



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE OPINIÓN
DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA EN
SERVICIOS DE TERCER NIVEL DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS**

Autor:
Lic. Enf. Esp. Sandra Figueroa

Tutor:
Prof. Dra. Graciela Ubach

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

Montevideo, 2020



Cultura de Seguridad del Paciente

Opinión del personal médico y de enfermería en servicios de tercer nivel del Hospital de Clínicas

Autor: Lic. Enf. Esp. Sandra Figueroa

Tutor: Prof. Dra. Graciela Ubach

Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Centro de Posgrado

Plan Maestrías

Gestión en Servicios de Salud

Montevideo

Enero de 2020

“Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un

hospital es que no cause ningún daño”

Florence Nightingale (1820-1910)

Lista de Cuadros

1. Operacionalización de la variable CSP
2. Operacionalización de la variable grado de SP y número de reportes
3. Operacionalización de las variables socio-profesionales
4. Clasificación de respuestas
5. Calificación de los ítems y dimensiones de CSP en servicios CTI y CN
6. Cuadro n° 6 Respuestas a pregunta abierta

Lista de Tablas

1. Población encuestada con criterios de inclusión y nivel de respuesta por servicio
2. Calificación del grado de SP del área de trabajo por categoría laboral y servicio
3. Distribución de respuestas en Dimensión Frecuencia de eventos en CTI y CN
4. Distribución de respuestas en Dimensión Percepción Global de SP en CTI y CN
5. Distribución de respuestas en Dimensión Expectativa del Supervisor /Director en CTI y CN
6. Distribución de respuestas en Dimensión Mejora Continua del Aprendizaje Organizacional en CTI y CN
7. Distribución de respuestas en Dimensión Trabajo en Equipo en el Área en CTI y CN
8. Distribución de respuestas en Dimensión Apertura de la Comunicación en CTI y CN
9. Distribución de respuestas en Dimensión Devolución/comunicación del error en CTI y CN
10. Distribución de respuestas en Dimensión Respuesta no Punitiva al error en CTI y CN
11. Distribución de respuestas en Dimensión Dotación de Personal en CTI y CN
12. Distribución de respuestas por ítems y Dimension Apoyo de la Gerencia Hospitalaria a la SP en CTI y CN
13. Distribución de respuestas en Dimensión Trabajo en Equipo en el Hospital en CTI y CN
14. Distribución de respuestas en Dimensión Cambio de Guardia /Transición entre Servicios en CTI y CN

Lista de Gráficos

1. Distribución de edad en encuestados de CTI
2. Distribución de edad en encuestados de CN
3. Cantidad de horas trabajadas por semana en la unidad por los encuestados
4. Porcentaje de respuestas positivas por dimensión de CSP en CTI y CN
5. Distribución de respuestas por servicio

Lista de Acrónimos

AE- Auxiliar de Enfermería

AMSP - Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

AHRQ - Agencia de Investigación y Calidad en Salud

CBO - National Organization for Quality Assurance in Hospitals

COSEPA - Comité de Seguridad de Pacientes

CS- Cultura de Seguridad

CSP - Cultura de Seguridad de Pacientes

DECASEPA - Departamento de Calidad y Seguridad de Pacientes

ENEAS - Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización

EA- Eventos adversos

FDA - Administración de Alimentos y Medicamentos

FNR - Fondo Nacional de Recursos

HOSPSC- Hospital Survey on Patient Safety Culture

IBEAS - Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica

IOM- Instituto de Medicina de Estados Unidos

JCAHO - Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations

LE- Licenciado en Enfermería

M- Médico

MSP- Ministerio de Salud Pública

NHS- Sistema Nacional de Salud de Reino Unido

OMS- Organización Mundial de la Salud

PLEDUR - Plan de desarrollo estratégico de la Universidad de la República

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud

SP - Seguridad de Pacientes

UDELAR - Universidad de la República

Glosario

Calidad asistencial

Según la OMS 1985, "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Según Avedis Donabedian "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".

Cultura organizacional

Según Smircich la cultura como variable interna se define desde esta perspectiva como un pegamento social que mantiene a la organización unida, expresa los valores y creencias compartidos por los miembros de la organización; valores que se manifiestan a través de mitos, historias, leyendas, lenguaje especializado.

Seguridad del paciente

Según OMS es el "Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que velan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de la atención de salud y/o de mitigar sus consecuencias."

Cultura de Seguridad de pacientes

Según el comité de expertos en seguridad y calidad de OMS 2005, se define como el “Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.”

Resumen

El desarrollo científico y tecnológico en el sector salud, sumado a la gravedad de los pacientes asistidos en hospitales de alta complejidad, agregan riesgos de ocurrencia de errores con consecuencias graves. La Cultura de Seguridad de Pacientes (CSP) se plantea como la primera medida de identificación e intercepción del riesgo y de mitigación del daño ocasionado por la asistencia. Con el objetivo de caracterizar la CSP en los servicios Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) y Centro de Nefrología (CN) del Hospital Universitario, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el mes de diciembre de 2018. Se aplicó de forma auto administrada y por vía electrónica el cuestionario "Hospital Survey on Patient Safety" adaptado y validado al español por la Universidad de Murcia, al personal médico y de enfermería con tarea de atención directa y un año o más antigüedad en los servicios seleccionados. La tasa de respuesta global fue de 56.11%. De las 12 dimensiones exploradas, se comportaron con criterio de fortaleza o próximo, la dimensión Trabajo en equipo en la Unidad; con mayor debilidad las dimensiones Dotación, Respuesta no punitiva al error y Apoyo de la administración hospitalaria. Se encontró que la comunicación dentro de la unidad y el relacionamiento y comunicación con los otros servicios del hospital se comportaron como debilidad en ambos servicios. Se encontró que el Grado de Seguridad otorgado a los Servicios fue mayor en CN, entre muy bueno y excelente 55,56% y para CTI muy bueno 21,21%. El número de reportes en los últimos 12 meses fue mayor proporcionalmente entre los Licenciados en Enfermería. Del total de ítems evaluados, el CTI alcanzó 40,69% y CN el 52,06% de respuestas positivas para la CSP. Los resultados permiten identificar áreas de mejora tanto en las unidades como en la organización hospitalaria en la comunicación y coordinación organizacional, así como en el modelo de gestión de riesgos a emplear en cada servicio.

Palabras clave: Cultura de Seguridad de Paciente, Seguridad del paciente, Calidad asistencial, Cultura organizacional, Hospitales Universitarios.

Abstract

Scientific and technological developments in the Health sector, added to the gravity of the patients assisted in high complexity hospitals; contribute to risk of error occurrence with serious consequences. Patient Safety Culture (PSC) outlines as the first step on identification and interception of risk and mitigation of damage caused by assistance. With the objective of characterizing PSC in the Intensive Care Unit and Nephrology Center of the University Hospital, a descriptive, transversal study was performed in December of 2018. The “Hospital Survey on Patient Safety” adapted and validated in Spanish by the University of Murcia was applied in an electronic, self administered manner to nursing staff and physicians involved in direct attention, with at least one year of work in the selected services. The global answer rate was 56.11%. From twelve dimensions comprised in the questionnaire, “Team Work in the Unit” dimension reached the strength criteria or close to it. “Dotation”, “Non-punitive error response” and “Hospital administration support” were the weakest dimensions. Dimensions “Internal communication in the unit” and “Relationship and communication with other units” showed weakness in both services. The Safety Grade given to the Units was higher for the Nephrology Center (between “very good” and “excellent”, 55.56%) and “very good” for the Intensive Care Unit (21.21%). The number of reports in the last twelve months was proportionally higher for Resident nurses. Of the total evaluated items, the Intensive Care Unit globally achieved 40.69% and the Nephrology Center 52.06% of favorable answers for the PSC. These results allow identifying improvement areas in the Units and in the Hospital organization of communication and organizational coordination, as well as in the model of risk management to be utilized in each Unit.

MeSH terms: Patient Safety Culture, Patient Safety, Assistential quality, Organizational culture, University Hospitals.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción	1
1.2 Pregunta de investigación	4
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo general	
1.3.2 Objetivos específicos	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes	6
2.2 Justificación	12
2.3 Fundamentos teóricos	17
2.3.1 ¿Cómo se relacionan los conceptos de Calidad y Seguridad de la atención?	17
2.3.2 ¿Cómo se relaciona la Cultura de Seguridad con la Calidad de Atención?	21
2.3.3 Antecedentes a nivel nacional	24
2.3.4 Normativa Nacional – COSEPA Hospital de Clínicas	26
2.3.5 ¿Qué es la Cultura Organizacional y como se relaciona con la Cultura de Seguridad?	29
2.3.6 ¿Cuáles son las características de las diferentes tipos de cultura organizacional?	31
2.3.7 ¿Que es la Cultura de Seguridad?	32
2.3.8 ¿Cuáles son las características de una Cultura de Seguridad de Pacientes?	33
2.3.9 ¿Cuál ha sido la evolución del concepto de seguridad de pacientes y de Cultura de Seguridad?	34

2.4 Contexto de Estudio	42
2.4.1 Universidad de la República	42
2.4.2 Hospital de Clínicas	43
2.4.2.1 Misión	43
2.4.2.2 Perfil	43
2.4.2.3 Centro de Tratamiento Intensivo	45
2.4.2.4 Centro de Nefrología	46

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudio	48
3.2 Ámbito de estudio	48
3.3 Población y período de estudio	48
3.3.1 Criterios de inclusión	48
3.3.2 Criterio de exclusión	49
3.4 Variables de Estudio	49
3.4.1 Variable Principal	49
3.4.2 Variables de resultado	50
3.4.3 Variables socio-profesionales	50
3.4.4 Operacionalización de la variable principal CSP	51
3.4.5 Operacionalización de las variables grado de seguridad de pacientes y número de reportes de seguridad	52
3.4.6 Operacionalización de las variables socio-profesionales	53
3.5 Estrategia de Análisis	54
3.6 Base de datos	56

3.7 Análisis Estadístico	56
3.8 Proceso de recolección de datos	56
3.9 Consideraciones Éticas	56

CAPÍTULO IV

RESULTADOS	58
4.1 Sección 1	58
4.1.1 Indicadores Socio-profesionales	59
4.2 Sección 2	62
4.2.1 Calificación del grado de SP	62
4.2.2 Número de reportes de eventos de SP en el último año	63
4.3 Sección 3	64
4.3.1 Opinión sobre CSP por dimensiones e ítems	64
4.4 Sección 4	77
4.4.1 Pregunta abierta	77

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	80
5.1 Perfil de la población	81
5.2 Grado de seguridad del paciente	82
5.3 Resultado en CSP	83
5.4 CSP a nivel de la Unidad/servicio	85
5.5 CSP a nivel del Hospital	91

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

93

CAPÍTULO VII

SUGERENCIAS

97

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La presente investigación se inscribe en la Maestría en Gestión de Servicios de Salud dictada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República siendo requisito final para su aprobación. En el ejercicio profesional tanto a nivel asistencial, docente y gestor, el autor ha identificado la discordancia entre el nivel de evidencia de prácticas que favorecen la seguridad del paciente y las conductas que acompañan determinados procesos, el grado de adopción o desvío de las mismas en relación al conocimiento y medios disponibles. Las variadas conductas frente a riesgos asociados a la atención sanitaria, así como la respuesta individual, colectiva e institucional frente a eventos adversos graves, son una expresión de la Cultura de Seguridad de Pacientes.

Esta discordancia ha llevado a profundizar en el conocimiento de los factores que participan en la identificación, intercepción de riesgos y la mitigación del daño o consecuencias de eventos adversos asociados al proceso asistencial.

El principio de no hacer daño como imperativo ético de práctica médica, se recoge en lo escritos atribuidos a Hipócrates en el siglo VI ac, lleva implícito el temor a hacer daño y el concepto de riesgo de las acciones curativas desarrolladas por el médico. Esta máxima acompaña hasta nuestros días las actuaciones de profesionales, instituciones y organismos vinculados a la salud a distintos niveles. El avance de los conocimientos, el desarrollo acelerado de la tecnología aplicada a la salud, la complejización de los pacientes, el desarrollo de especialidades y del propio sistema de atención, así como la fragmentación de la asistencia, aumentan los riesgos y los errores en la aplicación de

esos conocimientos y tecnologías. En la medida que las intervenciones en salud conllevan riesgos, se deben tomar precauciones para no hacer daño evitable. Una de las estrategias para la prevención primaria del error es el desarrollo de la Cultura de Seguridad de Pacientes (CSP). En 1999, el Instituto de Medicina de Estados Unidos, dio a conocer el informe “Errar es Humano”⁽¹⁾ en el que se muestra la magnitud de los errores y sus consecuencias, medidas en muertes y el impacto en la financiación de los mismos. Además de cuantificar el error y sus consecuencias, aportó en la clasificación de los errores, la participación de fallos de equipos y comunicación, dejó en evidencia que la mayoría de ellos se producían no por irresponsabilidad del personal sanitario, si no por fallas en los sistemas, procesos y condiciones de trabajo. Desde ese momento se puede decir se comienza a delinear lo que hoy llamamos la Seguridad Clínica, la que se concibe como dimensión de la Calidad Asistencial, por lo que no se puede hablar de una sin tener presente a la otra. Hoy la calidad de las prestaciones pasa no solamente por la responsabilidad del individuo, si no que es responsabilidad y producto del sistema de atención a la salud y de las organizaciones que la integran.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²⁾ en 1985, establece que “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”. En concordancia con la definición antes enunciada, el organismo define la seguridad del paciente, como el “Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que velan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de la atención de salud y/o de mitigar sus consecuencias” ⁽³⁾.

En función del conocimiento de la frecuencia y gravedad de las consecuencias asociadas a los errores en la atención médica, los organismos internacionales referentes en salud, promueven la determinación de los factores que participan de su ocurrencia. Vincent ⁽⁴⁾ plantea que se requiere realizar un abordaje sistémico del problema de los eventos adversos, identificando dos líneas principales como factores propiciatorios de los errores, estas son, la Teoría del Error de Reason y la Cultura de Seguridad. Es así que encontramos la recomendación de organismos referentes en materia de salud como OMS, de ubicar como primera medida para la reducción de eventos adversos el desarrollo de la Cultura de Seguridad de Pacientes (CSP).

Según el comité de expertos en seguridad y calidad de OMS ⁽⁵⁾, la CSP se define como el “Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención”.

Existen servicios que por la naturaleza y volumen de las intervenciones, la dinámica de trabajo, la complejidad de los pacientes, presentan un riesgo mayor a la ocurrencia de errores y la gravedad de las consecuencias, como lo son los servicios de alta complejidad asistencial, catalogados de tercer nivel de atención.

El Hospital Universitario tiene la responsabilidad de ofrecer la mejor calidad y seguridad de atención posibles a los usuarios que en él se asisten, siendo el escenario por excelencia de la formación del recursos humanos en salud. Tomando en cuenta la definición de CSP y el carácter de hospital universitario que tiene el Hospital de Clínicas, la formación de los profesionales estará influida por elementos de la cultura de la organización y de la CSP.

1.2 Pregunta de investigación

Del análisis de la propia experiencia contextualizada en el Hospital Universitario y de la bibliografía consultada, surge la pregunta de investigación que guía este estudio **¿cuáles son las características de la CSP en servicios de tercer nivel de atención del Hospital Universitario?** Para dar respuesta a la interrogante se exploraron las formas en que se ha estudiado el tema, encontrando que el enfoque más extendido es el funcionalista, que concibe la CSP como un componente de la organización y que se puede trabajar para modificarlo. Bajo esta concepción la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), crea un instrumento de medición de la CSP, el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HOSPSC) que permite identificar fortalezas y debilidades en 12 dimensiones de la CSP, en los servicios/ sistemas en los que se aplica (6). Los resultados facilitan el establecimiento de estrategias para la mejora de la CSP y sientan las bases para mediciones que evalúen el alcance de las mismas. Es con esa orientación que se desarrolló la presente investigación.

La estrategia de investigación se basó en un diseño descriptivo, de corte transversal, con la aplicación autoadministrada y anónima de HOSPSC, versión adaptada y validada al español (Anexo I.1) al personal asistencial médico y de enfermería de nivel operativo de los Centros de Tratamiento Intensivo (CTI) y de Nefrología (CN) del Hospital Universitario. El período de aplicación del cuestionario fue del 1 al 15 de diciembre de 2018 y los datos se procesaron con paquete estadístico Excel.

Los resultados pudieran servir a la mejora de la CSP a través de la información aportada a la dirección institucional, a los niveles de gestión de los servicios participantes, así como al recurso humano que desarrolle su actividad asistencial, de formación y docente en él, contribuyendo además a los objetivos en salud del país.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

Describir las características de la Cultura de Seguridad de Pacientes en los servicios Centro de Tratamiento Intensivo y Centro de Nefrología del Hospital Universitario, en los grupos profesionales seleccionados en el mes diciembre de 2018.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Conocer la calificación global, de la cultura de seguridad del paciente en los servicios seleccionados.
- Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente en los diferentes grupos profesionales encuestados.
- Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente en relación al tiempo de permanencia en la organización hospitalaria
- Dimensionar la cultura de seguridad del paciente en los servicios seleccionados.
- Establecer fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad de pacientes en los servicios seleccionados.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

Con el interés de conocer las investigaciones, publicaciones relevantes en relación a la Cultura de Seguridad de Pacientes en Hospitales Universitarios se definieron los siguientes criterios de búsqueda.

Buscador: Timbó (metabuscador)

Término de búsqueda: Cultura de Seguridad de pacientes

Período 2008/2018

Idioma: Español

Resultado primario: 438 artículos

Refinamiento de la búsqueda: hospitales universitarios

Resultado secundario: 196 artículos

Relevantes para el estudio: 9

Incluyen una revisión bibliométrica y una revisión sistemática; aplicación de Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española adaptada del HOSPC, en Servicios de CTI, hemodiálisis, aplicados a enfermería y médicos y en el sistema de salud español.

Camargo G et al. (7), realizaron un estudio bibliométrico sobre Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria, el objetivo de ese estudio fue describir las características de la literatura científica sobre la seguridad de los pacientes en relación con la gestión de la seguridad y la cultura de la organización, el tipo de publicación, año, vehículo de publicación, país, idioma y tema. Se analizaron los datos disponibles

en la BVS del período 2006/2012 en el mes de junio de ese último año, los descriptores fueron seguridad del paciente, gestión de la seguridad y cultura organizacional. Se encontraron 106 publicaciones en el período, 50,9% de ellas artículos de Estados Unidos de América, 84,9% en idioma inglés, 74% eran artículos originales y el tema central fue mal praxis. Se evidenció un aumento en número y densidad los últimos 3 años del período considerado. El predominio de las publicaciones correspondió a Estados Unidos y en revistas de ese país, denotando una baja producción latinoamericana y en idioma español.

Reis C et al. (8), et al realizan una revisión sistemática, con el propósito de identificar debilidades y fortalezas de la CSP en las dimensiones establecidas en el HOSPSC en hospitales. Las fuentes de información que se usaron en esa revisión abarcaron los buscadores Medline, Web of Science y Scopus. El período de publicación 2005 a julio 2016. Los idiomas de publicación español, portugués e inglés. El resultado fueron 33 artículos, provenientes de 21 países. La calidad de los estudios se evaluó con STROBE. Las dimensiones que mostraron fortaleza fueron “Trabajo en Equipo en la Unidad” y “Mejora Continua del Aprendizaje Organizacional”. Las dimensiones más débiles “Respuesta no Punitiva al Error”, “Dotación”, “Transferencias y Transiciones entre Servicios” y “Trabajo en Equipo entre las Unidades”. Los estudios ponen de manifiesto CSP débiles o poco desarrolladas.

El Ministerio de Sanidad y Política Social y la Agencia de Calidad del SNS de España, en su publicación año 2009, “Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español”, aplica por primera vez el instrumento HOSPSC. Validado por la universidad de Murcia en convenio con Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Tuvo los siguientes objetivos: “Aplicar la herramienta adaptada y validada, para la medición de las actitudes y comportamientos

relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del nivel hospitalario. Analizar los factores socio-demográficos y laborales que están relacionados con una actitud y un comportamiento favorable en relación con la seguridad del usuario. Favorecer la utilización rutinaria del cuestionario para la evaluación, mejora y monitorización del clima de seguridad en los hospitales del SNS español” (9).

Los resultados más relevantes de este estudio fueron: nivel de respuesta 40%; 93% de los encuestados realizan atención directa; la calificación de seguridad entre 6 y 8 puntos; 95% de los encuestados ha informado menos de 2 eventos adversos en los últimos 12 meses; las dimensiones con mayor fortaleza “ Trabajo en equipo en la unidad” con 71,8% de respuestas favorables, seguida por “Expectativas del Supervisor para la SP” con 61,8% de respuestas positivas; las dimensiones con mayor nivel de debilidad fueron “Dotación”, “Trabajo en equipo entre unidades”, “Percepción global de SP” y “Apoyo de la administración hospitalaria a la SP”. La significación estadística se dio en el tipo de servicio, el tipo de profesional y el tamaño del hospital.

Gama et al. (10), realizaron un estudio en 2102, tuvo por objetivo describir la CSP en una red de hospitales públicos; fueron encuestados 1.113 profesionales de ocho hospitales españoles, todos con grado universitario; se utilizó el mismo instrumento que se aplicará en nuestra investigación; se analizan las percepciones y su posible asociación a factores sociolaborales mediante regresión lineal múltiple. La dimensión “trabajo en equipo en la unidad” se destacó con el mayor porcentaje de respuestas positivas (73,5%) y “dotación de personal” con el mayor porcentaje de respuestas negativas (61%). Los factores más asociados a la CSP ($p < 0,05$) fueron el “servicio” (farmacéutico y

quirúrgico) y la “profesión” (enfermería), ambos de forma positiva. Los autores plantean que las estrategias de mejora deben considerar la dotación de personal, apoyarse en el buen relacionamiento en los equipos de las unidades y utilizar a los servicios de farmacia y bloque quirúrgico y a los profesionales de enfermería, como benchmark para otros servicios y profesionales.

Tomazoni et al.⁽¹¹⁾ , estudiaron la CSP en unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas del equipo enfermero y médico.

Los términos de búsqueda de este grupo de investigadores fueron Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Enfermería Neonatal; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal y tuvo como objetivo evaluar la CSP según el cargo y tiempo de trabajo de los equipos de enfermería y médico de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Si bien el presente estudio se orienta a servicios críticos de adultos, los equipos involucrados en ambas investigaciones son coincidentes, así como los objetivos generales y el instrumento, por lo que se decidió incorporarlo a los antecedentes.

En ese caso participaron 141 sujetos de cuatro unidades de terapia intensiva neonatal, el corte se realizó entre los meses de febrero y abril de 2013. Fueron utilizadas para análisis las pruebas Kruskal-Wallis, Ji -Cuadrado y Alfa de Cronbach. De los resultados se destaca la diferencia del porcentaje de respuestas positivas al Hospital Survey on Patient Safety Culture, “Calificación de global de SP” y “número de eventos comunicados”, según las características profesionales de los encuestados; las diferencias encontradas orientan a una percepción de la cultura de seguridad diferente según al grupo profesional al que se pertenezca, aun para unidades diferentes.

Sanchez et al. ⁽¹²⁾ realizaron una medición Análisis de la CSP en unidades extrahospitalarias de hemodiálisis. Los objetivos fueron: “Conocer la frecuencia de comportamientos y actitudes relacionados con la SP en los profesionales centros

extrahospitalarios de hemodiálisis (CHD) a través del análisis de sus diferentes dimensiones, así como la relación de estos comportamientos y factores socio-demográficos y laborales”. Se aplicó HSOPSC, versión adaptada y validada al español. Los resultados fueron: calificación de SP de los servicios entre muy bueno y excelente en el 91,4% de los encuestados; 90% no ha notificado ningún evento en el último año; las respuestas con mayor puntaje positivo son “Expectativas del supervisor para la SP” con 76,7% y “Trabajo en equipo en la Unidad” con 73,8%, la dimensión con más respuestas negativas es “Dotación” con 25,8%. Ninguno de los ítems supera el 50% de respuestas negativas.

Pinheiro et al. (13), realizaron su estudio Evaluación de la CSP en una organización hospitalaria de un hospital universitario, que tiene como palabras clave: Cultura organizacional; Cultura de seguridad del paciente; Riesgos; Personal de enfermería, tuvo el objetivo de conocer la evaluación de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización hospitalaria de un hospital universitario. El instrumento utilizado se corresponde con el HSOPSC, la recolección de datos fue hecha entre septiembre y noviembre de 2014 y respondieron el cuestionario 203 enfermeras, siendo muestra representativa de la población a encuestar del 50%. El personal de enfermería que en ese caso se tomó para el análisis de las opiniones comprende todos los niveles de formación y en nuestro estudio también se encuestaron tanto profesionales como auxiliares de enfermería, además dentro de los criterios de inclusión el tiempo mínimo de antigüedad en los servicios es de 6 meses en el nuestro de un año, por lo que nos permitió ver los comportamientos de estos dos grupos también en un hospital público universitario de la región. Los resultados principales orientan a que los profesionales no reconocen en la organización y en sus gestores acciones que

favorezcan o prioricen las cuestiones de la SP, debilidades de cooperación y coordinación entre unidades.

Minnuzzi et al. ⁽¹⁴⁾ informa los resultados de la aplicación del HOSPSC, en un CTI de adultos, a una población de 59 encuestados, que conforman el 88% del personal elegible según los criterios de selección aplicados. Destaca que ninguna de las dimensiones alcanzó el 50% de respuestas favorables para la CSP. Así mismo las dimensiones que obtuvieron mejor calificación y en este orden son “Expectativas del supervisor”48,89%, “Trabajo en equipo en la unidad” 46,99%, “Apertura de la comunicación”40,22% de respuestas favorables. Las dimensiones con peor calificación fueron “Apoyo de la administración hospitalaria” 12,48%,”Respuesta no punitiva al error” 13,91% y “Trabajo en equipo entre unidades”17,85% de respuestas favorables..

Dado que sólo se encontró una investigación a texto completo en español que contemplara todos los ítems y los resultados para cada uno en las categorías de respuesta no favorable, indiferente y favorable que permitiera la comparación con los datos de la investigación realizada por el autor, se complementó la búsqueda de antecedentes con la publicación de la AHRQ ⁽¹⁵⁾ .En esta publicación se puede ver la evolución de mediciones periódicas de CSP medidas con el instrumento HOSPSC, que muestra una mejora progresiva en las mediciones de todas las dimensiones , a excepción de la dimensión “Cultura no punitiva frente al error”. Para la presente investigación se tomaron los datos de la medición 2018.

2.2 Justificación

¿Por qué investigar Cultura de Seguridad en el Hospital Universitario?

Se creyó importante situar la SP como problema de gestión y la Cultura de Seguridad como factor clave para su mejora.

El reconocimiento de los eventos adversos, del riesgo de que se produzcan, de los factores que influyen en su comisión y de las intervenciones tendientes a su reducción y prevención, conforman un conjunto de elementos que se relacionan y participan de forma dinámica.

La Seguridad del Paciente es una política impulsada a nivel nacional por diferentes actores y dentro de ella, la promoción y medición de la CSP ocupa un lugar destacado; el Hospital de Clínicas no participó de la encuesta nacional de CSP, por lo que se entiende que la investigación contribuye con el cumplimiento de las metas en salud 2015/ 2020, correspondiéndose con la meta 4 definida por el Ministerio de Salud Pública (MSP) (16).

Las prácticas de los miembros de una organización expresan sus valores y creencias, más allá del discurso, es por ello que conocer las características de la Cultura de Seguridad es un primer paso para describir los elementos de seguridad existentes.

La Institución Universitaria tiene elementos organizacionales que la hacen diferente a otras, lo mismo sucede con el hospital universitario. Tapaurez et al.(17) analizan el planteo de Clark sobre la Morosidad del Cambio en la Universidad como una de sus características destacadas, con una función de innovación inherente y al mismo tiempo un funcionamiento de tipo fuertemente tradicional; la institución hospitalaria universitaria se comporta como un sistema abierto y de la interacción con el medio se da la posibilidad de aumentar las modificaciones de la cultura organizacional. Siempre que se producen cambios, todos o algunos sectores de la organización pueden sentirse

amenazados por las modificaciones que pueden afectarlos y esto funciona como una resistencia a esos cambios. Autores como Etkin⁽¹⁸⁾, plantean que las organizaciones autónomas son aquellas que logran adaptarse exitosamente al cambio; la organización hospitalaria universitaria requiere realizar cambios impulsados desde el interior por su rol innovador y desde el exterior de la misma, como lo son los lineamientos en calidad y seguridad establecidos por organismos internacionales y nacionales en materia de salud y financiamiento, por lo que conocer el nivel de avance en ese sentido muestra el grado de adaptabilidad de la organización a las exigencias establecidas a través de indicadores en materia de seguridad. Los eventos adversos se han convertido en la punta del iceberg como elementos objetivos y resultantes de las fallas de seguridad del sistema sanitario en la atención del paciente.

Las prácticas asistenciales conllevan riesgos y eventos adversos que al no ser identificados como tales “se normalizan” y no se hacen visibles, por lo tanto no se tratan. Conocer la percepción del riesgo que tienen los agentes sanitarios, se convierte en uno de los primeros pasos a transitar para la mejora de la SP.

Otras áreas de actividad, consideradas de alto riesgo, han profundizado en el análisis de los factores que participan del error o fallos y establecido sistemas de análisis y reducción de riesgos, trabajando con un enfoque sistémico, por lo que se podría hablar de sistemas más o menos seguros. El aprendizaje en esas esferas de actividad sustentan la filosofía e intervenciones en la SP.

Los seres humanos son propensos al error, ya sea por distracción, desconocimiento, cansancio, estrés psicofísico entre otros. Se concibe el error como un fallo no intencional en la realización de una acción que pretendía beneficiar al paciente, pero que tiene como resultado un aumento del riesgo o un daño en este. Los fallos o errores y más cuando producen daño, tienen impacto también en el operador, por lo que el

involucramiento y jerarquización de la SP de los actores a nivel de todo el sistema, reducen la posibilidad de daño no solo en el paciente si no también en el personal asistencial, el que se encuentra al final de la cadena de producción del error.

El modelo de gestión que concibe el error como falla del individuo, genera una cultura punitiva, limita la posibilidad de análisis de los factores que conducen al error y crean por contrapartida el ocultamiento del mismo, desviando la mirada de la participación y responsabilidad de la administración en la generación de ambientes más o menos seguros. Bajo las premisas de baja percepción de riesgo de los individuos y del propio sistema y la cultura punitiva, se explica en gran medida los bajos niveles de notificación de eventos adversos reportados por diferentes estudios.

La notificación de eventos adversos y el tratamiento justo del error, señalan por un lado la preocupación de la organización por identificar áreas problemáticas para SP y la evaluación de sus causas y por otro un cambio en la cultura punitiva, facilitando la gestión y reducción del riesgo.

Los estudios de cultura organizacional identifican la existencia de diferentes tipos de organizaciones según la cultura o tipos de cultura que existen, coexisten en las mismas.

El analizar la opinión de diferentes actores a nivel del hospital permite establecer indicios sobre las características de la cultura, en este caso de la cultura de seguridad que es una expresión de la cultura organizacional.

El conocimiento de las características de la CSP de los servicios seleccionados, ayuda a identificar qué aspectos de la cultura de seguridad deben fortalecerse y establecer estrategias con este fin. Se contribuye de esta manera a saber si las miradas de los diferentes actores y servicios del hospital es homogénea o diferente. La CSP podría investigarse en toda la organización, pero se decidió focalizar el estudio en dos servicios

de tercer nivel de atención, estos son el Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) y el Centro de Nefrología (CN) del Hospital Universitario.

El Hospital Universitario tiene características particulares y diferenciales a otros hospitales públicos y privados del país, siendo el centro formador de recursos humanos, por lo que conocer las características de la CSP que se desarrolla en él y en sus servicios ayuda a entender y mejorar junto a las prácticas asistenciales, la formación de los profesionales.

Los criterios con los que se eligieron los servicios CTI y CN, obedecen a que la vulnerabilidad del usuario, según García Díez ⁽¹⁹⁾, es muy alta en CTI, siendo un factor de peso para la gravedad de las consecuencias de los errores y la capacidad disminuida de los mismos para responder al daño real y potencial secundarios al error y por otro lado el tipo de procesos que se desarrollan en ellos, requiriendo el manejo simultáneo de múltiples tecnologías invasivas (diagnósticas, terapéuticas, mecánicas, farmacológicas), alto nivel de especialización de los actores, con la consiguiente variabilidad de situaciones, intervenciones y riesgos asociados. Estas características son extrapolables a muchos de los procesos realizados en CN, que incluso se comparten con CTI. Un elemento diferencial además de los procesos asistenciales específicos y los perfiles de usuarios, es que los procesos asistenciales del Centro de Nefrología son auditados sistemáticamente bajo una serie de estándares de calidad establecidos por el Fondo Nacional de Recursos ⁽²⁰⁾, en tanto que en CTI esta evaluación es esporádica.

A su vez, los servicios seleccionados tienen la característica de mantener un trabajo con equipos más estables que otros del propio hospital y atender un número acotado de pacientes, esta característica puede inscribirse en lo que se ha dado en llamar “microsistemas clínicos” ⁽²¹⁾. Este planteo parte del concepto de que la calidad y seguridad ofertada por una organización no puede ser superior a la que oferte cada uno

de los servicios que la componen, por lo que medir la CSP en dos servicios de alta complejidad y riesgo con característica de microsistema clínico, que por definición deberían tener más alto desempeño que otros servicios, es una medida que orienta al conocimiento de las características de CSP de toda la organización.

Al mismo tiempo se decidió encuestar a los integrantes del equipo de enfermería Licenciados y Auxiliares y médicos grado 2 y residentes, todos con funciones de atención directa, en el entendido de que ellos son quienes realizan o definen, según sus funciones y competencias, los procedimientos que pueden finalmente convertirse en error y eventual evento adverso en los pacientes.

En otro orden son los que permanecen juntos más horas en los servicios, interactuando y por lo tanto teniendo más posibilidades de opinar en base a situaciones experimentadas de forma directa, conformando los equipos asistenciales.

Al pertenecer a categorías laborales de nivel operativo pueden opinar sobre los niveles de dirección o supervisión sin sentir identificación con ellos. El requisito de un año de antigüedad se apoya en que los valores y creencias de la organización requieren un tiempo mínimo de trasmisión y adquisición.

Dada la característica de organización de los servicios en el país, donde hay más auxiliares de enfermería que profesionales, los AE realizan procedimientos de alta complejidad y por lo tanto de riesgo en los servicios seleccionados, por lo que se incluyeron en la población a encuestar, a diferencia de la mayoría de los estudios que solo incluyen profesionales.

2.3 Fundamentos teóricos

Para la mejor comprensión del problema de investigación, Cultura de Seguridad de Pacientes, por ser un concepto complejo se plantea mostrar la relación conceptual entre la calidad de la atención, cultura organizacional, seguridad del paciente, cultura de seguridad, como si fueran conceptos anidados. Se considera de importancia aclarar que sin pretender establecer la jerarquía de ninguna teoría sociológica ni antropológica, ni profundidad en la temática sobre la cultura organizacional, se hace necesario mencionarla para no perder de vista que la CSP que es el tema central de esta investigación es una expresión de esa cultura organizacional.

2.3.1 ¿Cómo se relacionan los conceptos de Calidad y Seguridad de la atención?

La preocupación por la calidad de la atención y seguridad del paciente (SP) puede rastrearse por lo menos desde la era pre cristiana de forma documentada. Si bien los términos han ido cambiando acorde al momento histórico, a la sociedad en la que se analice y al grado de conocimiento científico alcanzado, son identificables conceptos y normas que vinculan al tema en cuestión, que se comportan como el hilo de Ariadna en el laberinto de términos y enfoques que rodean el tema de estudio. Para poder sustentar esta afirmación se señalan algunos aportes a esta construcción conceptual a través de las contribuciones de destacadas personalidades vinculadas al ámbito del cuidado de la salud. Se han realizado consultas de diferentes autores como Rodríguez (22), Meléndez et al. (23), Enríquez Martín (24), Aranaz et al entre otros (25,26,27,28) que han estudiado el tema y extraído de sus textos la información que ha parecido más relevante, asociando a ella los elementos que hoy pueden corresponderse a conceptualizaciones de calidad y seguridad. Destacamos el concepto de iatrogenia precursor del concepto de error y

evento adverso (EA); “Primum Non Nocere”, antes que nada no hacer daño, se constituye en el primer principio ético en la práctica de las ciencias médicas que aún hoy preside las acciones en éstas disciplinas y establece la ponderación de la relación beneficio/daño, o sea la decisión entre correr el riesgo de producir un daño en función de que se obtendrá un beneficio considerable y siempre buscando minimizar el riesgo como la magnitud del daño mismo; el reconocimiento del error de procedimiento, antecedente de notificación y análisis del error, uno de los ejes de la cultura de seguridad; la búsqueda de mejora de conocimientos y medios para reducir la morbi-mortalidad de origen infeccioso asociadas a la práctica de las disciplinas de la salud y que actualmente es uno de los ejes de la seguridad del paciente; intervenciones en higiene y nutrición hospitalaria y clasificación de pacientes por criterios de vulnerabilidad, elemento este, contenido en las herramientas de análisis de EA; la supervisión normativa de los rótulos y la información impresa en los envases para medicamentos de venta sin receta, como vemos otra de las líneas de trabajo sostenidas a la fecha que se vincula a seguridad como lo es el medicamento; uso de un análisis de sangre para determinar compatibilidad antes de realizar una transfusión sanguínea a un ser humano, siendo otra de las prioridades en seguridad actuales, como lo es el riesgo asociado a las transfusiones de hemoderivados; definición de estándares de calidad de atención y acreditación de hospitales; OMS (29) plantea la creación de comisiones para mejora de calidad de atención de los sistemas; adaptación del Modelo de Mejora Continua a la asistencia sanitaria; diferentes investigaciones (30) colocaron el tema en la opinión pública y en la agenda política al mostrar la magnitud del problema expresado en muertes evitables debidas a EA derivadas de las intervenciones sanitarias.

En 1991 se publica el estudio “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de Estados Unidos (1). Este estudio marca un antes y un después en el tratamiento de la seguridad

de pacientes: en el mismo se establece que entre 44000 y 98000 personas morían anualmente en Estados Unidos por errores multicausales, mayormente evitables, del sistema sanitario.

Ese estudio pone en evidencia los fallos del sistema sanitario, en lo que hace a los problemas identificados en la seguridad del paciente, tanto que los organismos de salud de países como Estados Unidos, Gran Bretaña, Australia, España, generan estudios y estrategias para su análisis y mejora. En 2002 la Asamblea Mundial de la Salud instó a los países a fortalecer la seguridad de la atención en salud y los sistemas de monitoreo.

La resolución WHA 55/18 ⁽³¹⁾ pidió a OMS que asumiera el liderazgo en la determinación de normas y estándares globales y que apoyara a los países en sus esfuerzos de preparación de políticas de seguridad. Los ministerios de salud articulan estrategias para alcanzar estos objetivos, esto implica a todos los componentes del sistema sanitario, por lo que se requiere no solo el compromiso individual de cada uno de los actores sino también incorporar a los diferentes niveles de gestión para liderar y facilitar los cambios necesarios para mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones.

El National Quality Forum (NQF) ⁽³²⁾ define lo que podría denominarse como la primera respuesta a los problemas de SP, identificando “30 prácticas seguras” siendo la primera de ellas la promoción de una CSP en los servicios sanitarios. En 2004 la OMS crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ⁽³³⁾. La Alianza para la Seguridad de pacientes actualmente llamada Programa de Seguridad del Pacientes, mantiene su propósito de facilitar las políticas y prácticas de SP.

Se realizan estudios sobre EA a nivel de los sistemas de salud como el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) ⁽³⁴⁾ en el sistema español de salud y el Estudio de prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales en Iberoamérica (IBEAS) ⁽³⁵⁾ entre 2007 y 2009 a nivel latinoamericano, ambos

identifican y coinciden en la evitabilidad de ellos en un gran porcentaje, en gravedad de las consecuencias asociada a la vulnerabilidad del paciente, alto número de errores asociados a la medicación, aumento de pruebas, tratamientos y días de estancia adicionales vinculados directamente a los EA.

Con la finalidad de estandarizar las denominaciones de los conceptos relativos a la seguridad del paciente en 2009 se genera la Taxonomía en Seguridad de Pacientes ⁽³⁶⁾.

A partir de esta fecha comienza a estar instalado en el lenguaje sanitario el término seguridad del paciente, así como cultura de seguridad y el establecimiento más claro de políticas que las favorezcan.

En 2008 se realiza el estudio Análisis de la CSP ⁽⁹⁾ en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, marcando un mojón importante en el estudio de la CSP en los países de habla hispana, ya que en ese estudio se traduce al idioma español y se valida la encuesta correspondiente de la AHRQ, convirtiéndose en un material de referencia.

El presente estudio se sitúa casi 15 años después de la creación del Programa Alianza para la Seguridad del Paciente de la OMS; en este período y particularmente después de 2008 se identifica un aumento progresivo de las publicaciones sobre el tema, en idioma español, pero que aún es escaso como lo muestran las revisiones sistemáticas referenciadas en el trabajo.

Vincent y Amalberti ⁽³⁷⁾ exponen de forma crítica los avances y estancamientos sobre el tema de la seguridad de los pacientes enfatizando en las medidas de seguridad aplicables en la realidad de los sistemas de salud, trascendiendo un enfoque idealista, de aplicabilidad limitada.

2.3.2 ¿Cómo se relaciona la Cultura de Seguridad con la Calidad de Atención?

La OMS y en consecuencia los países miembro, suscriben a la idea de concebir la salud como uno de los derechos humanos universales e inalienables, ya definido en su carta fundacional ⁽³⁸⁾. Se ha venido evolucionando sobre este principio y en consecuencia se han definido elementos básicos constitutivos de este derecho dentro de los que se encuentra la Calidad. Los diferentes países tienen definido el marco legal en el que se desarrollan los sistemas de salud, la calidad y seguridad de las prestaciones ⁽³⁹⁾.

Según Donabedian ⁽⁴⁰⁾, los componentes esenciales de la calidad asistencial son tres: el factor científico técnico, que radica en la utilización del mayor nivel de conocimiento en función de los medios y recursos disponibles, el factor percibido, nivel de satisfacción de los usuarios en relación al trato, atención y resultados alcanzados y el factor institucional unido a los estándares del mismo.

Aibar y Aranaz plantean que la SP se considera una dimensión clave de la calidad asistencial y una condición previa, que según el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos, “es el grado o medida en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados de salud por el individuo y para la población de acuerdo con el conocimiento científico disponible” ⁽⁴¹⁾.

Según Amalberti y Vincent ⁽³⁷⁾ la mayoría de los autores que estudian la calidad asistencial coinciden en la definición de las siguientes dimensiones o atributos que se asocian a la calidad, Calidad científico técnica de la atención o competencia profesional, accesibilidad, satisfacción, adecuación o idoneidad de la atención recibida, efectividad, eficiencia, atención centrada en el paciente y seguridad del paciente.

En esta evolución conceptual se avanza mediante la definición de políticas y estructuras que promuevan la materialización del derecho a la salud. La calidad y seguridad de la

atención requieran ser definidas y medidas para evaluar sus niveles de desarrollo, sus fortalezas y puntos a mejorar.

Según Gama et al. (10), el concepto SP definido por la OMS implica la no ocurrencia de daño de ningún tipo vinculado a la atención en servicios de salud o un mínimo aceptable, difícil de definir.

Se entiende que es un concepto que encierra un objetivo o propósito compartible pero que en la realidad es impracticable, en la medida que existen riesgos asociados a las intervenciones y no es posible suprimirlos, pero si gestionar su reducción.

El NQF (32) publicó en 2003 un conjunto prácticas que alcanzaron nivel de evidencia mostrando efectividad para reducir la ocurrencia de eventos adversos y que al mismo tiempo generalizables y que deberían implementarse a nivel de los hospitales. En este documento del NQF, la mejora de la CSP se posiciona como la primera recomendación para promover la seguridad en los hospitales. Esta recomendación se reforzó en el documento actualizado en 2010. Se propone la medición de la CSP, la devolución de los resultados y el diseño de intervenciones en base a ellos, para impulsar el cambio cultural. Tanto el NQF, como la OMS, consideran la CSP como un indicador estructural básico para el desarrollo de buenas prácticas clínicas y pilar de otras líneas de trabajo en seguridad.

El ejercicio profesional y las consecuencias de los posibles errores están sometidos al análisis público, hay mayor disponibilidad de información para el usuario, los medios de comunicación están más atentos y críticos al actuar de los profesionales de la salud, hay aumento creciente de las demandas de carácter legal contra profesionales y hospitales. Los sistemas de financiación presionan para bajar costos de atención en salud. Se reconoce que los errores no son de un profesional en particular sino son producto del diseño y del funcionamiento de los sistemas hospitalarios y de los sistemas

de salud en general. La seguridad del paciente involucra a múltiples actores transversalizando todos los procesos y niveles de las estructuras implicadas.

Por el impacto que tienen los errores, los sistemas de salud lo han tomado como un problema de salud pública, desarrollando estrategias para su reducción y mitigación de las consecuencias.

Aibar ⁽⁴²⁾ refiere que la seguridad del paciente es consecuencia de la interacción y equilibrio permanente de una serie de factores favorecedores del desarrollo de un daño relacionado con la atención sanitaria recibida o que elevan el riesgo de que este se produzca. El modelo de análisis de estos factores propuesto por Reason ⁽⁴³⁾ integra entre otros, las condiciones latentes o fallos del sistema/organización que predisponen la aparición de resultados adversos, la cultura de seguridad, los errores cometidos por los profesionales, las características de la población asistida.

Se puede decir entonces que la seguridad se considera una dimensión clave de la calidad, que es una política y una estrategia, proceso y producto al mismo tiempo. Así se apuesta a la mejora en las herramientas de gestión centradas en la mejora y rediseño de procesos y la definición de indicadores para los procesos y resultados claves y finalmente el sistema de acreditación. La SP involucra a múltiples actores, entre ellos están: Organismos internacionales de Salud, OMS, OPS, Agencias Europeas, que impulsan a los gobiernos nacionales y establecen directrices marco en relación al tema.

Estos organismos no revisten carácter regulatorio, pero los países realizan acuerdos como con la OMS a través de la Alianza Mundial para la SP quien lanza consignas-metas ^(44,45) a trabajar y alcanzar.

Entidades financieras/ Banco Mundial, en 2001 en el diagnóstico del sector salud ⁽⁴⁶⁾, identifica como una de las debilidades las carencias en el control de la calidad y en la

estrategia 2005-2010, establece como condición de los préstamos en sector salud, crear Sistemas de Salud seguros, con mejora de la calidad y estímulo a la eficiencia.

Astier-Peña et al. (47), plantean la estrecha relación entre Calidad y Seguridad de la atención, ya que estas se asocian positivamente con el mayor grado de compromiso de los actores de los servicios de salud. Este autor plantea la definición de cultura de seguridad como “la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización”. Señala que “las organizaciones con cultura de seguridad desarrollada practican la comunicación abierta, admiten sus errores, los analizan y establecen estrategias para evitarlos, en definitiva son organizaciones que aprenden”.

Las actividades desarrolladas en las organizaciones sanitarias conllevan elevados riesgos y morbi-mortalidad comparables a industrias tales como la aviación o la construcción y en estas la cultura de seguridad es un elemento fundamental, así también debería serlo en las primeras.

Se espera que las organizaciones sanitarias con una CSP fuertemente desarrollada se gestionen los riesgos de forma de reducir los EA y mitigar las consecuencias de los mismos, logrando un análisis profundo y transparente con comunicación abierta de los riesgos como de los errores, tanto en la organización como con el usuario.

2.3.3 Antecedentes a Nivel Nacional

En Uruguay se publicó un estudio realizado por González(48) en 2013 que mide la ocurrencia de EA a nivel nacional. Existen además antecedentes que promueven la mejora de la calidad y seguridad de las prestaciones, como lo testimonian el trabajo del Departamento de Habilitación de Servicios de Salud y el registro de títulos y

certificados de personal de salud por parte del MSP; los procesos de estandarización como el manual para la habilitación de servicios de salud ⁽⁴⁹⁾ de 1997, actualizado en 2010 luego de la creación del SNIS; el manual de estándares para la acreditación de Servicios de Enfermería ⁽⁵⁰⁾ creado por la Comisión Nacional Asesora de Enfermería CONAE en 2000; el decreto de creación de los comités de infecciones; la promoción de guías de práctica clínica; el proceso de mejora de la calidad del Fondo Nacional de Recursos para los Institutos de Medicina Altamente Especializada ⁽²⁰⁾ ; el decreto ministerial de creación de comisiones de seguridad de pacientes (COSEPA) en 2006 y la ordenanza ministerial N° 481 ⁽⁵¹⁾ de 2008 que define las pautas de funcionamiento de los mismos; creación del Departamento de Calidad y Seguridad DECASEPA ⁽⁵²⁾ a nivel central del MSP, entre otros.

En lo que respecta específicamente a la CSP, el DECASEPA ministerial en 2013 realiza la Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Equipo de Salud⁽⁵³⁾, en 2015 desarrolla una encuesta nacional de CSP ⁽⁵⁴⁾ de participación voluntaria a nivel de las instituciones que integran el SNIS, mediante la aplicación del instrumento de la ARQH, de la cual no se encontraron disponibles los resultados.

Los cambios graduales que fue teniendo el Sistema de Atención a la Salud en el marco de las reformas en América Latina, se vinculan con la mejora de la calidad y seguridad de la atención de forma explícita.

Las estructuras y políticas ya existentes y algunas creadas en el marco de la última reforma sanitaria, son tributarias al Sistema Nacional Integrado de Salud ⁽⁵⁵⁾ creado por la ley 18211 de 2008, que en el Artículo 3, correspondiente a principios rectores del SNIS, establece a texto expreso en el literal “F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios”. En el Artículo 4, que refiere a los

objetivos del SNIS, en el literal F) “Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.”, el trabajo en equipo, la actualización y generación de conocimiento. El plan quinquenal del MSP⁽⁵⁶⁾ incorpora elementos de mejora de la calidad y dentro de los objetivos sanitarios 2020 también plantea estrategias de mejora de la calidad y seguridad de la atención.

2.3.4 Normativa Nacional – COSEPA Hospital de Clínicas

La función del MSP puede entenderse como normativa, de coordinación, de contralor, de formación y promoción de la SP. Desde el punto de vista normativo tiene responsabilidad de la elaboración y refrendamiento de normas técnicas y estándares de SP, establecimiento de coordinación efectiva entre actores de diferentes instituciones que trabajan sobre el tema (instituciones formadoras, sociedades científicas, organizaciones de usuarios, instituciones prestadoras de servicios de salud, etc.); tiene la responsabilidad del monitoreo del cumplimiento normativo y de seguimiento de los indicadores de salud; articular los esfuerzos de formación y de la promoción a través de la generación de programas y encuentros que trabajen sobre SP y difusión de ellos.

La OMS promueve que las instituciones formadoras de Recursos Humanos en Salud incorporen en la currícula básica y posbásica la seguridad del paciente para que forme parte de la filosofía y contenido del aprendizaje ⁽⁵⁷⁾. Los colectivos profesionales están directamente involucrados e inciden directamente en los procesos ^(58,59,60,61,62).

La definición y monitoreo de los procesos a nivel estratégico y operativo del nivel asistencial, son los que hacen la seguridad del paciente. Las instituciones prestadoras de servicios tienen la responsabilidad del diseño de las políticas y las líneas estratégicas en

seguridad y se ve esto con el compromiso de los directivos en la implementación de prácticas seguras contribuyendo a una CSP.

La OMS en el año 2007 orienta a la participación e involucramiento de los pacientes en la mejora de la seguridad y calidad de las prestaciones, mediante la creación de grupos organizados a nivel de los sistemas de salud ⁽⁶³⁾, esta estrategia que ya se venía aplicando en el país mediante la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud y queda recogida en la ley de creación de SNIS.

La SP es una política que de alguna manera contribuye para que la industria y los proveedores de insumos y equipos sanitarios mejoren sus productos ^(64,65), la credibilidad y competitividad de los mismos.

En el año 2013 se conforma, en adecuación a la ordenanza ministerial, la Comisión de Seguridad del Paciente de Hospital de Clínicas, manteniéndose hasta la fecha e incorporando integrantes de diferentes disciplinas a la misma en correspondencia con la normativa ministerial ⁽⁶⁶⁾.

Este involucramiento con la calidad y seguridad de la atención puede rastrearse en el tiempo al ser un modelo de referencia en la gestión hospitalaria desde su fundación y refrendada tanto en el Plan Estratégico de Desarrollo de la Universidad de la República (PLEDUR) ⁽⁶⁷⁾ a través de sus objetivos estratégicos como presupuestales y la explicitación de la seguridad de los pacientes como un objetivo fundamental en la definición de la Misión del Hospital de Clínicas ⁽⁶⁸⁾.

La seguridad y la calidad de la atención son atributos indisociables, en ese sentido el Hospital de Clínicas desarrolla dentro de sus políticas la formación del personal tanto dentro como fuera de la institución. En 2005 integrantes de la Dirección Hospitalaria y de la División Enfermería participan de los primeros cursos de formación en SP, realizados por OPS, correspondiendo con la iniciativa de la entonces recién creada

Alianza para la SP; se suma a esta política, el control y vigilancia activa de la Infecciones Intrahospitalarias y el uso racional de antibióticos a través del Comité de Infecciones; la protocolización de procedimientos de enfermería en manuales elaborados por la División Enfermería, tanto de protocolos generales como específicos de los diferentes Servicios Clínicos y el uso de un instrumento de reporte obligatorio de accidentes que afectan a pacientes.

Recientemente se incorporan avances a nivel de los servicios diagnóstico como Laboratorio e Imagenología, para contribuir al diagnóstico oportuno y correcto de la población asistida.

El área quirúrgica implementa el Check List Quirúrgico, manuales de intervención en crisis y recientemente se genera un convenio institucional con un grupo español para el uso de la plataforma de reporte y análisis de eventos en seguridad (SENSAR).

La Comisión de SP institucional realiza actividades que alcanzan a toda la organización, como lo es la implantación del protocolo de identificación de pacientes y censos periódicos de su aplicación; jornadas institucionales de capacitación en SP, que abarcan desde la identificación de Eventos Centinela y su notificación, prevención de infecciones intrahospitalarias mediante higiene de manos, cartelera y folletera de orientación a pacientes y familiares vinculados a prácticas y conductas de riesgo durante la internación. También se realiza análisis de eventos adversos y recomendaciones de intervenciones para reducir los riesgos, aplicación periódica de instrumentos de diagnóstico de situación como la Herramienta de los 7 pasos para la seguridad, recomendada por DECASEPA y la elaboración de planes anuales de trabajo.

2.3.5 ¿Qué es la Cultura Organizacional y como se relaciona con la Cultura de Seguridad?

Se hace necesario aportar elementos que ayuden a comprender en profundidad el concepto central de la investigación que es la CSP en el ámbito de servicios de tercer nivel de atención de un hospital universitario.

Un hospital es una organización compleja y como organización tiene características particulares que vienen dadas entre otros por sus fines, su historia, sus valores fundacionales, su capacidad de adaptación a los cambios, su modelo de gestión (69).

Por lo antes expuesto se abordará el concepto de la Cultura Organizacional para tener elementos que permitan orientar la interpretación de los resultados de la exploración de la CSP, ya que esta es una expresión de la cultura organizacional en la que se inscribe.

El concepto como tal comienza a manejarse en la década de 1970 siendo analizado y definido desde diferentes disciplinas, Sociología, Antropología, Psicología. Esto lleva a diversidad de perspectivas, que transitan desde una visión que se centra en la actividad consciente de los individuos en las organizaciones a los enfoques que jerarquizan los elementos subjetivos y subconscientes de las actuaciones.

Elton Mayo, referido por Chiavenato (70), ya en 1932, investigó acerca de los factores que inciden en el desempeño del trabajador, arribando a que el ambiente del grupo al cual pertenece el individuo inciden de forma notable en la percepción que éste tiene acerca de los aspectos objetivos de la organización. A partir de este momento el abordaje antropológico comienza a desarrollar teoría sobre Cultura Organizacional. Los elementos centrales de la Teoría de la Relaciones Humanas que plantea este autor se pueden agrupar en los siguientes, relación entre la empresa y sus empleados, relación del jefe con sus empleados, relación de los empleados entre sí.

Estos elementos se encuentran aún hoy vigentes dentro de las dimensiones evaluadas a nivel de la cultura organizacional y de seguridad de pacientes.

Smircich, referido por Dávila et al (71) en 1983 , establece una clasificación posible para las definiciones o aproximaciones al concepto de cultura organizacional, la cultura como una variable externa, dependiente (los individuos traen la cultura desde la familia, instituciones sociales, etc. y la vuelcan a la cultura organizacional impregnándola), la cultura como una variable interna, independiente (se entiende a las organizaciones como fenómenos que producen cultura) estos dos enfoques conciben a la organización como un organismo que debe adaptarse a las exigencias del ambiente, en estos modelos la cultura es un subsistema que debe ser controlado por la gerencia para poder asegurar y predecir la eficiencia y éxito organizacional y por último la cultura como causa raíz , ya no como variable (la organización como cultura), es vista como una metáfora con la que es posible conceptualizar la organización como tal.

Según García C. La cultura como concepto desde sus orígenes se ha referido al proceso a partir del cual, ciertas prácticas tienen efectos sobre los hábitos de comportamiento y de pensamiento de las personas. “la cultura organizacional se entiende como el conjunto de creencias y significados que han sido naturalizados por los miembros de la organización (hábitos de pensamiento), en el marco de un orden hegemónico, los cuales se convierten en el horizonte simbólico de interpretación y orientadores de conductas y práctica” (72).

Di Candia et al. entienden por cultura organizacional “el sistema de creencias y valores compartidos que se manifiestan en normas, actitudes, comportamientos y formas de relacionamiento interpersonal de los grupos dentro de las organizaciones” (73).

Según Schein (1982), “el patrón de asunciones básicas que un grupo dado ha inventado, descubierto o desarrollado durante su aprendizaje para manejar sus problemas de

adaptación externa e integración interna” (74). Para este autor es importante conocer la cultura de los pequeños grupos para a través de ellos comprender la Cultura de la Organización y la existencia de subculturas.

La Cultura Organizacional puede entenderse como un conjunto de convicciones, objetivos, normas, rituales y maneras de resolver problemas compartidos por sus miembros. De ahí, que sea de extrema importancia que una institución indique claramente lo que se espera de sus funcionarios, cuáles son los valores, las políticas y las reglas de la organización.

Grupos con un mismo perfil de formación, realizando las mismas actividades, con una continuidad de interacción, puede desarrollar una cultura propia, esto puede dar explicación de la identificación de diferentes culturas en diferentes grupos profesionales, interrelacionándose en una misma organización. Gestionar los procesos de trabajo de estos grupos plantea un reto, por la dificultad para aceptar la cultura propia del otro grupo, como válida o normal.

En el seno de la organización se da un proceso dialéctico de transformación del individuo en interacción con otros y de la organización como producto de las interacciones. Si bien hay rasgos estables de la organización, esta presenta modificaciones permanentes, por lo que asimilar la cultura de una organización es un proceso por lo menos complejo.

2.3.6 ¿Cuáles son las características de las diferentes tipos de cultura organizacional?

Según Etkin (18) existen diferentes tipos de sistemas culturales, fuertes o débiles, en relación al grado en que comparten contenidos, los conocen y dan impulso a las conductas de los miembros; concentradas o fragmentadas, en relación al número de

unidades que componen la organización, en los que los sistemas culturales se depositan con más fuerte arraigo; con tendencia al cierre o hacia la apertura, en función de apertura del sistema cultural a los cambios en el entorno, es decir, si las ideas y usos ingresan con mayor o menor transparencia o censura ; autónomas o reflejas, en virtud de que sus pautas culturales devengan producto de la singularidad o, por el contrario, de la imitación de algún modelo externo.

Para Dominguez et al. (75) el conocimiento del comportamiento de la organización permite ajustar las intervenciones para mejorar las oportunidades de mejora.

2.3.7 ¿Que es la Cultura de Seguridad?

Según la Alianza Mundial para la Seguridad de Pacientes define la Cultura de Seguridad de Pacientes como el “Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención” (76). Como se puede apreciar es un concepto complejo, intangible y dinámico en el tiempo por lo que su conocimiento será siempre parcial y provisional. Para su estudio se han construido diferentes dimensiones que intentan abarcar esta complejidad, a modo de resumen y para aproximarse a su comprensión se exponen las que han sido medidas a través del Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del HOSPSC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005, traducido de HOSPSC de la ARQH (77) ya que es la que se ha aplicado en más investigaciones en países de habla hispana y que está validado para el idioma español. Las dimensiones de la CSP definidas son 12: 1. Frecuencia de eventos notificados 2. Percepción de seguridad 3. Expectativas/Acciones de la dirección/Supervisión que favorecen la seguridad 4. Aprendizaje organizacional/

Mejora continua 5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio 6. Franqueza en la comunicación 7. Devolución y comunicación sobre errores 8. Respuesta no punitiva a los errores 9. Dotación de personal 10. Apoyo de la gerencia en seguridad del paciente 11. Trabajo en equipo entre unidad/servicio 12. Cambios de turno/Transiciones entre unidad/servicio

Por lo expuesto la CSP involucra un conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización y refleja una forma de pensar compartida que ubica la seguridad como un objetivo común a lograr.

2.3.8 ¿Cuáles son las características de una Cultura de Seguridad de Pacientes?

Según el grupo de trabajo de la Universidad de Michigan ⁽⁷⁸⁾, *las características más destacadas de una CSP fuerte implican, el compromiso sostenido y el liderazgo de la dirección de la organización con la seguridad y su inclusión en la misión y visión de la misma; el convencimiento de todos los individuos acerca de la importancia de la seguridad, así como de los riesgos presentes en las actividades a nivel asistencial; la asunción de que los individuos se equivocan al realizar las actividades y que en consecuencia los riesgos y la reducción de errores son posibles mediante la identificación proactiva de los factores que participan de estos; la promoción de una comunicación abierta tanto de los riesgos como de los errores, su notificación y análisis, para facilitar la realización de los cambios necesarios y el aprendizaje a nivel de la organización. Esta forma de comunicación transparente es viable cuando las personas se sienten confiadas en que no se les culpabilizará por la identificación de riesgos o notificación de errores, si no que serán reconocidas por su aporte y contribución a la mejora de la seguridad.*

2.3.9 ¿Cuál ha sido la evolución del concepto de seguridad de pacientes y de Cultura de Seguridad?

Según Ruelas Barajas (79), el principio de no hacer daño derivado de la atención médica es tan antigua como la medicina misma y plantea diferentes eras en materia seguridad en ese devenir histórico y que permiten identificar aspectos centrales de la CSP predominantes en cada una de ellas. Se entiende de importancia señalar que los cambios culturales son graduales y que elementos de un modelo subyacen y permanecen sin ser totalmente sustituidos por las nuevas concepciones, por lo que se pueden identificar al momento actual comportamientos organizacionales e individuales que se corresponden con conceptos teóricamente perimidos. Era de la Infalibilidad Absoluta: caracterizada por la convicción de que el médico cura todo lo posible y que no se equivoca, esta concepción va hasta mediados del siglo XIX.

Era de la Infalibilidad Relativa: su comienzo está marcada por la guerra de Crimea 1853 - 1856, donde a través de los escritos de Florence Nightingale, se identifica que los pacientes pueden ser infectados por quienes están orientados para tratar los daños originados por la guerra. El respeto y reconocimiento social asociados a la profesión médica, sumados a los adelantos técnicos y avances científicos en los siglos XIX y XX, reforzó la idea de que si bien se podían equivocar la frecuencia de los errores era marginal, aunque estudios realizados en las décadas del 50 a 60 mostraban que la frecuencia era más elevada, no fueron tenidos en cuenta.

Era de la Falibilidad Expuesta, en la que se reconoce que los errores son más frecuentes de lo que se esperaba y que producían muertes y consecuencias graves en los pacientes.

El concepto cultura de seguridad como tal, se comienza a manejar a partir del accidente de la central nuclear de Chernobyl (80) en 1988. Del análisis de este evento se identifican como factores causales, fallas de diseño, la participación del factor humano y los

valores y creencias que sustenta en la seguridad y falla a nivel de las políticas; estos mismos factores pueden utilizarse para el análisis de una organización hospitalaria.

Los antecedentes más importantes en relación a la seguridad y cultura de seguridad se hallan en la industria aeronáutica y de allí se han traspelado muchas de las estrategias de seguridad y el tratamiento de los desvíos ⁽¹⁰⁾.

Si bien existen diferentes formas de medir la CSP, Astier ⁽⁴⁷⁾ informa que existen por lo menos 30 encuestas diferentes que abarcan entre 4 y 16 dimensiones definidas, con 10 a 80 ítems de medición. En el mismo sentido, Arias et al.⁽⁸¹⁾ plantean los diferentes enfoques desde los que se puede estudiar la CSP, un enfoque antropológico, con abordaje metodológico socio-antropológico y sociológico, utilizando métodos cualitativos y un enfoque funcionalista con abordaje metodológico epidemiológico y utilización métodos cuantitativos; estos últimos son los más utilizados en el sector salud.

El enfoque funcionalista analiza la gestión de la CSP como un proceso a nivel de la organización, se basa en el análisis de organizaciones de tipo industrial y de alto riesgo de actividades en donde los errores son de alto impacto; es así que los instrumentos de medición que se diseñan bajo esta perspectiva contienen dimensiones similares adaptadas al sector salud, como lo son el compromiso de la Dirección con la seguridad, preocupación con la mejora continua, reporte de errores e incidentes, apertura en la comunicación de errores y riesgos identificados.

Arias ⁽⁸¹⁾ citando a Flin R., informa que en una revisión realizada en 2006 sobre instrumentos de medición de CS presentes en industrias identifica 3 dimensiones que están presentes en todos los cuestionarios del sector salud, compromiso de la Dirección con la seguridad, sistemas de seguridad y cargas de trabajo.

En el mismo sentido Germán et al.⁽⁸³⁾ hace una revisión de instrumentos de medición de Cultura de Seguridad aplicada a industrias de alta fiabilidad, modelo de los aplicados en sector salud.

De acuerdo a la OMS 2005, “la cultura de seguridad es el resultado de los valores individuales y grupales, actitudes, percepciones y patrones de comportamiento que definen el compromiso, el estilo y el desempeño de una organización hacia la salud”⁽⁵⁾.

Las dimensiones de la variable de estudio, CSP, evaluadas por el cuestionario de la AHQR, que se inscribe en un modelo funcionalista, atiende a elementos analizados en otras organizaciones que realizan actividades de riesgo. En este segmento se plantearán las dimensiones en cuestión, la relación de las mismas con la seguridad de los pacientes, las opiniones de expertos en la materia y estudios que así lo exploran. En el mismo sentido el constructo cultura de seguridad es abstracto y complejo, el número de dimensiones definidas para su estudio anticipan las dificultades para abarcarlo y su comportamiento no es independiente, ya que diferentes autores analizan como el comportamiento de algunas dimensiones se asocian al comportamiento de otras. Esta complejidad de constructo y de operacionalización ha sido considerada por los autores del instrumento de tal forma de poder tener elementos que permitan medir las dimensiones que componen la variable CSP con criterios de validez y confiabilidad suficientes. El cuestionario a utilizarse ha pasado por un riguroso proceso de construcción y validación, al igual que su traducción al español.⁽¹⁵⁾

En función del planteo realizado en el párrafo anterior se comentan las dimensiones y la importancia de su medición para acercarse al objetivo del estudio.

Es posible identificar dimensiones que se plantean como resultado en SP, tal es el caso de la Percepción Global y la Frecuencia de Eventos notificados; en relación a la primera Gutierrez Ubeda⁽⁸⁴⁾ en 2016, plantea que en una organización con una CSP, existe la

percepción compartida de la importancia de la SP, por lo que si esta percepción es débil, es un indicador de una CSP débil y que en una organización con una CSP existe confianza en la eficacia de medidas preventivas y en relación a la segunda , la lectura de los ítems que la componen muestran la importancia asignada a la gravedad potencial de los fallos u errores en los procesos asistenciales en función del resultado de los mismos, en todos los casos frente a situaciones que no produjeron daño. Esta situación puede mostrar según las opiniones una tendencia o no a la normalización de conductas o procedimientos de riesgo que en una CSP fuerte debería notificarse siempre.

El cuestionario propone dimensiones e ítems que exploran la opinión de los encuestados sobre CSP a nivel del Servicio, como lo es la Comunicación, en este sentido varios expertos jerarquizan los fallos de comunicación como factor de peso en los errores.

Aranaz ⁽²⁵⁾ en 2010 plantea que los fallos de comunicación entre profesionales son la principal causa de Eventos Centinela y que a pesar de los esfuerzos específicos para mejorar la SP, la CSP no ha tenido cambios favorables significativos.

Andrade H, ⁽⁸⁴⁾ plantea que la forma de comunicación que tiene la organización es una herramienta de trasmisión y reforzamiento de la cultura organizacional. En consecuencia para mejorar la cultura, en este caso, enfocada a la CSP, se hace necesario conocer las características de la comunicación en sus diferentes modalidades, vertical, horizontal, diagonal, interpersonal, intra e itergrupal y la institucional.

Astier-Peña 2017 señala que la comunicación abierta y el reporte o notificación de eventos adversos, permite el análisis de los riesgos y errores en el proceso asistencial para reducirlos tanto en número, recurrencia y gravedad ⁽²⁷⁾.

Vítolo ⁽⁸⁵⁾ señala que tanto en sus datos como los de estudios de la Comisión en la atención Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos

,los fallos en la comunicación en los equipos de trabajo participan dentro del 70% de los eventos centinela en unidades de cuidados críticos.

Según el estudio llevado a cabo por Woolf ⁽⁸⁶⁾, el 77% de los errores informados se inscribe en una cadena de fallos sucesivos a distintos niveles, el 80% de estos se asoció a fallos de comunicación o de información.

Siguiendo con dimensiones que evalúan CSP a nivel del Servicio se plantea la Mejora continua del aprendizaje organizacional como un factor favorecedor de la CSP. Roca et al. ⁽⁸⁷⁾ en 2017 plantean la importancia de pasar del aprendizaje individual del error al aprendizaje de la organización. El segundo permite un análisis causal y de los factores latentes que propician el error, como lo propuso Reason en su modelo.

Vincent ⁽⁸⁸⁾ plantea que el análisis exhaustivo de los eventos graves dejan expuestos los factores contribuyentes asociados al paciente, tarea y tecnología, personal, equipos, entorno de trabajo, institucionales y organizacionales, facilitando la identificación de intervenciones apropiadas para la mejora de SP.

Otra de las dimensiones evaluadas a nivel del Servicio es el Trabajo en Equipo, Romero ⁽⁸⁹⁾ señala como una característica de la CSP el trabajo en equipo.

Rocco et al. ⁽⁹⁰⁾ señalan otro elemento que se introduce en el análisis de la CSP, el factor humano, tanto el individuo en interacción con el paciente como con otros individuos, del equipo o de otros equipos. El mejor desempeño de los equipos se traduce en mejora de la seguridad, sobre todo en tareas de alto riesgo y variabilidad como lo es la atención en salud.

Vincent ⁽⁴⁾ aporta que cuando los equipos funcionan bien resultan más seguros que uno solo de sus miembros, ya que el equipo puede generar defensas complementarias contra los errores a través de la vigilancia, la comprobación y el apoyo mutuo, derivando en la

ayuda cuando otro tiene dificultades o identificando un error que comete uno de los miembros del equipo.

El trabajo en equipo es señalado como una necesidad para mejorar a SP. En ese sentido Rando ⁽⁹¹⁾ realiza una contribución al análisis de la situación del trabajo en equipo en la profesión médica en Uruguay. Destaca la falta de formación específica, la baja estabilidad de los equipos y el impacto de estos factores en la SP.

Siguiendo con dimensiones a nivel de Servicio, se comenta la Expectativa del supervisor en relación al trabajo y cumplimiento de pautas de seguridad. Romero ⁽⁸⁹⁾, plantea la importancia del reconocimiento del esfuerzo del equipo de trabajo para la mejora de la SP, con aumento del compromiso de este y consecuentemente el fortalecimiento de la CSP, así como la coherencia entre lo que promueve en materia de seguridad y lo que efectivamente se hace. El liderazgo en seguridad es una de las claves para su desarrollo.

Leape ⁽⁹²⁾ señala que las principales causas de baja notificación de eventos adversos y errores es porque es considerado innecesario, hacen perder tiempo y agregan trabajo, además del daño a la imagen profesional. La notificación de eventos adversos y errores demuestra un interés en querer mejorar, a través del análisis de las causas y la gestión del riesgo. Rocco et al. ⁽⁹⁰⁾ plantea en este sentido la importancia del reforzamiento de las acciones realizadas por el personal para la mejora de la SP. Basándose en la teoría de la autocategorización, en la que los individuos adscriben a diferentes grupos por identificación con los miembros, por lo que si no se promueve y reconocen las prácticas seguras, se corre el riesgo de que prácticas no seguras se normalicen, como lo son aquellas inseguras, sostenidas por la costumbre y que son difíciles de modificar.

Evaluada a nivel del Servicio quizás la dimensión con mayor peso en la CSP sea la Respuesta no Punitiva frente al error. Gutierrez Ubeda ⁽⁸³⁾ plantea que la persistencia

de la Cultura Punitiva es una limitante para el desarrollo de la CSP y que incide desfavorablemente en el reporte de eventos adversos y errores y cultura de aprendizaje de las organizaciones. Frente al error y su comunicación, el personal de reciente ingreso y de menor formación se siente señalado, los que ya tienen trayectoria reconocida temen perder su reputación, consecuencias legales o administrativas y que no son apoyados por la organización. Este autor plantea que mientras persista la cultura punitiva, en la que se penaliza a quien comete el error siempre, se obstaculiza la implantación de la CSP, basada en el reporte del error, la comunicación abierta, el aprendizaje del error.

La evolución de CSP medida con el cuestionario de la AHRQ, en un conjunto de cientos de hospitales de Estados Unidos entre los años 2007 y 2018, muestra el avance hacia una CSP, con un porcentaje discreto pero progresivamente mayor y constante en el tiempo para la mayoría de las dimensiones menos para la Respuesta no punitiva frente al error que permanece constante y con un porcentaje de respuestas positivas muy por debajo de cualquiera de las otras variables.

Singer ⁽⁹³⁾ et al. , plantean que la cultura punitiva es responsable en gran parte de los errores que se cometen, en la medida en que al no reportar ni hablar de los errores, no se pueden analizar las causas y corregirlos. Por otro lado es posible agrupar dimensiones de CSP enfocadas a recoger la opinión que los encuestados tienen a nivel del hospital y sobre la política y acciones de la Dirección como lo es el Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. En relación a esta dimensión Romero C ⁽⁸⁹⁾, plantea la importancia del compromiso de los líderes para la CSP, al igual que es referida en los programas de Mejora de la Calidad y de Seguridad de empresas con CS fuertes.

Garrido ⁽⁹⁴⁾ plantea que la CSP se apoya en dos teorías, la teoría de la identidad social y la teoría de la autocategorización. Estas proponen que los individuos al identificarse con el grupo mejoran la autoestima. Tiene tres núcleos conceptuales fundamentales , la categorización (permite al individuo colocar a los demás en una categoría y asimismo,

pudiendo cambiar de categoría según el contexto, microculturas), identificación (el nosotros que hace que el individuo se sienta parte de un grupo adquiriendo identidad social y el yo que hace que se sienta diferente del nosotros, siendo su identidad personal) y la comparación (el tratamiento de los miembros del grupo de pertenencia es diferente al dispensado a los que no se consideran parte de él) . Estas consideraciones llevarían a los grupos a compararse positivamente si se consideran en mejor situación que otros grupos y a minimizar las diferencias si están en inferioridad de posiciones.

Romero ⁽⁹⁰⁾ plantea que la organización debe reconocer el trabajo en SP, desarrollar programas educativos en SP, fortalecer la autoestima de los que trabajan para desarrollarla. La ausencia de CS puede implicar que conductas de riesgo se mantengan, por lo que es imprescindible la promoción y estandarización consensuada y basada en las evidencias científicas. Los trabajadores más experimentados suelen mantener conductas basadas en sus convicciones y manera de hacer, esto a veces dificulta la adopción de las nuevas recomendaciones. Garrido ⁽⁹⁴⁾ advierte del registro sin cumplimiento de algunos protocolos, por lo que no cambia la CSP. El desarrollo de la CSP y la mejora continua del aprendizaje a partir del análisis de errores y aciertos en la implementación de prácticas seguras, favorece un equilibrio entre la práctica de la estandarización y la autonomía profesional.

La CS es profunda y estable, mientras que el clima de seguridad tiene oscilaciones en el corto plazo, más sujeta a elementos circunstanciales. Las organizaciones pueden tener distintos grados de madurez de la CSP y según el Manchester Patient Safety Framework (MaPsaF) ⁽⁹⁵⁾ existen distintas fases de desarrollo que responden a los siguientes modelos mentales y que se ordenan desde niveles de escaso desarrollo a mayor desarrollo: Patológica, en la que no se le asigna importancia a la SP; Reactiva, se muestra preocupación por la SP solo luego de que ocurre un evento; Formalista, se

aplican medidas solo porque es obligatorio cumplimiento de estándar; Proactiva, se basa en la mejora continua para prevenir incidentes

Amalberti ⁽³⁷⁾ señala que la opinión de dotaciones insuficientes, se puede agravar, si los modelos de seguridad son ultraadaptativos y llevan a la modificación y desvío permanente de la prácticas seguras para compensar deficiencias de la organización.

Rocco et al.⁽⁹⁰⁾ plantean que la devolución y comunicación del error resulta un elemento significativo para el cambio en CSP. El aprendizaje de los individuos y el cambio de conducta es más probable si puede asociarlo a la experiencia y análisis de errores cometidos en su entorno que si solo se le señalan conductas a adoptar pero que carecen de sentido para ellos. Proponen como una de las estrategias a favor de la CSP, el uso e implantación de sistemas de notificación, ya que establecen un salto cualitativo en la práctica.

Amalberti ⁽³⁷⁾ plantea que las carencias en la calidad de la atención asociadas a la coordinación deficiente entre servicios se vinculan particularmente con la ocurrencia de eventos adversos y errores médicos.

2.4 Contexto

2.4.1 Universidad de la República

Se destacan:

- dentro de la Ley Orgánica de la Universidad de la República n° 12.549, en el artículo 1 su forma jurídica, pública y de Ente Autónomo. ⁽⁹⁷⁾
- en el artículo 2 se establece dentro de sus fines, la enseñanza superior, habilitación para ejercicio de profesiones científicas. “Impulsar la actividad de

investigación, contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”. La presente investigación, intenta ser una contribución a la mejora de los problemas de SP, entendiendo esta como derecho de la población por el que debe velar el conjunto del demos universitario y muy particularmente los vinculados de forma directa al tema.

2.4.2 Hospital de Clínicas

Inaugurado el 21 de setiembre de 1953 y único Hospital Universitario del país.

“El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela dependiente de la Facultad de Medicina, cogobernado por los tres órdenes que integran el demos universitario se clasifica como de tipo general y de alta complejidad, para adultos con patologías agudas, de referencia en la red de servicios” (67).

2.4.2.1 Misión

El primer punto de su misión plantea “Brindar atención a la salud de las personas, atendiendo particularmente a su bienestar con el sentido de respeto y compromiso más profundo hacia ellas, con especial atención en la seguridad del paciente” (68)

2.4.2.2 Perfil

Dentro de su perfil se destaca: “ El Hospital funcionará como un hospital general, de adultos, para episodios con breves períodos de estadía, de alta complejidad y de referencia nacional en lo que le compete”

“El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un Hospital Universitario. La esencia de Hospital Universitario se funda en el papel que le brinda el constituir un ámbito académico en el que se crea, concentra, enseña y difunde el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad, en el marco del quehacer de la Universidad de la República. Un Hospital Universitario que forma parte de esta

Universidad compartiendo sus bases filosóficas y jurídicas, donde se genera y practica un modelo de atención que puede constituir una referencia para el conjunto del sistema de salud.

El Hospital funcionará como un hospital general, de adultos y para episodios con breve período de estadía, de alta complejidad y de referencia nacional en lo que compete.”

En relación al personal “El hospital debe preocuparse al máximo de que su personal sea de la más alta calidad posible, para lo cual necesitará hallarse en condiciones de competir en el mercado de trabajo y de poder reclutar y seleccionar a los más aptos .Por tanto, un objetivo esencial de la administración será el de asegurar condiciones de trabajo adecuadas para su personal, con el fin de que alcancen una triple adaptación al cargo: técnica, psicológica y económica El personal debe recibir una remuneración justa y suficiente, y cumplir sus funciones en un ambiente seguro, en un servicio organizado, con normas y sistemas de trabajo racionales y actualizados, en un clima de libertad que favorezca su iniciativa y estimule su participación interesada, y donde cada uno se sienta respetado, reconocido y moralmente recompensado. Es necesario procurar con afán permanente que cada individuo se sienta identificado con los objetivos de la institución, y suficientemente motivado como para alcanzar una plena satisfacción personal sobre la base de un trabajo en conjunto Tal sensación de satisfacción individual y colectiva constituye la motivación necesaria para que el trabajo no se transforme en una mera acción rutinaria, más o menos mecanizada y para que un grupo humano mantenga, por el contrario, toda la riqueza creadora de que es capaz cuando se siente impulsado por un ideal ” (68)

Estos elementos fundacionales, se corresponden con una CSP fuerte, por lo que es un factor de peso que facilita el desarrollo de la misma.

El número de estudiantes que realiza experiencia educativa en 2015 superaba los 7000, los docentes rondan los 900 y los funcionarios no docentes los 2800, sumado a los pacientes que transitan en la consulta externa, emergencia y servicios de hospitalización, conforman un universo de dimensiones significativas en su tamaño, complejidad, simultaneidad y diversidad. Estas características llevan a la reflexión acerca del impacto que puede tener la CSP en esta organización, en el desarrollo de las funciones de asistencia, docencia, investigación y administración. Las definiciones de misión, objetivos y planes generales del hospital son establecidos en el ámbito del cogobierno en su Comisión Directiva, integrada mayoritariamente por los órdenes estudiantil, egresado y docente de Facultad de Medicina , con la integración de un

representante de los funcionarios no docentes. Dentro de este último orden se incluye la División Enfermería que representa un 30% del mismo. Esta División, en sus fines, misión, visión y valores integra de forma explícita la SP, definición que contribuye al desarrollo de la CSP y muestra la priorización de la misma (97).

2.4.2.3 Centro de Tratamiento Intensivo

Inaugurado en diciembre de 1971 como primera unidad de tratamiento intensivo de pacientes en estado crítico, actualmente con 11 camas, asistiendo a más de 400 pacientes anuales del sector público.

El CTI del Hospital Universitario, adscribe al modelo de unidad crítica polivalente, comprendiendo un perfil heterogéneo de pacientes dentro del cual los más destacados son los pacientes politraumatizados graves por accidente de tránsito y heridos de arma de fuego, los que desarrollan sepsis de diferente etiología, los sometidos a neurocirugía y los pacientes que cursan postoperatorio inmediato y mediato de cirugía cardíaca, seguidos por una miscelánea de cuadros que determinan ingreso a esta unidad (98).

En el servicio se evalúa sistemáticamente la complejidad de pacientes mediante el TISS 28, instrumento que mide carga de trabajo de enfermería y a través del score APACHE por parte de los médicos, arrojando comparativamente con otras unidades de cuidados críticos un perfil de usuarios sustantivamente más graves y complejos que la media nacional.

Debido a que se reciben los pacientes de cirugía cardíaca, el FNR (20) y el MSP, realizan visitas de evaluación anuales, enfocados al cuidado y recursos para estos pacientes.

La estructura de recursos humanos contempla la normativa vigente para CTI (99).

En este Servicio se aplican Bundles de Seguridad (paquetes de intervenciones estandarizadas) que se monitorean de forma mensual y que apuntan a la reducción de riesgo para el desarrollo de las Neumonías asociadas a la asistencia ventilatoria mecánica, Bacteriemias asociadas al uso de catéteres venosos centrales, Lesiones por dependencia y la aplicación de la vigilancia activa de infecciones intrahospitalarias y prevención de las mismas, mediante la aplicación de protocolos de actuación.

Se desarrollan talleres de Enfermería para la divulgación de los protocolos mencionados, la capacitación y actualización del personal; al mismo tiempo que se incorporan al programa de orientación del personal de reciente ingreso.

Se aplica el protocolo de identificación de pacientes definido por COSEPA institucional. Se reportan a la COSEPA institucional los eventos adversos graves, participando en su análisis las jefaturas médicas, de enfermería y en caso de que estén involucrados o se entienda contribuyente, también otros miembros del equipo asistencial.

La estructura de personal cumple con las pautas establecidas por el MSP.

2.4.2.4 Centro de Nefrología

Creado entre 1971 y 74, realiza los primeros procedimientos de hemodiálisis, diálisis peritoneal y Trasplante Renal en el país. A punto de partida del desarrollo de las técnicas mencionadas, para apoyar y regular su implementación, se crean el Fondo Nacional de Recursos y el entonces Banco Nacional de Órganos y Tejidos, actual Instituto Nacional de Donación y Transplante.

Es el único servicio a nivel del país que reúne todas las técnicas de tratamiento de la enfermedad renal. En el año 2018, el CN atendió en el conjunto de sus programas a más de 2000 pacientes. Los programas en régimen de IMAE auditados por el Fondo Nacional de Recursos, son Trasplante Renal, Hemodiálisis de pacientes crónicos,

Diálisis Peritoneal y parcialmente el Programa de Salud Renal. Los demás programas son: Hemodiálisis de pacientes agudos, hospitalización en cuidado moderado nefrológico, programa de hipertensión arterial, nefrología general y litiasis, los tres últimos en modalidad ambulatoria. Todos los programas que se desarrollan en modalidad de IMAE, son auditados con estándares establecidos por el FNR (20) y MSP, por lo que al cabo del año el CN es auditado 3 veces.

La estructura de recursos humanos contempla la normativa vigente para IMAE, definida por el FNR (20).

En este Servicio se aplican protocolos que apuntan a la reducción de riesgos que varían según los procedimientos que se realizan en los diferentes programas y al perfil de la población de los mismos. Destacan en hemodiálisis los riesgos de infecciones asociadas al uso de catéteres venosos centrales y procedimiento de hemodiálisis, las embolias, las disonias, la hipotensión, sangrado, caídas entre otros; en diálisis peritoneal, la peritonitis; en trasplante las infecciones intrahospitalarias y los errores de medicación.

Las acciones de prevención son monitoreadas de forma continua y documentadas en diferentes sistemas de registro, que son auditados por el FNR.

Los eventos adversos se documentan y analizan a nivel del equipo tratante de cada programa y según la entidad o causas identificadas se reportan a la COSEPA institucional.

Se realizan actividades programadas e incidentales de capacitación del personal en relación a la identificación y manejo de los riesgos para la SP.

Se aplica el protocolo de identificación de pacientes de uso institucional.

CAPITULO III
MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudio

Estudio cuantitativo de corte transversal, descriptivo.

3.2 Ámbito de estudio

Servicios Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) y Centro de Nefrología (CN) del Hospital de Clínicas “Dr.Manuel Quintela”, Montevideo, Uruguay.

3.3 Población y período de estudio

Universo constituido por personal de nivel operativo de las categorías laborales Auxiliar de Enfermería, Licenciado en Enfermería y Médico grado 2 y residentes de los Servicios CTI y CN del Hospital de Clínicas que estén trabajando en estos servicios entre el 1 y el 15 de diciembre de 2018.

Se decidió realizar un censo del universo de estudio.

3.3.1 Criterios de inclusión

Personal de las categorías laborales Auxiliar de Enfermería, Licenciado en Enfermería y Médico Grado 2 y Residentes de los Servicios CTI y CN del Hospital de Clínicas que:

- estén trabajando en estos servicios entre el 1 y el 15 de diciembre de 2018.
- trabaje a nivel operativo
- cumpla funciones de atención directa
- decida participar de forma voluntaria

3.3.2 Criterio de exclusión

Personal de las categorías laborales Auxiliar de Enfermería, Licenciado en Enfermería y Médico Grado 2 y Residentes de los Servicios CTI y CN del Hospital de Clínicas que:

- estuviera usufructuando algún tipo de licencia
- tuviera menos de un año de antigüedad en los servicios seleccionados
- cumpliera funciones no asistenciales
- fueran Licenciados en Enfermería con cargos de jefatura
- fueran Médicos grado 3, 4, 5.

3.4 Variables de Estudio

3.4.1 Variable Principal

Cultura de Seguridad de Pacientes

Definición Conceptual: “Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.”

Las variables a medir están contenidas en el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión española del HOSPC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005, traducido de la ARQH.(Anexo I.1)

Este instrumento recoge la opinión de los encuestados en 42 ítems, sobre 12 dimensiones de la CSP, las que están compuestas por 3 o 4 ítems cada una y que se enumeran a continuación: 1- Frecuencia de eventos notificados, 2- Percepción de seguridad, 3- Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio

que favorecen la seguridad, 4- Aprendizaje organizacional/ Mejora continua, 5- Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio, 6- Franqueza en la comunicación
7- Devolución y comunicación del error, 8- Respuesta no punitiva a los errores
9- Dotación de personal, 10- Apoyo de la gerencia del hospital en la SP
11- Trabajo en equipo entre las unidades/servicios del hospital, 12- Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades.

El cuestionario propone una pregunta abierta a los encuestados sobre comentarios de seguridad de pacientes (SP) en el hospital.

3.4.2 Variables de resultado

El cuestionario agrega además 2 preguntas, una que mide la calificación del *grado de seguridad* dada por los encuestados a los servicios seleccionados (sección E del cuestionario) que mide clima de seguridad y otra, el *número de reportes de eventos* de seguridad realizados por los encuestados en los últimos doce meses (sección G del cuestionario) que mide resultado de SP

3.4.3 Variables socio-profesionales

Completando el cuestionario se desarrolla una sección que contiene variables de caracterización socio-profesionales de los encuestados. Se modificó el ítem servicio, acotándolo solo a dos opciones coincidentes con los servicios seleccionados para realizar el estudio, CTI y CN, modificación avalada por los autores del cuestionario. Las categorías laborales se modificaron a Médico (M), Licenciado en Enfermería (LE) y Auxiliar de Enfermería (AE), ya explicitado en la justificación y avalado por los autores del cuestionario.

3.4.4 Operacionalización de la variable principal CSP

Cuadro 1 Operacionalización de la variable CSP a través de las dimensiones CSP

Variable	Tipo de Variable	Definición operacional	Indicadores
Frecuencia de eventos notificados	Cualitativa ordinal	<p>Preguntas</p> <p>29 Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿Qué tan a menudo es reportado?</p> <p>30 Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Qué tan a menudo es reportado?</p> <p>31 Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente , pero no lo hace ¿Qué tan a menudo es reportado?</p>	<p>Nunca</p> <p>Rara vez</p> <p>Algunas veces</p> <p>La mayoría del tiempo</p> <p>Siempre</p>
Percepción de Seguridad	Cualitativa ordinal	<p>Preguntas</p> <p>10 Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.</p> <p>15 La SP nunca se sacrifica por hacer más trabajo</p> <p>17 Tenemos problemas con la SP en esta unidad</p> <p>18 Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir</p>	<p>Muy en desacuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p>
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad de pacientes	Cualitativa ordinal	<p>Preguntas</p> <p>19 Mi Supervisor/Director hace comentarios favorables cuando el/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de SP.</p> <p>20 Mi Supervisor/Director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la SP</p> <p>21 Cuando la presión se incrementa, mi Supervisor/Director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo</p> <p>22 Mi Supervisor/Director no hace caso de los problemas de SP que ocurren una y otra vez.</p>	<p>Muy en desacuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p>
Aprendizaje organizacional/ mejora continua	Cualitativa ordinal	<p>Preguntas</p> <p>6 Estamos siendo proactivos para mejorar SP</p> <p>9 Los errores han llevado a cambios positivos aquí</p> <p>13 Después de hacer los cambios para mejorar la SP, evaluamos su efectividad.</p>	<p>Muy en desacuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p>
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Cualitativa ordinal	<p>Mide las Preguntas</p> <p>1 La gente se apoya la una a la otra en esta unidad</p> <p>3 Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente ,trabajamos en equipo para terminarlo.</p> <p>4 En esta unidad el personal se trata con respeto</p> <p>11 Cuando un área en ésta de unidad está realmente ocupada, otras la ayudan</p>	<p>Muy en desacuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p>

Variable	Tipo de Variable	Definición operacional	Indicadores
Franqueza en la comunicación	Cualitativa ordinal	Preguntas 24 El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente 26 El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad 28 El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
Devolución y comunicación sobre errores	Cualitativa ordinal	Preguntas 23 La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes 25 Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad 27 En esta unidad ,hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
Respuesta no punitiva a los errores	Cualitativa ordinal	Preguntas 8 El personal siente que sus errores son considerados en su contra 12 Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema 16 El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
Dotación de personal	Cualitativa ordinal	2 Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo 5El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. 7 Usamos más personal temporal de lo que es mejor para el cuidado del paciente. 14Frecuentemente trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho muy rápidamente.	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del pacient	Cualitativa ordinal	Preguntas 33 La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la SP 40 Las acciones de Dirección de este hospital muestran que la SP es altamente prioritaria. 41La Dirección parece interesada en la SP solo después que ocurre evento adverso	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo
Trabajo en equipo entre unidades	Cualitativa ordinal	Preguntas 34 Las Unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas. 36 Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas 38 Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital. 42 Las Unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Variable	Tipo de Variable	Definición operacional	Indicadores
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades	Cualitativa ordinal	Preguntas 35 La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra. 37 Se pierde a menudo información importante del cuidado de los pacientes durante cambio de turno. 39 A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital. 43 Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital.	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

3.4.5 Operacionalización de las variables grado de seguridad de pacientes y número de reportes de seguridad

Cuadro 2 Operacionalización de las variables Grado de Seguridad y número de reportes de seguridad

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Indicadores
Grado de Seguridad de Pacientes	Cualitativa ordinal	Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente.	Malo , Pobre, Aceptable Muy Bueno, Excelente
Numero de reportes de seguridad	Cuantitativa de intervalo	En los pasados 12 meses ¿ cuantos reportes de incidentes ha usted llenado y enviado. Marque una sola opción.	0 reportes de incidentes 1a2 reportes de incidentes 3 a5reportes de incidentes 6 a10reporte de incidente 11a20reporte de incidente 21 o más reportes de incidentes

3.4.6 Operacionalización de las variables socio-profesionales

Cuadro 3 Operacionalización de Variables socio-profesionales

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Indicadores
Sexo	Cualitativa nominal	Género al que pertenece el encuestado	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativa discreta	Años cumplidos a la fecha de consulta	Años
Antigüedad en el Hospital	Cuantitativa de intervalo	Años de trabajo en el hospital	1a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años 21 o más años

Variable	Tipo de Variable	Definición operacional	Indicadores
Antigüedad en el servicio	Cuantitativa de intervalo	Años de trabajo en el servicio	1 a 5 años 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 o más años
Dedicación laboral al Hospital	Cuantitativa de intervalo	Horas de trabajo por semana en el hospital	Menos de 20 horas 20 a 39 40 a 59 60 a 79 80 a 99 100 o más horas
Posición laboral en el hospital	Cualitativa nominal	Cargo que desempeña	Médico g2 .Residente Licenciado en Enfermería Auxiliar de Enfermería
Interacción conpacientes	Cualitativa nominal	Mantenimiento de Interacción laboral asistencial directa con pacientes	Sí No
Experiencia laboral en área de especialidad	Cuantitativa de intervalo	Años que lleva el encuestado trabajando en la especialidad clínica del servicio al que pertenece.	1 a 5 años 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 o más años

3.5 Estrategia de Análisis

La recomendación de lectura de los resultados dada por los autores permiten identificar "áreas fuertes" o "fortalezas" en relación a la CSP (cuando las respuestas positivas presentan un porcentaje > 75%) y "áreas frágiles" o "debilidades" (cuando el cálculo del porcentaje presentado fuera < 50%). En relación a las respuestas negativas, cuanto mayor es el porcentaje de negatividad (> 50%) en una determinada área, más frágil se considera esa área. Para mantener una lectura comparable con la mayoría de los estudios que utilizan la encuesta, mantuvimos los criterios propuestos por los autores.

Para obtener el resultado de cada dimensión se determinó en el numerador el número de respuesta positiva de cada ítem y en el denominador el total de respuestas positivas, neutrales, negativas y faltantes. El número resultante es el porcentaje de respuesta

positiva por cada dimensión. El mismo criterio se emplea para la lectura de los ítems de forma individual.

Siguiendo con la lectura propuesta por los autores, las respuestas se clasifican en :

Negativa, Neutral, Positiva y se muestran en el siguiente esquema.

Cuadro 4. Clasificación de las respuestas

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Tomado de Análisis de la CSP- 2009- Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social -España

En la sección I del cuestionario se deja abierta la posibilidad de realizar comentarios por parte de los encuestados; el análisis de las respuestas se realiza mediante análisis textual (100), considerando todas las respuestas.

3.6 Base de datos

Para el procesamiento de los datos recogidos en los cuestionarios, se trabajó con una planilla Excel.

3.7 Análisis Estadístico

Se determinaron frecuencias absoluta, relativa porcentual, acumulada.

3.8 Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se optó por un formato digital, Formulario de Google. (Anexo I.1). Para la selección del formulario virtual se tuvo en cuenta la disminución del sesgo ocasionado por la selección de este tipo de metodología de encuestas, que podría estar dado por la relación de dependencia indirecta del personal de Enfermería con el investigador. (100).

Se procedió a difundir en los servicios seleccionados la aplicación del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión española del HOSPC. Para asegurar que la invitación a participar alcanzara a todos los individuos que reunían los criterios de inclusión se desarrollaron intervenciones complementarias y considerando los medios y formas de comunicación relevantes en las diferentes categorías laborales seleccionadas. El documento se difundió en formato escrito en los registros de comunicación de Enfermería de los servicios seleccionados. Se socializó por redes electrónicas entre el personal que reunía los criterios de inclusión en el personal de enfermería. Un médico grado 3 de cada servicio seleccionado, quienes además de la vía electrónica, difundieron la propuesta en los ateneos clínicos. Los colaboradores fueron una Licenciada en Enfermería miembro de COSEPA institucional para trabajar en la difusión en CTI Y CN y un Médico Grado 3 de COSEPA institucional en CTI y otro de CN. Los colaboradores hicieron un recordatorio cumplida la primera semana de difusión de la aplicación de la encuesta.

3.11 Consideraciones Éticas

En la aplicación y manejo de los datos se tuvieron presentes las consideraciones establecidas en el decreto 379/08, que recoge las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, UNESCO y OMS. ⁽¹⁰²⁾

Se creó un documento de consentimiento informado (Anexo I.3) que explicita la importancia del tema CSP, el instrumento a utilizar, el objetivo de la investigación, la población a la que va dirigida la aplicación del instrumento, el tiempo que insume, el aval dado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas (Anexo I.4), el carácter confidencial del manejo de la información, el anonimato y participación voluntaria de los participantes, los beneficios y riesgos de la participación según el

decreto. Se puso además a disposición de los participantes, los datos de contacto del investigador principal.

Además se contó con la aprobación de las Direcciones médicas de los servicios seleccionados (Anexos I.5, I.6) y de la Dirección de División Enfermería (Anexo I.7)

Aval de tutor (I.8) y de Centro de Posgrado (I.9) para presentar protocolo a Comité de Ética.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados se presentan en 4 secciones.

Sección 1- Se describen bajo indicadores socio-profesionales de la población de estudio.

Sección 2- Se describen los resultados en SP a través de la calificación de grado de CSP en los servicios y el número de reportes de eventos realizados en los últimos doce meses.

Sección 3- Se describe la opinión acerca de la CSP, bajo el análisis de las respuestas a las preguntas (ítems) y a las dimensiones.

Sección 4- Muestra los comentarios realizados por los encuestados en la pregunta abierta.

4.1 Sección 1

4.1.1 Indicadores Socio-profesionales

Características de la población de estudio y nivel de respuesta

La población de estudio se corresponde con todo el personal de las categorías laborales Auxiliar de Enfermería, Licenciado en Enfermería, Médico Grado 2 y residentes de los servicios Centro de Tratamiento Intensivo y Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas que reunía los criterios de inclusión en el período 1 al 15 de diciembre de 2018. El total de personal con las características mencionadas fue de 139, de los cuales respondieron el cuestionario 78, correspondiendo 56,11%.

Tabla 1

Población encuestada con criterios de inclusión y nivel de respuesta

Categoría Laboral	N° de población con criterio de inclusión por cargo y servicio	N° y porcentaje de respuestas por cargo y servicio	Porcentaje de respuesta		
Auxiliares de Enfermería	74	CTI 39	42	CTI = 17 (43,58%)	56,75%
		CN 35		CN=25 (71,42%)	
Médicos	27	CTI 17	12	CTI= 8 (66,66%)	44,44%
		CN 10		CN= 4 (40%)	
Licenciados en Enfermería	38	CTI14	24	CTI=8 (57,14%)	63,15%
		CN 24		CN=16 (66,66%)	
Total	139	CTI 70 CN 69	78	CTI= 33 (47,14%) CN = 45 (65,21%)	56,11%

En todos los casos el nivel de respuesta superó el 40% de la población, por servicio y por categoría laboral.

Edad de los encuestados en años

La edad promedio de los encuestados en CTI es de 36,96 años y en CN es de 36,85 años, no advirtiendo diferencias significativas en edad promedio. (Anexo II.1)

Grafico 1 Distribución de edad de los encuestados en CTI

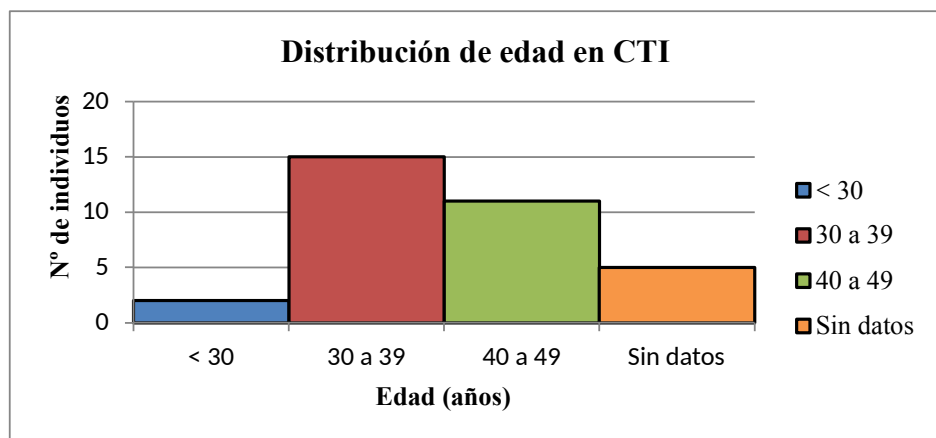
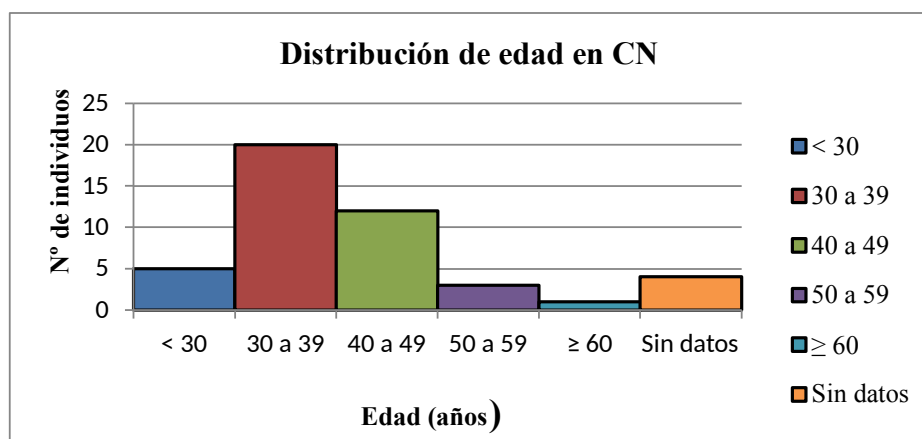


Gráfico 2 Distribución de edad en CN



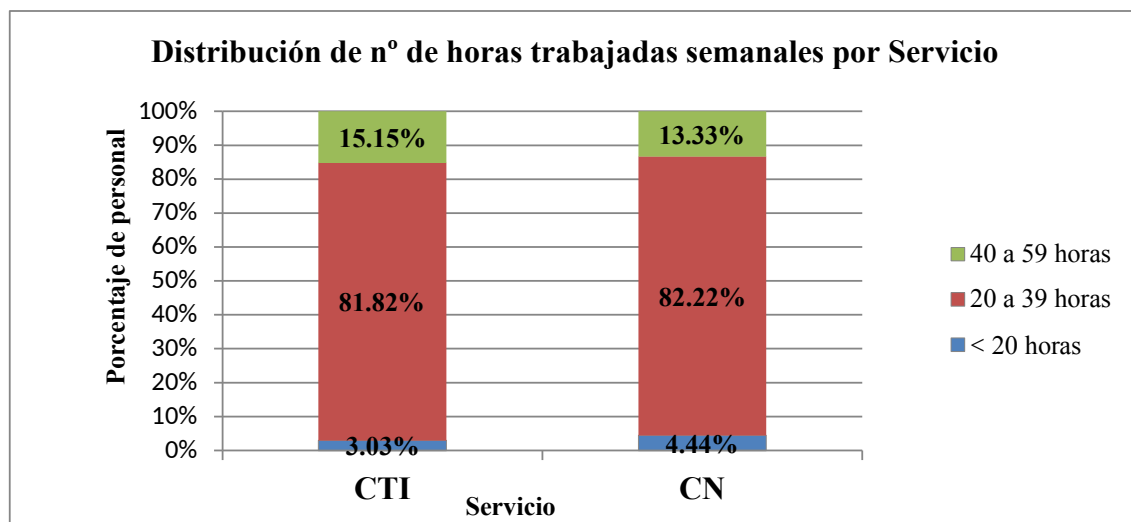
En ambos servicios vemos una distribución de edad similar para las tres primeras categorías, mostrando CN, a diferencia de CTI, individuos que superan los 50 años.

Sexo de los encuestados

En relación al sexo de los encuestados, se advierte que en los dos servicios hay presencia de ambos sexos, mostrando en CTI una relación 3:2 femenino masculino, mientras que en CN esta relación es del orden 5:1. (Anexo II.2)

Horas trabajadas por semana

Grafico 3 Cantidad de Horas trabajadas por semana en la unidad por los encuestados



En el gráfico se observa que la distribución del número de horas trabajadas no difieren significativamente entre los dos servicios. (Anexo II.3)

Antigüedad en el Hospital y en el Servicio (Anexo II.4)

La antigüedad en las dos áreas desarrollan patrones comunes:

- mayor número de individuos de menor antigüedad (1 a 5 años) en las categorías analizadas, con un peso que ronda el 50% de la composición de los dos servicios.
- alta presencia de individuos que tienen de 11 a 15 y de 6 a 10 años de antigüedad
- pocos individuos con más de 15 años de antigüedad en CN
- ningún individuo con más de 15 años en CTI.

Se presentan los datos referidos a la antigüedad en la especialidad y en la unidad en los Anexos II.5, II.6, no considerando relevante comentarlos.

Se ve poco tránsito de personal desde el hospital hacia CTI y su permanencia luego del traslado (Anexo II.7)

4.2 Sección 2

Se presentarán los resultados de la Calificación de Grado de Seguridad otorgada a los servicios de parte de los encuestados, el número de reportes de eventos realizados en el último año. Se señalan en rojo los resultados que tienen comportamiento de debilidad según los criterios de lectura propuestos y en verde las fortalezas.

4.2.1 Calificación del grado de Seguridad de Pacientes

Tabla 2

Calificación de SP del área de trabajo por categoría laboral y servicio

Categoría	Calificación POBRE/MALA		Calificación ACEPTABLE		Calificación MUY BUENO/ EXCELENTE	
	CTI FR%	CN FR%	CTI FR%	CN FR%	CTI FR%	CN FR%
Laboral	Pobre	pobre	aceptable	aceptable	Muy bueno	Muy bueno Excelente
AE	0,00%	4,00%	74,47%	44,00%	23,52%	52,00%
LE	12,50%	0,00%	62,50%	43,75%	25,00%	56,25%
M	0,00%	0,00%	87,50%	25,00%	12,50%	75,00%
Calificación por Servicio	3,03%	2,22%	75,76%	42,22%	21,21%	55,56%

La calificación del grado de seguridad en CTI se ubica en un nivel de aceptable 75,76%, en muy bueno un 21,21% y en pobre 3,03%, no encontrando radicalización de las categorías; ninguna expresión es identifica como mala o excelente. En el caso de CN la calificación del grado de seguridad se ubica en niveles entre muy bueno y excelente en un 55,56%, en aceptable el 42,22% y en pobre 2,22%.

4.2.3 Número de reportes de eventos de SP en el último año

En CTI la relación de no reporte- reporte es de 5: 1, en tanto para CN es 3:1.

Las tablas que muestran el comportamiento de las variables Calificación de grado de seguridad y número de reportes de eventos en el último año según las variables socio-profesionales se describen en los anexos II.8 a II.14

4.3 Sección 3

4.3.1 Opinión sobre CSP por ítems y dimensiones

En las tablas 3 a 14, se presentan Distribución de respuestas por ítems y Dimensiones en CTI y CN, señalando en rojo los resultados que califican debilidad, en verde las fortalezas y en negrita los valores entre 50% y 74% de respuestas positivas

Tabla 3 Distribución de respuestas en Dimensión Frecuencia de reporte de eventos en CTI y CN

Dimensión 1	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Frecuencia de eventos notificados	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P29 Frecuencia reporte de error antes de que afecte al paciente	33,33	18,19	42,42	27,27	24,24	54,54
P30 Frecuencia reporte error con potencial de daño	45,45	22,73	27,27	29,55	27,27	47,73
P31 Frecuencia reporte error que puede causar daño y no lo hace	27,27	11,37	21,21	27,27	51,52	61,36
Porcentaje de respuesta para la dimensión por calificación y servicio	35,35	17,04	30,30	27,41	34,34	53,33

La dimensión *Frecuencia de eventos notificados*, se comporta como debilidad para CTI con 34,34% de respuestas positivas, en tanto para CN esta dimensión alcanza 53,33% de respuestas positivas. En CTI de los 3 ítems que conforman esta dimensión solo uno alcanza el 51,52% de opiniones positivas y evalúa la notificación de eventos de mayor riesgo para SP. Coincidentemente es el que alcanza mayor porcentaje de respuestas positivas en CN, con 61,36% de ellas.

Tabla 4 Distribución de respuestas en Dimensión Percepción Global de SP en CTI y CN

Dimensión 2	Opinión negativa		Opinión neutral		Opinión positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Percepción Global de SP	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 10 Solo por casualidad errores más serios no suceden	33,33	15,91	39,39	11,36	27,27	72,73
P15 La SP nunca se sacrifica por hacer más trabajo	37,50	28,89	18,75	17,78	43,75	53,33
P17 Tenemos problemas con la SP en esta unidad	30,30	13,33	39,39	17,78	30,30	68,89
P 18 Procedimientos y sistemas efectivos para evitar error	18,18	8,89	45,45	33,33	36,36	57,78
Porcentaje de respuesta para la dimensión por calificación y servicio	29,54	16,67	35,60	20,00	34,09	62,78

La dimensión *Percepción Global de SP*, se comporta como debilidad para CTI con 34,09% de respuestas positivas, así como cada uno de los ítems que la componen. Por el contrario y de forma marcada, la dimensión y cada uno de los ítems que la componen superan el 50% de respuestas positivas para CN alcanzando globalmente 62,78% de respuestas positivas.

La distancia mayor de las opiniones entre los servicios se dan en el ítem que explora la confianza en los procesos a nivel del servicio en contraposición al azar como causa de la no ocurrencia de errores, con un 27,27% de respuestas positivas para CTI y 72,73% de respuestas positivas para CN, triplicando las respuestas positivas y aproximándose en este caso a nivel de Fortaleza.

Tabla 5 Distribución de respuestas en Dimensión Expectativa del Supervisor /Director en CTI y CN

Dimensión 3	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Expectativa y acciones del Supervisor / Gestor para la SP	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 19 Sup. reconoce trabajo hecho según protocolos	21,21	22,22	27,27	24,44	51,51	53,33
P20 Sup. considera sugerencias personal en mejora SP	40,63	57,77	21,88	15,55	37,50	26,66
P21 Sup. presiona sobre trabajo aun si compromete SP	18,75	8,88	34,38	20,00	46,88	71,11
P 22 Sup. no hace caso a problemas de SP recurrentes	9,38	11,11	31,25	17,77	59,38	71,11
Porcentaje de respuesta para la dimensión por Calificación y servicio	22,48	25,00	28,68	19,44	48,83	55,56

La dimensión *Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad de pacientes*, se comporta como debilidad para CTI con 48,83% de respuestas positivas .

En el caso CN, la dimensión alcanza globalmente 55, 56% de respuestas positivas. Para este servicio contrastan dos ítems que superan el 70% de respuestas positivas, con el 57,77% de respuestas negativas en el ítem que evalúa la opinión acerca de la inclusión de las sugerencias del personal para la mejora de la SP, convirtiendo al ítem en la única debilidad de la dimensión para ese servicio. En ambos servicios este ítem es el que obtiene menores porcentajes de respuestas positivas.

Tabla 6 Distribución de respuestas en Dimensión Mejora Continua del Aprendizaje Organizacional en CTI y CN

Dimensión 4	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Mejora continua del aprendizaje	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 6 Estamos siendo proactivos para mejorar SP	3,03	4,54	30,30	20,45	66,67	75,00
P 9 Los errores han llevado a cambios positivos	12,12	15,55	42,42	22,22	45,45	62,22
P13 Despues de cambios de mejora de SP, se evalúan	36,36	20,45	30,30	25,00	33,33	54,54
Porcentaje de respuesta para la dimensión por categoría y servicio	17,17	13,33	34,34	22,22	48,48	62,92

La dimensión *Mejora continua del aprendizaje organizacional*, se comporta como debilidad para CTI con 48,48 % de respuestas positivas. En el caso de CN, este servicio alcanza el 62,92% de respuestas positivas. Para este servicio todos los ítems superan el 50% de respuestas positivas y el que explora la opinión acerca de la realización de acciones proactivas de mejora de SP, alcanza nivel de fortaleza con 75% de respuestas positivas; coincidentemente este ítem es el que tiene mayor porcentaje de respuestas positivas para CTI, con 66,67%.

Tabla 7 Distribución de respuestas en Dimensión Trabajo en Equipo en área/unidad en CTI y CN

Dimensión 5	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Trabajo en equipo en el área/unidad	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 1 La gente se apoya la una a la otra en esta unidad	9,09	8,88	9,09	4,44	81,82	86,60
P 3 Cuando hay mucho trabajo lo hacemos en equipo	10,60	13,33	18,18	8,88	73,48	77,22
P 4 En esta unidad la gente se trata con respeto	3,03	11,11	12,12	6,66	84,85	82,22
P 11 Cuando un area de unidad esta ocupada otras ayudan	30,30	22,22	24,24	17,77	45,45	60,00
Porcentaje de respuesta para la dimensión por categoría y servicio	13,50	13,88	15,10	9,44	71,40	76,51

La dimensión *Trabajo en equipo en la unidad*, se comporta como fortaleza en CN con 76,51% de respuestas positivas y muy próximo a esa categoría está CTI con 71,40%.

El único ítem que no alcanza el 50% de respuestas positivas para CTI es el que explora la colaboración entre diferentes áreas de la unidad cuando aumenta el trabajo. En CN, este ítem si bien alcanza el 60% de respuestas positivas es el que tiene menor porcentaje de ellas entre todos los ítems que componen la dimensión.

Tabla 8 Distribución de respuestas en Dimensión Apertura de la Comunicación en CTI y CN

Dimensión 6	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Franqueza de la comunicación	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P24 Personal habla libremente si algo puede afectar SP	12,12	11,11	27,27	33,33	60,61	55,55
P26 Personal cuestiona libremente acciones de superiores	37,50	28,88	34,38	35,55	28,13	35,55
P28 Personal teme preguntar cuando algo no esta bien	9,09	4,44	27,27	28,88	63,63	66,66
Porcentaje de respuesta para la dimensión por calificación y servicio	19,19	14,81	29,29	32,59	50,50	52,59

La dimensión *Franqueza de la comunicación*, alcanza en CTI 50,50% de respuestas favorables y 52,59% en CN. El único ítem que se comporta como debilidad para los dos servicios es el que explora la posibilidad de cuestionar libremente las acciones de los superiores, obteniendo 28,13% de respuestas positivas en CTI y 35,55% en CN.

Los otros dos ítems que componen la dimensión que exploran la libertad de hablar sobre situaciones que pudieran afectar la SP y el temor a realizar preguntas alcanzan en CTI porcentajes que superan el 60% de respuestas positivas y en el caso de CN este alcanza el mejor desempeño en la ausencia de temor a preguntar con 66,66% de respuestas positivas.

Tabla 9 Distribución de respuestas en Dimensión Devolución/comunicación del error en CTI y CN

Dimensión 7	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Devolución/comunicación error	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 23 Dirección del servicio informa cambios basados en informe de . incidentes	69,69	51,11	24,24	17,77	6,06	31,11
P 25 Se informa sobre errores cometidos en la unidad	33,33	27,66	36,36	31,11	30,30	42,22
P 27 Se habla en unidad forma de prevenir errores reiterados	21,21	8,88	39,39	27,66	39,39	64,44
Porcentaje de respuesta para la dimensión por calificación y servicio	41,41	28,89	33,33	25,19	25,25	45,93

La dimensión *Devolución y comunicación del error por parte de la dirección del servicio*, se comporta como debilidad para ambos servicios pero más marcadamente para CTI con 25, 25% de respuestas positivas en tanto para CN son 45, 93%. El ítem peor valorado en ambos servicios es el que recoge la opinión acerca de si la dirección de los servicios informa la realización de cambios de mejora de SP basados en informes de incidentes, con un 69,69% de respuestas negativas para CTI y 51,11% para CN. El único ítem que supera el punto de corte de debilidad es el que informa sobre la discusión para evitar la reiteración de errores, con un 64,44% de respuestas positivas en CN.

Tabla 10 Distribución de respuestas en Dimensión Respuesta no Punitiva al error en CTI y CN

Dimensión 8	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Respuesta no punitiva al error	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 8 Personal siente que errores se consideran en su contra	27,27	40,00	33,33	29,88	39,39	31,11
P12 Frente a incidente, es reportada la persona y no el problema	30,30	34,09	36,36	27,27	33,33	38,63
P 16 Personal preocupado por inclusión de errores a expediente	30,30	48,83	30,30	32,55	39,39	18,60
Porcentaje de respuesta para la dimensión por calificación y servicio	30,30	40,00	33,33	28,89	36,36	28,89

La dimensión *Respuesta no punitiva al error* se comporta como debilidad en ambos servicios pero más aún en CN, que tiene solamente 28,89% de respuestas positivas, en

tanto que CTI logra 36,36%. Todos los ítems que componen la dimensión se comportan como debilidad en ambos servicios. Para el ítem que explora la preocupación del personal por la inclusión de los errores cometidos en su legajo, CN tiene el peor resultado con el nivel más bajo de respuestas positivas 18,60%, que es menos de la mitad de lo alcanzado para CTI, con 39,39%, al mismo tiempo CN muestra un 48,83% de respuestas negativas para el ítem.

Tabla 11 Distribución de respuestas en Dimensión Dotación de Personal en CTI y CN

Dimensión 9	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Dotación	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 2 Tenemos personal suficiente para hacer el trabajo	66,67	51,11	15,15	13,33	18,18	35,55
P 5 Personal trabaja más horas que las apropiadas para SP	54,55	53,33	27,27	26,66	18,18	20,00
P7 Tenemos más personal temporal que apropiado para SP	22,58	21,42	32,26	30,95	45,16	47,61
P14 Frecuentemente trabajamos en "crisis", mucho, rápido	54,55	31,81	15,15	27,27	30,30	40,90
Porcentaje de respuesta para la dimensión por calificación y servicio	50,00	38,89	22,30	23,89	27,69	35,00

La dimensión *Dotación de personal* se comporta como debilidad para los dos servicios, llegando a tener globalmente ,50% de respuestas negativas en CTI y 35% de respuestas positivas en CN. De los cuatro ítems que componen la dimensión, tres superan el 50% de respuestas negativas para CTI, en tanto que para CN son dos, que coinciden con CTI. El ítem que alcanza mayor porcentaje de respuestas positivas y para ambos servicios es el que evalúa la presencia de personal temporal en los servicios y próximo al 50% de opiniones positivas.

El ítem peor valorado en CTI es el que explora la percepción de suficiencia de personal para afrontar la carga de trabajo, con un 66,67% de respuestas negativas, en tanto que

para CN, el ítem con mayor porcentaje de respuestas negativas, 53,33%, es el que evalúa como excesivas para la SP la cantidad de horas trabajadas por el personal.

Tabla 12 Distribución de respuestas en Dimensión Apoyo de la Gerencia Hospitalaria a la SP en CTI y CN

Dimensión 10	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Apoyo de la Administración Hospitalaria a la SP	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 33 Dirección hospital provee ambiente laboral que promueve la SP	45,45	37,77	27,27	31,31	27,27	31,31
P 40 Acciones de Dirección muestran que SP es prioridad	42,42	34,09%	39,39	43,18	18,18	22,72
P 41 Dirección se interesa en SP después de evento adverso	28,13	32,55	37,50	39,53	34,38	27,90
Porcentaje de respuesta para la dimensión por calificación y servicio	38,77	34,07	34,34	37,03	26,26	26,66

La dimensión *Apoyo de la Gerencia hospitalaria a la SP*, se comporta a nivel global como debilidad en ambos servicios, con un porcentaje de respuestas positivas casi idéntico, que ronda el 26,5%.

El ítem que explora el entorno laboral seguro es el que reúne más respuestas negativas en CTI, con 45,45%.

La identificación de acciones de priorización de la SP a nivel de la administración hospitalaria tiene el menor porcentaje de respuestas positivas y un porcentaje muy parecido de opiniones negativas y neutrales, que rondan el 40% para CTI y para CN. El ítem que recoge menos opiniones negativas es el que asocia las acciones de la administración como reactivas a los problemas de seguridad y recoge el mayor porcentaje de respuestas en calificación neutral.

Tabla 13 Distribución de respuestas en Dimensión Trabajo en Equipo en el Hospital en CTI y CN

Dimensión 11	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Trabajo en equipo hospital	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 34 Unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	57,58	42,22	24,24	28,88	18,18	28,88
P 36 Hay buena cooperación entre unidades del hospital	24,24	26,66	33,33	28,88	42,42	44,44
P 38 Es desagradable trabajar con otras unidades hospital	15,15	8,88	30,30	24,44	54,55	66,66
P 42 Unidades hospital trabajan bien juntas para SP	33,33	20,45	36,36	40,90	30,30	38,63
Porcentaje de respuesta para la dimensión por calificación y servicio	32,57	24,40	31,06	30,56	36,36	44,44

La dimensión *Trabajo en equipo con otras unidades del hospital*, se comporta como debilidad en los dos servicios, con un porcentaje algo mayor de respuestas positivas en CN, 44,44% y 36,36% para CTI. Este patrón se repite en todos los ítems que componen la dimensión para los dos servicios. El ítem que explora la coordinación entre unidades del hospital es el que reúne más opiniones negativas con 57,58% en CTI. El único ítem que se ubica fuera de la definición de debilidad es el que explora el grado de discomfort de trabajar con personal de otras unidades, reúne 54,55% de respuestas positivas en CTI y 66,66% en CN.

Tabla 14.

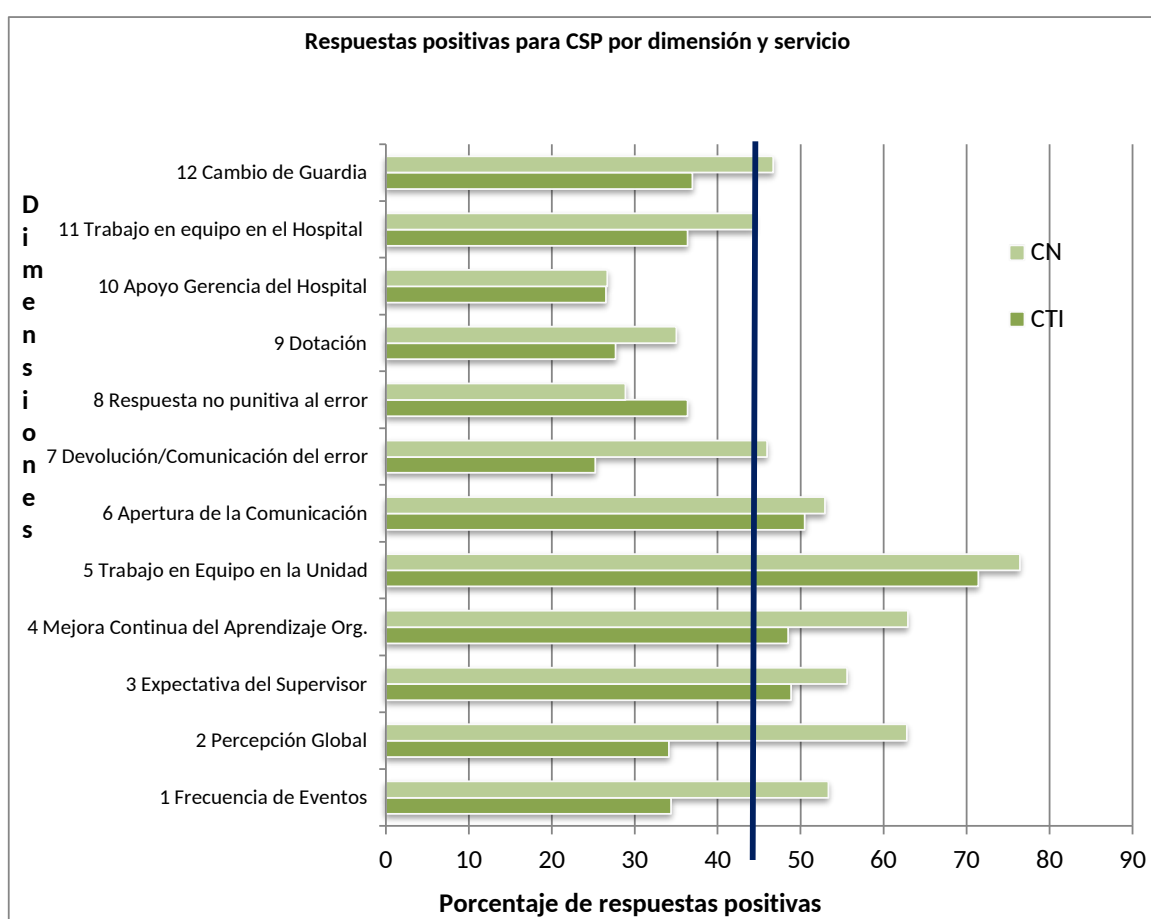
Distribución de respuestas Dimensión Cambio de Guardia/ Transición entre Servicios en CTI y CN

Dimensión 12	Opinión Negativa		Opinión Neutral		Opinión Positiva	
	CTI	CN	CTI	CN	CTI	CN
Cambio de guardia	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
P 35 Información pacientes se pierde en transferencia unidad	36,36	26,66	33,33	24,44	30,30	48,88
P 37 Pérdida información paciente en cambio de turno	24,24	20,00	30,30	22,22	45,45	57,77
P 39 Problema intercambio información entre unidades del hospital	36,36	27,27	36,36	34,09	27,27	38,63
43 Cambios de turno son problemáticos para los pacientes	45,16	28,88	9,68	28,88	45,16	42,22
Porcentaje de respuesta para la dimensión por calificación y servicio	35,38	25,56	27,69	27,22	36,92	46,67

La dimensión *Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades*, se comporta como debilidad para ambos servicios y más próximo al 50% para CN. Todos los ítems se comportan como debilidad, a excepción del que explora la pérdida de información del paciente en los cambios de turno para CN, que alcanzó 57,77% de respuestas positivas. El ítem que identifica como problemáticos los cambios de turnos muestra visiones divididas en CTI, con 45,16% de respuestas positivas y 45,16% de respuestas negativas. El ítem que reúne menos respuestas positivas y que es común a los dos servicios, es el que califica como problemático el intercambio de información entre diferentes unidades del hospital con 27, 27% de respuestas positivas para CTI y 38,63% para CN.

4.3.2 Opinión positiva por dimensiones

Grafico 4 Porcentaje de respuestas positivas por dimensión de CSP en CTI y CN



En el anexo II.15 y II.16, se muestran el número de ítems y porcentaje de respuestas positivas alcanzadas en los servicios CTI y CN, presentados como FA y FAA. Se observa que CTI tiene 32 de los 42 ítems que componen el cuestionario por debajo del 50% de respuestas positivas, en tanto que para CN, son 21 ítems en esa posición.

Las dimensiones peor valoradas tanto para CTI como para CN son, Apoyo de la Gerencia a la SP, Dotación y Respuesta no Punitiva al Error y la mejor valorada Trabajo en Equipo en la Unidad, seguida por Apertura de la Comunicación, Aprendizaje Organizacional/ Mejora Continua y Expectativas y acciones del Supervisor para la SP

Calificación de los ítems y de las dimensiones en servicios CTI y CN

Para medir las dimensiones se tomó el valor alcanzado considerando el total de respuestas afirmativas sobre el total de ítems que componen la dimensión, expresado en porcentaje. Se califican las dimensiones bajo el criterio de los autores y se las ubicó en una categoría que se describe a continuación:

Debilidad (D) para los ítems y dimensiones que no alcanzan el 50% de respuestas positivas a la CSP, constituyendo una debilidad en la CSP, en rojo y aquellas que tienen más de 50% de respuestas negativas.

Fortaleza (F) para los ítems y dimensiones que alcanzan o superan el 75% de respuestas positivas a la CSP, constituyendo una fortaleza para CSP.

Las respuestas ubicadas entre 50% y 74% de respuestas positivas no se califican.

Cuadro 5. Calificación de los ítems y dimensiones de CSP en servicios CTI y CN

Dimensión	Pregunta	CTI		CN	
		Calificación del ítem	Calificación de la Dimensión	Calificación del ítem	Calificación de la Dimensión
1	29 Frecuencia reporte de error antes de que afecte al paciente	D		////	
Frecuencia de	30 Frecuencia reporte error con potencial de daño	D	D	////	////
Eventos	31 Frecuencia reporte error que puede causar daño y no lo hace	////		////	
2	10 Solo por casualidad errores más serios no suceden	D		////	
Percepción	15 La SP nunca se sacrifica por hacer más trabajo	D	D	////	////
Global SP	17 Tenemos problemas con la SP en esta unidad	D		////	
	18 Procedimientos y sistemas efectivos para evitar error	D		////	
3	19 Sup. reconoce trabajo hecho según protocolos	////		////	
Expectativa	20 Sup. considera sugerencias personal en mejora SP	D		D	////
del	21 Sup. presiona sobre trabajo aun si compromete SP	D	D	////	
Supervisor	22 Sup. no hace caso a problemas de SP recurrentes	////		////	
4	6 Estamos siendo proactivos para mejorar SP	////		F	
Aprendizaje	9 Los errores han llevado a cambios positivos	D	D	////	////
Organizacio	13 Después de cambios de mejora de SP, se evalúan	D		////	
nal/Mejora					
5	1 La gente se apoya la una a la otra en esta unidad	F		F	
Trabajo	3 Cuando hay mucho trabajo lo hacemos en equipo	D	////	F	F
Equipo en el	4 En esta unidad la gente se trata con respeto	F		F	
Área	11 Cuando un área de unidad esta ocupada otras ayudan	D		////	
6	24 Personal habla libremente si algo puede afectar SP	////		////	
Apertura de	26 Personal cuestiona libremente acciones de superiores	D	////	D	////
Comunicació	28 Personal teme preguntar cuando algo no esta bien	////		////	
7	23 Dirección informa cambios basados en inf. incidentes	D		D	
Devolución	25 Se informa sobre errores cometidos en la unidad	D	D	D	D
com/ error	27 Se habla en unidad forma de prevenir errores reiterados	D		////	
8	8 Personal siente que errores se consideran en su contra	D		D	
Respuesta no	12 Frente a incidente, persona reportada y no el problema	D	D	D	D
punitiva	16 Personal preocupado por inclusión de errores a legajo	D		D	
9	2 Tenemos personal suficiente para hacer el trabajo	D		D	
Dotación	5 Personal trabaja mas horas que las apropiadas para SP	D	D	D	D
	7 Tenemos mas personal temporal que apropiado para SP	D		D	
	14 Frecuentemente trabajamos en "crisis", mucho, rápido	D		D	
10	33 Dirección hospital provee ambiente laboral pro SP	D		D	
Apoyo de la	40 Acciones de Dirección muestran que SP es prioridad	D	D	D	D
Administr	41 Dirección se interesa en SP después de evento adverso	D		D	
11	34 Unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	D		D	
Trabajo	36 Hay buena cooperación entre unidades del hospital	D	D	D	D
Equipo	38 Es desagradable trabajar con otras unidades hospital	////		////	
Hospital	42 Unidades hospital trabajan bien juntas para SP	D		D	
12	35 Información pacientes se pierde en transferencia unidad	D		D	
Cambio	37 Pérdida información paciente en cambio de turno	D	D	////	D
guardia	39 Problema intercambio información entre unidades hosp	D		D	
	43 Cambios de turno son problemáticos para pacientes	D		D	

Para el servicio CTI, ninguna de las dimensiones se comporta como Fortaleza. La que más se aproxima es la Dimensión Trabajo en Equipo en la Unidad, en la que 2 de las 4 ítems que la componen superan el 75% de respuestas positivas constituyendo fortalezas.

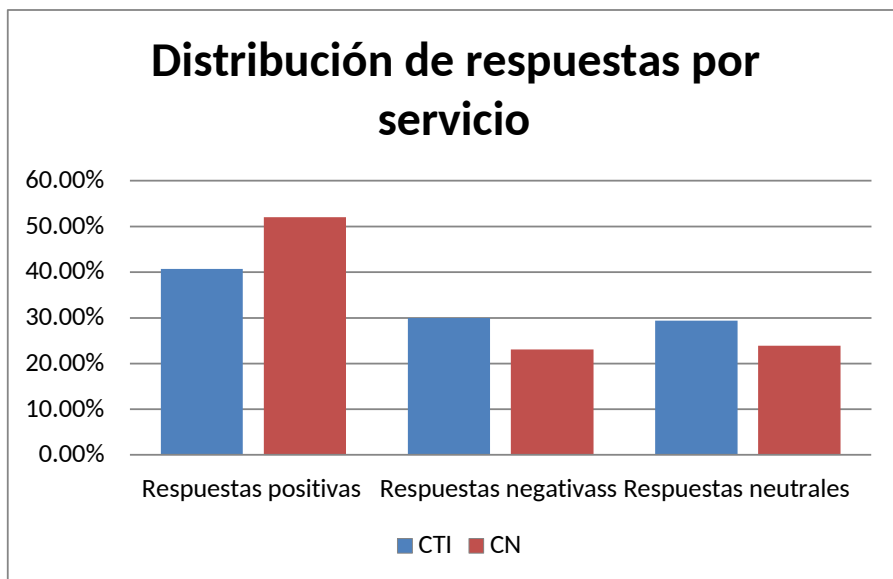
Del resto de las dimensiones, diez se comportan como debilidad para este servicio y Apertura de la Comunicación, alcanza el 50% de respuestas positivas.

Para CN, la dimensión que califica como Fortaleza es Trabajo en Equipo en la Unidad, con 3 de los 4 ítems que la componen con más de 75% de respuestas positivas. La dimensión Mejora Continua del Aprendizaje tiene un ítem que se comporta como fortaleza. Seis dimensiones que miden la CSP se califican como debilidad y las cinco restantes se sitúan entre el 50% y el 74% de respuestas positivas.

Distribución de respuestas sobre el total de respuestas recogidas

A continuación se muestra la distribución porcentual de respuestas positivas, negativas y neutras en relación al total de respuestas recogidas en ambos servicios que fueron 1386 de CTI y 1890 de CN. Anexo II.17

Gráfico 5 Distribución de respuestas por servicio



Los datos mantienen la distribución general en las dimensiones para cada servicio.

Esta distribución de las respuestas permite visualizar la tendencia de más respuestas positivas, seguidas de una proporción semejante de respuestas neutras y negativas para CN; con el mismo patrón en CTI, pero partiendo de un porcentaje menor de respuestas positivas que en CN.

La distribución de respuestas para todas las dimensiones en valores absolutos y porcentuales se muestra en el Anexo II.18.

4.4 Sección 4

4.4.1 Pregunta abierta

De los 78 encuestados 25,64% respondieron la pregunta abierta. De ellos se obtuvieron 27 opiniones dado que algunos encuestados opinan sobre más de un tema.

Se tomó como criterio para ordenar y clasificar el contenido, los ítems y las dimensiones de CSP, definidas en el instrumento utilizado en la presente investigación.

Sobre 33 encuestas recogidas de CTI, hicieron comentarios 10 personas (30,30%)

Sobre 45 encuestas recogidas en Nefrología, hicieron comentarios 10 personas (22,22%)

En ambos servicios el 70% de los que respondieron esta sección fueron AE, 20% LE en CTI, 30% en CN y 10% M en CTI.

Cuadro n° 6 Respuestas a pregunta abierta

Dimensión	Pregunta	Respuestas	N° de respuestas CTI	N° de respuestas CN
Percepcion Global	15 La SP nunca se sacrifica por hacer más trabajo	Conformidad con la tarea	0	3
	18 Procedimientos y sistemas efectivos para evitar error	Falla de equipos/medios	0	2
Expectativa del supervisor	19 Sup. reconoce trabajo hecho según protocolos	Falta de reconocimiento	2	1
	20 Sup. considera sugerencias personal en mejora SP	No ser escuchado por el supervisor	0	2
Mejora Continua de Aprendizaje	6 Estamos siendo proactivos para mejorar SP	Conciencia de riesgo/importancia de SP	5	2
	9 Los errores han llevado a cambios positivos	Necesidad de mejorar conocimientos	0	1

Dimensión	Pregunta	Respuestas	N° Resp CTI	N°Resp CN
Trabajo equipo en el área	3 Cuando hay mucho trabajo lo hacemos en equipo	Necesidad de mejorar trabajo en equipo	1	0
Respuesta no punitiva al error	12* Frente a incidente, persona reportada y no el problema	Error en otros miembros del equipo	0	1
Dotación	2 Tenemos personal suficiente para hacer el trabajo	Déficit de dotación	1	1
Frecuencia de eventos	29 Frec. reporte de error antes de que afecte al paciente	Falta de sistema de reporte	0	2
Apoyo de la Administración	33 Dirección hospital provee ambiente laboral pro SP	Presión de aumento de carga de trabajo s/ recursos	1	0
Cambio de guardia	35* Información pacientes se pierde en transferencia unidad	Perdida de información por falla de registros	0	1
	37* Pérdida información paciente en cambio de turno	Comunicación entre turnos	2	0

Se señala con verde las opiniones que son positivas a la SP .Las valoraciones que plantean dificultades en la SP, se distribuyen en 5 de las 12 dimensiones para CTI y en 7 de 12 para CN.

Los comentarios realizados que se clasificaron en la dimensión “Percepción Global”, reconocen buenas prácticas en seguridad y también identifican riesgos derivados del estado de funcionamiento de equipos.

La dimensión “Expectativas del Supervisor” presenta opiniones de CTI y CN que informan falta de reconocimiento de la prácticas seguras realizadas por el personal por parte del supervisor y opiniones de CN que expresan que el supervisor no toma en cuenta los comentarios del personal que favorecen la SP

La dimensión “Mejora continua del aprendizaje organizacional” recoge expresiones, favorables en su mayoría que reconocen la realización de mejoras en la SP, tanto en

CTI y como en CN. Se agrega una opinión que propone la necesidad de formación en SP.

La dimensión “Trabajo en equipo en la unidad” tiene una sola opinión del CTI que propone la necesidad de mejorar el trabajo en equipo entre miembros de diferentes categorías laborales.

La dimensión “Respuesta no punitiva al error” encontramos un comentario de CN que alude a la identificación de errores en otros miembros del equipo.

La dimensión “Dotación” presenta comentarios que señalan la insuficiencia de personal, tanto en CTI como en CN.

La dimensión “Frecuencia de notificación de eventos”, presenta comentarios de CN que reclaman la necesidad de contar con un sistema de notificación de eventos adversos.

La dimensión “Apoyo de la Administración”, presenta una opinión desfavorable en relación al apoyo de la Dirección Hospitalaria al clima de trabajo para la SP, emitida por CTI.

La dimensión 12 “Cambios de guardia y transición entre servicios”, reúne comentarios, que aluden a la pérdida de información por las fallas en los registros y otros que plantean dificultades de comunicación entre los turnos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Antes de comenzar la discusión de los resultados se cree pertinente evaluar la calidad y cantidad de la información recogida. El instrumento elegido resultó aplicable, no se identifican dificultades de comprensión ni de formato al utilizar encuesta electrónica.

En la aplicación del instrumento, de los cuestionarios recogidos, el porcentaje de no respuesta sobre el total de los ítems estuvo por debajo del 1%, abarcando diferentes preguntas, todas las categorías laborales y los dos servicios. (Anexo II.18)

Si bien se planteó un censo del universo, el porcentaje de respuesta se considera adecuado en relación al método de recolección, según Hernández-Sampieri⁽¹²⁾ y los autores del cuestionario, en la medida que la participación es voluntaria.

Para la interpretación del comportamiento de las variables de CSP presentadas en esta investigación, se ha recurrido a uno de los estudios que utiliza el mismo instrumento y que comparte los resultados en todos los ítems evaluados, el que se denominará *estudio de referencia*, correspondiéndose al realizado por AHRQ en 2018, siendo que esa organización ha creado el instrumento y realiza mediciones sistemáticas y es referente internacional en Calidad y Seguridad de atención.

Entendiendo que la CSP se modifica lentamente y tratándose de la primera medición de CSP en el Hospital de Clínicas en el marco de una Tesis de Maestría, se cree conveniente tomar como referencia para la discusión el mencionado estudio ya que los resultados completos son de acceso libre y se corresponden a datos que abarca 630 hospitales, (de los cuales 226 tienen Unidad de Cuidados Intensivos) y 382.384 encuestados. Estos datos podrían servir como referencia a una segunda medición en el hospital, además de la presente investigación que sería la línea de base,

5.1 Perfil de la población

En relación al perfil de los encuestados, el mayor número de ellos lleva trabajando entre 1 y 5 años en ambos servicios, presentándose esta característica de forma más acentuada que en el estudio de referencia, Anexo II.19. El presente estudio tomó población con un año o más de antigüedad por lo que el porcentaje de personas con menos de 5 años es mayor.

Esta antigüedad en los servicios se aproxima o es coincidente con la antigüedad en el hospital y en la especialidad, por lo que se trata del grupo que tiene menor experiencia y formación, lo que abre la posibilidad a una más baja percepción de riesgo y menor desarrollo de habilidades, por lo que sería el grupo que podría estar más expuesto a participar del error, apoyando esta reflexión en el conocimiento aportado por las curvas de aprendizaje como herramientas de evaluación de adquisición de competencias. La antigüedad en el resto de los encuestados se distribuye en las restantes categorías, a excepción de CTI, donde los encuestados no superan los 15 años de antigüedad. Esta característica podría entenderse como una debilidad de la organización en la capacidad de retener personal calificado, que transmita la experiencia y los valores de la organización en relación a la CSP, tanto al personal como a los profesionales en formación.

En relación a la cantidad de horas trabajadas semanalmente se advierte claramente una diferencia entre CTI, CN y el estudio de referencia. La similitud entre los primeros y la diferencia en el comportamiento de esta variable con el estudio de referencia podría responder a las legislaciones y sistemas de salud diferentes en los que se realizaron los mismos. (Anexo II.20)

En otro orden, cuando se evalúa esta respuesta para el caso de la investigación que se realizó en CTI, CN, no se explora el multiempleo ya que no está definido como variable

en el estudio, pero que en el Censo de Enfermería (103) realizado por el MSP en 2013 ronda el 33% y el porcentaje mayor de encuestados corresponde a este perfil laboral. En el Anexo II.21 y II.22 se pueden ver los datos comparados de la presente investigación con los datos del estudio de referencia en forma de gráficos, para las variables socio-profesionales.

5.2 Grado de Seguridad de Pacientes otorgado a los Servicios

Como primera aproximación a la interpretación de los resultados en CSP, se muestra la opinión del *grado de seguridad* otorgado a los servicios en la investigación realizada.

Se encuentra como elemento común un porcentaje bajo de respuestas que califican negativamente la SP, en la presente investigación así como en la de referencia. No así en la calificación de aceptable, que tiene un porcentaje sensiblemente alto en CTI, 76%; en este caso la respuesta de los encuestados de este servicio orientan a calificar la CSP como débil según las opiniones positivas que llegan a 21%. En el caso de CN la respuesta alcanza 55,56% de respuestas positivas, en tanto que en el estudio de referencia los porcentajes de respuestas positivas de 78% la ubican como una fortaleza .

Anexo II.23

En la pregunta abierta hay expresiones que refuerzan la calificación de CN para esta variable. En el trascurso de la discusión se evaluará el comportamiento de las respuestas a las preguntas y las dimensiones y si se corresponden con esta opinión global en relación a la SP.

5.3 Resultados de SP

Los autores del cuestionario plantean que además de la Calificación de *grado de SP* otorgada a los Servicios, el *Número de eventos reportados* y las dimensiones *Frecuencia de eventos notificados* y *Percepción global de Seguridad* se consideran mediciones de resultado de CSP.

La variable *Número de eventos reportados* por los encuestados en los últimos 12 meses, muestra que los informes CTI y CN tienen un patrón de comportamiento muy parecido con porcentajes elevados entre el 75% y 85% de encuestados que no realizaron ningún reporte en los últimos 12 meses previos a la consulta, en tanto que este porcentaje desciende al 45% en el estudio de referencia (Anexo II.24) Este comportamiento considerado una debilidad para los dos servicios, puede estar asociado entre otros, a la baja percepción de riesgo y utilidad del reporte, al temor a notificar por las consecuencias para el individuo, a la falta de confianza en que se realicen acciones correctivas, a la debilidad de los sistemas de reporte. El bajo porcentaje de reporte reduce las posibilidades de introducir acciones de mejora y de aprendizaje del error.

La notificación es la expresión de la CSP en el entendido de que quien reporta adscribe a la filosofía de detección del riesgo y error, como elemento a ser tenido en cuenta para la introducción de cambios en el sistema, como oportunidad de aprendizaje organizacional y confianza en el trato justo. Para relacionar estos resultados se debe considerar las respuestas en las dimensiones Frecuencia de notificación de eventos, Respuesta no punitiva al error, Apertura de la comunicación y Mejora continua y aprendizaje organizacional, que se presentan en la discusión de las dimensiones.

Los resultados muestran que proporcionalmente los individuos de la categoría laboral LE parecen tener una cultura de reporte más desarrollada y en ese caso podrían influir favorablemente en otros, liderando la promoción del reporte de eventos en SP.

Dimensión Frecuencia de eventos notificados - informa la comunicación de errores cometidos calificados con gradiente de daño potencial al paciente. Se observa que en los dos servicios la frecuencia de reporte aumenta junto con el potencial de daño del error. Los servicios CTI y CN, que muestran el menor porcentaje de respuestas favorables para respuesta no punitiva al error, superan el 50% de respuestas positivas para la comunicación de errores con potencial de daño al paciente, siendo un factor asociado a CSP, en que a pesar del temor a posibles sanciones, se prioriza la SP. Con porcentajes de respuestas positivas superiores en el estudio de referencia y alcanzando nivel de fortaleza en las situaciones de mayor riesgo (Anexo II.25).

El elemento más favorable a la SP está dado por el hecho de que las situaciones de mayor riesgo son más frecuentemente reportadas y el más negativo el bajo porcentaje de respuestas positivas en todos los ítems de la dimensión. Este comportamiento se corresponde con el bajo número de reportes identificado en la pregunta que explora el número anual de reportes de incidentes de SP

En la sección pregunta abierta, 2 encuestados de CN plantean la necesidad de contar con sistemas de reporte de eventos anónimos.

Dimensión Percepción Global de SP- Esta dimensión evalúa en qué medida los encuestados confían en que la forma en que desarrollan sus tareas son seguras para los pacientes. En las opiniones de los encuestados de CN, en todas las preguntas se alcanzan porcentajes de respuestas positivas por encima del 50%, con un ítem casi en nivel de fortaleza; el que alude a la prevención del error como práctica del servicio y un valor global de 62,68% de respuestas positivas. Esta respuesta mantiene correspondencia con el grado de seguridad otorgado al servicio y en las preguntas

abiertas en 3 comentarios favorables y 2 que expresan preocupación por identificación de riesgos, asociados a esta dimensión.

Para CTI ninguno de los ítems alcanza el 50% mínimo de respuestas positivas calificándose como una debilidad. Las debilidades encontradas tanto en la dimensión como en los ítems para el servicio de CTI, muestran baja confianza en la SP en el servicio, manteniendo correspondencia con el grado de seguridad otorgado, no encontrando comentarios en la pregunta abierta que se correspondan a esta dimensión.

Esta dimensión muestra la opinión más divergente entre los servicios encuestados.

El comportamiento de la dimensión en CN es más favorable que para CTI y más positiva aún para el servicio de referencia que supera el 60% de repuestas positivas para todos los ítems que componen la dimensión.(Anexo II.26)

5.4 CSP a nivel de la Unidad/servicio

Dimensión Expectativas y acciones del Supervisor que favorecen la SP- Se encuentra una opinión desfavorable en CTI y sobre todo en CN, en el ítem que alude al reconocimiento de la contribución del personal operativo a la SP por parte del supervisor, lo que contrasta con la opinión recogida de los estudios de referencia. Esta falta de reconocimiento informada por el personal sobre sus aportes en SP, se refuerza con la respuesta dada a la pregunta abierta que recoge comentarios en este sentido para CN.

En contraposición, es mejor evaluada la respuesta del supervisor reconociendo el trabajo realizado según protocolos, aunque en las respuestas a la pregunta abierta algún funcionario de CN y de CTI, expresan falta de reconocimiento al trabajo.

No presionar de forma tal que se descuide la SP cuando hay aumento de la carga de trabajo y atendiendo los problemas de SP que se presentan de forma reiterada, son casi fortalezas en CN para cada uno de estos ítems; en cambio para CTI, el ítem que hace referencia a la presión se comporta como debilidad y con un porcentaje de respuestas positivas más alto para la atención a los problemas recurrentes de SP. El liderazgo del supervisor es de suma importancia para el desarrollo de CSP, por lo que identificar puntos débiles en este, facilita analizar este desempeño para introducir cambios que la fortalezcan.

En relación a la contribución del supervisor en la mejora de CSP, es una figura clave, de forma que modele la conducta a seguir, manteniendo coherencia entre el discurso de SP y las acciones, que son muy bien valoradas en CN y algo menos en CTI.

Esta dimensión entonces se comporta como debilidad para CTI y supera el 50% de respuestas positivas en CN. En el estudio de referencia todos los ítems que componen la dimensión se hallan en posición franca de fortaleza (Anexo II.27)

Dimensión Aprendizaje organizacional/Mejora continua. En ambos servicios el ítem de evaluación de los cambios introducidos para mejorar la SP es el que tiene menos respuestas positivas. Este comportamiento debilita el aprendizaje, ya que no permite analizar el impacto de los cambios y retroalimentar el proceso de mejora.

Se puede ver un comportamiento más reactivo en CTI y con una mayor tendencia proactiva en CN, que tiene todos los ítems por encima del 50% de respuestas positivas y específicamente el que explora la actitud proactiva llega a nivel de fortaleza al igual que el estudio de referencia (Anexo II.28). La capacidad de aprender de los errores y aun más de anticiparse a ellos es una característica a las organizaciones con CSP fuertes.

Este comportamiento de respuestas es de debilidad para CTI y lo posiciona a CTI en un escalón más bajo de CSP que a CN.

En la sección de pregunta abierta, se recogen opiniones favorables para esta categoría, reforzando la importancia identificada de esta dimensión por parte del personal.

Dimensión Trabajo en equipo en la unidad- En los dos servicios la dimensión “Trabajo en equipo” alcanza porcentajes de respuestas positivas que superan el 70% y convirtiéndose en fortaleza, en CN, con un comportamiento similar al estudio de referencia. (Anexo II.27) La excepción se da en la pregunta “Cuando un área de unidad está ocupada otras ayudan”, que es una debilidad en CTI.

El trabajo en equipo facilita lo que ha dado en llamarse microsistema clínico, propio de unidades de alta cohesión y especialización, como lo son CTI y CN, que no pueden alcanzar sus objetivos sin el trabajo coordinado, por lo que la opinión negativa en el ítem mencionado es una debilidad a considerar sobre todo en CTI. Esta opinión se refuerza en una respuesta a la pregunta abierta, en la que se reclama necesidad de mejorar el trabajo en equipo interdisciplinario por parte de un encuestado de CTI.

Un equipo de trabajo que funciona efectivamente es capaz de brindar apoyo en situaciones difíciles, vigilar, advertir y corregir el error de cualquiera de sus miembros.

La rotación de personal identificada por más del 50% de personal con menos de 5 años, dificultaría el conocimiento recíproco de los integrantes del equipo, debilitando la estabilidad de este, condición que no favorece el desarrollo de CSP.

Dimensión Apertura de la comunicación- Los dos servicios superan el 50% de respuestas positivas en dos de los tres ítems que componen la dimensión y en la dimensión a nivel global apenas lo alcanzan. Se mantiene una debilidad común en el

ítem que explora la conducta frente a los superiores para cuestionar decisiones que puedan afectar la SP. Este mismo ítem apenas alcanza el 50% de respuestas positivas en el estudio de referencia (Anexo II.28). Este elemento, llamado gradiente de autoridad actúa negativamente, ya que se antepone la estructura jerárquica a la SP y en consecuencia se producen errores evitables por temor a cuestionar las decisiones, pudiendo corresponderse con problemas en la comunicación vertical ascendente. Estos resultados se podrían asociar al ítem de la dimensión Expectativas del supervisor para SP, en la que los encuestados mayoritariamente plantean que sus sugerencias frecuentemente no son atendidas por el supervisor, mostrando posibles dificultades en la comunicación vertical descendente.

Los resultados alientan al desarrollo de comunicación abierta, que permite analizar riesgos y prevenir errores, con debilidad en el ítem ya referido.

Dimensión Devolución y comunicación del error- Esta dimensión muestra la opinión acerca de la conducta de comunicación sobre los errores cometidos en las unidades y las acciones realizadas para prevenirlos desde la Dirección de las unidades, en forma sistematizada y a nivel de los equipos, en cuanto a la ocurrencia y la discusión de la forma de prevenirlos, comportándose globalmente para ambos servicios como una debilidad, no así en el estudio de referencia que globalmente alcanza 69% de respuestas positivas(Anexo II.31)

Se observa que en CTI y CN la comunicación descendente es problemática para la CSP, ya que se posiciona como debilidad con un porcentaje que supera el 50% de respuestas negativas. En tanto que para CN, la comunicación horizontal supera la mitad de respuestas positivas. En el caso de CTI tanto la comunicación vertical como horizontal se comportan como debilidad para CSP.

Para ambos servicios se identifican debilidades más marcadas en la dimensión devolución y comunicación del error, asociada a la comunicación de la dirección/supervisión de las unidades, seguida por la capacidad de cuestionar decisiones que puedan afectar la SP y para CTI, baja discusión de formas de prevenir el error.

El mejor desempeño se halla en la actitud proactiva en CN, para la discusión orientada a la prevención del error y mejor desempeño para el reporte de errores con potencial de daño.

Podría decirse que la comunicación está más afectada en CTI que en CN, que la comunicación horizontal y sobre todo la vertical muestran debilidades.

Dimensión Respuesta no punitiva al error- . En los casos presentados se encuentra que para CTI y sobre todo para CN la dimensión se comporta como una debilidad marcada.

En todos los estudios consultados, es la dimensión con porcentajes de respuesta favorables más bajo y al mismo tiempo clave para la mejora de la CSP.

En el estudio de referencia, la respuesta no punitiva al error tiene un desempeño mejor pero lejos de alcanzar nivel de fortaleza.

Este comportamiento de la variable para todos los encuestados y el estudio de referencia (Anexo II.32), parece trascender el tamaño y el nivel de complejidad del que proceden las respuestas (servicio o sistema) y características de las variables contextuales, como sociedad y localización geográfica de la investigación.

El temor a reportar errores y ser sancionado, ya sea administrativamente o por las actitudes del equipo, contribuye negativamente a la identificación de los factores que propician el error y limitan el aprendizaje de la organización. El bajo nivel de reporte identificado tanto a nivel global, como en la dimensión frecuencia de reporte podrían asociarse en parte por el comportamiento de esta dimensión y el de las sociedades, en

las que la penalización es también a nivel de las leyes, haciendo foco en la persona y no en fallas del sistema como factores causales de los errores.

Dimensión Dotación de personal- tiene un comportamiento de debilidad para los 2 servicios y apenas supera el 50% de respuestas positivas en el estudio de referencia (Anexo II.33) La pregunta “El personal trabaja más horas que las apropiadas para SP”, se comporta en todos los estudios como una debilidad. Si bien las dotaciones de ambos servicios se enmarca en la normativa ministerial, frente a ausentismo no previsto estas circunstancialmente se ven afectadas y contribuyen a un funcionamiento ultra adaptativo que aumenta el riesgo para SP.

En el caso de CN y CTI, que tiene la peor opinión para la dimensión, no es posible determinar si la respuesta está influida por el factor multiempleo, el que no es abordado en el estudio pero que en el Censo Nacional de Enfermería 2013, realizado por MSP (102), informa esta condición en alrededor de un 30% del personal de Enfermería. De los encuestados el 84,61% corresponden con personal de Enfermería.

A pesar de trabajar con dotaciones estructuralmente ajustadas a normativa, la complejidad de cuidados combinada en los servicios encuestados, la rotación, heterogeneidad de competencias y el ausentismo, podrían explicar la opinión marcada de insuficiencia.

El déficit de las dotaciones se asocia a mayor número de eventos en SP. En la sección pregunta abierta, los encuestados, uno de cada servicio exponen el déficit de personal como un problema para la SP.

Dimensión Apoyo de la Gerencia hospitalaria a la SP- El liderazgo de la alta Dirección de la Organización Hospitalaria es clave para el desarrollo de CSP, las valoraciones de esta la ubican como una debilidad marcada en CTI, CN. Este resultado contrasta con el

estudio de AHRQ, en que alcanza nivel de fortaleza en dos de los tres ítems que componen la dimensión y superando el 50 % en el restante.(Anexo II.34)

Se advierte en esta dimensión una posible debilidad en la comunicación descendente, de las acciones realizadas a nivel de la administración para la mejora de la SP, apoyando esta conjetura en el alto porcentaje de respuestas neutrales y no solo de los porcentajes de respuestas negativas.

La transmisión de los valores desde la administración, favorece el desarrollo de CSP.

5.5 CSP a nivel del Hospital

Dimensión Trabajo en equipo entre las unidades del hospital- La coordinación entre las unidades del hospital, la cooperación entre unidades y el trabajo entre unidades se muestran como una debilidad tanto para CTI, CN, no así en la investigación de referencia (Anexo II.35) . Solo la opinión acerca la experiencia de trabajar con personal de otras unidades se valora con un porcentaje de respuestas positivas que supera el 50% en los servicios encuestados, sin alcanzar a ser fortaleza en ninguno de ellos.

Se observa que los aspectos de comunicación entre las diferentes estructuras del hospital es percibida como una dificultad, no así la interacción entre los individuos que en ellas trabajan.

Dimensión Cambio de guardia/Transición entre servicios- Globalmente esta dimensión se presenta como una debilidad para los dos servicios encuestados y en todos los ítems que la componen para CTI. En el caso de CN, el único ítem que supera el 50% de opiniones positivas es el que explora la pérdida de información del paciente en el

cambio de turno. Se identifica como más problemáticas el intercambio de información y transferencia de pacientes entre unidades del hospital. El estudio de referencia muestra un comportamiento similar para esta dimensión. (Anexo II.36) La pregunta que mejor califica para todos los encuestados y estudio de referencia es el ítem “Pérdida de información del paciente en el cambio de turno”, que involucra las acciones desde las unidades. Este elemento refuerza la visión de dificultades de trabajo con otras unidades evaluada en la dimensión “trabajo en equipo en el hospital”.

El patrón de respuestas de los dos servicios para las dimensiones y las respuestas de Calificación de grado de SP y Número de reportes en los últimos 12 meses, guardan entre sí coherencia dentro de cada servicio. La mejor opinión grado de SP se asocia con mayores porcentajes de respuestas positivas para las 12 dimensiones de CSP para CN y en contraposición el menor porcentaje de respuestas positivas en las variables enunciadas en CTI y la valoración de las dimensiones para ese servicio. Este patrón, a mayor calificación de SP, mayor porcentaje de respuestas positivas en las dimensiones de SP, también se observa en la investigación de referencia.

Los desempeños a nivel de las organizaciones están influidos además de las regulaciones internas, por las regulaciones externas a ellas, dadas por diferentes organismos, siendo mejores en aquellos con mayores exigencias. En esta situación podría inscribirse CN que alcanza un mayor porcentaje de respuestas positivas tanto en las dimensiones, como en la calificación de SP del servicio y el número de reportes; en este, además de estar sujeto a la regulación a nivel institucional y control establecidos por MSP de carácter general y común a ambos servicios se agrega la regulación y control frecuente del FNR, con estándares de práctica y gestión más exigentes y específicos, siendo un factor que genera cambios en las conductas de los individuos.

Este comportamiento diferencial podría señalar una cultura menos concentrada a nivel de la organización y más abierta o refleja en CN.

El comportamiento de estas dos variables en CSP, podrían orientar al reconocimiento de subculturas dentro de la organización, diferentes entre los servicios seleccionados y entre las diferentes categorías laborales.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Primera -. Se considera que la pregunta de investigación, ¿Cuáles son las características de la Cultura de Seguridad de Pacientes en servicios de tercer nivel de atención del Hospital Universitario en diciembre de 2018?, ha sido respondida así como alcanzados los objetivos.

Segunda- CN tiene respuestas de CSP más favorables , tanto en Resultados de CSP, CSP a nivel de la unidad/servicio y a nivel del Hospital , potencialmente asociadas al trabajo sistematizado , modelo de gestión de riesgo enfocado a la alta fiabilidad y periódicamente evaluado y autoevaluado prácticamente desde su creación, pudiendo corresponderse con una Cultura Abierta y a una mayor antigüedad relativa del personal, que contribuye a la trasmisión de experiencias, prácticas y valores.

Califica 1 dimensión en fortaleza, 5 por encima del 50% de opiniones positivas y 6 en debilidad; del total de respuestas recogidas en el estudio sobre los 42 ítems evaluados alcanza 52 % de respuestas positivas; la Calificación de SP tiene 56 % de respuestas positivas. Pudiendo calificarse en su grado de madurez como una CSP más calculadora-proactiva.

Tercera- En CTI la opinión de los encuestados posiciona como débil a la CSP, tanto en Resultados de CSP, como a nivel de la Unidad/Servicio y del Hospital; asociando

personal con menor antigüedad, exigencias externas menores .Se podría considerar que se encuadra en un modelo de gestión de riesgo ultradaptativo.

Califica 10 de las dimensiones en debilidad, 2 con porcentaje de respuestas positivas mayor al 50%; del total de respuestas recogidas en el estudio sobre los 42 ítems evaluados, alcanza 41 % de respuestas positivas; la Calificación de SP tiene 21 % de respuestas positivas.

Los resultados podrían ubicar a este servicio con un nivel de madurez de CSP más calculadora- reactiva.

Cuarta- Se encuentra mayor número de reportes de eventos en los Licenciados en Enfermería, siendo un elemento de liderazgo de estos profesionales en la SP.

Quinta -. El área con mayor fortaleza para ambos servicios se ubica en la dimensión Trabajo en equipo en la unidad, siendo un elemento significativo para la construcción de CSP, mostrando un aspecto de Cultura Concentrada a nivel de la organización.

Sexta -. Las dimensiones con más debilidad y comunes a los servicios CN y CTI, se ubican en Apoyo de la Gerencia Hospitalaria a la SP, Dotación de personal y Respuesta no punitiva al error, mostrando aspectos de Cultura Concentrada a nivel de la organización.

Séptima -. Las dimensiones que muestran mayores diferencias en los servicios son, Percepción global de SP, Frecuencia de reporte, Aprendizaje organizacional/Mejora Continua y Expectativa del supervisor, todas con valoración de debilidad para CTI y

mayores al 50% para CN , mostrando aspectos de Cultura Fragmentada a nivel de la organización.

Octava- La proporción 1:1 de personal con menos de 5 años y más de 5 años de antigüedad en la especialidad, el servicio y el hospital, constituye un elemento de debilidad para la SP en ambos servicios, sobre todo si se considera el tiempo de formación requerido para adquirir competencias para la atención de la complejidad de pacientes de los servicios estudiados.

Novena- En relación a la respuesta no punitiva al error, resulta un obstáculo al desarrollo de la CSP. Se considera relevante unir estos resultados a la opinión desfavorable para las dimensiones que miden los procesos de Comunicación a nivel de la unidad, entendiendo que estos resultados se refuerzan entre sí.

Décima - En cuanto a la dotación de personal , más allá de la cantidad de personal, los factores del entorno, como podrían ser la organización y coordinación del trabajo en el área y la coordinación con otras unidades , que se revelan como debilidad en este estudio, sumado a las deficiencias en la comunicación , también identificada como debilidad, pueden contribuir a complejizar la tarea en la unidad y en consecuencia aumentar la carga de trabajo, llevando al agravamiento de la consideración de la insuficiencia de personal, sumado al perfil de gravedad y complejidad de cuidados de los pacientes asistidos.

Décimo primera- Se identifican debilidades en la comunicación tanto vertical como horizontal dentro y fuera de las unidades.

Se advierten problemas en la comunicación vertical desde las estructuras jerárquicas de la unidad, expresados en los bajos porcentajes de respuesta favorables y altos porcentajes desfavorables sobre todo en la devolución y comunicación del error y desde las estructuras jerárquicas del hospital en cuanto a la comunicación de las acciones realizadas por la administración que promueven la SP, con un porcentaje de respuestas neutrales que ronda el 40%.

A nivel de la comunicación horizontal el problema se expresa en los bajos porcentajes de reporte de error a nivel de la unidad y problemas de coordinación con otras unidades del hospital. El otro punto débil es la cooperación entre las unidades, así como la calificación del trabajo conjunto entre ellas.

Al observar este patrón de respuestas de debilidad en la comunicación intra servicio e inter servicio y en base a los estudios que le asignan entre un 70% y 80% de participación causal en los errores y eventos adversos, se podría considerar una debilidad de la organización para la SP.

. **Décimo segunda-** A pesar de las diferencias de servicios, de tamaño de los estudios comparados, de los porcentajes particulares alcanzados para cada dimensión en los estudios y de los sistemas en los que se llevaron a cabo, los resultados de la presente investigación y el estudio de referencia, mantienen una expresión común de tendencias de fortaleza y debilidad.

CAPÍTULO VII

SUGERENCIAS

Partiendo de que el menor número de respuestas positivas se ubican en las dimensiones Apoyo de la Administración Hospitalaria, Dotación, Respuesta no punitiva al error, seguidas por Devolución y Comunicación del Error, Trabajo en equipo entre unidades y Cambio de guardia y que todas pueden estar afectadas por las debilidades identificadas en la comunicación dentro y fuera de las unidades, este sería un aspecto importante a desarrollar en todos los niveles de la organización.

A propósito de ello se sugiere:

- Difundir la misión, valores y objetivos del Hospital Universitario y en base a ellos establecer un acuerdo de comportamiento de SP que abarque a todo el personal.
- Capacitar a todo el personal en la identificación y comunicación del error.
- Fortalecer el sistema de reporte y análisis del error.
- Promover el cambio de una cultura punitiva orientada a la identificación de la persona, hacia la identificación de las causas del error, incorporando a miembros de todos los niveles asistenciales en el análisis del riesgo y error como forma de modificar sinérgicamente la opinión de falta de reconocimiento de los aportes y realizar la devolución de los resultados de estos análisis y estrategias de mejora. Pasando de un modelo reactivo de bajo reporte y aprendizaje a un modelo proactivo y generador de cambios.
- Fortalecer el liderazgo de los niveles estratégicos de gestión, estableciendo rondas de seguridad que incluyan la participación de la dirección institucional

como de los servicios, con el cometido de acercar las visiones y apoyar la implementación de prácticas seguras.

- Revisar y sistematizar la coordinación de actividades entre servicios y las transiciones entre unidades.
- Sistematizar el traslado de información en procesos claves dentro y fuera del servicio.
- Revisar las dotaciones efectivas en ambos servicios, ajustadas a las cargas de trabajo.
- Incorporar la SP en los planes de ingreso de todo el personal.

Dado que los contextos asistenciales de los dos servicios es diferente, se considera pertinente orientar la gestión del riesgo con modelos diferentes según el tipo de actividades que se desarrollan en ellos.

Para desarrollar estos modelos se deben ampliar las competencias en el análisis y la gestión del riesgo en todos los niveles de los servicios, sobre todo de los profesionales con funciones de conducción. Tomar la fortaleza identificada en la dimensión trabajo en equipo en la unidad para reforzar y adoptar prácticas seguras.

En el entendido de que la CSP se expresa como comportamientos estables en el tiempo, dado que asientan en elementos estructurales, consuetudinarios e ideológico fundacionales, es posible de ser mejorada; por ello se propone evaluar periódicamente la misma con el mismo instrumento como forma de medir el impacto de las intervenciones realizadas.

Complementar el análisis de CSP con metodologías cualitativas.

Referencias Bibliográficas

- 1- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. [Internet]. 2000. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248> [consulta: 4 nov 2017].
- 2- Hanefeld J, Powell Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. Bull World Health Organ [Internet] 2017; 95(5): 368-74. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/16-179309.pdf?ua=1> [consulta: 18 jun 2018].
- 3- Sabio Paz V, Panattieri ND, Godio C, Ratto ME, Arpi L, Dackiewicz N. Seguridad del paciente: glosario. Arch Argent Pediatr [Internet] 2015; 113(5): 469-72. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n5a26.pdf> [consulta: 13 abr 2018].
- 4- Vincent C, citado por Aibar C, Aranaz J, Mareca R, Garcia Montero J. Promoción de la salud y prevención en el ámbito hospitalario. En: Malagón G, Pontón G, Galán R. Administración hospitalaria. 3ª. ed. Bogotá: Panamericana; 2008. p 508-18.
- 5- Comite of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. [Internet]. 2005. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/highlights/COE_patient_and_medication_safety_glpdf [consulta: 10 jul 2018].
- 6- Agency for Healthcare Research and Quality. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf> [consulta: 11 set 2018].
- 7- Camargo G, Queiroz A, Silvestre Nayla, de Camargo Silva A. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. Enferm Glob [Internet] 2014; 13(33): 336-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017 [consulta: 13 jun 2018].
- 8- Reis C, Guerra S, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety. [Internet] 2018; 30(9): 660–77. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/9/660/4998840> [consulta: 10 may 2019].
- 9- Saturno P, Terol Garcia E. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf [consulta: 10 nov 2017].

10- Gama A, Oliveira A, Hernández P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad Saude Pública [Internet] 2013; 29(2): 283-93. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf> [consulta: 15 may 2018].

11- Tomazoni A, Kuerten P, Souza S, Anders S, Correia H. Cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas del equipo enfermero y médico. Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2014; 22(5): 755-63. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf [consulta: 13 jun 2018].

12- Sánchez F, López J. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extrahospitalarias de hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet] 2015; 18(Suppl 1): 40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000500026 [consulta: 10 set 2018].

13- Pinheiro M, Claudiano J. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. Enferm Glob [Internet] 2017; 16(45): 309-52. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00309.pdf> [consulta: 15 jun 2018].

14- Minuzzi A, Salum N, Locks M. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en terapia intensiva desde la perspectiva del equipo de salud. Texto Contexto Enferm [Internet] 2016; 25 (2): e1610015. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/en_0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf [consulta: 15 may 2019].

15- Agency for Healthcare Research and Quality. SOPS Action Planning Tool.[Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/resources/planning-tool/index.html> [consulta: 2 may 2018].

16- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/plan-estrategico> [consulta: 7 oct 2018].

17- Tarapuez E, Ososrio H, Parra R. Burton Clark y su concepción acerca de la Universidad emprendedora. Tendencias [Internet] 2012; 13(2): 103-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4242056.pdf> [consulta: 14 mar 2018].

18- Etkin J. Identidad de las organizaciones: invariancia y cambio.[Internet].2000. Disponible en: https://www.academia.edu/32251858/Etkin_Schvarstein_Identidad_de_Las_Organizaciones_pdf [consulta: 20 mar 2018].

19- García Díez R. Construyendo seguridad en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet] 2011; 22(1):1-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-construyendo-seguridad-cuidados-intensivos-S1130239911000162> [consulta: 22 mar 2018].

20- Uruguay. Fondo Nacional de Recursos. Estándares de evaluación y seguimiento para la mejora de calidad de los IMAE. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/libro_mejora_calidad_139_web.pdf [consulta: 23 jun 2018].

21- Varela J. Extendiendo los microsistemas clínicos a todas partes. *Avances en Gestión Clínica* [Internet]. 2019. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2019/02/> [consulta: 8 may 2019].

22- Rodríguez P. Perspectiva histórica sobre la calidad de la atención sanitaria: evolución, tendencias y métodos. *Arbor* [Internet] 2001; 170(670): 371-81. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/932> [7 abr 2018].

23- Meléndez C, Garza R, González J, Castillo S, González S, Ruiz E. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. *Rev Cuid* [Internet] 2014; 5(2): 774-81. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/92/195> [consulta: 5 ago 2018].

24- Enríquez N. Planificación, evaluación y gestión sanitaria. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/calidad-asistencial/calidad-asistencial.pdf> [consulta: 17 ene 2018].

25. Aranaz J, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Medicina Clínica* [Internet] 2010; 135: 1-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-cultura-seguridad-del-paciente-S0025775310700130> [consulta: 15 may 2018].

26- Quijano Pitman F. Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias [Internet]. *Gac Med Mex* 1999; 135(1): 73-6. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-1-73-76.pdf [consulta: 7 jun 2018].

27- Colombia. Ministerio de Salud. Protocolo de Londres. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf [consulta: 7 abr 2018].

28- Govindarajan R, Molero**b** J, Tuset**b** V, Arellano**b** A, Ballester**b** R, Cardenal J, et al. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ayuda a aumentar la seguridad en radioterapia. Rev Calidad Asistencial [Internet] 2007; 22(6): 269-354. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-13113631> [consulta: 2 mar 2018].

29- Oficina Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000: plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. [Internet]. 1982. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/39468> [consulta: 4 dic 2017].

30- Brennan T, Laird N, Newhouse J. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med [Internet] 1991; (324): 370-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987460> [consulta: nov 2017].

31- Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente: la investigación en seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención más segura. [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf [consulta: 3 may 2017].

32- National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare. [Internet]. 2003. Disponible en: https://www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Kits/Safe_Practices_for_Better_Healthcare.aspx [consulta: 9 mar 2017].

33- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. [Internet]. 2004. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/> [consulta: 23 jun 2018].

34- Aranaz J. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. [Internet]. 2006. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../opsc_sp2.pdf [consulta: 20 feb 2018].

35- Aranaz J, Aibar C. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf [consulta: 20 feb 2018].

36- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety Taxonomy. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/> [consulta: 12 mar 2018].

- 37- Vincent C, Amalberti R. Seguridad del paciente: estrategias. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.moduslaborandi.com/uploads/file/Seguridad_del_paciente.pdf [consulta: 3 jul 2018].
- 38- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [consulta: 7 mar 2018].
- 39- Bolis M, Cho M, Madies CV, Marcos Herrero JA, Montserrat Capella D, Núñez Cortes P. Análisis comparado del marco jurídico sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea. [Internet]. 2012. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3267/HSS-HS-Analisis_-comparado-CASP.pdf;jsessionid=1314E68B703DFDE17C1BCA840C227B44?sequence=1 [consulta: 5 jul 2018].
- 40- Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de México [Internet] 1990; 32(2): Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/rt/prinFRIENDLY/5280/5425> [consulta: 8 feb 2018].
- 41- Aibar Remón C, Aranaz Andrés JM. Seguridad del paciente: cuaderno de bitácora. [Internet]. 2010. Disponible en: <https://studylib.es/doc/8745022/seguridad-del-paciente--cuaderno-de-bit%C3%A1cora> [consulta: 3 dic 2017].
- 42- Aibar Remón C. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. En: Lorenzo Martínez S, dir. Seguridad Clínica. [Internet]. 2004. p. 43-57. Disponible en: http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_8.pdf [consulta: 13 abr 2018].
- 43- Reason J. Error humano: modelos y gestión. BMJ [Internet] 2000; 320(7237): 768-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720363> [consulta: 12 mar 2018].
- 44- World Health Organization. World Alliance For Patient Safety: Forward Programme 2005. [Internet]. 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf [consulta: 1 jul 2018].
- 45- Organización Mundial de la Salud. 9 soluciones para la seguridad del paciente. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/> [consulta: 10 may 2018].
- 46- Banco Mundial. Estrategia de asistencia al país para la República Oriental del Uruguay 2005-2010. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/324541468319157583/pdf/318040SPANISH0UYOCAS01PUBLIC1.pdf> [consulta: 12 jul 2018].

47- Astier Peña MP, Olivera Cañadas G. El reto de sostener cultura de la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias. Anales Sis San Navarra [Internet] 2017; 40(1): 5-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000100005 [consulta: 20 jun 2018].

48- González R. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2603/GonzalezGarciaR.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 2 ago 2018].

49- Reglamentación de los procedimientos de habilitación de servicios de salud y/o incorporación de equipamiento médico que se tramitan ante el MSP. Decreto N° 60/016 de 29 de febrero de 2016. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/60-2016> [consulta: 22 jun 2018].

50- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de Garantía de la Calidad y Acreditación de Servicios de Salud. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo: Ediciones de Enfermería; 2000.

51- Reglamentación y funcionamiento de las Comisiones Institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina. Ordenanza N° 481 de 11 de agosto de 2008. [Internet]. MSP. Uruguay. Disponible en: www.smu.org.uy/dpmc/polsan/ord481.pdf [consulta: 15 mar 2017].

52- Derogación de Ordenanza n° 660/2006. Ordenanza N° 349 de 3 de julio de 2012. [Internet]. MSP. Uruguay. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/polsan/ord-349-2012.pdf> [consulta: 15 mar 2017].

53- Godino M, Barbato M, Ramos L, Otero M, Briozzo L. Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Equipo de Salud. Rev Méd Urug [Internet] 2014; 30(4): 235-46. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2014v4/art4.pdf> [consulta: 12 jun 2018].

54- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Primera encuesta de clima de seguridad DECASEPA. [Internet]. 2016. Disponible en: www.msp.gub.uy/.../presentación-de-primer-encuesta-nacional-de-clima-de-seguridad [consulta: 22 may 2018].

55- Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007. [Internet]. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211> [consulta: 16 jun 2018].

- 56- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=531-objetivossanitarios-web2017&category_slug=publicaciones-comunicacion&Itemid=307 [consulta: 22 jun 2018].
- 57- Organización Mundial de la Salud. Guía curricular sobre seguridad del paciente. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf [consulta: 3 jun 2018].
- 58- Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición: seguridad de los pacientes. [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf [consulta: 20 dic 2017].
- 59- Uruguay. Fondo Nacional de Recursos. Seguridad de los pacientes: la academia discute la formación de recursos humanos. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/jornada_seguridad [consulta: 20 dic 2017].
- 60- Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes: un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte [Internet] 2007; 23(1): 112-19. Disponible en: http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_07.pdf [consulta: 7 ene 2018].
- 61- Sindicato Médico del Uruguay. Seguridad del paciente y prevención del error en medicina. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/sepa/> [consulta: 2 jun 2018].
- 62- Mellin Olsen J, Pelosi P, Van Aken H. Declaración de Helsinki sobre la seguridad de los pacientes en Anestesiología. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim [Internet] 2010; 57(9): 594-5. Disponible en: <https://medes.com/publication/62689> [consulta: 6 jun 2018].
- 63- Organización Mundial de la Salud. Pacientes en defensa de su seguridad. [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/ [consulta: 10 abr 2018].
- 64- Madurga M. La industria farmacéutica y las agencias reguladoras están llamadas a interactuar para garantizar la seguridad del paciente. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.il3.ub.edu/blog/la-industria-farmacautica-y-las-agencias-reguladoras-estan-llamadas-a-interactuar-para-garantizar-la-seguridad-del-paciente/> [consulta: 17 may 2018].
- 65- Requisitos para reactivos de diagnóstico, dispositivos terapéuticos y equipos médicos. Decreto 3/2008 de 1 de enero de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/3-2008> [consulta: 23 feb 2018].

66- Universidad de la República (Uruguay). Hospital de Clínicas. Comisión Institucional de Seguridad del Paciente (COSEPA). [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.hc.edu.uy/index.php/servicios-del-hc/9-sin-%20categoria/231-comision-institucional-de-seguridad-del-paciente-cosepa> [consulta: 20 nov 2017].

67- Universidad de la República. Plan Estratégico de Desarrollo 2015 – 2019. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://udelar.edu.uy/presupuesto/wp-content/uploads/sites/32/2015/09/1.Plan-Estrate%CC%81gico-de-Desarrollo-2015-2019-Universidad-de-la-Repu%CC%81blica.pdf> [consulta: 10 may 2018]

68- Universidad de la República. Misión, perfil y modelo de atención del Hospital Universitario: imagen objetivo. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://gestion.udelar.edu.uy/planeamiento/wp-content/uploads/sites/33/2015/09/Anexo-3-Sueldos-G-I-del-HC-R.1-CDC-28.07.15.pdf> [consulta: 10 may 2018].

69- Tobar F. Modelos de gestión en salud. [Internet]. 2002. Disponible en: https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud [consulta: 20 mar 2018].

70- Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 4. ed. México: Interamericana; 1997.

71- Dávila A, Martínez N. Cultura en las organizaciones latinas. [Internet]. 1999. Disponible en: <https://books.google.com.uy/books?isbn=968232198> [consulta: 27 mar 2018].

72- García C. Una aproximación al concepto de cultura organizacional. Universitas Psychologica [Internet] 2006; 5(1): 163-74. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16572672006000100012&lng=en&tlng [consulta: 9 dic 2017].

73- DiCandia C, Pippolo D, Rainusso V. Por qué conocer la cultura de una organización. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://ojs.latu.org.uy/index.php/INNOTEC-Gestion/article/view/120/75> [consulta: 15 dic 2017].

74- Shein E. La cultura empresarial y el liderazgo. Barcelona: Plaza y Janes; 1988.

75- Domínguez Silva I, Rodríguez Domínguez B, Navarro Domínguez JA. La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud. Rev Med Electrón [Internet] 2009; 31(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000600012&lng=es [consulta: 17 abr 2018].

- 76- Alianza Mundial para la Seguridad del Pacientes. Curso virtual de introducción a la investigación en seguridad del paciente. [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/ [consulta: 26 abr 2018].
- 77- España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Adaptación del cuestionario “Hospital survey on patient safety culture”. [Internet]. 2005. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf> [consulta: 14 jul 2017].
- 78- España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Mejorando la seguridad del paciente en los Hospitales: de las ideas a la acción. [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf [consulta: 12 dic 2017].
- 79- Ruelas Barajas E, Sarabia O, Tobar W. Seguridad del paciente hospitalizado. México: Panamericana; 2007.
- 80- Frot J. Las causas del evento de Chernobyl. [Internet]. 2000. Disponible en: http://www.uruguayeduca.edu.uy/sites/default/files/2017-05/causas_del_evento.pdf [consulta: 22 abr 2018].
- 81- Arias J, Gómez R. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med [Internet] 2017; 31(2): 180-91. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf> [consulta: 15 dic 2017].
- 82- Germán S, Navajas J, Silla I. El uso de cuestionarios en estudios de cultura de seguridad en organizaciones de alta fiabilidad: revisión de la literatura y una aplicación en el sector nuclear español. [Internet]. 2014. Disponible en: https://inis.iaea.org/collection/NCLCollectionStore/_Public/46/017/46017601.pdf [consulta: 1 dic 2017].
- 83- Gutiérrez Ubeda SR. ¿Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente? Rev Calidad Asistencial [Internet] 2016; 31(3): 173-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X15001475?via%3Dihub> [consulta: 2 oct 2018].
- 84- Andrade H. Comunicación organizacional interna. [Internet]. 2005. Disponible en: [https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=bwclcBnPNuoC&oi=fnd&pg=PA13&dq=andrade+h.++\(2005\).+comunicaci%C3%B3n+organizacional+interna+proceso+disciplina+y+t%C3%A9cnica&ots=gnLqupZMv-&sig=5f0BOsStOp1mdZH668vV-hzlsnY#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=bwclcBnPNuoC&oi=fnd&pg=PA13&dq=andrade+h.++(2005).+comunicaci%C3%B3n+organizacional+interna+proceso+disciplina+y+t%C3%A9cnica&ots=gnLqupZMv-&sig=5f0BOsStOp1mdZH668vV-hzlsnY#v=onepage&q&f=false) [consulta: 10 oct 2018].

- 85- Vítolo F. Problemas de comunicación en el equipo de salud. Noble Seguros. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/28092011.3.pdf [consulta: 9 mar 2019].
- 86- Woolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, Phillips RL Jr. A string of mistakes: the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Ann Fam Med* [Internet] 2004; 2(4): 317–26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466697/> [consulta: 9 mar 2019].
- 87- Roca J, Pérez JM, Colmenero M, Muñoz H, Alarcón L, Vázquez G. Competencias profesionales para la atención al paciente crítico: más allá de las especialidades. *Med Intensiva* [Internet] 2007; 31(9): 473-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000900001 [consulta: 1 nov 2018].
- 88- Vincent C. Reasons for not reporting adverse events: an empirical study. *J Eval Clin Pract* [Internet] 1999; 5: 13-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [consulta: 22 jul 2018].
- 89- Romero C. Seguridad y Calidad en Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. [Internet] 2009; 33(7): 346–52 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v33n7/punto.pdf> [consulta: 20 abr 2018].
- 90- Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de Seguridad. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet] 2017; 28(5): 785-95. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268> [consulta: 25 abr 2018].
- 91- Rando Huluk AEK. Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? *Rev Méd Urug* [Internet] 2016; 32(1): 59-67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008 [consulta: 7 abr 2019].
- 92- Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* [Internet] 2002; (20)347: 1633-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12432059> [consulta: 6 mar 2019].
- 93- Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Percepciones de la fuerza laboral sobre la cultura de seguridad del hospital: desarrollo y validación del clima de seguridad del paciente en las organizaciones de salud. *Health Services Research* [Internet] 2007; 42(5): 1999–2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254575/> [consulta: 8 nov 2018].

- 94- Garrido Sánchez A. Seguridad en anestesia: estudio cuasiexperimental para evaluar el impacto de una estrategia multimodal en el registro de incidentes críticos. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/47043/1/T39785.pdf> [consulta: 8 may 2019].
- 95- Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) National Patient Safety Agency [Internet] Manchester 2013. Disponible en: <https://patientsafety.health.org.uk/resources/manchester-patient-safety-framework-mapsaf> [consulta: 15 may 2019].
- 96- Ley orgánica de la Universidad de la República. Ley 12549 de 16 de octubre de 1958. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <http://www.dgiuridica.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2016/04/Ley-Org%C3%A1nica-de-la-Universidad-de-la-Rep%C3%BAblica.pdf> [consulta: 16 may 2019].
- 97- División Enfermería Hospital de Clínicas. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.enfermeria.hc.edu.uy/> [consulta: 3 may 2019].
- 98- Wilson E, Nowinsky A, Turnes A, Sanchez S, Sierra J. Hospital de Clínicas: génesis y realidad (1887-1974). [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=355-hospital-de-clinicas-genesis-y-realidad&Itemid=307 [consulta: 16 may 2019].
- 99- Régimen de funcionamiento y criterios de asistencia de las unidades de cuidados intensivos. Decreto 399/08 de 18 de agosto de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/399-2008> [consulta: 4 may 2019].
- 100- Saldaña, J. (2009). The coding manual for qualitative researchers. London: Sage
- 101- La investigación en seres humanos. Decreto 379/008 del 14 de agosto de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008> [consulta: 6 may 2019].
- 102- Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 4a.ed. México: McGraw Hill; 2008.
- 103 -Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Censo de enfermería 2013. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-saludpublica/comunicacion/publicaciones/censo-nacional-de-enfermeria-2013> [consulta: 13 abr 2019].

ANEXO I

Anexo I.1

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo.

Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

- Un "incidente" es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- "Seguridad del paciente" se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Sección A: Su área/unidad de trabajo

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

2. ¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital? Marque UNA respuesta. *
Marca solo un óvalo.

- a. Nefrología
 b. Unidad de cuidados intensivos

Sección A: Su área/unidad de trabajo, continuado

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

3. Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...

Marca solo un óvalo por fila.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

evaluamos su efectividad.					
Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección B: Su supervisor/director

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

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.

Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.

Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.

Sección C: Comunicación

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

5. Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.

Marca solo un óvalo por fila.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

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

6. Piense en el área/unidad de trabajo de su hospital...

Marca solo un óvalo por fila.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección E: Grado de seguridad del paciente

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

Marca solo un óvalo.

- Excelente
- Muy Bueno
- Aceptable
- Pobre
- Malo

Sección F: Su hospital

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

8. Piense en su hospital...

Marca solo un óvalo por fila.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
para los pacientes.					
Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección G: Número de incidentes reportados

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

Marca solo un óvalo.

- Ningún reporte de incidentes
- De 1 a 2 reportes de incidentes
- De 3 a 5 reportes de incidentes
- De 6 a 10 reporte de incidentes
- De 11 a 20 reportes de incidentes
- 21 reportes de incidentes o más

Sección H: Información general

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

10. Sexo

Marca solo un óvalo.

- Masculino
- Femenino
- Otro

11. Edad

12. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

Marca solo un óvalo.

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

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

Marca solo un óvalo.

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

14. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

Marca solo un óvalo.

- Menos de 20 horas a la semana
- De 20 a 39 horas a la semana
- De 40 a 59 horas a la semana
- 60 o más horas a la semana

15. ¿Cuál es su posición laboral en este hospital? Marque UNA respuesta que mejor describa su posición laboral.

Marca solo un óvalo.

- Médico grado 2
- Médico residente
- Licenciado/a en enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Otro

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

Marca solo un óvalo.

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

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

Marca solo un óvalo.

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

Sección I: Sus comentarios

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

Gracias por completar este cuestionario.

Anexo I.2

Cronograma de ejecución de Tesis

Etapas de trabajo	Calendario de realización				
	2018			2019	
Elaboración de Protocolo	Mayo agosto				
Corrección de protocolo		Noviembre			
Prueba Piloto			Noviembre		
Recolección de datos			diciembre		
Análisis de datos				Febrero -abril	
Elaboración de informe					Mayo -Setiembre

Presupuesto

Básicamente el presupuesto atendió la compra de insumos de papelería para la elaboración de borradores de corrección y la impresión del informe final. Estimando el mismo en 7000 pesos.

Montevideo 1 de junio 2018

Hospital de Clínicas "Dr.Manuel Quintela"
Cátedra de Nefrología
Centro de Nefrología
Dirección
Prof.Dr.Oscar Noboa

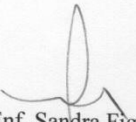
Presente:

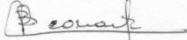
Me dirijo a usted con motivo de poner en su conocimiento que estoy realizando la Tesis de Maestría en Gestión de Servicios de Salud, con el Tema Cultura de Seguridad de Pacientes, bajo la tutoría de la Prof.Dra. Graciela Ubach.

Para la recolección de la información se aplicará un instrumento autoadministrado y anónimo, el que se adjunta; para la obtención de una muestra representativa es necesario estimar el tamaño muestral y aleatorizar la misma, por lo que se requiere contar con la nómina de médicos que trabajan en el Centro de Nefrología y que tienen un año o más de antigüedad, seleccionados entre los residentes y grados 2 en el servicio que dirige, por lo que solicito su autorización para acceder a este dato.

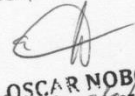
La población objetivo es el personal médico y de enfermería de nivel asistencial del Centro de Nefrología con un año o más de antigüedad .
Los resultados serán devueltos al servicio para poder utilizarlos en los procesos de mejora de la seguridad y calidad de las prestaciones.

Agradecemos desde ya su disposición


Lic.Enf. Sandra Figueroa
Jefe de Servicio Enfermero
Centro de Tratamiento Intensivo
Centro de Nefrología

01/06/18
Recibido


1/6/18.
Se entrega a usted a este día con
la conformidad que el mismo surge
con copia de realizar la encuesta.
religado con consentimiento informado


Dr. OSCAR NOBOA
Prof. Director
Centro de Nefrología
Facultad de Medicina

Anexo I.4



3056/18

Montevideo 3 de setiembre de 2018

Hospital de Clínicas "Dr.Manuel Quintela"
División Enfermería
Dirección General
Lic.Enf. Amalia Troche

Presente:

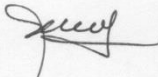
Me dirijo a usted con motivo de poner en su conocimiento que estoy realizando Tesis de Maestría de Gestión de Servicios de Salud, con el Tema Cultura de Seguridad de Pacientes, bajo la tutoría de la Prof.Dra. Graciela Ubach.

Para la recolección de la información se aplicará un instrumento autoadministrado y anónimo, el que se adjunta. Para la aplicación del instrumento se requiere contar con la nómina de personal de enfermería que trabaja en los sectores CTI y Centro de Nefrología, con más de un año de antigüedad en los servicios mencionados entre los Auxiliares de Enfermería y los Licenciados en Enfermería de nivel operativo y afectados a la atención directa de los pacientes. Por lo expuesto se solicita su autorización para acceder a los datos mencionados y llevar adelante la investigación. Los resultados serán devueltos al servicio y a la División Enfermería para utilizarlos en los procesos de mejora de los sectores involucrados.

Agradecemos desde ya su disposición


Lic.Enf.Sandra Figueroa
Jefe de Servicio CTI y Centro de Nefrología

*Se autoriza acceder a la nómina.
Comunicar a la interesada
Aceptado, más.*


División Enfermería
04 SEP. 2018
Lic. Enf. Amalia Troche
Directora del División Enfermería



Montevideo, 29 de agosto de 2018.

Señores del
Comité de Ética de la
Investigación del
Hospital de Clínicas
Universidad de la República

Estimados:

Con la finalidad de dar cumplimiento de los procedimientos previstos por el Centro de Posgrado de Facultad de Enfermería, siendo Tutor de la maestrando Lic. Enf. Sandra Figueroa, en fase de elaboración de Tesis de Maestría en Gestión de Servicios de Salud, evalúo favorablemente el protocolo realizado, entendiendo que se encuentra en condiciones de realizar la ejecución de éste.

Queda a vuestra consideración la evaluación de los aspectos éticos de la investigación.

Atentamente,

Prof. Dra. Graciela Ubach Cancela
Directora General
Hospital de Clínicas

TELÉFONOS DIRECCIÓN: 2480 1222 – 2487 1306 FAX 2487 3182 E-MAIL: hcdirecc@hc.edu.uy

CENTRO DE POSGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



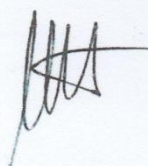
Montevideo, 2 de agosto de 2018.

Se deja constancia que la Lic. Enf. Sandra Figueroa es estudiante de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería.

Se encuentra realizando la tesis, relacionada a **Cultura de Seguridad de Pacientes**, la cual ha sido trabajada en los Talleres de Tesis del programa.

Su tutora es la Dra. Graciela Ubach.

Se expide la presente para ser presentada ante el Comité de Ética del Hospital de Clínicas, solicitando su autorización para la implementación, en tanto éste es el escenario de la investigación.



Prof. Mg. Josefina Verde
Director Centro de Posgrado
Facultad de Enfermería
Udelar

Facultad de Enfermería Universidad de la República
Sede Administrativa - Jaime Cibils 2810
posgrado@fenf.edu.uy
Tel: (598) 2487 0050 - 2487 0044 | Fax: (598) 2487 0043

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. MANUEL QUINTELA"
SECRETARÍA GENERAL
DEPARTAMENTO DE COMISIONES
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Montevideo, 17 de Octubre de 2018

Se transcribe resolución del Comité de Ética del Hospital de Clínicas de fecha 17 de octubre de 2018

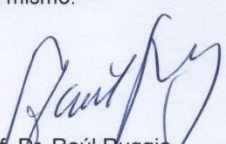
En relación al proyecto presentado por la División Enfermería

"Cultura de seguridad del paciente. Opinión del personal médico y enfermería de los CTI y el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas en 2018."

Investigador Responsable: Lic. Enf. Sandra Figueroa

El Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas resuelve aprobar la realización de este proyecto en esta Institución.

La aprobación otorgada por este Comité de Ética es desde el 17 de octubre de 2018 hasta la fecha de finalización del mismo.


Prof. Dr. Raúl Ruggia
Coordinador del Comité de Ética de la Investigación

Integrantes del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

Prof. Dr. Raúl Ruggia	Coordinador – Ex Director de Neuropediatría
Dra. Gabriela Ballerio	Abogada- Asistente Académica de Dirección
Prof. Adj. Dra. Aurana Erman	Ex- Profesora Adjunta de Neurocirugía Especialista en Medicina Legal
Sra. Eloisa Barreda	Integrante Representante Aduss
Prof. Agda. Lic. Enf. Inés Umpiérrez	Integrante Licenciada en Enfermería
Prof. Adj. Dra. Leticia Cuñetti Terapéutica	Ex- Profesora Adjunta de Farmacología y Especialista en Nefrología y Farmacología
Lic. Psic. Sandra Torres	Secretaria Administrativa

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo.

Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

- Un "incidente" es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- "Seguridad del paciente" se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

*Obligatorio

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estimados integrantes de equipo asistencial

La Cultura de Seguridad del Paciente es un componente fundamental de una Atención Segura, es por ello que su medición aporta al conocimiento y mejora de las prestaciones sanitarias. Se ha definido medirla a través de una encuesta auto-administrada, validada y aplicada en estudios a nivel internacional. La medición se hará a través de la versión Española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, la que evalúa 12 dimensiones de la Cultura de Seguridad de Pacientes a través de 42 preguntas, mediante una escala de Likert de 5 puntos.

Esta encuesta es promovida a nivel nacional por el Departamento de Calidad y Seguridad de Pacientes (DECASEPA) del Ministerio de Salud Pública.

El objetivo de esta investigación es conocer las Características de la Cultura de Seguridad de Pacientes. Este objetivo también es de interés para la organización hospitalaria; en este caso se aplicará en el marco de un proyecto de Tesis de Maestría de Gestión de Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería de la UDELAR.

La encuesta se aplicará a personal médico (grados 2 y residentes) y de Enfermería (Licenciados y Auxiliares), con más de un año de antigüedad en los servicios seleccionados y que realicen actividades de atención directa a los pacientes.
Completar la encuesta puede ocupar entre 10 y 15 minutos de tiempo.

El proyecto de investigación ha sido puesto a consideración del Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas.

Confidencialidad. La información que proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, es decir, se le asignará un número con el cual se le identificará y la información será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. La base de datos no proporciona datos de identificación del remitente de la encuesta. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación voluntaria. La participación es completamente voluntaria.

Beneficios: no recibirá un beneficio directo, pero si acepta participar contribuirá con los objetivos de

seguridad del paciente del Hospital de Clínicas y los establecidos por el MSP.

Riesgos. Los riesgos potenciales de la participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas del cuestionario lo/la hicieran sentir un poco incómodo(a), se le aclara que tiene el derecho de no responderla, sin que esto afecte la relación con sus superiores o sus condiciones de trabajo.

Datos de contacto. Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le pedimos contactar al Investigador principal del estudio, Sandra Figueroa y escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico jicenf.sfigueroa@gmail.com

Formulario de Consentimiento informado de participación en investigación
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Hospital de Clínicas 2018

He sido convocado a participar de la investigación "Cultura d la Seguridad del Paciente. Opinión del personal médico y de enfermería de los Centros de Tratamiento Intensivo y Nefrología del Hospital de Clínicas en 2018. Entiendo que se me solicita el correspondiente permiso para participar de la misma.

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar mis dudas, evaluándolas satisfactoriamente.

Estoy en conocimiento que los datos obtenidos por medio de la encuesta auto administrada serán utilizados exclusivamente con fines académicos, siendo confidenciales y preservando el anonimato.

1. *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

Consiento voluntariamente a participar de dicha actividad.

Anexo I.11

Cálculo de alfa de Crombach prueba de validación estudio MSC 2008

Alfa de Crombach calculado estudio validación MSC 2007	Alfa de Crombach
DIMENSIÓN CSP	
Notificación de eventos relacionados con la seguridad	0.88
Percepción global de seguridad	0.65
Expectativas y acciones del supervisor	
supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	0.84
Aprendizaje organizacional/mejora continua	0.68
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0.82
Franqueza en la comunicación	0.66
Feed-back y comunicación sobre errores	0.73
Respuesta no punitiva a los errores	0.65
Dotación de personal	0.64
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	0.81
Trabajo en equipo entre unidades	0.73
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios	0.74

Anexo II

Anexo II. 1 Tabla II. 1 Edad de los encuestados en años y por servicio

Edad (años)	< 30 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		> 60 años		sin datos		Total	Total %
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%		
CTI	2	6,06%	15	45,45%	11	33,33%	0	0,00%	0	0,00%	5	15,15%	33	100%
CN	5	11,11%	20	44,44%	12	26,67%	3	6,67%	1	2,22%	4	8,89%	45	100%
Total	7	8,97%	35	44,87%	33	42,30%	3	4,93%	1	1,28%	9	11,53%	78	100%

Anexo II.2 Tabla II.2 Sexo de los encuestados

Sexo	femenino		masculino		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
CTI	21	60,61%	13	39,39%	34	100,00%
Nefrología	37	82,20%	8	17,80%	45	100,00%
Total	58	71,79%	20	25,64%	78	100,00%

Anexo II.3 Tabla II.3 Cantidad de Horas Trabajadas por semana y por servicio

Horas trabajadas por semana	Menos de 20 horas		De 20 a 39 horas		De 40 a 59 horas		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
CTI	1	3,03%	27	81,82%	5	15,15%	33	100%
Nefrología	2	4,44%	37	82,22%	6	13,33%	45	100%
Total	3	3,84%	64	82,05%	11	14,10%	78	100%

Anexo II.4 Tabla II.4 Antigüedad en el hospital en años y por servicio

Antigüedad hospital en años	De 1 a 5 años		De 6 a 10 años		De 11 a 15 años		De 16 a 20 años		21 años o más		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Servicio												
CTI	10	30,30%	8	24,24%	11	33,33%	2	6,06%	2	6,06%	33	100%
Nefrología	14	31,11%	13	28,89%	10	22,22%	2	4,44%	6	13,33%	45	100%
Total	24	30,76%	21	26,92%	21	26,92%	4	5,13%	8	10,26	78	100%

Anexo II. 5 Tabla II.5 Antigüedad en la especialidad en años y por servicio

Antigüedad especialidad en años	De 1 a 5 años		De 6 a 10 años		De 11 a 15 años		De 16 a 20 años		21 años o más		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Servicio												
CTI	14	42,42%	7	21,21%	9	27,27%	2	6,06%	1	3,03%	33	100%
Nefrología	10	22,22%	14	31,11%	11	24,44%	5	11,11%	5	11,11%	45	100%
Total	24	30,76%	21	26,92%	20	25,64%	7	8,97%	6	7,69%	78	100%

Anexo II.6 Tabla II.6 Antigüedad en la unidad/servicio en años

Antigüedad Unidad en años	De 1 a 5 años		De 6 a 10 años		De 11 a 15 años		De 16 a 20 años		21 años o más		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Servicio												
CTI	18	54,55%	5	15,15%	10	30,30%	0	0,00%	0	0%	33	100%
Nefrología	21	46,67%	11	24,44%	8	17,78%	2	4,44%	3	6,67%	45	100%
Total	39	50%	16	20,51%	18	23,07%	2	2,56	3	3,84%	78	100%

Anexo II.7 Tabla II.7 Antigüedad en el hospital y en la unidad/servicio en años

Servicio del encuestado	Personal CTI		Personal CN	
	Antigüedad Hospital	Antigüedad CTI	Antigüedad Hospital	Antigüedad CN
1 a 5	10	18	14	21
6 a 10	8	5	13	11
11 a 15	11	10	10	8
16 a 20	2	0	2	2
21 y más	2	0	6	3

Anexo II.8 Tabla II.8 Calificación del grado de SP del servicio según el cargo que ocupa el encuestado

Calificación	Opiniones NEGATIVAS		Neutra/aceptable		Opiniones POSITIVAS		Total Encuestados por categoría	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Auxiliar de enfermería	1	2,38%	24	57,14%	17	40,47%	42	53,84%
Licenciado Enfermería	1	4,16%	12	50,00%	11	45,83%	24	30,76%
Médicos	0	0,00%	8	66,66%	4	33,33%	12	15,38%
Total	2	2,56%	44	56,41%	32	41,02%	78	100%

Anexo II.9 Tabla II.9 Calificación del grado de SP del área de trabajo según antigüedad en el servicio de los encuestados

Antigüedad en servicio	pobre		aceptable		muy buena		Excelente		Total de encuestados por intervalo de antigüedad	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
De 1 a 5 años	1	1,28%	25	32,05%	11	14,10%	2	2,56%	39	50,00%
De 6 a 10 años	0	0,00%	9	11,54%	6	7,69%	1	1,28%	16	20,51%
De 11 a 15 años	1	1,28%	7	8,97%	9	11,54%	1	1,28%	18	23,08%
De 16 a 20 años	0	0,00%	2	2,56%	0	0,00%	0	0,00%	2	2,56%
21 años o más	0	0,00%	1	1,28%	2	2,56%	0	0,00%	3	3,85%
Total respuesta por calificación otorgada	2	2,56%	44	56,41%	28	35,90%	4	5,13%	78	100,00%

Anexo II.10 Tabla II.10 Calificación del grado de SP del servicio según el servicio en que trabaja el encuestado (recategorizado)

	NEGATIVA		ACEPTABLE		POSITIVA		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
CTI	1	3,03%	25	75,76%	7	21,21%	33	100,00%
Nefrología	1	2,22%	19	42,22%	25	55,56%	45	100,00%
Total	2	2,56%	44	56,41%	32	41,03%	78	100,00%

Anexo II.11 Tabla II.11 Número de eventos adversos reportados en el último año según el cargo que ocupa el encuestado

Categoría Laboral	Ningún reporte		1 o más reportes		total
	FA	FR%	FA	FR%	
Auxiliar de Enfermería	36	46,15%	6	7,70%	42
Licenciado en Enfermería	14	17,95%	10	12,82%	24
Médico	12	15,38%	0	0%	12
Total	62	79,49%	16	20,52%	78

Anexo II.12 Tabla II.12 Número de incidentes reportados en los últimos 12 meses por servicio

	Ningún reporte		1 o más reportes		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
CTI	28	84,85%	5	15,15%	33	100%
Nefrología	34	75,56%	11	24,44%	45	100%
Total	62	79,47%	16	20,53%	78	100%

Anexo II.13 Tabla II.13 Número de reportes en los últimos 12 meses según antigüedad en el servicio

Antigüedad en años	Ningún reporte		1 o más reportes		Total reportes
	FA	FR%	FA	FR%	
1 a 5	33	42,31	6	7,7	39
6 a 10	12	15,38	4	5,13	16
11 a 15	12	15,38	6	7,7	18
16 a 20	2	2,56	0	0	2
21 o más	3	3,85	0	0	3
total	62	79,49	16	20,51	78

Anexo II.14 Tabla II.14

Antigüedad en el servicio y número de reportes en los últimos 12 meses

Antigüedad en años	Ningún reporte		1 o más reportes		TOTAL
	FA	FR%	FA	FR%	
1 a 5	33	42,31%	6	7,70%	39
6 a 10	12	15,38%	4	5,13%	16
11 y más	17	21,80%	6	7,70%	23
total	62	79,49%	16	20,51%	78

Anexo II.15 Tabla II.15 Número de ítems y porcentaje de respuestas favorables en CTI

Porcentaje respuestas favorables	N° de ítems	
	FA	FAA
<10%	1	1
< 20%	4	5
< 30%	6	11
< 40%	13	24
<50%	8	32
<60%	4	36
<70%	3	39
<80%	1	40
<90%	2	42

Anexo II.16 Tabla II.16 Número de ítems CSP y porcentaje de respuestas favorables CN

Porcentaje respuestas favorables	N° de ítems	
	FA	FAA
<10%	0	0
<20%	2	2
<30%	4	6
<40%	8	14
<50%	7	21
<60%	8	29
<70%	6	35
<80%	5	40
<90%	2	42

Anexo II.17 Tabla II.17 Distribución porcentual de opinión del total de respuestas por servicio

Anexo II.17 Tabla II.17 Porcentaje de respuestas vacias sobre el total de respuestas posibles

	Total Respuestas	Respuestas Vacias	
Servicio	FA	FA	FR%
CTI	1386	9	0,46%
CN	1890	18	0,95%

Anexo II.18 Tabla II.18 Respuesta Negativas, Neutrales y Positivas por dimensión de CSP en CTI y CN

Dimensión	CN		CTI		CN		CTI		CN		CTI		CN		CTI		CN		CTI	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
	Opiniones Negativas				Opiniones Neutrales				Opiniones Positivas				Vacías				Total de Respuesta			
Frecuencia de Eventos	23	17,04%	35	35,35%	37	27,41%	30	30,30%	72	53,33%	34	34,34%	3	2,22%	0	0,00%	135	100,00%	99	100,00%
Percepción Global	30	16,67%	39	29,55%	36	20,00%	47	35,61%	113	62,78%	45	34,09%	1	0,56%	1	0,76%	180	100,00%	132	100,00%
Expectativa Supervisor	45	25,00%	29	21,97%	35	19,44%	37	28,03%	100	55,56%	63	47,73%	0	0,00%	3	2,27%	180	100,00%	132	100,00%
Mejora continúa del aprendizaje	18	13,33%	17	17,17%	30	22,22%	34	34,34%	85	62,96%	48	48,48%	2	1,48%	0	0,00%	135	100,00%	99	100,00%
Trabajo en equipo del área	19	14,07%	14	14,14%	13	9,63%	15	15,15%	103	76,30%	70	70,71%	0	0,00%	0	0,00%	135	100,00%	99	100,00%
Apertura de comunicació	20	14,81%	19	19,19%	44	32,59%	29	29,29%	71	52,59%	50	50,51%	0	0,00%	1	1,01%	135	100,00%	99	100,00%
Devolución comunicació del error	39	28,89%	41	41,41%	34	25,19%	33	33,33%	62	45,93%	25	25,25%	0	0,00%	0	0,00%	135	100,00%	99	100,00%
Respuesta no punitiva al error	54	40,00%	30	30,30%	39	28,89%	33	33,33%	39	28,89%	36	36,36%	3	2,22%	0	0,00%	135	100,00%	99	100,00%
Dotación	70	38,89%	65	49,24%	43	23,89%	29	21,97%	63	35,00%	36	27,27%	4	2,22%	2	1,52%	180	100,00%	132	100,00%
Apoyo de la admi. hospitalaria	29	32,22%	23	34,85%	36	40,00%	25	37,88%	22	24,44%	17	25,76%	3	3,33%	1	1,52%	90	100,00%	66	100,00%
Trabajo en equipo hospital	44	24,44%	43	32,58%	55	30,56%	41	31,06%	80	44,44%	48	36,36%	1	0,56%	0	0,00%	180	100,00%	132	100,00%
Cambio de guardia	46	25,56%	46	34,85%	49	27,22%	36	27,27%	84	46,67%	48	36,36%	1	0,56%	2	1,52%	180	100,00%	132	100,00%

Datos comparados de los resultados de la investigación (CTI, CN) con los estudios de referencia (MSC, AHRQ)

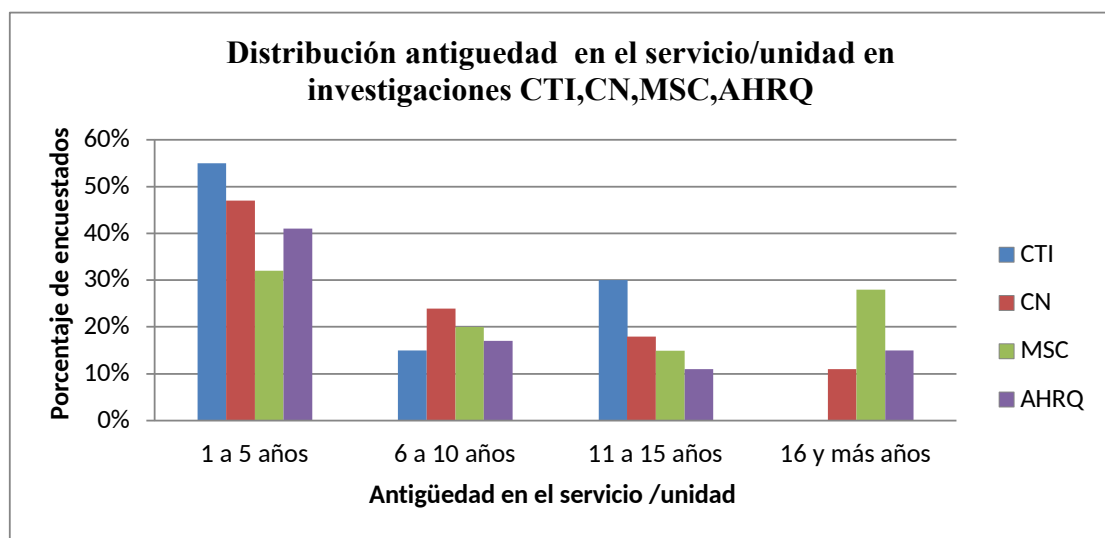
**Anexo II.19 Tabla II.19 Antigüedad en el servicio /unidad en investigaciones
CTI,CN, MSC, AHRQ**

Investigación	1 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	16 y más años
CTI	55%	15%	30%	0%
CN	47%	24%	18%	11%
MSC	32%	20%	15%	28%
AHRQ	41%	17%	11%	15%

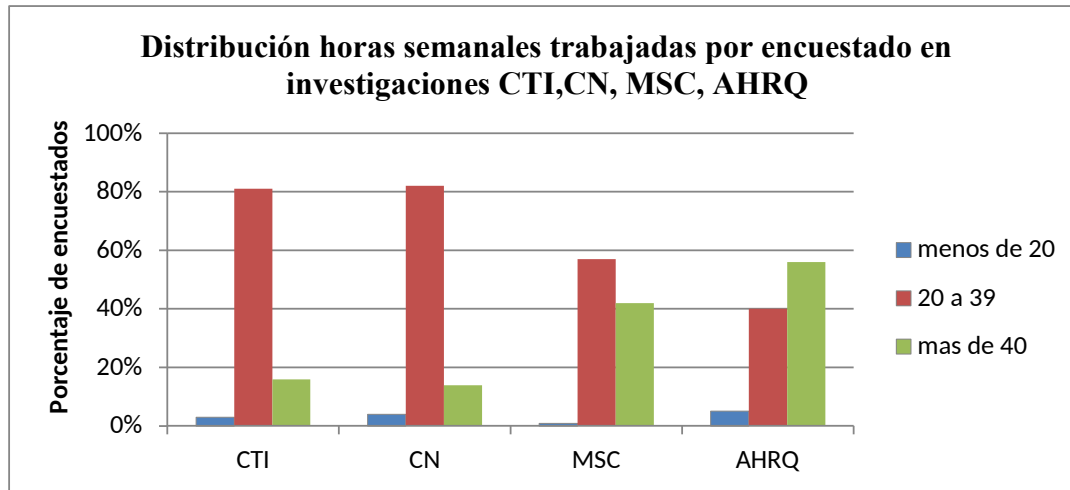
Anexo II.20 Tabla II. 20 Horas semanales trabajadas en CTI,CN,MSC,AHRQ

Investigación	menos de 20 horas	20 a 39 horas	más de 40 horas
CTI	3%	81%	16%
CN	4%	82%	14%
MSC	1%	57%	42%
AHRQ	5%	40%	56%

Anexo II.21 Gráfico 1



Anexo II.22 Gráfico 2



Anexo II.23 Tabla II.21 Calificación de SP comparada CTI,CN,MSC,AHRQ

Investigación	Negativa (FR%)	Neutral (FR%)	Positiva (FR%)
CTI	3%	76%	21%
CN	2%	42%	56%
MSC	8%	20%	72%
AHRQ	5%	18%	78%

Anexo II.24 Tabla II.22 Número de reportes en los últimos 12 meses CTI, CN, MASC, AHRQ

Investigación	0 reporte (FR%)	1 o más reportes (FR%)
CTI	85%	15%
CN	76%	24%
MSC	78%	22%
AHRQ	55%	45%

Estudios comparados por respuestas favorables por ítem y dimensión CTI, CN, MSC, AHRQ

Anexo II.25 Tabla II.23 Datos comparados Dimensión Frecuencia de reporte de error CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensión Frecuencia de reporte de error CTI,CN, MSC, AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
	Preguntas	CTI	CN	MSC
P29 Frecuencia reporte de error antes de que afecte al paciente	24%	54%	52%	62%
P30 Frecuencia reporte error con potencial de daño	27%	48%	41%	63%
P31 Frecuencia reporte error que puede causar daño y no lo hace	51%	61%	47%	76%

Anexo II.26 Tabla II.24 Datos comparados Dimensión Percepción global CTI,CN,MSC, AHRQ

Dimensión Percepción Global de SP CTI,CN,MSC,AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
	Preguntas	CTI	CN	MSC
P 10 * Solo por casualidad errores más serios no suceden	27%	73%	41%	62%
P15 La SP nunca se sacrifica por hacer más trabajo	44%	53%	55%	64%
P17* Tenemos problemas con la SP en esta unidad	30%	69%	58%	65%
P18 Procedimientos y sistemas efectivos para evitar error	36%	58%	65%	74%

Estudios comparados por respuestas favorables por ítem y dimensión CTI, CN, MSC, AHRQ

Anexo II.27 Tabla II.25 Datos comparados Dimensión Expectativa del supervisor CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensión Expectativa del supervisor CTI,CN,MSC,AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
Preguntas	CTI	CN	MSC	AHRQ
P19 Sup. reconoce trabajo hecho según protocolos	51%	53%	53%	79%
P20 Sup. considera sugerencias personal en mejora SP	37%	27%	60%	80%
P21*Sup. presiona sobre trabajo aun si compromete SP	47%	71%	60%	79%
P22* Sup. no hace caso a problemas de SP recurrentes	59%	71%	73%	80%

Anexo II.28 Tabla II.26 Datos comparados Dimensión Mejora continua del aprendizaje

Dimensión Mejora Continua del Aprendizaje CTI,CN,MSC,AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
Preguntas	CTI	CN	MSC	AHRQ
P 6 Estamos siendo proactivos para mejorar SP	67%	75%	49%	84%
P 9 Los errores han llevado a cambios positivos	45%	62%	77%	63%
P 13 Después de cambios de mejora de SP, se evalúan	33%	54%	37%	70%

Estudios comparados por respuestas favorables por ítem y dimensión CTI, CN, MSC, AHRQ

Anexo II.29 Tabla II.27 Datos comparados Dimensión Trabajo en equipo CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensión Trabajo en equipo CTI,CN,MSC,AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
	CTI	CN	MSC	AHRQ
Preguntas				
P 1 La gente se apoya la una a la otra en esta unidad	82%	87%	78%	88%
P 3 Cuando hay mucho trabajo lo hacemos en equipo	73%	77%	67%	87%
P 4 En esta unidad la gente se trata con respeto	85%	82%	73%	82%
P 11 Cuando un area de unidad esta ocupada otras ayudan	45%	60%	69%	72%

Anexo II.30 Tabla II.28 Datos comparados Dimensión Apertura de la Comunicación CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensión Apertura de la Comunicación CTI,CN, MSC, AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
	CTI	CN	MSC	AHRQ
Preguntas				
24 Personal habla libremente si algo puede afectar SP	61,00%	56,00%	61,00%	79,00%
26 Personal cuestiona libremente acciones de superiores	28,00%	36,00%	35,00%	50,00%
28 Personal teme preguntar cuando algo no esta bien	64,00%	67,00%	50,00%	78,00%

Estudios comparados por respuestas favorables por ítem y dimensión CTI, CN, MSC, AHRQ

Anexo II.31 Tabla II.29 Datos comparados Dimensión Devolución y comunicación del error CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensión Devolución comunicación del error CTI,CN,MSC,AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
Preguntas	CTI	CN	MSC	AHRQ
P 23 Dirección informa cambios basados en inf. incidentes	6,00%	31,00%	31,00%	61,00%
P 25 Se informa sobre errores cometidos en la unidad	30,00%	42,00%	46,00%	79,00%
P27 Se habla en unidad forma de prevenir errores reiterados	39,00%	64,00%	55,00%	66,00%

Anexo II.32 Tabla II.30 Datos comparados Dimensión Respuesta no punitiva al error CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensión Respuesta no punitiva al error CTI,CN,MSC,AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
Preguntas	CTI	CN	MSC	AHRQ
P 8* Personal siente que errores se consideran en su contra	39,00%	31,00%	69,00%	53,00%
P 12* Frente a icidente, persona reportada y no el problema	33,00%	39,00%	52,00%	50,00%
P 16* Personal preocupado por inclusión de errores a legajo	39,00%	19,00%	36,00%	39,00%

Estudios comparados por respuestas favorables por ítem y dimensión CTI, CN, MSC, AHRQ

Anexo II.33 Tabla II.31 Datos comparados Dimensión Dotación de Personal CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensión Dotación de Personal CTI,CN,MSC,AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
Preguntas	CTI	CN	MSC	AHRQ
P 2 Tenemos personal suficiente para hacer el trabajo	18,00%	36,00%	31,00%	52,00%
P 5* Personal trabaja mas horas que las apropiadas para SP	18,00%	20,00%	20,00%	48,00%
P 7*Tenemos mas personal temporal que apropiado para SP	45,00%	48,00%	37,00%	64,00%
P 14* Frecuentemente trabajamos en "crisis", mucho, rápido	30,00%	41,00%	22,00%	50,00%

Anexo II.34 Tabla II.32 Datos comparados Dimensión Apoyo de la Administración Hospitalaria a la SP CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensión Apoyo de la Administración	Porcentaje de respuestas positivas			
Preguntas	CTI	CN	MSC	AHRQ
P 33 Dirección hospital provee ambiente laboral que promueve la SP	27,00%	31,00%	21,00%	81,00%
P 40 Acciones de Dirección muestran que SP es prioridad	18,00%	23,00%	25,00%	76,00%
P 41* Dirección se interesa en SP después de evento adverso	34,00%	28,00%	23,00%	59,00%

Estudios comparados por respuestas favorables por ítem y dimensión CTI, CN, MSC, AHRQ

Anexo II.35 Tabla II.33 Datos comparados Dimensión Trabajo en equipo en el hospital CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensión Trabajo en equipo en el hospital	Porcentaje de respuestas positivas			
Preguntas	CTI	CN	MSC	AHRQ
P 34* Unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	18,00%	29,00%	27,00%	49,00%
P 36 Hay buena cooperación entre unidades del hospital	42,00%	44,00%	46,00%	62,00%
P38* Es desagradable trabajar con otras unidades hospital	55,00%	66,00%	55,00%	63,00%
P 42 Unidades hospital trabajan bien juntas para SP	30,00%	39,00%	40,00%	72,00%

Anexo II.36 Tabla II.34 Datos comparados Dimensión Cambio turno/transición Servicios CTI,CN,MSC,AHRQ

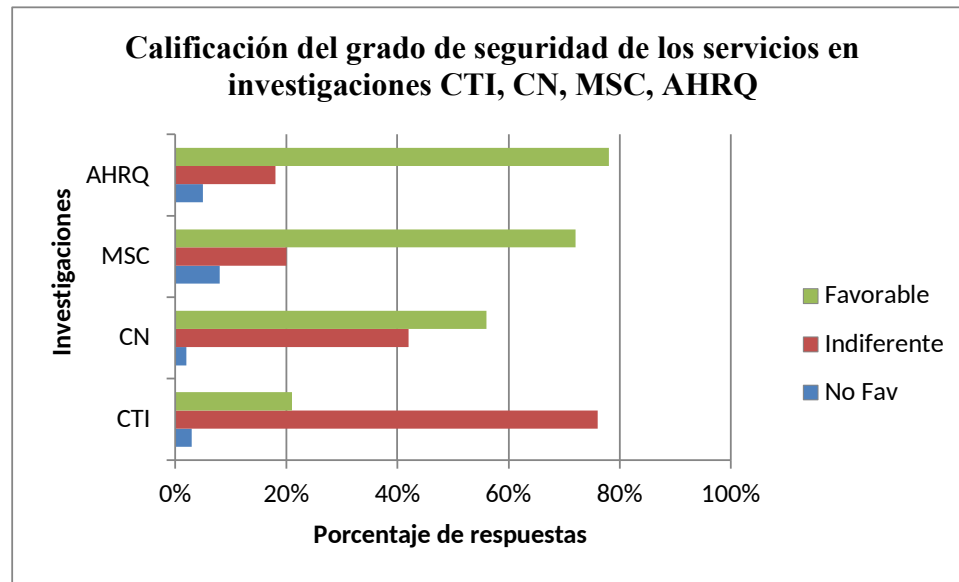
Dimensión cambio de turno/Transiciones entre servicios CTI,CN,MSC,AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
Preguntas	CTI	CN	MSC	AHRQ
P 35* Información pacientes se pierde en transferencia unidad	30,00%	49,00%	48,00%	42,00%
P 37* Pérdida información paciente en cambio de turno	45,00%	58,00%	60,00%	53,00%
P 39* Problema intercambio información entre unidades hosp	27,00%	39,00%	50,00%	47,00%
P 43* Cambios de turno son problemáticos para pacientes	45,00%	42,00%	56,00%	48,00%

Estudios comparados por respuestas favorables para las dimensiones CSP en CTI, CN, MSC, AHRQ

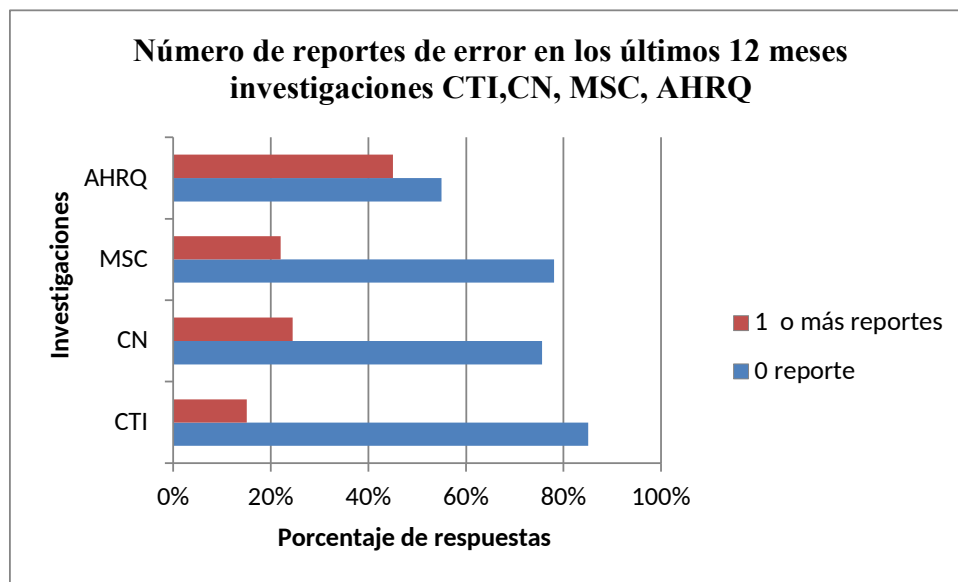
Anexo II.37 Tabla II.35 Datos comparados dimensiones CTI,CN,MSC,AHRQ

Dimensiones CSP CTI, CN, MSC, AHRQ	Porcentaje de respuestas positivas			
	CTI 2018	CN 2018	MSC 2009	AHRQ 2018
Frecuencia de Eventos	34%	53%	47%	67%
Percepción Global	34%	63%	48%	66%
Expectativa del Supervisor	49%	55%	62%	80%
Mejora continua del aprendizaje	48%	63%	54%	72%
Trabajo en equipo del área	71%	77%	72%	82%
Apertura de la comunicación	50%	53%	48%	66%
Devolución/comunicación error	25%	46%	44%	69%
Respuesta no punitiva al error	36%	29%	53%	47%
Dotación	28%	35%	28%	53%
Apoyo de la admin. Hospitalaria	27%	27%	24%	72%
Trabajo en equipo hospital	36%	44%	42%	62%
Cambio de guardia	37%	47%	54%	48%

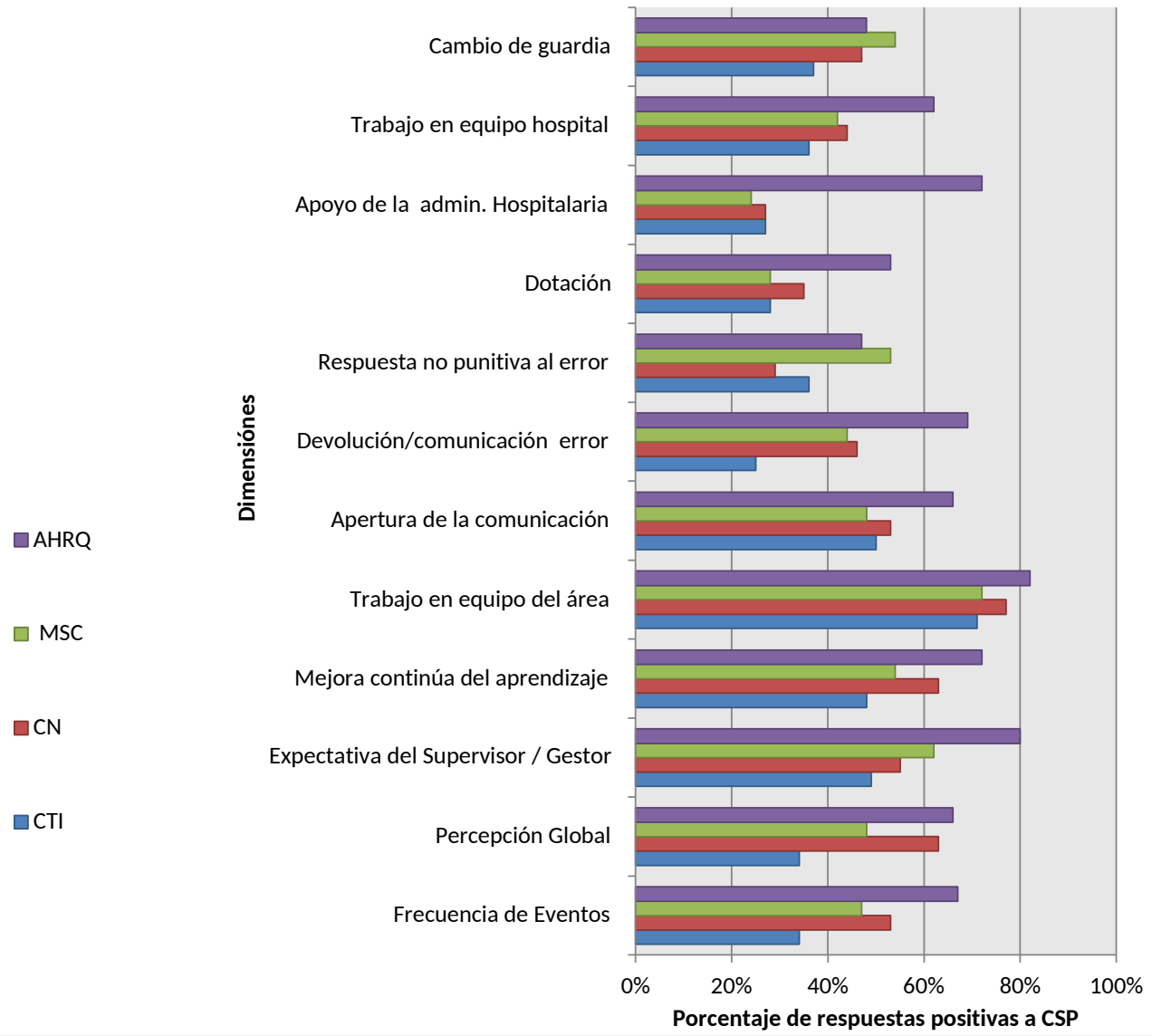
Anexo II.38 Gráfico 3



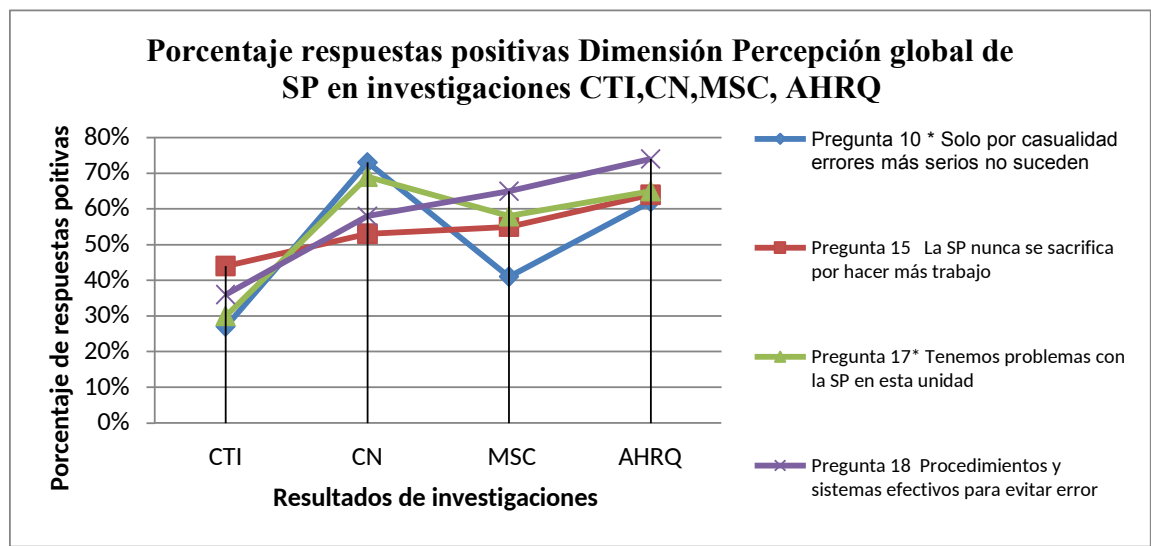
Anexo II.39 Gráfico 4



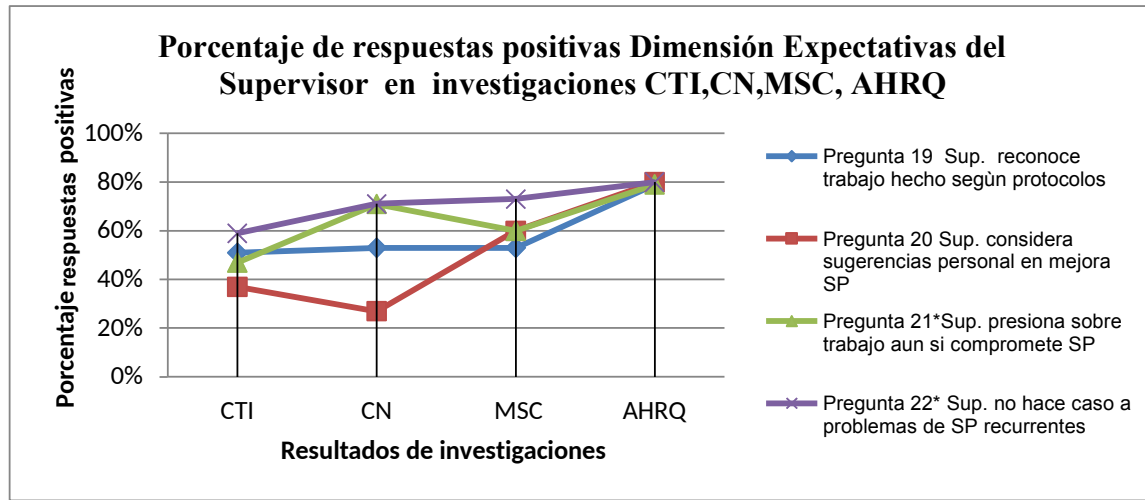
Anexo II.40 Gráfico 5 Porcentaje de respuestas favorables en CSP comparadas en investigación realizada en CTI, CN, MSC y AHRQ



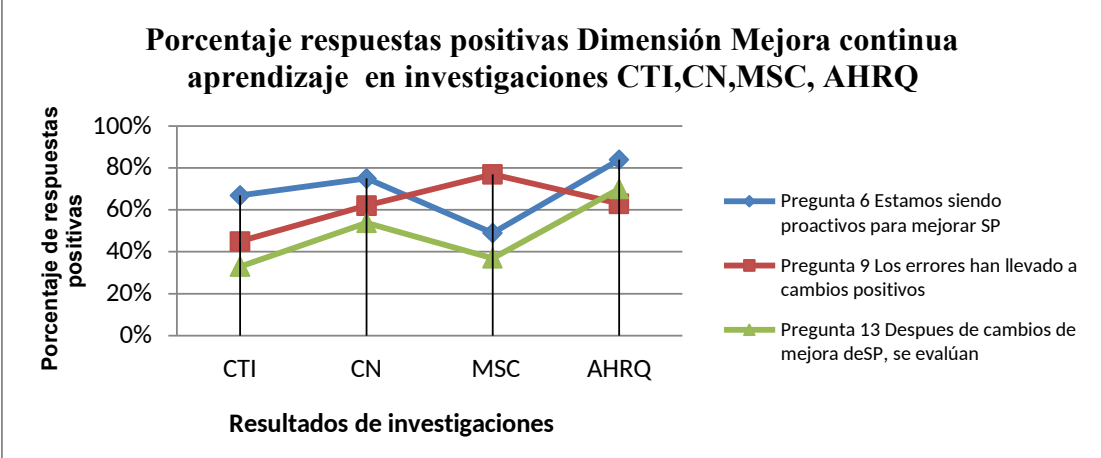
Anexo II.41 Gráfico 6



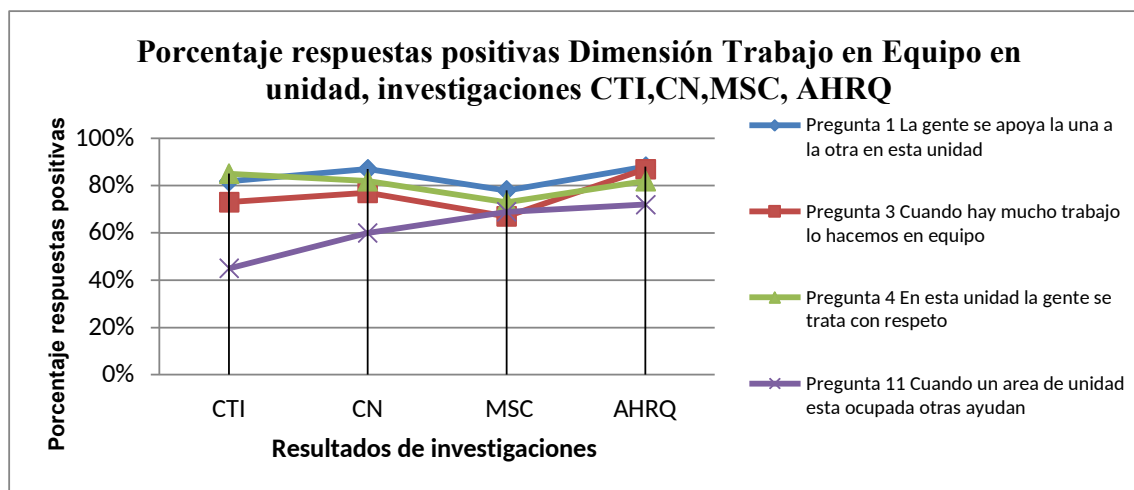
Anexo II. 42 Gráfico7



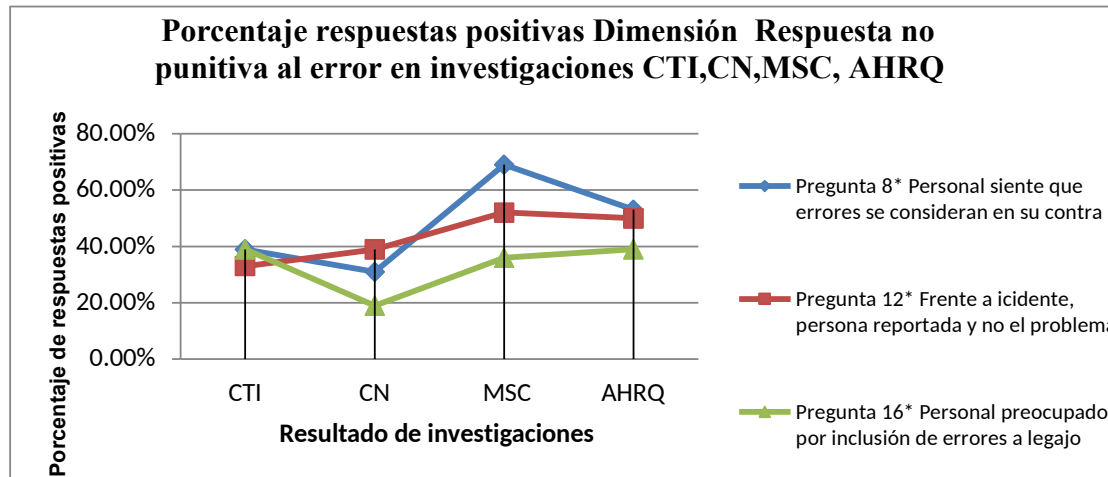
Anexo II.43 Gráfico 8



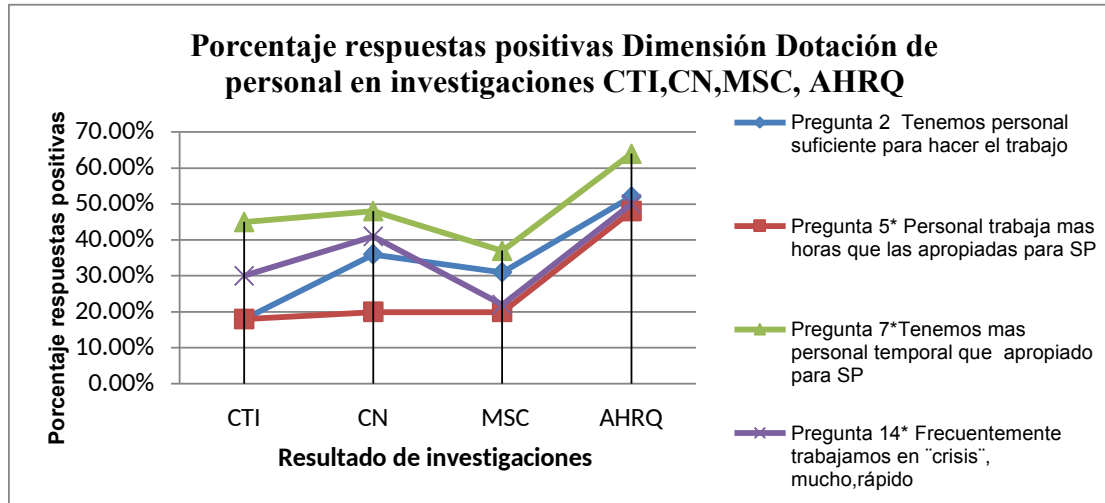
Anexo II.44 Gráfico 9



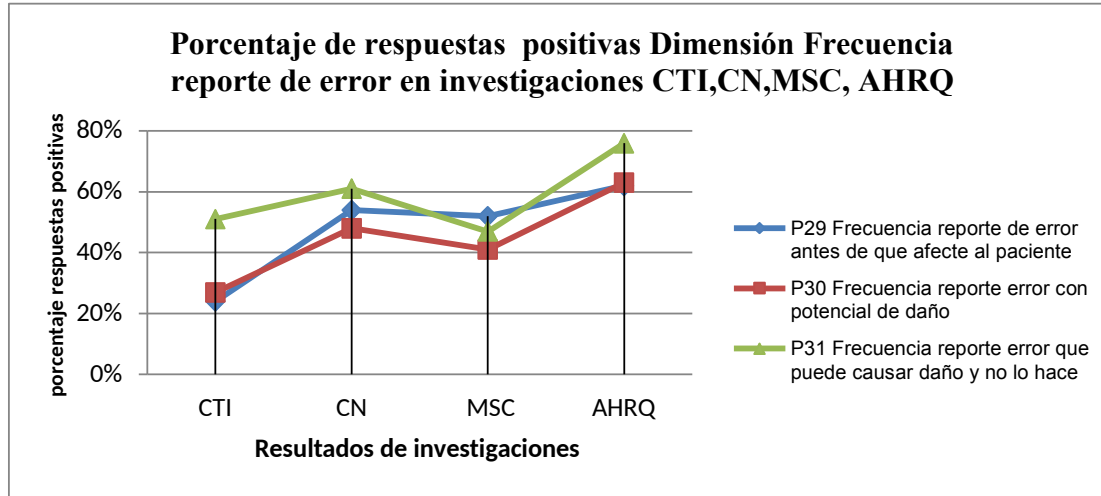
Anexo II. 45 Gráfico10



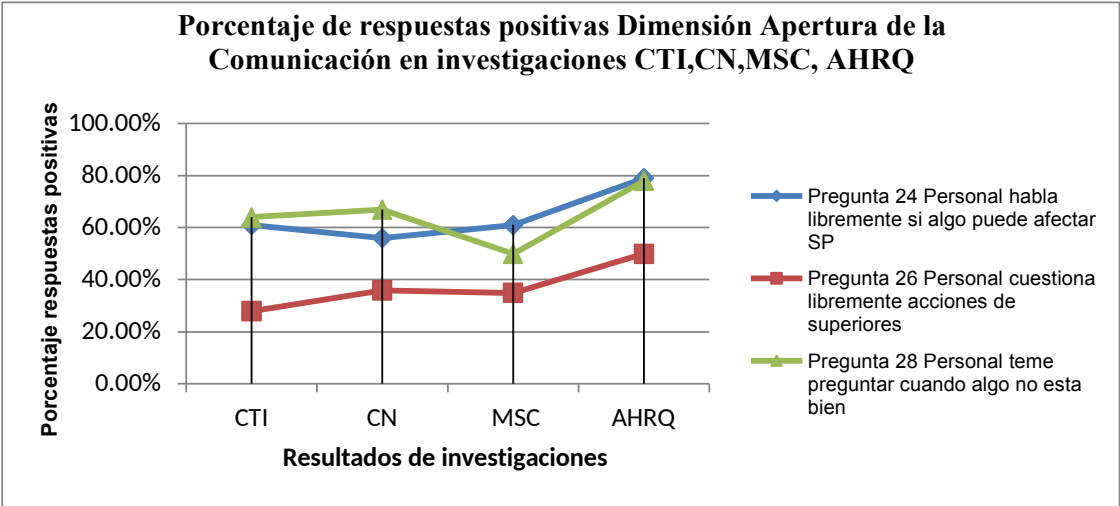
Anexo II.46 Gráfico 11



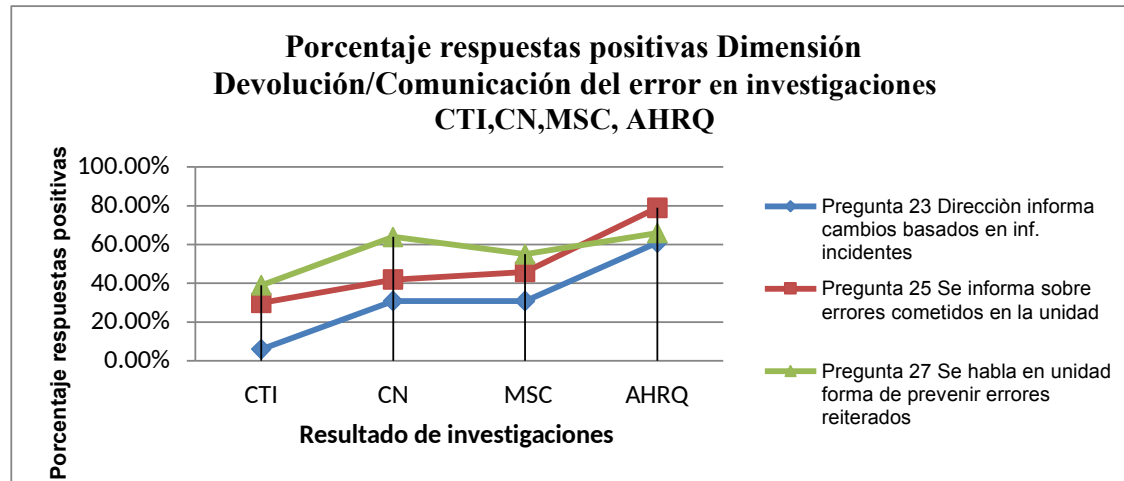
Anexo II.47 Gráfico 12



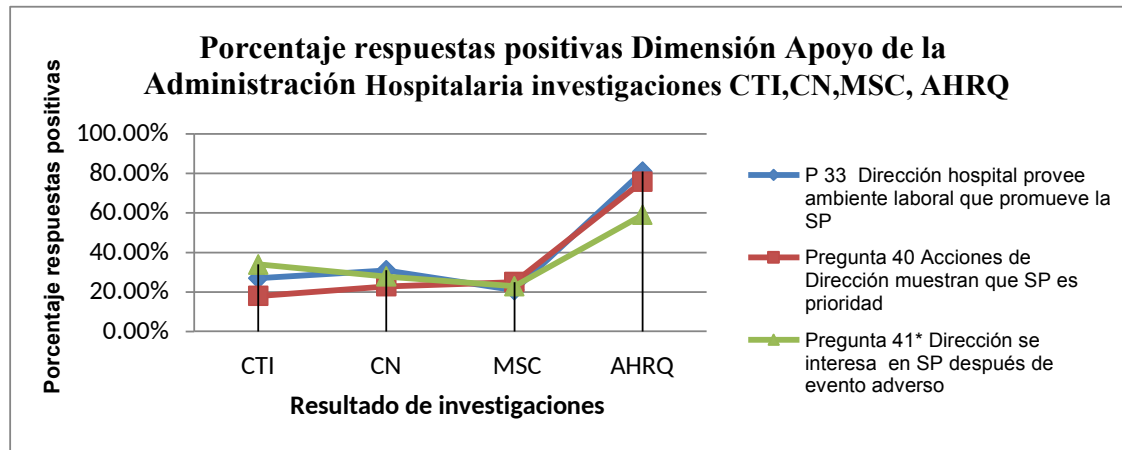
Anexo II.48 Gráfico 13



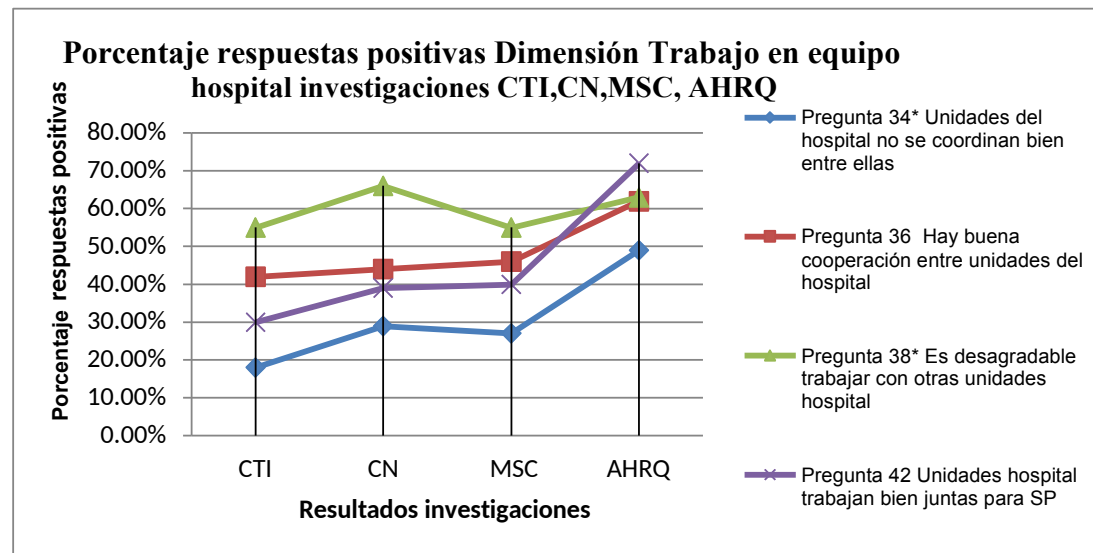
Anexo II.49 Gráfico 14



Anexo II.50 Gráfico 15



Anexo II. 51 Gráfico 16



Anexo II.52 Gráfico 17

