



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN



**ASPECTOS CULTURALES RELACIONADOS A LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE QUE POSEEN LOS LICENCIADOS EN
ENFERMERÍA OPERATIVOS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA
DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y GINECOBSTÉTRICOS DEL
HOSPITAL DE CLINICAS**

Autores:

Br. De los Santos, Mariela
Br. Fernández, Fabián
Br. Forrasi, Florencia
Br. Grecco, María
Br. Lacuesta, Patricia

Tutores:

Lic. Enf. Figueroa, Sandra
Lic. Enf. Gorrasi, Miriram
Lic. Enf. Sbárbaro, Milton

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

Montevideo, 2011

INDICE	PÁG.
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	2
<i>RESUMEN INFORME FINAL</i>	3
<i>INTRODUCCIÓN</i>	4
<i>RESULTADOS (tablas y gráficos)</i>	11
<i>ANÁLISIS</i>	20
<i>CONCLUSIÓN</i>	29
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	31
<i>ANEXOS INFORME FINAL</i>	33
<i>MARCO TEÓRICO</i>	34
<i>PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN</i>	53
<i>CUESTINARIO Y ENTREVISTAS</i>	70
<i>ESCALA DE LIKERT</i>	78
<i>CRONOGRAMA GANTT</i>	83
<i>ORGANIGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN</i>	84

<i>PRESUPUESTO</i>	<i>85</i>
<i>DEFINICIÓN DE VARIABLES</i>	<i>86</i>
<i>INSTRUMENTO ORIGINAL</i>	<i>104</i>
<i>TABLAS</i>	<i>105</i>
<i>SINTESIS DE DATOS OBTENIDOS</i>	<i>142</i>
<i>TABLAS POR SECCIONES E ITEMS</i>	<i>160</i>
<i>CARTA AUTORIZACIÓN TFI, DIV ENFERM, HC</i>	<i>161</i>
<i>NOTAS AL FINAL</i>	<i>162</i>

AGRADECIMIENTOS:

**A NUESTRA FAMILIA, AMIGOS, COLEGAS, Y
A TODOS AQUELLOS QUE NOS
ACOMPAÑARON A LO LARGO DE ESTE
CAMINO, CONFIANDO EN QUE INICIAREMOS
PRONTO UNA NUEVA ETAPA DE NUESTRAS
VIDAS...**

GRACIAS!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

RESUMEN DEL INFORME FINAL

Objetivo: Conocer la cultura de seguridad del paciente que poseen los Licenciados en Enfermería Operativos y Auxiliares de Enfermería, que se desempeñan en los Servicios Quirúrgicos y Ginecobstétricos del Hospital de Clínicas.

Propósito: Identificar actitudes, comportamientos favorables y desfavorables, inquietudes del personal; determinando fortalezas, debilidades u oportunidades de mejora para la seguridad del paciente.

Recolección de datos: 14 al 20 de febrero de 2011.

Metodología: estudio descriptivo, transversal, muestreo por conveniencia, variable cualitativa compleja con tres dimensiones, operacionalizada obtiene valores numéricos.

Unidad de Análisis: instrumento encuesta autoadministrada, anónima, de la Agency for Healthcare Research and Quality.

Resultados: Dimensiones A/C- CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE FUNCIONARIOS Y EN UNIDADES Y SERVICIOS, resultaron tendientes a la fortaleza; B- CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE LA DIRECCION INSTITUCIONAL, resultaron debilidades u oportunidades de mejora.

Conclusiones: Dimensiones A y C, el personal cuenta con aspectos favorables relacionados a la cultura de la seguridad, percibiendo que se trabaja en pro de ello; notifican los errores, se trabaja en equipo, en forma coordinada entre los servicios y no existe fuga de información en los pases de guardia y transiciones a otros servicios. La dimensión B, se detecta debilidad u oportunidad de mejora, ya que el manejo de la dirección de la institución no favorece a que exista cultura sobre el tema; los Auxiliares de Enfermería, tienen una percepción punitiva ante el error o fallo; la dirección del hospital no posee un lineamiento de gestión favorable en pro de la seguridad del paciente.

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo los cuidados de Enfermería se han modificado, basados en cambios de modelos asistenciales, donde el hombre era objeto de cuidados y no partícipe de éstos. Actualmente en transición de un modelo biologicista a un modelo integral; el ser humano es componente activo de sus cuidados haciendo que el equipo de salud deba comprometerse y capacitarse para ello ante la exigencia de mayor calidad de atención. El aumento de gastos asistenciales y pérdidas humanas derivadas de errores y efectos adversos, promueve que las organizaciones internacionales conformen comisiones, dando lineamientos generales a los países miembros. Mejorar la calidad de atención, significa preocuparse por la seguridad del paciente.

El objetivo de estudio propuesto por cinco estudiantes que realizaron su Trabajo Final de Investigación en la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, fue conocer la cultura de la seguridad del paciente existente en el personal Licenciados de Enfermería Operativos y Auxiliares de Enfermería, de los Servicios Quirúrgicos y Ginecobstétricos del Hospital de Clínicas. Para ello se elaboró el Marco Teórico relacionado al tema y el Protocolo de Investigación que figuran en anexos del presente.

Fue un estudio descriptivo, transversal, la variable cultura de la seguridad del paciente es cualitativa compleja con tres dimensiones, que al operacionalizarla adquiere valores numéricos. La muestra fue seleccionada por conveniencia, aplicando el instrumento al 70% (23) de Licenciados en Enfermería Operativos y 51,4% (53) de Auxiliares de Enfermería, en base a criterios de inclusión y exclusión determinados previamente. La Unidad de Análisis es una encuesta autoadministrada, anónima, es una escala sumativa del tipo Likert, de la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos, a la cual se le realizaron modificaciones adaptándola a la realidad institucional; se aplicó entre los días 14 al 20 de febrero de 2011. Los datos fueron procesados en tablas y gráficos de Excel, con frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Se confeccionó un plan de análisis, en el cual se identificaron tres dimensiones: a) CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE FUNCIONARIOS DE LA UNIDAD; b) CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE LA DIRECCION DE LA INSTITUCION; c) CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDADES Y SERVICIOS.

De la investigación se determinaron tendencias a las fortalezas tales como trabajo en pro de la seguridad del paciente, notificación de errores, trabajo en equipo, coordinado y buena comunicación; y debilidades u oportunidades de mejora para la seguridad del paciente en el manejo de la dirección y sus lineamientos, así como percepción punitiva de los Auxiliares de Enfermería ante el error o fallo.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de Estudio: estudio descriptivo, transversal, la variable cultura de la seguridad es cualitativa compleja, cuenta con tres dimensiones, al operacionalizarla adquiere valores numéricos cuantificables.

Universo: es todo el personal Licenciados en Enfermería Operativos y Auxiliares de Enfermería de los Pisos Quirúrgicos y Ginecobstétrico del Hospital de Clínicas; **139** individuos discriminados en, 36 Licenciados en Enfermería Operativos y 103 Auxiliares de Enfermería.

Criterios de inclusión: todos los Licenciadas/os en Enfermería Operativos y todos de los Auxiliares de Enfermería que se desempeñan en atención directa a los usuarios, en los turnos matutino, tarde, vespertino y nocturno de los Pisos Quirúrgicos y Ginecobstétricos del Hospital de Clínicas. Deberán tener: mayor o igual a 1 año de trabajo en su cargo y en el desempeño en los Servicios citados.

Criterios de exclusión: Licenciados en Enfermería Operativos y Auxiliares de Enfermería que se desempeñan en los diferentes turnos en los Pisos Quirúrgicos y Ginecobstétricos del Hospital de Clínicas, que se encuentren en uso de cualquier tipo de licencia y/o con tareas especiales no directas con el usuario al momento de aplicar el instrumento; inasistencias; los que por su propia voluntad no desean

participar del trabajo de investigación y los que su desempeño laboral en el cargo sea menor 1 año al igual que su desempeño en los Servicios citados.

Muestra: El muestreo será seleccionado por conveniencia, 70% de los Licenciados en Enfermería Operativos (23) y el 51,4%, de los Auxiliares de Enfermería (53) que se desempeñan en los Pisos Quirúrgicos y Ginecobstétricos del Hospital de Clínicas, totalizando **76** individuos. Se aumentó el porcentaje de Auxiliares de Enfermería para ampliar la muestra; esto permitió aumentar el mínimo exigible (30%,) para la representatividad de una población en una investigación, con la finalidad de disminuir los sesgos.

Unidad de Análisis: el instrumento es una encuesta autoadministrada, anónima, de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, validado y adaptado al español, con la finalidad de medir los aspectos culturales de las organizaciones de salud. Compuesto de secciones e ítems que se desprenden de la variable cultura de la seguridad, categorizados o codificados numéricamente de acuerdo a la escala de Likert con varias alternativas de respuesta, a efectos de dar significado numérico a los resultados.

La información recabada se mantuvo en estricta confidencialidad y anonimato.

METODOS, INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Primeramente, se concretaron entrevistas con las Licenciadas Supervisoras y Jefas de los Servicios antes mencionados (7 y 8 de febrero 2011), con la finalidad de presentar a los investigadores, entregar una copia del Protocolo, recabar datos relevantes para la investigación y pactar la fecha de aplicación del Instrumento (ver anexo entrevistas).

Al instrumento se le realizaron una serie de modificaciones a efectos de su mejor aplicabilidad en esta investigación, suprimiendo lo siguiente:

Sección A: ámbito de atención primaria, con todos sus ítems, porque el instrumento será aplicado en segundo nivel de atención. **Sección H:** características de los encuestados: preguntas 1 (¿Cuándo tiempo lleva usted trabajando en este centro?), a. menos de 1 año; 2 (¿Cuándo tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/unidad o área?), a menos de 1 año; 3 (¿A qué estamento pertenece?), se sustituyó médicos por Auxiliares de Enfermería; se eliminó la pregunta 5 (¿En su puesto de trabajo tiene relación directa o contacto con los pacientes?); 6 (¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión) a. Menos de 1 año. Estos ítems se excluirán ya que quedan implícitos en los criterios de exclusión de la muestra. Asimismo al

momento de la tabulación y contabilización de los datos se tendrán en cuenta todas las variables que no tuvieron respuesta, creando una categoría especial a tal efecto denominada: **sin respuesta**.

Se recolectaron los datos, mediante la aplicación de un instrumento, que se entregó a la muestra en estudio durante su horario laboral, la cual respondió y devolvió el mismo día en sobre manila cerrado, según los requisitos éticos para la investigación científica, salvaguardando el anonimato (Ver instrumento original en anexos).

La aplicación del instrumento se realizó entre el 14 y el 20 de febrero de 2011, concurriendo los investigadores durante los cuatro turnos, con la finalidad de cubrir la mayor parte de la muestra esperada.

Los datos obtenidos para cada ítem de cada sección del instrumento se tabularon en el programa informático Excel con frecuencias absolutas y relativas porcentuales, realizándose una síntesis primaria de los resultados (ver anexos tablas y síntesis).

Para la comprensión de los resultadosⁱ se identificaron tres dimensiones, según se detallan en el Plan de Análisis. A partir de aquí, se aplicó el método Likert para

identificar la tendencia de cada dimensión, seleccionando los ítems más relevantes para el análisis del trabajo de investigación.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Consentimiento informado:

Se explicó verbalmente en detalle al personal al que se le realizó la encuesta el proceso de investigación, teniendo presente el derecho al conocimiento de una descripción detallada de la naturaleza del estudio, de que trata la investigación y a tomar voluntariamente la decisión de participar o no de la misma sin riesgo de sufrir represalias, recibir destratos o coerción por no participar de la misma.

Los mismos fueron informados oportunamente por sus superiores Supervisores de Áreas y Jefes de Pisos, por medio cuaderno de novedades y/o verbalmente.

El sujeto tiene derecho a un trato justo antes, durante y después de participar del estudio, a no ser discriminado, a cumplir los acuerdos estipulados, a recibir trato amable y respetuoso en todo momento. La información recabada se mantuvo en estricta confidencialidad y anonimato, mediante la utilización de sobres cerrados donde se colocó la encuesta ya realizada.

RECURSOS HUMANOS

Los cinco investigadores, integrantes del Grupo N° 2 del Trabajo Final de Investigación, de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República pertenecientes a la Generación 2006, están adecuadamente capacitados para desempeñar las funciones inherentes a la investigación, no requiriendo de personal extra.

RECURSOS MATERIALES

Se utilizarán libros, equipos computadores, impresoras, material de papelería, impresiones, fotocopias, encuadernaciones, sobres manilas, tiempo de internet al aire, carpetines, útiles de escritorio, etc. No fue necesario solicitar viáticos o financiamiento externo a Instituciones o entidades para la realización de la investigación, ya que los investigadores solventaron los gastos durante todo el proceso (ver detalle en anexos Presupuesto)

RESULTADOS (tablas gráficas)

DIMENSIÓN A, CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE LOS FUNCIONARIOS: ITEM 1,

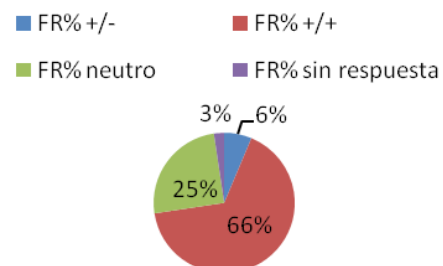
FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

Referencias: datos obtenidos para el análisis, de la aplicación de la escala Likert en las diferentes dimensiones

TABLAS

Trabajo Final de Investigación

**Item 1 frec de eventos notificados Lic en
Enf Operativos, tablas 30, 31 y 32**

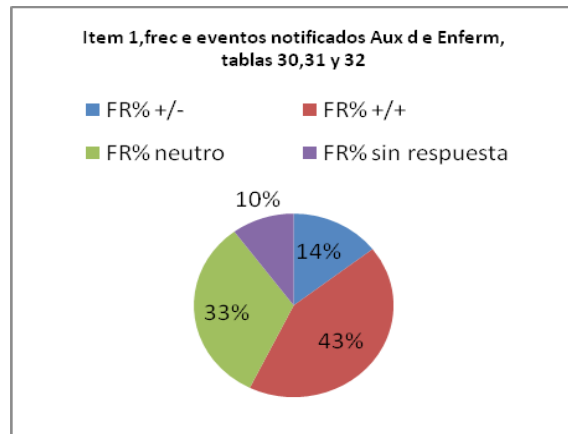


Ítem 1 frecuencia eventos notificados Licenciados Enfermería Operativos	FR%	
FR% +/-	6,35	D o mej
FR% +/+	66,27	Fortaleza
FR% neutro	25	
FR% sin respuesta	2,38	
total	100,00	

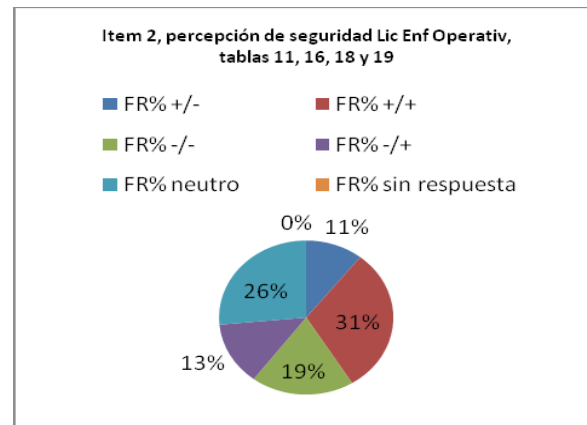
Aseveraciones 30,31 y 32

Ítem 1 frecuencia eventos notificados Auxiliares de Enf	FR%	
FR% +/-	14	D o mej
FR% +/+	43	Fortaleza
FR% neutro	33	
FR% sin respuesta	10	
total	100,00	

Aseveraciones 30,31 y 32



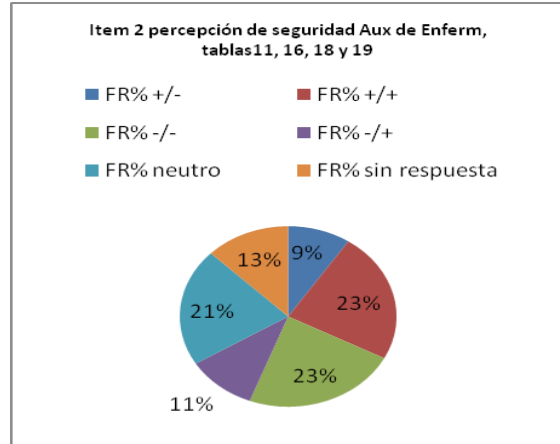
DIMENSIÓN A, CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE LOS FUNCIONARIOS: ÍTEM 2, PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD



Ítem 2 percepción de seguridad Licenciados Enfermería Operativos	FR%	
FR% +/-	11	D o mej
FR% +/+	31	Fortaleza
FR% -/-	19	Fortaleza
FR% -/+	13	D o mej
FR% neutro	26	
FR% sin respuesta	0	
Total	100	
Aseveraciones 11,16,18 y 19		

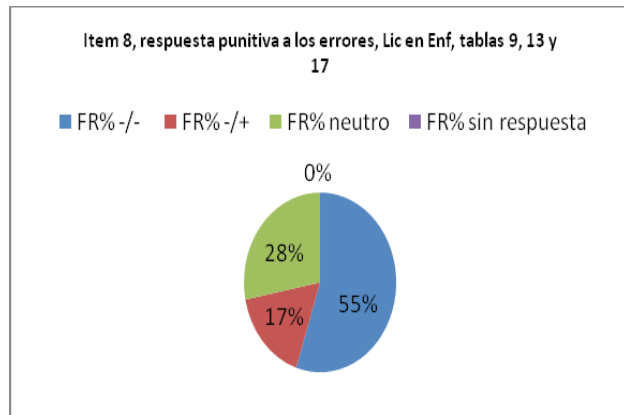
--	--

Ítem 2 percepción de seguridad Auxiliares de Enfermería	FR%	
FR% +/-	9,4	D o mej
FR% +/+	23,3	Fortaleza
FR% -/-	23,1	Fortaleza
FR% -/+	10,5	D o mej
FR% neutro	21,1	
FR% sin respuesta	12,7	
Total	100	
Aseveraciones 11,16,18 y 19		

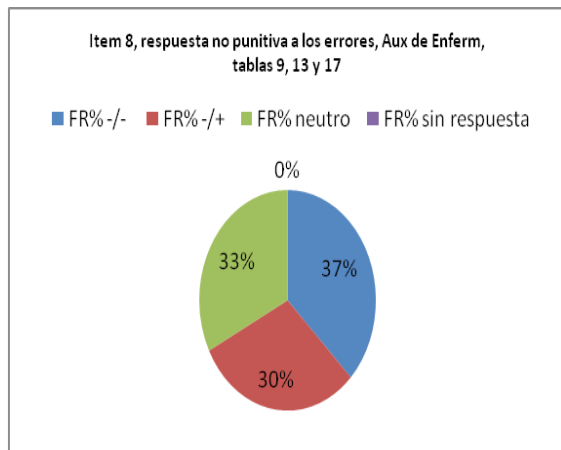


DIMENSIÓN B, CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE LA DIRECCION DE LA INSTITUCION: ÍTEM 8, RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES

Ítem 8, respuesta no punitiva a los errores, Licenciados en Enf	FR%	
FR% -/-	55	Fortaleza
FR% -/+	17	D o mej
FR% neutro	28	
FR% sin respuesta	0	
total	100,00	
Aseveraciones 9, 13 y 17		

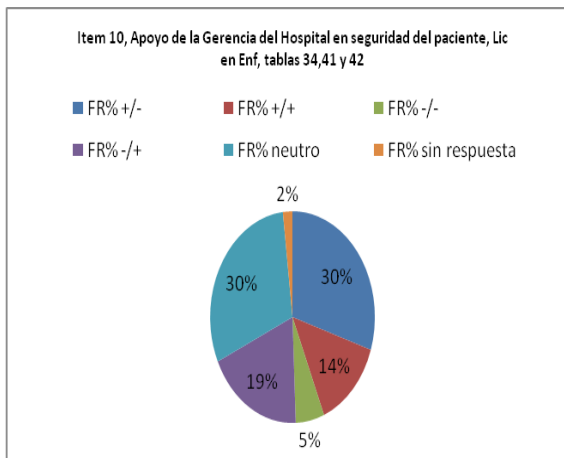


Ítem 8, respuesta no punitiva a los errores, Auxiliares de Enf	FR%	
FR% -/-	37	Fortaleza
FR% -/+	30	D o mej
FR% neutro	33	
FR% sin respuesta	0	
total	100,00	
Aseveraciones 9, 13 y 17		

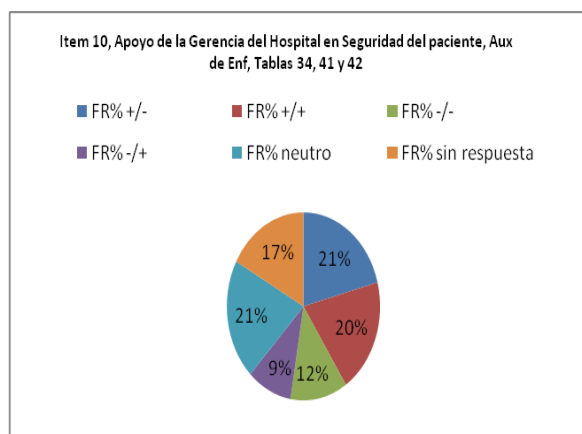


DIMENSIÓN B, CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE LA DIRECCION DE LA INSTITUCION: ÍTEM 10, APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ítem 10, Apoyo de la Gerencia del Hospital en seguridad del paciente, Licenciados en Enfermería	FR%	
FR% +/-	30	D o mej
FR% +/+	14	Fortaleza
FR% -/-	6	Fortaleza
FR% -/+	19	D o mej
FR% neutro	30	
FR% sin respuesta	2	
Total	100	
Aseveraciones 34, 41 y 42		

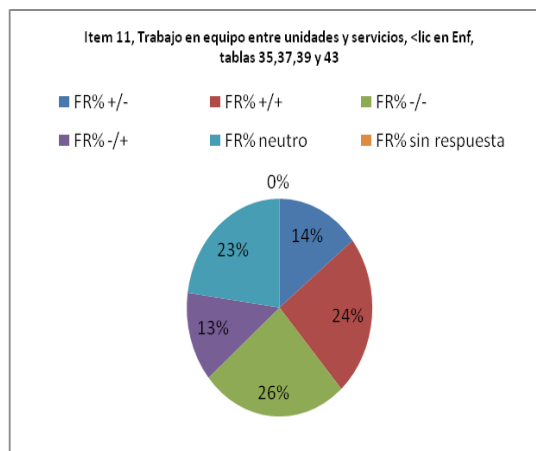


Ítem 10, Apoyo de la Gerencia del Hospital en Seguridad del paciente, Auxiliares de Enfermería	FR%	
FR% +/-	21	D o mej
FR% +/+	20	Fortaleza
FR% -/-	12	Fortaleza
FR% -/+	10	D o mej
FR% neutro	21	
FR% sin respuesta	17	
Total	100	
Aseveraciones 34, 41 y 42		

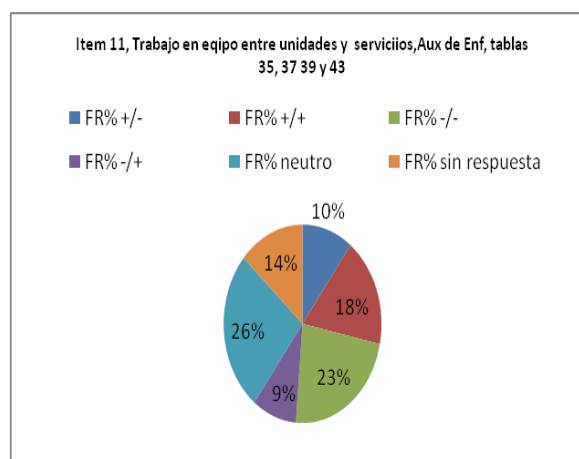


DIMENSIÓN C, CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDADES Y SERVICIO: ÍTEM 11, TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES/SERVICIOS

Ítem 11, Trabajo en equipo entre unidades y servicios, Licenciados en Enfermería	FR%	
FR% +/-	14	D o mej
FR% +/+	24	Fortaleza
FR% -/-	25	Fortaleza
FR% -/+	13	D o mej
FR% neutro	23	
FR% sin respuesta	0	
Total	100	
Aseveraciones 35, 37,39 y 43		

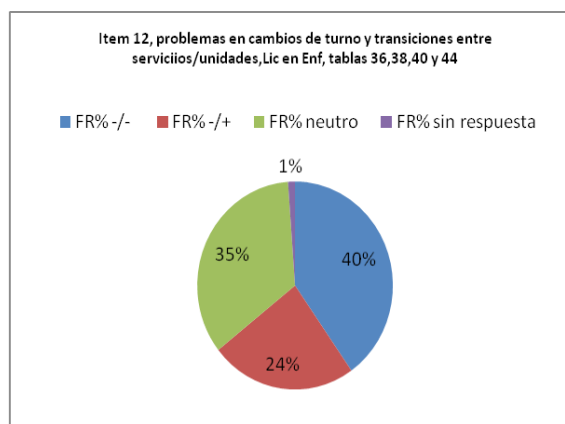


Ítem 11, Trabajo en equipo entre unidades y servicios, Auxiliares de Enfermería	FR%	
FR% +/-	10	D o mej
FR% +/+	18	Fortaleza
FR% -/-	23	Fortaleza
FR% -/+	9	D o mej
FR% neutro	26	
FR% sin respuesta	13	
Total	100	
Aseveraciones 35, 37,39 y 43		

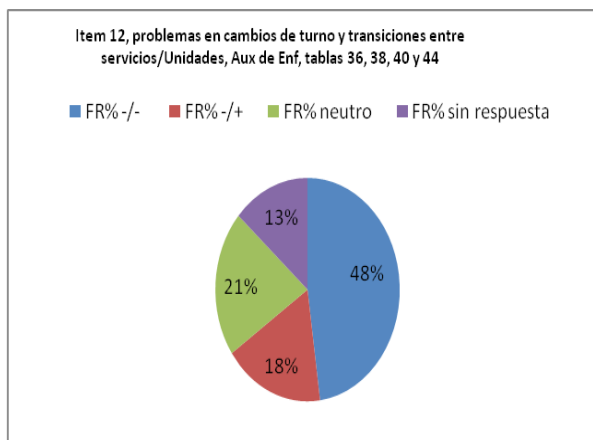


DIMENSIÓN C, CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDADES Y SERVICIO: ÍTEM 12, PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TRUNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS/UNIDADES

Ítem 12, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, Licenciados en Enf	FR%	
FR% -/-	40	Fortaleza
FR% -/+	24	D o mej
FR% neutro	34	
FR% sin respuesta	1	
total	100,0	
	0	
Aseveraciones 36, 38, 40 y 44		



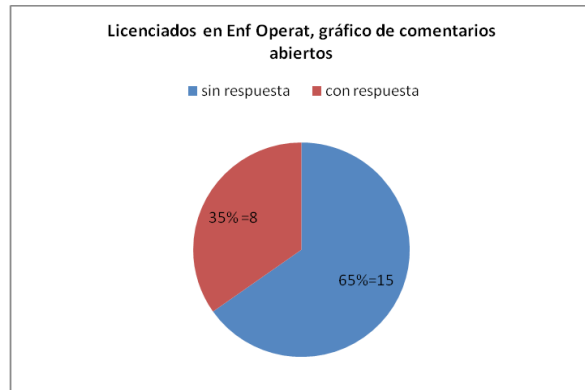
Ítem 12, problemas en cambios de turno u transiciones entre servicios/unidades, Auxiliares de Enf	FR%	
FR% -/-	48	Fortaleza
FR% -/+	18	D o mej
FR% neutro	21	
FR% sin respuesta	13	
total	100,0	
	0	
Aseveraciones 36, 38, 40 y 44		



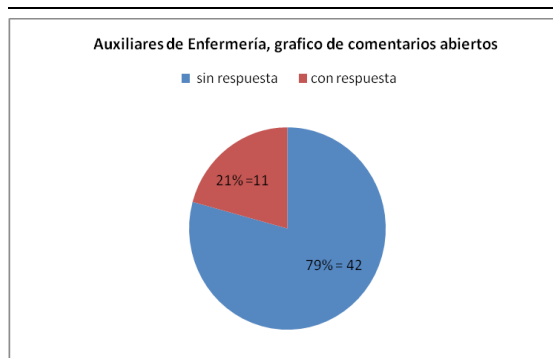
SECCIÓN I: TABLAS Y GRAFICOS COMENTARIOS

TABLA 52

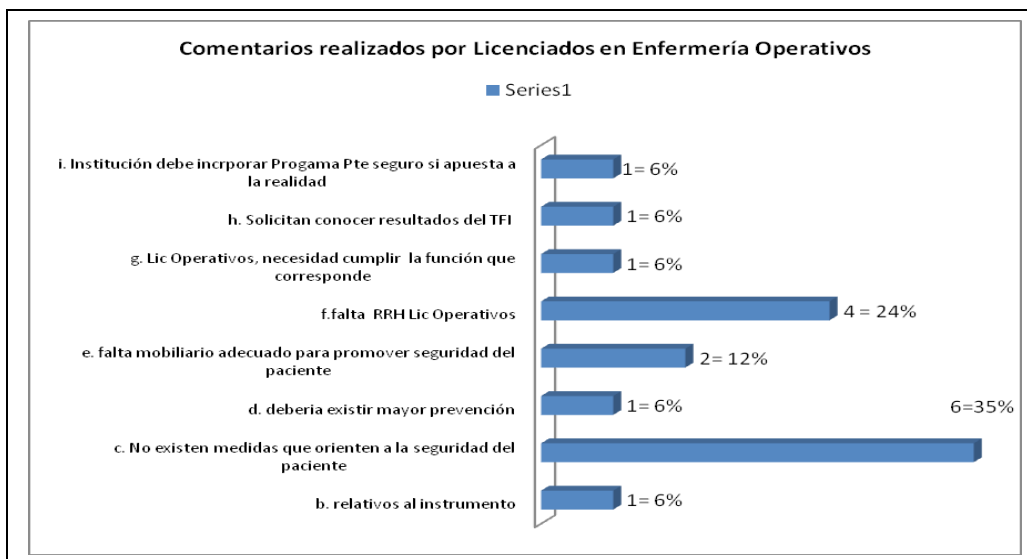
SUS COMENTARIOS, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
sin respuesta	15	65
con respuesta	8	35
total	23	100



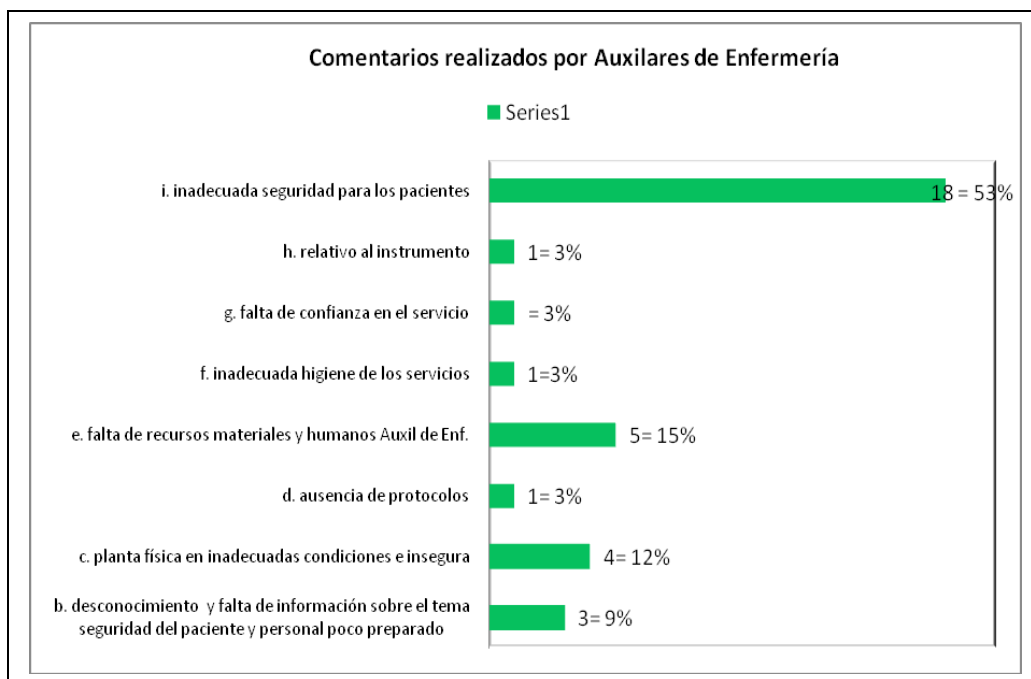
SUS COMENTARIOS, AUXILIARES DE ENFERMERÍA	FA	FR%
sin respuesta	42	79
con respuesta	11	21
total	53	100



SUS COMENTARIOS REALIZADOS, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVOS	FA	FR%
b. Relativos al instrumento	1	6
c. No existen medidas que orienten a la seguridad del paciente	6	35
d. Debería existir mayor prevención	1	6
e. Falta mobiliario adecuado para promover seguridad del paciente	2	12
f. Falta Licenciados Operativos	4	24
g. Licenciados Operativos, necesidad cumplir la función que corresponde	1	6
h. Solicitan conocer resultados del Trabajo final de investigación	1	6
i. Institución debe incorporar Programa paciente seguro si apuesta a la realidad	1	6
TOTAL	17	100



SUS COMENTARIOS REALIZADOS, AUXILIARES DE ENFERMERÍA	FA	FR%
b. Desconocimiento y falta de información sobre el tema seguridad del paciente y personal poco preparado	3	9
c. Planta física en inadecuadas condiciones e insegura	4	12
d. Ausencia de protocolos	1	3
e. Falta de recursos materiales y humanos Auxiliares de Enfermería	5	15
f. Inadecuada higiene de los servicios	1	3
g. Falta de confianza en el servicio	1	3
h. Relativo al instrumento	1	3
i. Inadecuada seguridad para los pacientes	18	53
TOTAL	34	100



ANALISIS

Se considera que esta investigación ha sido significativa ya que se partió de un Universo de 139 individuos, 36 Licenciados Enfermería Operativos y 103 Auxiliares de Enfermería; siendo la Muestra: 70% de los primeros (23) y el 51,4%, de los segundos (53) que se desempeñan en los Pisos Quirúrgicos y Ginecobstétricos del Hospital de Clínicas, totalizando **76** individuos (ver anexo tablas).

El 39% de los Licenciados en Enfermería Operativos refieren tener un tiempo de desempeño laboral entre 1-5 años, con igual porcentaje los Auxiliares de Enfermería; en ambos grupos se puede observar que casi el 60% de los encuestados, cuentan con 5 años o más en el servicio. En cuanto al tiempo de desempeño laboral en su actual servicio/unidad o área, el porcentaje más alto corresponde de 1-5 años con un 52% y 47% para Licenciados en Enfermería Operativos y Auxiliares de Enfermería, respectivamente. Esto demuestra que se cuenta con personal experiente. En ambos grupos, para la cantidad de horas de trabajo semanales en el centro, el porcentaje más alto corresponde de 20-39 horas, rango de horas estándar para el desempeño laboral de los funcionarios de la Institución; ellos corresponden a 74% y 62% para Licenciados en Enfermería Operativos y Auxiliares de Enfermería, respectivamente. Estos datos únicamente

dan un pantallazo de este servicio, no contemplando el multiempleo fuera de la institución. En cuanto al tiempo de desempeño laboral en la actual profesión, para Licenciados en Enfermería Operativos, el porcentaje más alto se encuentra en el rango entre 6-10 años con un 35%, seguido de un 30% entre 1-5 años. En el caso de los Auxiliares de Enfermería, el porcentaje más alto corresponde al rango entre 1-5 años con un 32%, seguido por un 21% en el rango 6-10 años (ver anexo tablas). Según Drucker, la gestión de competencias permite a los profesionales, desarrollar su máximo potencial, encontrando aquel puesto en donde realice mejor y con mayor potenciabilidad su tarea para lograr una gestión de calidad. Según la Organización Mundial de la Salud la calidad de la asistencia sanitaria, es “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”, entendiéndose por ello que la calidad de atención sanitaria está directamente vinculada a la seguridad del paciente. Según la Agencia para la Calidad e Investigación en Salud de los Estados Unidos, la seguridad del paciente es el "conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición del usuario al sistema de atención sanitaria a lo largo de enfermedades y

procedimientos". Por otro lado la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, destaca la importancia internacional del tema, fomentando la capacidad de investigación en el mundo entero y la promoción de la cultura de la seguridad, mejorando la difusión de los resultados de las investigaciones sobre prioridades en materia de seguridad y suministrando financiación a proyectos de investigación sobre el tema, como forma de sensibilizar y hacer reflexionar a los gobiernos de los diferentes países miembros de la Organización Mundial de la Salud.

En base a los datos obtenidos y a su posterior tabulación, se analizó a través de las tres dimensiones mencionadas tomadas de la investigación realizada por el Sistema Nacional de Salud Español. Los investigadores seleccionaron dos ítems de cada una de ellas que fueron considerados importantes, pues reflejan aspectos relacionados con la cultura que poseen los encuestados sobre seguridad del paciente. Ayuso Murillo define la Cultura de la Seguridad del paciente como “el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y el grupo que desempeñan su actividad en un determinado hospital, centro de salud, servicio clínico, etc.” Para León Franco la cultura de la seguridad del paciente parte del proceso estratégico de la organización, desde la misión y visión, desde los valores institucionales y los objetivos estratégicos. Para que en una organización se realice la transformación

cultural debe haber convencimiento del cambio de cultura, claridad en la cultura que se desea obtener y capacidad para implantar la nueva cultura.

La primera dimensión corresponde a la cultura de la seguridad a nivel de los funcionarios de la unidad y está compuesta por dos ítems 1) Frecuencia de eventos notificados y 2) Percepción de la seguridad. En cuanto al primer ítem, se obtuvo que el 66,2% de los Licenciados en Enfermería Operativos y el 43% de los Auxiliares Enfermería consideran que los errores son notificados y según el método Likert, si bien no se logra obtener un 75% o más como para ser considerado una fortaleza, existe una tendencia a serlo siendo más notorio a nivel de los Licenciados en Enfermería Operativos. Existe un gran porcentaje de respuestas neutras (25% Licenciados en Enfermería Operativos y 33% Auxiliares de Enfermería) que sumado a los sin respuesta (2 y 10 % respectivamente), deja en duda particularmente en los Auxiliares de Enfermería la verdadera tendencia del ítem analizado. En lo que refiere a percepción de la seguridad, acontece algo similar, ya que el 50% de los Licenciados en Enfermería Operativos y el 46,6% de los Auxiliares de Enfermería tienen la percepción de que se trabaja en pro de la seguridad del paciente; dicho ítem tiende a ser una fortaleza según el método. Se destaca el alto porcentaje de respuestas neutras (26% Licenciados en Enfermería Operativos y 21% Auxiliares de Enfermería), que sumados a los sin respuesta dejan un espectro muy amplio de funcionarios de los que se desconoce opinión

sobre el tema. Ambos ítems reflejan que los encuestados realizan actividades y trabajan en pro a la seguridad del paciente, por lo que se denota que existen en ellos aspectos culturales sobre el tema. Según León Franco, tener una cultura institucional de seguridad del paciente implica que el personal clínico y médico en su labor diaria, le da prioridad a la seguridad de sus actos clínicos por encima de cualquier otra consideración.

La segunda dimensión compete a la cultura de la seguridad a nivel de la dirección de la institución y en ella se seleccionaron los ítems 1) Respuesta no punitiva de los errores, en donde las tendencias son controversiales y 2) Apoyo de la gerencia del hospital en lo que respecta a seguridad del paciente. En cuanto a la respuesta no punitiva el 55% de los Licenciados en Enfermería Operativos consideran que los errores no son utilizados en su contra; mientras que el 30% de los Auxiliares de Enfermería responde en forma opuesta. A estos se les suma un 33% que responde en forma neutra, así se obtiene un 63%, porcentaje que se considera una debilidad u oportunidad de mejora. Es claro que gran parte de los Auxiliares de Enfermería tienen una percepción punitiva sobre el error, lo cual indica que existe una cultura en la que se juzga a la persona y no al error. De la aplicación del método Likert, se obtuvo que dicho ítem tiende a ser una fortaleza en los Licenciados en Enfermería Operativos y una debilidad u oportunidad de mejora para los Auxiliares de Enfermería. Para Ayuso Murillo, es imprescindible lograr en

las instituciones sanitarias el cambio de una cultura de ocultación de errores o de reacción punitiva ante efectos adversos, por una cultura en la cual los errores son la consecuencia de la interacción de múltiples factores, que le dan la oportunidad al sistema de mejorar, con la finalidad de evitar que se sucedan y repitan errores, previniendo el daño.

En cuanto al Apoyo de la gerencia del hospital, un 49% de los Licenciados en Enfermería Operativos opina que no existe apoyo gerencial con respecto al tema, un 31% de los Auxiliares de Enfermería opinan lo mismo, que sumado con 21% de neutros y 17% de sin respuesta, se considera una debilidad u oportunidad de mejora frente al porcentaje restante. Continuando con la perspectiva de Ayuso Murillo, la asistencia sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental, destacando además que la mejora continua de la calidad asistencial es el objetivo clave, tanto para la seguridad del paciente como para la gestión eficiente de los sistemas de salud. Se promueve una cultura centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos, mitigando la culpa, el reproche y el castigo.

En cuanto a la tercera dimensión que corresponde a cultura de la seguridad a nivel de unidades y servicios, se seleccionaron los ítems 1) Trabajo en equipo entre unidades y servicios, y 2) Problemas de cambios de turnos y transiciones entre servicios/unidades. Con respecto a la primera el 49% de los Licenciados en

Enfermería Operativos y el 41% de los Auxiliares de Enfermería, consideran que existe trabajo en equipo y que se trabaja en forma coordinada entre los servicios. Es de destacar y como sucede en todos los ítems analizados que existe un alto porcentaje de respuestas neutras (23% Licenciados en Enfermería Operativos y 26% Auxiliares de Enfermería) que evidencian un claro sesgo en la investigación ya que no brindan ningún dato, por lo que se puede suponer que el personal no quiere comprometer su respuesta pese al anonimato, que no le interesa la investigación o que no posee conocimientos sobre el tema. Según la aplicación del método utilizado, dicho ítem presenta una tendencia a la fortaleza, incidiendo favorablemente en la cultura de los funcionarios, que consideran de suma importancia la colaboración entre los Recursos Humanos, aun más cuando existe falta de personal y por ende sobrecarga de trabajo. Esto puede contrastarse con los resultados obtenidos en la aplicación de la misma encuesta en el Sistema Nacional de Salud Español del año 2009, donde en general la oportunidad de mejora percibida, se vinculó a la dotación de personal y el ritmo de trabajo, lo cual puede afectar la seguridad del paciente; y la necesidad de una actitud más proactiva de la gerencia institucional.

Para finalizar se destaca el último ítem en donde un 40% de los Licenciados en Enfermería Operativos y un 48% de los Auxiliares de Enfermería consideran que no existen problemas en los cambios de turno o pases de guardia, así como

tampoco en las transiciones a otros servicios, lo que conlleva a pensar que la comunicación entre los funcionarios de las diferentes guardias de los servicios y el traspaso a otras unidades se realiza en forma exitosa y presenta una tendencia a la fortaleza. Siguiendo con el mismo autor (Murillo), la comunicación interna en un hospital es una estrategia imprescindible para lograr los objetivos y metas que se propongan las instituciones, tanto a nivel general como en los diferentes departamentos, servicios o unidades; siendo fundamental la participación de cada uno de los integrantes del equipo para que sea exitosa. La comunicación informal y la improvisación son muy frecuentes, pero se convierten en un problema más que en una ventaja. Una adecuada comunicación interna consigue profesionales más identificados con los objetivos de la organización, más participes en los proyectos del centro, motivados y satisfechos en su trabajo.

En cuanto a los comentarios, se consideró que este ítem es muy importante ya que reflejaría en forma directa la opinión del personal encuestado con respecto al tema. Un gran porcentaje no emitió respuesta (65% de Licenciados en Enfermería Operativos y 79% de Auxiliares de Enfermería) y comparando con el alto porcentaje de respuestas neutras y sin respuesta para ambos tipos de trabajadores de la salud, se percibe nuevamente, por un lado la falta de compromiso y desinterés con la encuesta aplicada y por otro la falta de conocimiento sobre el tema. De los que respondieron (35% de Licenciados en

Enfermería Operativos y 21% para Auxiliares de Enfermería), se destacan entre otros, para Licenciados en Enfermería que: un 35% opina que no existen medidas que orienten a la seguridad del paciente; un 24% falta de Recursos Humanos y un 12% falta de mobiliario. Respecto a los Auxiliares de Enfermería se destaca que: 53% refieren inadecuada seguridad para los pacientes; 15% falta de Recursos Humanos y Materiales; 12% planta física inadecuada y 9% desconocimiento sobre seguridad del paciente, falta de información sobre el tema y personal poco preparado respectivamente. Lo que antecede indica carencias a nivel de gestión institucional, haciendo énfasis en la necesidad de capacitación continua del personal, dotación de Recursos Humanos y Materiales, condiciones edilicias inseguras, entre otras. Pese a la importancia del ítem comentarios, debido al bajo porcentaje de ellos emitidos, y a la contradicción de los mismos con los datos recabados en el cuerpo de la encuesta para ambos tipos de funcionarios, no se considera representativo.

CONCLUSIÓN

A través de la aplicación de los instrumentos y su posterior análisis, los investigadores llegaron a las siguientes conclusiones. En cuanto al personal se puede analizar desde dos puntos de vista, en primer lugar se puede decir que se cuenta con personal con experiencia capacitada en el área, acompañado además de un buen conocimiento del servicio, lo cual es altamente favorable a la seguridad del paciente.

Si bien los funcionarios responden que mayoritariamente trabajan dentro de un rango de 20 a 39 hs semanales, no se contempla en la encuesta el multiempleo que como se sabe en nuestro país es una característica común en los funcionarios de la salud, pudiendo ser un factor determinante a la hora de brindar los cuidados de calidad en la atención de enfermería a los usuarios.

En lo que respecta a las tres dimensiones descriptas anteriormente, se puede concluir que el personal cuenta con aspectos favorables relacionados a la cultura de la seguridad, reflejados en la dimensión A, relacionados a la notificación de errores y la existencia de una percepción de lo que puede generar un evento adverso en los pacientes. Asimismo en la dimensión C que abarca la cultura de seguridad a nivel unidades y servicios, se destaca el trabajo en equipo, en forma

coordinada entre los servicios y que no existe fuga de información entre los pases de guardia y transiciones a otros servicios, considerando estos aspectos muy favorables, sobre todo el apoyo mutuo, ya que los recursos humanos disponibles son escasos y esto conlleva a una sobrecarga de trabajo. Según los datos obtenidos, no se detectan fallos en la comunicación, punto fundamental en el desempeño de la función de enfermería favoreciendo la seguridad del paciente.

La dimensión B, se manifiesta como una debilidad u oportunidad de mejora, ya que el manejo de la dirección de la institución no favorece a que exista cultura sobre el tema ya que la misma no posee un lineamiento de gestión favorable en pro de la seguridad del paciente. Lo antes dicho se ve reflejado sobre todo a nivel de Auxiliares de Enfermería, que tienen una percepción punitiva ante el error o fallo, considerando que se juzga a las personas y no al error. Una adecuada gestión incluye la capacitación continua de los recursos humanos, mas dotación de personal a los servicios, formación de comisiones de seguridad del paciente, protocolos, mejora en los sistemas de registros y comunicación, realizar control y supervisión, etc.; estas actividades deben de ser contempladas en toda gestión de las instituciones de salud, para brindar una atención de calidad promoviendo y cultivando la cultura en seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abecia Inchaurregui L, Aboal Viñas J, Aguinaga Ontoso I. Piédrola Gil: Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona: Masson; 2000. 1223p.
- Asenjo Sebastián M. Gestión diaria del Hospital. 3º ed. Barcelona: Masson; 2006.
- Ayuso Murillo D, Grande Sellero R. Gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
- Ayuso Murillo D. La Gestión de Enfermería y la división médica como Dirección Asistencial. Cáp. I En: Gestión clínica y Gestión por procesos. Madrid: Díaz de Santos; 2007.
- Ballesteros H, Vitancurt A. Bases Científicas de la Administración. México: McGraw-Hill; 1997.
- Barrenechera C. Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: herramientas metodológicas para el primer nivel de atención. Trabajo en Equipo. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.
- Datos proporcionados por Dra. S. Núñez subdirectora del Centro Salud de Sayago en el marco del Posgrado sobre Gestión de los servicios Sanitarios.
- España. Ministerio de Salud Pública. Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Argraf; 2009.
- Mompert M P. Administración de Servicios de enfermería. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1994.
- Mompert M P. Administración de Servicios de Enfermería. Barcelona: Masson; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. The Principles of Quality Assurance. Euro Reports and Studies, N°94. Copenhague: OMS; 1985.
- Polit D. Investigación Científica en las Ciencias de la Salud. 5ª ed. México: McGraw-Hill; 1997.
- Sánchez F. Psicología Social. Madrid: McGraw-Hill; 1998.
- Sarabia González O. Conceptos en Seguridad del Paciente. Boletín Seguridad del Paciente (México) 2005: (1): 1-2
- Saturno P J. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid:

Ministerio de Sanidad y Política Social, Agencia de Calidad del SNS
Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

PÁGINAS CONSULTADAS

- Coordinadora de Centres de Profunds de Catalunya [Sede Web] [Acceso 15 de agosto de 2010] Net, A.; Suñol, R. La Calidad de Atención. Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
- Fondo Nacional de Recursos [Sede Web] [Acceso 20 de agosto de 2010] Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en: <http://www.fnr.gub.uy>
- Franco A. L. Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos [libro en Internet] Colombia: Universidad del Valle; 2006. Cap. 14 p. 149-159 [Acceso 20 de agosto de 2010] Disponible en: <http://books.google.com.uy/books>
- Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quintela” [Sede Web] Montevideo; 2009. [Actualizada el 10 de agosto de 2010. Acceso el 13 de agosto de 2010] Disponible en: www.hc.edu.uy
- Ministerio de Salud Pública [Sede Web] [Acceso 10 de septiembre de 2010] Comisión de seguridad del Paciente y prevención del Error en Medicina, Ministerio de Salud Pública de Uruguay – COSEPA. Cultura de la Seguridad del Paciente en Colombia. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No2/cm36n2a10.pdf> y www.msp.gub.uy
- Organización Mundial de la Salud [Sede Web] [Acceso 13 de agosto de 2010] 10 Datos sobre Seguridad del Paciente; Soluciones para la seguridad del Paciente. Disponible en: [http:// www.who.int](http://www.who.int)
- Organización Mundial de la Salud [Sede Web] [Acceso 13 de agosto de 2010] Alianza Mundial para la seguridad del Paciente. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/grants/Smallgrants_summary_A4Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud [Sede Web] [Acceso 14 de agosto de 2010] La investigación en Seguridad del Paciente. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/research/en/>
- Organización Panamericana de la Salud [Sede Web] Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2005 [Acceso 20 de agosto de 2010] Hospitales Seguros. Una responsabilidad colectiva. Un indicador mundial de reducción de desastres. Disponible en: [http:// www.paho.org/desastres](http://www.paho.org/desastres)
- Vazzano H.S, Ralli H. Calidad de asistencia en salud. Revista de la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención

Médica (CIDCAM) [revista en Internet] 2006 septiembre. [Acceso 13 de agosto de 2010]. 1 (3) p. 17 a 23 Disponible en:
http://www.cidcam.org.ar/Revista/ano1_no3_2006-2.pdf

ANEXOS INFORME FINAL

MARCO TEÓRICO

EFFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

Según Diego Ayuso Murillo, el efecto adverso es consecuencia de un error o fallo del proceso asistencial, entendiendo por tal a todos los aspectos del mismo en el cual se involucran acciones, decisiones tanto del personal médico, enfermería como de los técnicos, de los recursos, de la organización e independientemente de los fallos del sistema o de errores de las personas que atienden a los usuarios. Son acontecimientos relacionados directamente con la atención sanitaria recibida por un paciente, los cuales tienen o pueden tener consecuencias negativas para el mismo. El efecto adverso, es la parte visible de la última fase del proceso de la interacción de múltiples factores de los problemas de seguridad de un paciente. Al prevenirlos se logra: disminuir el riesgo de que aparezcan, abordarlos en forma precoz disminuyendo su evolución, mitigando sus consecuencias y evitar su reparación reduciendo el impacto.

PREVENCION PRIMARIA

La prevención primaria precede a la aparición de los efectos adversos y tiene como finalidad reducir su incidencia, potenciando los factores que mejoran a la seguridad del paciente y reduciendo los que contribuyen a errores y fallas en el sistema.

Actividades a realizar:

- Fomentar la cultura de la seguridad del paciente en la organización.
- Formar y entrenar a los profesionales en procedimientos complejos.
- Evitar diagnósticos y tratamientos innecesarios
- Aplicación de protocolos de procedimientos basados en evidencia científica.
- Establecimiento de alertas clínicas encausadas a evitar sucesos adversos.

- Fomentar el hábito del lavado de manos.

PREVENCION SECUNDARIA

Se realiza por medio de la detección precoz de los sucesos adversos y su finalidad es atenuar las consecuencias para el paciente y la organización sanitaria.

Actividades a realizar:

- Mantenimiento de los sistemas de vigilancia y notificación de incidentes y algunos efectos adversos, tales como infecciones nosocomiales y caídas de pacientes, úlceras por presión, inadecuada administración de medicamentos.
- Mejora de los sistemas de comunicación entre los diferentes integrantes del equipo de salud, con la finalidad de detectar en forma precoz situaciones de riesgo.
- Actuación proactiva con el paciente, comunicándole precozmente la aparición del efecto adverso y como debe actuar para minimizar las consecuencias y evitar que vuelva a producirse.

PREVENCION TERCIARIA

Cuando los dos niveles anteriores han fracasado, el efecto adverso ha ocurrido y las consecuencias son notorias, se debe actuar en pro de reducir el impacto, las consecuencias de las mismas y evitar su reaparición.

Actividades a realizar:

- Se debe realizar un análisis detallado y profundo de las causas por las cuales ha ocurrido el efecto adverso.
- Mantener el dialogo cuidadosamente planificado con el paciente que ha sufrido el efecto adverso.
- La actuación de comités de conciliación y negociación de las indemnizaciones.

TRABAJO EN EQUIPO

“Concepto de equipo de trabajo u operativo se refiere a pequeños, compuesto por sujetos que están en contacto directo, colaboran entre sí, y están comprometidos en una acción coordinada de la organización de la que forman parte”

SALAZAR, MARTÍNEZ

GESTIÓN

La medicina ha ido evolucionando a lo largo de los siglos, lo que antes sería una asistencia sanitaria a nivel domiciliario en la actualidad se ha ido transformando hasta convertirse en complejos sistemas, en los cuales se relacionan diferentes profesionales, estructuras y jerarquías, en donde se realizan innumerables actos médicos y acciones de enfermería, entre otros, aplicando las más altas tecnologías promovido por el avance de los conocimientos.

Esta realidad ha conllevado a realizar una adecuada gestión en las diferentes instituciones, por lo cual fue necesaria la preparación de recursos humanos capaces de realizarla.

El gestionar promueve el planteamiento de objetivos, asignar recursos, tareas y responsabilidades, así como también requiere de una supervisión y evaluación del producto final.

La gestión además de permitir la planificación y organización en los servicios sanitarios permite realizar la ejecución de actividades y la evaluación de las mismas, pudiendo de esta forma transformar la realidad tratando de encontrar la mejor manera de adecuar la estructura a los procesos y resultados, determinando el trabajo a realizar, de qué forma y por cual medio se realizara y definiendo las líneas de responsabilidad con la participación de todos los elementos, promoviendo una fluida comunicación y coordinación de todas las partes.

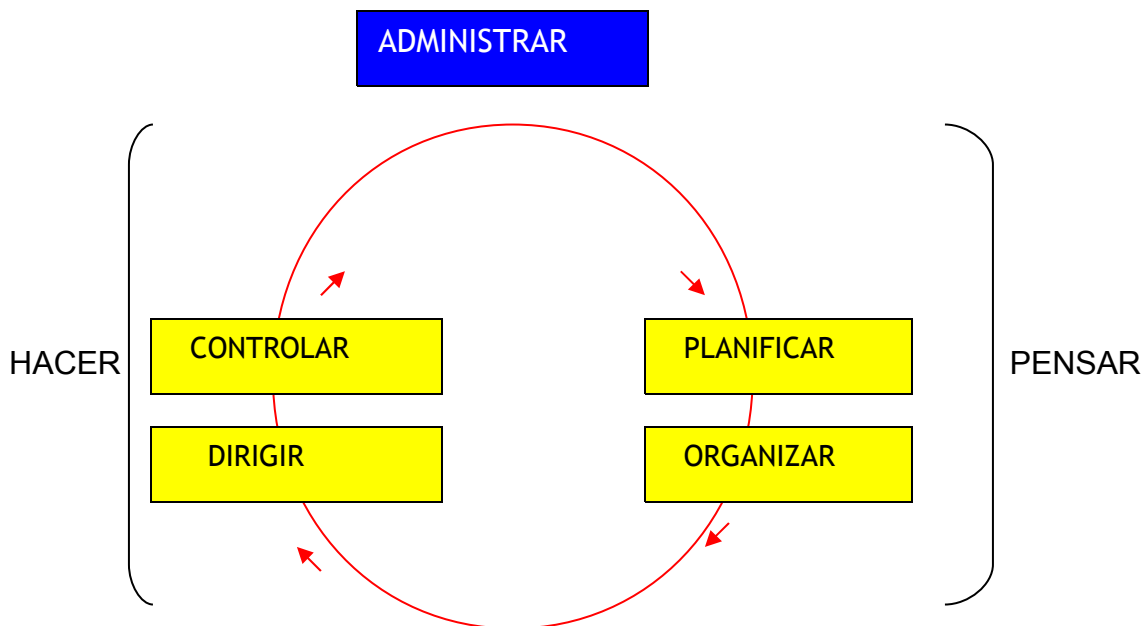
Gestionar según M. A, Asenjo “consiste en obtener resultados previamente planificados, para lo que ha habido que calcular numerosos concretos, fecha de su consecución y persona responsable de conseguirlos para que posteriormente sea posible una evaluación”.

Cuando hablamos de Gestión, hablamos de Administración o del Proceso Administrativo, que consta de dos grandes fases: La de PENSAR, que comprende las etapas de planificación y organización y la de HACER que comprende las etapas de dirección y control.

Entre ambas etapas se ubican las funciones inherentes a la administración de recursos siendo estos: Humanos (reclutamiento de los mismos, selección, orientación, ubicación y educación continua), Materiales (de uso y de consumo), así como también los Recursos Financieros.

Esto conforma el ciclo administrativo en donde cada etapa está estrechamente relacionada y cada una se complementa con el resto, con un carácter de ciclo que se repite ya que hay una interacción de todas las funciones

A continuación se presenta un esquema del mismo:



ETAPAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

Planificación:

Es la etapa inicial del proceso y constituye la base de toda la actuación posterior. Es un momento de estudio de la situación y de previsión de lo que se va a intentar conseguir, así como de los medios que será preciso emplear en el tiempo que se determine como el idóneo.

Las finalidades principales de la planificación por tanto son:

- Definir el problema o situación a la que se enfrenta la institución o grupo.
- Determinación de cuál puede ser la solución de ese problema.
- Establecimiento de medidas a adoptar en recursos y tiempo.

Organización:

En esta etapa se pretende, que las personas que van a desempeñar el trabajo se constituyan en grupos organizados relacionados entre sí y con los medios que utilizarán. Esta etapa consiste en dar forma y cuerpo a las ideas que se plantearon en la planificación y tiene que ver con:

- La distribución de tareas según los grupos.
- La descripción de lo que cada uno hará y de cómo lo puede llevar a cabo de la mejor manera posible.
- La dotación de recursos necesarios para cada una de las acciones descritas.

Dirección:

Esta fase o etapa representa la puesta en marcha efectiva del plan, es decir, significa pasar a la acción. También recibe el nombre de ejecución, pues lo que se aborda es, justamente, la actuación como se ha planificado y organizado.

Control:

Es la etapa que finaliza el proceso administrativo, con la comprobación de los que se ha llevado a cabo, su comparación con lo que se pretendía y la decisión acerca

de posibles medidas que mejoren el proceso. La finalidad del control no es solamente la comprobación de los resultados, sino la progresión hacia la excelencia de éstos, a través de un análisis y mejora continua del proceso.

Rubén Sanz Cartagena afirma que: “En el ámbito de la gestión sanitaria todos los esfuerzos se orientan a las distintas formas de gestionar el conocimiento. En este ámbito de la *gestión de conocimientos* se enmarca la *gestión clínica* y la *gestión de procesos*.”

GESTION DE CONOCIMIENTOS

Drucker (Abogado diplomado en Harvard, Periodista, Master en Administración de Empresas, Austriaco) manifiesta que “...el conocimiento dejara de ser uno más de los factores de la producción para pasar a ser el único significativo.....Solo el conocimiento mantiene su capacidad de generar ventajas competitivas sostenibles. Fruto del conocimiento son la mejora de la productividad de los procesos y la innovación que permite esa competitividad.”

La gestión de competencias permite situar a los profesionales y no profesionales como el principal activo de las organizaciones, ayudándoles a progresar y a alcanzar altos niveles de rendimiento para el desempeño de su rol, desarrollando así su máximo potencial, encontrando aquel puesto en donde realice mejor y con mayor potenciabilidad su tarea para lograr una gestión de calidad.

El proceso de gestión del conocimiento presenta tres elementos fundamentales:

- GESTION DE PERSONAS

Estas son las que aportan los conocimientos por lo cual todas las instituciones deben de detectar las capacidades de cada uno de sus recursos humanos. Las organizaciones sanitarias no pueden ser eficaces sin conocimientos, por lo tanto para lograr la eficacia y eficiencia de las mismas es necesario gestionar adecuadamente los conocimientos de todo el personal ya sea profesional, no profesional y técnicos.

- **GESTION DE INFORMACIÓN**

Cada vez es más sofisticado el sistema de registros institucionales ya que los mismos se realizan en base de datos informatizados que facilitan la organización, tanto en las citaciones de usuarios, gestión de agendas medicas, mantenimiento de inventarios, pedidos, contabilidad, organigramas, planillas de registros, historias clínicas, etc. Además nos permite reunir datos estadísticos los cuales nos facilita aplicar indicadores clínicos, económicos y de calidad precisos para el seguimiento del servicio o de la institución con la finalidad de tomar decisiones oportunas.

- **GESTION DE PROCESOS**

El proceso se define conceptualmente como “el conjunto de actuaciones, decisiones y tareas que se encadenan en forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido”.

Se debe conocer en forma exhaustiva cada uno de los elementos que conforman el proceso (fases, tiempo, recursos, resultados, comparaciones) ya que resulta necesario para la aplicación del conocimiento a la gestión. Sin un análisis pormenorizado de los procesos no se pueden aplicar estrategias de mejoras.

Así la gestión de calidad, que es aquella que presenta una mejora continua solo se logra desde el conocimiento de los procesos de la organización.

NIVELES DE GESTION Y ACTUACIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dependiendo del nivel de responsabilidad en que se toman las decisiones sobre la salud y los servicios se diferencian tres niveles organizativos.

MACROGESTION: Es el nivel más alto de decisión (Ministerio de Salud Publica), lugar cuya función es definir políticas de salud estatales.

En la gestión del sistema sanitario se deben implementar estrategias que prioricen la calidad y seguridad de la atención sanitaria. Para el logro de esto, se necesita que se conformen organizaciones a nivel internacional y nacional que se encarguen sobre esta temática.

MESOGESTION: Es la que se realiza en un centro u hospital, su objetivo es poner en marcha las decisiones derivadas de las políticas y la disponibilidad presupuestada, a las necesidades de la práctica clínica diaria, para asegurar un funcionamiento eficiente de los recursos disponibles.

En este sentido las actuaciones deben ir dirigidas hacia el personal y hacia el sistema sanitario.

MICROGESTION: Constituida por la toma de decisiones de los servicios clínicos o unidades de una organización, por parte de los profesionales involucrados directamente en la asistencia.

La gestión clínica por procesos permite estandarizar la práctica asistencial, siempre basándose en la evidencia científica, eliminando las actividades que no aportan valor, esto facilita una práctica asistencial dinámica y posibilita la transformación de la actuación del personal de la salud hacia una mejora continua.

GESTION CLINICA

La gestión clínica es: “El plano en el que convergen las buenas prácticas médicas y asistenciales con las buenas prácticas de gestión.”

En el transcurso de los años se ha evidenciado que el personal sanitario cada vez era más insuficiente, en la mayoría de los casos no se realizaban las actividades como se deberían de realizar, ni con el consumo de recursos más eficiente, esto ha generado la necesidad de realizar una gestión clínica. La misma tuvo origen a fines de los años Noventa en el National Health Service e inicialmente se denominó *clinical governance* o gobierno clínico.

La gestión clínica implica tomar decisiones, llevar a cabo acciones en la práctica, recoger información sobre la misma, controlar los resultados esperados y adoptar una nueva decisión con los no esperados.

Dicho de otra manera comprende la integración de las actividades de gestión en la práctica diaria del personal sanitario, ya que el personal y no la estructura es el que logra la satisfacción del usuario.

Para lograr una eficiente gestión clínica es necesario que exista una adecuada comunicación interna entre el personal sanitario con las diferentes jerarquías.

LA GESTION DE LA COMUNICACIÓN INTERNA

Es muy importante tanto en los servicios generales como en el área de enfermería. Toda organización debe asegurar que los profesionales reciban la información más adecuada para mejorar su contribución y rendimiento.

Es necesario articular mecanismos formales en donde se permita exponer a sus profesionales sus opiniones y puntos de vista, para que estas constituyan la base del trabajo de los directivos y responsables de las organizaciones.

Las instituciones deben facilitar la existencia de esta comunicación entre los miembros, siendo estas del tipo; ascendente, horizontal y descendente.

La comunicación interna en un hospital es una estrategia imprescindible para lograr los objetivos y metas que se propongan las instituciones tanto a nivel general como en los diferentes departamentos, servicios o unidades.

Es fundamental la participación de cada uno de los integrantes del equipo para que sea exitosa. Las noticias y la información brindada no pueden ser incidentales, sino que debe ser planificada, pensada y diseñada para que sea útil a las personas. La comunicación informal y la improvisación son muy frecuentes pero se convierten en un problema más que en una ventaja. Una comunicación interna consigue profesionales más identificados con los objetivos de la organización, más participes en los proyectos del centro, motivados y satisfechos en su trabajo.

GESTION EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

Las unidades hospitalarias, están integradas por un equipo de trabajo, siendo estos, profesionales, no profesionales y técnicos con un mismo objetivo:

- Perfecto funcionamiento y que el usuario reciba una atención oportuna, eficaz y eficiente en forma integral.

En la gestión de las unidades, enfermería juega un rol importantísimo ya que es la encargada de realizar la gestión de camas, dotar los recursos humanos según nivel de dependencia previa valoración de los usuarios, coordinación con los diferentes servicios, planificación de acciones de enfermería, realizar y controlar sistema de registros, función de docencia e investigación, entre otras.

GESTIÓN DE CALIDAD

La calidad es un conjunto de características de los productos o servicios que, cuando es alta, denota superioridad en su género. Cuando un producto o servicio es de alta calidad, se reconoce que tiene características superiores al resto.

Esta característica es fácil de distinguir cuando se habla de un producto tangible, pero cuando es intangible también presenta características de grado de satisfacción en donde también se puede medir su calidad.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

El objetivo primordial de cualquier estrategia de calidad es asegurar una atención sanitaria de excelencia, personalizada y más centrada en las necesidades particulares del paciente y usuario.

Avedis Donabedian (1919 – 2000) es considerado el pionero de la concepción moderna de Calidad de la Asistencia en Salud. En 1980 propuso una definición de calidad asistencial donde plantea que “La calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar,

después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”

Años más tarde en 1989, la **Internacional Organization for Standardization (ISO)** la definió de la siguiente manera: “Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”. Esta definición incluye dos conceptos fundamentales. El primero hace referencia a que la calidad se puede medir, el segundo a que ésta es el grado de cumplimiento de un objetivo.

En 1991 la **Organización Mundial de la Salud** afirmaba que; “Una atención Sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

Los antecedentes en la utilización de técnicas de control de las actividades y de los resultados se inician con algunos de los trabajos de Florence Nightingale acerca de las medidas eficaces en la atención sanitaria, por medio de sus estudios de estadísticas hospitalarias y tasas de morbilidad en el año 1854.

En los años sesenta algunos de los organismos dedicados al control de calidad más destacados fueron el sistema de control del ejercicio médico, denominado Peer Review y la Comisión para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations).

Actualmente el interés por la calidad de los servicios se mantiene de forma creciente, y una de las grandes causas es el aumento de los costos de salud financiados en su mayoría por fondos públicos. Se pretende que estos fondos utilizados en la salud se empleen de manera eficaz y eficiente.

Otro factor influyente en este elevado interés es la evolución de la tecnología, lo que genera riesgos y hace necesaria una evaluación continua. Además influyen los aspectos legales, así es que la OMS (Organización Mundial de la Salud) afirma que cada persona tiene derecho al más alto nivel de salud que sea alcanzable”. Hasta en las legislaciones nacionales de los países desarrollados, existe un amplio marco legal que refrenda formalmente el interés por la calidad asistencial presente en la sociedad actual.

La Organización Mundial de la Salud ha intentado una definición lo más amplia posible de la calidad de la asistencia sanitaria, al establecer que es “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”

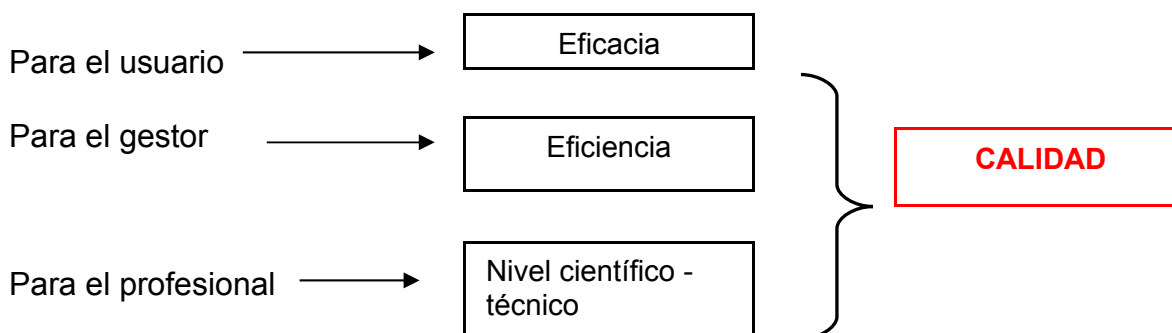
COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La concepción de calidad puede variar según sean los expertos en salud, los usuarios o la propia Administración quien los valore.

Los *expertos* en salud tienden a situar la definición de calidad asistencial en la consecución de un elevado nivel científico-técnico, es decir la utilización de conocimientos y tecnología. Según este enfoque, la calidad estaría relacionada fundamentalmente con lo que los médicos y enfermeras saben, y en la posibilidad que ellos y otros profesionales tienen de utilizar los medios adecuados en su trabajo.

Los *usuarios* por su parte, pacientes de los servicios de salud, identifican la calidad más bien con un componente de cantidad de servicios disponibles, de tiempos empleados, de celeridad en la atención y otras cuestiones referidas a la comodidad de los servicios sanitarios, aspectos todos ellos que tienen que ver especialmente con el concepto de eficacia del sistema, orientada a la cantidad de servicios que están al alcance de las personas.

Los *administradores y gestores* de los servicios de salud, identifican en buena medida la calidad asistencial con los atributos que se orientan a la eficiencia, relacionando estrechamente los beneficios obtenidos de la atención con el costo que ésta ha generado.



Estos tres enfoques principales de la calidad de la atención sanitaria pueden ayudar a una más amplia elaboración de los componentes de ésta, ya que en realidad, funcionan de forma interrelacionada y coordinada dando además una serie de atributos o componentes.

CONTROL Y GARANTÍA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

El control de calidad se define como la medida de una situación o características en comparación con los más elevados niveles que se hayan establecido, en cualquiera de los atributos o elementos de la calidad que hemos reseñado.

Establecer medios de control permitirá garantizar la calidad; esto está unido a los conceptos de garantía y mejora de la atención.

El control de calidad no es simplemente la detección de errores. Como todo sistema de control, lo que pretende es justamente actuar anticipadamente, no para constatar que se han producido errores y solucionarlos, sino para evitar que se produzcan.

El control tiene como finalidad valorar el estado de la calidad y a mantenerla en niveles óptimos. Este no es exclusivamente un objetivo de la administración, sino un instrumento de la misma, que le ayuda a mantener en los límites previstos el cumplimiento de objetivos y por tanto del plan diseñado.

Es importante que el sistema de control de calidad no se convierta en sinónimo de represión de los trabajadores, sino que deberá conseguir que todos mantengan elevados niveles de competencia.

La seguridad del paciente es otro de los componentes de calidad, que en la actualidad presenta una elevada relevancia, hasta el punto que la OMS ha creado una alianza a nivel mundial para potenciar esta dimensión de la calidad.

Las organizaciones llegan a su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento, en el marco de una cultura de aprendizaje, innovación y mejora continua.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

DEFINICIONES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende que la Calidad de la Asistencia Sanitaria es “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

Mari Paz Mompert (1995) desarrolla la idea de que cuando se habla de calidad aplicada a la atención sanitaria, debe hablarse también de sus componentes, que al fin y al cabo terminan definiéndola. A saber, estos son la Adecuación, Accesibilidad, Competencia, Relaciones personales, la Comodidad, Satisfacción, y por último la Seguridad, dentro de la que se comprende la Ausencia de riesgos, la confidencialidad y el mantenimiento de la organización. En la misma obra esta autora, hablando de la finalidad de los cuidados, nos dice:

“Contra lo que quizá se piense tradicionalmente, no es la enfermedad misma el objeto de los cuidados, sino el bienestar y la seguridad de los individuos”.

RESEÑA HISTORICA

El interés por la Seguridad del Paciente tal como lo conocemos hoy, tiene su antecedente en el impulso internacional que en la década de los 90 dieron las Naciones Unidas, declarando el “Decenio Internacional para la Reducción de Desastres Naturales”, que con la posterior Conferencia Mundial del Decenio

Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales (DIRDN), celebrada en Yokohama en 1994, crea una Asociación Iberoamericana de organismos gubernamentales de defensa y protección civil. Su primera conferencia fue en 1997, en Madrid, y tuvo por objetivo “Fomentar la cooperación científica y técnica en materia de gestión de desastres en el ámbito de la protección y la defensa civil”.

Siguiendo en esta misma línea, en el año 2002 se celebra la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, donde se insta a los estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención a la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”. Dos años más tarde la Organización Mundial de la Salud (OMS), anuncia junto a otras organizaciones internacionales la formación de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, octubre de 2004.

Enmarcada en estos avances se encuentra una nueva Conferencia Mundial para la Reducción de los Desastres Naturales, llevada a cabo por la OMS, esta vez celebrada en Kobe (Japón), en el año 2005. En esta conferencia la comunidad mundial redacta un plan de acción para el decenio 2005 – 2015, plan al que nuestro país se compromete en llevar adelante. Se promueve aquí la meta de “hospitales seguros frente a desastres”, entendiéndose por esto “a un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura, inmediatamente después de un fenómeno destructivo de gran intensidad de origen natural”.

Entendemos que un hospital seguro no puede ser tal sin un paciente seguro, definido por la Agencia para la Calidad e Investigación en Salud de los Estados Unidos como el **"conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición del usuario al sistema de atención sanitaria a lo largo de enfermedades y procedimientos"**

En la actualidad, la Seguridad del Paciente es un problema relevante de salud pública en el mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Según datos de la OMS (2010), en algunos países en desarrollo, el riesgo de infección asociada con la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados. Asimismo, los estudios de la OMS muestran que en algunos países se han perdido entre US\$ 6.000 millones y US\$ 29.000 millones

por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, el lucro cesante, la discapacidad y los gastos médicos.

Reconociendo estas debilidades es que en el año 2007 la OMS anunció el lanzamiento de un esfuerzo conjunto entre la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador de la OMS sobre soluciones para la Seguridad del Paciente; las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” centran su atención en los siguientes aspectos:

- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traspaso de pacientes
- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

La identificación de pacientes es el punto de partida de la atención sanitaria. Aquí se trata de romper con clasificaciones por número de cama, o de patología, y unificar criterios dentro de una misma organización sobre cómo identificar a cada usuario. Algunos autores proponen utilizar dos únicos criterios, por ejemplo, el nombre y la fecha de nacimiento. También podría usarse el número de documento, o, más simple, la edad de cada usuario.

ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE - Organización Mundial de la Salud

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud, en octubre de 2004, con la finalidad de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. Por este medio se logra la colaboración internacional, la acción de los Estados Miembros, de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud; de expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.

Asimismo se destaca la importancia internacional de la seguridad del paciente, con el objeto de fomentar la capacidad de investigación en el mundo entero y promoción de la cultura de la seguridad, promoviendo y mejorando la difusión de los resultados de las investigaciones sobre prioridades en materia de seguridad y suministrando financiación a proyectos de investigación sobre el tema, como forma de sensibilizar y hacer reflexionar a los gobiernos de los diferentes países miembros de la Organización Mundial de la Salud.

Prioridades mundiales para la investigación sobre seguridad del paciente

Innumerables son los problemas vinculados a la seguridad del paciente que ameritan ser investigados. Aún no se cuenta con suficientes datos científicos que revelen por qué se producen, cómo y cuánto perjudican a los pacientes, cómo podrían reducirse o minimizar sus daños. Por lo expuesto surgió la necesidad de determinar prioridades a investigar y mayoritariamente en países en vías de desarrollo o con economías en transición. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud, creó un grupo internacional de trabajo con la participación de las partes interesadas, encabezado por el Dr. David Bates (Professor of Medicine, Harvard Medical School. Boston (Estados Unidos), para identificar las prioridades mundiales en relación con la investigación sobre seguridad del paciente. Se seleccionó una lista de prioridades clasificadas según la gravedad y frecuencia del problema de seguridad del paciente, la magnitud del daño y su distribución, y la repercusión del problema en la eficiencia del sistema de salud en su conjunto. Se determinó que en los países en desarrollo y o con economías en transición, la principal prioridad era la **formulación y el ensayo de soluciones locales efectivas y accesibles**, y en segundo lugar las **estrategias costo - eficaces de reducción del riesgo**. Asimismo, en los países desarrollados, los problemas prioritarios eran la **falta de comunicación y coordinación**, y los **fallos latentes del sistema**. Se clasificaron las prioridades de investigación de los países en desarrollo los países en transición económica y los desarrollados, elaborándose un amplio informe sobre los conocimientos actuales y las lagunas existentes en la investigación sobre seguridad del paciente. En el conjunto de prioridades determinadas se encuentra la cultura de la seguridad del paciente, constituyendo un buen comienzo. Los países podrán utilizar estas prioridades como punto de partida, pero seguramente intentarán realizar su propia determinación de prioridades. Por tal motivo, la inversión en seguridad del paciente debe aumentar de manera considerable, en particular en los países en desarrollo y con economías en transición.

COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN MEDICINA, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE URUGUAY - COSEPA

El Ministerio de Salud Pública uruguayo dispuso en octubre de 2006, la creación de una Comisión de carácter Nacional **COSEPA**, con la finalidad de diseñar y proponer políticas y actividades en relación a la seguridad de los pacientes y la prevención del error en medicina. Dicho objetivo fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud, y Uruguay lo ha puesto en marcha en forma jerárquica.

En el Sistema Nacional Integrado de Salud, se establece la obligatoriedad del funcionamiento de Comisiones Institucionales (públicas y privadas) para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina. Desde su implementación, las empresas de salud contaban con un plazo de 6 meses para constituirlas; asimismo deberán rendir cuentas ante la Comisión Nacional perteneciente a la Dirección General de Salud. Por la diversidad y complejidad de los sistemas, cada institución se verá obligada a diseñar respuestas adaptadas a sus múltiples escenarios.

COSEPA funcionará como organismo asesor de la Dirección de cada Institución, con capacidad operativa asignada a través de las Direcciones Técnicas.

Deberá estar integrada multidisciplinariamente y con representatividad de Médicos, Licenciados /as en Enfermería, profesionales Universitarios e idóneos calificados de servicios médicos, quirúrgicos, materno infantiles, emergencias, Departamento de Enfermería, Centros de Medicina Intensiva, Policlínicas, farmacia, registros médicos, mantenimiento, nutrición, representantes de comisión de usuarios, gremio de la institución y proveedores estratégicos.

El funcionamiento será de una Comisión Ejecutiva Permanente, con representantes de diferentes áreas o servicios que se sumarán para la consideración de temas puntuales.

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

DEFINICIÓN “La Cultura de la seguridad es el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y el grupo que desempeñan su actividad en un determinado hospital, centro de salud, servicio clínico, etc.”

Diego Ayuso Murillo (2007)

En la medida en que los individuos y los grupos incorporan la responsabilidad personal de seguridad, actúan para preservar, mejorar y comunicar sus preocupaciones sobre la misma, aprenden activamente para adaptar y modificar conductas (tanto individual como organizacionalmente), las mismas basadas en las lecciones aprendidas de los errores cometidos. La existencia de temas clave, como el compromiso personal, la responsabilidad, la comunicación y el aprendizaje, influenciados por la alta dirección conjugan así los comportamientos de todos en la organización. Queda implícito que las organizaciones poseen cultura de la seguridad de algún tipo, la cual se expresa con diversos grados de calidad y seguimiento. La cultura predominante actualmente en las instituciones de asistencia sanitaria, se caracteriza por identificar a la seguridad como una propiedad accesoria y secundaria del sistema; se ocultan fallas y errores que se cometen, por temor a sanciones; ante la aparición de efectos adversos se presentan actitudes reactivas y no de prevención de los mismos; predomina el individualismo ante el trabajo en equipo; etc. Por tal motivo es imprescindible lograr en las instituciones sanitarias el cambio de una cultura de ocultación de errores o de reacción ante efectos adversos, por una cultura en la cual los errores son la consecuencia de la interacción de múltiples factores, que le dan la oportunidad al sistema de mejorar, con la finalidad de evitar que se sucedan, repitan y por ende evitar el daño.

Buscar un cambio cultural basado fundamentalmente en considerar la seguridad como el componente esencial de la calidad asistencial y prioritaria dentro de los sistemas sanitarios; en desarrollar un sistema de gestión de riesgo asistencial proactivo para detectar problemas antes de que surjan; en incentivar la lealtad, la comunicación abierta y la confianza entre los actores del sistema de salud; en trabajar fundamentalmente en equipo; en la estandarización de procedimientos que mejoraran la práctica clínica, la eficacia y efectividad; en que el centro de atención del servicio sanitario es el paciente, incrementando la comunicación con él y su familia, fomentando el respeto y su participación en la toma de decisiones. La asistencia sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental, destacando

además que la mejora continua de la calidad de asistencial es el objetivo clave, tanto para la seguridad del paciente como para la gestión eficiente de los sistemas de salud. Promoviendo una cultura centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos, mitigando la culpa, el reproche y el castigo. Asimismo la tarea de promover la seguridad del paciente debe involucrar a los profesionales sanitarios, la administración, grupos, organizaciones, pacientes, consumidores, sociedades científicas, agencias, organismos internacionales, medios de comunicación etc., logrando de esta forma constituir la principal prevención en la aparición de efectos adversos, en relación a la asistencia sanitaria para los sistemas sanitarios del siglo XXI.

CAMBIO HACIA LA CULTURA HOSPITALARIA DE SEGURIDAD

La gestión integral de calidad se encuentra íntimamente ligada a la cultura organizacional y en alineación con la gerencia de los procesos y el direccionamiento estratégico.

Astolfo León Franco define la cultura organizacional como “el conjunto de experiencias, conocimientos, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, que rigen su comportamiento diario, y por lo tanto son transmitidos a los nuevos miembros que se incorporen a la organización”.

Por trabajar con vidas humanas, la calidad del acto clínico y su seguridad deberán ser los componentes fundamentales del servicio prestado; por lo tanto se debe cambiar la cultura de servicio por cultura de seguridad.

Tener una cultura institucional de seguridad del paciente implica que el personal clínico y médico en su labor diaria, le da prioridad a la seguridad de sus actos clínicos por encima de cualquier otra consideración.

En tal sentido la cultura de la seguridad del paciente parte del proceso estratégico de la organización, desde la misión y visión, desde los valores institucionales y los objetivos estratégicos. Para que en una organización se realice la transformación cultural debe haber convencimiento del cambio de cultura, claridad en la cultura que se desea obtener y la capacidad para implantar la nueva cultura.

Con la existencia de una cultura de seguridad, se garantiza que migre verticalmente la misma hacia el colaborador con mayor conocimiento.

ASPECTOS LIGADOS A LA TRANSFORMACIÓN CULTURAL

- Evaluación del personal gerencial y colaboradores.
- Revisión de la estructura (no hay cambio cultural sin cambio estructural), investigando luego el impacto positivo en seguridad y la relación costo beneficio.
- Socialización, proceso que disemina la nueva cultura a todos los servicios.
- Educación y punición, logrando un ambiente institucional libre de culpas donde las personas sientan confianza de comentar sus errores ya que no recibirán castigo; pero si con el compromiso constante de mejoramiento continuo, reflejado en la disminución de efectos adversos y en la no repetición de los sucedidos.

Por lo tanto la capacitación y entrenamiento constante del personal en aspectos de seguridad del paciente, facilita el mejoramiento de las competencias y habilidades específicas requeridas según el caso. Debido a que una de las áreas prioritarias de investigación por la seguridad del paciente, por parte de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente es la Cultura de la Seguridad, es que se considera importante realizar una breve exposición de la visión sobre el tema en España.

VISION DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESPAÑA

Del informe sobre el Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español 2009 se desprende que los investigadores han estudiado organizaciones con tradición en cultura de seguridad, como ser la aviación, la industria química, eléctrica, etc., identificando la necesidad de estudiar e implementar la misma en el ámbito sanitario.

Asimismo consideran requisito esencial, para las instituciones sanitarias el cultivar una cultura positiva sobre seguridad del paciente, con la finalidad de evitar o disminuir la aparición de efectos adversos, aprender de los errores rediseñando los procesos a efectos de que no vuelvan a producirse.

Por tal motivo, el logro de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente, es marcada como la primera buena práctica o recomendación para incrementar la seguridad de estos. La medición de la cultura por medio de un instrumento, el

feed-back de los resultados y las intervenciones que ellos promueven son los elementos imprescindibles para el logro de la recomendación.

Aplicando en 24 hospitales, una encuesta original modificada de la **Agency for Healthcare Research and Quality** de Estados Unidos, lograron identificar varios aspectos de la cultura de las organizaciones de salud en los que habría que incidir para mejorar. El instrumento contiene 3 dimensiones que abarcan 12 áreas; indagando en cada ítem sobre la percepción que tienen los profesionales que respondieron.

En general la oportunidad de mejora que perciben, se encuentra vinculada a la dotación de personal y el ritmo de trabajo, lo cual puede afectar la seguridad del paciente mayoritariamente en hospitales grandes y medianos; la necesidad de una actitud más proactiva de la gerencia y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios.

De los resultados obtenidos identificaron las principales estrategias para mejorar el clima de seguridad en los hospitales, como ser:

1. Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir. La actitud positiva para aprender de ellos es una fortaleza que debe ser aprovechada.
2. Tratar los temas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. (La buena percepción de la importancia de la inter-relación 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
4. Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre Unidades y Servicios (hacer extensiva la sensación de trabajo en equipo entre todas las unidades)
5. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente

ANEXO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

UDELAR

Facultad de Enfermería

Cátedra de Administración

De Servicios de Salud

Trabajo Final de Investigación

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“ASPECTOS CULTURALES RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE QUE POSEEN LOS LICENCIADOS EN ENFERMERÍA
OPERATIVOS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS
QUIRÚRGICOS Y GINECOBSTÉTRICOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS”**

Tutores:

Licenciados en Enfermería Sandra Figueroa

Licenciados en Enfermería Miriram Gorrasi

Licenciados en Enfermería Milton Sbábaro

Autores:

De los Santos, Mariela

Fernández, Fabián

Forrisi, Florencia

Grecco, María

Lacuesta, Patricia

Montevideo, febrero 2011

TITULO DEL PROYECTO

ASPECTOS CULTURALES RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE POSEEN LOS LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVOS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y GINECOBSTÉTRICOS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

RESUMEN DEL PROYECTO

El nuevo modelo asistencial integra la ***cultura en seguridad***, como un componente esencial dentro las prácticas asistenciales. Propuesta mundial derivada de la Organización Mundial de la Salud y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Administración Sanitaria, base de la gestión de cuidado del paciente se centra en la calidad, seguridad y la cultura institucional de seguridad.

La investigación de los aspectos culturales relacionados a la seguridad del paciente que poseen los Recursos Humanos de un servicio de salud, desarrolla un sistema de gestión de riesgo proactivo antes de que surjan los problemas; incentivando la lealtad, la comunicación, la confianza, el trabajo en equipo, promoviendo el cambio de la cultura de ocultación de errores o de reacción ante efectos adversos por una cultura que de oportunidad al sistema de mejorar, evitando la sucesión de errores y el daño.

Dada la importancia del tema y con el fin de conocer los aspectos culturales en seguridad del paciente de los Licenciados en Enfermería Operativos y Auxiliares de Enfermería, se enfoca este Trabajo Final de Investigación en los Servicios Quirúrgicos y Ginecobstétricos del Hospital de Clínicas.

Resultados: de la aplicación del instrumento surgirán los aspectos sobre cultura en seguridad del paciente que posee la población objetivo.

Evaluación: será descripta luego del análisis de los datos obtenidos a través de la aplicación del instrumento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué aspectos de la cultura en seguridad del paciente, poseen los Licenciados en Enfermería Operativos y los Auxiliares de Enfermería de los Servicios Quirúrgicos y Ginecobstétricos del Hospital de Clínicas, en el período comprendido entre el 14 y el 20 de febrero de 2011?

JUSTIFICACION CIENTÍFICA

Se aborda esta temática, con la finalidad de conocer la percepción que posee la población en estudio sobre la seguridad del paciente, ya que ésta influye en el desempeño laboral, la atención a los usuarios y condiciona los indicadores sanitarios.

La Seguridad del Paciente es un factor relevante de salud pública mundial, sobre todo en los países en desarrollo.

En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud anunció la formación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en procura de soluciones ante la aparición de eventos adversos en la asistencia sanitaria, los cuales elevan los costos de las instituciones generando alteraciones en los usuarios y en el personal de salud.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública dispuso la creación de la Comisión de seguridad del paciente y prevención del error en medicina (2006 ⁱⁱ), encargada de diseñar y proponer políticas y actividades en relación al tema, tanto en las Instituciones públicas como privadas. En tal sentido las Instituciones deberían formar y poner en práctica Comisiones internas, con la finalidad de trabajar en conjunto con los recursos humanos de cada servicio, sobre la seguridad del paciente.

Interesa conocer cuál es la cultura en seguridad del paciente de los recursos humanos de los Servicios Quirúrgicos mencionados precedentemente; debido a la falta de profundización e investigación en el tema este trabajo podría ser un relevante aporte sanitario.

OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer la cultura de seguridad del paciente que poseen los Licenciados en Enfermería Operativos y los Auxiliares de Enfermería, que se desempeñan en los Servicios Quirúrgicos y Ginecobstétricos del Hospital de Clínicas

ESPECIFICOS

- Caracterizar la población de estudio.
- Describir el comportamiento de las variables.
- Identificar actitudes, comportamientos favorables y desfavorables así como inquietudes del personal encuestado.
- Identificar las fortalezas, debilidades u oportunidades de mejora para la seguridad del paciente.

APLICABILIDAD

El Trabajo Final de Investigación se considera que podrá ser aplicado en la Institución mencionada por ser un Hospital Universitario, de fácil acceso para la investigación y la aplicación del instrumento en el personal de los diferentes turnos. Si bien el Instrumento a utilizar es de origen norteamericano y avalado en Europa (tiene como base la escala de Likertⁱⁱⁱ), consta de un cuestionario sería relativamente accesible y rápido de responder. En ella, la intencionalidad de las preguntas planteadas desea valorar las opiniones, pensamientos, sentimientos, gustos, satisfacción, conocimiento, representaciones, actitudes, prácticas del personal de salud donde se aplica el instrumento, los cuidados de la salud de los colectivos, etc.

Se realiza la medición por medio de aseveraciones con tendencias positivas o negativas, no interesando la opinión o el conjunto de palabras que expresa la persona. Por ello se considera que la realización de esta Investigación de Enfermería, puede volcar datos fehacientes sobre el tema al aplicarlo en esta Institución, pudiendo obtener resultados representativos sobre los aspectos culturales en seguridad del paciente que posee la población objetivo, generalizándolos luego al Universo.

MARCO TEÓRICO (ver anexo marco teórico)

Gestionar permite obtener resultados previamente planificados para que posteriormente sea posible una evaluación.

Hablar de Gestión, es sinónimo de Administración o de Proceso Administrativo, que consta de dos grandes fases: la de PENSAR, que comprende las etapas de planificación y organización y la de HACER que comprende las etapas de dirección y control.

Permite situar a los profesionales y no profesionales como el principal activo de las organizaciones, contribuyendo a progresar y que alcancen altos niveles en el desempeño de su rol, desarrollando su máximo potencial, encontrando aquel puesto en donde realice mejor y con mayor potenciabilidad su tarea para lograr una gestión de calidad.

Una efectiva comunicación interna en las Instituciones Sanitarias es imprescindible para lograr los objetivos, metas y misión que se propongan las mismas, tanto a nivel general como en los diferentes departamentos, servicios o unidades; a nivel público como privado. Es fundamental el trabajo en equipo de los integrantes para que sea exitosa. Las novedades o información brindada, no pueden ser incidentales, sino que debe ser planificada, pensada y diseñada para que sea útil a las personas, consiguiendo profesionales más identificados con los objetivos de la organización, más participes en los proyectos del centro y más motivados y satisfechos en su trabajo. La comunicación informal y la improvisación, muy frecuentes actualmente, se convierten en un problema. Una adecuada comunicación interna es imprescindible para el beneficio de los usuarios y de los profesionales actuantes.

En la gestión de las unidades, enfermería juega un rol importantísimo ya que es la encargada de realizar la gestión de camas, dotar los recursos humanos según nivel de dependencia previa valoración de los usuarios, coordinación con los diferentes servicios, planificación de acciones de enfermería, realizar y controlar sistema de registros, función de docencia e investigación, entre otras, logrando así mejor calidad de asistencia.

La calidad es un conjunto de características de los productos o servicios que, cuando es alta, denota superioridad en su género y se reconoce que tiene

características superiores al resto, asimismo es fácil de distinguir cuando se habla de un producto tangible; pero cuando es intangible también presenta características de grado de satisfacción en donde se puede medir su calidad. Técnicamente, la calidad es el cumplimiento de estándares referentes a la atención al usuario con la idea de una mejora continua. Cuando hablamos de calidad utilizamos varios términos: certificación, norma, excelencia.

El concepto de Calidad es dinámico y ha evolucionado a lo largo del tiempo. En los servicios sanitarios, la calidad del producto tiene que ver con las actividades e intervenciones específicas a cada tipo de servicio, adecuadas a los criterios científicos aceptados en el momento; de esta forma la calidad técnica hace referencia a la mejora del nivel de salud de la población y está determinada por la competencia de los recursos humanos y el funcionamiento de los procesos de la organización.

Una fuente habitual de criterios de calidad técnica son las guías de prácticas clínicas, las cuales son recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para ayudar a los profesionales en la toma de decisiones y que establecen pautas, conductas diagnósticas y terapéuticas adecuadas para cada situación con aval científico.

Hablando de la calidad de la atención sanitaria, su objetivo primordial y estratégico es asegurar una atención sanitaria de excelencia, personalizada y más centrada en las necesidades particulares e integrales del usuario.

Avedis Donabedian (1919 – 2000) es considerado el pionero de la concepción moderna de Calidad de la Asistencia en Salud. En 1980 propuso una definición de calidad asistencial donde plantea que “La calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”^{iv}.

En 1989, la **Internacional Organization for Standardization** la definió de la siguiente manera: “Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”^v. Esta definición incluye dos conceptos fundamentales; el primero hace referencia a que la calidad se puede medir, el segundo a que ésta es el grado de cumplimiento de un objetivo.

En 1991 la **Organización Mundial de la Salud** afirmaba que; “Una atención Sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas,

preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”^{vi}

Definiendo más ampliamente posible la calidad de la asistencia sanitaria, al establecer que es **“asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”** ^{vii}.

Mari Paz Mompert (1995) ^{viii} desarrolla la idea de que, cuando se habla de calidad aplicada a la atención sanitaria, debe hablarse también de sus componentes que la definen: Adecuación, Accesibilidad, Competencia, Relaciones Personales, Comodidad, Satisfacción y por último la Seguridad, dentro de la que se comprende la Ausencia de riesgos, la confidencialidad y el mantenimiento de la organización.

El interés por la Seguridad del Paciente, tiene su antecedente en el impulso internacional que en la década de 1990 dieran las Naciones Unidas, declarando el “Decenio Internacional para la Reducción de Desastres Naturales”; en el año 2002 se celebra la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, donde se insta a los estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención a la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”. Dos años más tarde la Organización Mundial de la Salud, anuncia junto a otras organizaciones internacionales la formación de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, en octubre de 2004,^{ix} con la finalidad de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. Por este medio se intenta lograr la colaboración internacional de los Estados Miembros de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, de expertos, usuarios, de grupos de profesionales y de la industria. Asimismo se destaca la importancia internacional de la seguridad del paciente, con el objeto de fomentar la capacidad de investigación en el mundo entero y la promoción de la cultura de la seguridad, gestionando y mejorando la difusión de los resultados de las investigaciones sobre prioridades en materia de seguridad y suministrando financiación a proyectos de investigación sobre el tema, como forma de sensibilizar y hacer reflexionar a los gobiernos de los diferentes países miembros de la Organización Mundial de la Salud.

Un hospital seguro no puede ser tal sin un paciente seguro, definido por la Agencia para la Calidad e Investigación en Salud de los Estados Unidos como él: **"conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición del usuario al sistema de atención sanitaria a lo largo de enfermedades y procedimientos"**

x

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud anunció el lanzamiento de un esfuerzo conjunto entre la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador de ésta sobre nueve soluciones para la Seguridad del Paciente, en aspectos que se detallan en anexos del marco teórico.

El Ministerio de Salud Pública uruguayo dispuso en octubre de 2006, la creación de una Comisión de carácter Nacional (COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN MEDICINA, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE URUGUAY)^{xi}, con la finalidad de diseñar y proponer políticas y actividades en relación a la seguridad de los pacientes y la prevención del error en medicina. Dicho objetivo fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, y Uruguay lo ha puesto en marcha en forma jerárquica.

En el Sistema Nacional Integrado de Salud, se establece la obligatoriedad del funcionamiento de Comisiones Institucionales (públicas y privadas) para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina. Asimismo, deberá estar integrada multidisciplinariamente y con representatividad profesional y no profesional; el funcionamiento será de una Comisión Ejecutiva Permanente, con representantes de diferentes áreas o servicios que se sumarán para la consideración de temas puntuales.

Con respecto a la cultura de la seguridad del paciente (Diego Ayuso Murillo 2007), la define como: "el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y el grupo que desempeñan su actividad en un determinado hospital, centro de salud, servicio clínico, etc." ^{xii}

Las organizaciones sanitarias poseen cultura de la seguridad de algún tipo, la cual se expresa con diversos grados de calidad y seguimiento. La cultura predominante actualmente en las instituciones de asistencia sanitaria, se caracteriza por identificar a la seguridad como una propiedad accesoria y secundaria del sistema; se ocultan fallas y errores que se cometen, por temor a sanciones; ante la aparición de efectos adversos se presentan actitudes reactivas y no de prevención

de los mismos; predomina el individualismo ante el trabajo en equipo; etc. Es imprescindible lograr en las instituciones sanitarias el cambio de una cultura de ocultación de errores o de reacción ante efectos adversos, por una cultura en la cual los errores son la consecuencia de la interacción de múltiples factores, que le dan la oportunidad al sistema de mejorar, con la finalidad de evitar que se sucedan, repitan y por ende evitar el daño. Un cambio cultural, basado fundamentalmente en considerar la seguridad del paciente como el componente esencial de la calidad asistencial y prioritaria dentro de los sistemas sanitarios. Desarrollando un sistema de gestión de riesgo asistencial proactivo para detectar problemas antes de que surjan, incentivar la lealtad, la comunicación abierta y la confianza entre los actores del sistema de salud; trabajar fundamentalmente en equipo; la estandarización de procedimientos que mejoraran la práctica clínica, la eficacia y efectividad; teniendo presente que el centro de atención del servicio sanitario es el paciente, incrementando la comunicación con él y su familia, el trato humanitario e integral, fomentando el respeto y su participación en la toma de decisiones.

Astolfo León Franco^{xiii} define la cultura organizacional como “el conjunto de experiencias, conocimientos, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, que rigen su comportamiento diario, y por lo tanto son transmitidos a los nuevos miembros que se incorporen a la misma”.

En tal sentido la cultura de la seguridad del paciente parte del proceso estratégico de la organización, desde la misión y visión, desde los valores institucionales y los objetivos estratégicos. Para que en una organización se realice la transformación cultural debe haber convencimiento del cambio de cultura, claridad en la cultura que se desea obtener y la capacidad para implantar la nueva cultura. Con la existencia de una cultura de seguridad, se garantiza que migre verticalmente la misma hacia el colaborador con mayor conocimiento.

Según Diego Ayuso Murillo^{xiv}, el efecto adverso es consecuencia de un error o fallo del proceso asistencial, entendiendo por tal a todos los aspectos del mismo en el cual se involucran acciones, decisiones tanto del personal médico, enfermería como de los técnicos, de los recursos, de la organización e independientemente de los fallos del sistema o de errores de las personas que atienden a los usuarios. Son acontecimientos relacionados directamente con la atención sanitaria recibida por un paciente, los cuales tienen o pueden tener consecuencias negativas para el mismo. El efecto adverso, es la parte visible de la última fase del proceso de la interacción de múltiples factores de los problemas de seguridad de un paciente. Al prevenirlos se logra: disminuir el riesgo de que aparezcan, abordarlos en forma

precoz disminuyendo su evolución, mitigando sus consecuencias y evitar su reparación reduciendo el impacto.

METODOLOGÍA^{xv}

Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, la variable cultura de la seguridad es cualitativa compleja con tres dimensiones, al operacionalizarla adquiere valores numéricos cuantificables.

Universo: es todo el personal Licenciados en Enfermería Operativos y Auxiliares de Enfermería de los Pisos Quirúrgicos del Hospital de Clínicas; **139** individuos discriminados en, 36 Licenciados en Enfermería Operativos y 103 Auxiliares de Enfermería.

Criterios de inclusión: todos los Licenciadas/os en Enfermería Operativos y todos los Auxiliares de Enfermería que se desempeñan en atención directa a los usuarios, en los turnos matutino, tarde, vespertino y nocturno de los Pisos Quirúrgicos del Hospital de Clínicas. Asimismo deberán tener: ≥ 1 año de trabajo en su cargo y en el desempeño en los Servicios Quirúrgicos citados.

Criterios de exclusión: Licenciados en Enfermería Operativos y Auxiliares de Enfermería que se desempeñan en los diferentes turnos en los Pisos Quirúrgicos del Hospital de Clínicas, que se encuentren en uso de cualquier tipo de licencia, inasistencias, con tareas especiales no directas con el usuario al momento de aplicar el instrumento, los que por su propia voluntad no desean participar del trabajo de investigación y que su desempeño laboral en el cargo sea <1 año al igual que su desempeño en los Servicios Quirúrgicos citados.

Muestra: El muestreo será seleccionado por conveniencia, 70% de los Licenciados en Enfermería Operativos (**23**) y el 51,4%, de los Auxiliares de Enfermería (**53**) que se desempeñan en los Pisos Quirúrgicos del Hospital de Clínicas y Ginecobstétricos, totalizando **76** individuos. Se aumentará el porcentaje de Auxiliares de Enfermería para ampliar la muestra de éstos; para ello se aplicará el instrumento a por lo menos cuatro Auxiliares de Enfermería que se encuentren disponibles en los cuatro turnos de los Servicios de Cirugía, esto posibilitará aumentar el mínimo exigible de un 30% para la representatividad de una población en una investigación, con la finalidad de disminuir los sesgos.

Unidad de Análisis: el instrumento es una encuesta autoadministrada, anónima, de la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos, validado y

adaptado al español, con la finalidad de medir aspectos de cultura de las organizaciones de salud. Compuesto de secciones e ítems que se desprenden de la variable cultura de la seguridad, categorizados o codificados numéricamente de acuerdo a la escala de Likert con varias alternativas de respuesta, a efectos de dar significado numérico a los resultados.

METODOS, INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Una vez presentado y aprobado el protocolo; presentada la carta de solicitud de autorización en la División Enfermería del Hospital de Clínicas para la realización de la investigación de enfermería; se concretarán entrevistas con las Licenciadas Supervisoras y Jefas de los Servicios Quirúrgicos antes mencionados (7 y 8 de febrero 2011), con la finalidad de presentar a los investigadores, entregar una copia del Protocolo, recabar datos relevantes para la investigación y pactar la fecha de aplicación del Instrumento (ver anexo entrevistas).

Al instrumento se le realizarán una serie de modificaciones a efectos de su mejor aplicabilidad en esta investigación:

Sección A: ámbito de atención primaria, con todos sus ítems, porque el instrumento será aplicado en segundo nivel de atención. **Sección H:** características de los encuestados: preguntas 1 (¿Cuándo tiempo lleva usted trabajando en este centro?), a. menos de 1 año; 2 (¿Cuándo tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/unidad o área?), a menos de 1 año; 3 (¿A qué estamento pertenece?), se sustituyó médicos por Auxiliares de Enfermería; se eliminó la pregunta 5 (¿En su puesto de trabajo tiene relación directa o contacto con los pacientes?); 6 (¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión) a. Menos de 1 año. Estos ítems se excluirán ya que quedan implícitos en los criterios de exclusión de la muestra. Asimismo al momento de la tabulación y contabilización de los datos se tendrán en cuenta todas las variables que no tuvieron respuesta, creando una categoría especial a tal efecto denominada: **sin respuesta**.

La recolección de datos se realizará aplicando un instrumento (validado internacionalmente), que se entregará a la muestra en estudio durante su horario laboral, la cual responderá y devolverá el mismo día en sobre manila cerrado, según los requisitos éticos para la investigación científica (Ver instrumento original en anexos).

La aplicación del instrumento se hará entre el 14 y el 20 de febrero de 2011, concurriendo los investigadores durante los cuatro turnos, con la finalidad de cubrir la mayor parte de la muestra esperada.

Los datos obtenidos para cada ítem de cada sección del instrumento se tabularán en el programa informático Excel con frecuencias absolutas y relativas porcentuales, realizándose una síntesis primaria de los resultados (ver anexo tablas y síntesis).

Para la comprensión de los resultados^{xvi} se identificarán tres dimensiones, según se detallarán el Plan de Análisis. A partir de aquí, se aplicará el método Likert para identificar la tendencia de cada dimensión, seleccionando los ítems más relevantes para el análisis del trabajo de investigación.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Consentimiento informado:

Se explicará verbalmente en detalle al personal al que se le realizará la encuesta el proceso de investigación, teniendo presente el derecho al conocimiento de una descripción detallada de la naturaleza del estudio, de que trata la investigación y a tomar voluntariamente la decisión de participar o no de la misma. Los mismos serán informados oportunamente por sus superiores Supervisores y Jefes de Servicios, por medio cuaderno de novedades y o verbalmente.

El estudio se basará en el respeto, pudiendo decidir voluntariamente a participar o no de la investigación sin riesgo de sufrir represalias, recibir destratos o coerción por no participar de la misma.

El sujeto tiene derecho a un trato justo antes, durante y después de participar del estudio, a no ser discriminado, a cumplir los acuerdos estipulados, a recibir trato amable y respetuoso en todo momento.

La información recabada se mantendrá en estricta confidencialidad y anonimato, mediante la utilización de sobres cerrados donde se colocara la encuesta ya realizada.

RECURSOS HUMANOS

Los cinco investigadores, integrantes del grupo N° 2 del Trabajo Final de Investigación, de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República pertenecientes a la Generación 2006, están adecuadamente capacitados para desempeñar las funciones inherentes a la investigación, no requiriendo de personal extra.

RECURSOS MATERIALES

Se utilizarán libros, equipos computadores, impresoras, material de papelería, impresiones, fotocopias, encuadernaciones, sobres manilas, tiempo de internet al aire, carpetines, útiles de escritorio, etc. No será necesario solicitar viáticos o financiamiento externo a Instituciones o entidades para la realización de la investigación, ya que los investigadores solventarán los gastos durante todo el proceso (ver detalle en anexos Presupuesto)

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS^{xvii}

El análisis estadístico presentará en forma comprensible y significativa la información cuantitativa de la investigación de enfermería. El investigador vigilará al máximo el proceso de recolección de datos, explicando a los integrantes de la muestra la importancia de que completen el máximo posible los ítems de la encuesta.

El instrumento cuenta con aseveraciones positivas y negativas, de las cuales cada una tiene cinco categorías de respuestas con tendencias positivas, negativas y neutras, por lo que se aplicará la escala de Likert para el análisis.

Las **no respuestas** se tendrán en cuenta recodificándolas con el mismo valor de las categorías nulas o neutras (ver escala de Likert en anexo).

En base a esto se estudiarán las tendencias de las 3 dimensiones, ya sea como fortaleza o debilidad u oportunidad de mejora; seleccionando dos ítem de cada dimensión que se considerarán representativos para esta investigación, destacados en color rojo.

A tener en cuenta; no se analizan de esta manera las secciones H e I por las características propias del tipo de respuesta.

DIMENSIONES

A. DIMENSION DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD A NIVEL DE FUNCIONARIOS DE LA UNIDAD

1. Frecuencia de eventos notificados

- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Preg. 30).
- Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 31).
- Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 32).

2. Percepción de seguridad

- No se producen más fallos por casualidad (Preg. 11).
- Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 16).
- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 19).
 - En esta unidad hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente» (Preg. 18).

—

B. DIMENSION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE LA DIRECCION DE LA INSTITUCION

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 (Preg. 20).
- Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 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 (Preg. 22).
- Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 23).

4. Aprendizaje organizacional/mejora continua

- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 7).
- Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 10).
- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 14)

5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio

- El personal se apoya mutuamente (Preg. 2)
- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 4).

- En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 5).
- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 12)

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 (Preg. 25).
- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 27).
- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 29).

7. Feed-back y comunicación sobre errores

- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 24).
- Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Preg. 26).
- En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 28).

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 (Preg. 9).
- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un «culpable» (Preg. 13).
- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 17).

9. Dotación de personal

- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 3).
- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 6).
- En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (Preg. 8).
- Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas tareas demasiado deprisa (Preg. 15).

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 (Preg. 34).
- La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 41).
- La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 42)

C. DIMENSION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDADES Y SERVICIOS

11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios

- Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 37).
- Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 43).
- Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg. 35).
- Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (Preg. 39).

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 (Preg. 36)
- En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 38).
- El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 40).
- Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 44).

Con los resultados, se identificará el clima de seguridad y se obtendrán sus fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, siguiendo la metodología propuesta por la Agency for Healthcare Research and Quality:

*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 **debilidad u 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.

Los ítems seleccionados se contrastarán con el Marco teórico y los datos obtenidos de las entrevistas a las Supervisoras de Área y Jefas de piso de los Servicios Quirúrgicos de la Institución.

La sección I comentarios es una pregunta abierta, merece un análisis específico, si bien se cuantificarán los datos de ese ítem, tabulándolos y graficándolos, se analizarán puntualmente las opiniones brindadas por los integrantes de la muestra, aquí también probablemente surgirán importantes valores de “sin respuesta”, los que se analizarán de forma similar a los sucedidos en otras variables.

De esta forma se pretenderá generalizar los resultados obtenidos al Universo y se contribuirá como puntapié inicial para investigaciones posteriores más profundas en ésta área de estudio.

ANEXO CUESTIONARIO Y ENTREVISTAS A REFERENTES SUPERVISORAS Y JEFES DE PISOS QUIRÚRGICOS

ENTREVISTAS A REALIZAR EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS (P 7,9,10 Y 16 DEL HOSPITAL DE CLINICAS)

- DIRECTORA DEL AREA QUIRÚRGICA LICENCIADA FASCIOLI
- SUPERVISORAS LICENCIADOS DE PISO QUIRURGICOS: P 7, 9 Y 10
Licenciada PELETEIRO y Piso 16 Licenciada CORBACHO
- REPRESENTANTE DE COMISIÓN DE SEGURIDA DEL PACIENTE

SERVICIOS QUIRÚRGICOS:

Cuántas salas hay en Servicios Quirúrgicos y Ginecobstétricos (7, 9, 10, 16)?

Cuál es la capacidad instalada en los servicios mencionados?

Cuántas Licenciados en Enfermería Se desempeñan en los pisos quirúrgicos 7, 9,10 y 16, los cargos que ocupan y los horarios en que se desempeñan?

Existe Licenciados destinada al Área de seguridad del paciente?

Nº Auxiliares de Enfermería por turno y sala en los pisos quirúrgicos mencionados?

1. Datos patronímicos de la Licenciada?
2. Cargo, tiempo de desempeño del mismo?
3. Existe comisión de seguridad del paciente?
4. Existen protocolos para evitar efectos adversos y si se aplican?
5. Ante la presencia de Efectos Adversos, como se procede?

Hay sanciones al personal ante la ocurrencia de errores o efectos adversos?

6. Hay datos estadísticos sobre los efectos adversos más comunes (pueden proporcionárnoslos)?
7. Existe conciencia en seguridad del paciente en el personal?
8. Existen trabas culturales o imaginarios colectivos en la población que perjudiquen la seguridad del paciente (medidas de contención, transfusiones, imposición de la opinión del paciente)?
9. Existen inspecciones de calidad en seguridad del paciente por organismos del estado?
10. Cómo evalúan niveles de seguridad del paciente, con indicadores, etc.?
11. Hay existencia de fuga de información que potencie la aparición de efectos adversos?
12. Hay conciencia del personal que el registro de acciones e indicaciones cumplidas, protegen al usuario y al personal de Efectos Adversos?
13. Existe supervisión de registros en las Historias Clínicas de los pacientes?

ENTREVISTA A SUPERVISORAS Y JEFAS DE PISOS 7, 9 Y 10 DEL HOSPITAL DE CLINICAS

Entrevistas realizadas el día 8 de febrero de 2011 durante el turno matutino, a la Supervisora de los Pisos Quirúrgicos (7, 9 y 10) del Hospital de Clínicas Licenciada en Enfermería Marlein Peleteiro, y a las Licenciadas Jefas de los pisos antes mencionados Isabel Andujar (piso 7) quien subroga a la Licenciada en Enfermería Gabriela Guerrero; Beatriz Bañasco (piso 9) y la subrogante Marina Salerno (piso 10) de la Lic. Valeria Quintero.

De las respuestas se desprenden rasgos generales tales como que son Profesionales con larga trayectoria en su profesión y cargos dentro del Hospital de Clínicas, siendo subrogadas en casos necesarios por Licenciadas ampliamente capacitadas para cumplir la función.

Destacan que tienen conocimiento de un Proyecto de Comisión de seguridad del paciente que no ha prosperado a la fecha, según las necesidades del Hospital y que conocen personal que se ha estado capacitando al respecto.

El Hospital cuenta con un manual de procedimientos impreso, tanto en la División Enfermería como en las jefaturas de los pisos. Asimismo se destaca que al ingreso, los funcionarios al Hospital cuentan con 4 días de capacitación (con Manual impreso), llevado a cabo por la Unidad de Capacitación, el que se realiza en módulos, donde se describen los deberes y derechos de los usuarios y funcionarios, regímenes de licencias, etc.

Asimismo se destaca la escases de protocolos específicos para evitar la ocurrencia de efectos adversos, se toman prevenciones en usuarios con riesgos y la aplicación de los 5 correctos en la medicación, teniendo en cuenta directamente la patología del usuario. Se cuenta con Protocolos de medicación, cuidado de heridas quirúrgicas, formulario de denuncia de caídas y de lesión de funcionarios (Banco de Seguros del Estado).

Muy importante es la escases de personal, en varios pisos se ha detectado que funcionarios auxiliares de enfermería, realizan horarios de 12 horas para lograr cumplir con los requerimientos de los servicios.

Es muy común la ocurrencia de efectos adversos derivados del estado de la planta física, de los pisos, los baños y del mobiliario u hotelería en deficiente estado; destacando el gran número de caídas en Piso 10 por los motivos mencionados, a los que se les suman las patologías y traslados de los usuarios.

Ante la aparición de un efecto adverso, se realiza la denuncia y llenado de formulario (por ejemplo de caídas), se solicita la valoración por parte de la Guardia Médica y el Licenciado de sala, el registro en la Historia Clínica y se procede a informar en forma jerárquica ascendente al Licenciados Jefe de piso y a la División Enfermería. En suma se procede según el grado de repercusión que pudiere generar en el al usuario el efecto adverso, procurando aprender del error implementando medidas correctoras. Generalmente los errores o efectos adversos derivan de algún tipo de distracción por parte del personal; informen que existe conciencia de seguridad del paciente inconsciente, ya que el personal solicita la colaboración de los acompañantes de los usuarios que los tienen, sobre todo en turnos u horarios en que las salas quedan sin personal, ya que frecuentemente deben cubrir varias salas durante el mismo turno. En cuanto a sanciones derivadas de la ocurrencia de errores o efectos adversos, se registran en la Historia Clínica del usuario, se entrevista al funcionario para declaración del error, procurando que el personal aprenda de los errores cometidos para que no vuelvan a ocurrir. Se considera que en general existe algún tipo de conciencia de seguridad del paciente entre el personal. Asimismo existen trabas culturales donde prima la imposición del paciente, vinculadas generalmente a imposiciones religiosas.

El Hospital no cuenta aún con inspecciones de calidad en seguridad del paciente por parte del Ministerio de Salud Pública, como tampoco cuentan con indicadores a tal efecto, que evalúen los niveles de calidad en seguridad del paciente.

En cuanto a fuga de información, siempre existe ya que no hay protocolos estandarizados (solo para caídas, cuidado de heridas,...), no existen pases de guardia reales y estructurados, no existe hoja de registro de enfermería (específicamente), todo lo que se registra en la Historia Clínica es en el espacio para indicaciones cumplidas, no llega a escribirse todo lo actuado; asimismo se cuenta con el cuaderno de novedades y el pase de guardia verbal se ve afectado por los arreglos de horarios de los funcionarios debido al multiempleo, destacando en los mismos lo más relevante haciendo hincapié en usuarios de riesgo o de mayor dependencia.

Existe conciencia en el personal que la Historia Clínica es un documento legal, que lo que no está escrito no figura como ejecutado. Asimismo el personal de enfermería generalmente no escribe valoración del usuario ni actividades de la vida diaria en las cuales colabora con éstos, sino que redacta las indicaciones cumplidas. Solo los internos de enfermería redactan valoración y diagnósticos de enfermería.

La supervisión de los registros en las historias clínicas las realizan las Lic. Operativas y las Jefes de piso y Supervisoras en casos priorizados, delicados, con efectos adversos, o puntuales.

* Capacidad instalada piso 7 Clínica Quirúrgica "F", salas 2, 4 y 6 más los apartados, Toxicología) total de camas habilitadas: Sala 2, 6 camas; Sala 4, 12 camas; Sala 5, 6 camas; Sala 5 Medicina Nuclear, 2 camas, de un total de 30 camas.

Dotación de Personal piso 7, 9 Licenciados en Enfermería Operativos y 22 Auxiliares en Enfermería.

T. Matutino:

Licenciados Operativos: 3

Auxiliares en Enfermería: 6

Con Licencia reglamentaria: Licenciados Aux

Con Licencia médica: Licenciados Aux

<1 a trabajo: Licenciados Aux

<1 a en Serv Quir: Licenciados Aux

Tareas especiales no con pacientes:

T. Tarde:

Licenciados Operativos: 2

Auxiliares en Enfermería: 5

Con Licencia reglamentaria: Licenciados Aux

Con Licencia médica: Licenciados Aux: 1

<1 a trabajo: Licenciados Aux

<1 a en Serv. Quir: Licenciados Aux

Tareas especiales no con pacientes:

T. Vespertino:

Licenciados Operativos: 1

Auxiliares en Enfermería: 5

Con Licencia reglamentaria: Licenciados Aux

Con Licencia médica: Licenciados Aux: 1

<1 a trabajo: Licenciados Aux

<1 a en Serv Quir: Licenciados Aux

Tareas especiales no con pacientes: 2

T. Nocturno:

Licenciados Operativos: 2

Auxiliares en Enfermería: 7 (trabajan 3 y descansan 3, hay 2 equipos, 1 trabaja 2 días, descansa 3)

Con Licencia reglamentaria: Lic: Aux:

Con Licencia médica: Lic: 1 Aux:

<1 a trabajo: Lic: Aux:

<1 a en Serv. Quir: Lic: Aux:

Tareas especiales no con pacientes:

Capacidad instalada piso 9 Clínica Quirúrgica "B" y Clínica Urológica, salas 1, 2, 3 y 4 con un total de 55 de camas habilitadas: Sala 1, 13 camas; Sala 2, 14 camas; Sala 3, 14 camas; Sala 4, 14 camas, con un total de 55 camas habilitadas.

Dotación de Personal piso 9, 10 Licenciados en Enfermería Operativos y 33 Auxiliares en Enfermería.

T. Matutino:

Licenciados Operativos: 3

Auxiliares en Enfermería: 7

Con Licencia reglamentaria: Licenciados 1 Aux

Con Licencia médica: Licenciados 1 Auxiliares 2

<1 a trabajo: Licenciados Auxiliares (Analfa Muñiz, Miada Falco y Paola Saibene)

<1 a en Serv Quir: Licenciados Aux

Tareas especiales no con pacientes: 1 Aux

Policlínica en Piso: 2

T. Tarde:

Licenciados Operativos: 1

Auxiliares en Enfermería: 4

Con Licencia reglamentaria: Licenciados Auxiliares 1

Con Licencia médica: Licenciados Aux

<1 a trabajo: Licenciados Aux

<1 a en Serv. Quir: Licenciados Aux

Tareas especiales no con pacientes: 1

T. Vespertino:

Licenciados Operativos: 1

Auxiliares en Enfermería: 5

Con Licencia reglamentaria: Licenciados Aux: 1

Con Licencia médica: Licenciados Aux

<1 a trabajo: Licenciados Auxiliares (Claudia Cardozo)

<1 a en Serv. Quir: Licenciados Aux

Tareas especiales no con pacientes:

T. Nocturno:

Licenciados Operativos: 1

Auxiliares en Enfermería: 5

Con Licencia reglamentaria: Licenciados Aux: 1

Con Licencia médica: Licenciados Aux

<1 a trabajo: Licenciados Aux

<1 a en Serv. Quir: Licenciados Aux

Tareas especiales no con pacientes: 1

(trabajan 3 días y descansan 3, hay 2 equipos, se trabaja con horas extras pagas para cubrir las necesidades del Servicio)

Capacidad instalada piso 10 Clínica Quirúrgica "A", Otorrinolaringología y Oftalmología (que se internan en sala 1) salas 1, 2, 4, 5) con una capacidad instalada para 39 pacientes.

Dotación de Personal piso 10, 9 Licenciados en Enfermería Operativos y 25 Auxiliares en Enfermería.

T. Matutino:

Licenciados Operativos: 4

Auxiliares en Enfermería: 5

Con Licencia reglamentaria: Licenciados: Auxiliares 2

Con Licencia médica: Lic: Aux: 1

<1 a trabajo: Lic: Aux: (Reina Franchelli y Juan Messa)

<1 a en Serv. Quir: Lic: Aux.

Tareas especiales no con pacientes:

T. Tarde:

Licenciados Operativos: 2 (1 de ellos con extensión horario de 48 hs que viene del turno matutino)

Auxiliares en Enfermería: 5

Con Licencia reglamentaria: Licenciados: Aux: 1

Con Licencia médica: Licenciados Aux

<1 a trabajo: Licenciados Aux

<1 a en Serv. Quir: Licenciados Aux

Tareas especiales no con pacientes:

T. Vespertino:

Licenciados Operativos: 2

Auxiliares en Enfermería: 5

Con Licencia reglamentaria: Licenciados Aux

Con Licencia médica: Licenciados Aux

<1 a trabajo: Licenciados Aux

<1 a en Serv. Quir: Licenciados Aux

Tareas especiales no con pacientes:

T. Nocturno:

Licenciados Operativos: 1

Auxiliares en Enfermería: 5

Con Licencia reglamentaria: Licenciados: Aux:

Con Licencia médica: Licenciados: Aux: 1

<1 a trabajo: Lic: Aux: 1 (no informaron el nombre)

<1 a en Serv. Quir: Lic: Aux:

Tareas especiales no con pacientes:

Supervisora piso 16, Lic. Enfermería Corbacho

Subrogante piso 16, Lic. Enfermería M. Bruno

La siguiente entrevista fue realizada el día 7 de febrero de 2011, a las 9hrs en el piso 16, con la supervisora de Piso Lic. Enfermería Corbacho y la Subrogante Licenciada en Enfermería M. Bruno (quién cubre la licencia de la Lic. Enfermería Gabriela Carballo).

En lo que respecta a si existe una comisión de seguridad del paciente, las Licenciadas entrevistadas desconocen si existe o no, ya que en ninguna ocasión se han presentado en el servicio, si, tienen conocimiento sobre el tema pero nunca han recibido información directamente para el servicio.

En cuanto a los protocolos, el servicio cuenta con protocolos de bioseguridad pero no existen específicamente sobre la seguridad del paciente, tampoco existen otros tipos de protocolo.

En caso de caídas se realiza el informe sobre cómo ocurrieron los hechos firmado por la Licenciada de Enfermería y un Médico, quién constata el estado de salud del usuario tras el episodio. Siempre que ocurre un efecto adverso, el auxiliar se dirige al Licenciado en Enfermería en sala, nunca ocurrió un accidente grave que pusiera en riesgo a los pacientes, por lo cual nunca hubo la necesidad de proceder, en tal caso no sabría cómo sería el procedimiento que, ante tal hecho se comunicaría al Dpto. de Enfermería y este sería el que realizara la sanción. La Licenciada en Enfermería Supervisora del piso, cree que si existe conciencia sobre la seguridad del paciente, ya que lo ve reflejado en la forma de trabajo del personal, pero no porque exista alguna capacitación al respecto, sino por lo que ya tiene arraigada las funciones, “si así no lo fuera sería gravísimo”... relata la entrevistada.

No existen datos estadísticos sobre los efectos adversos mas comunes, en cuanto a las trabas culturales en dicho piso no se dan simplemente por el perfil de la población asistida, ya que la mayoría son parturientas y puérperas, solo en Sala 6 existen pacientes quirúrgicos, pero no se dan situaciones de este tipo.

Las Licenciadas refieren que no existe ningún tipo de control por parte de organismos del Estado, en cuanto a la seguridad del paciente, solo existen controles sobre los derechos hospitalarios. En cuanto a la comunicación se destaca que siempre hay fuga de alguna información, pero no de los hechos más importantes, esto no es un elemento que comprometa la seguridad del paciente.

Siempre se registran todas las acciones que realiza enfermería, y se firman en las Historias Clínicas, tanto por las Licenciadas operativas (priorizan los pacientes más importantes) como por los auxiliares.

Estos registros son supervisados tanto por las Licenciadas operativas de cada turno y sala como también por las Licenciadas supervisoras.

ORGANIGRAMA Piso 16

Turno 6-12

- 3 Licenciados Enf
- 8 Auxiliares Enfermería mas 1 de licencia

Turno 12-18

- 1 Licenciados Enfermería más un turnante (T-V) Andrea Pérez
- 6 Auxiliares Enf

Turno 18-24

- 1 Licenciados Enf
- 3 Auxiliares Enfermería mas 1 de licencia

Hoy 2 Auxiliares Enfermería (Angélica Píriz y Claudia Gustaff) que hacen 12 hs y las incorporamos al turno vespertino.

Turno 0-6

- 1 Licenciados Enfermería (16/17/18-2)
- 4 Auxiliares Enf

Hoy 3 Licenciados Enfermería con certificación medica y 2 Auxiliares con licencia medica

ANEXO ESCALA DE LIKERT

Héctor Luis Ávila Baray

ESCALA DE LIKERT

Construcción de Escalas

Las escalas son instrumentos de medición o pruebas psicológicas que frecuentemente son utilizadas para la medición de actitudes. Summers (1982) define el término actitud como la "... suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico," (p. 158). La actitud se expresa por medio de opiniones, por ejemplo una persona que expresa su opinión sobre la caída del muro de Berlín y la reciente desintegración de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, refleja una actitud específica sobre los hechos referidos.

En una escala de medición de actitudes no interesa propiamente la opinión o el conjunto de palabras que expresa la persona. Lo que en realidad es importante es la actitud de quién opina. La escala de medición de actitudes, analiza los pensamientos y sentimientos de la persona hacia los hechos ya especificados.

Las actitudes pueden medirse a través de diversos tipos de escalas entre las que destacan la escala de actitudes tipo Likert y el escalograma de Guttman.

Escala de Likert.

La escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem.

La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta:

- () Totalmente de acuerdo
- () De acuerdo
- () Indiferente
- () En desacuerdo

() Totalmente en desacuerdo

la unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem. Los ítem por lo general tienen implícita una dirección positiva o negativa. Por ejemplo el ítem:

los menonitas son un grupo étnico con excelentes valores hacia el trabajo

() Totalmente de acuerdo

() De acuerdo

() Indiferente

() En desacuerdo

() Totalmente en desacuerdo

Manifiesta una dirección positiva, en cambio si se expresará en la forma:

los menonitas son un grupo étnico que tiene aversión al trabajo.

() Totalmente de acuerdo

() De acuerdo

() Indiferente

() En desacuerdo

() Totalmente en desacuerdo

el ítem tiene una dirección negativa. La calificación o puntuación se asigna de acuerdo a la dirección del ítem, si tiene una dirección positiva la puntuación es:

(+2) Totalmente de acuerdo

(+1) De acuerdo

(0) Indiferente

(-1) En desacuerdo

(-2) Totalmente en desacuerdo.

En el caso de que el ítem posea una dirección negativa, la calificación se invierte. Los ítems se presentan en forma de enunciados cuyo grado de acuerdo o desacuerdo se solicita a la unidad de análisis. La cantidad de enunciados que integra una escala Likert varía de acuerdo a la naturaleza de la variable operacionalizada. Los pasos a seguir para la construcción de la escala son:

1 Definición de la variable a medir.

2 Operacionalización de la variable, es decir, se determina como se habrá de medir y se señalan los indicadores.

3 Diseño de una cantidad suficiente de ítems favorables y desfavorables a la variable que se pretende medir. Weiers (1986) sugiere elaborar alrededor de 50 ítems, balanceando la escala con igual cantidad de enunciados favorables y desfavorables.

4 Depuración de la escala por medio de un estudio piloto con el propósito de seleccionar los ítems que habrán de integrarse a la versión final de la escala.

5 Administración de la versión final de la escala a las unidades de análisis que integran la unidad muestral del estudio.

6 Asignación de una puntuación a cada ítem de acuerdo al procedimiento descrito con anterioridad.

7 Obtención de la puntuación total de cada unidad muestral, reflejando la actitud global hacia la variable medida.

La escala de tipo Likert es una [escala psicométrica](#) comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. Cuando respondemos a un elemento de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, lo hacemos especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo). La escala se llama así por [Rensis Likert](#), que publicó en 1932 un informe describiendo su uso (También denominada Método de Evaluaciones Sumarias).

RESPUESTAS POSITIVAS:

Cuando afirman aseveraciones que marcan aspectos positivos de la organización.

Cuando niegan aseveraciones que marcan aspectos negativos de la organización.

RESPUESTAS NEGATIVAS

Cuando afirman aseveraciones que marcan aspectos negativos de la organización.

Cuando niegan aseveraciones que marcan aspectos positivos de la organización.

RESPUESTAS NEUTRAS

Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Algunas veces.

Se suceden tanto en aseveraciones positivas con respuestas + o -; y en aseveraciones negativas con respuestas + o -, y se los interpreta como indiferentes o indecisos con puntuación 3 según la escala Likert del instrumento

Elaboración de la escala

Preparación de los ítems iniciales; se elabora una serie de enunciados afirmativos y negativos sobre el tema o actitud que se pretende medir, el número de enunciados elaborados debe ser mayor al número final de enunciados incluidos en la versión final.

Administración de los ítems a una muestra representativa de la población cuya actitud deseamos medir. Se le solicita a los sujetos que expresen su acuerdo o desacuerdo frente a cada ítem mediante una escala.

Asignación de puntajes a los ítems; se le asigna un puntaje a cada ítem a fin de clasificarlos según reflejen actitudes positivas o negativas.

Asignación de puntuaciones a los sujetos; la puntuación de cada sujeto se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los distintos ítems.

Análisis y selección de los ítems; mediante la aplicación de pruebas estadísticas se seleccionan los ajustados al momento de efectuar la discriminación de la actitud en cuestión rechazando aquellos que no cumplan con este requisito.

Ejemplo de pregunta formulada utilizando un elemento de tipo Likert de 5 puntos

Hay que hacer una distinción importante entre escala de tipo Likert y elemento de tipo Likert. La escala es la suma de las respuestas de los elementos del cuestionario. Los elementos de tipo Likert van acompañados por una escala visual análoga (p.ej., una línea horizontal, en la que el sujeto indica su respuesta eligiéndola con un círculo); a veces se llama escalas a los elementos en sí mismos. Ésta es la razón de muchas confusiones y es preferible, por tanto, reservar el nombre de escala de tipo Likert para aplicarlo a la suma de toda la escala, y elemento de tipo Likert para referirse a cada elemento individualmente.

Un elemento de tipo Likert es una declaración que se le hace a los sujetos para que éstos lo evalúen en función de su criterio subjetivo; generalmente se pide a los sujetos que manifiesten su grado de acuerdo o desacuerdo. Normalmente hay 5 posibles respuestas o niveles de acuerdo o desacuerdo, aunque algunos evaluadores prefieren utilizar 7 ó 9 niveles; un estudio empírico reciente demostró que la información obtenida en escalas con 5, 7 y 10 niveles posibles de respuesta muestra las mismas características respecto a la [media](#), [varianza](#), [asimetría](#) y [curtosis](#) después de aplicar transformaciones simples.

El formato de un típico elemento de Likert con 5 niveles de respuesta sería:

Me gusta el cine:

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

La escala de Likert es un método de escala bipolar que mide tanto el grado positivo como negativo de cada enunciado.

A veces se utilizan 4 niveles de respuesta; de esta forma se fuerza a elegir un lado de la escala, ya que no existe la posibilidad de neutralidad.

Las escalas de tipo Likert pueden ser distorsionadas por los sujetos de muy diversas formas. Los encuestados pueden evitar responder de forma extrema manteniéndose neutrales (tendencia central), estar de acuerdo con todos los enunciados ([aquiescencia](#)), o tratar de mostrar una imagen de sí mismos más favorable que la real ([deseabilidad social](#)). Diseñar una escala que equilibre tanto enunciados en forma positiva o en forma negativa (inversa) puede evitar la aquiescencia, pero la tendencia central y la deseabilidad social son a veces un problema.

Puntuación y análisis

Después de completar el cuestionario, cada elemento se puede analizar por separado o, en algunos casos, las respuestas a cada elemento se suman para obtener una puntuación total para un grupo de elementos. Por ello las escalas de tipo Likert son un tipo de escalas sumativas.

Se considera una escala de tipo ordinal, ya que no podemos asumir que los sujetos perciban las respuestas como equidistantes, aunque podría asumirse si cada elemento se acompaña de una escala visual horizontal en la cual deba marcar su respuesta, y en la que cada respuesta esté situada de forma equidistante.

Cuando tratamos los datos como ordinales, podemos calcular la [mediana](#) y la [moda](#) (pero no la [media](#)). La dispersión se calcularía por medio del intervalo entre cuartiles (no podemos calcular la desviación típica), o podemos analizarlo mediante técnicas no-paramétricas como la [distribución \$\chi^2\$](#) , la [prueba de Mann-Whitney](#), la [prueba de los signos de Wilcoxon](#) o la [prueba de Kruskal-Wallis](#).

Las respuestas a los elementos se pueden sumar, teniendo en cuenta que todos los elementos midan lo mismo (p.ej., actitud hacia los extranjeros). Podríamos aplicar un análisis de varianza.

Ventajas y Desventajas

Ventajas: Es una escala fácil y rápida de construir.

Desventajas: Dos personas pueden obtener el mismo puntaje partiendo de elecciones distintas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GANTT

ORGANIGRAMA DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

DETERMINACIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIANTES DE LICENCIADOS EN ENF
PARA EL TFI



SELECCIÓN DE CÁTEDRA Y ÁREA TEMÁTICA:

CATEDRA: ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, FACULTAD DE ENFERMERÍA UDELAR
ÁREA TEMÁTICA: CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LICENCIADOS EN ENFERMERÍA
OPERATIVOS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL DE
CLINICAS



DEFINICIÓN DE MARCO TEÓRICO
OBJETIVOS Y
PREGUNTA PROBLEMA



OBTENCIÓN DEL INSTRUMENTO, ESTUDIO DE LAS VARIABLES, ÁREA DE INVESTIGACIÓN
(UNIVERSO, SERV. QUIRÚRGICOS PISOS 7, 9, 10 Y 16 DEL HOSPITAL DE CLINICAS),
DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA,
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN Y CORRECCIÓN DEL MISMO POR TUTORES



PRESENTACIÓN DE ESTUDIANTES DEL TFI Y ENTREVISTAS A LICENCIADAS EN ENFERMERÍA
SUPERVISORES DE ÁREA QUIRÚRGICA Y JEFES DE PISOS CITADOS, CONJUNTAMENTE CON
ENTREGA DE PROTOCOLO



APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVOS Y AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LOS 4 TURNOS, DE LOS PISOS 7, 9, 10 Y 16 DEL HOSPITAL DE CLINICAS



TABULACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS



CONFECCIÓN DEL INFORME FINAL DEL TFI Y DEL RESUMEN



DEFENSA DEL TFI ANTE TRIBUNAL

PRESUPUESTO

RR MM Y RREE

Transporte	\$7.000
Fotocopias	\$3.751
Sobres manila	\$320
Bolsas Nylon Gruesas	\$260
Hojas A4	\$ 800
Hojas Carta	\$300
Grapadora y grapas	\$100
Impresiones	\$3.300
Tiempo en Internet	\$1.250
Encuadernaciones	\$400
TNT para manteles	\$200
1,5 lt agua sin gas	\$35
4 Botellas agua sin gas 500cc	\$64
4 Carpetines con hojas	\$100
6 DVD	\$120
flores	\$100
Nafta	\$1.000
Vasos descartables 9	\$30
TOTAL \$	\$19.130

ANEXOS DEFINICIÓN DE VARIABLES

IDENTIFICACIÓN, DEFINICIÓN CONCEPTUAL, OPERACIONALIZACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES

SECCION A: Su Área/Unidad de Trabajo

Variable: Área de trabajo

Definición conceptual: Área, Servicio, Departamento o Unidad del Centro, tanto Hospitalario como en Atención Primaria, donde el funcionario pasa la mayor parte de su horario laboral o proporciona sus servicios clínicos.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización: Ámbito Hospitalario

Indicadores:

- a. Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Área de Urgencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia

k. Laboratorio

l. Radiología

m. Anestesiología

n. Otros, por favor, especifique

Categorización: **Ámbito Atención Primaria**

Indicadores:

ñ. Medicina de Familia

o. Pediatría de Familia

p. Enfermería Comunitaria

1- Variable: apoyo mutuo del personal sanitario.

Definición Conceptual: el personal de la salud de la unidad trabaja apoyándose mutuamente

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

2- Variable: personal suficiente.

Definición Conceptual: expresa si el personal es suficiente en la unidad/servicio/área para afrontar la carga de trabajo

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

3- Variable: trabajo en equipo.

Definición Conceptual: colaboración de los trabajadores del equipo, para afrontar y cumplir con la sobrecarga de trabajo.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

4- Variable: relacionamiento del personal.

Definición Conceptual: Se entiende por el trato respetuoso entre el personal de la unidad

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

5- Variable: jornada laboral extensa por multiempleo.

Definición Conceptual: el personal de la unidad trabaja en más de un empleo influyendo así en los cuidados del paciente.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

6- Variable: existencia de actividades por la seguridad del paciente

Definición Conceptual: si existen acciones dirigidas a reforzar y mejorar la seguridad del paciente.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

7- Variable: personal de sustitución o eventual

Definición Conceptual: Si se cuenta para el cuidado del paciente, con personal suplente.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

8- Variable: percepción punitiva del personal al cometer errores.

Definición Conceptual: El personal tiene la percepción de que la ocurrencia de errores durante el desempeño laboral es utilizada en su contra.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

9- Variable: medidas adoptadas ante el error

Definición Conceptual: Ante la detección de un error o fallo, en la Unidad se desencadenan procedimientos o medidas para evitar su repetición.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

10-Variable: alto riesgo de ocurrencia de errores.

Definición Conceptual: vulnerabilidad que presente la unidad/área/servicio en cuanto a la ocurrencia de errores.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

11-Variable: actitud de los compañeros frente a la sobrecarga de trabajo de un funcionario.

Definición Conceptual: Ante la sobrecarga de trabajo de algún funcionario de la Unidad, sus compañeros colaboran con él en las actividades.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

12-Variable: percepción del personal frente al informe de efecto adverso

Definición conceptual: Ante el informe de la ocurrencia de un efecto adverso, el personal aprecia que se juzga al funcionario y no el problema ocurrido.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

13-Variable: medidas de evaluación de la efectividad de los cambios.

Definición Conceptual: Una vez introducidos y aplicados los cambios pro mejora de la seguridad de los pacientes, es de orden que el equipo de salud evalúe su efectividad.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

14-Variable: presión laboral.

Definición Conceptual: refiere cuando habitualmente el trabajador desempeña sus tareas bajo presión con la finalidad de hacer más actividades en menor tiempo, comprometiendo así la seguridad del Paciente

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

15-Variable: compromiso de la seguridad del paciente por demanda laboral.

Definición Conceptual: nivel de compromiso del funcionario con respecto a la seguridad del paciente, ante la gran demanda de laboral.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

16-Variable: temor del personal ante la constancia de errores en su legajo

Definición Conceptual: Los funcionarios de la Institución tienen temor de que los errores que cometen en la actividad sanitaria queden asentados en sus legajos personales.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

17-Variable: problemas respecto a la seguridad de los pacientes.

Definición Conceptual: Existen en la Unidad inconvenientes con la seguridad de los pacientes.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

18-Variable: medidas de prevención de errores

Definición Conceptual: En el servicio sanitario se cuenta con procedimientos y sistemas efectivos, a efectos de prevenir la aparición de errores o sucesos adversos.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

SECCIÓN B: Su Jefe/Supervisor

1- Variable: estímulo del Superior/Jefe hacia el trabajo de los subalternos.

Definición Conceptual: El Jefe o Superior realiza comentarios positivos cuando identifica que las actividades y procedimientos que realizan los funcionarios de la Unidad o Servicio, se realizan conforme a los protocolos preestablecidos.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

2- Variable: aceptación del Superior/Jefe de sugerencias del personal subalterno

Definición Conceptual: El Superior/Jefe toma en cuenta las sugerencias que realiza el personal de la Unidad o Servicio, con la finalidad de mejorar la Seguridad de los pacientes.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

3- Variable: riesgo de la seguridad del paciente ante la presión del Superior/Jefe.

Definición Conceptual: Ante el aumento de trabajo, la presión que éste ejerce justifica que el Jefe/Superior indique que se realice más rápidamente poniendo en riesgo la seguridad de los pacientes.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

4- Variable: omisión del Superior/Jefe ante la repetición de problemas de seguridad.

Definición Conceptual: Ante la repetición de problemas vinculados a la seguridad de los pacientes del Servicio de Salud, los Superiores/Jefes no toman medidas al respecto.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

SECCIÓN C: Comunicación

1- **Variable:** comunicación de medidas a adoptar

Definición Conceptual: Existe retroalimentación entre personal y dirección respecto de los cambios que se realizan a partir de los sucesos notificados.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Nunca 1

Rara Vez 2

Algunas veces 3

La mayoría del tiempo 4

Siempre 5

2- Variable: libertad en la opinión del personal

Definición Conceptual: Existe franqueza en la comunicación personal/dirección a la hora de plantear aspectos que puedan afectar de forma negativa la seguridad del paciente.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Nunca 1

Rara Vez 2

Algunas veces 3

La mayoría del tiempo 4

Siempre 5

3- Variable: comunicación de errores.

Definición Conceptual: Existe fluida comunicación descendente al respecto de los errores que se cometen en la unidad.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Nunca 1

Rara Vez 2

Algunas veces 3

La mayoría del tiempo 4

Siempre 5

4- Variable: libertad para cuestionar a superiores

Definición Conceptual: Existe libertad en el personal a la hora de cuestionar las decisiones o acciones de la dirección.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Nunca 1

Rara Vez 2

Algunas veces 3

La mayoría del tiempo 4

Siempre 5

5- Variable: discusión sobre prevención de errores

Definición Conceptual: refiere a si en la unidad se discute sobre la prevención de errores para que no vuelvan a suceder.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Nunca 1

Rara Vez 2

Algunas veces 3

La mayoría del tiempo 4

Siempre 5

6- Variable: temor en el personal

Definición conceptual: El personal no se siente libre de expresarse o cuestionar cuando algo no se está haciendo adecuadamente.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Nunca 1

Rara Vez 2

Algunas veces 3

La mayoría del tiempo 4

Siempre 5

SECCIÓN D: Frecuencia de Sucesos Notificados

1- Variable: notificación ante un posible error nocivo.

Definición Conceptual: implica la notificación de un error que haya sido descubierto y corregido antes de afectar la seguridad del paciente

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Nunca 1

Rara Vez 2

Algunas veces 3

La mayoría del tiempo 4

Siempre 5

2- Variable: notificación de error no dañino.

Definición Conceptual. Implica la notificación de un error cometido y descubierto, pero que no daña al paciente

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Nunca 1

Rara Vez 2

Algunas veces 3

La mayoría del tiempo 4

Siempre 5

3- Variable: notificación de error cometido y descubierto potencialmente dañino.

Definición Conceptual: implica la notificación de un error cometido y descubierto que pudiera dañar al paciente.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Nunca 1

Rara Vez 2

Algunas veces 3

La mayoría del tiempo 4

Siempre 5

SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente

Variable: Nivel de seguridad del paciente

Definición Conceptual: Intervalo dentro de una escala de medida en el que se encuentra la percepción global sobre seguridad del paciente que tiene el personal de una organización equis, entendiendo por seguridad del paciente la definición de la Agencia para la Calidad e Investigación en Salud de los Estados Unidos, como el "conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos

Definición Operacional: variable cualitativa ordinal

Categorización e indicadores:

Excelente -A

Muy bueno -B

Aceptable -C

Pobre -D

Malo-E

SECCIÓN F: Su Centro (Hospital/Área, comarca, en caso de atención primaria)

1- Variable: Promoción de la seguridad del Paciente

Definición Conceptual: Es la suma de acciones de los servicios de salud, y las autoridades sanitarias para mejorar la atención del usuario evitando situaciones o sucesos en el área específica de trabajo que pueden comprometer o perjudicar la seguridad del paciente.

Definición Operacional: variable en Enfermería cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

2- Variable: inadecuada coordinación entre los Servicios/Unidades del Centro.

Definición Conceptual: la coordinación entre los Servicios o Unidades del Centro no se realiza en forma adecuada.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

3- Variable: fuga de información entre los Servicios

Definición Conceptual: la información referente al paciente, se pierde al momento del traslado del mismo entre los Servicios o Unidades.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

4- Variable: cooperación entre los Servicios/Unidades

Definición Conceptual: existencia en el centro de buena cooperación entre Servicios/Unidades que tienen la necesidad de realizar actividades en conjunto.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

5- Variable: fuga de información en cambio de turnos

Definición Conceptual: Frecuentemente durante los pases de guardia en los cambio de turno se pierde importante información de los pacientes.

Definición Operacional variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

6- Variable: incomodidad entre el personal

Definición Conceptual: Se aprecia incomodidad en forma frecuente, al desempeñar tareas con personal proveniente de otros Servicios/Unidades del centro.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

7- Variable: problemático el intercambio de información

Definición Conceptual: indica que el intercambio de información es un problema frecuente entre los Servicios/Unidades del centro.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

8- Variable: prioridad en la seguridad del paciente

Definición Conceptual: Se identifican como altamente prioritarias, por parte de la Dirección del centro, las acciones dirigidas a mantener la seguridad del paciente.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

9- Variable: carencia en prevención de sucesos adversos en pacientes.

Definición Conceptual: Se aprecia por parte de la Dirección del centro, interés por la seguridad del paciente luego haber ocurrido un suceso.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

10- Variable: trabajo coordinado pro seguridad del paciente

Definición conceptual: Se aprecia entre los Servicios/Unidades del Centro, un trabajo en conjunto y coordinado con la finalidad de brindar un mejor cuidado a los pacientes.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

11- Variable: problemas en cambios de turno

Definición conceptual: Se identifica que las instancias de cambios de turnos en este centro, son situaciones problemáticas para los pacientes.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Muy en desacuerdo 1

En desacuerdo 2

NI de acuerdo ni en desacuerdo 3

De acuerdo 4

Muy de acuerdo 5

SECCIÓN G: Número de Sucesos Notificados

1- Variable: Procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos

Definición Conceptual: refiere a la existencia en el Centro de un procedimiento de notificación incidentes o efectos adversos.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

Si

No

2- Variable: notificación por escrito de un incidente o efecto adverso

Definición Conceptual: Número de veces que se han notificado por escrito a la superioridad, la ocurrencia de incidentes o efectos adversos en los últimos 12 meses

Definición Operacional: variable cuantitativa discreta

Categorización e indicadores:

- a. Ninguna notificación
- b. De 1 a 2 notificaciones
- c. De 3 a 5 notificaciones
- d. De 6 a 10 notificaciones
- e. De 11 a 20 notificaciones
- f. 21 notificaciones o más

SECCIÓN H: Características de los encuestados

1- Variable: Tiempo del desempeño laboral en este centro

Definición Conceptual: Días, meses o años transcurridos desde el ingreso del funcionario a la institución.

Definición Operacional: variable cuantitativa discreta

Categorización e indicadores:

- a- Menos de 1 año
- b- De 1 a 5 años
- c- De 6 a 10 años
- d- De 11 a 15 años
- e- De 16 a 20 años
- f- De 21 años o más

2- **Variable:** Tiempo del desempeño laboral en su actual Servicio/unidad/área.

Definición Conceptual: Días, meses o años transcurridos desde el ingreso del funcionario a actual unidad asignada.

Definición Operacional: variable cuantitativa discreta

Categorización e indicadores:

- a- Menos de 1 año
- b- De 1 a 5 años
- c- De 6 a 10 años
- d- De 11 a 15 años
- e- De 16 a 20 años
- f- De 21 años o más

3- **Variable:** Horas de trabajo semanales

Definición conceptual: Cantidad de horas que permanece semanalmente el funcionario en la institución cumpliendo su función.

Definición Operacional: variable cuantitativa discreta

Categorización e indicadores:

Menos de 20 horas a la semana

- a. De 20 a 39 horas a la semana
- b. De 40 a 59 horas a la semana
- c. De 60 horas a la semana o mas

4- **Variable:** función que desempeña

Definición Conceptual: identificación a qué tipo de función desempeña el funcionario.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

- a- Enfermera/o
- b- Auxiliares de Enfermería

5- **Variable:** interacción directa o contacto con los pacientes.

Definición conceptual: El funcionario en su puesto laboral identifica si tiene contacto o interacción directa con los pacientes.

Definición operacional: variable cuantitativa discreta

Categorización e indicadores:

Si

No

6- Variable: tiempo de desempeño laboral en su actual especialidad o profesión.

Definición conceptual: Días, meses o años transcurridos desde el momento que comienza a trabajar ejerciendo su formación hasta la actualidad.

Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

Categorización e indicadores:

- a- Menos de 1 año
- b- De 1 a 5 años
- c- De 6 a 10 años
- d- De 11 a 15 años
- e- De 16 a 20 años
- f- De 21 años o más

SECCIÓN I: Sus comentarios

Variable: Comentarios

Definición Conceptual: El funcionario tiene la libertad de escribir comentarios vinculados a la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos que ocurren en su centro en forma anónima.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorización e indicadores:

respuesta abierta

ANEXO INSTRUMENTO ORIGINAL

TABLAS

CARACTERIZACION DE POBLACIÓN TABLAS Y GRAFICOS UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO Y MUESTRA Licenciados en Enfermería Operat.	FA	FR %
Nº LICENCIADOS OPERATIVOS ENCUESTADOS	23	64
Nº LICENCIADOS INCLUIDOS EN CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	13	36
Nº TOTAL LICENCIADOS OPERAT	36	100

UNIVERSO Y MUESTRA Auxiliares de Enfermería	FA	FR %
Nº AUXILIARES DE ENFERMERÍA ENCUESTADOS	53	51
Nº AUXILIARES INCLUIDOS EN CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	50	49
Nº TOTAL AUXILIARES ENFERM	103	100

FUENTE: datos obtenidos de entrevistas mantenidas con Supervisores y Jefes de los pisos 7, 9, 10 y 16 (Servicios Quirúrgicos) del Hospital de Clínicas, Uruguay el 9 y 10 de febrero de 2011; y aplicando los criterios de exclusión e inclusión

SECCIÓN H: CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS

TABLAS 47

TIEMPO DE DESEMPEÑO LABORAL EN ESTE CENTRO, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
a. Sin respuesta	0	0
b. De 1 a 5 años	9	39,13
c. De 6 a 10 años	3	13,04
d. De 11 a 15 años	5	21,73
e. De 16 a 20 años	3	13,04

		3
f. De 21 años o más	3	13,04 3
TOTAL	23	100

TIEMPO DE DESEMPEÑO LABORAL EN ESTE CENTRO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
a. Sin respuesta	7	13,2 1
b. De 1 a 5 años	21	39,6 2
c. De 6 a 10 años	10	18,8 7
d. De 11 a 15 años	4	7,55
e. De 16 a 20 años	4	7,55
f. De 21 años o más	7	13,2 1
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 48

TIEMPO DE DESEMPEÑO LABORAL EN SU ACTUAL SERVICIO/UNIDAD O AREA, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
a. Sin respuesta	0	0
b. De 1 a 5 años	12	52,1 7
c. De 6 a 10 años	3	13,0 4
d. De 11 a 15 años	5	21,7 4
e. De 16 a 20 años	1	4,35
f. De 21 años o más	2	8,70
TOTAL	23	100

TIEMPO DE DESEMPEÑO LABORAL EN SU ACTUAL SERVICIO/UNIDAD O AREA, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
a. Sin respuesta	6	11,3
b. De 1 a 5 años	25	47,2
c. De 6 a 10 años	7	13,2
d. De 11 a 15 años	4	7,5
e. De 16 a 20 años	3	5,7
f. De 21 años o más	8	15,1
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 49

HORAS DE TRABAJO SEMANALES EN ESTE CENTRO, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
a. Menos de 20 horas a la semana	0	0
b. De 20 a 39 horas a la semana	17	74
c. De 40 a 59 horas a la semana	5	22
d. De 60 horas a la semana o más	0	0
e. No responde	1	4
TOTAL	23	100

HORAS DE TRABAJO SEMANALES EN ESTE CENTRO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
a. Menos de 20 horas a la semana	2	3,77
b. De 20 a 39 horas a la semana	33	62,26
c. De 40 a 59 horas a la semana	11	20,75
d. De 60 horas a la semana o más	0	0
e. No responde	7	13,21
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLA 50

ESTAMENTO AL QUE PERTENECE

FUNCIÓN QUE CUMPLE	FA	FR%
a. Licenciado en enfermería operativo	23	30
b. Auxiliar de enfermería	53	70
TOTAL	76	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLA 51

TIEMPO DE DESEMPEÑO LABORAL EN SU ACTUAL ESPECIALIDAD O PROFESIÓN, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
a. sin respuesta	0	0
b. De 1 a 5 años	7	30,4 3
c. De 6 a 10 años	8	34,7 8
d. De 11 a 15 años	4	17,3 9
e. De 16 a 20 años	1	4,35
f. De 21 años o más	3	13,0 4
TOTAL	23	100

TIEMPO DE DESEMPEÑO LABORAL EN SU ACTUAL ESPECIALIDAD O PROFESIÓN, AUXILIARES DE ENFERMERÍA	FA	FR %
a. sin respuesta	6	11
b. De 1 a 5 años	17	32
c. De 6 a 10 años	11	21
d. De 11 a 15 años	6	11
e. De 16 a 20 años	4	8
f. De 21 años o más	9	17
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SECCIÓN A: AREA O UNIDAD DE TRABAJO

TABLAS 1

AMBITO HOSPITALARIO, LICENCIADOS OPERATIVOS	FA	FR%
a. Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica	0	0
b. Medicina (No-quirúrgica)	0	0
c. Cirugía	23	100
d. Obstetricia	0	0
e. Pediatría	0	0
f. Área de Urgencias	0	0
g. Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)	0	0
h. Salud mental/Psiquiatría	0	0
i. Rehabilitación	0	0
j. Farmacia	0	0
k. Laboratorio	0	0
l. Radiología	0	0
m. Anestesiología	0	0
n. Otros	0	0
Sin respuesta	0	0

TOTAL	23	100
-------	----	-----

AMBITO HOSPITALARIO, AUXILIARES DE ENFERMERÍA	FA	FR%
a. Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica	1	1,8519
b. Medicina (No-quirúrgica)	0	0
c. Cirugía	51	94,444
d. Obstetricia	0	0
e. Pediatría	0	0
f. Área de Urgencias	0	0
g. Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)	0	0
h. Salud mental/Psiquiatría	0	0
i. Rehabilitación	0	0
j. Farmacia	0	0
k. Laboratorio	0	0
l. Radiología	0	0
m. Anestesiología	0	0
n. Otros	0	0
Sin respuesta	2	3,7037
TOTAL	54	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SU SERVICIO/UNIDAD/ÁREA DE TRABAJO DE SU CENTRO

TABLAS 2

APOYO MUTUO, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	3	13
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	17
De acuerdo	13	57
Muy de acuerdo	3	13

Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

APOYO MUTUO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	6
En desacuerdo	5	9
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	8	15
De acuerdo	26	49
Muy de acuerdo	4	8
Sin respuesta	7	13
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 3

PERSONAL SUFICIENTE, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	7	30
En desacuerdo	13	57
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	9
De acuerdo	0	0
Muy de acuerdo	1	4
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

PERSONAL SUFICIENTE, AUXILIAREA ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	13	25
En desacuerdo	26	49
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	9
De acuerdo	3	6
Muy de acuerdo	1	2
Sin respuesta	5	9
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 4

TRABAJO EN EQUIPO, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	17,4
De acuerdo	12	52,2
Muy de acuerdo	7	30,4
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

TRABAJO EN EQUIPO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	5,7
En desacuerdo	12	22,6
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	9	17,0
De acuerdo	21	39,6
Muy de acuerdo	3	5,7
Sin respuesta	5	9,4
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 5

RELACIONAMIENTO DEL PERSONAL, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	17,4
De acuerdo	12	52,2
Muy de acuerdo	7	30,4
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

RELACIONAMIENTO DEL PERSONAL, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	1,89
En desacuerdo	5	9,43
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	9,43
De acuerdo	31	58,49
Muy de acuerdo	6	11,32
Sin respuesta	5	9,43
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 6

JORNADA LABORAL EXTENSAUXILIARES DE ENFERMERÍA N EL CENTRO, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	4	17,4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	43,5
De acuerdo	8	34,8
Muy de acuerdo	1	4,3
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

JORNADA LABORAL EXTENSA EN EL CENTRO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	5	9
En desacuerdo	19	36
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	13	25
De acuerdo	9	17
Muy de acuerdo	1	2
Sin respuesta	6	11
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 7

EXISTENCIA DE ACTIVIDADES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	4	17,3 9
En desacuerdo	5	21,7 4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	17,3 9
De acuerdo	9	39,1 3
Muy de acuerdo	1	4,35
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

EXISTENCIA DE ACTIVIDADES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	11	20,8
En desacuerdo	11	20,8
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	13	24,5
De acuerdo	12	22,6
Muy de acuerdo	0	0,0

Sin respuesta	6	11,3
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 8

PERSONAL DE SUSTITUCIÓN O EVENTUAL, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	9	39
En desacuerdo	11	48
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	9
De acuerdo	0	0
Muy de acuerdo	0	0
Sin respuesta	1	4
TOTAL	23	100

PERSONAL DE SUSTITUCIÓN O EVENTUAL, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	16	30
En desacuerdo	19	36
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	8	15
De acuerdo	1	2
Muy de acuerdo	2	4
Sin respuesta	7	13
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 9

PERCEPCIÓN PUNITIVA DEL PESONAL AL COMETER ERRORES, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	4,35
En desacuerdo	8	34,78
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	9	39,13
De acuerdo	4	17,39
Muy de acuerdo	1	4,35
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

PERCEPCIÓN PUNITIVA DEL PERSONAL AL COMETER ERRORES, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	1,887
En desacuerdo	13	24,528
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	15	28,302
De acuerdo	13	24,528
Muy de acuerdo	4	7,547
Sin respuesta	7	13,208
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 10

MEDIDAS A ADOPTAR ANTE EL ERROR, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	8,696
En desacuerdo	3	13,043
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	8,696
De acuerdo	13	56,522

Muy de acuerdo	3	13,043
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

MEDIDAS A ADOPTAR ANTE EL ERROR, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	5,66
En desacuerdo	7	13,21
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	12	22,64
De acuerdo	23	43,40
Muy de acuerdo	2	3,77
Sin respuesta	6	11,32
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 11

ALTO RIESGO DE OCURRENCIA DE ERRORES, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	13,04
En desacuerdo	6	26,09
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	7	30,43
De acuerdo	5	21,74
Muy de acuerdo	2	8,70
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

ALTO RIESGO DE OCURRENCIA DE ERRORES, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	5,66
En desacuerdo	14	26,42
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	13	24,53
De acuerdo	13	24,53
Muy de acuerdo	4	7,55

Sin respuesta	6	11,32
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 12

ACTITUD DE LOS COMPAÑEROS FRENTE A LA SOBRECARGA DE TRABAJO DE UN FUNCIONARIO, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	0	0
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	21,74
De acuerdo	13	56,52
Muy de acuerdo	5	21,74
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

ACTITUD DE LOS COMPAÑEROS FRENTE A LA SOBRECARGA DE TRABAJO DE UN FUNCIONARIO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	3,8
En desacuerdo	5	9,4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	7	13,2
De acuerdo	25	47,2
Muy de acuerdo	6	11,3
Sin respuesta	8	15,1
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 13

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL FRENTE AL INFORME DE EFECTOS ADVERSOS, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	8,7
En desacuerdo	8	34,8
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	26,1
De acuerdo	5	21,7
Muy de acuerdo	2	8,7
Sin respuesta	0	0,0
TOTAL	23	100

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL FRENTE AL INFORME DE EFECTOS ADVERSOS, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	1,89
En desacuerdo	6	11,32
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	13	24,53
De acuerdo	21	39,62
Muy de acuerdo	6	11,32
Sin respuesta	6	11,32
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 14

MEDIDAS DE EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS PARA EVALUAR LA SEGURIDAD DEL PTE, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	13,04
En desacuerdo	5	21,74
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	7	30,43
De acuerdo	7	30,43

Muy de acuerdo	1	4,35
Sin respuesta	0	0,00
TOTAL	23	100

MEDIDAS DE EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS PARA EVALUAR LA SEGURIDAD DEL PTE., AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	3,77
En desacuerdo	9	16,98
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	12	22,64
De acuerdo	20	37,74
Muy de acuerdo	2	3,77
Sin respuesta	8	15,09
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 15

PRESION LABORAL COMPROMETIENDO LA SEGURIDAD DEL PTE, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	8,7
En desacuerdo	8	34,8
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	17,4
De acuerdo	3	13,0
Muy de acuerdo	6	26,1
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

PRESIÓN LABORAL COMPROMETIENDO LA SEGURIDAD DEL PTE, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	5,7
En desacuerdo	12	22,6

Ni en acuerdo ni en desacuerdo	11	20,8
De acuerdo	13	24,5
Muy de acuerdo	7	13,2
Sin respuesta	7	13,2
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 16

COMPROMISO RESPECTO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POR DEMANDA LABORAL, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	8	34,8
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	26,1
De acuerdo	4	17,4
Muy de acuerdo	5	21,7
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

COMPROMISO RESPECTO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POR DEMANDA LABORAL, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	5,7
En desacuerdo	20	37,7
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	12	22,6
De acuerdo	8	15,1
Muy de acuerdo	3	5,7
Sin respuesta	7	13,2
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 17

TEMOR DEL PERSONAL ANTE LA CONSTANCIA DE ERRORES EN SU LEGAJO, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	13
En desacuerdo	6	26
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	22
De acuerdo	6	26
Muy de acuerdo	3	13
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

TEMOR DEL PERSONAL ANTE LA CONSTANCIA DE ERRORES EN SU LEGAJO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	5,7
En desacuerdo	10	18,9
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	13	24,5
De acuerdo	16	30,2
Muy de acuerdo	4	7,5
Sin respuesta	7	13,2
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 18

PROBLEMAS RESPECTO A LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	4
En desacuerdo	2	9
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	22
De acuerdo	9	39
Muy de acuerdo	6	26
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

PROBLEMAS RESPECTO A LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	9	17
En desacuerdo	8	15
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	19
De acuerdo	17	32
Muy de acuerdo	3	6
Sin respuesta	6	11
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 19

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ERRORES, LICENCIADOS ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	4,3
En desacuerdo	6	26,1
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	26,1
De acuerdo	8	34,8
Muy de acuerdo	2	8,7
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ERRORES, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	5,66
En desacuerdo	7	13,21
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	18,87
De acuerdo	23	43,40
Muy de acuerdo	2	3,77
Sin respuesta	8	15,09
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SECCIÓN B: Su Jefe/Supervisor

TABLAS 20

ESTIMULO DEL SUPERIOR/JEFE ANTE EL TRABAJO DE LOS SUBALTERNOS, LICENCIADOS EN ENFERMERIA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	2	9
En desacuerdo	1	4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	26
De acuerdo	11	48
Muy de acuerdo	3	13
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

ESTIMULO DEL SUPERIOR/JEFE ANTE EL TRABAJO DE LOS SUBALTERNOS, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	9	17
En desacuerdo	7	13
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	9	17
De acuerdo	22	42
Muy de acuerdo	0	0
Sin respuesta	6	11
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 21

ACEPTACIÓN DEL SUPERIOR/JEFE DE SUGERENCIAS DEL PERSONAL SUBALTERNO, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	4,35
En desacuerdo	4	17,39
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	21,74
De acuerdo	10	43,48
Muy de acuerdo	3	13,04
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

ACEPTACIÓN DEL SUPERIOR/JEFE DE SUGERENCIAS DEL PERSONAL SUBALTERNO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	6	11,32
En desacuerdo	5	9,43
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	11	20,75
De acuerdo	19	35,85
Muy de acuerdo	4	7,55
Sin respuesta	8	15,09
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 22

RIESGO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE LA PRESIÓN DEL SUPERIOR/JEFE, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	4	17,39
En desacuerdo	10	43,48
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	21,74
De acuerdo	3	13,04
Muy de acuerdo	1	4,35
Sin respuesta	0	0,00
TOTAL	23	100

RIESGO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE LA PRESIÓN DEL SUPERIOR/JEFE, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	7	13,21
En desacuerdo	25	47,17
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	8	15,09
De acuerdo	2	3,77
Muy de acuerdo	4	7,55
Sin respuesta	7	13,21
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 23

OMISIÓN DEL SUPERIOR/JEFE EN NO TOMAR MEDIDAS EN REPETICIÓN DE PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PTE, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	6	26,09
En desacuerdo	9	39,13
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	17,39
De acuerdo	1	4,35

Muy de acuerdo	3	13,04
Sin respuesta	0	0,00
TOTAL	23	100

OMISIÓN DEL SUPERIOR/JEFE EN NO TOMAR MEDIDAS EN REPETICIÓN DE PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PTE, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	13	25
En desacuerdo	23	43
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	7	13
De acuerdo	3	6
Muy de acuerdo	0	0
Sin respuesta	7	13
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SECCIÓN C: COMUNICACIÓN

TABLAS 24

COMUNICACIÓN DE MEDIDAS A ADOPTAR, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Nunca	1	4
Rara Vez	2	9
Algunas veces	10	43
La mayoría del tiempo	5	22
Siempre	5	22
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

COMUNICACIÓN DE MEDIDAS A ADOPTAR, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Nunca	3	5,7
Rara Vez	5	9,4
Algunas veces	18	34,0
La mayoría del tiempo	14	26,4
Siempre	6	11,3
Sin respuesta	7	13,2
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 25

LIBERTAD EN LA OPINIÓN DEL PERSONAL, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara Vez	1	4
Algunas veces	6	26
La mayoría del tiempo	5	22
Siempre	8	35
Sin respuesta	3	13
TOTAL	23	100

LIBERTAD EN LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Nunca	1	2
Rara Vez	4	8
Algunas veces	17	32
La mayoría del tiempo	9	17
Siempre	15	28
Sin respuesta	7	13
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 26

COMUNICACIÓN DE ERRORES, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Nunca	1	4,35
Rara Vez	3	13,04
Algunas veces	6	26,09
La mayoría del tiempo	7	30,43
Siempre	6	26,09
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

COMUNICACIÓN DE ERRORES , AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Nunca	4	7,547
Rara Vez	9	16,981
Algunas veces	22	41,509
La mayoría del tiempo	0	0
Siempre	12	22,642
Sin respuesta	6	11,321
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 27

LIBERTAD PARA CUESTIONAR A SUPERIORES, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Nunca	2	8,7
Rara Vez	2	8,7
Algunas veces	13	56,5
La mayoría del tiempo	2	8,7
Siempre	4	17,4
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

LIBERTAD PARA CUESTIONAR A SUPERIORES, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Nunca	6	11,3
Rara Vez	7	13,2
Algunas veces	20	37,7
La mayoría del tiempo	10	18,9
Siempre	3	5,7
Sin respuesta	7	13,2
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 28

DISCUSIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ERRORES, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Nunca	2	9
Rara Vez	3	13
Algunas veces	7	30
La mayoría del tiempo	9	39
Siempre	2	9
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

DISCUSIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ERRORES, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Nunca	4	8
Rara Vez	7	13
Algunas veces	20	38
La mayoría del tiempo	11	21
Siempre	5	9
Sin respuesta	6	11
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 29

TEMOR DEL PERSONAL, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Nunca	4	17,39 1
Rara Vez	7	30,43 5
Algunas veces	9	39,13 0
La mayoría del tiempo	1	4,348
Siempre	2	8,696
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

TEMOR DEL PERSONAL, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Nunca	14	26,41 5
Rara Vez	13	24,52 8
Algunas veces	13	24,52 8
La mayoría del tiempo	6	11,32

		1
Siempre	1	1,887
Sin respuesta	6	11,321
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SECCIÓN D: FRECUENCIA DE SUCESOS NOTIFICADOS

TABLAS 30

NOTIFICACIÓN ANTE UN POSIBILICENCIADOS EN ENFERMERÍA EFECTO NOCIVO, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Nunca	0	0
Rara Vez	3	13,0435
Algunas veces	7	30,4348
La mayoría del tiempo	5	21,7391
Siempre	8	34,7826
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

NOTIFICACIÓN ANTE UN POSIBILICENCIADOS EN ENFERMERÍA EFECTO NOCIVO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Nunca	3	5,6604
Rara Vez	11	20,755
Algunas veces	15	28,302
La mayoría del tiempo	8	15,094
Siempre	9	16,981
Sin respuesta	7	13,208
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 31

NOTIFICACIÓN DE UN ERROR NO DAÑINO, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Nunca	2	9
Rara Vez	2	9
Algunas veces	7	30
La mayoría del tiempo	6	26
Siempre	5	22
Sin respuesta	1	4
TOTAL	23	100

NOTIFICACIÓN DE UN ERROR NO DAÑINO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Nunca	2	3,8
Rara Vez	14	26,4
Algunas veces	18	34,0
La mayoría del tiempo	5	9,4
Siempre	9	17,0
Sin respuesta	5	9,4
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 32

NOTIFICACIÓN DE UN ERROR COMETIDO Y DESCUBIERTO POTENCIALMENTE DAÑINO, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Nunca	2	8,70
Rara Vez	1	4,35
Algunas veces	7	30,4 3
La mayoría del tiempo	2	8,70

Siempre	10	43,48
Sin respuesta	1	4,35
TOTAL	23	100

NOTIFICACIÓN DE UN ERROR COMETIDO Y DESCUBIERTO POTENCIALMENTE DAÑINO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Nunca	2	3,77
Rara Vez	8	15,09
Algunas veces	22	41,51
La mayoría del tiempo	6	11,32
Siempre	10	18,87
Sin respuesta	5	9,43
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

TABLAS 33

NIVEL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR %
Excelente	0	0
Muy bueno	3	13
Aceptable	4	17
Pobre	14	61
Malo	2	9
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

NIVEL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
--------------------------------------------------------	----	-----

Excelente	0	0
Muy bueno	6	11
Aceptable	27	51
Pobre	11	21
Malo	4	8
Sin respuesta	5	9
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SECCIÓN F: SU CENTRO

TABLAS 34

PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	13
En desacuerdo	12	52
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	17
De acuerdo	2	9
Muy de acuerdo	2	9
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	7	13
En desacuerdo	19	36
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	8	15
De acuerdo	11	21
Muy de acuerdo	1	2
Sin respuesta	7	13
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 35

INADECUADA COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS/UNIDADES DEL CENTRO, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	5	21,7 4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	13,0 4
De acuerdo	11	47,8 3
Muy de acuerdo	4	17,3 9
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

INADECUADA COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS/UNIDADES DEL CENTRO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	5	9,43
En desacuerdo	8	15,09
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	9	16,98
De acuerdo	17	32,08
Muy de acuerdo	7	13,21
Sin respuesta	7	13,21
TOTAL	53	100

UENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 36

FUGA DE INFORMACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	4	17,3913
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	21,7391
De acuerdo	11	47,8261
Muy de acuerdo	3	13,0435
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

FUGA DE INFORMACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	6	11,321
En desacuerdo	10	18,868
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	9	16,981
De acuerdo	19	35,849
Muy de acuerdo	1	1,8868
Sin respuesta	8	15,094
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 37

COOPERACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS/UNIDADES, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	8	34,7826
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	17,3913
De acuerdo	8	34,7826
Muy de acuerdo	3	13,0435
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

COOPERACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS/UNIDADES, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	4	7,547 2
En desacuerdo	13	24,52 8
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	14	26,41 5
De acuerdo	14	26,41 5
Muy de acuerdo	1	1,886 8
Sin respuesta	7	13,20 8
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 38

FUGA DE INFORMACIÓN EN LOS CAMBIOS DE TURNO, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	8	34,782 6
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	9	39,130 4
De acuerdo	5	21,739

		1
Muy de acuerdo	1	4,3478 3
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

FUGA DE INFORMACIÓN EN LOS CAMBIOS DE TURNO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	5	9,434
En desacuerdo	19	35,849
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	13	24,528
De acuerdo	8	15,094
Muy de acuerdo	1	1,8868
Sin respuesta	7	13,208
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 39

INCOMODIDAD ENTRE EL PERSONAL, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	13,043 5
En desacuerdo	8	34,782 6
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	7	30,434 8
De acuerdo	4	17,391 3
Muy de acuerdo	1	4,3478 3
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

INCOMODIDAD ENTRE EL PERSONAL, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	3	5,660 4
En desacuerdo	18	33,96 2
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	17	32,07 5
De acuerdo	8	15,09 4
Muy de acuerdo	0	0
Sin respuesta	7	13,20 8
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 40

PROBLEMÁTICO INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	5	21,739 1
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	8	34,782 6
De acuerdo	8	34,782 6
Muy de acuerdo	2	8,6956 5
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

PROBLEMÁTICO INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN, AUXILIARES ENFERMERÍA	F A	FR%
Muy en desacuerdo	2	3,773 6
En desacuerdo	13	24,52 8
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	12	22,64 2
De acuerdo	19	35,84 9
Muy de acuerdo	0	0
Sin respuesta	7	13,20 8
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 41

PRIORIDAD EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	5	21,74
En desacuerdo	8	34,78
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	8	34,78
De acuerdo	1	4,35
Muy de acuerdo	0	0
Sin respuesta	1	4,35
TOTAL	23	100

PRIORIDAD EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	9	16,98 1
En desacuerdo	17	32,07 5
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	18,86 8
De acuerdo	6	11,32

		1
Muy de acuerdo	2	3,773 6
Sin respuesta	9	16,98 1
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 42

CARENCIA EN PREVENCIÓN DE SUCESOS ADVERSOS EN PACIENTES, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	4,348
En desacuerdo	1	4,348
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	17,39 1
De acuerdo	13	56,52 2
Muy de acuerdo	4	17,39 1
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

CARENCIA EN PREVENCIÓN DE SUCESOS ADVERSOS EN PACIENTES, AUXILIARES ENFERMERÍA	F A	FR%
Muy en desacuerdo	3	5,660 4
En desacuerdo	9	16,98 1
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	11	20,75 5
De acuerdo	18	33,96 2
Muy de acuerdo	4	7,547 2
Sin respuesta	8	15,09 4
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 43

TRABAJO COORDINADO PRO SEGURIDAD DEL PACIENTE, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	4	17,4
En desacuerdo	9	39,1
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	26,1
De acuerdo	4	17,4
Muy de acuerdo	0	0
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

TRABAJO COORDINADO PRO SEGURIDAD DEL PACIENTE, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	5	9,4
En desacuerdo	15	28,3
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	14	26,4
De acuerdo	10	18,9
Muy de acuerdo	2	3,8
Sin respuesta	7	13,2
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 44

PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
Muy en desacuerdo	1	4,35
En desacuerdo	8	34,78
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	8	34,78
De acuerdo	4	17,39
Muy de acuerdo	1	4,35
Sin respuesta	1	4,35
TOTAL	23	100

PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
Muy en desacuerdo	6	11,3
En desacuerdo	14	26,4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	13	24,5
De acuerdo	11	20,8
Muy de acuerdo	1	1,9
Sin respuesta	8	15,1
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SECCIÓN G: NUMERO DE SUCESOS NOTIFICADOS

TABLAS 45

PROCEDIMIENTO PARA NOTIFICAR INCIDENTES O EFECTOS ADVERSOS, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
SI	17	74
NO	4	17
Sin respuesta	2	9
TOTAL	23	100

PROCEDIMIENTO PARA NOTIFICAR INCIDENTES O EFECTOS ADVERSOS, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
SI	28	53
NO	16	30
Sin respuesta	9	17
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

TABLAS 46

NOTIFICACIÓN POR ESCRITO DE UN INCIDENTE O EFECTO ADVERSO EN LOS ULTIMOS 12 MESES, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
a. Ninguna notificación	5	21,73 9
b. De 1 a 2 notificaciones	13	56,52 2
c. De 3 a 5 notificaciones	3	13,04 3
d. De 6 a 10 notificaciones	1	4,348
e. De 11 a 20 notificaciones	0	0
f. 21 notificaciones o más	1	4,347 8
Sin respuesta	0	0
TOTAL	23	100

NOTIFICACIÓN POR ESCRITO DE UN INCIDENTE O EFECTO ADVERSO EN LOS ULTIMOS 12 MESES, AUXILIARES ENFERMERÍA	FA	FR%
a. Ninguna notificación	30	56,60
b. De 1 a 2 notificaciones	10	18,87
c. De 3 a 5 notificaciones	3	5,66
d. De 6 a 10 notificaciones	1	1,89
e. De 11 a 20 notificaciones	1	1,89
f. 21 notificaciones o más	0	0
Sin respuesta	8	15,09
TOTAL	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SECCIÓN I: COMENTARIOS

TABLAS 52

SUS COMENTARIOS, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVO	FA	FR%
sin respuesta	15	65
con respuesta	8	35
total	23	100

SUS COMENTARIOS, AUXILIARES DE ENFERMERÍA	FA	FR%
sin respuesta	42	79
con respuesta	11	21
total	53	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SUS COMENTARIOS REALIZADOS, LICENCIADOS EN ENFERMERÍA OPERATIVOS	FA	FR%
b. Relativos al instrumento	1	6
c. No existen medidas que orienten a la seguridad del paciente	6	35
d. Debería existir mayor prevención	1	6
e. Falta mobiliario adecuado para promover seguridad del paciente	2	12
f. Falta RRH Licenciados Operativos	4	24
g. Licenciados Operativos, necesidad cumplir la función que corresponde	1	6
h. Solicitan conocer resultados del TFI	1	6
i. Institución debe incorporar Programa Paciente seguro si apuesta a la realidad	1	6
TOTAL	17	100

SUS COMENTARIOS REALIZADOS, AUXILIARES DE ENFERMERÍA	FA	FR%
b. Desconocimiento y falta de información sobre el tema seguridad del paciente y personal poco preparado	3	9
c. Planta física en inadecuadas condiciones e insegura	4	12
d. ausencia de protocolos	1	3
e. Falta de recursos materiales y humanos Auxiliar de Enfermería	5	15
f. Inadecuada higiene de los servicios	1	3
g. Falta de confianza en el servicio	1	3

h. Relativo al instrumento	1	3
i. Inadecuada seguridad para los pacientes	18	53
TOTAL	34	100

FUENTE: datos obtenidos de la aplicación del instrumento sobre Cultura de la Seguridad del Paciente de la Hospital Survey on Patient Safety Culture; a Licenciados Operativos y Auxiliares de Enfermería, en los pisos 7, 9, 10 y 16 del Hospital de Clínicas, Uruguay en el período 14 al 20.2.11

SINTESIS ESTADISTICA DE LOS DATOS OBTENIDOS

SECCIÓN A: Su Centro

1 - De la variable ámbito hospitalario se observa que el 100% de los Licenciados y el 94,44% de los Auxiliares de Enfermería encuestados pertenecen al área quirúrgica, el 1.8% de Auxiliares son de Cuidados Intensivos y un 3.7% de los mismos no responden.

2 - Variable Apoyo mutuo:

El 57 % de los Licenciados opina que el personal sanitario se apoya mutuamente, mientras que un 26 % responde lo contrario.

Con respecto a los Auxiliares de Enfermería el 57% opina que el personal se apoya mutuamente , el 9% lo contrario y un 15 % lo hace en forma neutra.

Más de la mitad del personal encuestado en ambos roles, considera que existe apoyo mutuo entre el personal del servicio.

3 - Variable Personal suficiente:

El 87% de las Licenciadas en Enfermería Operativos opina que no existe personal suficiente para afrontar la carga de trabajo del servicio, y casi un 75% de los Aux. posee la misma respuesta.

Esto indica que la gran mayoría del personal encuestado siente la sobrecarga de trabajo por falta de personal.

4 - Variable Trabajo en equipo:

El 82% de los Licenciados en Enfermería Operativos opina que existe trabajo en equipo ante la alta demanda de trabajo.

El 45% de los Auxiliares de Enfermería responde de igual manera, mientras que un 28% de los mismos opina lo contrario. Un 17% es neutro.

Notoriamente se observa que los Licenciados en Enfermería manifiestan que existe trabajo en equipo, mientras que los Auxiliares de Enfermería responden en forma dividida, igualmente predomina la existencia del mismo en un 47%.

Resulta llamativa la disparidad de opiniones que poseen los Licenciados en Enfermería Operativos con respecto a los Auxiliares de Enfermería, y analizando la variable se identifica que existe sesgo en la misma a la hora de interpretación de la pregunta. Por un lado se puede pensar la variable en base solo al trabajo de los Auxiliares o de estos con los Licenciados.

En el análisis de esta variable influyen muchos determinantes tales como la conformación del equipo, distribución de trabajo, etc.

5 - Variable Relacionamiento del personal:

Un 83% de los Licenciados en Enfermería Operativos responde, que el personal del área se trata con respeto, y un 70% de los Auxiliares de Enfermería opina de igual forma.

Esto indica que el relacionamiento del personal es adecuado para ambos encuestados.

Analizando con la anterior variable se determina que si bien existe un adecuado relacionamiento entre el personal, a la hora del trabajo en equipo existen carencias, por lo que el relacionamiento del personal no se acompaña con el trabajo en equipo.

6 - Variable Jornada laboral extensa:

El 43% de los Licenciados en Enfermería responde en forma neutra ante esta pregunta, no opinan ni favorable desfavorablemente. Un 39% están de acuerdo y muy de acuerdo con que las jornadas laborales son extensas, influyendo éstas en los cuidados del paciente y un 17% opina lo contrario.

Un 45% de los Auxiliares de Enfermería están en desacuerdo y muy en desacuerdo con que el personal del servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.

Solo un 19% opina que están de acuerdo y muy de acuerdo con la opción y un 25% responde en forma neutra.

En cuanto a esta variable lo que debemos destacar es que la información que brinda es SOLO de la unidad en la cual se realizó la encuesta, no pudiendo identificar la existencia de multiempleo.

Esta variable desprende datos muy ambiguos por lo que pudo no haber sido bien comprendida por los encuestados debido a los altos porcentajes de las respuestas neutras. Según datos aportados por jefes y supervisores de piso en, las entrevistas realizadas, se obtiene que dentro de estos funcionarios existe alto índice de multiempleo, lo cual es de mucha importancia ya que influye en los cuidados que proporcionan los funcionarios a los pacientes.

7 - Variable Existencia de actividades por seguridad del paciente:

Un 43% de los Licenciados en Enfermería Operativos, opinan que se realizan actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. Un 38% están en desacuerdo con esto.

El 41% de los auxiliares refieren que no existen dichas actividades y un 22% esta de acuerdo con la existencia de las mismas.

Un 24% opina en forma neutra.

En esta variable se observa que las repuestas están divididas, tanto para Licenciados como para Auxiliares, probablemente debido a que no existe uniformidad de criterios ante el tema, ya que los encuestados pudieron responder tanto a la existencia de actividades educativas como también a actividades propias del servicio (utilización de protocolos, manuales, medidas preventivas, condiciones de higiene, etc.).

Si bien es una variable sumamente importante para el estudio puede ser interpretada de diferentes formas resultando muy difícil de emitir conclusiones.

8 - Variable Personal de sustitución:

El 87% de los Licenciados opina que no existe personal que lo sustituya y el 76% de los auxiliares opina lo mismo.

En base a lo referido por los supervisores y jefes de área se afirma que efectivamente no existe personal de sustitución suficiente, provocando sobrecarga de trabajo y aumentando el nivel de inseguridad hacia los pacientes.

9 - Variable Percepción punitiva del personal: seguir corrigiendo redacción

El 39% de los Licenciados no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con respecto a esta opción, el 39% opina que el personal no siente que sus errores son usados en su contra y un 21% responde lo contrario.

El 28% de los Auxiliares responde en forma neutra, el 26% cree que sus errores no son utilizados en su contra y un 32% opina lo contrario.

Esta variable presenta un gran porcentaje de opiniones neutras por lo que es difícil descifrar la verdadera tendencia de la misma, pese a esto se puede observar que los Licenciados consideran que sus errores no son utilizados en su contra, en cambio los Auxiliares consideran en mayor porcentaje lo contrario.

10 - Variable Medidas a adoptar ante el error:

En cuanto a los Licenciados, casi un 70% opinan que cuando se produce algún fallo se ponen en marcha medidas para que no vuelvan a ocurrir

El 21 % está en desacuerdo y muy en desacuerdo con esta opción.

En cuanto a los auxiliares, el 47% está de acuerdo, mientras que un 19% responde lo contrario.

La mayoría de los Licenciados opinan que si, existen de medidas para evitar nuevos errores, mientras que menos de la mitad de los Aux., opina lo mismo.

Para analizar dicha variable en cuanto a la diferencia de opinión entre Licenciados y Auxiliares consideramos que se da por las diferentes actividades que realizan cada uno, en los diferentes roles que ocupan cada uno y los diferentes niveles educativos

Podría ser también porque por la diferencia de tareas, las Licenciadas reciben de sus supervisoras o directamente formulan las medidas para prevenir nuevos errores, pero existe una dificultad para que logren comunicar dichas medidas a los Auxiliares de forma efectiva.

11 - Variable Alto riesgo de ocurrencia de errores:

Un 39% de los Licenciados está en desacuerdo y muy en desacuerdo con que por casualidad no ocurren más errores, un 30% opina lo contrario, un 30 % opina en forma neutra.

Un 32% de los Auxiliares está en desacuerdo con la opción y un 32 % de acuerdo, un 24% opina en forma neutra.

Nuevamente observamos que el alto número de respuestas neutras y el porcentaje similar en respuestas afirmativas y negativas hacen que sea difícil conocer la tendencia de la variable.

12 – Variable: Actitud de los compañeros frente a sobrecarga de trabajo de un funcionario.

(la contrastamos con la de trabajo en equipo)

El 78% de los lic. manifiesta que existe una actitud colaboradora entre los compañeros y un 58% de los Auxiliares opina lo mismo.

La mayoría de los encuestados coincide en que existe una actitud colaboradora frente a la sobrecarga de trabajo.

13 – Variable: Percepción del personal frente al informe de efectos adversos.

El 43% de los Lic. está en desacuerdo que cuando ocurre un efecto adverso se juzga a la persona y no al problema, el 29% opina lo contrario y un 26% responde en forma neutra.

El 50 % de los Auxiliares de Enfermería está de acuerdo que cuando ocurre un error se juzga a la persona y no al problema, el 13 % esta en desacuerdo con la opción y un 24% opina en forma neutra.

En esta variable también se observa un gran porcentaje de respuesta neutra por lo que es difícil determinar su análisis, lo que si queda claro es la diferencia de la respuesta entre los Licenciados y los Aux.

14 – Variable: Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.

Entre Licenciados /as un 35% está de acuerdo con esta aseveración, y un igual porcentaje está en desacuerdo. El 30% restante son respuestas neutras.

Entre Auxiliares, solo un 21% está de acuerdo, un 41% responde lo contrario, y el porcentaje restante (38%) se divide entre un 23% que responde de forma neutra, y un 15% que no responde.

Es decir que mientras entre Licenciados /as no existe una tendencia clara de respuesta, entre Auxiliares la distribución se divide básicamente entre la idea de que no existe una evaluación de las medidas aplicadas para mejorar la seguridad de los pacientes y aquellos que no se inclinan ni por una respuesta ni por la otra.

15 - Variable: Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.

Las respuestas de Licenciadas/os se distribuyen en un 44% que responde contrariamente a esta aseveración, un 39% que la afirma y un 17% que se mantiene neutral.

En tanto, el 38% de los/as Auxiliares responde de forma afirmativa, un 28% opuesta, un 21% contesta de forma neutra y hay un porcentaje de no respuesta de 13%.

En este caso podemos ver una tendencia ligeramente superior entre Licenciados /as a responder que no altera la forma de trabajar por estar bajo presión. Esto resulta contrario a lo que responden los/as Auxiliares, donde las respuestas que afirman la aseveración planteada son en 10% superiores a las que la rechazan. Igualmente, sobre todo en el caso de Auxiliares, el porcentaje de personas que no contestan o lo hacen de forma neutra sigue siendo alto.

16 - Variable: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.

Entre Licenciadas/os quienes están de acuerdo o muy de acuerdo con esta aseveración suman un 39%, mientras que quienes no lo están alcanzan el 35%. El 26% restante de la distribución lo conforman las respuestas neutras.

De manera distinta, entre Auxiliares quienes coinciden con la aseveración son solo un 19%, frente a un 43% que responden que si se está comprometiendo la seguridad del paciente por hacer más trabajo. El 36% restante de la distribución se divide en un 23% que responde de forma neutra, y un 13% que no contestó.

Aquí se observa algo similar a la variable anterior; Entre Licenciados /as, las respuestas positivas y negativas tienen porcentajes similares, con una leve tendencia hacia responder de forma positiva, mientras tanto, esto se invierte nuevamente al consultar a los/as Auxiliares, en donde las respuestas negativas duplican en frecuencia a las positivas. Nuevamente también, existe un alto porcentaje de respuestas neutras y no respuesta.

17 - Variable: Los empleados temen que los errores que comenten consten en sus expedientes

Entre Licenciados /as, responden de forma afirmativa y negativa en igual porcentaje (39%), con un 22% de respuestas neutras.

Entre Auxiliares, un 38% responde de forma afirmativa, un 50% de la distribución está compuesto por personas que en mitad contestan de forma neutra o negativa a la aseveración (24,5% respectivamente). El 13% no responde.

En el caso de Licenciados /as, si bien el porcentaje de respuesta es aceptable, no se puede obtener una tendencia. Se trata de una distribución bimodal donde las alternativas que obtuvieron mayores frecuencias son opuestas.

En el caso de auxiliares, en cambio, hay una moda que se corresponde con quienes consideran que los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes, aunque alcanza solo un 0,5% más que el acumulado de quienes contestan de forma neutra o no contestan.

18 - Variable: En esta Unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.

Sobre este punto un 65% de los/as Licenciados en Enfermería Operativos contesta de forma afirmativa, un 13% niega la aseveración y un 22% ni en acuerdo ni en desacuerdo y 0% sin respuesta.

Los/as Auxiliares contestan de forma afirmativa en un 38%, negativa en un 32%, neutra en un 19% y no responde un 11% de los/as encuestados/as.

Aquí se observa una imagen diferente a lo que venía siendo la tendencia, es decir sobre esta aseveración, que por lo demás viene a ser una conjugación de los demás puntos, la respuesta mayoritaria de Licenciados /as en Enfermería Operativos es rotundamente negativa (es decir, afirma que existen problemas con la seguridad de los pacientes en la Unidad), mientras que esta vez es el grupo de Auxiliares de Enfermería quienes cuentan con una distribución dividida. Sin embargo, y más coherente con la tendencia de las respuestas, el porcentaje mayor lo tiene el que afirma que la seguridad de los pacientes es un problema para la unidad.

19 - Variable: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.

Entre Licenciados /as contestó de forma afirmativa a esta aseveración el 43,5% de los/as encuestados/as, niega esto un 30,5%, y responde de forma neutra un 26%

Entre Auxiliares, un 47% respondió de forma afirmativa, un 19% negó la aseveración, un porcentaje igual contestó de forma neutra y el 15% restante no contestó en absoluto.

En esta variable, entonces, cerca de la mitad en ambos grupos considera que los procedimientos y sistemas actuales son efectivos para la prevención de errores. Sin embargo, entre un 20 y un 30% niegan esta aseveración, e incluso hay un promedio de 30% que no contesta o lo hace de forma neutra.

SECCIÓN B: Su Jefe/Supervisor

20 - Variable: Mi Superior/Jefe hace comentarios positivos favorables cuando ven un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.

Entre las/os Licenciadas/os, un 61% se encuentra de acuerdo o muy de acuerdo con esta aseveración. Un 13% se opone y el 26% responde de forma neutra.

En el caso de los/as Auxiliares, afirma la aseveración un 42%, la rechaza un 30%, y el 28% restante se divide entre un 17% que contesta de forma neutra, y un 11% que no responde.

Entonces, vemos que si bien en ambos casos se obtiene una respuesta positiva en esta variable, es mayor la frecuencia en el caso de Licenciadas/os, mientras que entre Auxiliares el acumulado de quienes rechazan la aseveración, no responden o se mantienen neutrales alcanza a casi un 60%.

21 - Variable: Mi Superior/Jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

Acuerda, en mayor o menor medida, con esta aseveración, un 57% de los/as Licenciados /as que responden la encuesta. No la considera acertada un 22%, y contesta de forma neutra un 21%.

Entre Auxiliares, está de acuerdo o muy de acuerdo un 44%, en desacuerdo o muy en desacuerdo un 20,5%, se mantiene neutral un porcentaje igual (20,5%), y finalmente, no responde el 15% restante.

Aquí entonces sucede algo similar a la variable anterior; Entre Licenciadas/os, las respuestas que pueden considerarse positivas son la mayoría absoluta, mientras que entre Auxiliares esta mayoría es simple, pues no alcanza el 50%, y sí lo alcanza el acumulado de las demás categorías.

22 - Variable: Cuando la presión del trabajo aumenta, mi Superior/Jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.

Esta aseveración es rechazada por el 61% de los/as Licenciados /as que responde la encuesta. Contesta de forma afirmativa (es decir, considera que el Superior/Jefe pretende que se trabaje más rápido al aumentar la presión de trabajo) un 17% y de forma neutra el 22% restante.

Entre Auxiliares, un porcentaje similar (60%) también rechaza la aseveración, un 12% afirma esto, un 15% responde de forma neutra y el restante 13% no contesta.

En ambos casos la tendencia es, entonces, a considerar que el Supervisor/Jefe no pone en riesgo la seguridad de los pacientes por demandar más rápidos resultados a sus subalternos.

23 - Variable: Mi Superior/Jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.

Un 66% de los/as Licenciados /as rechaza esta aseveración. La afirma el 17% y se mantiene neutral el restante 17%.

A la vez, un 68% de los/as Auxiliares está en desacuerdo o muy en desacuerdo, un 6% está de acuerdo, y el restante 26% se divide en partes iguales entre aquellos que contestan de forma neutra y quienes no responden.

Una vez más, entonces, la respuesta obtenida al respecto de esta variable corresponde mayoritariamente a las categorías que se consideran positivas para la seguridad de los pacientes.

SECCIÓN C: Comunicación

24 - Variable: Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.

En el caso de las respuestas de los/as Licenciados /as, se trata de una distribución bimodal, donde las mayores frecuencias (43,5%) corresponden a quienes afirman la aseveración y quienes responden de forma neutra. Finalmente, el 13% restante contestó que rara vez o nunca se les informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos notificados.

Entre los/as Auxiliares, esta aseveración se cumple la mayoría del tiempo o siempre para un 38%, rara vez o nunca para un 15%, y no compromete una respuesta el 47%, 34% porque responde de forma neutra, y 13% porque no responde.

Al respecto de esta variable podemos decir que tanto entre Licenciadas/os como entre Auxiliares los porcentajes de respuestas positivas sobre la aseveración planteada (que son, para este caso, las que la afirman) supera por más del doble, e incluso el triple en el caso de Licenciados /as a quienes responden de forma negativa (negando la aseveración). Sin embargo, se trabaja con un amplio porcentaje de no respuesta o de respuesta neutra, que en el acumulado de las respuestas de Licenciados /as iguala y el en el de Auxiliares supera a aquellos que contestaron de forma positiva.

25 - Variable: El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

En un 57% las/os Licenciadas/os contestan de forma afirmativa, un 4% contesta que esto sucede rara vez, contesta de forma neutra un 26% y no responde el restante 13%.

Asimismo, el 45% de los/as Auxiliares responde de forma afirmativa, 10% responde que el personal rara vez o nunca comenta libremente aspectos que pudieran afectar negativamente el cuidado del paciente, 32% responde de forma neutra y el restante 13% no responde.

En ambos grupos, entonces, quienes contestan de forma afirmativa son un porcentaje ampliamente superior. Sin embargo, el porcentaje de no respuesta o respuesta neutra se mueve entre el 39 y el 45% de la distribución.

26 - Variable: Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.

De acuerdo con la respuesta de los/as Licenciados /as, esto sucede en un 56,5% de las respuestas, y no sucede para un 17,5%. Un 26% responde de forma neutra.

Entre Auxiliares, un 23% considera que se informa de los errores siempre, no considera esto el 25%, un 41% contesta de forma neutra y el restante 11% no responde.

Entonces, mayoritariamente los/as Licenciados /as responden que se informa sobre los errores que se cometen en la unidad, mientras tanto, para los/as Auxiliares el mayor porcentaje lo compone el acumulado de quienes no responden o lo hacen de forma neutra, mientras que el 48% restante se divide entre las opciones que afirman o rechazan la variable, habiendo una leve tendencia a responder que no se informa de los errores cometidos en la Unidad.

27 - Variable: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos funcionarios con mayor autoridad del Servicio/Unidad/Área.

El 26% de los/as Licenciados /as contesta de forma afirmativa, 17% niega la aseveración, y el 57% responde de forma neutra.

Entre Auxiliares, un igual porcentaje (24,5%) afirma y niega la aseveración. Mientras tanto, un 38% responde de forma neutra y el 13% no responde.

Tenemos, entonces, que en esta variable el porcentaje mayor lo componen las respuestas neutras y quienes no respondieron (superan en ambos casos el 50% de la distribución), y solo entre Licenciados /as se aprecia una tendencia a responder de forma afirmativa

28 - Variable: En esta unidad, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

Un 48% de las respuestas de los/as Licenciados /as afirma esta aseveración. Un 22% la niega, y el 30% restante contesta de forma neutra.

Entre Auxiliares, el 30% afirma la aseveración, 21% la rechaza, 38% responde de forma neutra y 11% no responde.

Podemos ver, entonces, que si bien se trabaja con un alto porcentaje de respuesta neutra y no respuesta (en el caso de auxiliares casi alcanza la mitad de la distribución), la tendencia es a considerar que, efectivamente, en la unidad se discute cómo se pueden prevenir errores para que no vuelvan a suceder.

29 - Variable: El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien.

Sólo un 13% de los/as Licenciados /as afirma esta aseveración. Un 48% considera que esto no es así, mientras tanto, el 39% responde de forma neutra.

Un porcentaje igual de Auxiliares, 13%, afirmó la aseveración. El 51% la rechazó, 25% respondió de forma neutra, y el 11% restante no respondió.

Obtenemos de esta variable, que en ambos grupos la mayor frecuencia de la distribución se ubica en las categorías que niegan la aseveración, seguida por el acumulado de las categorías de respuesta neutra y no respuesta, y finalmente, quienes consideran que el personal teme hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien sólo alcanzan un 13% en ambos casos.

SECCIÓN D: Frecuencia de Sucesos Notificados

30 - Variable: frecuencia con la que es notificado un error descubierto y corregido antes de afectar un paciente.

El 13% de los/as Licenciados /as responde que esto sucede rara vez, 57% responde que sucede la mayoría del tiempo o siempre, y el 30% restante responde de forma neutra.

Entre Auxiliares, suman un 27% quienes responden que este tipo de error es notificado rara vez o nunca, mientras quienes afirman la aseveración alcanzan un 32%. El 41% restante corresponde al acumulado de quienes contestaron de forma neutra (28%) y quienes no contestaron (13%).

Podemos ver que si bien se maneja un porcentaje de respuesta neutra y no respuesta alto en ambos casos, es muy clara la tendencia a responder de forma positiva entre Licenciados /as, con categorías que acumulan más del 50% de la distribución, y es más dividida la opinión entre Auxiliares, con una leve tendencia a responder de forma positiva y un porcentaje de más de 40% de personas que no comprometen la respuesta.

31 - Variable: frecuencia con la que se notifica un error que no tiene potencial de dañar al paciente

Un 48% de los/as Licenciados /as responde de forma positiva, diciendo que esto sucede la mayoría del tiempo o siempre. De forma negativa, es decir, contestando que esto sucede rara vez o nunca, responde el 18%. Mientras tanto, un 30% responde de forma neutra, y un 4% no responde.

Entre Auxiliares, en cambio, el porcentaje que acumulan las respuestas positivas es un 26%, las negativas alcanzan un 30,5%, el 34% responde de forma neutra, y el 9,5% no responde.

Se repite en esta variable el alto porcentaje de no compromiso de respuesta, ya sea por contestar de forma neutra, o por no responder en absoluto.

Observamos entre Licenciados /as una clara tendencia a considerar que es frecuente la notificación de errores que no tienen potencial de daño, mientras que entre auxiliares hay una tendencia, más leve, a considerar que estas notificaciones son infrecuentes.

32 - Variable: frecuencia con la que se notifican los errores que pudiesen dañar al paciente pero no lo hacen.

Responde que la notificación es algo frecuente un 52% de los/as Licenciados /as. Considera que esto sucede rara vez o nunca un 13%, responde de forma neutra un 30,5% y no responde el restante 4,5%.

Entre Auxiliares hay un 30% que considera que la notificación es frecuente, un 19% que considera que es poco usual, 42% que responde de forma neutra y 9% que no responde.

Nuevamente en esta sección, aparecen altos porcentajes de no compromiso de la respuesta, superando en el caso del grupo de Auxiliares, al 50% de la distribución.

En ambos grupos, sin embargo, la tendencia, más acentuada entre Licenciados /as es a considerar que la mayoría del tiempo o siempre se notifican los errores que pudiesen dañar al paciente pero no lo hacen.

SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente

33 - Variable: Nivel de seguridad del paciente.

13% de los/as Licenciados /as responde que el nivel es muy bueno, considera que es pobre un 61% y malo un 9%. El restante 17% responde de forma neutra (categoría: aceptable).

En el grupo de los/as Auxiliares, es un 11% el porcentaje que responde que el nivel es muy bueno, 21% responde que es pobre, 8% que es malo, el 51% responde de forma neutra y el restante 9% no responde.

En ninguno de los dos grupos se calificó el nivel de seguridad del paciente como excelente.

La tendencia, mucho más visible en Licenciados /as, es a considerar que el nivel es pobre. Sin embargo, entre auxiliares el alto porcentaje de no compromiso de respuesta (que alcanza el 60%) no permite dar certeza sobre la respuesta obtenida.

SECCIÓN F: Su Centro (Hospital/Área, comarca, en caso de atención primaria)

34 - Variable: Promoción de la seguridad del Paciente.

Un 65% de los/as Licenciados /as considera que en su centro no se promueve la seguridad del paciente. 18% considera que sí se promueve, y el restante 17% responde de forma neutra.

Entre Auxiliares, un 49% considera que no se promueve la seguridad del paciente, 23% responde de forma opuesta, 15% contesta de forma neutra, y el restante 13% no responde.

En ambos grupos la tendencia es a considerar que en el centro no se promueve la seguridad del paciente. La respuesta es más llamativa entre Licenciados /as, donde las categorías acumuladas alcanzan un 65%.

35 - Variable: Inadecuada coordinación entre los Servicios/Unidades del Centro.

El 65% está de acuerdo o muy de acuerdo en que la coordinación entre los servicios del centro es inadecuada, un 22% de las/os Licenciadas/os está en desacuerdo con que en el centro la coordinación entre unidades y servicios sea inadecuada, y un 13% responde de forma neutra.

Entre Auxiliares, está en desacuerdo o muy en desacuerdo un 25% de la distribución, de acuerdo o muy de acuerdo un 45%, responde de forma neutra un 17% y no responde el restante 13%.

Una vez más, la tendencia es a considerar inadecuada la coordinación entre unidades y servicios del centro, alcanzando porcentajes más altos esta opinión entre Licenciados /as.

36 - Variable: Intercambio de información del paciente entre los Servicios/Unidades se pierde al traslado

Un 17% de los/as Licenciados /as encuestados/as niega esta aseveración. El 61% la afirma, y el restante 22% responde de forma neutra.

Entre Auxiliares, niega la aseveración un 30%, la afirma un 38%, responde de forma neutra un 17% y no responde el restante 15% de la distribución.

Es decir que la tendencia, una vez más, sería a considerar que existe fuga de información durante el traslado del paciente entre diferentes servicios y unidades. Una vez más, también, esta consideración es mucho más acentuada entre Licenciados /as, donde supera el 60% de la distribución.

37 – Variable: Hay buena cooperación entre los Servicios/Unidades del centro que necesitan trabajar juntos.

Entre Licenciados /as, el 48% está de acuerdo con esta aseveración, 35% no lo está, y el restante 17% responde de forma neutra.

Para los/as Auxiliares, esta aseveración es correcta según considera el 28%, es rechazada por el 33%, responde de forma neutra un 26% y el restante 13%.

Vemos aquí diferencia entre la respuesta de ambos grupos, mientras que entre Licenciados /as la tendencia es a considerar que hay buena cooperación entre servicios o unidades del centro que necesitan trabajar juntos, no se obtiene la misma opinión en el caso de los/as Auxiliares. Debemos observar, sin embargo, que en este último caso el porcentaje de no compromiso de la respuesta está cerca del 40%, mientras que en el primer grupo no llega a la mitad de ese porcentaje.

38 - Variable: A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.

Está en desacuerdo con esta aseveración el 35% de los/as Licenciados /as encuestados/as. Afirma la aseveración el 26% y responde de forma neutra el restante 39%.

Entre los/as Auxiliares encuestados/as, un 45% está en desacuerdo o muy en desacuerdo con que en el servicio a menudo se pierda información de los pacientes durante los cambios de turno. Afirma la aseveración un 17%, responde de forma neutra el 25% y no responde el restante 13%.

Vemos aquí que la tendencia es a considerar que no es usual que se pierda información importante de los pacientes durante los cambios de turno. Sobre todo se observa una mayor frecuencia entre Auxiliares.

39 - Variable: En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros Servicios/Unidades.

Un 22% de los/as Licenciados /as considera que esto es así. El 47% niega esta aseveración, y el restante 30% se mantiene neutral.

Sólo un 15% de los/as Auxiliares está de acuerdo con la aseveración. 40% está en desacuerdo o muy en desacuerdo, el 32% responde de forma neutra y el restante 13% no responde.

Si bien en ambos casos (sobre todo entre Auxiliares) se trabajó con una alta frecuencia de no respuesta y respuesta neutra, existe una tendencia en ambos grupos a considerar que es infrecuente que resulte incómodo trabajar con personal de otros servicios o unidades.

40 - Variable: Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los Servicios/Unidades de este centro.

Entre Licenciados /as un 43,5% afirma la aseveración, 22% está en desacuerdo, y el restante 34,5% responde de forma neutra.

Está de acuerdo entre Auxiliares un 36% de los/as encuestados/as. Niega la aseveración un 28%, responde de forma neutra un 23% y no responde el 13% de la distribución.

Podemos decir, entonces, que si bien se mantiene una alta frecuencia de no compromiso de la respuesta, la tendencia es a señalar que el intercambio de información entre los servicios o unidades del centro es con frecuencia problemático.

41 - Variable: Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

Está de acuerdo con esta aseveración sólo un 4% de los/as Licenciados /as que responde la encuesta. El 57% considera que la seguridad del paciente no aparenta ser prioritaria para la Dirección, un 35% responde de forma neutra, y el restante 4% no responde.

En el grupo de los/as Auxiliares, está de acuerdo o muy de acuerdo con la aseveración un 15%, en desacuerdo o muy en desacuerdo un 49%, 19% responde de forma neutra y 17% no responde.

De esta variable obtenemos que si bien, nuevamente, existe un importante porcentaje de no compromiso de la respuesta (que incluso, esta vez, es mayor entre Licenciados /as que entre Auxiliares), la tendencia es a considerar que las acciones de la Dirección del centro no muestran que la seguridad del paciente sea prioritaria.

42 - Variable: La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.

El 74% de los/as Licenciados /as que responden esta encuesta están de acuerdo o muy de acuerdo con esta aseveración. 9% niega la aseveración, y el restante 17% responde de forma neutra.

Entre Auxiliares, 41,5% responde afirmando la aseveración, 22,5% negándola, 21% permanece neutral y el 15% no responde.

Es muy clara entre Licenciados /as y, en menor medida entre Auxiliares, la tendencia a considerar que la Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.

43 - Variable: Los servicios/Unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.

El 57% de los/as Licenciados /as niega esta aseveración. 17% está de acuerdo con ella, y el restante 26% responde de forma neutra.

En el grupo de los/as Auxiliares, niega la aseveración un 38%, la afirma un 23%, responde de forma neutra el 26% y no responde el restante 13%.

Observamos, nuevamente de forma más clara entre Licenciados /as, y manteniendo un considerable porcentaje de respuestas neutras y no respuesta, que la tendencia es a considerar que no existe trabajo coordinado entre servicios o unidades para proveer el mejor cuidado a los pacientes.

44 - Variable: Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes del centro.

Entre Licenciados /as, está de acuerdo o muy de acuerdo con la aseveración un 22%. La rechaza un 39%, responde de forma neutra el 35% y no responde el restante 4%.

Un 22,5% de los/as Auxiliares afirma la aseveración, 37,5% la rechaza, 25% responde de forma neutra y el restante 15% no responde.

Existe, entonces, una tendencia en ambos grupos a considerar que los cambios de turno no son problemáticos para los pacientes del centro. Se mantiene, igualmente, un porcentaje considerable de personas que contestan de forma neutra o no responden.

SECCION G: Número de sucesos notificados

45 – ¿Variable: Existe en su un procedimiento para notificar incidentes o sucesos adversos?

Un 47% de los/as Licenciados /as responden de forma afirmativa dicha pregunta; mientras que un 17% por la negativa y un 9% sin repuesta.

Entre los/as auxiliares un 53% optan por la afirmativa, un 30% por la negativa y un 17% sin repuesta.

Queda claro que en ambos grupos; especialmente en los/as Licenciados /as con más de un 70% de la distribución refieren que existe en el centro un procedimiento para notificar incidentes y sucesos adverso.

En cambio en cambio se mantiene un % de si repuesta para ambos grupos con un 9% y 17% para Licenciados /as como para auxiliares respectivamente.

46 – Variable: En los pasados 12 meses ¿Cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias?

Con respecto a la pregunta planteada un 57% de los/as Licenciados /as refiere haber realizado entre 1 a 2 notificaciones en los últimos 12 meses, mientras que un 22% refiere no haber realizado ninguna notificación.

El resto de la distribución un 21% correspondiente a la suma del resto de las opciones.

Entre los auxiliares un 56% de los encuestados refieren no haber realizado ninguna notificación, mientras que un 19% admiten haber realizado 1 a 2 notificaciones en los últimos 12 meses.

Se destaca además un 15% de sin repuesta de los encuestados.

En esta variable se observa claramente la disparidad entre los Licenciados y auxiliares, quizás por los diferentes roles que desempeñan cada uno de los grupos.

Se destaca que casi el 80% de los Licenciados han notificado algún efecto adverso y que todos los encuestados optan por una opción con un 0% de sin repuestas.

En cambio en los auxiliares entre los no responden y los que no han notificado ningún efecto adverso suman mas de un 70% de la distribución

SECCION H: características de los encuestados

47 – Variable: ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?

Entre lo/as Licenciados /as encuestados, un 39% refieren tener un tiempo entre 1 a 5 años en el servicio y un igual % correspondiente a la suma de las opciones de entre 6 a 10, 16 a 20 y 21 o mas, cada uno con un 13% de la distribución.

El 22% refieren tener entre 11 a 15 años en el servicio. 0% sin respuesta.

En los auxiliares encuestados un igual % de loa Licenciados es decir un 39% refieren tener entre 1 a 5 años en el servicio. Un 18% entre 6 a 10, 13% 21 o mas y un16% correspondiente a la suma de entre 16 a 20 y 11 a 15 cada uno con un 8% de la distribución. El 13% no opta por ninguna opción.

En esta variable se destaca que mas del 60% ambos grupos tienen más de 5 años en el servicio lo cual favorece la seguridad del paciente dado a la experiencia y conocimiento del servicio de los encuestados. Se destaca además en el grupo de los Licenciados que todos los encuestados optan por una u otra opción.

48 - ¿Cuánto tiempo de desempeño laboral en el actual servicio/unidad o área?

Para Licenciados en enfermería Operativos se destaca: un 52,17% tienen un tiempo de desempeño entre 1 y 5 años; 13,04% para de 6 a 10 años y el mismo porcentaje para la sumatoria aproximadamente para de 16 a 10 años y de 21 años o más; marca la diferencia un 21,74% para el tiempo de desempeño en actual servicios/unidad o área entre 11 y 15 años. 0% sin respuesta.

Para Auxiliares de Enfermería se desprende que: un 47,2% se encuentran comprendidos entre 1 y 5 años de tiempo desempeñando su labor en su actual servicio/Unidad o área; un 13,2% para de 6 a 20 años; un 13 % aproximadamente para la sumatoria de 11 a 15 años y de 16 a 20 años. Un 15,1% para 21 años o más de desempeño; destacando que existe un 11,3 % de auxiliares de enfermería que no responden a esta variable.

En esa variable se destaca una similitud de porcentajes que guardan relación, teniendo en cuenta que la muestra de auxiliares duplica la de Licenciados operativos. Los porcentajes más destacados corresponden a rangos entre 1 y 5 años de desempeño en actual servicio; los de 6 a 10 años con porcentajes iguales; asimismo existe un 11,3% de sin respuesta a la variable en Enfermería para los Auxiliares de Enfermería, pudiendo haberse dado por descuido u olvido al responder.

49 - ¿Cuántas horas de trabajo semanales en este centro?

Se describe para Licenciados en enfermería operativos un 74% en el rango de 20 a 39 horas a la semana; un 22% de 40 a 59 horas semanales; 4% no responden a la variable y 0% para menos de 20 horas y de 60 o más a la semana.

Para auxiliares de enfermería se destaca lo siguiente: 62,26% se desempeña entre 20 a 39 horas semanales; 20,75% de 40 a 59 horas semanales; 3,77% menos de 20 horas de labor; 13,21% no responde la variable y 0% 60 o más horas semanales de labor.

En esta variable se describe que para ambos profesionales la mayor carga horaria en este centro está dada por el rango de 20 a 39 horas semanales, seguidas por en rango de 40 a 59. Se describe para los auxiliares de enfermería un porcentaje de 13,21% sin respuesta que pudo haberse dado por descuido al responder.

50 – Estamento al que pertenece

Se identifica para la muestra 23 Licenciados en Enfermería Operativos y para los Auxiliares de Enfermería con una muestra de 53 individuos a los que se logro aplicar el instrumento.

51- Tiempo de desempeño laboral en su actual especialidad o profesión

Para los Licenciados en enfermería operativos destaca un 34,78% dentro del rango de 6 a 10 años seguido por el rango de 1 a 5 años; 17,39% para el rango entre 11 a 15 años y el mismo porcentaje para la sumatoria de los rangos de 16 a 20 años y mayor de 21 años, destacando que 4,35% pertenecen a el penúltimo nombrado. 0% sin respuesta.

Para los auxiliares de enfermería se desprende que un 17% pertenecen al rango de 1 a 5 años otro 17% a la sumatoria de los rangos 6 a 10 y 11 a 15 años; un 13% para la sumatoria de los rangos de 16 a 20 y 21 o más; identificando un 11% sin respuesta que puede a la no comprensión de la respuesta, descuido o desinterés al responder.

En estos gráficos los se aprecia una similitud de porcentajes para cada rango de tiempo de desempeño laboral en su actual especialidad. Destacando que la mayor cantidad de población para ambas especialidades se ubica en los rangos de 1 a 5 años, de 6 a 10 años y de 11 a 15 años con porcentajes que se ubican entre los 60 y 80%.

SECCION I: Sus comentarios

52 - Respecto a la respuesta abierta comentarios los Licenciados en Enfermería Operativos, un 35% = 8 realizan comentarios y un 65 % = 15 no realizan comentarios abiertos.

Respecto al la respuesta abierta comentarios los Auxiliares de Enfermería, un 21% = 11 realizan comentarios, mientras que un 79%=42 no responden el ítem.

En cuanto a la variable abierta comentarios realizados por Licenciados en Enfermería se describen los siguientes resultados: 35% para No existen medidas que orienten a la seguridad del paciente; 24% falta de recursos humanos Licenciados en Enfermería Operativos; 12% falta de mobiliarios adecuado para promover la seguridad del paciente; y 6% respectivamente para las respuestas: relativas al instrumento, debería existir mayor prevención; los Licenciados en Enfermería deberían cumplir la función que corresponde; solicitan conocer los

resultados del TFI y la institución debe incorporar el Programa paciente seguro si apuesta a la realidad.

En cuanto a la variable abierta comentarios realizados por Auxiliares de Enfermería se describen los siguientes resultados: 53% para inadecuada seguridad para los pacientes; 15% para falta de Recursos materiales y humanos Auxiliares de Enfermería; 12% para planta física en inadecuadas condiciones; 9% para desconocimiento y falta de información sobre el tema seguridad del paciente y personal poco preparado; 3% respectivamente para: relativos al instrumento, falta de confianza en el servicio; inadecuada higiene de los servicios y ausencia de protocolos.

TABLAS EN COLOR POR ITEMS DE VARIABLES DE SECCIONES DEL INSTRUMENTO

**ANEXO CARTAS A DIVISIÓN ENFERMERÍA Y SERVICIOS QUIRURGICOS
DEL HOSPITAL DE CLINICAS**

i NOTAS AL FINAL

ii COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN MEDICINA, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE URUGUAY – COSEPA.

Disponible en: www.msp.gub.uy [fecha de acceso 13 de agosto de 2101]

iii Escala de Likert. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co>. [fecha de acceso 13 de agosto 2010]

iv Donabedian, A. Calidad de asistencia en salud. Disponible en: http://www.cidcam.org.ar/Revista/ano1_no3_2006-2.pdf. [fecha de acceso 13 de agosto 2010]

v Internacional Organization for Standarization. Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf. [fecha de acceso 13 de agosto 2010]

vi OMS. Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf [fecha de acceso 13 de agosto 2010]

vii Organización Mundial de la Salud. The Principles of Quality Assurance. Euro Reports and Studies, nº94. Copenhague: OMS; 1985.

viii Mompert García, M.P. Administración de Servicios de Enfermería. Barcelona, España: Ed. Masson S.A.: 2001. p. 153-160

ix Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Fondo Nacional de Recursos. Disponible en: <http://www.fnr.gub.uy> [Fecha de acceso: agosto de 2010]

x Sarabia González, O. Conceptos en Seguridad del Paciente. Boletín Seguridad del Paciente (México) 2005: (1): 1-2.

xi COMISION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DEL ERROR EN MEDICINA, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE URUGUAY – COSEPA. Disponible en: www.msp.gub.uy [Fecha de acceso 13 de agosto de 2101]

xii Ayuso Murillo, D. La gestión de Enfermería y División Médica como Dirección Asistencial. España: Ed. Díaz de Santos; 2007. P. 126 -129

xiii Franco A. L Fundamentos de seguridad al paciente para disminuír errores médicos. 2006. Cap. 14 p. 149-159. Disponible en: <http://books.google.com.uy/books> [fecha de acceso 20 de agosto 2010]

xiv Ayuso Murillo, D. La gestión de Enfermería y División Médica como Dirección Asistencial. España: Ed. Díaz de Santos; 2007. P. 108 -121

xv Polit D. Investigación Científica en las Ciencias de la Salud. 5ª Edición. México: McGraw – Hil Interamericana. 1997

^{xv} Polit D. Investigación Científica en las Ciencias de la Salud. 5ª Edición. México: McGraw – Hil Interamericana. 1997 Cap 10 (215 – 217)

^{xvi} Polit D. Investigación Científica en las Ciencias de la Salud. 5ª Edición. México: McGraw – Hil Interamericana. 1997 Cap 17.

Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. Artigraf SA. 2009

^{xvi}

^{xvii}