



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



**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL  
HOSPITAL DEL BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO,  
DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA. MONTEVIDEO -URUGUAY**

**Autor:**  
Lic. Enf. Esp. Julio Bonilla

**Tutor:**  
DrC. Milton Sbarbaro

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

**Montevideo, 2021**

## **Dedicatorias.**

Al Bichito por todo el tiempo que le resté y a pesar de ello siempre me alentó a seguir.

A Diver, Heriberto, Patricia y Verónica por su aliento permanente.

## **Agradecimientos.**

Al personal del Departamento de Enfermería del Hospital BSE que acepto contestar la encuesta.

A Patricia Caamaño y Martín Rosito por su colaboración.

## **Epígrafe.**

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica de atención a la salud con el paciente, para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la misma.

La seguridad del paciente o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria.

En nuestro país, la normativa de habilitación existente para todas las instituciones de asistencia sanitaria es el Decreto N° 416/002; abarca criterios de garantía de calidad de los procedimientos realizados en ellas, entre otros aspectos.

La Ley N° 19.666 busca regular la organización de la atención para algunas patologías, con el objetivo de obtener mejor calidad de los servicios de salud que lo requieran.

El Hospital BSE busca ser la oferta de primer orden dentro de la Organización Sanitaria Nacional para convertirse en el Centro Nacional de Rehabilitación para los adultos del Uruguay.

Esta investigación pretendió medir la cultura de seguridad en el Hospital BSE desde la perspectiva del personal de enfermería; conociendo la misma se pudieron identificar fortalezas y debilidades en la institución; esto permitirá, de ser necesario, el desarrollo de políticas de seguridad desde la COSEPA institucional, que contribuyan a apoyar una atención de calidad, transformándose además en un elemento clave en el proceso de mejora continua de la misma.

## **Lista de abreviaturas y de siglas.**

BSE: Banco de Seguros del Estado

DECASEPA: Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente

MSP: Ministerio de Salud Pública

COSEPA: Comisión de Seguridad del Paciente

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

HSPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture

SMU: Sindicato Médico del Uruguay

RRHH: recursos humanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

AETM: Auxiliares de Enfermería turno mañana

AETT: Auxiliares de Enfermería turno tarde

AETV: Auxiliares de Enfermería turno vespertino

AETN: Auxiliares de Enfermería turno noche

## **Resumen.**

El Hospital BSE pretende ser la oferta de primer orden como Centro o Servicio de Referencia en Salud dentro de la organización sanitaria nacional en la rehabilitación de adultos en el Uruguay; es importante para ello conocer la cultura de seguridad desde la opinión de su personal, como sostén del compromiso con la calidad asistencial y el proceso de mejora continua de la misma.

Para conocerla se realizó un estudio descriptivo transversal, de diseño cuantitativo, aplicando el instrumento Cuestionario de Cultura de Seguridad en Hospitales del DECASEPA del MSP del Uruguay.

La pandemia de Covid-19 modificó la actividad de campo de esta investigación, así como la población objetivo definida inicialmente para la misma, recabándose solo la opinión a personal de Enfermería.

El Grado de seguridad del paciente se evaluó entre Excelente y Aceptable en el 85,3% del personal encuestado; esta institución tiene un bajo riesgo de ocurrencia de eventos adversos.

En relación al número de eventos notificados casi el 80% de los encuestados no realizó ningún reporte en los últimos doce meses; esto puede relacionarse a comentarios realizados con respecto a la notificación de eventos adversos y respuesta no punitiva a los errores.

Se realizó el análisis de las doce dimensiones de la cultura de seguridad y se identificaron sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

Desde el análisis de la opinión de todo el equipo de Enfermería encuestado la dimensión Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio fue la única que tuvo una clasificación clara, se clasificó como una fortaleza.

## **Resume.**

The BSE Hospital aims to be the first-rate offer as a Health Reference Center or Service within the national health organization in the rehabilitation of adults in Uruguay; It is important for this to know the safety culture from the opinion of its staff, as a support for the commitment to quality of care and the process of continuous improvement thereof.

To find out about it, a cross-sectional descriptive study was carried out, with a quantitative design, applying the instrument Questionnaire of Safety Culture in Hospitals of the DECASEPA of the MSP of Uruguay.

The Covid-19 pandemic modified the field activity of this research, as well as the target population initially defined for it, collecting only the opinion of Nursing personnel.

The degree of patient safety was evaluated between Excellent and Acceptable in 85.3% of the surveyed personnel; this institution has a low risk of the occurrence of adverse events.

In relation to the number of reported events, almost 80% of the respondents did not make any report in the last twelve months; this may be related to comments made regarding adverse event reporting and non-punitive response to errors.

The analysis of the twelve dimensions of the safety culture was carried out and their strengths and weaknesses were identified, following the methodology proposed by the AHRQ.

From the analysis of the opinion of the entire Nursing team surveyed, the Teamwork dimension in the Unit / Service was the only one that had a clear classification, it was classified as a strength.

**Palabras claves.**

**Español:**

Cultura, seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente, perspectiva, personal de enfermería.

**Inglés:**

Culture, patient safety, patient safety culture, perspective, nursing staff.



## **Tabla de contenidos.**

Dedicatorias.....	pág. 3
Agradecimientos.....	pág. 4
Epígrafe.....	pág. 5
Lista de abreviaturas y de siglas.....	pág. 6
Resumen.....	pág. 7
Palabras claves.....	pág. 9
Tabla de contenidos.....	pág. 10
Introducción.....	pág. 11
Antecedentes.....	pág. 15
Justificación del objeto de estudio.....	pág. 25
Objetivos.....	pág. 32
Marco teórico-conceptual.....	pág. 34
Metodología.....	pág. 45
Limitaciones del estudio.....	pág. 62
Plan de Análisis.....	pág. 64
Resultados.....	pág. 65
Discusión.....	pág. 82
Conclusiones.....	pág. 87
Sugerencias.....	pág. 88
Referencias Bibliográficas.....	pág. 91
Apéndices y Anexos.....	pág. 94

## **Introducción.**

Hemos asistido en los últimos años al reconocimiento de la seguridad del paciente como un elemento prioritario de las organizaciones sanitarias, con especial interés para la comunidad científica y gran impacto en la comunidad pero que debe contar con el compromiso de los profesionales para conseguir los cambios que se esperan en la práctica clínica.

La inquietud por la calidad asistencial se focalizó en la década de los años setenta en mejorar aspectos científico-técnicos. Posteriormente, en la década de los ochenta y de los noventa, comenzaron a plantearse acciones dirigidas a lograr el uso adecuado de los recursos asistenciales y a mejorar la satisfacción de los pacientes. Desde el año 2000 en adelante, la inquietud por continuar mejorando la calidad asistencial se centra en una dimensión fundamental de la misma: la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial que ya nadie desconoce en el ámbito científico. Es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud; además, promueve aquellas prácticas que han resultado más seguras, vigilando los fallos de sistema y actuando antes de que produzcan daño y también minimizando sus consecuencias, al tiempo que propicia un cambio cultural que destierre toda señal de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores.

En el Uruguay desde el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente (DECASEPA) que funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública (MSP) se establecen las líneas estratégicas de trabajo para la Comisión de Seguridad del Paciente (COSEPA) de todos los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El Banco de Seguros del Estado (BSE) posee el monopolio del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en todo el país.

El nuevo Hospital BSE potencia el rol social del BSE en un aspecto tan importante de la comunidad nacional como la salud del trabajador uruguayo. Mantiene como objetivo brindar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral a los trabajadores que sufren un siniestro laboral (accidente de trabajo y/o enfermedad profesional) mediante la prestación de servicios asistenciales especializados de alta calificación y complejidad.

Cuenta con personal altamente especializado en la asistencia de los traumatismos, en la cirugía plástica, reparadora y estética, con resultados especialmente destacados en microcirugía.

Su misión es: “Brindar asistencia sanitaria integral a los trabajadores, a efectos que el BSE dé cumplimiento a la normativa vigente. Enmarcar las actividades en los principios de solidaridad, equidad y universalidad, con alta calidad técnica, gestionando eficientemente los recursos asignados y optimizando los tiempos de atención”<sup>1</sup>.

Su visión es: “Ser reconocidos como una organización comprometida con las necesidades sanitarias del trabajador, la calidad asistencial y la mejora continua de sus resultados, la satisfacción de los pacientes y beneficiarios, así como consolidar un liderazgo en salud ocupacional, realizando aportes trascendentes a la docencia e investigación en patología laboral”<sup>2</sup>.

Además de su misión histórica, el Hospital BSE es la oferta de primer orden dentro de la Organización Sanitaria Nacional para convertirse en el Centro Nacional de Rehabilitación para los adultos del Uruguay.

El compromiso con la calidad asistencial, mencionado en la visión institucional, debe ajustarse a las consideraciones actuales de las principales organizaciones sanitarias.

En nuestro país, la normativa de habilitación existente para todas las estructuras asistenciales, prestadoras o no del SNIS, es el Decreto N° 416/002 del 29 de octubre de 2002; hace referencia a abarcar criterios de garantía de calidad de los procedimientos realizados, entre otros aspectos.

El 4 de octubre de 2018 el Parlamento aprobó la Ley N° 19.666 buscando regular la organización de la atención para algunas patologías, con el objetivo de obtener mejor calidad de los servicios de salud que lo requieran. En ella se contemplan aspectos del decreto anteriormente mencionado.

En esta ley se aprueban “normas para la designación y funcionamiento de los Centros o Servicios de Referencia en Salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas”<sup>3</sup>.

La reglamentación de esta ley y el análisis de los mecanismos que regulen las prestaciones son pertinentes para resolver dos aspectos fundamentales: la evaluación de la calidad de todos los servicios a la población y las garantías para que quienes asesoren o decidan lo hagan sin conflicto de interés.

Esta ley alcanza a todas los Centros o Servicios de Referencia en Salud que atiendan patologías complejas, incluyendo al Hospital BSE.

Por tanto, si el mismo busca ser la oferta de primer orden dentro de la Organización Sanitaria Nacional para convertirse en el Centro Nacional de Rehabilitación para los adultos del Uruguay es una buena práctica medir la cultura de seguridad desde la perspectiva de su personal, para conocer la misma y con esa información identificar fortalezas y debilidades en la organización; esto permitiría, si fuera necesario, elaborar un plan estratégico de mejoras a alcanzar con el desarrollo de políticas de seguridad desde la COSEPA institucional, promocionando así un cambio cultural que internalice la concepción y abordaje de la seguridad de los pacientes, que contribuya a apoyar una

atención de calidad, transformándose además en un elemento clave en el proceso de mejora continua de la misma.

Poder contar además con los resultados de esta investigación le permite al Hospital BSE conocer su cultura de seguridad y como institución de atención a la salud sostener el compromiso con la calidad asistencial, independientemente del objetivo de convertirse en Centro de Referencia en Salud.

Para medir la cultura de seguridad se realizó un estudio descriptivo transversal, de abordaje cuantitativo con la aplicación de un cuestionario. Con los resultados, se describió la cultura de seguridad y se identificaron sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos.

## **Antecedentes.**

La realizada es una búsqueda en bases de datos científicas, se recurrió a las siguientes bases de datos: Scielo, Ebsco, Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería (BVS), Dialnet, Timbo, Bases de la Biblioteca.

Para la búsqueda se utilizaron los descriptores o palabras claves Grupo de Atención al Paciente, Cultura, Cuerpo Médico de Hospitales, Personal de Enfermería, Percepción, Seguridad del Paciente, Medidas de Seguridad y Gestión de la Seguridad, seleccionando algunos que fueron combinándose con otros.

El resultado total de la búsqueda fue de 39 artículos, una vez llegado a ese resultado, se seleccionaron los materiales más pertinentes con la temática investigada.

Los artículos seleccionados fueron: EBSCO 12 materiales, BVS 3 materiales, Base de Datos de Biblioteca 4 materiales.

Cuando se realizó la búsqueda la cobertura seleccionada fue, Idiomática: español, Cronológica: Últimos 5 años y temática adulto.

La búsqueda fue realizada en el periodo del 27/03/2019 al 02/03/2019.

Considerando antecedentes internacionales y nacionales sobre otras investigaciones vinculadas a cultura de seguridad, se encontraron las siguientes.

A nivel internacional y también como Tesis de la Maestría Administración en Salud, se halló la investigación “Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta” del año 2016, de Vicente López Pinzón, Milton Augusto Puentes Vega y Ana Lucía Ramírez, de la Facultad de Administración de la Universidad del Rosario, en Bogotá, Colombia.

Plantea como objetivo general “Describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel de Villeta, Cundinamarca, Colombia, del 18 al 29 de enero de

2016, aplicando la encuesta HSOPSC de la AHRQ traducida al español”<sup>4</sup> y como objetivos específicos:

- “Establecer la percepción existente sobre el reporte de incidentes de seguridad del paciente, desde el 18 hasta el 29 de enero de 2016.
- Describir la percepción sobre el apoyo administrativo a la seguridad del paciente.
- Determinar la percepción sobre la comunicación de los empleados para la seguridad del paciente.
- Identificar el trabajo en equipo percibido por el personal asistencial de la entidad.
- Establecer similitudes y diferencias respecto a resultados obtenidos en otros hospitales”<sup>4</sup>.

Para responder la pregunta del problema de investigación se aplicó un estudio de carácter descriptivo y de corte transversal, de diseño cuantitativo.

La muestra utilizada para el estudio fue de 81 empleados del hospital referido.

Se utilizó como herramienta de medición el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) diseñado por la AHRQ, versión en español.

Las dimensiones que mejor puntuaron en el estudio fueron: Aprendizaje organizacional-mejoras continuas y Apoyo que dan los administradores a la seguridad del paciente. Las dimensiones que se constituyeron opciones de mejora fueron: Transferencias y transiciones, El personal y Respuesta no punitiva a errores.

“Los datos obtenidos en la investigación llevan a concluir que la percepción general de la seguridad del paciente obtuvo un 58% de respuesta positiva, este valor debe considerarse de riesgo por la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos (Weaver, 2012)”<sup>4</sup>.

En la Revista Cubana de Enfermería se encuentra publicado el artículo “Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria” de Doriam Esperanza Camacho Rodríguez, Nelly Esperanza Jaimes Carvajal de la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bucaramanga, Colombia.

El objetivo del estudio fue: “Identificar las fortalezas y debilidades de la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria y su relación con las variables sociodemográficas”<sup>5</sup>.

Se trató de un estudio correlacional en el que participaron 41 enfermeros de Primer Nivel de Atención del sector público, de la zona metropolitana de Bucaramanga, en el periodo de febrero a octubre del año 2015.

El muestreo fue censal en los Centros de Salud donde trabajaban varios enfermeros, pero se excluyeron aquellos donde trabajaba un solo profesional de Enfermería.

Se utilizó el Cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety traducido, validado y adaptado al español. Dicho cuestionario fue autodilucidado en el lugar de trabajo.

La puntuación global de la cultura de seguridad del paciente fue de 51,21%. Las dimensiones mejor calificadas fueron puntuaciones globales de calidad e intercambio de información con otros servicios asistenciales. Se encontraron diferencias significativas entre la valoración positiva de la cultura de la seguridad y variables como edad, nivel académico, antigüedad en el trabajo y horas de trabajo semanal.

También en este estudio la puntuación global de la cultura de seguridad debe considerarse de riesgo por la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos; resultó muy interesante para investigar en esta tesis el hallazgo de diferencias significativas entre la valoración positiva obtenida y variables como por ejemplo la antigüedad en el trabajo.



En la Revista Enfermería Universitaria, publicación trimestral de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, se encontró el artículo de investigación “Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina” de Ramos, Coca y Abeldaño del Centro Médico de Córdoba (Hospital Privado) y la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

El objetivo de esta investigación fue determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud del Hospital Privado de Córdoba en el año 2015.

Para obtener información acerca de la percepción de cultura de seguridad se aplicó la versión española del instrumento HSPSC adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia. La muestra la constituyeron 203 profesionales de la salud que se desempeñan en los servicios de internación (en las áreas clínico-asistenciales) del Hospital Privado de Córdoba. El análisis estadístico fue descriptivo, con medidas de frecuencia para las variables categóricas.

Las áreas de fortaleza identificadas correspondieron al aprendizaje organizacional/mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal.

En la Revista Ciencia y Enfermería, órgano oficial de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile, se encuentra la investigación “Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia” de Olga Gómez Ramírez, Wendy Arenas Gutiérrez, Lizeth González Vega, Jennifer Garzón Salamanca, Erika Mateus Galeano y Amparo Soto Gámez.

El objetivo general de la investigación fue “Caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer semestre del 2009”<sup>6</sup>.

Los objetivos específicos:

- “Explorar la percepción del personal de enfermería de la cultura de seguridad del paciente, durante el primer semestre del 2009, mediante el instrumento, versión española, Hospital Survey on Patient Safety Culture.
- Describir la cultura de seguridad del paciente, en las dimensiones descritas por el instrumento versión española, Hospital Survey on Patient Safety Culture: condiciones del servicio o unidad, condiciones del hospital, comunicación en el servicio e información específica acerca de actividades en la institución”<sup>6</sup>.

Para responder el propósito de la investigación se realizó un estudio no experimental de tipo descriptivo exploratorio, de corte transversal, con modalidad de encuesta, realizado entre enero y junio de 2009. La muestra fue tomada de manera aleatoria estratificada, conformada por 201 participantes (110 profesionales y 91 Auxiliares de Enfermería) que trabajaban en instituciones prestadoras de servicios de salud de tercer nivel de atención y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser trabajador activo en la institución seleccionada, ser profesional o técnico de enfermería y trabajar en el área clínica asistencial.

Se utilizó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia, concebido como una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la seguridad del paciente, y que permite obtener información acerca de la cultura de seguridad y

posteriormente identificar fortalezas y debilidades. Se trata de un cuestionario auto-administrado.

Los resultados obtenidos demostraron que la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destacó la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indicaron que al notificar eventos adversos se llevarían a cabo acciones punitivas en su contra.

Aquí se destaca la falta de uno de los componentes clave para el desarrollo de una cultura de seguridad, un ambiente no punitivo en donde los individuos se sienten libres para reportar errores, accidentes o problemas de seguridad sin temor a represalias.

En el año 2009 se realizó el estudio “Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español” por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a través de su Agencia de Calidad, y la Universidad de Murcia.

Los objetivos fueron los siguientes:

- 1) “Aplicar la herramienta que habíamos adaptado y validado, para la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español.
- 2) Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del nivel hospitalario.

- 3) Analizar los factores sociodemográficos y laborales que están relacionados con una actitud y un comportamiento favorable en relación con la seguridad del usuario.
- 4) Favorecer la utilización rutinaria del cuestionario para la evaluación, mejora y monitorización del clima de seguridad en los hospitales del SNS español”<sup>7</sup>.

La metodología consistió en seleccionar una muestra aleatoria de 24 hospitales, proporcionalmente estratificada por tamaño.

Se distribuyó un cuestionario auto administrado sobre Seguridad de los Pacientes a una muestra representativa de 6.257 profesionales sanitarios (medicina, enfermería, farmacia, y otros titulados universitarios) realizándose hasta un máximo de dos recordatorios hasta conseguir un mínimo de 100 encuestas contestadas por hospital.

La encuesta proporcionaba información sobre la percepción relativa a las doce dimensiones de la cultura de seguridad; se incluyó una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado y otra sobre el número de eventos notificados en el último año, además de las variables clasificatorias socioprofesionales. Con los resultados, se describió el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

Se analizaron 2.503 encuestas.

El 93% de los profesionales que respondieron tenían contacto directo con pacientes. El 50% calificó la seguridad entre 6 y 8; el 95% había notificado menos de 2 eventos el último año.

En positivo, destacaron las dimensiones: Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios y Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad.

Como debilidades destacaron: Dotación de personal, Trabajo en equipo entre unidades/servicios, Percepción de seguridad y Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente.

A nivel nacional se encontró la Tesis de Maestría “Percepción de cultura de seguridad del paciente en Enfermería de un efector público” del Magister Licenciado en Enfermería Sergio Martín González Montaña, en la Revista Uruguaya de Enfermería de la Universidad de la República.

En la mencionada tesis se plantea como objetivo general “Conocer la percepción del personal de Enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en servicios de Atención Primaria de un efector público”<sup>8</sup>, como objetivo específico “Medir las dimensiones de la cultura de seguridad de pacientes que tiene el personal sanitario”<sup>8</sup>.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, realizado entre diciembre de 2016 y febrero de 2017. La muestra fue constituida por Licenciados y Auxiliares de Enfermería que aceptaron participar y cumplían con los requisitos de inclusión planteados (70,5% de la población, 44 personas).

La medición se realizó con el cuestionario de la Medical Office Survey on Patient Safety Culture de Estados Unidos, adaptado al idioma español por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en Madrid.

Con respecto a las 12 dimensiones de la cultura de seguridad, se observó que ninguna de ellas representaba una fortaleza; el 25% eran debilidades (Ritmo y carga de trabajo, Formación del personal no sanitario y Comunicación franca); 58,33% estaban medianamente fortalecidas (Procedimientos establecidos en el centro, Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la calidad) mientras que el restante 16,77% se encontraban poco fortalecidas.

También en el Uruguay, en los meses de noviembre y diciembre de 2015 se realizó la primera encuesta de Clima de Seguridad en instituciones de atención a la salud de los subsectores público y privado de Montevideo y el interior.

Esta encuesta se enmarcó en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios Nacionales definidos para el año 2020 por el MSP y que en su 4to Objetivo Estratégico refiere “Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud”<sup>9</sup>.

Los objetivos generales fueron:

- Medir Clima de Seguridad en las organizaciones del SNIS.
- Lograr que cada prestador analice las características del clima de seguridad de su organización y obtenga información para su transformación.

El objetivo específico fue:

- Con los resultados obtenidos en cada organización señalar fortalezas, debilidades, y determinar el plan estratégico de mejoras.

Se realizó un estudio descriptivo observacional obteniéndose resultados preliminares, que se profundizarían en una segunda etapa.

No se tomó una muestra representativa, ni se censaron los trabajadores; la encuesta fue anónima y voluntaria, cada prestador del SNIS a través de su COSEPA distribuyó la misma a los trabajadores.

Se utilizó como herramienta un cuestionario de la AHRQ adaptado para el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en co-participación con la Agencia de Calidad de la Universidad de Murcia.

Para la aplicación del mismo hubo que contactarse con ellos para la autorización de su uso.

Participaron en la encuesta anteriormente mencionada un total de 39 prestadores del SNIS.

Los resultados del cuestionario de cultura de seguridad en los hospitales se presentaron el Día de la seguridad del paciente en abril del año siguiente (2016).

La encuesta concluyo en que el grado de seguridad del paciente se evalúa entre excelente y aceptable en el 85% del personal encuestado de las instituciones participantes; por tanto, según Weaber (2012) estas instituciones tienen un bajo riesgo de ocurrencia de eventos adversos.

Las dimensiones Percepción de la Seguridad, Liderazgo, Aprendizaje y Comunicación del error mostraron una percepción positiva. La dotación del personal, así como la respuesta punitiva al error se perciben como una debilidad.

El estudio no fue publicado. Solo se hizo una presentación de los resultados obtenidos.

La información anterior se obtuvo vía e-mail de un integrante del DECASEPA del MSP.

## **Justificación del objeto de estudio.**

La cultura de la seguridad en instituciones de salud es un tema que viene cobrando gran auge en muchos países desarrollados e incluso también en algunos países de Latinoamérica.

El estudio de este tema en instituciones de salud resulta de gran importancia ya que permite conocer la situación en cuanto a la cultura de la seguridad, en que se encuentran los profesionales de la salud, en este caso desde la perspectiva del personal de enfermería.

El Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci, titular de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, ha comentado que la cultura de la seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención sanitaria y que constituye la esencia misma de las instituciones; se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo.

Medir la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario es fundamental para el desarrollo de políticas de seguridad.

Poder contar con herramientas que permitan medir la cultura de seguridad de una institución y el impacto de los programas de seguridad implementados, minimizando errores y efectos adversos en la atención sanitaria, le permite a una institución de atención a la salud sostener el compromiso con la calidad asistencial.

Varios factores han incidido en el avance de la medicina en las últimas décadas: adelantos científicos y tecnológicos, métodos de diagnóstico de alta precisión y mayor experiencia en los equipos de salud. El trabajo eficaz y eficiente de estos últimos se asocia tanto al aprendizaje teórico práctico como a la experticia adquirida y acumulada a través de la práctica. En la mayor parte de los países desarrollados se han creado los



llamados centros de referencia, constatándose la mejora de la calidad de resultados en la atención de diversas enfermedades.

El tema de la creación de centros de referencia en el Uruguay surge como una imperiosa necesidad en la Novena Convención Médica en el año 2014, que incluyó en su declaración final un capítulo dedicado a los Centros de Referencia por patologías.

La propuesta antedicha se reflejó en el ítem "Mejora del modelo de práctica en la atención médica", en donde se expresa: "...la creación de centros de referencia promoviendo las mejores prácticas en la atención de ciertas patologías; y el desarrollo de intervenciones que mejoren la participación, transparencia y proactividad de los profesionales en pos de una mayor seguridad mejorando la cultura organizacional, surgen como recomendaciones centrales para mejorar la práctica médica"<sup>10</sup>.

A partir de dicha convención, un equipo de trabajo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) redactó un proyecto de ley con el objetivo de impulsar la creación y el fortalecimiento de Centros de Referencia para patologías especialmente complejas, de alto costo y/o de alto impacto social, ya sea en el subsector público o privado, que redunden en un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios y una mayor calidad en la atención a los usuarios del SNIS.

La instalación de centros de referencias "es parte de una política estratégica del Ministerio de Salud Pública"<sup>11</sup> mencionó su ministro el 27 de febrero de 2017 en el acto del Día Mundial de las Enfermedades Raras, por lo que dicho proyecto había sido enviado al parlamento.

El mismo pretendía "crear centros de referencia para brindar accesibilidad y equidad en el acceso a recursos y tecnologías, dando racionalidad a los recursos y evitando que la creación de estos centros se base en el lucro"<sup>11</sup>.

La normativa de habilitación a cargo del MSP (Decreto N° 416/002 del 29 de octubre de 2002) aplicable a todas las estructuras asistenciales, hace referencia entre otros aspectos a alcanzar niveles adecuados de calidad y seguridad a las personas usuarias de las mismas.

Según la Ley N° 19.666 “La designación de Centro o Servicio de Referencia estará a cargo del MSP de acuerdo a la normativa de habilitación existente para todas las estructuras asistenciales.

Los criterios para esa designación considerarán, como mínimo, los siguientes aspectos:

- a) Acreditar conocimiento y experiencia suficientes en el manejo de la patología de que se trate.
- b) Haber tenido o prever un volumen de actividad suficiente en la atención de la patología para la que se solicita la designación como Centro o Servicio de Referencia, que garantice un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias.
- c) Contar con equipamiento, recursos humanos y materiales disponibles, suficientes y actualizados.
- d) Disponer de sistemas de información que permitan evaluar la calidad de los servicios prestados.
- e) Acreditar capacidad y disposición para la formación, en la actividad de que se trate, de profesionales externos al centro o servicio, sin perjuicio de la capacitación continua de los propios profesionales de la entidad.
- f) Garantizar la continuidad de la prestación del servicio”<sup>3</sup>.

El 1 de agosto de 2008 el MSP estableció la reglamentación que define el programa, estructura, funcionamiento y competencias de las Comisiones Institucionales de

Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina, así como su relación con las respectivas Direcciones Técnicas de las instituciones sanitarias.

Es importante entender que la calidad y la seguridad del paciente, deben ser enfrentadas como un proceso continuo, que permita mediciones que se traduzcan en mejoras significativas a través de programas de intervenciones.

Los Programas de Seguridad de los pacientes incorporan un conjunto de acciones desarrolladas con el fin de brindar una atención sanitaria segura, acciones deliberadas y sistemáticas, así como sus fundamentos y resultados esperados; incorporan también los indicadores de funcionamiento de dichos programas.

Disponer de sistemas de información que permitan evaluar la calidad de los servicios que se brindan garantizando un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias, son recomendaciones centrales de mejora de la práctica médica.

La mejora de la calidad asistencial se centra en una dimensión fundamental de la misma: la seguridad del paciente. Una mejor cultura de seguridad mejora la cultura organizacional y así la práctica médica.

La cultura de seguridad es, por tanto, una parte de la cultura organizacional que se refiere a la realidad de la seguridad y no necesariamente a lo que la gente dice que se debería hacer.

La diversidad de situaciones, entornos, niveles de complejidad, entre otros, obligará a las instituciones a diseñar respuestas adaptadas a esta multiplicidad de escenarios. Para ello es necesario considerar y medir la cultura de seguridad.

Esta medición también se hace necesaria para conocer si una institución asistencial cumple o no con los criterios para la designación como Centro o Servicio de Referencia, como el de garantizar un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias, la evaluación de la calidad de los servicios prestados, contar con suficientes recursos

humanos, etc. y a partir de ello introducir los cambios necesarios desde su gestión para cumplir con los criterios requeridos en la designación.

Como marco referencial se menciona que el Hospital BSE es el actual centro asistencial del BSE; se trata de una nueva planta física de alta complejidad ubicada en la ciudad de Montevideo; la Central de Servicios Médicos fue el centro asistencial del BSE desde la apertura de sus puertas en el año 1951, también en la ciudad de Montevideo, hasta el cierre de las mismas el 17 de agosto del 2019.

La nueva infraestructura permite desarrollar procesos y procedimientos que aumentan la calidad en la asistencia al obrero siniestrado y a la comunidad en general, consolidando así el monopolio del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, un elemento fundamental para la salud pública de los uruguayos.

El centro de salud busca ser referente en la región y oferta de primer orden dentro de la organización sanitaria nacional en materia de rehabilitación, especialmente en las áreas de lesión medular y traumatismo encéfalo craneano, en reimplantes de miembros y rehabilitación de pacientes amputados.

Según Administración Capital Humano del hospital su personal asciende a 560 funcionarios; de dicho número 137 pertenecen al Departamento de Enfermería y 70 son médicos. Los funcionarios del Departamento de Enfermería se dividen en 38 Licenciados en Enfermería y 119 Auxiliares de Enfermería.

Ambos grupos (médicos y personal de enfermería) se corresponden con el 37% del personal del hospital; el primero conoce las técnicas para diagnosticar y tratar las enfermedades y el segundo tiene interés en el cuidado integral del paciente (no sólo lo físico); ambos son responsables del mayor número de intervenciones directas en ambientes, interacciones y tecnologías complejas, a un paciente.

En relación a la organización de los RRHH de enfermería los Licenciados en Enfermería operativos se distribuyen de la siguiente manera: turno mañana 11, turno tarde 8, turno vespertino 6 y turno noche 6; los Auxiliares de Enfermería se distribuyen así: turno mañana 35, turno tarde 42, turno vespertino 23 y turno noche 19.

Los servicios del hospital que son cubiertos por personal de enfermería son los siguientes: Centro de Coordinación de Servicios, Emergencia, Imagenología, Centro Quirúrgico, policlínicas y 3 servicios de internación con capacidad máxima de internación de 25 pacientes cada uno.

La normativa internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud hace referencia a 1 licenciado cada 15 camas y 1 auxiliar cada 8 camas como mínimo; en el hospital principalmente a nivel profesional de enfermería esta normativa no se cumple, debido a la falta de personal suplente para cubrir licencias, certificaciones, etc.; cuando un servicio de internación tiene su capacidad locativa colmada, 1 Licenciado en Enfermería puede llegar a tener 25 pacientes a su cargo y los Auxiliares de Enfermería superar los 8 pacientes a su cargo, especialmente en los turnos vespertino y noche, turnos que son poco elegidos para realizar las horas extras autorizadas.

En el Hospital BSE el 16 de setiembre de 2019 la Dirección Técnica resuelve a través de la orden de servicio N° 4/2019 la constitución formal de la COSEPA pero el Licenciado en Enfermería designado para su integración no cuenta con la dedicación necesaria para trabajar en ella (no menor a 6 horas diarias); no hay antecedentes en la institución de trabajos de medición de la cultura de seguridad de pacientes.

El investigador tiene muy presente, que la cultura como conjunto de valores, actitudes y comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de un grupo o una organización es determinada por todos sus integrantes, en este caso una organización

sanitaria, pero en esta primera etapa decidió recabar la opinión solo del personal de enfermería.

Si el Hospital BSE pretende ser la oferta de primer orden como Centro o Servicio de Referencia en Salud dentro de la organización sanitaria nacional en la rehabilitación de adultos en el Uruguay, es importante que con esta investigación conozca la cultura de seguridad desde la opinión de su personal.

Poder contar además con los resultados de esta investigación le permite al Hospital BSE como institución de atención a la salud sostener el compromiso con la calidad asistencial y el proceso de mejora continua de la misma, sumado al objetivo de convertirse en Centro o Servicio de Referencia en Salud.

Debimos entonces preguntarnos: ¿cuál es la opinión que el personal de enfermería tiene sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital BSE en el período de tiempo de setiembre a diciembre de 2020?

Esta información permitió identificar fortalezas y debilidades en la organización; contribuirá con la gestión institucional de la calidad elaborando un plan estratégico de mejoras a alcanzar con el desarrollo de políticas de seguridad desde la COSEPA institucional, promocionando así un cambio cultural que internalice la concepción y abordaje de la seguridad de los pacientes minimizando errores y efectos adversos en la atención sanitaria, que le permitan sostener el compromiso con la calidad asistencial como visión y contribuir así a asegurar prestaciones asistenciales de calidad a los trabajadores uruguayos y a otras instituciones de atención a la salud que las soliciten.

## **Objetivos.**

Como objetivo general esta investigación pretende medir la cultura de seguridad del paciente en el Hospital BSE, en el período de tiempo considerado, desde la perspectiva del personal de enfermería.

Como objetivos específicos:

- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Frecuencia de eventos notificados.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Percepción de seguridad.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Aprendizaje organizacional/mejora continua.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Franqueza en la comunicación.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Feed-back y comunicación sobre errores.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Respuesta no punitiva a los errores.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Dotación de personal.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.
- ▢ Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Trabajo en equipo entre unidades.

- Analizar la dimensión de la cultura de seguridad Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.



## **Marco teórico-conceptual.**

Como esta investigación tiene como finalidad medir la cultura de seguridad del paciente a través de la perspectiva del personal de enfermería en el Hospital BSE, es acertado comenzar mencionando la definición de cultura. Se puede definir la misma como “el conjunto de valores, actitudes y comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de un grupo o una organización”<sup>12</sup>. Por tanto, la cultura de cualquier centro de salud, es la manera como los miembros piensan, se comportan y afrontan su trabajo.

Se continúa definiendo seguridad del paciente como “la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia sanitaria”<sup>12</sup> mediante el uso de instrumentos y metodologías que permitan minimizar el riesgo de que ocurra un evento adverso en el proceso de la atención sanitaria o de atenuar sus consecuencias.

La OMS define la seguridad del paciente como “la ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria”<sup>13</sup>.

Entonces, el concepto cultura de seguridad se puede definir como “el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente”<sup>13</sup>.

La cultura de seguridad según la AHQR, se define como “el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos”<sup>14</sup>.

Ambas definiciones incluyen el término percepciones. La percepción se define como la acción y efecto de percibir, a las impresiones que puede apreciar un individuo de un objeto a través de los sentidos (vista, olfato, tacto, audición y gusto).

La percepción también es el conocimiento o la comprensión de una idea.

Desde el punto de vista social, este conocimiento o comprensión de una idea también se manifiesta como percepción social, ya que los seres humanos se relacionan permanentemente con los individuos de su entorno; este tipo de percepción les permite elaborar opiniones con respecto al análisis e interpretación que realizan del comportamiento de esos individuos.

La atención al paciente tiene como objetivo la obtención de un beneficio para el mismo; a pesar de lo anteriormente mencionado, la OMS en su sitio web publicó un artículo sobre seguridad del paciente en el que se hace referencia a que un 10% de los pacientes que ingresan al sistema de atención hospitalaria sufrirá un incidente con consecuencia de daño; esto también se observa en la atención ambulatoria, aunque con un menor número de efectos no deseados.

En este sentido, todos los que trabajan de manera directa e indirecta en el proceso de atención de los pacientes tienen riesgo de cometer errores que pueden a su vez producir daños incidentales o eventos adversos.

El daño no es consecuencia de una enfermedad o lesión subyacente, sino de errores en la atención, los que en su mayoría responden como causa principal a defectos en los sistemas y procesos y no a conductas individuales.

El daño incidental o evento adverso puede tener consecuencias letales para los pacientes, las que pueden afectar tanto su dignidad, integridad física y psíquica, e incluso su vida. Pueden también afectar aspectos propios de una buena vida como son la pérdida de agrados o intereses, que suponen un daño extrapatrimonial, sin descontar las

pérdidas económicas y de capacidades que pueden llegar a comprometer un proyecto de vida. Los costos asociados a este tipo de evento adverso, como la pérdida de imagen, competitividad y prestigio, también recaen a las instituciones de atención a la salud. Los errores médicos siguen siendo muy frecuentes en parte debido a la dificultad para difundir e implementar de forma generalizada conocimientos basados en evidencias en el sector de la salud.

Históricamente, la práctica de la medicina ha sido un tanto inexacta y se ha basado por igual en la ciencia y en el arte. Mediante procesos de ensayo y error, la profesión médica desarrolló las prácticas que se consideraban más apropiadas para responder a enfermedades en función de las probabilidades curativas conocidas y sustentadas en una base limitada de conocimientos. Así, surgían teorías poco fundadas debido a la falta de evidencias que posteriormente eran sustituidas por otras.

Con el paso del tiempo y la expansión del conocimiento, surgieron algunas prácticas basadas en evidencias firmes. Sin embargo, a pesar de la importancia creciente que se otorga a la aportación de evidencias en respaldo de ciertas prácticas, todavía existe una marcada disparidad entre la calidad de la atención sanitaria prestada y la que se podría prestar. Siguen aplicándose muchos procedimientos sin ningún fundamento científico y que se consideran inapropiados o cuyos beneficios son cuestionables.

El objetivo de una medicina basada en evidencias es estandarizar ciertas tareas que representan pasos críticos en el proceso de asistencia médica al paciente y que está demostrado que, si se realizan, los resultados serán positivos.

A pesar de que se sabe que la diversidad de prácticas clínicas contribuye a favorecer la comisión de errores, dicha diversidad sigue dándose. Esto puede deberse en parte a una cierta resistencia a renunciar a los patrones habituales, al deseo de conservar la

tradicional autonomía profesional y a paradigmas anticuados sobre cómo se debe proceder en el trabajo médico.

Un artículo publicado en el año 2016, utilizando estudios reportados desde el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos del año 1999 y extrapolando al número total de hospitalizaciones en ese país en el año 2013, dio cuenta que este subestima la verdadera incidencia de muerte por error médico; la nueva estimación sugiere que el error médico es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de las causas cardiovasculares y el cáncer.

En el caso específico del equipo de enfermería, el cual debe realizar un mayor número de intervenciones directas en ambientes, interacciones y tecnologías complejas, a un paciente que ya de por sí es vulnerable por su condición, el riesgo de errores en la atención se incrementa ostensiblemente, en relación a otros integrantes del equipo de salud.

Para la Enfermería, conocida como la ciencia y el arte de cuidar a seres humanos, la seguridad es transversal e intrínseca al cuidado, de modo tal que la calidad del cuidado implica y expresa la seguridad del paciente. Esto permite admitir que sin seguridad no hay calidad del cuidado y viceversa, por tanto, el profesional de enfermería debe buscar de manera incansable los mecanismos que garanticen que su cuidado sea lo menos nocivo posible. A pesar de ello, estudios como el IBEAS del año 2009, sobre la prevalencia de eventos adversos en cinco países latinoamericanos, devela aquellos que tienen que ver con enfermería, como los eventos relacionados con el cuidado (16,24%). Se destacan las úlceras por presión (9,87%) los asociados a la medicación (9,87%) y a la infección nosocomial (35,99%).

Se encontró que el 61,2% de los eventos llevó a un aumento de la estancia en 10,4 días y que el 65% de los mismos se consideraron evitables.

Uno de los requisitos esenciales para evitar la posible aparición de esos daños y aprender positivamente de los errores, es tener una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de atención a la salud.

Implementar una cultura positiva de seguridad del paciente previene la aparición de eventos adversos e incidentes, busca la causa raíz, modifica los procedimientos y permite aprender de los errores para evitar la reaparición de estos.

Cada institución de atención a la salud necesita una estructura y herramientas para mejorar la seguridad y calidad de la atención; la identificación de eventos adversos y fuentes de riesgo debería ser prioritario en ellas.

Para incorporar una cultura positiva de seguridad se necesita unir un conjunto amplio de conocimientos médicos, epidemiológicos, habilidades de comunicación y una actitud humanista.

La importancia de la cultura de la seguridad ha sido ampliamente pregonada; en la Declaración de Luxemburgo aprobada en el año 2005 se reconocía que “el acceso a una asistencia sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental y que la mejora continua de la calidad asistencial es un objetivo clave, tanto para la seguridad de los pacientes como para la gestión eficiente de los sistemas de salud, instando a las autoridades nacionales de los diferentes países a crear una cultura centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos en contraposición a la culpa, el reproche y el correspondiente castigo”<sup>13</sup>.

El término “cultura de seguridad” comenzó a utilizarse masivamente después del desastre nuclear de Chernobyl en 1988. Desde ese momento, el concepto ha sido adoptado por numerosas industrias para mejorar su seguridad, sobre todo por aquellas de alto riesgo que requieren de una extrema confiabilidad, como la aviación y la energía atómica.

A partir del hito que marcó la publicación del informe “Errar es Humano” del Institute of Medicine en 1999, el sector salud comenzó a poner foco en la cultura de seguridad, aunque los expertos coinciden en que recién se están dando los primeros pasos.

Las instituciones sanitarias en general, están todavía muy lejos de ser organizaciones altamente confiables y las tasas de eventos adversos evitables continúan siendo muy altas. Otros especialistas sostienen que dichas instituciones nunca llegarán a una cultura de seguridad realmente consistente, porque se enfrentan a numerosas necesidades que compiten entre sí, lo que dificulta que la seguridad sea la única prioridad del trabajo.

La seguridad del paciente es una de las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial ya que repercute directamente en ella; es considerada un elemento transversal, afecta a todas las organizaciones de un sistema de salud y a sus miembros, constituyéndose en un aspecto prioritario en dichas organizaciones y el funcionamiento de todos los sistemas sanitarios, cada uno de estos respondiendo a objetivos y necesidades nacionales particulares.

Conseguir la máxima seguridad del paciente posible afecta a todo el sistema, se necesita mejorar su funcionamiento, conocer adecuadamente los riesgos, prevenir los evitables y minimizar aquellos que hay que asumir de forma inevitable, tomar medidas relativas a la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, porque seguridad no es igual a ausencia de riesgo.

La seguridad del paciente se considera prioritaria en la asistencia sanitaria; una asistencia cada vez más compleja que presenta riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, problema frecuente en la práctica clínica en cualquier nivel de cuidados.

Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención sanitaria y es un componente crítico de la gestión de la calidad.

El objetivo primordial de la seguridad del paciente es por tanto mejorar la calidad de la atención, haciendo uso de las herramientas normativas y gerenciales dispuestas para ello.

Construir una cultura de seguridad en las instituciones de salud es fundamental para conseguir que la seguridad del paciente forme parte de la metodología y de las prácticas de trabajo cotidianas y de la mejora continua de la calidad en los servicios asistenciales.

El primer paso para avanzar hacia una cultura de seguridad consiste en conocer desde qué cultura se parte y entender el impacto de dicha cultura sobre la seguridad de los pacientes, a fin de saber cuáles son los aspectos que son necesarios construir o reconstruir, así como aquellos bien estructurados en la misma.

La construcción de una cultura de seguridad suele llevar un tiempo de maduración y resulta importante saber en qué etapa se encuentra la institución o el servicio que se evalúa.

Para Westrum, “existirían distintos grados de “madurez”:

- ▢ Cultura Patológica: “No nos importa mucho la seguridad siempre y cuando no se difundan los daños que producimos”
- ▢ Cultura Reactiva: “La seguridad es importante. Hacemos mucho después de tener un accidente”
- ▢ Cultura de Cálculo: “Medimos todo y tenemos sistemas para manejar todos los riesgos y peligros”
- ▢ Cultura Proactiva: “Tratamos de anticiparnos a los problemas de seguridad antes de que aparezcan”
- ▢ Cultura Generadora: “La seguridad es la base de nuestro trabajo”<sup>15</sup>.

No existe un acuerdo absoluto en relación a que constituye una cultura de seguridad efectiva pero ciertos componentes resultan claves para su desarrollo:

- “El reconocimiento de que las actividades que realiza la organización son de alto riesgo y la determinación para alcanzar altos niveles de seguridad de manera constante.
- Creencia compartida de que el actual nivel de daño a los pacientes es insostenible.
- Un ambiente no punitivo en donde los individuos se sienten libres para reportar errores, accidentes o problemas de seguridad sin temor a represalias.
- Estímulo a la colaboración entre distintos rangos y disciplinas en la búsqueda de soluciones a problemas de seguridad del paciente. Obligación de trabajar en equipo.
- La seguridad de los pacientes es valorada como la principal prioridad, aún a expensas de la producción o la eficiencia. Se reconoce al personal que interrumpió un proceso que no le parecía seguro, aun cuando se haya equivocado.
- Compromiso de los líderes con la seguridad. Asignación de recursos, incentivos y premios.
- Se valora el aprendizaje organizacional. La respuesta a un problema de seguridad se focaliza en la mejora del sistema más que en echar culpas individuales”<sup>15</sup>.



James Reason, el famoso psicólogo cognitivo de la Universidad de Manchester y autor de la “Teoría del Queso Suizo” en la causalidad de accidentes, afirma que la cultura de seguridad estaría compuesta por cinco elementos:

- Una cultura de la información: la organización recolecta y analiza datos relevantes, y difunde la información de seguridad de manera activa.
- Una cultura del reporte: se cultiva una atmósfera en donde las personas se sienten libres para notificar problemas de seguridad sin temor a represalias y sabiendo que se actuará sobre lo reportado.
- Una cultura de aprendizaje: la organización es capaz de aprender de sus errores y realizar cambios.
- Una cultura justa: en donde los errores y actos inseguros no son castigados si el error no es intencional, pero en donde se sanciona a quienes actúan temerariamente tomando riesgos de manera deliberada e injustificable.
- Una cultura flexible: en donde la organización y las personas que la componen son capaces de adaptarse efectivamente a la necesidad de cambio.

Para que la cultura en seguridad del paciente sea un elemento esencial de la cultura organizacional, es necesario ofrecer servicios con calidad, enfocados en evaluar de manera sistemática y objetiva cuáles son los riesgos en seguridad del paciente que interfieren en el logro de ese objetivo.

La calidad y la seguridad de la atención sanitaria de los pacientes es un binomio que muestra resultados convergentes. Si no hay calidad, no puede haber seguridad, y, en sentido contrario, sin seguridad no puede haber calidad en la prestación de los servicios de salud.

La calidad establece los elementos necesarios para disminuir los riesgos en el accionar diario de las unidades de atención médica y, por ende, los que el paciente recibe en el proceso de su atención sanitaria.

Los métodos para evaluar la cultura de seguridad van desde entrevistas estructuradas a cuestionarios anónimos al personal, jefes y directivos. Las mediciones de cultura de seguridad utilizan en general cuestionarios cuantitativos basados en una combinación de preguntas sobre los distintos componentes que definen la cultura: expectativas de los jefes y sus acciones para promover prácticas seguras, trabajo en equipo, aprendizaje organizacional, feedback y comunicación luego de los errores, carga de trabajo, respuesta no punitiva, pases de pacientes, número de eventos reportados, etc.

La mayoría de estas investigaciones solicitan a los trabajadores que den su opinión ante distintas afirmaciones que se les presentan. Deben hacerlo dentro de una escala predefinida a las que se les asigna un puntaje (ej.: muy de acuerdo 5; de acuerdo 4; indiferente 3; en desacuerdo 2; muy en desacuerdo 1).

Como dijo Weaber en el año 2012, una opinión baja en la seguridad del paciente está asociada con un elevado riesgo de ocurrencia de eventos adversos y con riesgo de daño o injuria en el personal sanitario, por ejemplo, una opinión general de la seguridad del paciente del 58% de respuesta positiva, debe considerarse de riesgo por la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos.

El cuestionario que es sugerencia en el Uruguay a nivel nacional por el DECASEPA del MSP como herramienta a utilizar en investigaciones de Cultura de Seguridad en instituciones de atención a la salud, es de la AHRQ adaptado para el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en co-participación con la Agencia de Calidad de la Universidad de Murcia. Por tanto, está validado por sus autores españoles y es de uso público en el Uruguay.

El cuestionario recoge información sobre cultura de seguridad y permite medirla desde la opinión del personal de la salud, midiendo los valores y principios que sustentan la cultura organizacional y el desempeño del mismo. Consta de preguntas que evalúan variables socioprofesionales y 43 preguntas que evalúan las doce dimensiones de la cultura de la seguridad.

La información anterior se obtuvo vía e-mail de un integrante del DECASEPA del MSP.

## **Metodología.**

El método consistió en la utilización del Cuestionario de Cultura de Seguridad en Hospitales del DECASEPA del MSP del Uruguay (ver anexo N° 1).

Se midió la opinión de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería presupuestado, contratado o suplente, con más de un año en la institución y que tenía atención directa con el usuario del Hospital BSE.

Se solicitó a sector Personal del hospital un listado del mismo para definir la muestra.

## **Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio descriptivo transversal, de diseño cuantitativo.

## **Universo/población.**

Todo el personal de enfermería (licenciados y auxiliares) presupuestado, contratado o suplente, con más de un año en la institución y que tenía atención directa con el usuario.

El universo/población estaba compuesto por 38 Licenciados en Enfermería y 119 Auxiliares de Enfermería (turno mañana 35, turno tarde 42, turno vespertino 23 y turno noche 19).

## **Muestra/cálculo tamaño/técnica de selección.**

La muestra se compuso de dos maneras:

- Muestra aleatoria estratificada por turnos para Auxiliares de Enfermería; se consideraron 4 estratos:
  - Auxiliares de Enfermería turno mañana (AETM)
  - Auxiliares de Enfermería turno tarde (AETT)
  - Auxiliares de Enfermería turno vespertino (AETV)
  - Auxiliares de Enfermería turno noche (AETN).
- Los Licenciados en Enfermería fueron todos censados debido a que su número es reducido.

La técnica utilizada de selección de las muestras aleatorias del personal Auxiliar de Enfermería fue la siguiente: a cada integrante de la población se le asignó un número en el estrato que correspondía (por turno).

En cada estrato se tomaron  $n_i$  elementos, calculados mediante la fórmula:

$$n_i = n \cdot \frac{N_i}{N}$$

siendo  $N$  el número de elementos de la población,  $n$  el de la muestra,  $N_i$  el del estrato  $i$

Siendo  $N$  el número de elementos de la población,  $n$  el de la muestra y  $N_i$  el del estrato  $i$ .

En base a la cantidad de participantes definida para cada muestra por estrato se seleccionaron números de posición por RANDOM.ORG (Servicio de números aleatorios verdaderos) hasta completar la cantidad de participantes requerida en las muestras de cada estrato.

El margen de error fue de un 5% con un intervalo de confianza para su cálculo del 95%.

Se aplicó una estrategia de retención de la muestra, ya que se trabajó sin reposición de la misma, realizándose hasta un máximo de dos recordatorios a los participantes para conseguir el número necesario de cuestionarios respondidos.

En función de lo anteriormente expresado la muestra quedó conformada por 38 Licenciados en Enfermería y 106 Auxiliares de Enfermería (32 AETM, 37 AETT, 20 AETV y 17 AETN).

Se logró retener al 99,3% de la muestra seleccionada; solo un AE seleccionado del turno de la tarde se negó a participar.

### **Criterios de inclusión.**

Personal de enfermería (licenciado y auxiliar) presupuestado, contratado o suplente con más de un año en la institución, que tenía atención directa con el usuario.

Se trabajó solo con el personal de enfermería en relación a lo mencionado al comienzo de este capítulo.

### **Criterios de exclusión.**

- Personal de enfermería presupuestado, contratado o suplente que no se encontraba en la institución durante el periodo de trabajo de campo (licencia por enfermedad prolongada).
- Personal de enfermería presupuestado, contratado o suplente que se rehúso a participar del estudio (participación voluntaria).

### **Variables, su definición conceptual, operativa (indicadores) y categorías de medición.**

#### **Variable Su área/unidad de trabajo**

##### Definición Conceptual

Espacio físico en el que se desempeña un individuo en el cumplimiento de su trabajo.

##### Definición Operativa

1. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
2. Medicina (No-quirúrgica)
3. Cirugía
4. Departamento de emergencia
5. Salud mental/Psiquiatría
6. Rehabilitación/Fisiatría
7. Laboratorio
8. Radiología
9. Anestesia
10. Otras

## **Variable Su área/unidad de trabajo, continuado**

### Definición Conceptual

Espacio físico en el que se desempeña un individuo en el cumplimiento de su trabajo.

### Definición Operativa

1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo, trabajamos en equipo para finalizarlo.
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.
5. El personal en esta unidad trabaja más horas para mejorar el cuidado del paciente.
6. Estamos siendo pro activos para mejorar la seguridad del paciente.
7. Usamos más personal temporal para el cuidado del paciente.
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su perjuicio.
9. Los errores han llevado a cambios positivos.
10. Es casual que los errores graves no ocurran en esta unidad.
11. Cuando un área de esta unidad esta sobrecargada, otras colaboran.
12. Cuando se informa de un incidente, se percibe que la persona es la reportada y no el problema.
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.
14. Frecuentemente, trabajamos en “crisis” intentando hacer mucho, y rápidamente.
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen se guarden en sus expedientes.
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores

que puedan ocurrir.

#### Categorías de medición

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

#### **Variable Su supervisor/director**

##### Definición Conceptual

Persona que tiene la tarea de supervisar/dirigir el trabajo de las personas que tiene a su cargo.

##### Definición Operativa

1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con lo establecido para la seguridad de los pacientes.
2. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.
4. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.

#### Categorías de medición

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
4. De acuerdo



5. Muy de acuerdo

### **Variable Comunicación**

#### Definición Conceptual

Acción y efecto de comunicar o comunicarse.

#### Definición Operativa

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

#### Categorías de medición

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. Casi siempre
5. Siempre

### **Variable Frecuencia de incidentes reportados**

#### Definición conceptual

Cantidad de incidentes informados o notificados en determinado período de tiempo.

### Definición operativa

1. Cuando se comete un error, que es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?

### Categorías de medición

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. Casi siempre
5. Siempre

### **Variable Grado de seguridad del paciente**

#### Definición conceptual

Reconocimiento e interpretación consciente de las características y actitudes de las organizaciones y las personas que determinan cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente.

#### Definición operativa

1. Excelente
2. Muy Bueno
3. Aceptable
4. Pobre
5. Malo

## **Variable Su hospital**

### Definición conceptual

Establecimiento destinado para la atención y asistencia a enfermos por medio de personal facultativo, enfermería, personal auxiliar, de servicios técnicos y de apoyo durante 24 horas, 365 días del año y disponiendo de tecnología, aparatología, instrumental y farmacología adecuadas.

### Definición operativa

1. La Dirección de este hospital brinda un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.
2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.
10. Las unidades del hospital trabajan en conjunto para proveer el mejor cuidado a

los pacientes.

11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.

#### Categorías de medición

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. Casi siempre
5. Siempre

#### **Variable Número de incidentes reportados**

##### Definición conceptual

Cantidad de incidentes informados o notificados.

##### Definición operativa

- a. Ningún reporte de incidentes
- b. De 1 a 2 reportes de incidentes
- c. De 3 a 5 reportes de incidentes
- d. De 6 a 10 reportes de incidentes
- e. De 11 a 20 reportes de incidentes
- f. 21 reportes de incidentes o más

#### **Variable Información general**

##### Definición conceptual

Conjunto general de datos, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

##### Definición operativa

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

Categorías de medición

- a. 1 a 5 años
- b. de 6 a 10 años
- c. de 11 a 15 años
- d. de 16 a 20 años
- e. de 21 o más años

Definición operativa

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

Categorías de medición

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

Definición operativa

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

Categorías de medición

- a. menos de 20 horas por semana
- b. de 20 a 39 horas por semana
- c. de 40 a 59 horas por semana
- d. 60 a 79 horas por semana
- e. de 80 a 99 horas por semana
- f. 100 o más horas por semana

#### Definición operativa

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

#### Categorías de medición

- a. Auxiliar de enfermería
- b. Licenciada en enfermería
- c. Medico

#### Definición operativa

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

#### Categorías de medición

- a. de 1 a 5 años
- b. de 6 a 10 años
- c. de 11 a 15 años
- d. de 16 a 20 años
- e. 21 o más años

Aclaración: las variables mencionadas son del instrumento sugerido por el DECASEPA del MSP y fueron así seleccionadas por él.

#### **Instrumento de recolección de datos.**

El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Cultura de Seguridad en Hospitales del DECASEPA del MSP del Uruguay.

Cuenta con nueve secciones que corresponde cada una a una variable del estudio con excepción de la última destinada a comentarios; proporciona información sobre la opinión a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados (agrupa 3 preguntas)
2. Percepción de seguridad (agrupa 4 preguntas)

3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad (agrupa 4 preguntas)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (agrupa 3 preguntas)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (agrupa 4 ítems)
6. Franqueza en la comunicación (agrupa 3 ítems)
7. Feed-back y comunicación sobre errores (agrupa 3 preguntas)
8. Respuesta no punitiva a los errores (agrupa 3 preguntas)
9. Dotación de personal (agrupa 4 preguntas)
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (agrupa 3 preguntas)
11. Trabajo en equipo entre unidades (agrupa 4 preguntas)
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (agrupa 4 preguntas).

Adicionalmente, incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del participante en la investigación y otra sobre el número de eventos notificados en el último año, además de las variables clasificatorias socioprofesionales.

Con los resultados, se describió la cultura de seguridad y se identificaron sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

Las respuestas del cuestionario se codificaron en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

<b>Negativo</b>		<b>Neutral</b>	<b>Positivo</b>	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Para las preguntas formuladas negativamente, se consideraron positivas, respuestas negativas “en desacuerdo o muy en desacuerdo” o “nunca o raramente”.

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

- $> o = a 75\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- $> o = a 75\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

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

- $> o = a 50\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- $> o = a 50\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como intermedio (ni fortaleza ni debilidad) se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- $< o = a 74,9\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- $< o = a 74,9\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.
- $< o = a 49,9\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- $< o = a 49,9\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.



Preguntas formuladas en negativo.

Dimensión	Preguntas
Frecuencia de eventos notificados	Ninguna
Percepción global de seguridad	Sección A2 10 y 17
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	Sección B 3 y 4
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Ninguna
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Ninguna
Franqueza en la comunicación	Sección C 6
Feed-back y comunicación sobre errores	Ninguna
Respuesta no punitiva a los errores	Sección A2 8, 12 y 16
Dotación de personal	Sección A2 5, 7 y 14
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Sección F 9
Trabajo en equipo entre unidades	Sección F 2 y 6
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Sección F 3, 5, 7 y 11

El cuestionario es anónimo y su respuesta fue voluntaria; se acompañó de una hoja de información (ver anexo N° 2) que orientaba en la investigación, así como del consentimiento informado (ver anexo N° 3).

Este estudio proporcionará a la institución información valiosa acerca del ambiente de trabajo, el trabajo en equipo, la opinión sobre la gestión de la Dirección Técnica y de los servicios, la cultura de seguridad, las condiciones de trabajo y el nivel de estrés.

#### **Técnica de recolección de datos.**

Cuestionario auto administrado y de respuesta voluntaria.

El llenado del mismo es amigable, insumiendo un tiempo aproximado de 15 minutos.

### **Procedimiento de recolección de datos.**

Se distribuyó personalmente el cuestionario, la hoja de información y el consentimiento informado a la muestra seleccionada.

El consentimiento informado se entregó por duplicado para que el participante conservase una copia del mismo; el documento firmado quedó en poder del investigador.

El investigador no tuvo contacto con los participantes en el momento de responder el cuestionario.

La recolección de los cuestionarios ya respondidos se hacía en el correr de los días venideros y estuvo a cargo mayoritariamente por el investigador.

Se solicitó la colaboración de los Supervisores de enfermería para dicha recolección, principalmente de funcionarios con los que posteriormente a entregarles el cuestionario se dificultaba el contacto por el investigador. Algún participante dejó el cuestionario completo en el Departamento de Enfermería en sobre cerrado a nombre del investigador.

Se elaboró una planilla (ver anexo N° 4) para el control de entrega de los cuestionarios completados, asegurando el anonimato de los mismos, para poder contar con información de los participantes que aún no los entregaban y realizar así de forma focalizada los dos recordatorios correspondientes.

Para ello cada cuestionario fue identificado con un número que se engrampaba al mismo; en una planilla se registraba a quien se había entregado ese cuestionario registrando número, fecha, nombre y apellido, su entrega ya respondido al investigador y la fecha de la misma.

Al momento de la entrega y posterior registro de la misma en la planilla, se quitaba del cuestionario el número engrampado, asegurando desde ese momento el anonimato del

cuestionario entregado. Esta planilla fue solo manejada por el investigador asegurando también el anonimato de cada cuestionario entregado.

### **Control de calidad de datos.**

Si el participante prefería no contestar alguna pregunta o si la pregunta no se aplicaba al mismo, podía dejarla en blanco.

No se tomaron en cuenta respuestas en las que se marcó más de una opción en una misma pregunta.

Ambas situaciones no alteraron el análisis de los datos, pero se especificó el porcentaje de respuestas de este tipo en Resultados.

Con respecto al espacio para “Sus comentarios” Sección I del cuestionario, el investigador decidió tomar aquellos que se realizaron en función de su pertinencia al tema en estudio, simplemente mencionarlos en Resultados y relacionarlos con los mismos en la discusión.

### **Consideraciones éticas.**

El protocolo de la investigación se envió a la Comisión de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República para su evaluación, ya que el Hospital del BSE no cuenta con este tipo de comisión.

Se le solicitó a cada participante la firma de un consentimiento informado que incluía los tres requisitos éticos principales:

1. participación voluntaria
2. libertad de daño, molestias físicas o psicológicas y
3. anonimato o carácter confidencial de la información.

Además, se le solicitó a la institución interviniente en la investigación la autorización por escrito para intervenir en la misma luego de aprobado el protocolo.

Se leyó el Decreto N° 158/019 del 3 de junio de 2019 que aprobó el proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, vinculada a la Dirección General de la Salud del MSP, relativo a la investigación en seres humanos, como forma de apoyar la investigación, preservando en todos los casos la dignidad humana y los derechos humanos de los sujetos involucrados.

## **Limitaciones del estudio.**

La pandemia de Covid-19 y su consecuente aislamiento social, preventivo y obligatorio, modificó la actividad de campo de esta investigación, así como la población objetivo definida inicialmente para la misma.

El investigador debió contactar al participante seleccionado los días que cumplía con actividades presenciales en el hospital y estas se habían visto reducidas por un tema de aforo y cuidado preventivo; algunos funcionarios médicos pertenecientes a grupos vulnerables no concurren a trabajar a la institución.

Otros participantes entraban en cuarentena preventiva por contacto con enfermos de Covid-19 y otros desarrollaron la enfermedad, ausentándose de sus actividades presenciales en el hospital, retrasando así la tarea de campo del investigador.

Por tanto solo se relevó la opinión sobre cultura de seguridad al personal de enfermería del hospital logrando retener en un 99,3% el número de participantes seleccionados de dicho personal, ya que una persona se negó a participar.

La tecnología no pudo ser considerada un soporte, ya que se había definido como instrumento de relevamiento de datos un cuestionario en formato papel y de entrega y recolección presencial por parte del investigador a cada participante seleccionado.

El hecho de que el investigador es funcionario de la institución donde se realizó la investigación implicó un sesgo para la misma, ya que pudo haber condicionado la opinión proporcionada por el participante debido a su rol de supervisor.

Como alternativa para evitarlo ofreciendo mayor garantía de respuesta anónima, se podría haber dejado una urna para depositar los cuestionarios respondidos pero no se hubiese podido realizar el control de entrega de los mismos como estrategia de retención de la muestra.

Otra alternativa pudo haber sido solicitarle a otra persona la recolección de los cuestionarios respondidos y el manejo de la planilla de control de entrega,

comunicándoselo a los participantes al momento de entregarles el cuestionario, la hoja de información y el consentimiento informado.

## **Plan de Análisis.**

Se realizó un análisis univariado, bivariado y multivariado de las variables generales y de las dimensiones.

Algunos de los resultados fueron presentados en tablas.

## **Resultados.**

Realizando una somera caracterización de los encuestados se observó que tanto para Licenciados en Enfermería como para Auxiliares de Enfermería los mayores porcentajes en cuanto a tiempo de trabajo en el hospital se dieron en el periodo de 1 a 5 años (36,8% y 37,1% respectivamente); a su vez el porcentaje siguiente en valor decreciente en ambos grupos se da también en el mismo periodo de tiempo, de 11 a 15 años (26,3% para licenciados y 28,6% para auxiliares).

Con respecto al tiempo de trabajo en su actual unidad/área también ambos grupos coinciden en los mayores porcentajes en el mismo periodo de tiempo (de 1 a 5 años) 50% para licenciados y 60,9% para auxiliares.

Casi el 100% de ambos grupos comparten la misma carga horaria de trabajo por semana en el hospital (20-39 horas semanales) 94,7% para licenciados y 96,2% para auxiliares.

Finalmente se observó si una pequeña diferenciación entre ambos grupos con respecto al tiempo de trabajo en su profesión; si bien ambos compartieron el mayor porcentaje en el mismo periodo (11 a 15 años) 28,9 para licenciados y 44,8% para auxiliares, en el porcentaje siguiente en valor decreciente, de los licenciados el 28,9% lleva entre 16 y 20 años en su profesión y el 21,9% de los auxiliares lleva entre 21 y más años en su profesión.

Para la presentación de los resultados siguientes se consideró oportuno mencionar nuevamente las doce dimensiones de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados (agrupa 3 preguntas)
2. Percepción de seguridad (agrupa 4 preguntas)
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad (agrupa 4 preguntas)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (agrupa 3 preguntas)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (agrupa 4 ítems)



6. Franqueza en la comunicación (agrupa 3 ítems)
7. Feed-back y comunicación sobre errores (agrupa 3 preguntas)
8. Respuesta no punitiva a los errores (agrupa 3 preguntas)
9. Dotación de personal (agrupa 4 preguntas)
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (agrupa 3 preguntas)
11. Trabajo en equipo entre unidades (agrupa 4 preguntas)
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (agrupa 4 preguntas).

**Personal de enfermería licenciado y auxiliar de los cuatro turnos.**

Equipo compuesto por: 38 Licenciados en Enfermería y 105 Auxiliares de enfermería.

Total de respuestas: 6.951.

Total de respuestas efectivas: 6.821 (98,1%).

Respuestas en blanco o con más de una opción marcada: 130 (1,9%).

<b>Dimensión</b>	<b>Preguntas negativas/ positivas</b>	<b>Respuestas neutrales</b>	<b>Respuestas negativas y positivas</b>	<b>Porcentaje respuestas negativas</b>	<b>Porcentaje respuestas positivas</b>	<b>Fortaleza o debilidad</b>
1	0/3	76	414	14,7%	66,9%	Intermedio
2	2/2	106	552	48,7% 17,7%	30,5% 64,6%	Intermedio
3	2/2	108	560	69,8% 12,8%	12,2% 66,7%	Intermedio
4	0/3	99	420	12,6%	63,8%	Intermedio
5	0/4	56	561	15%	<b>75%</b>	<b>Fortaleza</b>
6	1/2	124	323	61,6%	5,1%	Intermedio

				30,9%	53,8%	
7	0/3	110	414	17,4%	56,0%	Intermedio
8	3/0	143	418	28,5%	37,3%	<b>Debilidad</b>
9	3/1	165	558	45,7%	21,8%	Intermedio
				31,4%	47,8%	
10	1/2	128	413	34,8%	37,0%	Intermedio
				12,2%	55,4%	
11	2/2	169	558	56,1%	55,3%	Intermedio
				3,9%	66,2%	
12	4/0	189	559	59,2%	7%	Intermedio

Medidas de resultado de clima de seguridad:

Grado general en seguridad del paciente: el 59,4% de los encuestados lo considera Excelente o Muy bueno; 25,9% Aceptable y 6,3% Pobre. Tuvo doce respuestas en blanco o con más de una opción marcada (8,4%).

Número de eventos notificados: el 77,6% de los encuestados no realizó ningún reporte en los últimos doce meses; el 16,1% de 1 a 2 reportes; el 4,2% de 3 a 5 reportes y el 0,7% de 21 o más reportes. Tuvo dos respuestas en blanco o con más de una opción marcada (1,4%).

Dimensión 1: intermedio.

Dimensión 2: intermedio.

**Personal de enfermería licenciado de los cuatro turnos.**

Equipo compuesto por: 7 turno noche, 15 turno mañana, 10 turno tarde y 6 turno vespertino.

Total de respuestas: 1.861.

Total de respuestas efectivas: 1.850 (99,4%).

Respuestas en blanco o con más de una opción marcada: 11 (0,6%).

<b>Dimensión</b>	<b>Preguntas negativas/ positivas</b>	<b>Respuestas neutrales</b>	<b>Respuestas negativas y positivas</b>	<b>Porcentaje respuestas negativas</b>	<b>Porcentaje respuestas positivas</b>	<b>Fortaleza o debilidad</b>
1	0/3	23	112	21,4%	58%	Intermedio
2	2/2	37	150	45,3%	30,7%	Intermedio
				30,7%	44%	
3	2/2	29	152	63,1%	22,4%	Intermedio
				17,1%	59,2%	
4	0/3	33	114	17,5%	53,5%	Intermedio
5	0/4	16	152	17,1%	72,4%	Intermedio
6	1/2	39	114	52,6%	10,5%	Intermedio
				19,7%	47,4%	
7	0/3	31	114	23,9%	49,1	Intermedio
8	3/0	29	114	16,7%	<b>57,9%</b>	<b>Debilidad</b>
9	3/1	35	152	48,2%	25,4%	Intermedio
				39,5%	47,4%	
10	1/2	45	114	31,6%	2,6%	Intermedio
				17,1%	38,1%	
11	2/2	52	152	50%	14,5%	Intermedio
				5,3%	61,8%	
12	4/0	62	152	50%	9,2%	Intermedio

### Medidas de resultado de clima de seguridad:

Grado general en seguridad del paciente: el 39,5% de los encuestados lo considera Excelente o Muy bueno; 36,8% Aceptable y 15,8% Pobre. Tuvo tres respuestas en blanco o con más de una opción marcada (7,9%).

Número de eventos notificados: el 50% de los encuestados no realizó ningún reporte en los últimos doce meses; el 36,8% de 1 a 2 reportes: el 7,9% de 3 a 5 reportes y el 2,6 % de 21 o más reportes. Tuvo una respuesta en blanco o con más de una opción marcada (2,6%).

Dimensión 1: intermedio.

Dimensión 2: intermedio.

### **Personal de enfermería auxiliar de los cuatro turnos.**

Equipo compuesto por: 17 turno noche, 32 turno mañana, 36 turno tarde y 20 turno vespertino.

Total de respuestas: 5.090.

Total de respuestas efectivas: 4.971 (97,7%).

Respuestas en blanco o con más de una opción marcada: 119 (2,3%).

<b>Dimensión</b>	<b>Preguntas negativas/ positivas</b>	<b>Respuestas neutrales</b>	<b>Respuestas negativas y positivas</b>	<b>Porcentaje respuestas negativas</b>	<b>Porcentaje respuestas positivas</b>	<b>Fortaleza o debilidad</b>
1	0/3	53	302	12,2%	70,2%	Intermedio
2	2/2	69	402	50% 12,9%	30,5% 72,3%	Intermedio
3	2/2	79	408	72,3% 11,2%	8,4% 70,9%	Intermedio
4	0/3	66	306	10,8%	67,6%	Intermedio
5	0/4	40	409	14,2%	<b>76,0%</b>	<b>Fortaleza</b>
6	1/2	85	299	65%	3%	Intermedio

				23,6%	49,7%	
7	0/3	79	300	15,3%	58,7%	Intermedio
8	3/0	114	304	32,9%	29,6%	Intermedio
9	3/1	130	406	44,7%	20,4%	Intermedio
				28,4%	48,0%	
10	1/2	83	299	36,1%	36,1%	Intermedio
				10,4%	61,9%	
11	2/2	117	406	58,3%	12,7%	Intermedio
				3,5%	67,8%	
12	4/0	127	407	62,6%	6,1%	Intermedio

Medidas de resultado de clima de seguridad:

Grado general en seguridad del paciente: el 66,7% de los encuestados lo considera Excelente o Muy bueno; 21,9% Aceptable y 2,8% Pobre. Tuvo nueve respuestas en blanco o con más de una opción marcada (8,6%).

Número de eventos notificados: el 87,6% de los encuestados no realizó ningún reporte en los últimos doce meses; el 8,6% de 1 a 2 reportes y el 2,9% de 3 a 5 reportes. Tuvo una respuesta en blanco o con más de una opción marcada (0,9%).

Dimensión 1: intermedio.

Dimensión 2: intermedio.

**Personal de enfermería licenciado y auxiliar turno noche.**

Equipo compuesto por: 7 Licenciados en Enfermería y 17 Auxiliares de enfermería.

Total de respuestas: 1.176.

Total de respuestas efectivas: 1.119 (95,1%).

Respuestas en blanco o con más de una opción marcada: 57 (4,9%).

<b>Dimensión</b>	<b>Preguntas negativas/ positivas</b>	<b>Respuestas neutrales</b>	<b>Respuestas negativas y positivas</b>	<b>Porcentaje respuestas negativas</b>	<b>Porcentaje respuestas positivas</b>	<b>Fortaleza o debilidad</b>
1	0/3	19	67	19,4%	52%	Intermedio
2	2/2	27	90	40% 11,1%	31,1% <b>80%</b>	<b>Fortaleza</b>
3	2/2	18	91	<b>77,3%</b> 10,6%	4,5% 8,1%	<b>Fortaleza</b>
4	0/3	15	69	14%	63,8%	Intermedio
5	0/4	10	92	16,3%	73%	Intermedio
6	1/2	28	68	52,2% 20%	0% 37,8%	Intermedio
7	0/3	23	70	12,8%	54,3%	Intermedio
8	3/0	21	68	14,7%	<b>54,4%</b>	<b>Debilidad</b>
9	3/1	27	92	40,6% 21,3%	24,6% 65,2%	Intermedio
10	1/2	21	64	35% 13,6%	35% 52,3%	Intermedio
11	2/2	37	91	36,9% 2,2%	26,1% 53,3%	Intermedio
12	4/0	30	91	60,4%	6,6%	Intermedio

### Medidas de resultado de clima de seguridad:

Grado general en seguridad del paciente: el 62,5% de los encuestados lo considera Excelente o Muy bueno; 20,83% Aceptable y 8,33% Pobre. Tuvo dos respuestas en blanco o con más de una opción marcada (8,33%).

Número de eventos notificados: el 83,3% de los encuestados no realizó ningún reporte en los últimos doce meses; el 12,5% de 1 a 2 reportes y el 4,2% de 3 a 5 reportes.

Dimensión 1: intermedio.

Dimensión 2: fortaleza.

### **Personal de enfermería licenciado y auxiliar turno mañana.**

Equipo compuesto por: 15 Licenciados en Enfermería y 32 Auxiliares de enfermería.

Total de respuestas: 2.304.

Total de respuestas efectivas: 2.246 (97,5%).

Respuestas en blanco o con más de una opción marcada: 58 (2,5%).

<b>Dimensión</b>	<b>Preguntas negativas/positivas</b>	<b>Respuestas neutrales</b>	<b>Respuestas negativas y positivas</b>	<b>Porcentaje respuestas negativas</b>	<b>Porcentaje respuestas positivas</b>	<b>Fortaleza o debilidad</b>
1	0/3	26	140	17,1%	64,3%	Intermedio
2	2/2	32	183	47,2%	33%	Intermedio
				26,1%	58,7%	
3	2/2	35	185	57,6%	21,7%	Intermedio
				21,5%	61,3%	
4	0/3	32	138	19,6%	57,2%	Intermedio
5	0/4	17	185	17,8%	73%	Intermedio
6	1/2	40	135	53,3%	8,9%	Intermedio
				30%	44,4%	
7	0/3	33	135	26,7%	48,9%	Intermedio
8	3/0	41	138	23,2%	47,1%	Intermedio

9	3/1	38	183	50,4%	25,5%	<b>Debilidad</b>
				<b>60,9%</b>	28,3%	
10	1/2	55	137	26,7%	44,4%	Intermedio
				20,6%	33,7%	
11	2/2	40	184	54,3%	15,2%	Intermedio
				7,6%	53,3%	
12	4/0	77	184	48,4%	9,8%	Intermedio

Medidas de resultado de clima de seguridad:

Grado general en seguridad del paciente: el 46,8% de los encuestados lo considera Excelente o Muy bueno; 31,9% Aceptable y 8,5% Pobre. Tuvo seis respuestas en blanco o con más de una opción marcada (12,8%).

Número de eventos notificados: el 72,3% de los encuestados no realizó ningún reporte en los últimos doce meses; el 17% de 1 a 2 reportes y el 6,4% de 3 a 5 reportes. Tuvo dos respuestas en blanco o con más de una opción marcada (4,3%).

Dimensión 1: intermedio.

Dimensión 2: intermedio.

**Personal de enfermería licenciado y auxiliar turno tarde.**

Equipo compuesto por: 10 Licenciados en Enfermería y 36 Auxiliares de enfermería.

Total de respuestas: 2.251.

Total de respuestas efectivas: 2.188 (97,2%).

Respuestas en blanco o con más de una opción marcada: 63 (2,8%).

<b>Dimensión</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Fortaleza</b>
	<b>negativas/</b>		<b>negativas y</b>	<b>respuestas</b>	<b>respuestas</b>	<b>o</b>



	<b>positivas</b>	<b>neutrales</b>	<b>positivas</b>	<b>negativas</b>	<b>positivas</b>	<b>debilidad</b>
1	0/3	25	132	13,6%	67,4%	Intermedio
2	2/2	28	176	54%	27,6%	Intermedio
				19,1%	67,4%	
3	2/2	29	180	72,2%	11,1%	Intermedio
				12,2%	72,2%	
4	0/3	28	135	10,4%	68,9%	Intermedio
5	0/4	14	180	14,4%	<b>7,8%</b>	<b>Fortaleza</b>
6	1/2	38	132	68,2%	2,3%	Intermedio
				22,7%	48,9%	
7	0/3	36	131	11,4%	61,1%	Intermedio
8	3/0	38	134	39,5%	32,1%	Intermedio
9	3/1	57	179	40,3%	15,7%	Intermedio
				24,4%	55,5%	
10	1/2	38	134	34,1%	36,4%	Intermedio
				6,7%	65,5%	
11	2/2	46	179	62,2%	8,9%	Intermedio
				3,4%	74,1%	
12	4/0	54	180	63,3%	6,7%	Intermedio

Medidas de resultado de clima de seguridad:

Grado general en seguridad del paciente: el 63% de los encuestados lo considera Excelente o Muy bueno; 26,1% Aceptable y 4,3% Pobre. Tuvo tres respuestas en blanco o con más de una opción marcada (6,5%).

Número de eventos notificados: el 76,1% de los encuestados no realizó ningún reporte en los últimos doce meses; el 19,6% de 1 a 2 reportes: el 2,2% de 3 a 5 reportes y el 2,2% de 21 o más reportes.

Dimensión 1: intermedio.

Dimensión 2: intermedio.

**Personal de enfermería licenciado y auxiliar turno vespertino.**

Equipo compuesto por: 6 Licenciados en Enfermería y 20 Auxiliares de enfermería.

Total de respuestas: 1.274.

Total de respuestas efectivas: 1.268 (99,5%).

Respuestas en blanco o con más de una opción marcada: 6 (0,5%).

<b>Dimensión</b>	<b>Preguntas negativas/ positivas</b>	<b>Respuestas neutrales</b>	<b>Respuestas negativas y positivas</b>	<b>Porcentaje respuestas negativas</b>	<b>Porcentaje respuestas positivas</b>	<b>Fortaleza o debilidad</b>
1	0/3	6	75	8%	<b>84%</b>	<b>Fortaleza</b>
2	2/2	19	103	50% 5,9%	30,8% <b>76,5%</b>	<b>Fortaleza</b>
3	2/2	26	104	<b>80,8%</b> 0%	3,8% 65,4%	<b>Fortaleza</b>
4	0/3	24	78	2,6%	66,7%	Intermedio
5	0/4	15	104	9,6%	<b>76%</b>	<b>Fortaleza</b>
6	1/2	18	78	<b>73,1%</b> 11,5%	0% 67,3%	<b>Fortaleza</b>
7	0/3	18	78	15,4%	61,5%	Intermedio

8	3/0	43	78	30,8%	14,1	Intermedio
9	3/1	53	104	51,3%	9%	Intermedio
				0%	53,8%	
10	1/2	14	78	50%	26,9%	<b>Fortaleza</b>
				5,8%	<b>78,9%</b>	
11	2/2	22	104	65,4%	5,8%	<b>Fortaleza</b>
				0%	<b>86,5</b>	
12	4/0	28	104	70,2%	2,9%	Intermedio

Medidas de resultado de clima de seguridad:

Grado general en seguridad del paciente: el 73,1% de los encuestados lo considera Excelente o Muy bueno; 19,2% Aceptable y 3,8% Pobre. Tuvo una respuesta en blanco o con más de una opción marcada (3,8%).

Número de eventos notificados: el 84,6% de los encuestados no realizó ningún reporte en los últimos doce meses; el 11,5% de 1 a 2 reportes y el 3,8% de 3 a 5 reportes.

Dimensión 1: fortaleza.

Dimensión 2: fortaleza.

Con respecto a “Sus comentarios” Sección I, se destacan los siguientes comentarios en cada dimensión.

1. Frecuencia de eventos notificados

“Estaría muy bueno, que se registren accidentes... luego se revela la situación... de esa manera se aprende y se mejora.”

“...falta información y de contar (fácil acceso) a formulario de accidentes y proceso de notificación de los mismos.”

“Generalmente no se reportan incidentes porque cuando se reportan en 24 hs alguien viene y te comenta que horrible lo que hizo tal persona y todos los hechos.”

## 2. Percepción de seguridad

“...la seguridad del paciente es una prioridad para nosotros”

“En estos últimos años la seguridad de los pacientes mejoró mucho...”

“La seguridad está actualmente mejorada... nuestro centro hoy cuenta con mayor y mejor material en cantidad...”

“Siento que en el HBSE no se le da la importancia que debería tener la seguridad del paciente.”

“...en esta institución se trabaja diariamente en cuidar la seguridad del paciente...”

“Debemos fomentar acciones para evitar incidentes en la seguridad del paciente...”

“...la institución es una aseguradora... aún más se deben reforzar esfuerzos... reforzando lo que nos da resultado y aprendiendo de nuestras fallas y errores...”

“...la institución debería insistir más en la seguridad del paciente, que su personal se interese más y que se logre buen trabajo en equipo...”

“...la seguridad del paciente es altamente priorizada... el personal lo noto responsable en cuanto al manejo y aceptación de los errores cometidos.”

“...el Hospital BSE, trabaja proactivamente en pro del bienestar del paciente.”

“En el HBSE se requiere trabajar en seguridad del paciente.”

## 3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad

“...tener más en cuenta sugerencias de funcionarios”

“...uno de los motivos principales que pone en riesgo la seguridad del paciente en el área donde me desempeño, es la dinámica de trabajo, ya que frecuentemente se trabaja con presión para poder cumplir la tarea en tiempo y forma establecida.”

#### 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua

“La capacitación del personal... no se da en esta institución.”

“Habría que trabajar más en diferentes metas a lograr para seguridad del paciente...”

Habría que hacer más educación al personal...”

“Debería de existir protocolos y/o normas para trabajar con respecto a este tema...”

“Debemos mejorar los protocolos de seguridad del paciente”.

“Protocolizar reporte de todos los eventos (crear una lista de lo que se considera que hay que reportar).”

“...la falta de algún protocolo de seguridad puede ocasionar algún error pero en este último tiempo se están regularizando cada vez más.”

“Continuar trabajando para mejorar la seguridad de los pacientes...”

“Sólo conozco un protocolo establecido para reportar accidentes (caídas)...”

“Esta iniciativa es un buen comienzo.”

“Instancias para mejorar procesos de seguridad. Realizar devoluciones anuales de cuales fueron los eventos para mejorar, ver formas de prevenirlos.”

#### 5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio

“...muy buen equipo de trabajo, responsable... siguiendo todos los protocolos y tomando los recaudos necesarios que brindan seguridad...”

“El equipo de trabajo es un aspecto poco valorado... no es tenido en cuenta el personal... grupos poco consolidados y con dificultades...”

“Falta trabajar en equipo.”

“Hay un muy buen equipo de trabajo, que se interesa por el cuidado de los pacientes.”

“...hay que trabajar con todos los integrantes del equipo de salud para minimizar los errores y mejorar la seguridad del paciente.”

“...la seguridad del paciente en riesgo... visitas médicas de distintas especialidades al mismo tiempo...”

#### 6. Franqueza en la comunicación

“...mejorar la comunicación entre los diferentes componentes de los equipos, con distinto grado jerárquicos”.

“...la mala calidad de la información, como se transmite, el tiempo y la forma afectan negativamente en el proceso de atención.”

“Mejorar la comunicación y reportar lo antes posible consecuencias negativas encontradas para poder actuar antes que se cometan errores.”

“...la seguridad del paciente en riesgo... falta de comunicación...”

#### 7. Feed-back y comunicación sobre errores

“y sin tener una retroactividad sobre posibles soluciones para que no vuelvan a suceder.”

“El déficit de comunicación dificulta la prevención de incidentes con el paciente...”

#### 8. Respuesta no punitiva a los errores

“...no castigar los errores cuando se cometen por primera vez.”

“Los errores se deben tomar en consideración para ver donde fue que hubo una falla y no simplemente sancionar al funcionario. De esta manera se reportarían más incidentes adversos...”

“...muchas veces se ha ido a fondo en busca de la culpabilidad de alguien dejando de lado el error en si o al paciente...”

“A nivel Departamento de Enfermería no interesa trabajar los errores para mejorarlos y si hay conciencia punitiva. Por lo cual el personal esconde información y tiene miedo de denunciar errores.”

“La persona implicada se siente perseguida, acosada y también es consultada por diferentes vías de comunicación de cómo fue lo ocurrido porque sintieron el rumor en el hospital. Se hacen cursos pero no se asimila el no culpabilizar el error. Los reportes deben ser anónimos pero no se ha instrumentado.”

#### 9. Dotación de personal

“Es necesario aumentar el personal de enfermería... y no se sobrecarga al personal (sobre todo en turnos alejados...”

“Mantener el personal fijo en un mismo sector... roces entre algunas personas y sentido de pertenencia... puede afectar directamente la atención al usuario.”

“...la seguridad del paciente en riesgo... rotación del personal...”

#### 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

“La seguridad del paciente no es importante para la Dirección. Solo cuidan no recibir quejas”.

“La mayoría de las políticas tomadas por las autoridades de la institución son negativas respecto a la seguridad de los usuarios.”

“A nivel de Dirección Técnica no hay compromiso con tema COSEPA. Hay personal calificado, interesado en el tema pero no se le da la carga horaria necesaria.”

“El clima laboral no favorece a trabajar en seguridad del paciente.”

#### 11. Trabajo en equipo entre unidades

“...el personal de salud debería estar más unido para poder colaborar entre todos...”

“Todos los servicios (adm., farmacia, cocina) no están al servicio de ayuda a enfermería. Enfermería pasa a ser y es considerado el último eslabón del enorme proyecto (cero atención a nosotros).”

“Falta de coordinación con otros servicios de apoyo.”

“...aún existen dificultades en la coordinación entre las diferentes áreas, déficit comunicacional y claros objetivos en común.”

## 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

“... en el pase de guardia se pierde mucha información esencial”

“...la seguridad del paciente en riesgo... pases de guardia (no existe instructivo ni implementación del mismo).”

“...los pases de guardia no reflejan los potenciales riesgos en relación a la seguridad del paciente.”

## **Discusión.**

En el estudio “Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria” del año 2015, de Doriam Esperanza Camacho Rodríguez y Nelly Esperanza Jaimes Carvajal de la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Bucaramanga, se



encontraron diferencias significativas entre la valoración positiva de la cultura de la seguridad y variables como edad, nivel académico, antigüedad en el trabajo y horas de trabajo semanal.

Sin embargo, si analizamos los resultados de la caracterización de los encuestados de esta investigación, podemos decir que las variables clasificatorias socioprofesionales (nivel académico, antigüedad en el trabajo y horas de trabajo semanal) no determinarían diferencias sustantivas en la opinión sobre la cultura de seguridad en el personal de Enfermería, ya que no marcaron diferencias significativas entre auxiliares y licenciados en lo socioprofesional.

La encuesta muestra que el Grado de seguridad del paciente se evalúa entre Excelente y Aceptable en el 85,3% del personal encuestado; por tanto, según refiere Weaber (2012) esta institución tiene un bajo riesgo de ocurrencia de eventos adversos.

Si lo analizamos desde la opinión de los licenciados y los auxiliares por separado, los licenciados en un menor porcentaje lo consideran Excelente o Muy bueno y en un mayor porcentaje lo consideran Aceptable o Pobre, con respecto a los auxiliares.

En este punto la formación profesional del personal licenciado pudo haber marcado las diferencias de opinión, ya que la misma le brinda herramientas de valoración y opinión más críticas.

Si analizamos el Grado de seguridad del paciente desde los turnos de Enfermería, el turno de la mañana es el que en menor porcentaje lo considera Excelente; el turno vespertino es quien le da el mayor porcentaje de excelencia.

Los turnos noche y tarde prácticamente no muestran diferencias en el porcentaje de excelencia, con porcentajes intermedios entre los dos turnos ya mencionados.

El turno de la mañana tuvo el mayor porcentaje de opinión como Aceptable y los turnos tarde y vespertino el menor porcentaje de opinión como Pobre. -

“El turno de mañana es considerado el mejor para trabajar según un estudio sobre Fatiga Mental en Enfermería, seguido del turno de tarde.

Los turnos nocturnos acarrear consecuencias en el ámbito laboral, familiar y social transformándose en factores de riesgo tanto para el propio trabajador como para sus pacientes, a los que presta cuidados”<sup>16</sup>.

Estas conceptualizaciones nos permiten entonces preguntarnos porque el turno de la mañana fue quien consideró menos Excelente el Grado de seguridad del paciente y un turno con horas nocturnas como el vespertino fue quien le dio mayor porcentaje de excelencia.

En relación al número de eventos notificados casi el 80% de los encuestados no realizó ningún reporte en los últimos doce meses; si lo analizamos por separado los licenciados realizaron más reportes que los auxiliares.

El alto porcentaje de no reportes en los últimos doce meses puede relacionarse a comentarios realizados con respecto a la notificación de eventos adversos y respuesta no punitiva a los errores.

Algunas de las razones que se han mencionado por lo que no se reporta son: el miedo a ser penalizados, culpados o señalados por la ocurrencia del evento, el abordaje no adecuado del mismo y del impacto sobre el paciente.

Aquí se destaca la falta de uno de los componentes clave para el desarrollo de una cultura de seguridad efectiva, un contexto no punitivo en donde las personas se sienten libres para notificar errores, accidentes o problemas de seguridad sin temor a represalias.

Desde el análisis de la opinión de todo el equipo de Enfermería encuestado la dimensión Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio fue la única que tuvo una clasificación clara en

relación a lo propuesto por el cuestionario de la AHRQ adaptado para el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, se clasificó como una fortaleza.

Por otro lado, en la Sección I “Sus comentarios” se registraron comentarios como:

“Falta trabajar en equipo.”

“El equipo de trabajo es un aspecto poco valorado... no es tenido en cuenta el personal... grupos poco consolidados y con dificultades...”

En relación a estos comentarios podríamos preguntarnos si la herramienta utilizada es fiel para medir esta dimensión.

Quizá el trabajo en equipo existe pero es poco apreciado, así como el personal por la institución.

Quizá en cada unidad o servicio se trabaja en equipo pero no entre unidades o servicios.

El resto de las doce dimensiones se clasificaron como Intermedio (ni Fortaleza, ni debilidad u oportunidad de mejora).

Si tomamos solo la opinión del personal licenciado la única dimensión que pudo clasificarse fue la Respuesta no punitiva a los errores y fue clasificada como una debilidad.

Desde la opinión del personal auxiliar la única dimensión que pudo clasificarse fue el Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio y fue clasificada como una fortaleza, coincidiendo con la opinión de todo el equipo de Enfermería.

El equipo de Enfermería del turno de la noche clasificó como fortalezas la Percepción de seguridad y las Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad; este turno clasificó como una debilidad a la Respuesta no punitiva a los errores.

El equipo de Enfermería del turno de la mañana clasificó como una debilidad a la Dotación de personal.

A pesar de ello en los comentarios realizados en la Sección I “Sus comentarios” esta debilidad se menciona como importante en los turnos alejados.

“Es necesario aumentar el personal de enfermería... y no se sobrecarga al personal (sobre todo en turnos alejados...)”

Estos comentarios se pueden asociar a lo mencionado en el marco referencial sobre la organización de los RRHH y la normativa internacional de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, y que no se cumplía principalmente en los turnos vespertino y noche por la falta de personal suplente. En la actualidad esta situación ha cambiado debido a la incorporación de personal suplente.

Se destacan también comentarios sobre factores que pueden afectar la seguridad del paciente como los conflictos y la rotación del personal, ya que pueden afectar la atención del paciente, pero también se consideró en forma contraria que el sentido de pertenencia puede también afectarla.

El equipo de Enfermería del turno de la tarde clasifica como fortaleza también el Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, coincidiendo también con la opinión de todo el equipo de Enfermería.

El equipo de Enfermería del turno vespertino fue el que clasificó mayor cantidad de dimensiones de la cultura de seguridad.

La opinión de este equipo no clasificó ninguna dimensión como debilidad. Si clasificó 7 dimensiones como fortalezas: Frecuencia de eventos notificados, Percepción de seguridad, Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad, Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, Franqueza en la comunicación, Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente y Trabajo en equipo entre unidades.

En la clasificación como fortaleza el Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, se coincide nuevamente también con la opinión de todo el equipo de Enfermería.

Los turnos alejados (vespertino y noche) fueron los que identificaron más dimensiones como fortalezas con respecto a los otros dos, volviéndose a observar la incongruencia teórica entre turnos de Enfermería con horas nocturnas, optimización de turnos de trabajo y factores de riesgo que pueden afectar la calidad de los cuidados.

## **Conclusiones.**

Esta investigación logró medir y con sus resultados describir la cultura de seguridad del paciente en el Hospital BSE, en el período de tiempo considerado, desde la perspectiva de su personal de Enfermería.

Se logró obtener información del 100% de lo encuestado (las doce dimensiones de la cultura de seguridad, la calificación global de la seguridad en el entorno del participante en la investigación, el número de eventos notificados en el último año, además de las variables clasificatorias socioprofesionales).

Se realizó el análisis de las doce dimensiones de la cultura de seguridad y se identificaron sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

El Grado de seguridad del paciente se evaluó entre Excelente y Aceptable por el personal que participó en la investigación; esta institución tiene un bajo riesgo de ocurrencia de eventos adversos.

Esperamos que esta información permita contribuir con la gestión institucional de la mejora continua de la calidad asistencial como un objetivo clave, elaborando un plan estratégico de mejoras a alcanzar con el desarrollo de políticas de seguridad de los pacientes desde la COSEPA institucional, que le permitan sostener el compromiso con la calidad asistencial como visión y contribuir así a asegurar prestaciones asistenciales de calidad a los trabajadores uruguayos y a otras instituciones de atención a la salud que las soliciten.

## **Sugerencias.**

En relación a la necesidad de reflejar la voluntad de afectar recursos para proporcionar seguridad a la actuación de la COSEPA, se sugiere la designación de un profesional de enfermería con dedicación exclusiva en seguridad del paciente, que le permita desarrollar políticas necesarias, se motive e involucre, propicie un entorno abierto a cambios, escucha, comunicación, aprendizaje y mejora continua.

Implementar una cultura positiva de seguridad del paciente a través de un plan estratégico que fomente el reporte de eventos adversos e incidentes sin miedo a castigos; crear una cultura centrada en la capacidad de reconocer errores, el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos en contraposición a la culpa, el reproche y el correspondiente castigo; actuar para mejorar y prevenir errores con un enfoque sistémico, las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.

Una valoración de la seguridad con una visión no fragmentada, integrada en el sistema y alineada con los objetivos institucionales, permitiría una real cuantificación de errores, un adecuado aprendizaje y una buena gestión de riesgos, que redundaría en una mejor atención y seguridad del paciente.

Se promocionaría así un cambio cultural que internalice la concepción y abordaje de la seguridad de los pacientes sin miedos.

Se propone involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la atención; se puede mejorar la seguridad y la atención prestada. Las soluciones serían más viables y realistas con su participación.

Se plantea incorporar las lecciones aprendidas y cambios necesarios a los procesos de trabajo, por ejemplo con la sistematización del pase de guardia en el servicio y entre servicios; conocer qué reportar y cómo poder hacerlo de forma clara y sencilla a través

de la socialización de instructivos de reportes, elaboración de protocolos de trabajo necesarios, etc.

Debe tratarse de soluciones realistas, sostenibles, efectivas en costos y siempre con una introducción controlada a través de la evaluación de riesgos.

En cuanto a la dotación del personal de enfermería, tanto profesional como auxiliar, se aconseja mantener la relación actual personal de enfermería-paciente según la normativa internacional, aumentándola en los turnos alejados para prevenir posibles dificultades de cobertura ante ausencias, principalmente de último momento y que no se logran cubrir. Se propone la utilización periódica del cuestionario utilizado en esta investigación para la evaluación y mejora de la cultura de seguridad en el hospital.

Se sugiere como complemento de esta investigación un estudio de tipo cualitativo, para analizar la Sección I “Sus comentarios”; en este estudio se tuvieron en cuenta para la discusión pero sin el abordaje metodológico correspondiente; sería de suma importancia profundizar en el relato de los actores.

Se clasificó una dimensión como fortaleza pero comentarios realizados con respecto a ella son contradictorios.

Sería interesante también investigar la contradicción con otros estudios, hallada en esta investigación entre Grado de seguridad del paciente y turno de trabajo en Enfermería.

Por último, también se sugiere para otras investigaciones futuras en este tema, investigar nuevos criterios para clasificar una dimensión como fortaleza o debilidad, ya que los aportados por el cuestionario de la AHRQ adaptado para el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, clasifican muchas de las dimensiones como Intermedio. Por los resultados obtenidos en otras investigaciones que se mencionan en Antecedentes y que utilizaron el mismo cuestionario que esta investigación, se piensa que lo referido también les ha sucedido.



En suma, se sugiere un ajuste del instrumento que determine una mayor fidelidad de medición.

## Referencias Bibliográficas.

<sup>1,2</sup> BSE: Banco de Seguros del Estado [Internet]. Montevideo: BSE [citado 4 mar 2019].

Hospital BSE Misión/Visión.

Disponible en: <http://www.bse.com.uy/hospitalbse/inicio/institucional/mision-vision/>

<sup>3</sup> IMPO: Centro de Información Oficial [Internet]. Montevideo: IMPO [citado 10 mar 2019]. Ley 19.666.

Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19666-2018>

<sup>4</sup> López Pinzón V, Puentes Vega MA, Ramírez AL. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de Primer Nivel en el Municipio de Villeta. [Internet] Universidad del Rosario, Facultad de Administración, Maestría Administración en Salud, Bogotá D.C.; 2016 [citado 3 abr 2019].

Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%C3%B3n%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20un%20Hospital%20p%C3%ABlico%20de%20Primer%20Nivel%20del%20municipio%20de%20Villeta.pdf?sequence=1>

<sup>5</sup> Camacho Rodríguez DE, Jaimes Carvajal NE. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado 17 may 2019];34(1):[aprox. 0 p.].

Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>

<sup>6</sup> Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 [citado 6 jun 2019];17(3):97-111.

Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>.

<sup>7</sup> Agencia de Calidad del SNS. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y Política Social, Centro de publicaciones; 2009. [citado 14 jul 2019].

Disponible en:  
[http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)

<sup>8</sup> González Montaña, SM. Percepción de cultura de seguridad del paciente en Enfermería de un efector público. RUE [Internet]. 2018 [citado 3 abr 2019]; 13(2):47-3. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/261>

<sup>9</sup>OPS: Organización Panamericana de la salud [Internet]. Uruguay: OPS [citado 10 mar 2019]. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020: hacia dónde irá la salud del país. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=451)

<sup>10</sup> SMU: Sindicato Médico del Uruguay [Internet]. Montevideo: SMU [citado 10 jul 2019]. Centros de Referencia, iniciativa original del SMU. Disponible en: <http://www.sermedico.com.uy/el-smu>

<sup>11</sup> MSP: Ministerio de Salud Pública [Internet] Uruguay: MSP [citado 14 jul 2019]. MSP envió al Parlamento proyecto de centros de referencia. Disponible en: [www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/msp-envio-al-parlamento-proyecto-de-centros-de-referencia](http://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/msp-envio-al-parlamento-proyecto-de-centros-de-referencia)

<sup>12</sup>Bruno D, Da Rosa MF, De León MA, López M. Cultura de seguridad del paciente. [Internet] Montevideo: FE; 2011 [citado 14 ago 2019].

Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2011/FE-0394TG.pdf>

<sup>13</sup> Hamui-Sutton A, Pérez-Castro y Vázquez JA, Durán-Pérez VD, García-Téllez SE, Fernández-Cantón SB, Lezana-Fernández MÁ, et al. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *Revista CONAMED* [Internet]. 2015 [citado 29 ago 2019]; 20(2):54–63.

Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=05690837-4879-40c0-8215-c7cb270aa5b4%40sessionmgr104>

<sup>14</sup> Castañeda-Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas JF, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2013 [citado 30 ago 2019];19(2):77-88.

Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>.

<sup>15</sup> Vítolo F. Cultura de seguridad.[Internet] Argentina: Biblioteca Virtual Noble. Argentina; 2016 [citado 30 ago 2019].

Disponible en: [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/02062016.7.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/02062016.7.pdf)

<sup>16</sup> Solar Ruiz, Lucía. Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. [Internet] España: Universidad de Cantabria; 2014 [citado 30 may 2021].

Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5108/SolarRuizL.pdf>

## **Apéndices y Anexos.**

1. Encuesta
2. Hoja de Información al participante
3. Consentimiento Informado
4. Planilla para el control de entrega de los cuestionarios completados.



## DIRECCION GENERAL DE LA SALUD-DECASEPA

### CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN HOSPITALES

#### Instrucciones

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

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

#### 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.

**A 1.** ¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital?

Marque UNA respuesta.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica | <input type="checkbox"/> |
| 2. Medicina (No-quirúrgica)                                 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cirugía  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Obstetricia  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pediatría  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Departamento de emergencia                               | <input type="checkbox"/> |
| 7. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)           | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> |

8. Salud mental / Psiquiatría

9. Rehabilitación / Fisiatría

10. Farmacia

11. Laboratorio

12. Radiología

13. Anestesia

14. Otras

## 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.

**A 2.** Piense en su unidad / área de trabajo del hospital...

**1. Muy en desacuerdo / 2. En desacuerdo / 3. Ni en acuerdo, ni en desacuerdo / 4. De acuerdo / 5. Muy de acuerdo**

1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad

2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.

3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo, trabajamos en equipo para finalizarlo.

4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.

5. El personal en esta unidad trabaja más horas para mejorar el cuidado del paciente.

6. Estamos siendo pro activos para mejorar la seguridad del paciente.

7. Usamos más personal temporal para el cuidado del paciente.

8. El personal siente que sus errores son utilizados en su perjuicio.

9. Los errores han llevado a cambios positivos

10. Es casual que los errores graves no ocurran en esta unidad.

11. Cuando una área de esta unidad esta sobrecargada, otras colaboran

12. Cuando se informa de un incidente, se percibe que la persona es la reportada y no el problema.

13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.
14. Frecuentemente, trabajamos en “crisis” intentando hacer mucho, y rápidamente.
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen se guarden en sus expedientes.
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir

### **Sección B: Su supervisor/director**

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

**1. Muy en desacuerdo / 2. En desacuerdo / 3. Ni en acuerdo, ni en desacuerdo / 4. De acuerdo / 5. Muy de acuerdo**

1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con lo establecido para la seguridad de los pacientes.
2. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes
3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.
4. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.



## Sección C: Comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo?

Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro, piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.

**1. Nunca / 2. Casi nunca / 3. A veces / 4. Casi siempre / 5. Siempre**

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

## Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados?

Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro  
Piense en el área/unidad de trabajo de su hospital...

**1. Nunca / 2. Casi nunca / 3. A veces / 4. Casi siempre / 5. Siempre**

1. Cuando se comete un error, que es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?

## Sección E: Grado de seguridad del paciente

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

1. Excelente                      2. Muy bueno                      3. Aceptable                      4. Pobre                      5. 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.

Piense en su hospital...

**1. Nunca / 2. Casi nunca / 3. A veces / 4. Casi siempre / 5. Siempre**

1. La Dirección de este hospital brinda un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.

3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.

4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.

5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.

6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.

7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.

8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.

10. Las unidades del hospital trabajan en conjunto para proveer el mejor cuidado a los pacientes.

11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.

## **Sección G: Número de incidentes reportados**

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

- a. Ningún reporte de incidentes
- b. De 1 a 2 reportes de incidentes
- c. De 3 a 5 reportes de incidentes
- d. De 6 a 10 reporte de incidentes
- e. De 11 a 20 reportes de incidentes
- f. 21 reportes de incidentes o más

## **Sección H: Información general**

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

### **1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?**

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

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

- a. Menos de 1 año
- b. de 1 a 5 años
- c. de 6 a 10 años

- d. de 11 a 15 años
- f. de 16 a 20 años
- g. de 21 o más años

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

- a. menos de 20 horas por semana
- b. de 20 a 39 horas por semana
- c. de 40 a 59 horas por semana
- d. 60 a 79 horas por semana
- f. de 80 a 99 horas por semana
- g. 100 o más horas por semana

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

- a. Auxiliar de enfermería
- b. Licenciada en enfermería
- c. Medico
- f. Farmacéutico
- g. Nutricionista
- h. Técnico (ej. Ecg, radiología, laboratorio...)
- I. Fisioterapia
- j. administrativo de una unidad (ej. secretaria...)
- k. administrativo de Dirección técnica.

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

SÍ, tengo interacción directa o contacto con pacientes.

NO, tengo interacción directa o contacto con pacientes.

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

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

**Sección I: Sus comentarios**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

-----

**Muchas gracias por su colaboración**



## Hoja de Información al participante

Universidad de la  
República Facultad de  
Enfermería Centro de  
Pos Grado

Investigación:

“Opinión del personal médico y de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital del Banco de Seguros del Estado, Montevideo-Uruguay”

*2019-2020*

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres mayores de 18 años, trabajadores del Hospital del BSE, que pertenecen al personal médico y de enfermería (licenciados y auxiliares) presupuestado, contratado o suplente con más de un año en la institución y que tengan atención directa con el usuario.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

### Introducción

Mi nombre es Julio Marcos Bonilla Ultra, soy estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería - UdelaR y estoy desarrollando una investigación referida a la percepción del personal médico y de enfermería presupuestado, contratado o suplente sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital del BSE.

Trabajo en dicho hospital como Licenciado en Enfermería Supervisor.

No tiene que decidir hoy el participar o no de la investigación, si prefiere antes de decidirse puede hablar con quién usted entienda y se sienta cómodo/a sobre la investigación.

Si existe algo que necesite mayor explicación me lo dice, y si surgen preguntas posteriores, me lo pregunta a mi o a la institución de estudio y/o de trabajo a las que pertenezco.

### Propósito

#### Selección de participantes

Estamos invitando a los hombres y mujeres mayores de 18 años, trabajadores del Hospital del BSE, que pertenecen al personal médico y de enfermería (licenciados y auxiliares) presupuestado, contratado o suplente con más de un año en la institución y que tengan atención directa con el usuario.

#### Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuará teniendo los mismos derechos y las mismas obligaciones funcionales, así como cumpliendo

las mismas funciones que hasta ahora, y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

#### Descripción del proceso

Durante la investigación se mantendrá un encuentro con usted, en donde se le brindará

información sobre la investigación y se obtendrá su consentimiento informado, e inmediatamente después se procederá a realizar la recolección de la información.

#### Beneficios

Esta investigación tendrá un beneficio indirecto para usted, ya que aportará información que podrá ser utilizada por la Comité de Seguridad del Paciente del Hospital del BSE, para aportar en la planificación y evaluación de los procesos y programas priorizando estrategias de seguridad, minimizando errores y efectos adversos en la atención sanitaria, que le permita sostener el compromiso con la calidad asistencial como visión y contribuir así a asegurar prestaciones asistenciales de calidad a otras instituciones de atención a la salud que las soliciten.

#### Incentivos

El participar de ésta investigación no le dará a usted ningún tipo de regalías ni incentivos, más que el aportar al desarrollo de una investigación científica en beneficio de la población.

#### Confidencialidad

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino el investigador tendrá acceso a verla. El cuestionario es anónimo, cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

#### Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

#### A quien contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la investigación. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarse con Julio Marcos Bonilla Ultra, investigador, teléfono 29XXXXXX, celular 09XXXXXXX, correo [XXXXXX@bse.com.uy](mailto:XXXXXX@bse.com.uy) o [XXXXXX@adinet.com.uy](mailto:XXXXXX@adinet.com.uy)

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación en la investigación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Licenciado en Enfermería Supervisor  
Julio Bonilla  
Hospital del BSE





## Consentimiento Informado



Yo \_\_\_\_\_ C.I. N° \_\_\_\_\_ he  
recibido información respecto al estudio "Opinión del personal médico y de  
enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital del Banco de  
Seguros del Estado, Montevideo-Uruguay", cuyo objetivo es conocer la opinión  
que tiene el personal médico y de enfermería sobre cultura de seguridad del  
paciente en el Hospital BSE, en el período de tiempo considerado.

Fui debidamente informado de los riesgos y beneficios de la participación en esta  
investigación.

He podido realizar todas las consultas respecto a la investigación, y se me ha  
entregado una hoja con información.

También se me ha informado que puedo retirarme de la misma cuando lo  
deseo y que ello no perjudicará mi persona.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la  
investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su  
participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he  
preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco las normas  
correspondientes para realizar investigación con seres humanos y me apego a  
ella.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del investigador

Fecha

c.c.p. el  
participante.



Montevideo, 21 de julio de 2021

**Centro de Posgrado**

**Mg. Andrea Luca**

De mi mayor consideración:

A través de la presente y en mi carácter de tutor del maestrando Lic. Esp. Julio Bonilla, doy el aval para la defensa de la investigación denominada “ **Cultura de seguridad del paciente en el Hospital del Banco de Seguros del Estado, desde la perspectiva del personal de enfermería. Montevideo-Uruguay**”

Sin más, saluda atte.



**Prof. DrC. Milton Sbarbaro**  
**Departamento de Administración**  
**Facultad de Enfermería - UdelaR**