

**ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARÍA INMACULADA, FLORENCIA
CAQUETÁ. AÑO 2014**

ADRIANA ESTER ROSERO IMBACHI
NURY YUJERLY GALARZA HERNANDEZ

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD
MANIZALES

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a mi esposo Julio Camilo Arata Echeverria, por estimular a que aprenda cada día más y a mi hijo Jaceri Agustin Arata Rosero por comprender el tiempo dedicado a mi formación académica

ADRIANA ESTER ROSERO IMBACHI

Se agradece a mi hermana Fidelia Galarza por su apoyo incondicional, Porque siempre está presente y velando por mi bienestar tanto físico Como emocional, porque cada día me demuestra que se pueden Alcanzar los sueños y metas, porque de ella he aprendido que la Perseverancia vale mas que mil palabras, y porque de una u otra Forma es la figura que hace mi personalidad el día de hoy.

NURY YUJERLY GALARZA HERNANDEZ

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....	6
2. INTRODUCCIÓN	7
3. OBJETIVOS	8
3.1 OBJETIVO GENERAL	8
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4. REFERENTE TEÓRICO	9
5. METODOLOGÍA	25
5.1 Dimensiones que mide el cuestionario	25
5.2 Muestra y población del estudio	26
5.3 Distribución del cuestionario	27
5.4 Análisis De Los Resultados	28
5.5 Análisis estadístico descriptivo	28
6. RESULTADOS O DISCUSIÓN	30
6.1 Características de las respuestas, datos socio-profesionales de los que responden.....	30
6.2 Clima de seguridad en el hospital. Frecuencias por ítems y dimensiones del cuestionario.....	30
6.3 Medidas de resultado del clima de seguridad	31
6.3.1 Número de eventos notificados	31
6.3.2 Dimensión frecuencia eventos notificados	31
6.3.3 Dimensión percepción de seguridad	31
6.4 Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de servicio	32
6.4.1 Dimensión «Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad»	32
6.4.2 Dimensión: «Aprendizaje organizacional/Mejora continua»	33
6.4.3 Dimensión «Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio»	33
6.4.4 Dimensión «Franqueza en la comunicación»	34
6.4.5 Dimensión «Respuesta no punitiva a los errores»	35
6.4.6 Dimensión «Rotación de personal»	35
6.4.7 Dimensión «Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente»	36
6.5 Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	36
6.5.1 Dimensión «Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios»	36
6.6 Resumen y análisis global de las dimensiones y oportunidades de mejora en el clima de seguridad en el hospital	37

6.6.1 Fortalezas y debilidades identificadas	37
7. DISCUSION	42
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
9. BIBLIOGRAFIA	66

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1. Unidad del servicio en el hospital	48
Tabla 2. Puesto de trabajo actual	49
Tabla 3. Cuantos años en el hospital	50
Tabla 4. Calificación del clima de seguridad.....	51
Tabla 5. Número de incidentes notificados.....	52
Tabla 6. Dimensión frecuencia de eventos notificados.....	53
Tabla 7. Dimensión percepción de seguridad.....	324
Tabla 8. Acciones de la dirección/supervisión que promueve la seguridad; ¡Error!	
Marcador no definido.5	
Tabla 9. Aprendizaje organizacional/mejora continua; ¡Error! Marcador no definido.6	
Tabla 10. Trabajo en equipo dentro de la unidad	57
Tabla 11. Franqueza en la comunicación	58
Tabla 12. Retroalimentación y comunicación sobre errores	59
Tabla 13. Respuesta no punitiva a los errores	60
Tabla 14. Dotación de personal.....	61
Tabla 15. Apoyo de la gerencia del hospital	62
Tabla 16.Trabajo en equipo entre unidades	¡Error! Marcador no definido.3
Tabla 17. Problemas en cambio de turno y transición entre servicios	¡Error!
Marcador no definido.4	
Figura 1. Dimensiones de seguridad- Oportunidad de mejora.....	65



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARÍA INMACULADA, FLORENCIA CAQUETÁ. AÑO 2014

Investigador Principal: ADRIANA ESTER ROSERO IMBACHI

Coinvestigador NURY YUJERLY GALARZA HERNANDEZ	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero

Línea de Investigación: Gestión de la calidad

Área de conocimiento a la que aplica:

Programa de Posgrado al que se articula:

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: **Manizales** Departamento: **Caldas**

Duración del Proyecto (periodos académicos):

2. INTRODUCCIÓN

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (1). En este sentido, la ESE hospital María Inmaculada adhiere la política de seguridad del paciente implementando progresivamente el programa desde el año 2012 fomentando una cultura positiva sobre seguridad del paciente para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

En este orden de ideas, el equipo del programa eligió aplicar el instrumento original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, y que puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución. Esta herramienta fue construida con un riguroso proceso y validación, con propiedades psicométricas y una extensa experiencia de aplicación que incluye más de 380

hospitales en Estados Unidos (2.)

El propósito de este estudio fue medir y describir la frecuencia de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, conocer las bondades del cuestionario para la evaluación rutinaria y monitorización del clima de seguridad en la institución.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el clima de seguridad del paciente, mediante el diligenciamiento de la encuesta de clima de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la ESE Hospital María Inmaculada en el periodo comprendido de noviembre 2013 a febrero del 2014.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la percepción de los profesionales acerca de la cultura de seguridad de las áreas de atención clínica y de apoyo.
2. Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente.
3. Identificar oportunidades de mejora que promuevan la seguridad del

paciente en la institución objeto de estudio.

4. REFERENTE TEÓRICO

En el siguiente documento se muestra el modelo conceptual en el cual se incluyen las definiciones relacionadas en la guía técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud, los lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente, la guía de Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente, siendo importante tener en cuenta el Decreto 1011 de 2006, en el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde se identifica el campo de aplicación y unas definiciones básicas las cuales tienen que ver con la seguridad del paciente en la prestación de los servicios asistenciales en cada institución, entre estas definiciones tenemos:

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre

beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

En el artículo 3 en el SOGC se presentan unas características, las cuales se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados y estos serán evaluados a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención de servicios de salud de acuerdo a la habilitación que tenga cada institución, ya que este decreto también establece los componentes que se deben tener en cuenta para el cumplimiento de los mismos.

Entre los componentes del Sistema SOGC, tenemos: El Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema único de Acreditación y el Sistema de Información para la

Calidad, siendo importante mencionar que para que una institución este habilitada debe tener las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Art 6.

La seguridad del paciente también esta condicionada al segundo componente donde implica los siguientes aspectos en base al decreto 1011 del 2006:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

El Ministerio de la Protección Social, desde el 2008, establece las Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud, cuyo objetivo

es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La seguridad del paciente es una responsabilidad de todos los actores del sistema el cual busca reducir en mínimo la ocurrencia de incidentes o eventos adversos, donde cada funcionario en donde labore debe tener la capacidad de reportar sus errores que sirvan de alarma en la identificación y eviten el daño al paciente mediante la prevención y detección de fallas de manera diaria, las cuales deben ser analizadas y socializadas para que el error o falla no se vuelva a repetir.

De acuerdo al objeto del proyecto de norma técnica sectorial en salud “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, establece los requisitos que debe tener cada institución para asegurar la atención en salud de manera segura, mediante procesos institucionales y asistenciales, que no solo el paciente sea el centro de la seguridad, la familia sea un componente muy importante en esta gestión y por último los actores de la prestación de los servicios que son los funcionarios, a ellos se los debe incentivar en prácticas que mejoren la actuación de manera diaria y continua en aras de tener un clima de seguridad definido para la atención a los pacientes

El Ministerio de la Protección Social, presenta los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, donde establece

unos principios transversales que orientan mejorar la atención en salud con mínimo de riesgo para el usuario, los cuales son:

1. **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.

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

3. **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.

4. **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.

5. **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6. **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.

7. 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.

Cumpliendo con estos principios las instituciones logran disminuir el riesgo en la atención en salud, prevenir la ocurrencia de eventos adversos, mejorar la atención con calidad, educar al paciente y a su familia para que sea un participante directo en la identificación de los factores que pueden ayudar a mejorar su salud. Los conceptos que nos ayudan a entender el programa de Clima de seguridad del paciente están basados en los lineamientos del ministerio de Salud así:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

ATENCIÓN EN SALUD:

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

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

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

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

RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

EVENTO ADVERSO

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

INCIDENTE

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

COMPLICACIÓN

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

BARRERA DE SEGURIDAD

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

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

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

La institución objeto de estudio a través del programa de seguridad del paciente tiene identificadas las definiciones básicas y utiliza un aplicativo para

el Registro y Gestión de Eventos Adversos, el cual se encuentra ubicado en todos los computadores de la institución lo cual permite mayor oportunidad y confiabilidad en el reporte, también dicho reporte lo pueden hacer de manera verbal en la extensión 1027 auditoria-oficina de calidad de la institución, el diligenciamiento del formato “reporte intrainstitucional de eventos adversos o incidentes en la atención” y al correo electrónico eventosadversos@hmi.gov.co, los cuales permiten la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. Para que exista la cultura del reporte el Hospital María Inmaculada se basa en que no debe ser de carácter punitivo y lo contempla muy bien en su política “La ESE Hospital María Inmaculada fomenta una cultura de seguridad proactiva y no punitiva mediante educación, capacitación, trabajo en equipo, cultura justa comunicación y buenas prácticas a través de la cultura del reporte de eventos adversos, los programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Hemovigilancia, vinculando al personal de la institución, al paciente y su familia” en esta política están bien enmarcados los principios que promociona el Ministerio de la protección Social a través de sus lineamientos de la política de seguridad del paciente.

Existen estrategias que permiten manejar una cultura de seguridad dentro de la institución; el Ministerio de la Protección Social plantea en forma clara los propósitos que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no
- Punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente.

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento
4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.

La seguridad del paciente está liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de

situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos a través de las buenas prácticas el Ministerio de la Protección Social, proyecto la norma técnica sectorial en salud “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” cuyo objeto es establecer los requisitos que deben cumplir las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, a través de:

1. Prevención de las complicaciones anestésicas.
2. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
3. Seguridad de paciente en nutrición.
4. Paquetes instruccionales.
5. Evaluación de riesgo de caídas de pacientes.

El Ministerio de la Protección Social en el año del 2008 definió los criterios para la implementación de un programa de seguridad del paciente a través de unos lineamientos para la Implementación de la Política, con el propósito de brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

Luego presento los paquetes instruccionales buenas prácticas para la atención en salud, el cual está dirigido a todos los funcionarios asistenciales y

administrativos sobre la metodología para abordar la temática acerca de las Buenas Prácticas en la Atención del Paciente, estos paquetes se clasifican en:

Referente a prácticas esenciales:

- Generalidades sobre la Seguridad del Paciente
- Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente
- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
- Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos
- Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito)
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
- Atención segura del binomio madre – hijo
- Mejoramiento de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

- Garantizar la funcionalidad de los procesamientos de consentimiento informado

Referente a prácticas complementarias:

- Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico
- Prevenir el cansancio del personal de salud
- Prevención de la malnutrición o desnutrición
- Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad

Toda institución debe contemplar acciones las cuales deben estar orientadas hacia la mejora de la seguridad del paciente, debe desplegarse de manera sistemática, con la implementación de herramientas prácticas y estrategias educativas que involucre a los funcionarios y a los pacientes.

El Ministerio a través de los lineamientos de la política plantea las siguientes herramientas las cuales son:

1. herramientas para la detección del evento adverso: instrumentos de tamizaje (cribado), metodologías de trigger-tool o Instrumento de Reporte.
2. Evaluación de la incidencia o prevalencia de eventos adversos a través de la encuesta de Clima de Seguridad del Paciente, el estudio IBEAS – Colombia, antecedentes de los estudios de medición de eventos, prueba de concordancia, Instrumento de tamizaje (cribado), Instrumento MRF2,

Análisis y enseñanzas de la experiencia IBEAS o Metodología IBEAS en aseguradores

3. Análisis causal para la gestión de la seguridad del paciente, para el cual toman la metodología protocolo de Londres.

Entre otras de las herramientas que presenta el Ministerio encontramos las rondas de Seguridad, Reuniones Breves, Análisis de caídas, reingresos, experiencias institucionales y presentación del programa de seguridad del paciente a directivos y clínicos.

Este estudio escoge la herramienta de evaluación del clima de seguridad del paciente a través de la encuesta donde se contemplan las siguientes características:

1. Demográficas de los funcionarios,
2. Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad,
3. Aprendizaje organizacional lo cual debe contemplar un principio de calidad que es el mejoramiento continuo,
4. Trabajo en equipo dentro de las áreas con una actitud de comunicación abierta donde el personal habla libremente sobre sus errores y fallas como también cuestiona a su superior si evidencia una acción insegura.
5. Existe retroalimentación y comunicación sobre el error por parte de quien lidera el programa de seguridad del paciente lo cual nos ayuda a conocer

las falla y evitar su ocurrencia.

6. Existe la respuesta no punitiva al error cuando se reporta.
7. Personal suficiente, cumple con el horario establecido, se trabaja bajo presión
8. Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente, las directivas se interesan por la seguridad del paciente y esta es prioritaria.
9. Trabajo en equipo entre las áreas del hospital es desagradable o hay buena cooperación si se trabaja en conjunto.
10. Transiciones y no intervenciones del hospital: la atención de los pacientes cuando son trasladados a otras áreas como es su comportamiento, los cuidados del paciente mantiene su continuidad
11. Percepción general de la seguridad y si reportan como es su frecuencia de reporte de eventos.

Con esta encuesta se pretende identificar las opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores en la atención en salud, riesgos, incidentes y eventos adversos que suceden en la institución, la cual busca identificar que percepción tienen los funcionarios de la mencionada ESE, frente al proceso y manejo de los eventos, partiendo del hecho de que no en todas las organizaciones este sea un tema de interés que prime en todo el personal de cara al usuario del servicio de salud, porque como ha quedado evidenciado en los diferentes medios tanto televisivos como radiales es el pan de cada día la

ocurrencia de fallas que ponen en riesgo la Calidad de la Atención, y aunque propiamente no se esté hablando de la ocurrencia de un evento adverso catalogado como tal no se le está brindando calidad en la atención al paciente, cuando este se encuentra acostado en una camilla en la unidad de urgencias con orden de hospitalizar siendo esta no efectiva por la falta de cama, o como ha sucedido en otros casos, donde el médico o la Auxiliar de enfermería al no corroborar la identificación correcta del paciente terminan ordenando un tratamiento errado para el paciente, lo cual es algo que se puede evitar con solo al iniciar la atención médica, el primer punto es la identificación del paciente, y no indicar “estas son las ordenes médicas para el paciente de la celulitis” o “ estas son las ordenes médicas para el paciente de la 302”, son cosas tan sencillas y tan básicas que propician seguridad en el clima de atención al paciente la cual se percibe, como también al mismo funcionario encargado de la seguridad del paciente.

Otro factor que no debemos dejar de lado cuando hablamos de clima de seguridad del paciente son los factores humanos, donde debemos tener presente que la prisa y el cansancio si no los tomamos en cuenta son causa de la ocurrencia de eventos, por lo cual si un miembro de equipo de atención en salud no se encuentra en disposición de brindar el cien por ciento de sus capacidades para la atención del paciente, lo más sano y en aras de evitar procedimientos de riesgo es notificarlo para que nos puedan brindar el apoyo

requerido.

Es parte del clima de seguridad para el paciente, brindarle información clara, preguntándole si tiene dudas frente al proceso de su enfermedad, comunicándonos de acuerdo a su nivel sociocultural, siendo importante tener presente, que son medidas que aunque implican algún grado de esfuerzo personal para algunos funcionarios, para otros no y lo tienen como modo de vida en función de una buena causa, aunque todo este valor agregado se ve reflejado en un clima de seguridad del paciente que se logra percibir.

5. METODOLOGÍA

El proyecto desarrollo dos etapas: 1. Aplicación en el hospital del cuestionario de cultura sobre la seguridad del paciente elaborado por la AHRQ. 2. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

5.1 Dimensiones que mide el cuestionario

Cuestionario auto administrado y las dimensiones se agrupan en un total de 12 ítems distribuido en tres categorías, así: 1. Resultados de la cultura de seguridad, 2. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad o servicio, 3. Dimensiones de la cultura a nivel de todo el hospital. En todos los casos se indaga la percepción sobre cada ítem y qué dimensión tienen los profesionales que responden.

Aparte de proporcionar una visión general sobre el clima seguridad, el porcentaje de respuestas positivas o negativas a cada uno de los ítems, puede

servir para identificar las fortalezas y las oportunidades de mejora en relación a este tema.

5.2 Muestra y población del estudio

El ámbito de estudio fue en el hospital María Inmaculada, situado en la ciudad de Florencia (Colombia), que presta servicios de salud hasta la mediana complejidad. Es una entidad pública de categoría especial, descentralizada del departamento de Caquetá cuenta con 134 camas en hospitalización, unidad mental con capacidad de internación para 10 pacientes y UCI neonatal para 25 niños.

La población de estudio fueron los profesionales de la salud como médicos, enfermeras, bacteriólogos, químicos farmacéuticos, se incluye personal auxiliar, entre otros. En todos los casos se incluyó personal vinculado por prestación de servicios y de nómina o carrera administrativa.

Para la selección de los sujetos participantes se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se propuso un tamaño muestral entorno a 200 informantes. El número de participantes se consideró conveniente al objeto de estudio y suficiente para recoger la información necesaria.

Los criterios para la inclusión de los participantes fueron:

- Profesionales con más de seis meses de experiencia laboral (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, bacteriólogos, auxiliares de enfermería,

laboratorio, farmacia, etc.)

- Profesionales con interés y motivación en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
- Participación voluntaria.

También se seleccionaron a cinco profesionales como coordinadores de cada uno de las unidades deservicio. Los coordinadores cumplían con los mismos criterios de inclusión que los participantes, además de poseer conocimientos y experiencia en seguridad del paciente.

En total se distribuyeron 210 cuestionarios en primera instancia, realizándose uno o dos recordatorios, según los casos, con el fin de alcanzar el número de respuestas planteadas como objetivo, y para poder analizar el probable sesgo de no respuesta.

5.3 Distribución del cuestionario

El cuestionario se entregó de manera personal posterior a una reunión con todos los funcionarios en la que se explican los objetivos y se invita a colaboraren el estudio, dado que se trata de un cuestionario auto administrado.

Los cuestionarios se devuelven al líder de seguridad del paciente de la institución con la opción adicional de que las dejen en la oficina de calidad, no registra nombres ni la identificación del participante de tal forma que las encuestas son respondidas completamente anónimas.

5.4 Análisis De Los Resultados

Se realizó un estudio descriptivo de la cultura sobre seguridad en el ámbito hospitalario y se han analizado qué factores socio- laborales se asocian a una actitud y un comportamiento favorables en relación con la seguridad del paciente. Así mismo, se ha realizado una serie de recomendaciones, siguiendo el esquema de criterios propuestos por la AHRQ, con el fin de guiar las actuaciones o intervenciones que pudiesen derivarse del estudio, con el propósito de mejorar la cultura de seguridad de la entidad.

El análisis se ha realizado sobre un total de 200 cuestionarios, con la metodología descrita a continuación.

5.5 Análisis estadístico descriptivo

La encuesta contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo: Muy en desacuerdo, en desacuerdo, nunca, raramente.

Neutral: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, a veces.

Positivo: De acuerdo, Muy de acuerdo, casi siempre, siempre.

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Los resultados se presenta de forma global y distinguiendo por tipo de servicio agrupados así: Urgencias, Hospitalización, Esterilización, Sala Partos y en

Otros Servicios se ha incluido (consulta externa, laboratorio, banco de sangre, farmacia, transporte del paciente y promoción y prevención).

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

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

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.

- $\geq 75\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

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

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.

- $\geq 50\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

6. RESULTADOS

6.1 Características de las respuestas, datos socio-profesionales de los que responden.

A nivel general se consiguió una buena representación de tipo de profesionales y servicios. En relación al servicio en que trabajan (Tabla 1), se destaca mayor representación del Servicio de Hospitalización y Urgencias. En relación a la profesión o puesto de trabajo que desempeñan (Tabla 2), la mayoría (61% es personal de enfermería).

En general, las dos profesiones principales (medicina y enfermería) están bien representadas, reflejando la importancia cuantitativa que tienen en la institución. El 91% de los que respondieron tiene contacto directo con los pacientes en su trabajo.

En general, más del 60% de los encuestados lleva trabajando más de 6 años en el hospital, y el 29% de estos 21 años o más, lo cual garantiza de alguna manera el conocimiento que han de tener del funcionamiento de los mismos, y por tanto en relación a su cultura de seguridad.

6.2 Clima de seguridad en el hospital. Frecuencias por ítems y dimensiones del cuestionario.

Los resultados obtenidos en las 200 encuestas analizadas son los siguientes.

El 55 % de los encuestados calificaron la seguridad en su servicio con una apreciación muy buena y excelente. En las puntuaciones extremas, fueron

más frecuentes las puntuaciones positivas (tabla 4).

6.3 Medidas de resultado del clima de seguridad

Además de la calificación del grado de seguridad, el número de eventos notificados y las dimensiones «Frecuencia de eventos notificados» y «Percepción global del clima de seguridad», son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

6.3.1 Número de eventos notificados

En el hospital, la mayoría de los encuestados (33%) no han notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año. El 41% contesta haber notificado más de dos.

6.3.2 Dimensión frecuencia eventos notificados

Esta dimensión incluye tres ítems que hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos (descubiertos y corregidos antes, que podrían haber causado daño pero no lo hicieron, y que previsiblemente no producirían daño). Según los criterios para señalar fortalezas y oportunidades de mejora, ni en la totalidad de la dimensión ni para cada uno de los ítems aparecen resultados especialmente destacables. Las respuestas positivas, muy alejadas del 75% necesario para valorarlas como fortaleza.

6.3.3 Dimensión percepción de seguridad

Esta dimensión incluye cuatro ítems, todos ellos dirigidos a medir si se tiene o

no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia. El ítem relacionado con el ritmo de trabajo, que puede llegar a afectar a la seguridad del paciente, según los encuestados, la proporción de respuestas negativas supera el 50 % (concretamente es el 57%), que es el límite establecido para identificarlo como una oportunidad de mejora en el clima de seguridad, en otras palabras los encuestados consideran que la seguridad se ve afectada por la sobrecarga laboral, no obstante el 65% afirma que los sistemas de atención son efectivos en la prevención de eventos adversos.

6.4 Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de servicio

En este apartado se incluyen ocho dimensiones que resumen un total de 27 ítems del cuestionario.

6.4.1 Dimensión «Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad»

Se incluyen en esta dimensión cuatro ítems que representan la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y supervisores. Los resultados obtenidos son moderadamente buenos. Aunque ni la dimensión en su conjunto ni ninguno de los ítems que la componen llegan a distinguirse como una de las fortalezas de

la cultura de seguridad (se necesitaría para ello un valor por encima del 75% de respuestas positivas), el ítem relativo a la indiferencia del jefe/supervisor ante los problemas de seguridad habituales es rechazado por el 58 % de las respuestas.

6.4.2 Dimensión: «Aprendizaje organizacional/Mejora continua»

Esta dimensión incluye tres ítems sobre la actitud proactiva en relación a la seguridad del paciente. Uno de ellos («Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo») supera el 75 % de respuestas positivas, y puede ser considerado una fortaleza en la institución estudiada. Así mismo, la relativa importancia de las respuestas positivas a los otros dos ítems (ver Tabla 9), particularmente el relativo a la evaluación, para comprobar su efectividad de los cambios que se implementan (57% de respuestas positivas frente al 26% de respuestas negativas), hacen que la dimensión en su conjunto se pueda considerar como fortaleza.

6.4.3 Dimensión «Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio»

No cumple en su conjunto con los criterios para ser considerada como una fortaleza del clima de seguridad, esta dimensión cuenta solo con (58.9%) de respuestas positivas. Tres de los ítems que la componen superan, según puede verse en la Tabla 10, el 60% de respuestas positivas, sin embargo uno

de ellos «Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros », llega al 38%, afectando el resultado global de la dimensión.

6.4.4 Dimensión «Franqueza en la comunicación»

Esta dimensión (Tabla 11) no destaca, ni globalmente ni en ninguno de sus ítems, ni como especialmente problemática ni como positiva. En positivo destaca el ítem «Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad» (64% «siempre » o «casi siempre»); en cambio el ítem que más respuestas negativas ha recibido es «El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta » (57% de respuestas negativas). El total de respuestas positivas de esta dimensión apenas llega al 39%.

Dimensión «Feed-back y comunicación sobre errores»

Esta categoría no llega a la categoría de ser significativamente problemática, ocupa el cuarto puesto de respuestas positivas más altas, de las diez dimensiones que componen la seguridad del paciente desde la unidad o servicio. Se destaca en el lado ligeramente positivo el ítem «En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir», y cómo más negativo «Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo». Éste último ítem no resulta más negativo debido probablemente a la baja frecuencia de

incidentes notificados (ver Tabla 6), sin embargo el 22% corresponde a la opción «indiferente».

6.4.5 Dimensión «Respuesta no punitiva a los errores»

Similar a la anterior no se destaca por ser especialmente problemática. De los tres ítems que la componen el que se refiere a la confianza en los compañeros («Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.») Es el que tiene la mayor proporción de respuestas positivas (49% Por el contrario, el 55,5 % opina que «Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”». El total de respuestas positivas de esta dimensión está ligeramente por encima del 25% (Tabla 13).

6.4.6 Dimensión «Rotación de personal»

Esta es una de las cuatro dimensiones del clima de seguridad que incluye ítems que se perciben como debilidades u oportunidades de mejora y la única con el porcentaje de respuestas positivas más bajo de todas las dimensiones que componen el cuestionario, y el de negativas (47%) el más alto de todas. En la Tabla 14 puede verse que el ítem («en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal»),corroboraba lo que también aparecía en la dimensión sobre «Percepción de la cultura de seguridad» en el ítem relativo a («en esta unidad hay problemas de

seguridad»).

6.4.7 Dimensión «Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente»

Esta es otra de las dimensiones con algún ítem percibido como significativamente positivo. Uno de los ítems («La gerencia/ dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades»), tiene el 74.5 % de respuestas positivas («Muy de acuerdo/De acuerdo) para la percepción del clima de seguridad convirtiéndose en fortaleza, así mismo el ítem (<<La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente>>), está muy cerca del 75%.

6.5 Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital

Este apartado lo componen dos dimensiones, con cuatro ítems cada una. Una de ellas es calificada en toda su dimensión como problemática (54%) de respuestas negativas. Los resultados detallados en la Tabla 16 y 17.

6.5.1 Dimensión «Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios»

Lo primero que llama la atención en los cuatro ítems que componen esta dimensión (Tabla 16) es su carácter generalmente percibido como problemático, en comparación con la percepción relativamente positiva que se tiene sobre el trabajo en equipo dentro de la propia Unidad o Servicio (ver Tabla 10). De hecho, uno de los ítem que hace referencia al trabajo con

personal de otras áreas es superior a 50% (oportunidad de mejora).

Dimensión «Problemas en cambios de turno y transición entre servicios»

Tres de los cuatro ítems que componen esta dimensión son percibidos como problemáticos, el ítem con peor percepción es el relacionado con problemas en la atención como consecuencia de los cambios de turno (71%). Se manifiesta así de nuevo la mejor percepción que se tiene del funcionamiento y trabajo en equipo dentro de cada Unidad, y los problemas que se perciben en cambio cuando hay que establecer una coordinación con otras Unidades. En este sentido, el porcentaje total de respuestas negativas en esta dimensión es del 53.6%. Tabla 17.

6.6 Resumen y análisis global de las dimensiones y oportunidades de mejora en el clima de seguridad en el hospital.

6.6.1 Fortalezas y debilidades identificadas

Siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ (fortalezas si tienen carácter positivo > 75% de las respuestas y debilidades u oportunidades de mejora si tienen carácter negativo > 50% de las respuestas), no aparece globalmente como fortaleza ninguna de las dimensiones que mide la encuesta; si bien destacan por el porcentaje global de respuestas con carácter positivo dos de ellas:

- «Aprendizaje organizacional/mejora continua dentro de la Unidad », con un 73%.

- «Trabajo en equipo dentro de la Unidad o Servicio que promueven la seguridad», con un 59%.

Como puede verse, ambas tienen un carácter marcadamente interno, indicando que se tiene la percepción de que la mayoría de los problemas de seguridad se originan o están relacionados con instancias más externas o de coordinación con otras Unidades. La información obtenida en cuanto a ítems específicos señala como fortalezas sólo dos de los 42 ítems que indaga el cuestionario:

- «Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo» y «tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente » (ítems de la dimensión «Aprendizaje organizacional/mejora continua): 73,2% de respuestas positivas.
- «En esta unidad nos tratamos todos con respeto » (ítem de la dimensión «Trabajo en equipo dentro de la Unidad/Servicio»): 58,9 % de respuestas positivas.

En relación a las debilidades u oportunidades de mejora percibidas por los encuestados, hay una dimensión claramente identificada como tal, seguida, aunque de lejos, por otras cuatro que incluyen algún ítem significativamente percibido como negativo. Estas dimensiones son:

- «Problemas en cambio de turno y transición entre servicios », con un 53.6

de respuestas con carácter negativo.

- «Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente», con un 42,9% de respuestas con carácter negativo.
- «Percepción de seguridad», con un 49,9% de respuestas con carácter negativo.
- «Dotación de personal », con un 47,1% de respuestas con carácter negativo.
- «Respuesta no punitiva a los errores », con un 43,5% de respuestas con carácter negativo.

De los 42 ítems descritos en 12 dimensiones, seis de ellas concentran nueve ítems identificados como debilidades, los cuales se describen a continuación:

- «Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente» (dimensión: «Percepción de seguridad»), con un 57% de respuestas con carácter negativo.
- «No se producen más fallos por casualidad» (dimensión: «Percepción de seguridad»), con un 61% de respuestas con carácter negativo.
- «Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente» (dimensión: «Acciones de la dirección /supervisión que promueven la seguridad del paciente»), con un 65% de respuestas con carácter negativo.

- «Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente» (dimensión: «Acciones de la dirección /supervisión que promueven la seguridad del paciente»), con un 58% de respuestas con carácter negativo.
- «El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta » (dimensión: «Franqueza en la comunicación»), con un 56.5% de respuestas con carácter negativo.
- «Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.» (dimensión: «Respuesta no punitiva a los errores»), con un 55.5% de respuestas con carácter negativo.
- «En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal» (dimensión: «Dotación de personal»), con un 68 % de respuestas con carácter negativo.
- •«Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa» (dimensión: «Dotación de personal»), con un 65,6% de respuestas con carácter negativo.
- «Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades: «Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios»), con un 56 % de respuestas con carácter negativo.

Análisis con diagrama de Pareto: Percepciones negativas.

Probablemente lo más relevante para priorizar adecuadamente y en su

conjunto las oportunidades de mejora, lo proporciona el análisis de las frecuencias relativas de las respuestas con carácter negativo para cada una de las dimensiones. Este análisis, realizado mediante el diagrama de Pareto que se muestra en la Figura 1, nos indica que las oportunidades de mejora se centran sobre todo y por este orden en las dimensiones « Problemas en cambios de turno y transición entre servicios », « Dotación de personal» «Percepción de seguridad» « Respuesta no punitiva a los errores» y« Acciones de la dirección/supervisión que promueve la seguridad». Estas cinco solas acumulan más del 50% de todas las respuestas con carácter negativo

La Figura No. 2. Dimensiones de seguridad- Oportunidad de mejora Propuestas de intervención y seguimiento, la vista de las fortalezas y debilidades identificadas, las principales estrategias para mejorar el clima de seguridad en la institución serían las siguientes:

1. Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre Unidades y Servicios. En este hospital se percibe la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios y debería por tanto desarrollarse una estrategia tendente a hacer extensiva la sensación de trabajo en equipo entre todas las unidades.
2. Tratar los temas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. La buena percepción de la importancia de la interrelación interna en las diversas Unidades o Servicios debe ser asimismo aprovechada.

3. Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se puedan ver sometidos. Ya que en este ámbito, es donde se percibe la existencia de debilidades u oportunidades de mejora.

4. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia.

5. Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos es una fortaleza que debe ser aprovechada.

La medición del clima de seguridad, en toda su extensión u ocasionalmente circunscrito a las dimensiones que resultan problemáticas, debería realizarse al menos anualmente, teniendo en cuenta que se ha puesto en marcha actividades concretas para intentar mejorarlo, atendiendo a las prioridades que ha indicado la vigilancia de la notificación de eventos adversos.

7. DISCUSION

Entre las limitaciones del estudio estarían relacionados con la representatividad de los datos frente a los profesionales de la salud dado que la investigación incluyó a todos los funcionarios auxiliares asistenciales, la respuesta de los profesionales médicos y de enfermería no fue representativa.

Esta es la primera investigación realizada en la institución y según una búsqueda realizada en Medline (enero 2008), aparte de los realizados en Estados Unidos (7,10), solo se han publicado en Europa estudios con la misma herramienta en 5 hospitales belgas(12) y uno noruego(13) y con otra, en UCI de hospitales del Reino Unido (8). Otros estudios, a veces circunscritos a un solo tipo de profesional, se han realizados en países como Japón (14), Nueva Zelanda (8) y Corea (15). En todos los casos el objetivo ha sido averiguar cuál es la situación de esta importante característica de las organizaciones en su componente actitudinal y cuáles serían las iniciativas a tomar para mejorarla.

En nuestros resultados, la calificación global de seguridad es relativamente baja, aunque mejorable. Contrario a lo que se obtiene como promedio en los 382 hospitales del informe de la AHRQ9, en los que el 48% de encuestados le otorga un grado alto. Las dos dimensiones que destacan en positivo («Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios» y «Acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que promueven la seguridad») tienen un carácter marcadamente interno, y parece que se tiene la percepción de que la mayoría de los problemas de seguridad se originan o están relacionados con instancias más externas o de coordinación con otras unidades. La misma situación prominente para el «Trabajo en equipo dentro

de la unidad» aparece en los datos de Estados Unidos ⁽⁹⁾ y de Bélgica⁽¹²⁾, y en las dimensiones similares de los estudios realizados con otras herramientas. Otro aspecto destacable, por la relevancia que puede tener para incentivar la notificación y análisis de los errores, es la actitud positiva ante el ítem «Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo», presente como fortaleza en todos los hospitales. En cuanto a las debilidades, que afectan a 5 de las 12 dimensiones, cuatro de ellas son comunes a todo tipo de hospital y se relacionan con diversos aspectos de la dotación de personal y con el ritmo de trabajo, que se percibe que llega a verse aumentado poniendo en peligro la seguridad del paciente. El hecho de que destaque la «Dotación de personal», puede hacernos caer en la tentación de trivializar estas percepciones (siempre parece que hay sensación de que falta personal), pero que se perciba igualmente como problema el que se consienta aumentar el ritmo de trabajo poniendo en peligro la seguridad, la falta de apoyo continuado por parte de la gerencia, o la falta de coordinación entre servicios, no puede ser fácilmente trivializado y debería tomarse seriamente en consideración. Estas mismas dimensiones aparecen como problemáticas en el estudio belga, mientras que en Estados Unidos destaca la dimensión «Respuesta no punitiva a los errores». Estas diferencias pueden deberse, por una parte, a lo diferentes que son los sistemas de salud entre Europa y Estados Unidos y, por otra, al

distinto perfil de las personas que responden.

En general, hay muchas más semejanzas que diferencias en la percepción del clima de seguridad. Tal como ocurre en Estados Unidos, los hospitales pequeños tienen normalmente una percepción más positiva. Con todo, llama la atención la homogeneidad en las percepciones de los problemas, que se traduce en un orden de prioridades relativo muy semejante.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

A nivel global se consiguió una buena representación de tipo de profesionales y servicios, más del 90% de los que respondieron tienen contacto directo con los pacientes en su trabajo. De igual manera, la inmensa mayoría trabaja más de 20 horas a la semana en el hospital. Casi el 75% lleva trabajando más de 6 años en el hospital y una tercera parte 10 o años más.

Calificación del clima de seguridad. Más del 90% calificaron el clima de seguridad del paciente con percepción positiva.

Numero de eventos notificados. La gran mayoría de los encuestados (92%) ha notificado menos de 11 eventos, siendo este un porcentaje relativamente bajo evidenciando una actitud desfavorable con relación al reporte de eventos adversos.

Fortalezas y debilidades identificadas .Siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ, no aparece globalmente como fortaleza ninguna de las dimensiones que mide la encuesta; si bien destacan por el porcentaje global de respuestas con carácter positivo dos de ellas: «Aprendizaje organizacional/mejora continua dentro de la Unidad », con 73%. «Trabajo en equipo dentro de la Unidad o Servicio que promueven la seguridad», con 59%.

En general las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver con la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios, el ritmo de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente, respuesta no punitiva y, la necesidad

de una actitud más proactiva por parte de la gerencia.

8.2 RECOMENDACIONES

1. Aplicar cada año el cuestionario para medir el clima de seguridad del paciente dentro de la Institución.
2. Incluir solo profesionales asistenciales, excluir auxiliares de salud y/o administrativos.
3. Obtener muestra proporcional de acuerdo al número de médicos generales, especializados, enfermeras, bacteriólogas, etc. en otras palabras: aplicar muestreo aleatorio estratificado (aquel en el que se divide la población de N individuos, en k sub-poblaciones).
4. Realizar capacitación a la población objeto del estudio para comprensión de preguntas y respuestas.
5. Guardar la confidencialidad y anonimato del entrevistado. En este caso el investigador conocía a la persona que diligenciaba la encuesta, aunque se desconocían sus respuestas. En la institución aun existe la cultura punitiva y en este caso actuaríamos como "el juez". Para lograr total neutralidad, debe un equipo ajeno a la institución aplicar la encuesta de seguridad.
6. Definir criterio de inclusión según la vinculación laboral (contrato o de planta, por ejemplo solo si funcionario labora contractualmente más de un año.
7. Presentar solo tres opciones de respuesta Negativo: En desacuerdo Neutral: a veces, Positivo: De acuerdo.

Anexo de Tablas

Tabla 1. Unidad del servicio en el hospital

Descripción	Numero	%
Hospitalización	75	38%
Urgencias	47	24%
Esterilización	26	13%
Sala de Partos	19	10%
Consulta Externa	9	5%
Laboratorio	9	5%
Banco de Sangre	6	3%
Farmacia y suministros	4	2%
Transporte de Paciente	4	2%
Programa P y P	1	1%
Total general	200	100%

Tabla 2. Puesto de trabajo actual

Descripción	Numero	%
Auxiliar enfermería	104	52%
Enfermero	18	9%
Bacteriólogo	8	4%
Médico general	28	14%
Médico especialista	12	6%
Auxiliar laboratorio	5	3%
Otros	25	13%
Total	200	100%

Tabla 3. Cuantos años en el hospital

Descripción	Numero	%
Menos de un año	13	7%
De 1 a 5 años	57	29%
De 6 a 10 años	51	26%
De 11 a 20 años	25	13%
De 21 años o más	54	27%
Total	200	100%

Tabla 4. Calificación del clima de seguridad

Descripción	Numero	%
Excelente	22	11%
Muy bueno	88	44%
Aceptable	77	39%
Pobre	12	6%
Malo	1	1%
Total	200	100%

Tabla 5. Número de incidentes notificados

Descripción	Numero	%
0	65	33%
1 a 2	54	27%
3 a 5	45	23%
6 a 10	19	10%
11 a 20	10	5%
> 21	7	4%
Total	200	100%

Tabla 6. Dimensión frecuencia de eventos notificados

DIMENSION	%Nunca	% A veces	% Siempre
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	35,50%	22,00%	42,50%
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	35,50%	22,00%	42,50%
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	33,00%	21,50%	45,50%
% de respuestas Positivas:	43,50%		
% de respuestas Neutras:	21,80%		
% de respuestas Negativas:	34,70%		

Tabla 7. Dimensión percepción de seguridad

DIMENSION	%En desacuerdo	% Indiferente	%De acuerdo
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	57%	21%	22%
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	13%	23%	65%
No se producen más fallos por casualidad	61%	19%	21%
En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente"	50%	32%	19%
% de respuestas Positivas:	31,80%		
% de respuestas Neutras:	23,80%		
% de respuestas Negativas:	45,30%		

Tabla 8. Acciones de la dirección/supervisión que promueve la seguridad

DIMENSION	%/En desacuerdo	% Indiferente	%De acuerdo
Mi superior / jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	36%	20%	45%
Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	13%	19%	69%
Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	65%	19%	16%
Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	58%	16%	27%
% de respuestas Positivas:	39,30%		
% de respuestas Neutras:	18,50%		
% de respuestas Negativas:	43,00%		

Tabla 9. Aprendizaje organizacional/mejora continua

DIMENSION	%En desacuerdo	% Indiferente	%De acuerdo
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	5%	11%	85%
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	7%	16%	78%
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	26%	18%	57%
% de respuestas Positivas:	73,30%		
% de respuestas Neutras:	15,00%		
% de respuestas Negativas:	12,70%		

Tabla 10. Trabajo en equipo dentro de la unidad

DIMENSION	%En desacuerdo	% Indiferente	%De acuerdo
El personal se apoya mutuamente	15%	26%	60%
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	14%	25%	61%
En esta unidad nos tratamos todos con respeto	6%	17%	78%
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	37%	26%	38%
% de respuestas Positivas:	58,90%		
% de respuestas Neutras:	23,40%		
% de respuestas Negativas:	17,80%		

Tabla 11. Franqueza en la comunicación

DIMENSION	%Nunca	% A veces	%/siempre
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad	16,00%	21,00%	64,00%
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	41,00%	27,00%	33,00%
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	57,00%	25,00%	19,00%
% de respuestas Positivas:		39%	
% de respuestas Neutras:		24%	
% de respuestas Negativas:		38%	

Tabla 12. Retroalimentación y comunicación sobre errores

DIMENSION	%Nunca	% A veces	%siempre
Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo	33,00%	22,00%	46,00%
Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad	24,00%	28,00%	49,00%
En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir	19,00%	23,00%	59,00%
% de respuestas Positivas:	51%		
% de respuestas Neutras:	24%		
% de respuestas Negativas:	25%		

Tabla 13. Respuesta no punitiva a los errores

DIMENSION	%En desacuerdo	% Indiferente	%De acuerdo
Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	43,50%	35,50%	21,00%
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	55,50%	22,00%	22,50%
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	31,50%	19,50%	49,00%
% de respuestas Positivas:	30,80%		
% de respuestas Neutras:	25,70%		
% de respuestas Negativas:	43,50%		

Tabla 14. Dotación de personal

DIMENSION	%En desacuerdo	% Indiferente	%De acuerdo
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	43%	25%	33%
A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	44%	31%	26%
En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	68%	17%	16%
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	35%	29%	37%
% de respuestas Positivas:	27,90%		
% de respuestas Neutras:	25,00%		
% de respuestas Negativas:	47,10%		

Tabla 15. Apoyo de la gerencia del hospital

DIMENSION	%/En desacuerdo	% Indiferente	%De acuerdo/
La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	10,50%	22,00%	67,50%
La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	6,50%	19,00%	74,50%
La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	47,00%	21,00%	32,00%
% de respuestas Positivas:	58,00%		
% de respuestas Neutras:	20,70%		
% de respuestas Negativas:	21,30%		

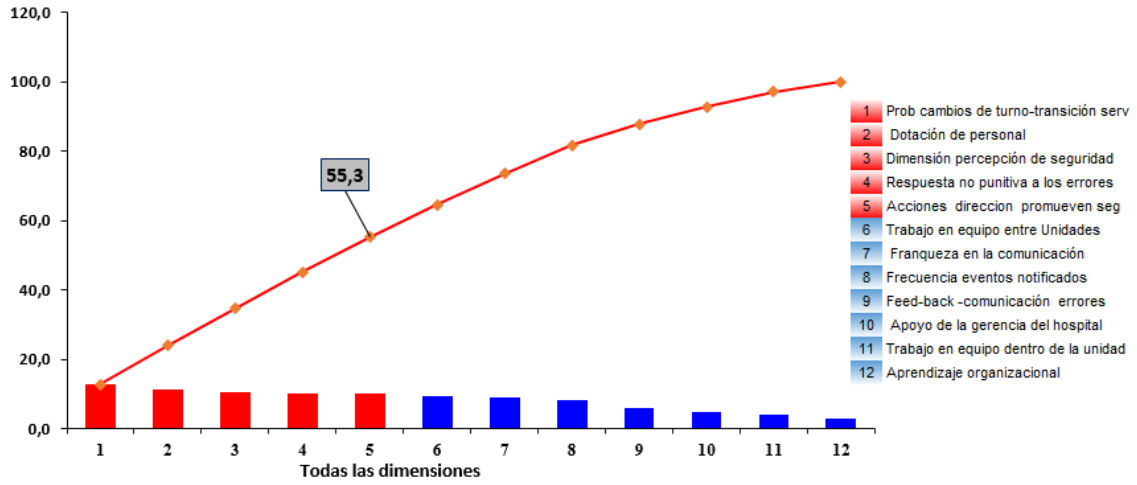
Tabla 16.Trabajo en equipo entre unidades

DIMENSION	%En desacuerdo	% Indiferente	%De acuerdo
Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente	41%	28%	31%
Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre si para proporcionar la mejor atención posible	29%	33%	39%
Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	31%	28%	42%
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	56%	31%	13%
% de respuestas Positivas:	31,00%		
% de respuestas Neutras:	29,90%		
% de respuestas Negativas:	39,10%		

Tabla 17. Problemas en cambio de turno y transición entre servicios

DIMENSION	%En desacuerdo	% Indiferente	%De acuerdo
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad / servicio a otra.	51%	27%	23%
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	56%	32%	13%
El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático	38%	40%	23%
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	71%	21%	9%
% de respuestas Positivas:	53,60%		
% de respuestas Neutras:	29,60%		
% de respuestas Negativas:	16,80%		

Figura 3. Dimensiones de seguridad- Oportunidad de mejora



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008
2. Sorra J, Nieva V, Familiar T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. AHRQ Publication No. 07-0025. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March, 2007. <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurveydb/index.html> (consultado 17-01-2008).
3. El informe final del “Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica”
4. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:112-8.
5. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Borden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. [Accedido 17 Ene 2008]. *BMC Health Services Research*. 2006;6:44. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-44.pdf>.
6. 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;42:1999-2021.

7. Hellings J, Schrotten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2007;20:620-32.
8. Olsen E. Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur (Workers' perceptions of safety culture at a hospital). [Abstract en inglés]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2007;127:2656-60.
9. Itoh K. Organisational culture for patient safety in Japanese hospitals. En: Luczak H, Zink KJ, editors. *Human Factors in Organizational Design and Management-VII.*
10. Santa Monica: IEA Press; 2003. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *West J Nurs Res.* 2007; 29:827-44.