	5	3,72727273	1,16913072	-0,93593261	0,17277812	0,78703627	0,34388486
C37	198	0	5	2,32323232	1,12496617	0,24332288	0,17277812	-0,37935185	0,34388486
C38	198	0	5	3,46969697	1,15173271	-0,89195292	0,17277812	0,8936212	0,34388486
C39	198	0	5	2,47979798	1,30095473	-0,36049766	0,17277812	-0,52320436	0,34388486
C40	198	0	5	3,72727273	1,0974653	-0,97704506	0,17277812	1,59389022	0,34388486
C41	198	0	5	3,48484849	1,23702309	-1,05392901	0,17277812	1,12486649	0,34388486
C42	198	0	5	3,52525253	1,3543945	-1,05703059	0,17277812	0,72775781	0,34388486

La **media general** que obtuvo la sección C fue de 3.23 indicando así que la mayor parte de la población encuestada dio respuesta ante los cuestionamientos realizados en esta sección con a veces es decir la respuesta media en esta parte. Cabe destacar los resultados más significativos de la sección es por eso que hay que tener en cuenta que la pregunta con un resultado de **media mínima** es la pregunta 39 que indaga acerca del temor del personal a hacer preguntas sobre lo que parece que se había hecho de forma incorrecta con un resultado de 2.47, lo cual nos indica que el mayor porcentaje de la muestra de estudio respondió que casi nunca se siente temor ante la expresión de las dudas o de los desacuerdos acerca del cuidado del paciente. Las preguntas con el resultado de **media máxima** son la 36 (¿Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad?) y la 40 (¿Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente?) Cuestiones a las cuales la mayoría de las personas encuestadas respondieron con más favorabilidad encontrándose entre las respuestas a veces y casi siempre evidenciado por un dato de media de 3.72.

GRAFICO 3. Sección C: Media por pregunta.



En cuanto a la **desviación típica** aproximada para la sección C es de 1.2 lo que refleja que el número de respuestas que no corresponde a la media de 3.23 (a veces) se encuentran próximas a las respuestas casi nunca y casi siempre. La pregunta con una **desviación estándar mínima** de esta sección fue la 40 (¿Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente?) con un resultado de 1.09; y la pregunta que obtuvo una **desviación estándar máxima** fue la 39 (El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se había hecho de forma incorrecta) con un resultado de 1.3.

En relación a la medida de **asimetría** en general se obtuvo un resultado de -0,67 de lo cual se infiere que la asimetría esta desviada hacia la izquierda con lo que se puede deducir una tendencia de resultado hacia la negatividad de respuesta (entendiendo como respuestas negativas casi nunca y nunca) respecto a la media estadística (3.23). El error típico de la asimetría en la Sección C obtuvo un valor de 0.17.

Cabe notar que 8 de las 9 preguntas pertenecientes a la sección C del instrumento obtuvieron puntajes de asimetría con tendencia a la izquierda, sin embargo es necesario destacar las preguntas 41 (Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente) y 42 (Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente) con resultados de **asimetría menor** a -1,05; es decir las mayores tendencias de asimetría hacia la izquierda.. La única pregunta de la sección que obtuvo una asimetría a la derecha fue la 37 (El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores) con un resultado de 0,24 lo que convierte este cuestionamiento aquel con una mayor tendencia a respuestas positivas (casi siempre y siempre) en comparación con la media aritmética obtenida.

La **curtosis** general en la sección C es de 0.47 lo cual nos indica una concentración Mesocúrtica donde los valores se aproximan en su mayoría al centro, o cercanos a la media general, si observamos individualmente casa cuestionamiento, se destacan la pregunta 39 (El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se tía hecho-de forma incorrecta) con un resultado de **curtosis menor** (0,05) indicando una concentración Platicúrtica donde los valores de respuesta para esta pregunta se dan de forma variada. Y la pregunta 40 (¿Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente?) con una **curtosis mayor** para la sección C con un resultado de 1.59, lo que nos indica una concentración Leptocúrtica donde los valores de respuesta de esta pregunta al igual que en lo general se aproximan en su mayoría al centro, o cercanos a la media general. Estos resultados destacados coinciden con los resultados de la desviación estándar por pregunta, ya que estas medidas son confirmatorias entre si. El error típico de la curtosis es de 0.34.

El estudio demuestra que la notificación de eventos adversos y la toma de decisiones en equipo, son aspectos que el personal considera de gran importancia, así como la confianza dentro del mismo equipo de salud que permita

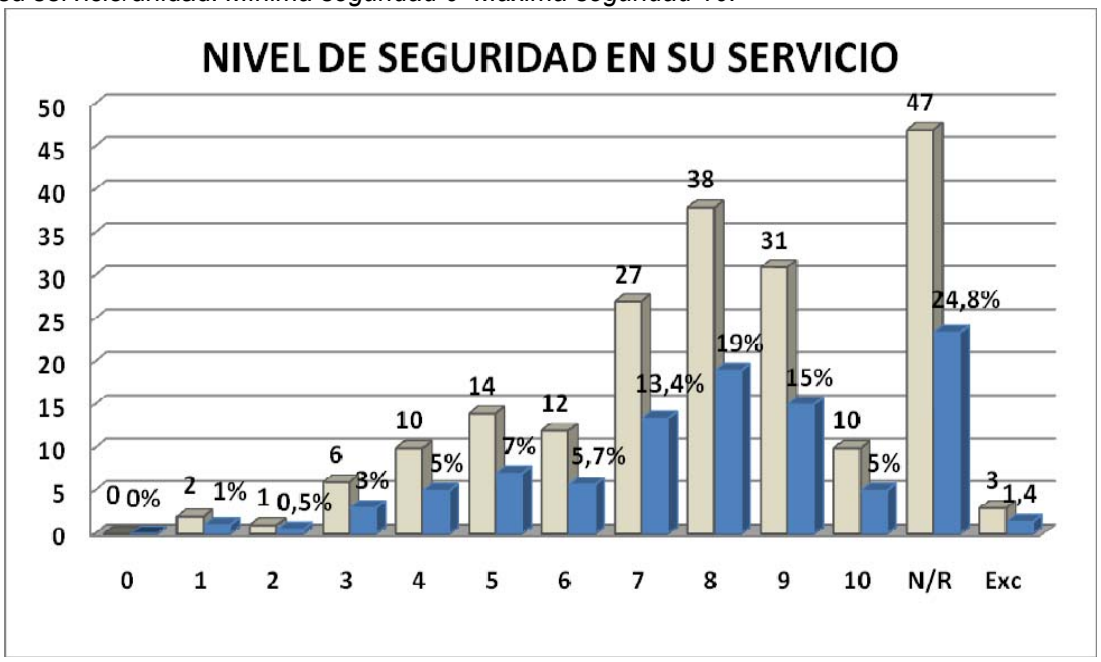
resolver dudas acerca de la atención e incluso poder hacer la notificación de posibles errores antes de afectar al paciente, sin embargo el reporte de eventos solo se realiza cuando se ha afectado de alguna forma al paciente y es éste el primero en informarlo, este tipo de respuestas (pregunta 40) evidencia una necesidad dentro de los servicios de salud para crear la conciencia del reconocimiento del error y del trabajo de equipo para el manejo de las diferentes situaciones de salud.

La comunicación dentro del equipo de salud es un pilar importante dentro del desarrollo y ejecución de medidas que propendan por una atención segura, es así como la confianza dentro del personal y el seguimiento de los conductos regulares para la notificación de eventos que ponen en riesgo la seguridad cumple un papel importante para la formación de una verdadera cultura de la seguridad del paciente. Hay que tener en cuenta que un personal que confía en sus conocimientos y es capaz de reconocer sus errores, siempre desarrollará líneas de comunicación claras que asegurarán una manejo adecuado de los incidentes ocurridos dentro del servicio y dará lugar a verdaderas oportunidades de mejora y a la formulación de planes de acción efectivos y coherentes con la situación real de la unidad.

4.2.5 ANÁLISIS SECCIÓN D: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

A continuación se presentará el análisis con frecuencias y porcentajes de cada una de las preguntas de la Sección D debido a la variabilidad de los cuestionamientos y la relevancia de cada uno de ellos en los resultados del estudio general.

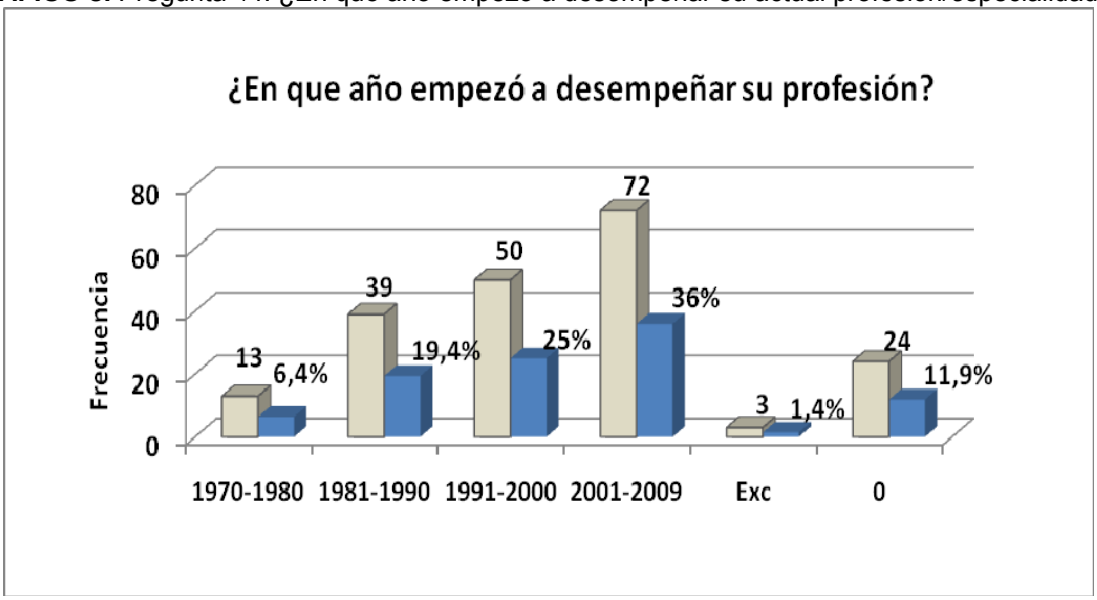
GRAFICO 4. Pregunta 43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad. *Mínima seguridad 0 Máxima seguridad 10.*



Las respuestas están distribuidas de 0 a 10 dependiendo del nivel de seguridad percibido en cada uno de los participantes de la investigación en su servicio respectivo. El nivel de seguridad en los hospitales tanto privados como públicos tuvo un porcentaje de 19% (38) puntuando el nivel de seguridad como 8, seguido del nivel 9 de seguridad con el 15% (31), luego con un13.4% (27) con una percepción de nivel 7 de seguridad del paciente en su servicio. En general la percepción que se tiene del nivel de seguridad del paciente esta en su gran mayoría en los niveles 7, 8, 9 y es de destacar que los niveles mas bajos o los de mínima seguridad, obtuvieron puntuaciones bajas como se ve en la grafica superior.

La sigla N/R corresponde al total de las encuestas en las que no se respondió la pregunta. El termino Exc se refiere a la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

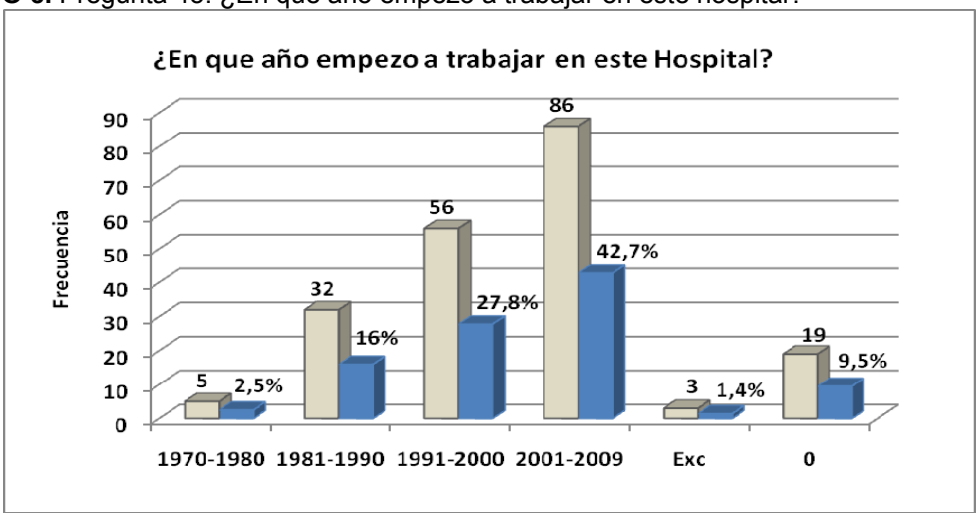
GRAFICO 5. Pregunta 44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?



A la pregunta *¿en que año empezó a desempeñar su profesión?*, los participantes de la investigación obtuvieron los siguientes puntajes: los participantes empezaron a ejercer su profesión entre los años 2001 y 2009, siendo este el mayor puntaje del 36% (72), seguido con un puntaje de 25% (50) entre los 1991 y 2000. Seguidamente, con un puntaje del 19.4 % (39) están los profesionales que empezaron a ejercer entre los años 1981 y 1990 y en último lugar están las personas que empezaron su profesión entre los años 1970 y 1980.

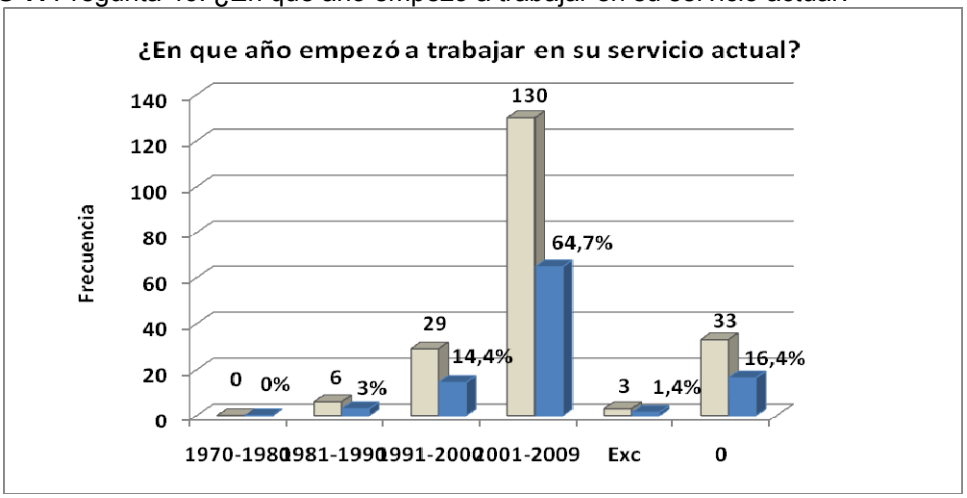
El numero 0 corresponde al total de las encuestas en las que no se respondió la pregunta o en las que fue anulada. La sigla Exc se refiere a la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

GRAFICO 6. Pregunta 45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?



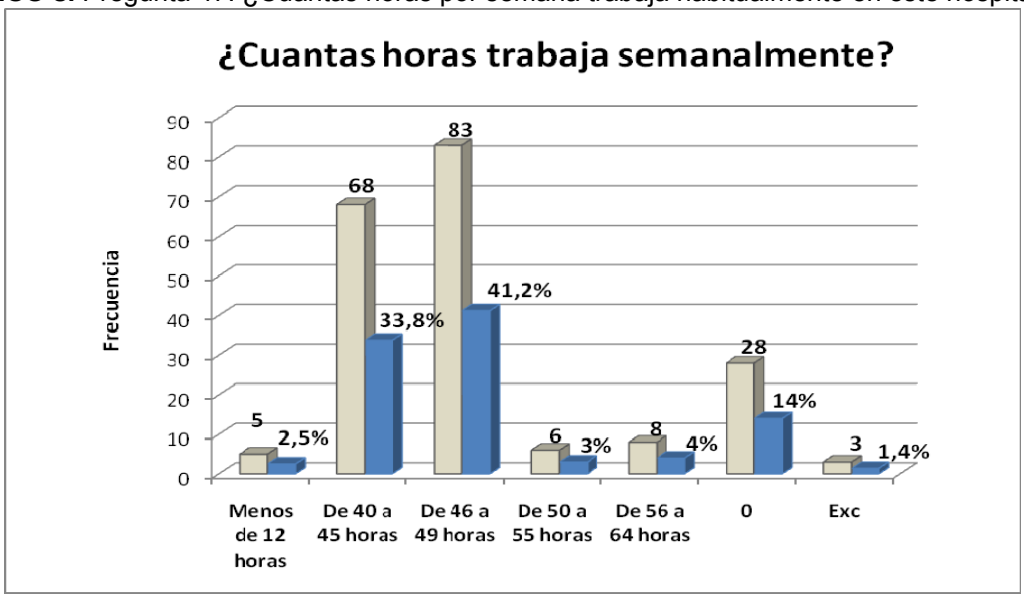
Dentro de los hospitales tanto público como privado la respuesta con mayor puntaje fue que empezaron a trabajar en el hospital entre los años 2001 a 2009 con el 42.7% (86); seguido con el 27.8% (56) entre los años 1991 a 2000; el menor puntaje fue de 2.5%(5) de los participantes que empezaron a trabajar en el hospital entre los años 1970 y 1980. Con un 9.5% (19) están clasificados el puntaje 0 que se refiere a los instrumentos que fueron anulados por múltiples respuestas o por que no respondieron la pregunta. La abreviatura Exc se refiere a la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

GRAFICO 7. Pregunta 46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio actual?



En la pregunta 46 *¿En qué año empezó a trabajar en su servicio actual?* La mayoría de los participantes empezaron a trabajar entre los años 2001 y 2009 con un puntaje de 64.7% (130); seguido de los años 1991-2000 con el 14.4%. Entre los años 1970 hasta el año 1990 los puntajes fueron bajos del 3% entre los años 1981 y 1990. Se distingue el puntaje de 0 que corresponden a las respuestas anuladas o sin responder con un 16.4% (33). Y el 1.4% (3) representan la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

GRAFICO 8. Pregunta 47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?

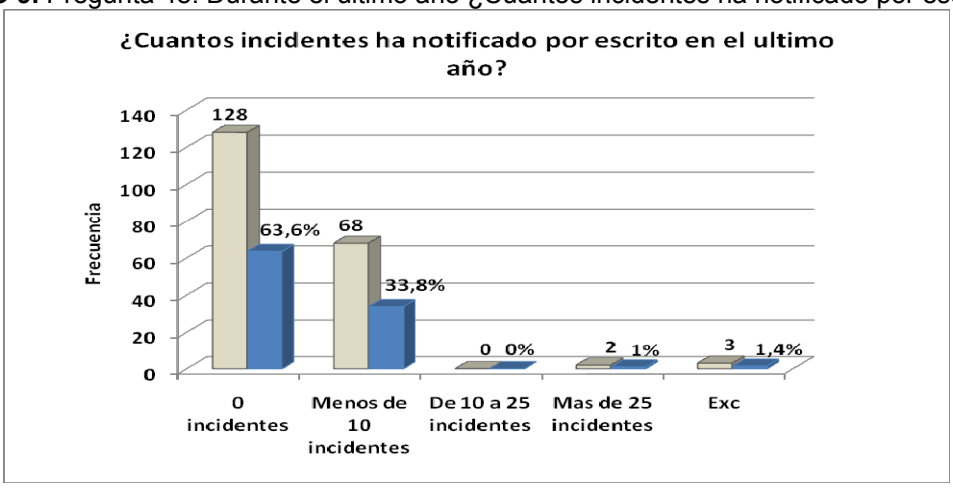


En la pregunta 47 *¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?*, los participantes respondieron en un 41.2% (83) que trabajan de 46 a 49 horas semanalmente, otro 33.8% (68) manifestaron trabajar de 40 a 45 horas semanales. Se evidencia en porcentajes menores los extremos de horas laborales trabajadas con un 2.5% (5) menos de 12 horas y con un 4% (8) de 56 a 64 horas semanales.

En el ítem 0 que corresponden a las respuestas anuladas y que no se respondió la pregunta se obtuvo un 14% (28) y el .4% (3) representan la excepción de los 3

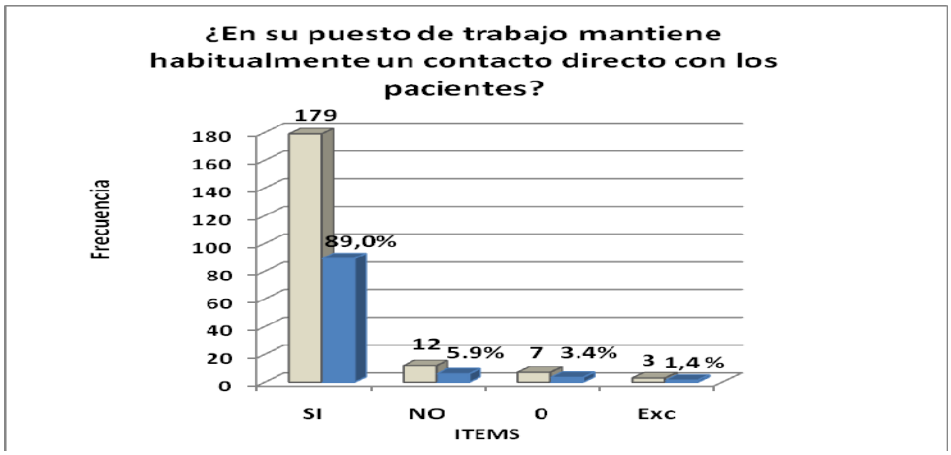
instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

GRAFICO 9. Pregunta 48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?



A la pregunta 48: *durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?,* 128 individuos (63.6%) afirmaron que no habían reportado ningún incidente, 68 individuos (33.8%) afirmaron que habían reportado menos de 10 incidentes y 2 individuos (1%) afirmaron haber reportado mas de 25 incidentes. Ningún participante afirmó haber reportado el lapso de 10-25 incidentes. El termino Exc se refiere a la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

GRAFICO 10. Pregunta 49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?

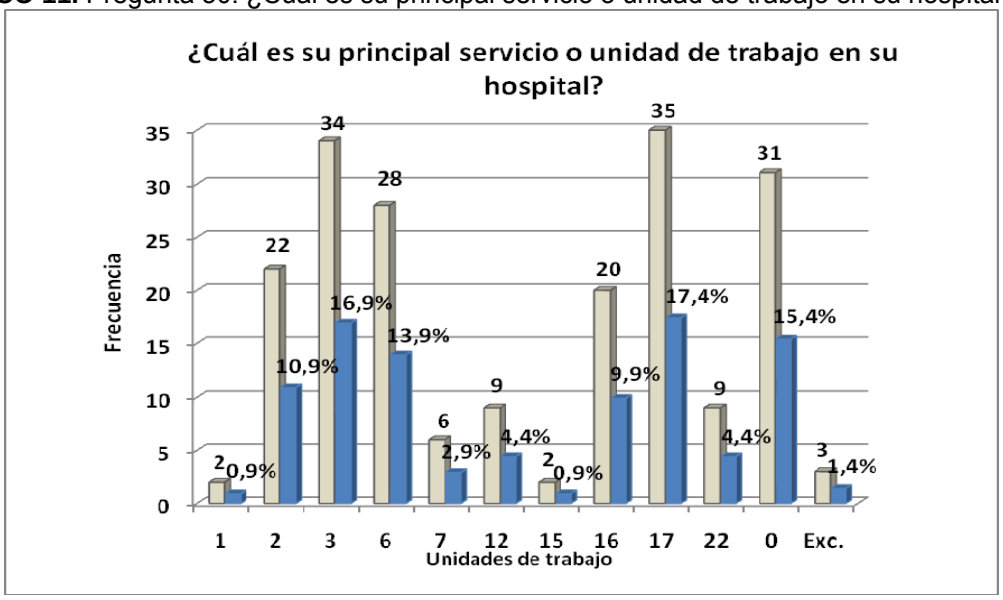


En la pregunta 49: *¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?,* la gran mayoría de encuestados, el 89% (179 participantes,) aseguran mantener contacto directo con los pacientes en su puesto de trabajo, mientras que el 5.9% (12 participantes) no tiene ese contacto con los pacientes. El ítem 0 que corresponde a 7 participantes, indica que fue anulada esta pregunta o que no fue respondida. El termino Exc se refiere a la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

Tabla 8. Unidades mencionadas en la pregunta 50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?

Unidades mencionadas	
Numero	**Unidad**
1	Anestesiología/Reanimación
2	Cirugía
3	Diversas Unidades
6	Medicina Interna
7	Obstetricia y Ginecología
12	Pediatría
15	Salud Mental/Psiquiatría
16	Servicio de Urgencias
17	UCI (cualquier tipo)
22	Otro

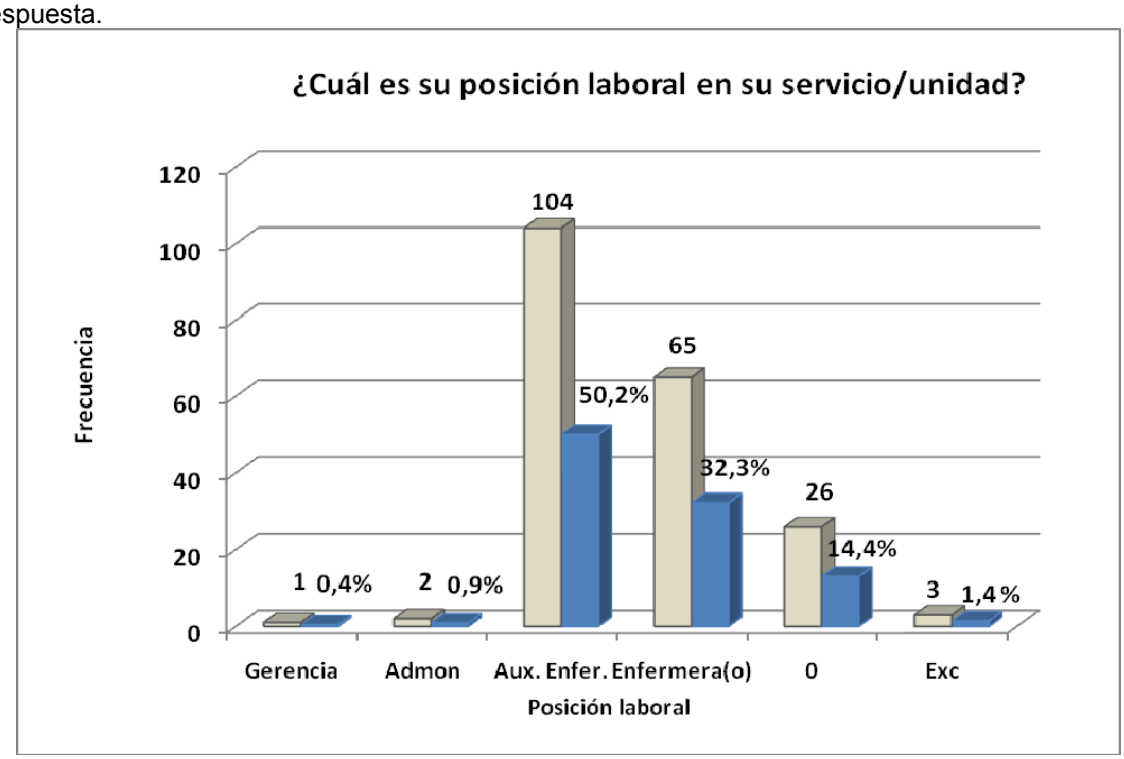
GRAFICO 11. Pregunta 50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?



En la pregunta 50: *¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?,* se encontró que los participantes trabajaban en diversas unidades,

estos ítems en orden descendente fueron: 17. UCI (cualquier tipo) con 35 individuos (17.4%), 6. Medicina Interna con 28 individuos (13.9%), 2.Cirugia con 22 individuos (10.9%), 16. Urgencias con 20 individuos (9.9%), 12. Pediatría con 9 individuos (4.4%), 7. Obstetricia y Ginecología con 6 individuos (2.9%), 1. Anestesiología/Reanimación con 2 individuos (0.9%) al igual que el ítem 15.Salud Mental/Psiquiatría. Por otra parte, 34 participantes (16.9%) respondieron con el ítem 3. Diversas unidades y 9 participantes (4.4%) afirmaron trabajar en otras unidades (Ítem 22). El ítem 0, corresponde a 31 participantes (15.4%) que no respondieron esta pregunta o cuya respuesta fue anulada y el termino Exc se refiere a la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

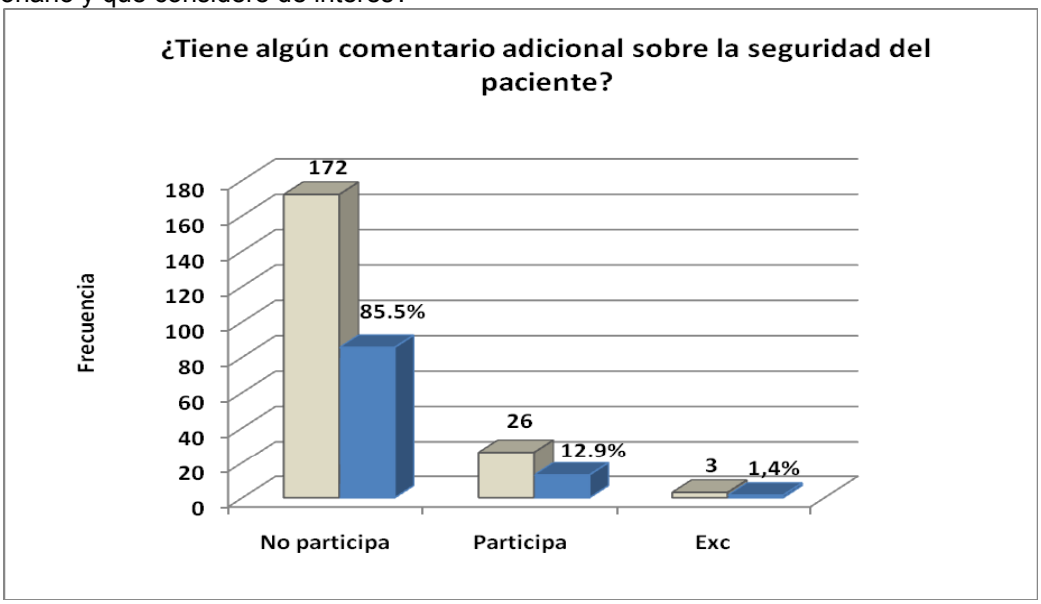
GRAFICO 12. Pregunta *5*1. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad? Marque una sola respuesta.



A la pregunta 51: *¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?* Se encontró que el 50.2% de encuestados (104 participantes) se desempeñan como auxiliares de enfermería, el 32.3% (65 participantes) trabajan como profesionales de

Enfermería, el 0.9% (2 participantes) se desempeñan en cargos administrativos y el 0.4% (1 participante) afirmó trabajar en el área Gerencial. El 14.4% (26 participantes), no respondieron esta pregunta o les fue anulada. El termino Exc se refiere a la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

GRAFICO 13. Pregunta 52. ¿Tiene algún comentarlo adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

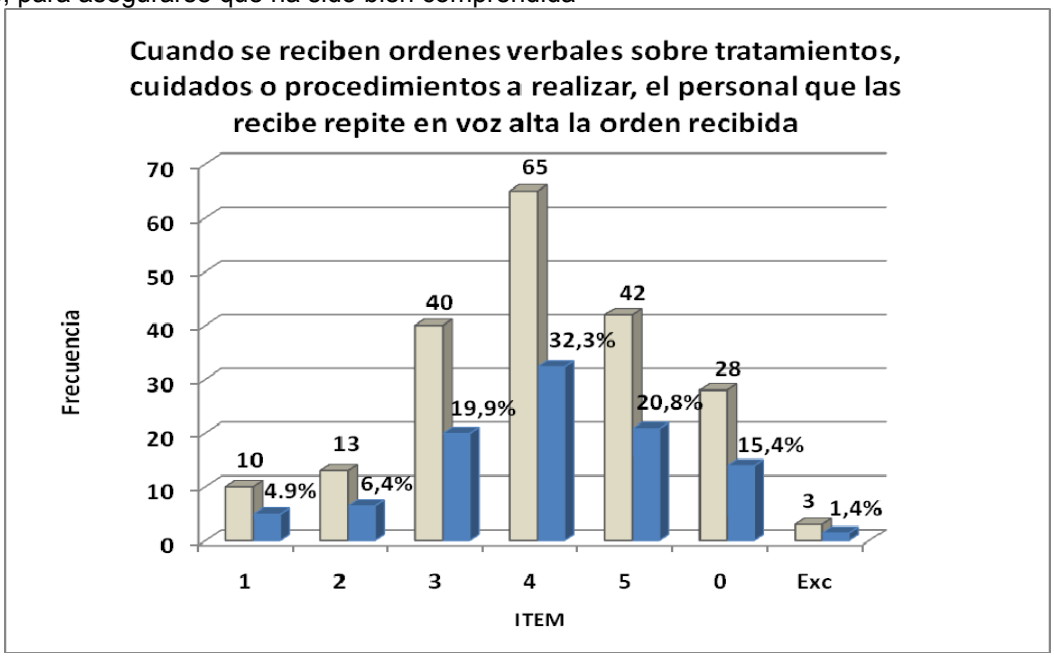


A la pregunta 52: *¿Tiene algún comentarlo adicional sobre la seguridad del paciente?* el 85% de los participantes participaron (172 individuos), ellos hicieron comentarios muy diversos que se resumen en las siguientes afirmaciones:

- "La indiferencia del personal dificulta la seguridad del paciente, hace falta compañerismo"
- "Es necesario que se permitan acompañantes permanentes para algunos pacientes"
- "Hacen falta barandas, camas adecuadas, rejas, rampas y otros elementos en buen estado que contribuyan a la seguridad del paciente"
- "El déficit de personal en los servicios afecta mucho la seguridad y la calidad de la atención"

El 12.9% de los encuestados (26 individuos), no hicieron ningún comentario adicional sobre la seguridad del paciente. El termino Exc se refiere a la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta afirmando que no era claro ni entendible.

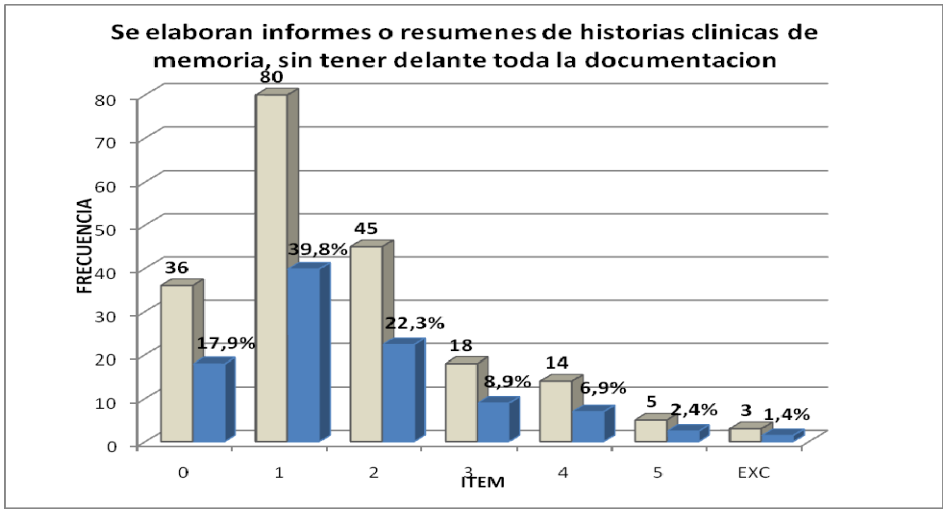
GRAFICO 14. Pregunta 53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida



En la pregunta numero 53 la cual es: cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida. Las respuestas tal como lo muestra la anterior grafica fueron de la siguiente manera: con una frecuencia de 10 y un porcentaje de 4.9 respondieron nunca (ítem 1); con una frecuencia de 13 y un porcentaje de 6.4 casi nunca (ítem 2); con una frecuencia de 40 y un porcentaje de 19.9 a veces (ítem 3); con una frecuencia de 65 y un porcentaje de 32.3 casi siempre 8(ítem 4); con una frecuencia de 42 y un porcentaje de 20.8 siempre (ítem 5) y con una frecuencia de 28 y un porcentaje de 15.4 para el no sabe o no responde, (ítem 0) con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 1.4 para la muestra que no fue respondida en su totalidad (ítem Exc.) para un total de 201 y un 95.2 % lo cual corresponde a la totalidad de la muestra.

Se evidencia que el ítem con menor frecuencia es nunca (ítem 1) con 10 respuestas a favor lo cual corresponde al 4.9% y el de mayor frecuencia casi siempre (ítem 4) con 65 respuestas a favor lo cual corresponde a un 32.3 % datos con los que se puede afirmar que en las instituciones donde se realizo el estudio el mayor porcentaje de las personas que desarrollaron el cuestionario afirmaron cumplir con esta actividad.

GRAFICO 15. Pregunta 54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.).

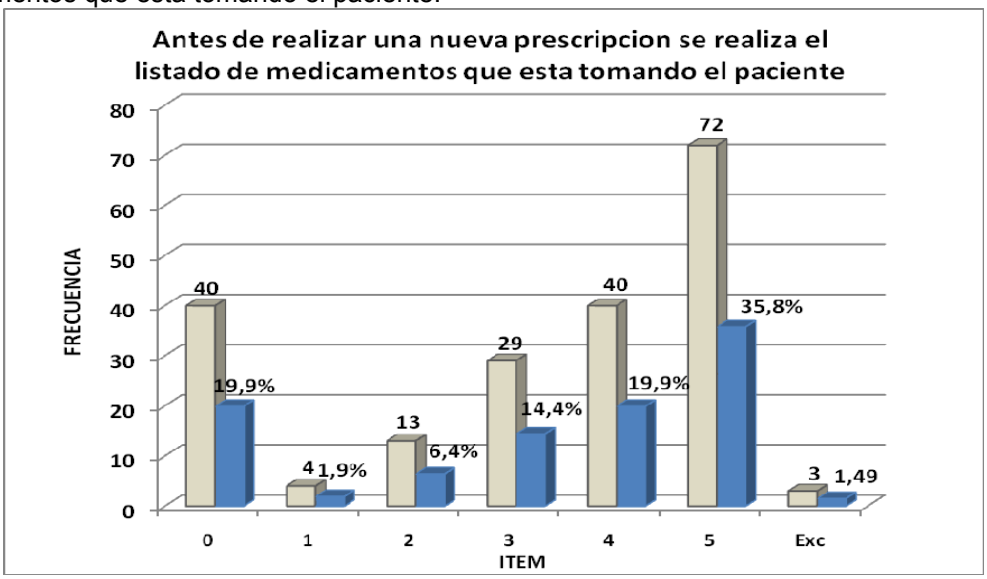


En la pregunta numero 54 la cual es: Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.). Las respuestas tal como lo muestra la anterior grafica fueron de la siguiente manera: con una frecuencia de 80 y un porcentaje de 39.8 respondieron nunca (item1); con una frecuencia de 45 y un porcentaje de 22.3 casi nunca (ítem 2); con una frecuencia de 18 y un porcentaje de 8.9 a veces (ítem 3); con una frecuencia de 14 y un porcentaje de 6.9 casi siempre (ítem 4); con una frecuencia de 5 y un porcentaje de 2.4 siempre (ítem 5); con una frecuencia de 36 y un porcentaje de 17.9 corresponden a las preguntas que fueron anuladas por diferentes razones como marcar doble o ilegible (ítem 0) y con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 1.4 para la muestra

que no fue respondida en su totalidad (ítem Exc.), para un total de 201 y un 99.6 % lo cual corresponde a la totalidad de la muestra.

Se evidencia que el ítem con menor frecuencia es siempre (ítem 5) con 5 respuestas a favor lo cual corresponde al 2.4% y el de mayor frecuencia nunca (item1) con 80 respuestas a favor lo cual corresponde a un 39.8 % resultados con los que se puede concluir que en las instituciones donde se realizo el estudio el mayor porcentaje de las personas que desarrollaron el cuestionario afirmaron que esta actividad no se lleva de la forma en que se plantea la pregunta y que por el contrario esta se hace de otra manera.

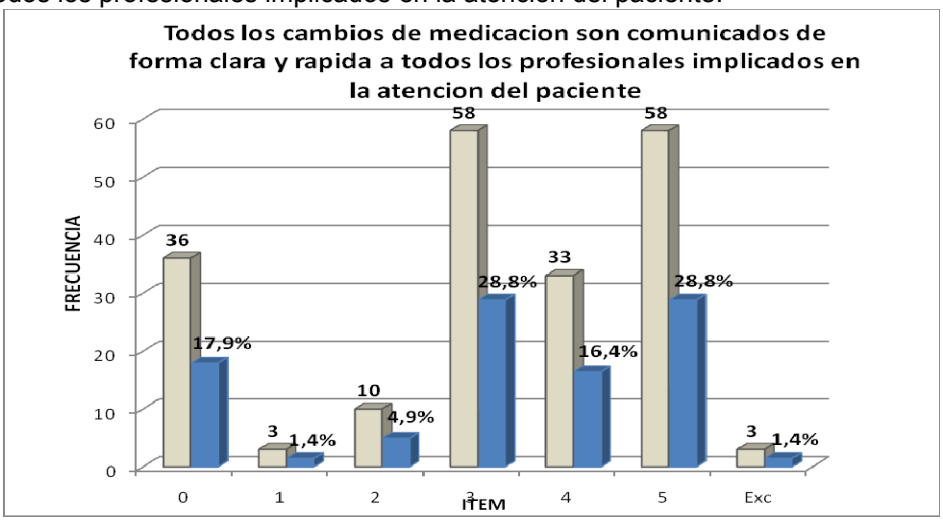
GRAFICO 16. Pregunta 55. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.



En la pregunta numero 55 la cual es: Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente. Las respuestas tal como lo muestra la anterior grafica fueron de la siguiente manera: con una frecuencia de 4 y un porcentaje de 1.9 respondieron nunca (item1); con una frecuencia de 13 y un porcentaje de 6.4 casi nunca (ítem 2); con una frecuencia de 29 y un porcentaje de 14.4 a veces (ítem 3); con una frecuencia de 40 y un porcentaje de 19.9 casi siempre (ítem 4); con una frecuencia de 72 y un porcentaje de 35.8 siempre (ítem 5); con una frecuencia de 40 y un porcentaje de 19.9 corresponden a las preguntas que fueron anuladas por diferentes razones como

marcar doble o ilegible (ítem 0) y con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 1.4 para la muestra que no fue respondida en su totalidad (ítem Exc.), para un total de 201 y un 99.7 % lo cual corresponde a la totalidad de la muestra. Se evidencia que el ítem con menor frecuencia es nunca (item1) con 4 respuestas a favor lo cual corresponde al 1.9 % y el de mayor frecuencia siempre (ítem 5) con 72 respuestas a favor lo cual corresponde a un 35.8 % datos con los que se puede aseverar que en las instituciones donde se realizo el estudio el mayor porcentaje de las personas que desarrollaron el cuestionario afirmaron que antes de realizar una nueva prescripción de medicamentos se tiene en cuenta los medicamentos que esta tomando el paciente.

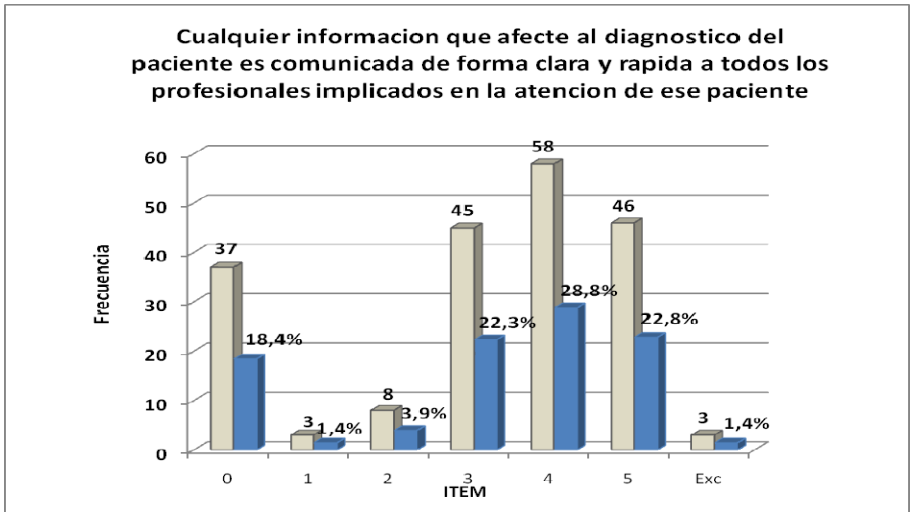
GRAFICO 17. Pregunta 56. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.



En la pregunta numero 56 la cual es: los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente. Las respuestas tal como lo muestra la anterior grafica fueron de la siguiente manera: con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 1.4 respondieron nunca (item1); con una frecuencia de 10 y un porcentaje de 4.9 casi nunca (ítem 2); con una frecuencia de 58 y un porcentaje de 28.8 a veces (ítem 3); con una frecuencia de 33 y un porcentaje de 16.4 casi siempre (ítem 4); con una frecuencia de 58 y un porcentaje de 28.8 siempre (ítem 5); con una frecuencia de 36 y un porcentaje de 17.9 corresponden a las preguntas que fueron anuladas por diferentes razones como marcar doble o ilegible (ítem 0) y con una frecuencia de

3 y un porcentaje de 1.4 para la muestra que no fue respondida en su totalidad (ítem Exc.), para un total de 201 y un 99.6 % lo cual corresponde a la totalidad de la muestra. Se evidencia que el ítem con menor frecuencia es nunca (item1) con 3 respuestas a favor lo cual corresponde al 1.4 % y en el de mayor frecuencia se encuentran un empate con 58 respuestas a favor y un porcentaje de 28.8% entre a veces y siempre (ítems 3 y 5 respectivamente) datos con los que se puede concluir que en las instituciones donde se realizo el estudio las personas que desarrollaron el cuestionario aseguran que entre a veces y siempre son informados los cambio de medicación de los pacientes de forma clara y rápida.

GRAFICO 18. Pregunta 57. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.

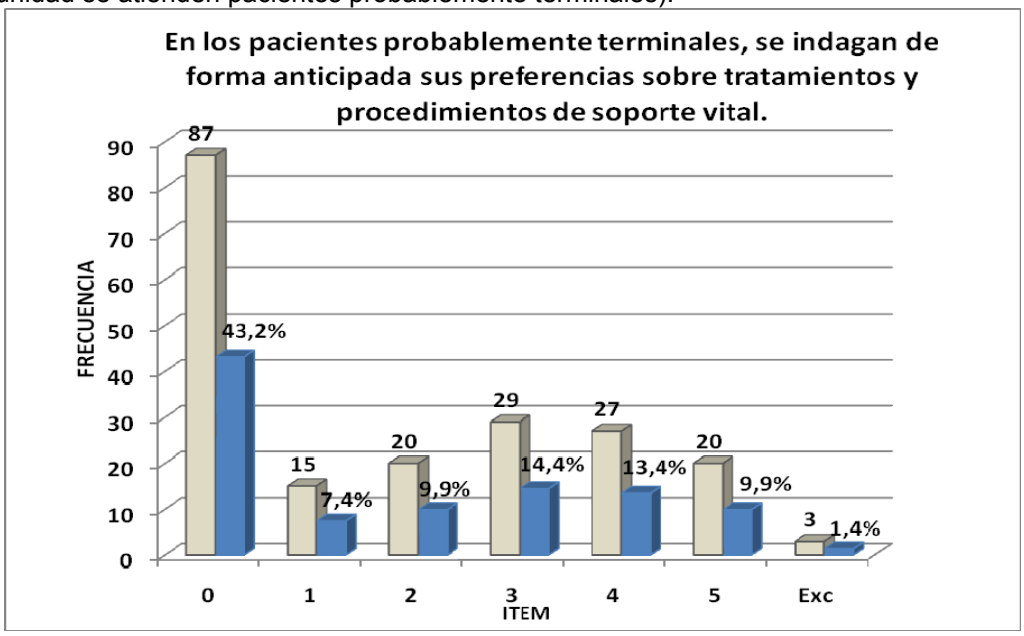


Para la pregunta que indaga acerca de la trasmisión de la información que afecte al diagnóstico de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente (número 57) se identifica como la opción casi siempre con el mayor porcentaje de respuesta con un 28,8%, los siguientes porcentajes se encuentran en la opción siempre con el 22,8% y a veces con 22,3%, teniendo así respuestas positivas para esa pregunta y el porcentaje negativo como nunca o casi nunca esta en los porcentajes 1,4% y 3,9% respectivamente.

En esta pregunta se evidencia una alta tasa de no respuesta o anulación de la misma con un porcentaje de 18,4% identificadas en la gráfica con la columna 0, que no dista demasiado de los porcentajes positivos de respuesta.

El ítem Exc corresponde al 1,4% representa la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta.

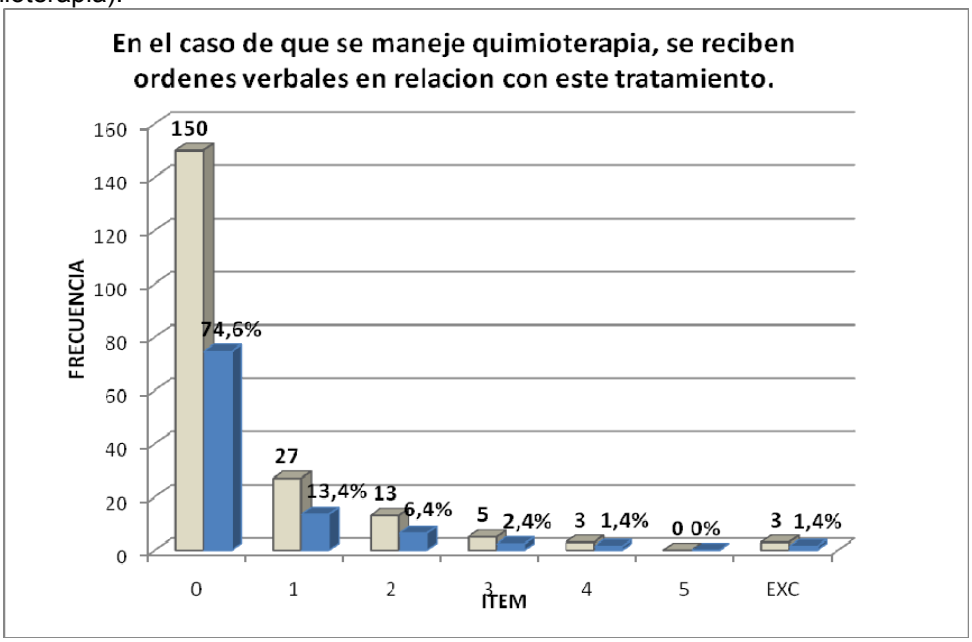
GRAFICO 19. Pregunta 58. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).



Para la pregunta: En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital, los porcentajes de respuesta evidenciados no varían demasiado dentro de las opciones de respuesta, sin embargo el mayor porcentaje fue 14,4% de la opción a veces, en orden de porcentaje las siguientes son casi siempre con el 13,4%, casi nunca y siempre con el mismo porcentaje de respuesta de 9.9% y por último la opción nunca con el 7,4%. El porcentaje de no respuesta o anulación de 43,2% demostrado en la grafica, y fue evidentemente incrementado ya que dicha pregunta era opcional, y solo debía ser contestada en caso de tener contacto con pacientes posiblemente terminales dentro del servicio.

El ítem Exc corresponde al 1,4% representa la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta.

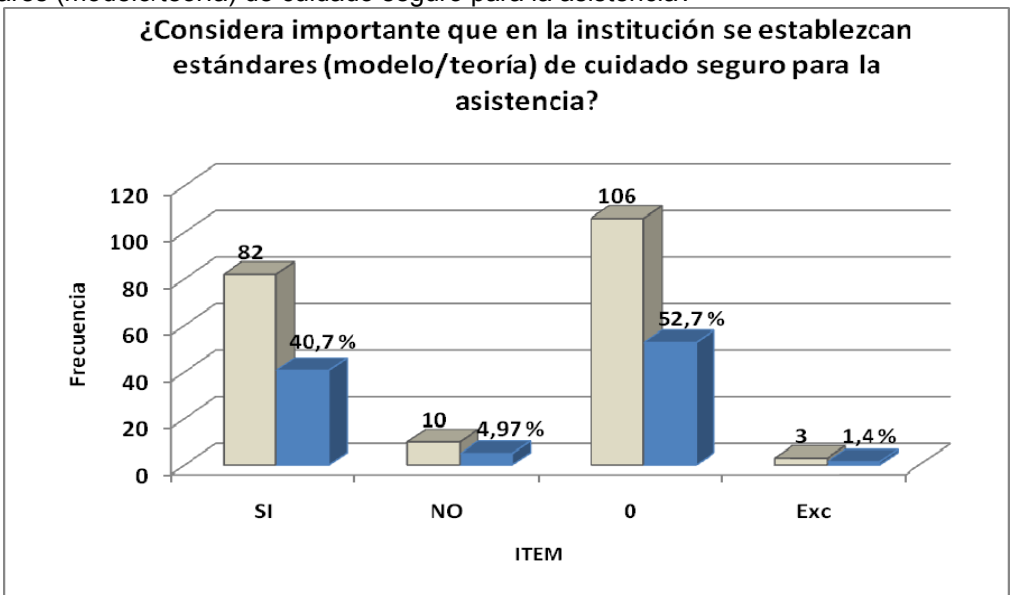
GRAFICO 20. Pregunta 59. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).



En la pregunta 59 acerca del uso de ordenes verbales con respecto a los tratamientos de quimioterapia la tasa de no respuesta o anulación fue del 74,6% por ser una pregunta condicionada solo para los servicios donde se manejan este tipo de tratamiento, los porcentajes por opción de respuesta son los siguientes: nunca 13,4%; casi nunca 6,4%; a veces 2,4%; casi siempre 1,4% y siempre 0%.

El ítem Exc corresponde al 1,4% representa la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta.

GRAFICO 21. Preguntas adicionales. ¿Considera importante que en la institución se establezcan estándares (modelo/teoría) de cuidado seguro para la asistencia?



Al indagar acerca de la importancia de que la institución establezca modelos o teorías de cuidado seguro para la asistencia, siendo esta una pregunta totalmente opcional, el 40,7% del total de la muestra afirmó la necesidad de estas teorías y de estas 82 personas apenas 5 dieron ejemplos como “teorías de mediano rango” y “teorías de comunicación” o propuestas para evaluar y socializar las teorías existentes como teoría de satisfacción de las necesidades humanas de Virginia Henderson. Por el contrario un porcentaje del 4,97 no considera necesaria la aplicación de estos estándares. El porcentaje de no respuesta o anulación equivale a más de la mitad de la muestra con un 52,7% y el ítem Exc (1,4%) representa la excepción de los 3 instrumentos en los que solo se diligencio el consentimiento informado, sin responder ninguna pregunta.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En cuanto al funcionamiento de los servicios o unidades como tal se detecta y se resalta el trabajo coordinado y como equipo fundamentado en tolerancia y respeto, características que son fundamentales a la hora de brindar atención en salud, con calidad y ante todo seguridad.
- Aunque los servicios cuenten con las características anteriormente mencionadas, un problema grave que se detecta y que hace que en algún punto el engranaje se pierda y que el estudio permitió detectar es que los profesionales de la salud los cuales participaron perciben que el personal del servicio o unidad es insuficiente lo cual no favorece los principios de calidad y seguridad que se esperan brindar.
- Otro de los aspectos positivos que se permitieron identificar en esta sección (A) es el de cómo el interés por mejorar por parte de los superiores es visible por el personal, y esto constituye parte fundamental en cuanto a la motivación e interés por mejorar para brindar calidad.
- La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo en equipo contribuyen al mejoramiento de los factores humanos que llevarán a una práctica clínica más segura que disminuya los errores que suceden a diario en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Lo que nos proporciona una idea más amplia de la importancia del trabajo en equipo para contribuir a la calidad del servicio prestado y contribuir ampliamente en la cultura de seguridad del paciente pues constituye una plataforma para el diálogo entre los miembros del equipo.
- La comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud que se encuentran en un mismo servicio o unidad, permite la

identificación de oportunidades de mejora para la correcta atención del paciente.

- La retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.
- La toma de decisiones en equipo y la confianza dentro del mismo equipo de salud permite resolver sin temor dudas acerca de la atención e incluso se convierte en el comienzo de la formación de una cultura de seguridad del paciente en la que los trabajadores de la salud sean capaces de reconocer sus errores y los de los demás, formulen alternativas de solución oportunas e incluso se realice el reporte de eventos antes de afectar al paciente.
- En la sección D se evidencia un patrón en el cual los mayores porcentajes de trabajadores salud encuestados afirman haber empezado a trabajar en el lapso 2001-2009 (36%) y en el mismo lapso de tiempo haber empezado a desempeñarse en el hospital y servicio que trabajan actualmente (42.7% y 64.7% de la muestra respectivamente). Así mismo un 89% (179 encuestados) aseguraron mantener contacto directo con el paciente en su trabajo habitual como enfermeros profesionales (32.3%) ó auxiliares de enfermería (50.2%), sin embargo resulta paradójico que al indagar respecto a los incidentes reportados el ultimo año 128 individuos (63.6% de la muestra) afirmaron que *no habían reportado ningún incidente*, y 68 individuos (33.8%) afirmaron que habían reportado menos de 10 incidentes; esto puede ser un indicio de las debilidades en la cultura de seguridad del paciente pues, a pesar de que se esta en contacto directo con el paciente, no se reportan (en su mayoría) los eventos adversos en la atención sanitaria, lo que se puede deber a la percepción que tienen estos encuestados respecto de las acciones punitivas que puede llevar a cabo la gerencia o administración sobre quien(es) están implicados en estos eventos. Esto a su vez impide que se haga un seguimiento concienzudo y se dirijan y lleven a cabo las acciones de mejora necesarias en cada proceso. Por lo tanto es indispensable que todo el personal de enfermería

este capacitado y sea consiente de la necesidad de canalizar unificadamente los informes de los eventos adversos, y que la administración logre cambiar la idea generalizada de que “quienes reportan serán castigados”, por la idea de que “quienes reportan son protagonistas en el proceso de mejora en la calidad” de la atención en salud.

- La elaboración, el manejo y la actualización de las historias clínicas representa una herramienta fundamental en una atención segura. En el análisis de las preguntas relacionadas con ese proceso se encuentra que el 48% de los participantes afirma que entre ‘a veces’ y ‘siempre’ son informados los cambios de medicación de los pacientes de forma clara y rápida, 35.8 % afirma que antes de realizar una nueva prescripción de medicamentos se tiene en cuenta los medicamentos que esta tomando el paciente, y apenas un 28% (58 individuos) indica que cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es *comunicada de forma clara y rápida* a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente. De acuerdo a estas cifras, es necesario reforzar el correcto y oportuno manejo de la información que contiene la historio clínica así como la importancia de la comunicación de los cambios que se hacen en el proceso de atención al paciente. Este hecho ha de contrarrestar la creciente tendencia de acudir únicamente a las herramientas tecnológicas a la hora de conocer al paciente, es imprescindible que el equipo de salud posea una comunicación asertiva entre si, además de realizar un análisis concienzudo desde la formulación hasta la aplicación de los medicamentos teniendo en cuenta todas las particularidades del usuario.
- Las teorías de enfermería, si bien son ampliamente divulgadas en la formación profesional, no son difundidas de manera práctica en el quehacer diario de los Enfermeros profesionales, esto puede deberse en parte, a la sobrecarga de trabajo, así como a la falta de iniciativa para la socialización de ellas en los campos clínicos de parte de las estructuras administrativas. Para el desarrollo futuro de la Profesión será indispensable que cada Departamento de Enfermería y cada individuo se empodere de un paradigma del Cuidado, cosa

que enriquecerá no solo el sentido de pertenencia hacia la disciplina, sino que redundara en mayor calidad y compromiso en la atención a los pacientes.

5.2 RECOMENDACIONES

- Es importante y necesario mantener el buen clima laboral y en muchos casos es la institución y el mismo personal de salud quien debe velar porque esta se mantenga en su plenitud y de no ser así se debe velar por conseguirla, pues de ello depende la calidad del producto final que se le muestre al cliente.
- Un servicio de salud o unidad debe trabajar de manera integral entre clima, cultura, compromiso con su labor, con sus pacientes, con su grupo de trabajo y con su institución y aunque fortalecer el desarrollo humano es punto clave para el mejoramiento de los servicios no se puede dejar a un lado la responsabilidad como institución de garantizar que la cantidad de personal en una sección o área es la suficiente para ofrecer atención de salud con calidad y ante todo seguridad, además el personal de salud también tiene gran responsabilidad pues es este quien tiene que asumir una posición critica y propositiva pues no debe permitir que se le exija laborar bajo condiciones no aptas para prestar atención con calidad y seguridad atentando contra los principios fundamentales del ejercicio profesional.
- Mantener una figura de superioridad enfocada siempre al cambio y al mejoramiento continuo de aspectos que atentan contra la seguridad del paciente es de gran importancia, pero a su ves también lo es el ser reconocido como instrumento activo de ese mejoramiento, como un integrante mas de la cadena de seguridad para el paciente no solo quien detecta y propone sino también participa y aprende junto con su personal del servicio o unidad.

- Es necesario mantener una comunicación asertiva y efectiva entre los equipos de trabajo de las áreas asistenciales con las áreas gerenciales, y que todo el trabajo realizado se exponga recíprocamente, de tal manera que cada una de éstas conozca la labor de los servicios y áreas de trabajo. Contribuyendo así al efectivo desempeño de las áreas mencionadas ya que el buen clima laboral favorece a la implementación de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones.
- Mantener la unidad del personal que trabaja en los servicios para contribuir a la calidad del servicio prestado al paciente, a su familia y cuidadores. Además para fortalecer la estabilidad emocional laboral que necesita el personal para llevar a cabo sus funciones de la manera más eficiente posible.
- Mantener las líneas de comunicación dentro del equipo de salud, permite la identificación puntual de oportunidades de mejoramiento dentro del servicio y la formulación de estrategias de trabajo en equipo que logren mejorar la calidad de la atención en salud, creando así una verdadera cultura de seguridad del paciente.
- Es necesario implementar dentro de los servicios de salud, diferentes estrategias que permitan inculcar en los trabajadores técnicos y profesionales, la necesidad de actualización en los conocimientos para la atención del paciente, lo que generará en ellos aún más confianza en sus aptitudes y una mayor conciencia de las acciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente, así con el tiempo se logrará que la notificación de eventos adversos en salud se vea reemplazada por el reporte de conductas de riesgo antes de afectar al paciente.
- Un campo por el que recientemente la Legislación y los profesionales de la salud han mostrado especial consideración, y que además forma parte de la atención con calidad, es el consentimiento informado y las directrices anticipadas para la atención en salud que expresan la voluntad del paciente respecto de procedimientos que desea o no le sean aplicados. Sin embargo al examinar si durante la atención clínica se indagan de forma

anticipada las preferencias del paciente sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital, la respuesta predominante que correspondió a un 14,4% (29 individuos) de los encuestados afirman hacerlo solo ‘a veces’. Sin lugar a dudas seria importante poder tener una visión mas amplia de esta realidad, pues el 43.2% de la muestra que abordo este estudio afirmó no tener contacto con pacientes terminales, de modo que el estudio en este campo aportaría muchísimo a una atención de calidad, en situaciones terminales, ámbito que apenas empieza a explorarse.

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Crecimiento de citas en MEDLINE bajo los términos de "seguridad de los pacientes", "calidad en la atención sanitaria y médica", "errores en la medicación", desde 1966 hasta 2005 **9**

FIGURA 2. Países participantes en los estudios respaldados por la OMS sobre la magnitud del daño asociado a la asistencia sanitaria **19**

FIGURA 3: Elementos dentro del enfoque sistémico de la prevención de riesgos en la asistencia sanitaria. **23**

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Datos sobre efectos adversos en la provisión de servicios en diversos países. **15**

TABLA 2. Lista de términos preferidos y definiciones de conceptos clave. Adaptado de: Clasificación internacional para la seguridad del paciente. **16**

TABLA 3. Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen. **48**

TABLA 4. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario **54**

Tabla 5. Análisis estadístico sección A: su servicio/ unidad. **64**

Tabla 6. Análisis estadístico sección B: su Hospital. **68**

Tabla 7. Análisis estadístico sección C: comunicación en su servicio/ unidad. **72**

Tabla 8. Unidades mencionadas en la pregunta 50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? **81**

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1. Sección A: Media por pregunta. **65**

GRAFICO 2. Sección B: Media por pregunta. **69**

GRAFICO 3. Sección C: Media por pregunta **73**

GRAFICO 4. Pregunta 43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad. *Mínima seguridad 0 Máxima seguridad 10.* **76**

GRAFICO 5. Pregunta 44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad? **77**

GRAFICO 6. Pregunta 45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital? **78**

GRAFICO 7. Pregunta 46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio actual? **78**

GRAFICO 8. Pregunta 47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? **79**

GRAFICO 9. Pregunta 48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito? **80**

GRAFICO 10. Pregunta 49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? **80**

GRAFICO 11. Pregunta 50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? **81**

GRAFICO 12. Pregunta *5*1. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad? Marque una sola respuesta. **82**

GRAFICO 13. Pregunta 52. ¿Tiene algún comentarlo adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés? **83**

GRAFICO 14. Pregunta 53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida **84**

GRAFICO 15. Pregunta 54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.). **85**

GRAFICO 16. Pregunta 55. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente. **86**

GRAFICO 17. Pregunta 56. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente. **87**

GRAFICO 18. Pregunta 57. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente. **88**

GRAFICO 19. Pregunta 58. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales). **89**

GRAFICO 20. Pregunta 59. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia). **90**

GRAFICO 21. Preguntas adicionales. ¿Considera importante que en la institución se establezcan estándares (modelo/teoría) de cuidado seguro para la asistencia? **91**

BIBLIOGRAFIA

- 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf consultado el 13 de febrero de 2009.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. República de Colombia. Dirección General de Calidad de Servicios. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Disponible en: http://www.cohan.org.co/content/43/files/5%20LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTEl.pdf. Consultado el 16 de febrero de 2009.
- CABAÑAS, Rosario. Evaluación de la Atención de la Salud. *EN*: Revista Médica Hondureña - VOL. 62 -1994. Disponible en: www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf. Consultado el 16 de febrero de 2009.
- LILFORD R, STIRLING S, MAILLARD N. Citation classics in patient safety research: an invitation to contribute to an online bibliography. *EN* Qual Saf Health Care 2006; 15:311–313. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/articulos/id276.pdf. Consultado el 13 de febrero de 2009
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA; FACULTAD DE ENFERMERÍA. Misión. Disponible en: www.enfermeria.unal.edu.co. Consultado el 16 de febrero de 2009.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia, disponible en: http://www.cohan.org.co/content/43/files/5%20LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTEl.pdf. Consultado el 16 de febrero de 2009.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Calidad de la atención: seguridad del paciente disponible en: http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf. consultado: Consultado el 16 de febrero de 2009.
- ENFERMERÍA EN CARDIOLOGIA. Personal de Enfermería. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/clavep.htm. Consultado el 16 de febrero de 2009.
- LEON ROMAN, CARLOS. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *EN*: Rev. Cubana Enfermería 2006; 22(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html. Consultado el 16 de febrero de 2009.
- VANGEEST y CUMMINS. An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety Results of a National Study of Physicians and Nurses. *EN:* National Patient Safety Foundation®. Disponible en: http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf. Consultado el 13 de febrero de 2009
- SISTEMA NACIONAL DE SALUD (NHS) REINO UNIDO. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Agencia de calidad del sistema nacional de salud. La seguridad del paciente en siete pasos. Disponible en: http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2009.
- GARCÍA Barbero, Milagros. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en:http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf .Consultado el 17 de febrero de 2009.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Realizan en San Francisco, Estados Unidos, el Primer Taller Regional sobre “Pacientes en Defensa de su Seguridad. EN: Revista Bioanálisis. Disponible en: http://www.revistabioanalisis.com/arxius/notas/empresa.pdf Consultado el 18 de febrero de 2009.

- ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (Organización Mundial de la Salud). Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/web_modified_delphi_survey_overview_es.pdf Consultado el 17 de febrero de 2009.
- OMS. 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Resolución WHA55.18. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Mayo de 2002. Disponible en http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2009.
- ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. La Investigación en Seguridad del Paciente, Mayor conocimiento para una atención más segura. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf. Consultado el 18 de febrero de 2009.
- OMS. La OMS lanzó "Nueve soluciones para la seguridad del paciente". Disponible en: http://www.mex.ops-oms.org/contenido/comunicados/Comunicados%20PDF/oms/020507.pdf. Consultado el 18 de febrero de 2009.
- THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Patient Safety. Disponible en: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/. Consultado el 18 de febrero de 2009.
- CARNEVALI José. Noticias e Información Pública. Comunicado de prensa. Determinados a actuar unidos en el marco de la iniciativa High 5s Seis países acuerdan implementar soluciones para prevenir problemas de seguridad del paciente. Disponible en: http://www.per.ops-oms.org/noticias/seguridad-paci.pdf Consultado el 18 de febrero de 2009.

- THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Citado en: CARNEVALI José. Noticias e Información Pública. Comunicado de prensa. Determinados a actuar unidos en el marco de la iniciativa High 5s Seis países acuerdan implementar soluciones para prevenir problemas de seguridad del paciente. Disponible en: http://www.per.ops-oms.org/noticias/seguridad-paci.pdf Consultado el 18 de febrero de 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Secretaría general de sanidad. Agencia de calidad del sistema nacional de salud. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf. Consultado el 18 de febrero de 2009.
- GARCÍA Barbero, Milagros. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en: http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2009.
- ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Patients for patient safety News. Julio 2006. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/pacientes/July_2006_SPANISH.pdf Consultado el 18 de febrero de 2009
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Política de Seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, República de Colombia. Disponible en: http://www.cohan.org.co/content/43/files/1MarcelaGiraldo_seguridadpaciente.pdf Consultado: 13 febrero de 2008
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Disponible en: http://www.cohan.org.co/content/43/files/5%20LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTEI.pdf. Consultado: 13 febrero de 2008

- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto Número 1011 de 2006, Colombia Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co. Consultado: 16 febrero de 2008
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto Número 1446 de 2006, Colombia Disponible en: http://calsegen01.alcaldiabogota.gov.co:7772/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26256 #0. Consultado: 16 febrero de 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Estudio IBEAS Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica, Protocolo del Estudio en Colombia. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16544 DocumentNo4984. PDF. Consultado: 19 de Febrero 2009.

- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Foro Internacional IBEAS, Artículo publicado en la Revista Calidoscopio: una mirada a la calidad de la salud, numero 9 de 2008. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16447DocumentNo7573.PDF , Consultado: 16 de Febrero 2009.
- GIRALDO, Suárez. Marcela E*l estudio IBEAS y la política de seguridad del paciente en Colombia.* Directora General de Calidad de Servicios. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia
- FRANCO ASTOLFO, La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema, Articulo publicado en la revista Colombia Médica. Vol.36 Nº 2, Cali, Colombia, 2005. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-5342005000200011&script=sci_arttext, Consultado: 17 de febrero de 2009.
- GÓMEZ, Córdoba, Ana Isabel; ESPINOSA, Ángela Fernanda, Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente, cuidar es pensar, Articulo publicado en la revista AQUICHAN. Año 6. Vol.6 Nº 1, p 54-67, Chía, Colombia, Octubre 2006. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdfarticulos/dilemas_eticos_seguridad.pdf Consultado: 13 febrero de 2008.

- REVISTA DE ACTUALIZACIONES. FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ, "Seguridad del paciente: Implementación de una cultura", Diciembre, 2007.Disponible en la página Web: http://encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Editorial.htm-. Consultado el 15 de Febrero de 2009.
- GIRALDO, Suárez. Marcela Colombia a la Vanguardia en seguridad del paciente Artículo publicado en la Revista Calidoscopio: una mirada a la calidad de la salud. Numero 1. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VbeContent/library/documents/DocNewsNo16447DocumentNo4812.PDF Consultado: 18 de febrero de 2009
- AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ. Disponible en: http://www.ahrq.gov/. Consultado el 24 de febrero de 2009.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. 2005. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf Consultado el 24 de febrero de 2009.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Plan de calidad para el sistema Nacional de salud. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf. Consultado el 24 de febrero de 2009.
- SINGER S, METERKO M, BAKER L, GABA D, FALWELL A, ROSEN A. *Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey.* Health Serv Res. 2007; 42(5):1999-2021. Center for Health Policy, Stanford University, 117 Encina Commons, Stanford, USA. Disponible en la página web: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17850530. Consultado 27 Febrero 2009.
- HELLINGS J, SCHROTEN W, KLAZINGA N, VLEUGELS A. *Challenging patient safety culture: survey results.* Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.2007; 20(7):620-632. Disponible en la página Web:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18030963?dopt=AbstractPlus. Consultado 28 Febrero 2009.

- OLSEN E. WORKERS' PERCEPTIONS OF SAFETY CULTURE AT A HOSPITAL. Abstract en ingles. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007; 127(20):2656-60 (en noruego). Disponible en la página Web: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17952147. Consultado el 28 de febrero de 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Cuestionario sobres seguridad de los pacientes, Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: 2005. Disponible en la página Web: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf Consultado 24 de Febrero 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid: 2008. Disponible en la página Web: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Validacion_indicadores_calidad.pdf. Consultado el 24 de Febrero 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid, 2008. Disponible en la página Web: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf. Cconsultado el 24 de Febrero 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español*, Madrid, 2008.Disponible en la página Web: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf. Consultado el 24 de Febrero 2009.

- ALVARADO, Alejandra. La ética del cuidado. EN: Revista Aquichan, vol. 4 – 2004. Disponible en: http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/index.php/aquichan/article/viewArticle/71/487. Consultado el 20 de febrero de 2009.
- PAPALIA, Diane y otros. Desarrollo humano. Octava edición. Pág. 508, 509. Mc. Graw Hill. Bogotá, Colombia. 2001.
- NIEVA, V F; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. EN: Qual Saf Health Care 2003; 12 (Suppl II): 17– 23. ONLINE. Disponible en la página web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=260&Id1=47& consultado el: 03 de mayo de 2009.
- MADDOX, PJ; WAKEFIELD, Mary; BULL, Jan. Patient Safety and the Need for Professional and Educational Change. EN: NURSING OUTLOOK, VOLUME 49 • NUMBER 1. Disponible en la página Web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=235&Id1=75& consultado el 03 de mayo de 2009.
- VANGEEST y CUMMINS. An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety Results of a National Study of Physicians and Nurses. *EN:* National Patient Safety Foundation®. Disponible en http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf. Consultado el 13 de febrero de 2009
- HERNÁNDEZ MECA y otros. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. EN: Rev. Soc. Esp Enferm Nefrol 2008; 11 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v11n3/original5.pdf. Consultado el 20/04/09.
- LEON ROMAN, Carlos Agustín. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. EN: Rev. Cubana Enfermer 2006;22(3) http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
- HELLINGS, Johan. SCHROOTEN, Ward. KLAZINGA, Niek. VLEUGELS, Arthur. Challenging patient safety culture: survey results. EN: International Journal of Health Care: Quality Assurance Vol. 20 No. 7, 2007 pp. 620-632. Consultado el: 4 de marzo de 2009. Disponible en:

http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewPDF.jsp?contentType=Article&Filename=html/Output/Published/EmeraldFullTextArticle/Pdf/0620200706.pdf

- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Seguridad del paciente, guía "una atención limpia, es una atención más segura" disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=18149&IDCompany=11 Consultado: 4 de mayo de 2008
- OMS, Guía para la aplicación de la estrategia multimodal de mejoramiento de la higiene de las manos de la OMS. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18149DocumentNo8553.PDF. Consultado: 4 de mayo de 2008.
- VILLARREAL, Cantillo. Elizabeth. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Artículo publicado en la Revista Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119. Disponible en pagina Web: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/817/81723111.pdf Consultado: 1 de mayo de 2009
- OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Citado por: VILLARREAL, Cantillo. Elizabeth. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Artículo publicado en la Revista Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119. Disponible en pagina Web: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/817/81723111.pdf Consultado: 1 de mayo de 2009
- SABINO, Carlos. El proceso de investigación. Disponible en: http://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/el-proceso-de-investigacion_carlos-sabino.pdf. Consultado el 04/05/09
- VELAZCO MONDRAGÓN y HERNANDEZ. Encuestas tranversales. EN: Salud pública Méx vol.42 no.5 Cuernavaca Sept./Oct. 2000. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000500011 Consultado el 04/05/09
- MURILLO, Juan Carlos. Estado del arte del seguimiento a eventos adversos en Antioquia, Disponible en la página

Web:http://www.cohan.org.co/content/43/files/13estado%20del%20arteseguimiento%20eventos%20adversos%20en%20Ant.pdf. Consultado el 2 Marzo 2009.

- PIZZI, Laura T; GOLDFARB, Neil I; NASH, David B. Promoting a Culture of Safety. EN: Thomas Jefferson University School of Medicine and Office of Health Policy & Clinical Outcomes. Disponible en la página web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=255&Id1=54& consultado el 03 de marzo de 2009.
- SINGER, S J; GABA,D M; GEPPERT, JJ; SINAIKO, A D; HOWARD, S K; PARK, K C. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. EN: Qual Saf Health Care 2003;12:112–118. Disponible en la página web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=260&Id1=49& consultado el 03 de marzo de 2009.
- SILVESTRE Carmen, Gost Javier, Lameiro Francisco, Layana Eduardo y Abad Javier. Cultura De Seguridad En Atención Primaria. Disponible en página Web: http://www.seguridadpaciente.com/Jornadas08/carpetas%20pdf/MESA%201/CULTURA%20DE%20SEGURIDAD.pdf. Consultado: 5 de mayo de 2009
- MUÑIZ GARCÍA y SÁNCHEZ. Tipos de estudios en Investigación Clínica. EN: Medicine 1998; 7(104): 4852-4857. Disponible en: http://www.sepeap.es/libros/MEDICINE98/Artikulu/m10402.pdf. Consultado el 27/05/09
- Glosario de términos estadísticos. Disponible en la página Web: http://www.e-biometria.com/glosario/glosario.htm consultado el 28 de octubre de 2009.
- COBO, Erik; MUÑOZ, Pilar; GONZALEZ, José Antonio. Bioestadística para no estadísticos. Bases para interpretar artículos científicos. Editorial ELSEVIER MASSON. 2007.
- Tutorial SPSS. Capítulo 5: medidas estadísticas de distribución: Asimetría y Curtosis. Disponible en la página Web: http://www.spssfree.com/spss/analisis3.html consultada el 28 de octubre de 2009.

ANEXOS

ANEXO 1: Formato de consentimiento informado.

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Version Española Del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*
(Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ)

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos. Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico. **Su opinión es muy importante para todos**

- **Un incidente** es cualquier suceso que hubiera podido provocar daño o complicación en otras circunstancias o aquel que pueda favorecer la aparición de un efecto adverso.
- **La seguridad del paciente** son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención en salud.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES DE III NIVEL DE BOGOTA.

Consentimiento informado

Yo _____ mediante este documento doy fe de que me fueron presentados para consentimiento informado los objetivos del estudio "¿CUAL ES LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS INSTITUCIONES DE III NIVEL DE BOGOTÁ DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2009?".

Se me ha informado que mi participación es voluntaria y que aun después de iniciada la misma puedo rehusarme a responder cualquier pregunta, que laboralmente no me veré afectado(a) debido a que se guardaran los principios éticos necesarios, que no se me identificara en forma alguna; entendiendo que no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación, pero indirectamente seré beneficiado(a) con las acciones derivadas de los resultados del mismo. La información que se obtendrá será totalmente confidencial y exclusiva para los fines pertinentes de la presente investigación.

Con base en la declaración escrita anteriormente firmo el presente oficio

_____ _____

Fecha Firma del participante

ANEXO 2: Versión Española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture.

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

Sección A: Su Servicio/Unidad					
Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo.					
1. El personal se apoya mutuamente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jomada laboral es agotadora.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	INDIFERENTE	O DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
10. No se producen más fallos por casualidad.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO

11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
1 6. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la 'seguridad del paciente".	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
21 . Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO

Sección B: Su Hospital					
Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital					
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
31 . La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	O MUY EN DESACUERDO	O EN DESACUERDO	O INDIFERENTE	0 DE ACUERDO	O MUY DE ACUERDO
Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad					

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo					
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
37. Et personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se tía hecho-de forma incorrecta.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
Sección D: Información complementaria					
43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.					
MINIMA SEGURIDAD O------O-----O------O------O------O------O------O------O------O------O MAXIMASEGURIDAD					
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?		En el año...			
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?		En el año...			

46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año...	
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?	_____ horas/semanas	
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes tía notificado por escrito?	_____Incidentes	
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	SI O NO O	
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.		
1 Anestesiología/Reanimación O	1 2 Pediatría O	
2 Cirugía O	1 3 Radiología O	
3 Diversas Unidades O	14 Rehabilitación O	
4 Farmacia O	1 5 Salud Mental/Psiquiatría O	
5 Laboratorio O	1 6 Servicio de Urgencias O	
6 Medicina Interna O	1 7 UCI (cualquier tipo) O	
7 Obstetricia y Ginecología O	18 Neurología O	
8 Admisión O	1 9 Traumatología O	
9 Nefrología O	20 Hemodiálisis O	
10 Urología O	2 i Medicina nuclear O	
1 1 Oncología O	22 Otro, por favor, especifique _____	
51 . ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sota respuesta.		
1 Gerencia/Dirección O	7 Farmacéutico Residente O	
2 Administración O	8 Fisioterapeuta O	
3 Auxiliar de Enfermería O	9 Médico O	
4 Dietista O	1 0 Médico Residente O	
5 Enfermero(a) O	11 Técnico (ejemplo EKG, Laboratorio, radiología) O	
6 Farmacéutico/a O	22 Otro, por favor, especifique _____	
52. ¿Tiene algún comentarlo adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?		

Anexo: Información adicional					
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que tas recibe repite en voz afta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
55. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
56. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
57. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
58. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE
59. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	O NUNCA	O CASI NUNCA	O AVECES	O CASI SIEMPRE	O SIEMPRE

PREGUNTAS ADICIONALES

Considera importante que en la institución se establezcan estándares (Modelo/teoría) de cuidado seguro para la asistencia? SI____ NO____

Podría referenciar alguno? _____

Muchas gracias por su colaboración