



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

TÍTULO

**ANALISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PERSONAL Y BUSQUEDA
DE CAUSA RAIZ DE EVENTOS MAYORES DE INSEGURIDAD PARA
IMPLEMENTAR MEJORAS EN LA ATENCION DE PACIENTES DEL HOSPITAL
AXXIS EN EL PERIODO MARZO - JUNIO 2019.**

AUTOR:

Md. GRACIELA VIVIANA CHAVEZ ENRIQUEZ

DIRECTOR METODOLOGICO: Dra. Pamela Cabezas

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Judith Borja

QUITO – 2019

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PERSONAL Y BÚSCA DE CAUSA RAÍZ DE EVENTOS MAYORES DE INSEGURIDAD PARA IMPLEMENTAR MEJORAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL AXXIS EN EL PERÍODO MARZO - JUNIO 2019.

LUGAR

Hospital Axxis, el cual al momento nos ha facilitado la autorización respectiva para realizar dicho proyecto.

AUTOR

Md. GRACIELA VIVIANA CHÀVEZ ENRIQUEZ¹, Médico egresado del Posgrado de Especialización de Medicina en Emergencias y Desastres de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Directora de Tesis: Dra. Judith Borja, Médico Especialista en Medicina en Emergencias y Desastres, Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Directora Metodológica: Dra. Pamela Cabezas Pérez, Médico Internista, PhD Investigación en Medicina Clínica, Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE MI PROYECTO:

- Línea de investigación: Salud Integral, determinación social de la salud y desarrollo humano
- Sub Línea de Investigación: Investigación de sistemas y servicios de salud (ISSS)

¹ Correspondencia: vivianaespoj@gmail.com Código Postal: 170521

1. DEDICATORIA

A mi amada hija

Desde el día que te sentí en mi vientre supe que nada podría apagar mis fuerzas, eres mi motivación, mi razón para no declinar, la muestra de la bendición de Dios, a tu corta edad me has enseñado a tener valentía, constancia y templanza, esta tesis es el fruto de un camino recorrido por las dos y para las dos, mi niña amada gracias por cambiar mi vida y demostrar que cada día puedo ser mejor.

Te amo con todo mi corazón.

Viviana Chávez

2. AGRADECIMIENTOS

A mi Dios

Por permitirme ver el amanecer de cada día junto a los seres que amo, por forjar mi camino y dirigirme por el sendero correcto, ayudándome aprender de mis errores y convertirlos en fortalezas.

A mi amada Madre

Por su apoyo incondicional y esas noches de desvelo, sin ti mi bello ángel jamás hubiera llegado a ser lo que soy, eres el mejor ejemplo de lucha, valentía y coraje, gracias por nunca soltar mi mano a pesar de los errores, ahora soy el reflejo de toda tu dedicación y abnegación durante todos estos años.

A mis maestros

Por transmitir sus conocimientos a lo largo de estos 4 años, cuya sabiduría y entrega a contribuido a llegar al punto donde me encuentro

A mis amigos

Naty, Sofí, Isra, Diego, Washo y Alex gracias por todo el apoyo a lo largo de esta tesis, consejos, regaños y muchísimos momentos de alegría, siempre ocuparan un lugar especial en mi corazón.

3. LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

AHRQ: Agency for Health Care Research and Quality

WHO: World Health Organization

MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

4. LISTA DE CONTENIDOS

Contenido

1. DEDICATORIA	3
2. AGRADECIMIENTOS.....	4
3. LISTA DE ABREVIATURAS	6
4. LISTA DE CONTENIDOS	7
5. INDICE DE TABLAS.....	9
6. INDICE DE GRAFICOS	11
7. RESUMEN	13
8. ABSTRACT	17
9. CAPÍTULO I.....	21
1. INTRODUCCION	21
10. CAPITULO II.....	25
1. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	25
2. COMPONENTES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	26
3. BARRERAS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	27
4. OBJETIVOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	29
1. Identificar correctamente a los pacientes	29
2. Comunicación efectiva	29
3. Seguridad de los medicamentos de alto riesgo.....	30
4. Cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento y el paciente correcto	30
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud	30
6. Disminuir el riesgo de daño al paciente por caídas	31
5. LINEAMIENTOS LEGALES A NIVEL LOCAL Y GENERAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ECUADOR	31
6. REPORTE DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	32
7. RESPUESTA POR PARTE DE AUTORIDADES EN TORNO AL REPORTE DE EVENTOS.....	34
8. CULTURA DE SEGURIDAD	34
11. CAPITULO III.....	37
1. JUSTIFICACIÓN	37

2.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	38
3.	HIPÓTESIS DE TRABAJO	39
4.	OBJETIVOS	39
1.	OBJETIVO GENERAL.....	39
2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	39
5.	UNIVERSO Y MUESTRA	39
6.	MUESTRA POBLACIONAL	40
7.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	40
8.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	40
9.	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
10.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
	Variable Dependiente.....	40
	Variables Independientes	40
	1.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO:	42
11.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:.....	50
	Procedimiento de diagnóstico e intervención	50
	Procedimiento de diagnóstico e intervención.	51
	ASPECTOS BIOÉTICOS:.....	51
12.	CAPÍTULO IV.....	53
1.	RESULTADOS.....	53
13.	CAPÍTULO V	97
1.	DISCUSIÓN	97
2.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	102
14.	CAPÍTULO VI.....	103
1.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO	103
2.	RECOMENDACIONES	105
15.	GLOSARIO DE TERMINOS:.....	107
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	Error! Bookmark not defined.
17.	ANEXOS	115

5. INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de personal encuestado por Unidades

Tabla 2: Distribución por categoría laboral del personal encuestado

Tabla 3: Interacción directa con pacientes por el personal encuestado

Tabla 4.- Tiempo de Ejercicio Profesional en los encuestados

Tabla 5.- Tiempo de trabajo en el Hospital del personal encuestado

Tabla 6.- Tiempo de trabajo en la unidad

Tabla 7: Horas semanales de trabajo en el personal encuestado

Tabla 8: Percepción del personal respecto a su trabajo

Tabla 9: Trabajo en equipo dentro de las unidades

Tabla 10: Trabajo en equipo a través de las unidades

Trabajo 11: Transferencias y transiciones de pacientes

Tabla 12: Frecuencia de Incidentes

Tabla 13: Número de Incidentes reportados en el último año

Tabla 14: Comunicación e información sobre errores

Tabla 15.- Grado de comunicación entre el personal de salud y personal administrativo ante el reporte de un error

Tabla 16: Respuesta no punitiva al error

Tabla 17.- Grado de Seguridad del paciente

Tabla 18.- Percepciones generales del personal sobre seguridad del paciente

Tabla 19: Aprendizaje organizativo y mejora continua por el personal encuestado

Tabla 20: Apoyo de la administración para la seguridad del paciente

Tabla 21.- Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente

Tabla 22.- Análisis global de cultura de seguridad del paciente

6. INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Distribución de personal encuestado por Unidades

Gráfico 2: Distribución por categoría laboral del personal encuestado

Gráfico 3: Interacción directa con pacientes por el personal encuestado

Gráfico 4.- Tiempo de Ejercicio Profesional en los encuestados

Gráfico 5.- Tiempo de trabajo en el Hospital del personal encuestado

Gráfico 6.- Tiempo de trabajo en la unidad

Gráfico 7: Horas semanales de trabajo en el personal encuestado

Gráfico 8: Percepción del personal respecto a su trabajo

Gráfico 9: Trabajo en equipo dentro de las unidades

Gráfico 10: Trabajo en equipo a través de las unidades

Gráfico 11: Transferencias y transiciones de pacientes

Gráfico 12: Frecuencia de Incidentes

Gráfico 13: Número de Incidentes reportados en el último año

Gráfico 14: Comunicación e información sobre errores

Gráfico 15.- Grado de comunicación entre el personal de salud y personal administrativo ante el reporte de un error

Gráfico 16: Respuesta no punitiva al error

Gráfico 17.- Grado de Seguridad del paciente

Gráfico 18.- Percepciones generales del personal sobre seguridad del paciente

Gráfico 19: Aprendizaje organizativo y mejora continua por el personal encuestado

Gráfico 20: Apoyo de la administración para la seguridad del paciente

Gráfico 21.- Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente

Gráfico 22.- Análisis global de cultura de seguridad del paciente

7. RESUMEN

Antecedentes: La cultura de Seguridad del paciente se encuentra muy ligada al número de eventos adversos e incidentes clínicos que se producen en el área Hospitalaria, a pesar de las capacitaciones que se realiza a nivel del personal en torno a fortalecer el conocimiento, el identificar los puntos débiles entorno este tema nos ayuda a establecer una línea base mediante la cual se realizan mejoras continuas con el objetivo de disminuir al mínimo los eventos adversos.

Objetivo: Analizar la Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Axxis, mediante la aplicación de encuesta, buscando el reporte de evento adversos mayores y el análisis de causa raíz que llevo a implementar acciones correctivas de mejora

Materiales y métodos: Se realizo un estudio tipo analítico, observacional para lo cual la encuesta diseñada por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), para evaluar 12 dimensiones relacionadas con la cultura de seguridad del paciente, la misma que fue realizada al personal del servicio de emergencia, imagenología, hospitalización y terapia intensiva. La población de estudio fue de 140 empleados los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: encontrarse seis meses trabajando en la institución, trabajar en las diferentes áreas a estudio y encontrarse en rotaciones hospitalarias de duración de más de dos meses en el caso de internos rotativos. Los criterios de exclusión fueron: tiempo laboral en la institución menor a un mes en el caso de internos rotativos, personal de salud con funciones administrativas fuera de las áreas investigadas.

Los datos fueron recopilados en una hoja electrónica diseñada en Microsoft Office Excel versión 2010, los que luego de la depuración, fueron trasladados al programa

estadístico SPSS, Statistics Base, versión 23.0. Se realizó una estadística descriptiva, en un estudio de preguntas cerradas con elección de categoría. Antes del inicio de la recolección de datos, el presente estudio fue sometido a la aprobación del Comité de docencia e investigación del Hospital Axxis, así como al Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Resultados: Se analizaron 140 encuestas del personal de las diferentes áreas que laboran en el Hospital Axxis en la ciudad de Quito. El 31.4% área de hospitalización, seguidos del 20% del área de emergencia, en un porcentaje menor, participaron las áreas de Cuidado Intensivo (12.9%), Laboratorio (17.9%), Imagenología (16.4%) y Pediatría (1.4%). Donde el porcentaje mayor del personal evaluado se desempeña en funciones de enfermería y auxiliar de enfermería, el 22.1% de participantes son personal de áreas técnicas, el 15.7% son médicos con especialidad culminada y en misma proporción (15.7%) son médicos asistenciales, el 81% de ellos en con contacto directo con el paciente, su carga laborar el 58.6% de los encuestados, indicó trabajar entre 40 a 59 horas a la semana, el 30.7% indicó trabajar un rango de 20 a 39 horas semanales, el 4.3% labora semanalmente entre 60 a 79 horas, el 5% menos de 20 horas.

Donde se evidencio que el área de Pediatría alcanza el mejor nivel de cultura de seguridad del paciente, con un 61.80%, en tanto que, las áreas de Imagenología alcanzaron el 61.50%, Laboratorio Clínico el 57%, Cuidados Intensivos el 56.6%, las áreas clínicas de Medicina/No Quirúrgica el 51.60% y finalmente Emergencias con el 51.20%.

En el análisis por dimensiones de la encuesta por área encontramos. En el caso del área de Pediatría, los puntos más débiles se observaron correspondientes a: Personal (25%), Apoyo de la administración para la seguridad del paciente (0%) y frecuencia de incidentes reportados (0%), que corresponden a las dimensiones a intervenir de forma urgente. Las dimensiones con mejor desempeño en esta área de trabajo fueron: Expectativas y acciones

del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (100%), Aprendizaje Organizativo y Mejora Continua (100%), Grado al que la comunicación es abierta (100%) y Respuesta no punitiva al error (100%).

El área de Imagenología con mejor puntuación corresponde a: Aprendizaje Organizativo y Mejora Continua (79.7%), Trabajo en equipo dentro de las unidades (78.3%), Respuesta no punitiva al error (73.9%) y Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente (68.5%). Las dimensiones de intervención posterior incluyen principalmente a las siguientes: Grado al que la comunicación es abierta (42%), apoyo de la administración para la seguridad del paciente (43.5%) y frecuencia de los accidentes reportados (44.9%).

En el área de Laboratorio Clínico, las dimensiones con mayor criticidad de intervención corresponden a: Personal (38.7%) y Grado al que la comunicación es abierta (37.2%). Las áreas de intervención a corto plazo incluyen a: Comunicación e Información sobre los errores (41.3%) y Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente (43%), las áreas con mayor fortaleza corresponden a: Transferencias y Transiciones (77%), Frecuencia de reporte de incidentes (70.7%), Apoyo de la administración para la seguridad del paciente (69.3%) y Trabajo en equipo a través de las unidades (69%).

En el área de Cuidados Intensivos, las dimensiones con menor desempeño son: Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente (20.8%), Respuesta no punitiva al error (24.1%), Grado al que la comunicación es abierta (37%) y Personal (38.9%). Las áreas con mayor fortaleza corresponden a las siguientes dimensiones: Frecuencia de los incidentes reportados (100%), Trabajo en equipo dentro de las unidades (90.3%), Percepciones Generales de la Seguridad del Paciente (76.4%) y Aprendizaje Organizativo – Mejora Continua (74.1%).

En el caso de Hospitalización, se describe como la principal dimensión a intervención urgente a la Comunicación e Información sobre errores (28.8%), sin embargo, hay dimensiones, que pueden ser intervenidas de forma planificada, que son: Percepciones Generales de la Seguridad del Paciente (41.5%), Apoyo de la administración para la seguridad del paciente (42.4%) y Grado al que la comunicación es abierta (42.4%). Las fortalezas corresponden a: Trabajo en Equipo dentro de la Unidades (75%) y Respuesta no punitiva al error (69.7%).

En el área de Emergencias con menor porcentaje alcanzado, corresponden a: Comunicación e información sobre errores (21.4%), Grado al que la comunicación es abierta (32.1%) y Frecuencia de incidentes reportados (32.1%). Las fortalezas encontradas son: Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (80.4%), Trabajo en equipo dentro de las unidades (79.5%) y Respuesta no punitiva al error (66.7%).

Conclusiones: Después del análisis sobre cultura de seguridad en el personal de salud del Hospital Axxis, se pudo evidenciar que las fortalezas en los encuestados son: Trabajo en equipo dentro de las unidades (76.40%), Aprendizaje Organizativo y Mejora Continua (65.7%), Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (63.90%) y los puntos a intervención de manera inmediata es la creación de un departamento que maneje el reporte de eventos adversos, el mismo será el encargado de la socialización sin búsqueda de culpables y el aprendizaje en base a los ocurrido, con el personal involucrado y el no involucrado, con el fin de crear una adecuada cultura de seguridad, la cual se mide por la importancia que su personal de al reporte de eventos y las barreras de prevención que se construyan en base a lo ocurrido.

Palabras clave: Cultura de seguridad, eventos adversos, sistema de reporte de incidentes, respuesta no punitiva, aprendizaje en base al error.

8. ABSTRACT

Background: The culture of patient safety is closely linked to the number of clinical incidents and adverse events that occur in the hospital area, despite the training that takes place at the level of the staff in order to strengthen knowledge, to identify weaknesses in the environment this topic helps us to establish a baseline through which are made continuous improvements in order to minimize adverse events.

Objective: Analyze the culture of patient safety in the Axxis Hospital, through the application of survey, looking for higher adverse event and cause analysis report root to implement corrective action for improvement

Materials and methods: Held a study analytical, observational type for which the survey designed by the Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), to assess 12 dimensions related to the culture of patient safety, the same one that was made in the service of emergency, imaging, hospitalization and intensive therapy. The study population was 140 employees who met the following inclusion criteria: found six months working in the institution, working in different areas to study and find themselves in hospital rotations of duration of more of two months in the case of rotating interns. Exclusion criteria were: work time in the institution less than a month in the case of rotary internal, personal health with administrative functions out of the investigated areas.

The data were collected in a spreadsheet designed in Microsoft Office Excel version 2010, which, after purification, were transferred to the statistical program SPSS Statistics Base, version 23.0. A descriptive statistic was conducted in a study of questions with choice of category. Before the start of data collection, the present study was submitted to the approval of the Committee on teaching and research of the Axxis Hospital, as well as the

Committee of bioethics in the Faculty of Medicine of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Results: 140 surveys of staff from the different areas working at Axxis Hospital in the city of Quito were analyzed. 31.4% hospitalization area, followed by 20% of the emergency area, in a smaller percentage, participated in the areas of Intensive Care (12.9%), Laboratory (17.9%), Imaging (16.4%) Pediatrics (1.4%). Where the highest percentage of staff evaluated is in nursing and nursing assistant roles, 22.1% of participants are technical staff, 15.7% are physicians with completed specialty and in the same proportion (15.7%) are healthcare physicians, 81% of them in direct contact with the patient, their burden working 58.6% of respondents, indicated working between 40 to 59 hours a week, 30.7% indicated working a range of 20 to 39 hours per week, 4.3% working weekly between 60 to 59 hours a week 79 hours, 5% less than 20 hours.

Where it became clear that the area of Pediatrics achieves the best level of patient safety culture with 61.80%, while the Imaging areas reached 61.50%, Clinical Laboratory 57%, Intensive Care 56.6%, clinical areas of Medicine - No Surgical 51.60% and finally Emergency with 51.20%.

In the analysis by dimensions of the survey by area we find. In the case of the field of Pediatrics, the weakest points were observed corresponding to: Personnel (25%), Administration Support for Patient Safety (0%) and frequency of reported incidents (0%), corresponding to the dimensions to intervene urgently. The best performing dimensions in this area of work were: Expectations and actions of the supervisor to promote patient safety (100%), Organizational Learning and Continuous Improvement (100%), Degree to which communication is open (100%) and Non-punitive response to error (100%).

The area of Imageology with the best score corresponds to: Organizational Learning and Continuous Improvement (79.7%), Teamwork within the units (78.3%), Non-punitive response to error (73.9%) and Expectations and actions of the supervisor to promote patient safety (68.5%). Subsequent intervention dimensions mainly include: Degree to which communication is open (42%), administration support for patient safety (43.5%) and frequency of reported accidents (44.9%).

In the area of Clinical Laboratory, the dimensions with the greatest criticality of intervention correspond to: Personnel (38.7%) and Grade to which communication is open (37.2%). Short-term intervention areas include: Communication and Error Information (41.3%) and Supervisor's Expectations and Actions to Promote Patient Safety (43%), The Areas with Greatest Strength are: Transfers and Transitions (77%), Incident Reporting Frequency (70.7%), Administration Support for The Safety of patient (69.3%) and teamwork through the units (69%).

In the area of Intensive Care, the least performing dimensions are: Expectations and actions of the supervisor to promote patient safety (20.8%), Non-punitive response to error (24.1%), Degree to which communication is open (37%) Personnel (38.9%). Areas with the greatest strength correspond to the following dimensions: Frequency of reported incidents (100%), Teamwork within units (90.3%), General Perceptions of Patient Safety (76.4%) and Organizational Learning – Continuous Improvement (74.1%).

In the case of Hospitalization, it is described as the main dimension to urgent intervention to the Communication and Information on Errors (28.8%), however, there are dimensions, which can be intervened in a planned way, which are: General Perceptions of the Patient Safety (41.5%), Administration Support for Patient Safety (42.4%) and Degree to which

communication is open (42.4%). Strengths correspond to: Teamwork within the Units (75%) and Non-punitive response to error (69.7%).

In the area of Emergencies with the lowest percentage achieved, correspond to: Communication and information on errors (21.4%), Degree to which communication is open (32.1%) frequency of reported incidents (32.1%). The strengths found are: Expectations and actions of the supervisor to promote patient safety (80.4%), Teamwork within the units (79.5%) and Non-punitive response to error (66.7%).

Conclusions: After the analysis on safety culture in the health personnel of the Axxis Hospital, it was shown that the strengths in the respondents are: Teamwork within the units (76.40%), Organizational Learning and Continuous Improvement (65.7%), Expectations and actions of the supervisor to promote patient safety (63.90%) and points for intervention immediately is the creation of a department that handles the reporting of adverse events, he will be in charge of socialization without finding guilty parties and learning based on what happened, with the personnel involved and the non-involved, in order to create an adequate culture of security, which is measured by the importance that their Event report staff and prevention barriers that are built.

Keywords: Safety culture, adverse events, incident reporting system, non-punitive response, error-based learning.

9. CAPÍTULO I

1. INTRODUCCION

La Seguridad del paciente de acuerdo a la OMS (Organización Mundial de Salud) se define como la disminución de un daño innecesario asociado a la atención en los servicios de medicina. Mientras que la Health and Safety Commission of Great Britain define la cultura de Seguridad del paciente como “El conjunto de actitudes, valores, percepciones competencias y objetivos tanto individuales como de grupo, para disminuir o mitigar los daños al paciente. (Rocco 2017).

El arte de la medicina ha sido por décadas considerado como el conjunto de acciones que pueden presentar dependiendo de las circunstancias resultados no deseados. La calidad en atención de salud es evaluada constantemente de manera subjetiva en relación con el lugar de atención, sobrecarga laboral, número de pacientes, falta de personal necesario para las tareas necesarias, sin embargo, el cometer un error era un parámetro considerado por varios años como imposible, hasta que en el año 2000 y 2001, aparecen dos estudios muy valiosos que cambian de manera significativa el enfoque de dicho pensamiento “To err is human (Bunting 2016). y el segundo “Crossing the Quality Chasm” (Rodríguez 2014). Dichos estudios proponen que el cuidado del paciente representa un factor considerable para que pueda sufrir daños durante la atención.

Con estos parámetros estadísticos y antecedentes las organizaciones internacionales y gobiernos buscaron crear un sinnúmero de estrategias teniendo como línea base la prevalencia del error en el ámbito de salud, mismo que puede ser evitado con la creación de estrategias que minimicen este peligro.

Dichas habilidades han generado una estándar de concientización mundial que incita a pensar en la necesidad de implementar “Una Cultura de Seguridad” que busca resguardar al paciente de todos los daños potenciales que el sistema de salud puede ocasionar.

En el entorno hospitalario lugar en la cual, dependiendo la gravedad de la patología del paciente, es un sitio propenso a la aparición de eventos que ponen en riesgo la seguridad del paciente, debe haber conciencia de que todo accionar puede implicar un riesgo potencial, la institución debe ser capaz de reconocer errores, aprender de ellos y emplear aprendizajes que mejoren los conocimientos que permitan prevenir un nuevo suceso. La interacción entre las diferentes áreas de una institución debe ser abierta, necesaria para compartir información y tratar al profesional en presencia de errores o eventos adversos como una oportunidad para aprendizaje. La atención no solo está ligada al individuo sino también al sistema donde trabaja, este abordaje previene la recurrencia de errores.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el grupo de pacientes que reciben atención a nivel mundial 1 de cada 10, presentan al menos un episodio de evento adverso World Health Organization. (2008). (Famulato, 2018). Las cifras obtenidas mediante un sistema de reporte no son reales ya que la mayoría de ellos no se registran o reportan de manera honesta, solo se lo realiza bajo la creencia o interés del implicado, es que en base a esto se ha realizado un sinnúmero de estudios para conocer cuál es la verdadera causa tras la presencia de dichos eventos y su inadecuado reporte (Achury Saldaña, 2016).

Los reportes presentados en las distintas áreas de salud se han basado en un sistema de declaración voluntaria, lo que convierte al reporte en un parámetro opcional siendo registrados solos los eventos considerados importantes o de criterio mayor como riesgo de infecciones, caídas, medicación mal registrada. (Zárate-Grajales, 2017), lo que nos lleva a

una estadística aun irreal. En la actualidad, el proceso de seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes y estudiados los últimos tres años que requieren revisarse y desarrollarse en el país, con el objetivo de establecer un proceso efectivo de garantía de calidad en el cuidado por parte del personal de salud, (Silvestre-Busto, 2015).

La creación de medios de reporte sobre eventos o incidentes adversos ha sido una iniciativa para crear aprendizaje en base a errores anteriores, lo que permite levantar protocolos y capacitaciones en base a crear una cultura de seguridad positiva que permita el reporte de eventos adversos y su posterior retroalimentación.

Para incorporar una cultura adecuada de seguridad es necesario unir una gama amplia de conocimientos en salud, habilidades de comunicación, trabajo en equipo y una actitud humanista tanto del personal operativo como del administrativo. (Pérez-Castro 2014). La creación de una óptima cultura en las organizaciones de salud es considerada un requisito primordial para mejorar la calidad de atención, llegando a disminuir al máximo posible los eventos adversos y genera un aprendizaje en el personal, que conlleva a la mejora del proceso de salud (Sorra, 2007).

Como resultado de una adecuada Cultura de Seguridad y el reporte de eventos adversos será posible identificar la causa raíz de dichos errores por parte del personal de salud, lo que permite evaluar las barreras que se traspasaron para la ocurrencia del mismo, el factor humano es primordial , una evaluación del personal como (carga de horas laborables, entrega de turno y pendientes, relación con líderes de servicio, respuesta de los líderes al reporte de evento) permite conocer todo el contexto tras la presencia de un evento adverso, esto llevara a un aprendizaje de todo el equipo lo que mejorara la calidad de atención y seguridad del paciente.

Para conocer el nivel de Cultura de Seguridad en el personal de salud en 2004 la organización mundial de la salud (OMS) crea la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) la misma que es el ente encargado de vigilar el cumplimiento de los parámetros de seguridad, para lo cual desarrolla una encuesta para Seguridad del Paciente en los Hospitales, la cual es ampliamente revisada, valorada que además se ha utilizado para evaluar anualmente un extenso número de hospitales en los USA, España, Turquía, países del sudeste asiático y de América, incluyendo a México. (Muñoz, 2013).

Dicho cuestionario tiene como objetivo valorar la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud, originalmente fue creado para personal de atención ambulatoria denominado Medical Office Survey on Patient Safety Culture, pero debido a la estadística de eventos adversos en la atención hospitalaria fue adaptado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) con un enfoque de 12 dimensiones cuyo objetivo es valorar características generales del personal, reporte de incidentes por año, sistema de comunicación abierta, trabajo en equipo en las diferentes áreas, respuesta punitiva al error y grado de respuesta a la seguridad del paciente por parte del personal administrativo aspectos que expresan aspectos positivos y otros negativos. (Muñoz, 2013).

Uno de los principales beneficios de esa evaluación es suministrar un indicador concreto del estado actual de la cultura. Esta encuesta es realizada de manera rápida y confiable, a través de cuestionarios, lo que ayuda a obtener el máximo de informaciones a respecto de los factores organizacionales que interfieren en los asuntos de seguridad, y es a partir de esta comprensión que las acciones pueden ser planificadas

Con esta información base sobre el nivel de cultura de seguridad, se intenta levantar propuestas con la finalidad fortalecer la importancia del reporte de eventos ocurridos en la institución y realizar retroalimentación de estos lo que conllevará a minimizar los errores.

10. CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es reducir el daño que es producto de un error en el personal de salud, el costo económico que genera una atención en salud sin las suficientes medidas de precaución en seguridad es asombroso, por lo que mejorar la seguridad del paciente requiere esfuerzo de todo el sistema, el cual comprende una la elaboración de protocolos y medidas que minimicen el riesgo de un error por parte del personal de salud y logren un mejor desempeño en los mismos.

La Seguridad del Paciente es el intento consciente de evitar lesiones en el paciente que no sean propias de su enfermedad, se considera un componente esencial de la calidad asistencial, que proporciona el personal de salud en la ejecución de cualquier actividad clínica. Recientemente se ha comenzado a considerar como un componente primordial en la práctica sanitaria (Rocco 2017).

Vincent define a la seguridad del paciente como el evitar, prevenir o mitigar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria. (Rocco 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado que a escala mundial cada año, decenas de pacientes son víctimas de lesiones discapacitantes o muertes producto de prácticas en salud inadecuadas. Uno de cada 10 pacientes que ha recibido atención sanitaria según el último reporte de Alianza Mundial en Seguridad del paciente 2016 sufre algún daño al recibir atención en salud a pesar de encontrarse en hospitales equipados, tecnológicamente

adelantados y con adecuado presupuesto. Se conoce que esta incidencia de eventos adversos es mayor en hospitales que carecen de equipamiento y recursos adecuados (World Health Organization. 2008).

Se estima que el costo de una atención insegura va desde los US\$ 600 hasta US\$ 3000 millones al año, este costo incluye gastos médicos, hospitalización, cirugías, control de infecciones y discapacidad. Por lo tanto, la falta de seguridad del paciente se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial que tiene una mayor afectación en países en desarrollo (World Health Organization. 2008).

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente es una organización creada por la OMS que se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los estados. Esta entidad hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2009).

El objetivo que busca el estudiar la Seguridad de pacientes es encontrar el beneficio en la disminución del daño al mismo y sus posibles consecuencias.

2. COMPONENTES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La identificación de los eventos adversos resultantes de la práctica clínica fortalece la seguridad del paciente, dado que el no identificarlos provoca incremento de la morbilidad, aumento en la estancia hospitalaria, mayor demanda de servicios de salud, incapacidad o muerte, así como también conflictos relacionados con auditoría y aumento en los costos de salud.

Se ha demostrado que una oportuna investigación e identificación temprana en una institución de los principales riesgos que desencadenan eventos adversos podría convertirse en una fortaleza de prevención (Ramos Domínguez, B. N. 2005).

La presencia de eventos adversos se debe a un sinnúmero de procesos multicausales realizados sin la debida atención por el personal de salud, por lo que se considera que no son situaciones aisladas o repentinas, por lo contrario, la gran mayoría son casos y condiciones prevenibles que con el manejo consciente no deberían suceder (Mondragón, 2012).

Los factores implicados en la presencia de un evento adverso son varios, pero según los últimos reportes de la Alianza Mundial en Seguridad del paciente 2016, los más significativos son, técnicas y protocolos inadecuados, comunicación deficiente, insuficiente personal para la tarea, horario laboral prolongado en áreas críticas, supervisión y monitoreo deficiente. Precisamente en este contexto se ha evaluado que la función administrativo y logística adquieren particular importancia, por lo cual cada entidad en salud debe establecer protocolo y lineamientos para la educación de su personal, disminución de factores precipitantes que llevaran a la prevención de eventos adversos. (Mondragón, 2012).

Entonces los componentes de seguridad del paciente deben establecerse de manera clara en todas las instituciones de salud.

3. BARRERAS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente se fundamenta en teorías que respaldan el reporte de todos los eventos adversos con el propósito de establecer barreras, mediante capacitaciones, acciones a corto plazo, que disminuyan el riesgo de daño al paciente

La cultura de seguridad tiene su fundamento en dos teorías relacionadas:

La teoría del Error de Reason: La cual establece que el ser humano por naturaleza tiene tendencia a equivocarse, pese a los esfuerzos que realice por evítalos, por lo cual es necesario que los procesos de salud sean lo suficientemente resistentes a la presencia de fallos y menos sensibles a situaciones de riesgo (Rocco 2017).

Teoría de Cultura de Seguridad: Se basa en la aplicación de mejores prácticas y estándares en atención de salud que aseguran un adecuado clima de seguridad basado en la confianza en el personal y aprendizaje basado en errores (Rocco 2017).

En base a estas teorías se asume que el humano tiene tendencia al error y para que este se produzca se debe atravesar las barreras de seguridad las cuales son protocolos y lineamientos que llevan a mejorar las practicas diarias, algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Capacitar al personal sobre protocolos de seguridad.
- Realizar programas para evitar caídas de pacientes
- Acciones enfocadas a una adecuada administración de medicamentos
- Identificación adecuada del paciente
- Acciones a nivel organizacional para disminuir fallas asociadas al factor humano como comunicación, trabajo en equipo y disminución de fatiga laboral. (Rodríguez, C. A. (2009).

Con la capacitación en los diferentes parámetros de las barreras de seguridad lograremos que cada error sea entendido como la base para un nuevo aprendizaje lo que se traduce en una adecuada seguridad para el paciente.

4. OBJETIVOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los objetivos en seguridad del paciente a nivel mundial son normas y lineamientos que buscan minimizar la presencia o prevalencia de daños y complicaciones en la atención sanitaria.

Dentro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se describe los objetivos creados por la Alianza Mundial en Seguridad del paciente, los cuales se encuentran enfocados en la disminución del riesgo en la atención en salud y la prevención de eventos adversos mediante la creación de herramientas y protocolos con base científica que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro en la atención. (World Health Organization. 2008).

Para lo cual es necesario coordinar los diferentes parámetros en el sistema de salud en busca de mejoras lo que permitan tener resultados tangibles y medibles. La importancia de estos objetivos es crea métodos de mejora en cuanto a la seguridad del paciente. (Alba-Leonel 2012).

1. **Identificar correctamente a los pacientes:** Las fallas a causa de una inadecuada identificación del paciente, influyen de manera notable en varios aspectos del diagnóstico y tratamiento del paciente.

El propósito de una adecuada identificación es proporcionar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento y evitar errores. Por lo cual, para evitar este riesgo, todo paciente debe ser identificado con su NOMBRE COMPLETO y el número de su CEDULA DE IDENTIDAD de esta manera su registro debe constar en órdenes de laboratorio, hojas de registro médico, recetas, etc., mientras dure su permanencia en la clínica.

2. **Comunicación efectiva:** La comunicación efectiva es un parámetro que se ve muy relacionado con la disminución de los errores, proporciona mejora en la seguridad

del paciente, esta debe realizarse mediante mensajes claros, oportunos y precisos utilizando un lenguaje comprensible.

3. **Seguridad de los medicamentos de alto riesgo:** Es fundamental a fin de garantizar la seguridad del paciente, el manejo adecuado del plan de tratamiento del paciente. La administración errónea de algún medicamento puede ocurrir por una inadecuada supervisión, falta de orientación o inducción del personal que atiende al paciente o por una situación de urgencia mal manejada.

Se ha estudiado dicho riesgo concluyendo que la institución es responsable de una identificación adecuada de los medicamentos con etiquetados que clasifique los medicamentos por colores acompañado de una adecuada vigilancia que restringe su acceso e indica qué personas lo pueden usar.

4. **Cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento y el paciente correcto:** Una cirugía en el lugar y con el procedimiento incorrecto, en un paciente equivocado, son preocupantes potencialmente mortales. Dichos errores son el resultado de una la falta de participación del paciente en el proceso en conjunto con una comunicación inadecuada entre el personal del equipo quirúrgico. La estandarización de protocolos que permiten la identificación del paciente antes de cualquier procedimiento, conocidos como pausa de seguridad garantizan la seguridad del proceso.

5. **Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud:** El riesgo de contraer una infección representan una inquietud importante para los pacientes. Las manos son las principales vías de transmisión de los gérmenes durante la atención sanitaria debido a lo cual el aseo correcto de las mismas bajo el protocolo de lavado adecuado de manos y sus diferentes pasos son la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes dañinos y prevenir las infecciones relacionadas con la atención.

6. **Disminuir el riesgo de daño al paciente por caídas:** Un evento de caída constituyen un problema importante en el área de salud ya que las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados en la institución debido a una caída pueden llevar a consecuencias importantes, tomando en cuenta que dicho paciente no llegó por esa causa, el que sufra una lesión por un descuido del personal es un parámetro a analizar ya que se debe tomar medidas para reducir riesgos y lesiones en caso de ocurrir.

Es así como el conocimiento aplicado a la práctica en el personal de salud intenta establecer parámetros de Seguridad óptimos que se relacionen con la identificación de los causales de eventos adversos mayores.

5. LINEAMIENTOS LEGALES A NIVEL LOCAL Y GENERAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ECUADOR

La atención de alta calidad del paciente está considerada dentro de los lineamientos legales nacionales e internacionales que deben ser conocidos por el personal de salud para respetar el derecho del paciente.

La Constitución de la República del Ecuador, en el Art 32, indica que:” *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir*” (Art. 37)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) como ente máximo en salud en nuestro país, con un modelo de referencia a nivel de Latinoamérica busca promover la atención digna y adecuada del paciente, por lo que el tema de seguridad del paciente garantiza los lineamientos que busca dicha entidad, el trato digno y atención de calidad y calidez, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Por tanto, el conocimiento de esta disposición y norma que definen las condiciones óptimas de la atención en salud debe ser generalizada a todo el personal de salud de las diferentes instituciones.

6. REPORTE DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El reporte adecuado de un evento adverso nos enseña de manera individual y organizacional que debemos aprender en base al error. De esta forma el identificar los parámetros que nos llevaron al incidente y corregir estos errores, aprender de ellos, reconocer y actuar a tiempo es indispensable para iniciar una de cultura de seguridad a través del fortalecimiento en la comunicación y evitando la sanción o la búsqueda de culpables, actitudes que en lugar de llevar a un progreso como equipo nos llevarían a truncar el modelo de la calidad en la atención en salud.

Un incidente en el ámbito de la salud es perjudicial tanto para el personal de salud como para el paciente, los estudios sobre este tipo de incidentes describen al personal responsable de un incidente, como segundas víctimas, por lo cual la OMS en el año 2007 publicó el estudio sobre Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, en la cual se describen definiciones como, incidente a la circunstancia que puede ocasionar daño innecesario en el paciente, dicho daño no se encuentra relacionado con su causa de consulta, este incidente se puede convertir en un evento adverso, definido como la circunstancia que causa daño temporal o permanente en un paciente. (Rodríguez 2015).

El estudio de incidente y eventos adversos hace parte fundamental de la cultura de seguridad, el cual en varios artículos describe que los reportes de los eventos son mediados por la percepción del personal implícito en el evento y su temor a la sanción por parte del jefe administrativo. El personal de salud que trabaja en torno a medidas de seguridad del

paciente debe conocer el objetivo de reconocer y reportar un incidente de seguridad y catalogarlo como la oportunidad de mejorar en base a un aprendizaje basado en el error.

Es así como ante el reporte de un evento adverso lo primordial es identificar las barreras de seguridad que fueron alteradas y como se podrían en base a dicho reporte fortalecer estas barreras de tal forma que esto constituya un análisis detallado de la causa raíz que llevo al incidente (Ramírez 2017).

Análisis causa raíz: Habitualmente la presencia de errores que existe en un profesional son las causales que “aprietan el gatillo” (error activo o causa próxima), para llegar a ello se precisa que el profesional sume un conjunto de fallos (factores contribuyentes o latentes) que con frecuencia son ajenos a su control, pero desembocan en considerarlo como el único responsable de dicho acto. El estudio de los factores humanos con una aproximación al análisis del error es lo que se denomina como causa raíz, que no es más que un estudio de manera retrospectiva que se emplea para descubrir estos errores latentes o factores contribuyentes y sus causas raíz subyacentes. (Ruiz 2015).)

Protocolo de Londres: Guía práctica para administradores de riesgo, la nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. (Toffoletto, M. C., & Ramirez Ruiz, X. (2013).

Por tanto, el conseguir una cultura de reporte de eventos no punitiva, facilitara el conocimiento de casi fallas, fallas y eventos que pongan en riesgo la seguridad del paciente para tomar acciones correctivas inmediatas y apoyar al personal involucrado.

7. RESPUESTA POR PARTE DE AUTORIDADES EN TORNO AL REPORTE DE EVENTOS

El reporte del evento adverso en el área de salud a sido considerado como una falta que conlleva a una respuesta negativa por parte del personal administrativo, dicha respuesta es uno de los factores más determinantes a la ausencia real de reportes en la institución, lo que no permite que se sepa a ciencia cierta cuál es la presencia de incidentes por lo que no se puede establecer una cultura de seguridad apropiada.

A través de la literatura se ha identificado que, en general, la cultura del reporte de eventos por parte del personal de salud no es real. (Rodríguez, 2016) en su estudio respuesta administrativa al reporte de incidentes en salud, describe que el personal tiene tendencia a esperar una respuesta punitiva ala error por parte de la autoridad, lo que conlleva a un punto crucial de no reportar o hacerlo solo en caso de eventos mayores que ya no puedan evitar el reporte.

Con el fin de crear intervenciones que mitiguen el impacto sobre el paciente, es importante que se fomente en el personal de salud la cultura de reporte de eventos, el personal administrativo debe crear un sistema que haga que el personal identifique los errores en el proceso de atención y no tema a su reporte, dado que la estadística de dichos reportes sirve para el aprendizaje y fortalecimientos de barreras de seguridad que mitigan los eventos adversos.

8. CULTURA DE SEGURIDAD

La cultura de Seguridad en el personal de salud de los hospitales de Latinoamérica es muy pobre y necesita ser reforzada a través de lineamientos positivos incluidos en los procesos de atención de las instituciones de salud, para conocer los dichos lineamientos es necesario la valoración mediante instrumentos.

La Organización Mundial de la Salud describe la cultura de seguridad del paciente en un contexto de conjunto de modelos de comportamiento que buscan como fin el evitar el daño al paciente bajo el establecimiento de normas y barreras de seguridad actitudes tanto colectivos como individuales que ocasionan una influencia en las organizaciones sanitarias. (Department of Health,2000)

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente tiene como objetivo disminuir o impedir la generación de eventos adversos o errores clínico, así como la da una importancia a generar una retroalimentación positiva que permita a las personas que forman parte de la organización aprender de una manera positiva llevando a que disminuyan estos errores en la práctica diaria, evitando de igual forma que estos se vuelvan a repetir. (Department of Health,2000)

Este proceso de Cultura involucra a todo el personal sanitario (organización, equipo y personal) incentivando al personal al aprendizaje en base a los errores creando un sistema conciencia persistente y activa de la situación que conllevan un riesgo de malestar, para lograr que estas situaciones pasadas y aprendidas no se vuelvan a producir. (Aramini, 2007).

La OMS, promueve bajo los diferentes estudios que todas las instituciones sanitarias implementen la *Cultura de Seguridad Positiva* en donde se hace hincapié en la seguridad que debe tener el personal para mejorar la comunicación; permitiendo el reconocimiento de errores, el aprendizaje en base a los mismos y dando como resultado conductas para rectificar estas situaciones. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Según la Agencia de Investigación y Calidad del Servicio (AHRQ) de EEUU, en la publicación de su informe en el año 2004 menciona que una cultura de seguridad está basada en evitar encontrar culpables para generar un castigo, y pasa a adquirir un carácter educativo que mejora el ambiente de trabajo y promueve un aprendizaje continuo basado en la

retroalimentación positiva. Una de las herramienta más fiable es la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, y que puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución, dicha encuesta a sido validada en varios países del continente Europeo tanto en su versión de atención primaria como su versión Hospitalaria, siendo uno de los instrumentos más completos para valoración de cultura de seguridad en el personal de salud de diferentes hospitales. (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

El beneficio de implementar esta cultura de seguridad positiva se resume en disminuir la gravedad de los incidentes y la recurrencia de estos, así como permite implementar estrategias para la prevención de errores permitiendo una comunicación abierta ante la presentación de un evento adverso generando resultados que permitan mejorar y generen un cambio de conducta en base al conocimiento.

11. CAPITULO III

1. JUSTIFICACIÓN

Dentro de la unidad hospitalaria el nivel de conocimientos sobre la cultura de seguridad del paciente se traduce por el adecuado sistema de reporte de eventos adversos y la retroalimentación de estos, el factor humano es primordial para una seguridad del paciente por lo que hemos visto la importancia de tener un conocimiento adecuado sumado a una respuesta no acusatoria por parte del elemento administrativo o gerencial de la entidad de salud.

La importancia del factor humano en la mejora de la seguridad del paciente ha crecido en los últimos años y son varios los expertos que recomiendan formar a los profesionales en este aspecto y fortalecer en la unidad de salud aspectos físicos (equipos e insumos necesarios.), aspectos cognitivos (capacidad de comunicación, habilidades de trabajo en equipo) y aspectos organizativos (personal suficiente para la demanda, número adecuado de horas de trabajo y apropiada respuesta de parte de los líderes de servicio en caso de errores).

Cuando el factor humano es afectado con cambios de turno, exceso de trabajo, disminución de personal y una respuesta acusatoria ante eventos adversos por parte de las jefaturas hospitalarias, se traduce con una mala respuesta por parte del personal, dicha respuesta conlleva a ocultar la presencia de incidentes debido al miedo a la sanción por el error. Es ahí donde una adecuada Cultura de seguridad tanto en el personal como en los líderes de una unidad hospitalaria llevara a un mejor reporte y una disminución de incidentes.

El presente trabajo tiene como fin utilizar un Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente (Hospital survey on patient safety culture) y como objetivo el evaluar el conocimiento de seguridad en el personal de salud hospitalario y así buscar la causa raíz de eventos de inseguridad mayores, por qué se presentan los eventos adversos y en base a dicho estudio proponer mejoras para asegurar el conocimiento y aplicación de los principios de seguridad de pacientes.

Los profesionales que participaran del estudio son diferentes áreas hospitalarias, como hospitalización, terapia intensiva, emergencia, imagenología y laboratorio clínico los que fueron divididos en: equipo de enfermería (enfermeros y auxiliares de enfermería) y trabajadores de otras categorías (médicos tratantes y en formación, laboratoristas, personal de imagen),. Para participar del estudio los profesionales de salud deberían estar trabajando, 20 horas semanales, durante por lo menos un mes en el sector.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La seguridad del paciente debe ser entendida por el personal que labora en una institución de salud, como un parámetro para crecimiento organizacional que brinda al paciente atención de calidad, dado a que, al establecer una cultura de seguridad adecuada, está ir de la mano con el reporte real de incidentes que permite un aprendizaje en base al error y a la creación de protocolos y barreras que prevengan la repetición del mismo.

Como se puede ver la orientación en el conocimiento sobre cultura de seguridad es la base fundamental para evitar incidentes en una institución hospitalaria. Por lo cual planteamos con esta investigación la siguiente pregunta:

¿La presencia de eventos adversos mayores en pacientes del Hospital Axxis está relacionado con el nivel de conocimiento sobre cultura de seguridad de su personal?

3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

El mayor conocimiento de seguridad de pacientes por el personal del Hospital Axxis refleja en aumento de reportes de eventos adversos y una mayor cultura de seguridad.

4. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Axxis, mediante la aplicación de encuesta, buscando el reporte de evento adversos mayores y el análisis de causa raíz que llevo a implementar acciones correctivas de mejora.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar en el personal de salud parámetros como trabajo en equipo, carga laboral y apoyo de los jefes con respecto al manejo del reporte de eventos adversos.
2. Conocer la respuesta administrativa ante el reporte de eventos que ponen en riesgo la seguridad del paciente.
3. Identificar las posibles causas relacionadas con la presencia de eventos adversos.
4. Analizar el nivel conocimiento de seguridad de paciente que tiene el personal de salud del Hospital Axxis.
5. Presentar propuestas que aumenten el reporte de eventos y mejoren la respuesta administrativa ante los mismos.

5. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo son el personal del área de emergencia, laboratorio clínico, imagenología, hospitalización y terapia intensiva (médicos, enfermeras, auxiliares y tecnólogos)

6. MUESTRA POBLACIONAL

La muestra comprende 140 trabajadores de las diferentes áreas del hospital quienes responderán a una encuesta diseñada por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), para evaluar 12 dimensiones relacionadas con la cultura de seguridad del paciente usando un error estadístico de 5% y un nivel de confianza de 95%.

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Encontrarse seis meses trabajando en la institución.
- Trabajar en las diferentes áreas a estudio.
- Encontrarse en rotaciones hospitalarias de duración de más de dos meses

8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Tiempo laboral en la institución menor a un año
- Personal de salud con funciones administrativas fuera de las áreas investigada

9. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo analítico, transversal, observacional.

10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Dentro del estudio se tendrán en cuenta las siguientes variables:

Variable Dependiente. Eventos Adversos

Variabes Independientes.

- Frecuencia de eventos adversos
- Percepción de seguridad

- Respuesta por parte del supervisor de unidad
- Aprendizaje organizacional y mejora continua
- Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
- Comunicación
- Retroalimentación y comunicación sobre errores
- Respuesta a los errores
- Dotación de personal
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
- Trabajo en equipo entre unidades
- Problemas en cambios de turno
- Transiciones entre servicios/ unidades y nivel de seguridad.

1.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO:

Las variables que se analizarán son:

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	METODO ESTADISTICO	INDICADOR	FUENTE
Frecuencia de eventos adversos notificados	Periodicidad con la cual se reportan la ocurrencia de eventos adversos, a través de los mecanismos establecidos	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	Nunca *Casi nunca *A veces *Casi siempre *Siempre	*Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. *Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente *Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente
Percepción de seguridad	Es la apreciación o idea que cada profesional o trabajador de	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	*Muy en desacuerdo * En desacuerdo	*Siempre se tiene en cuenta la seguridad del paciente antes de aumentar el ritmo de trabajo. *Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.

	la salud tiene acerca de la aplicación de la política de seguridad del paciente.			<p>*Ni en acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>*De acuerdo</p> <p>*Muy de acuerdo</p>	<p>* Los errores que se presentan son pocos y no ocasionan mayor daño al paciente por un azar del destino y no porque trabajemos para evitarlos. *En esta unidad hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente»</p>
Respuesta por parte del supervisor de unidad	Perspectivas o lo que se espera que la gerencia y las diferentes coordinaciones hagan con respecto al tema de la seguridad del paciente.	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	<p>Muy en desacuerdo</p> <p>* En desacuerdo</p> <p>*Ni en acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>*De acuerdo</p> <p>*Muy de acuerdo</p>	<p>*Mi superior/ jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.</p> <p>*Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.</p> <p>*Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.</p> <p>*Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente</p>

<p>Aprendizaje organizacional y mejora continua</p>	<p>Percepción que tiene el equipo de salud sobre los avances en el tema de la seguridad del paciente, teniendo como base el aprender de los errores.</p>	<p>Cuantitativa Discreta</p>		<p>*Muy en desacuerdo * En desacuerdo *Ni en acuerdo ni en desacuerdo *De acuerdo *Muy de acuerdo</p>	<p>Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. *Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.</p>
<p>Trabajo en equipo en la Unidad</p>	<p>Opinión que tienen las personas sobre el grado de armonía, apoyo, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación con la que se realizan las labores en busca de</p>	<p>Cuantitativa Discreta</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>*Muy en desacuerdo * En desacuerdo *Ni en acuerdo ni en desacuerdo *De acuerdo *Muy de acuerdo</p>	<p>*El personal se apoya mutuamente *Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. *En esta unidad nos tratamos todos con respeto. *Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros</p>

	minimizar los riesgos a los que se enfrenta el paciente				
Comunicación	Libertad con la que se tratan las situaciones de eventos adversos y la gestión que se lleva a cabo.	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	*Muy en desacuerdo * En desacuerdo *Ni en acuerdo ni en desacuerdo *De acuerdo *Muy de acuerdo	*Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad. *El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. *El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Apertura en la información sobre los eventos adversos que ocurren y	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	*Nunca *Casi nunca *A veces *Casi siempre *Siempre	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad. En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.

	participación del personal en el planteamiento de las soluciones para evitar que vuelvan a ocurrir				
Respuesta a los errores	Opinión del personal sobre la actitud que se asume respecto a quien comete los errores que ponen en riesgo la seguridad del paciente.	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	*Muy en desacuerdo * En desacuerdo *Ni en acuerdo ni en desacuerdo *De acuerdo *Muy de acuerdo	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un «culpable». Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente
Dotación de personal	Apreciación sobre la suficiencia del recurso humano respecto a la	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	*Muy en desacuerdo * En desacuerdo	-Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

	carga laboral y el volumen de pacientes			<p>*Ni en acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>*De acuerdo</p> <p>*Muy de acuerdo</p>	<p>A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.</p> <p>En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.</p> <p>Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa</p>
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Respaldo que se percibe de la gerencia hacia los servicios respecto a las acciones de seguridad del paciente	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	<p>*Muy en desacuerdo</p> <p>* En desacuerdo</p> <p>*Ni en acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>*De acuerdo</p> <p>*Muy de acuerdo</p>	<p>La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.</p> <p>La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.</p> <p>-La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente</p>
Trabajo en equipo entre unidades	Cooperación y trabajo multidisciplinario	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	<p>*Muy en desacuerdo</p>	<p>-Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente.</p>

	entre unidades en traslado del paciente			<p>* En desacuerdo</p> <p>*Ni en acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>*De acuerdo</p> <p>*Muy de acuerdo</p>	<p>-Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.</p> <p>-Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas. -Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.</p>
Problemas en cambios de turno	Dificultades o inconvenientes que se observan en cuanto a la continuidad de la atención cuando hay cambios de turno o traslados de pacientes de un servicio a otro.	Cuantitativa Discreta	Porcentaje	<p>*Muy en desacuerdo</p> <p>* En desacuerdo</p> <p>*Ni en acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>*De acuerdo</p> <p>*Muy de acuerdo</p>	<p>La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se trasladan desde una unidad /servicio a otra.</p> <p>En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.</p> <p>El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.</p> <p>Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.</p>

Nivel de seguridad en la unidad/servicio	Valoración en una escala de uno a 10, que presenta en cada persona, sobre el grado de seguridad que percibe en su servicio	Cuantitativa Discreta	Razón	1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10	Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad
--	--	--------------------------	-------	--------------------------	---

11. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Los datos se recopilaron en una hoja electrónica diseñada en Microsoft Office Excel versión 2010, luego de la depuración, se trasladó la información para su análisis al programa estadístico SPSS, Statistics Base, versión 23.0. Se realizó un análisis univariado de estadística descriptiva de cada uno de los datos.

Paso 1: Autorización y aprobación del protocolo de investigación por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, su Subcomité de Bioética y el director de docencia e investigación del Hospital Axxis.

Paso 2: Identificación de los participantes que trabajan en las diferentes áreas del hospital a analizar y clasificar en médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y tecnólogos de imagen y laboratorio.

Paso 3.- Aplicación de la encuesta a cada uno de los participantes de las diferentes áreas.

Paso 4: Análisis de los datos recolectados en la encuesta sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales (AHRQ).

Paso 5: Elaboración de una base de datos en el programa Microsoft Office Excel versión 2010, luego de la depuración, se trasladará la información a otra base de datos del programa estadístico SPSS, Statistics Base, versión 22.0.

Paso 6: Análisis estadístico de los datos.

Procedimiento de diagnóstico e intervención

Esta investigación se llevó a cabo mediante la aplicación del Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales creado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), reconocido como uno de los

instrumentos más confiables, que es un instrumento de valoración para determinar el nivel de cultura de seguridad en la institución

Procedimiento de diagnóstico e intervención.

En esta investigación se realizó un análisis de pruebas estadísticas de asociación entre las variables. El procesamiento y análisis se realizó en el programa SPSS 23. La estadística descriptiva se expresó mediante frecuencias para variables categóricas como resultado de la aplicación de la encuesta.

ASPECTOS BIOÉTICOS:

El enfoque de la investigación sobre cultura de seguridad del paciente es la suma del conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo de salud que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención al paciente, este estudio está encaminado en identificar algunos de los aspectos más favorables y problemáticos, que forman parte fundamental de esta cultura de seguridad, mismos que se traducen en disminución de complicaciones del cuadro clínico, menor estancia hospitalaria y menor costos.

El estudio se iniciará luego de obtener la aprobación y autorización del protocolo de investigación por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, su Subcomité de Bioética y el director de docencia e investigación del Hospital Axxis.

El manejo de la información recopilada excluye toda posibilidad de afectar los derechos de individualidad de los encuestados.

Antes de aplicar el instrumento, a los participantes del estudio se les informó sobre los aspectos relacionados con el mismo, que demostró que su participación fue libre, voluntaria y que tienen conocimiento del uso que se le dará a los datos consignados en el instrumento.

Los hallazgos que proporcione nuestro estudio constituyen un aporte disciplinar importante, pues primero documentan y, luego, respaldan las acciones que en este campo se llevan a cabo en la práctica clínica, y además



son el primer paso hacia la construcción unificada de protocolos de actuación ante situaciones específicas respecto de la seguridad del paciente, lo que permite el fortalecimiento de los equipos de salud en las diferentes unidades del Hospital a modo individual y grupal, y sin duda se pone de realce en la calidad y seguridad de la atención.

12. CAPÍTULO IV

1. RESULTADOS

Análisis Univariado: Se expone las características generales del personal a quienes se aplicó el cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales. Se recogió las respuestas de una muestra de 140 personas que laboran en el Hospital Axxis en la ciudad de Quito, evaluando las funciones que desempeña el personal tiempo de ejercicio profesional y tiempo de dedicación el área evaluada, así como las horas que trabajadas en la semana y si el personal era de atención directa a paciente.

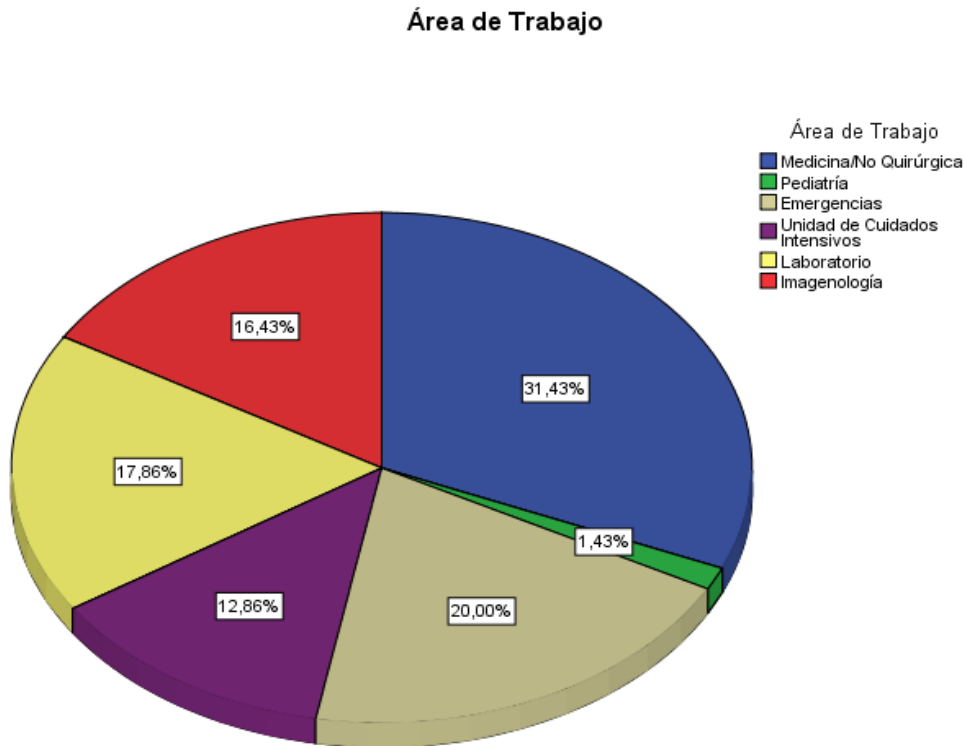
Tabla 1: Distribución de personal encuestado por Unidades

Variable	n	%
No. de respondedores	140	
Unidades/Áreas de Trabajo		
Hospitalización	44	31,4%
Pediatría	2	1,4%
Emergencias	28	20,0%
Unidad de Cuidados Intensivos	18	12,9%
Laboratorio	25	17,9%
Imagenología	23	16,4%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 1: Distribución por áreas de trabajo en personal encuestado



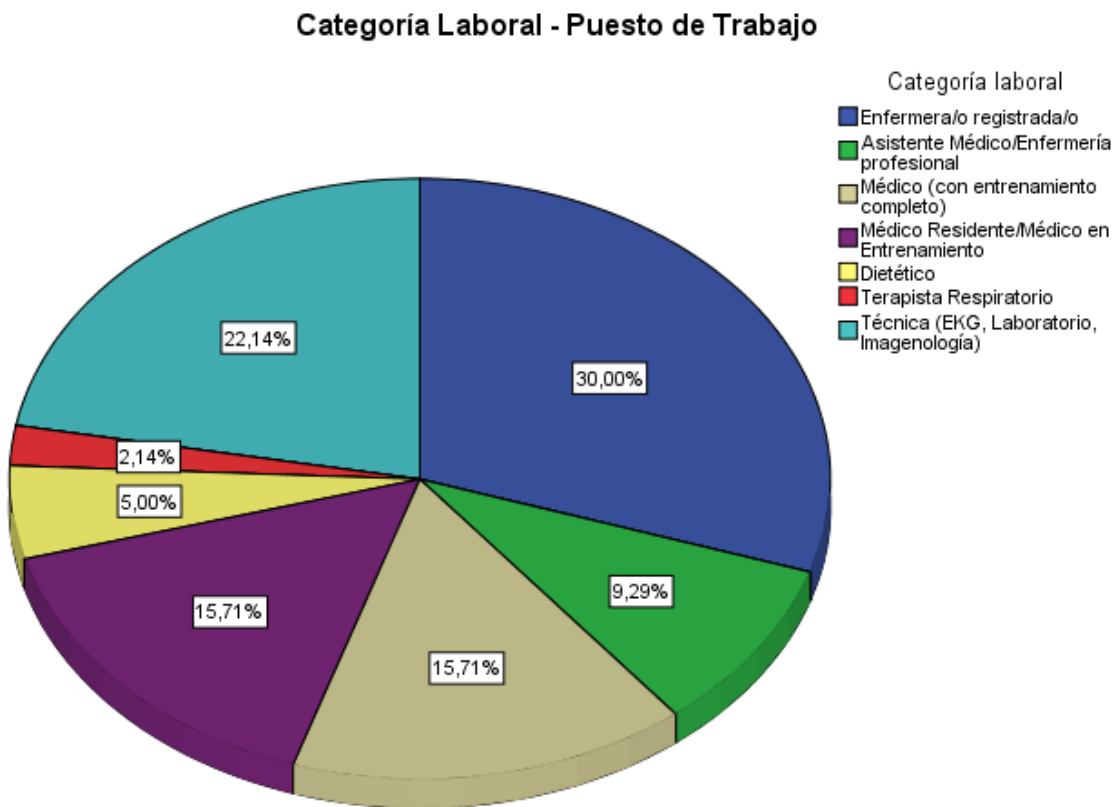
Autora: Graciela Viviana Chávez
Fuente: Base de datos de la investigación

El 31.4% de los evaluados son de áreas clínicas, seguidos del 20% del área de emergencia, en un porcentaje menor, participaron las áreas de Cuidado Intensivo (12.9%), Laboratorio (17.9%), Imagenología (16.4%) y Pediatría (1.4%).

Tabla 2: Distribución por categoría laboral del personal encuestado

Categoría Laboral	n	%
Enfermera/o registrada/o	42	30,0%
Asistente Médico/Enfermería profesional	13	9,3%
Médico (con entrenamiento completo)	22	15,7%
Médico Residente/Médico en Entrenamiento	22	15,7%
Dietético	7	5,0%
Terapista Respiratorio	3	2,1%
Técnica (EKG, Laboratorio, Imagenología)	31	22,1%

Gráfico 2: Distribución por categoría laboral del personal encuestado



Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

El 39.3% del personal evaluado se desempeña en funciones de enfermería y asistencia médica, el 22.1% de participantes son personal de áreas técnicas, el 15.7% son médicos con especialidad culminada y en misma proporción (15.7%) son médicos asistenciales o en entrenamiento. En menor cuantía, participaron terapeutas respiratorios (2.1%) y personal de dietética (5%).

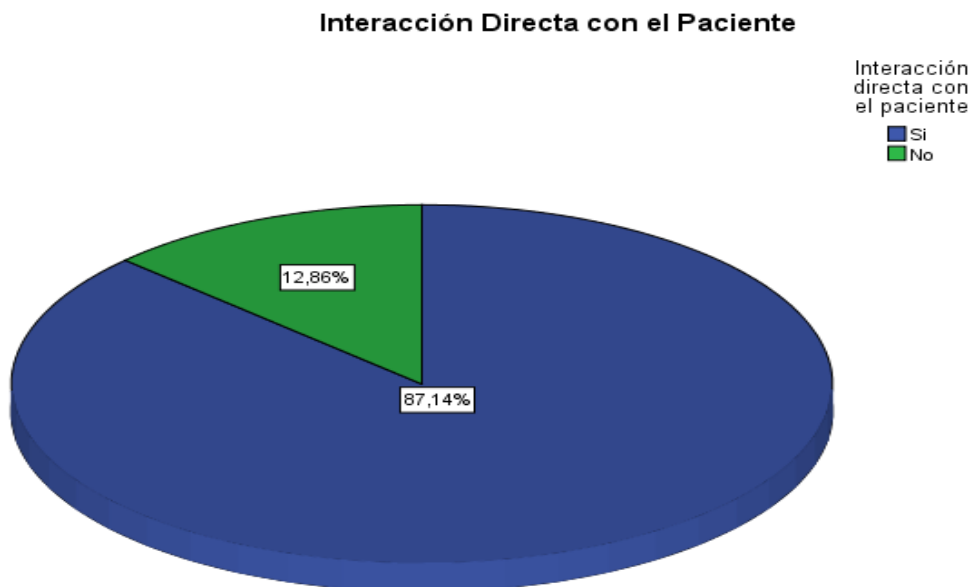
Tabla 3: Interacción directa con pacientes por el personal encuestado

INTERACCIÓN DIRECTA CON PACIENTES	n	%
Si	122	87,1%
No	18	12,9%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 3: Interacción directa con pacientes por el personal encuestado



Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

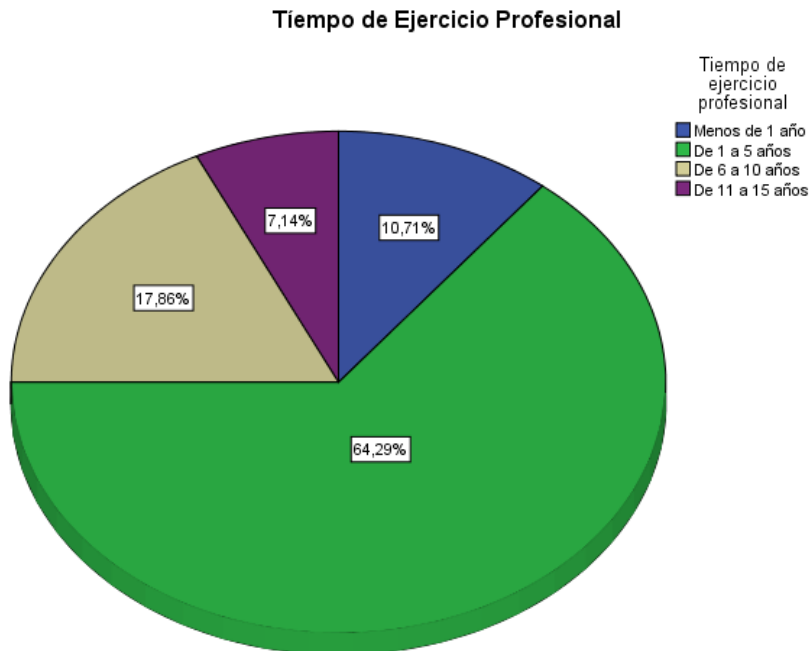
El 87.1% de los participantes en el cuestionario, mencionó tener contacto directo con el paciente, en tanto que, el 12.9% lo hace de forma indirecta.

Tabla 4.- Tiempo de Ejercicio Profesional en los encuestados

Tiempo de Ejercicio Profesional	n	%
Menos de 1 año	15	10,7%
De 1 a 5 años	90	64,3%
De 6 a 10 años	25	17,9%
De 11 a 15 años	10	7,1%

Autora: Graciela Viviana Chávez
Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 4.- Tiempo de Ejercicio Profesional en los encuestados



El tiempo de ejercicio profesional es de 1 a 5 años en el 64.3% del personal evaluado, en tanto que, el 17.9% tiene un tiempo de ejercicio de 6 a 10 años, el 10.7% menor a 1 año y finalmente el 7.1% respondieron un rango de ejercicio profesional de 11 a 15 años

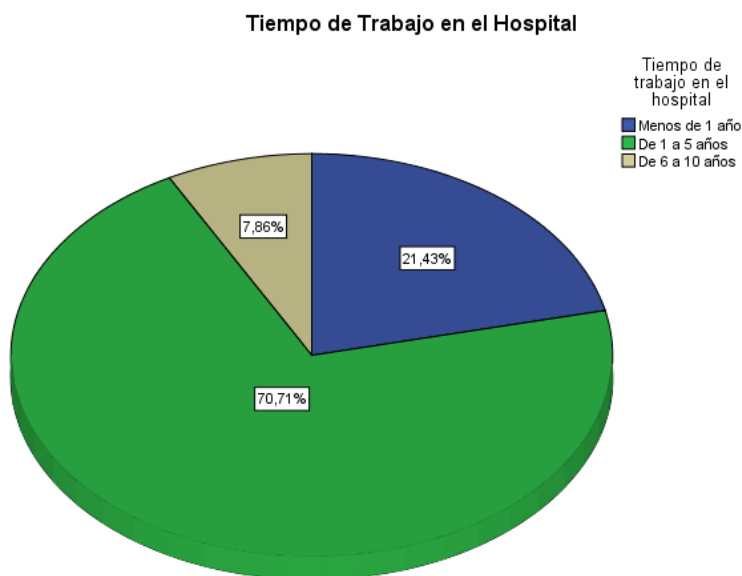
Tabla 5.- Tiempo de trabajo en el Hospital del personal encuestado

Tiempo de Trabajo en el Hospital	n	%
Menos de 1 año	30	21,4%
De 1 a 5 años	99	70,7%
De 6 a 10 años	11	7,9%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 5.- Tiempo de trabajo en el Hospital del personal encuestado



El 70.7% de los evaluados, se desempeña al menos de 1 a 5 años en el Hospital, el 21.4% tienen un tiempo de trabajo menor a 1 año, y el 7.9% entre 6 a 10 años en funciones en el centro hospitalario.

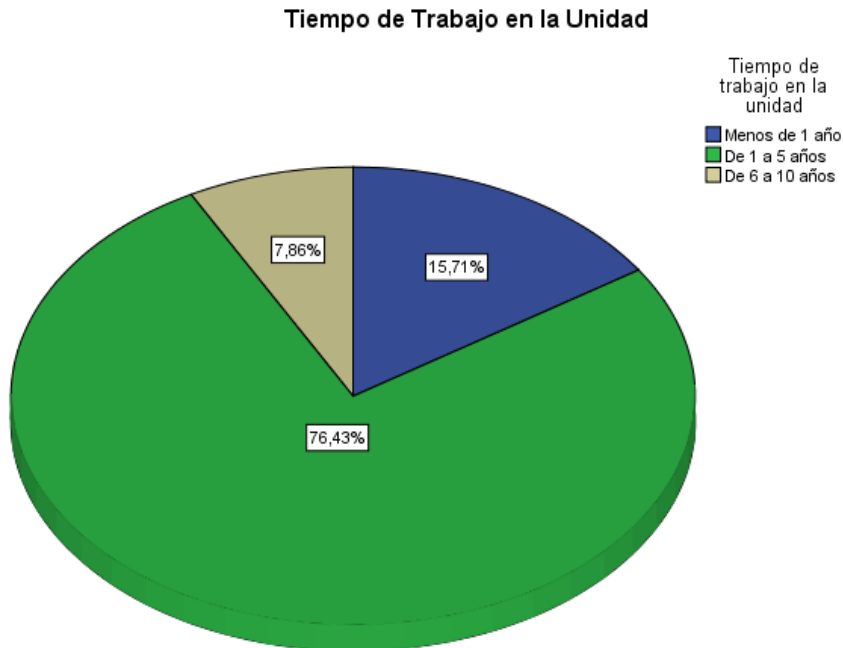
Tabla 6.- Tiempo de trabajo en la unidad

Tiempo de Trabajo en la Unidad	n	%
Menos de 1 año	22	15,7%
De 1 a 5 años	107	76,4%
De 6 a 10 años	11	7,9%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 6.- Tiempo de trabajo en la unidad



Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

El 70.7% de los evaluados, se desempeña al menos de 1 a 5 años en el Hospital, el 21.4% tienen un tiempo de trabajo menor a 1 año, y el 7.9% entre 6 a 10 años en funciones en el centro hospitalario.

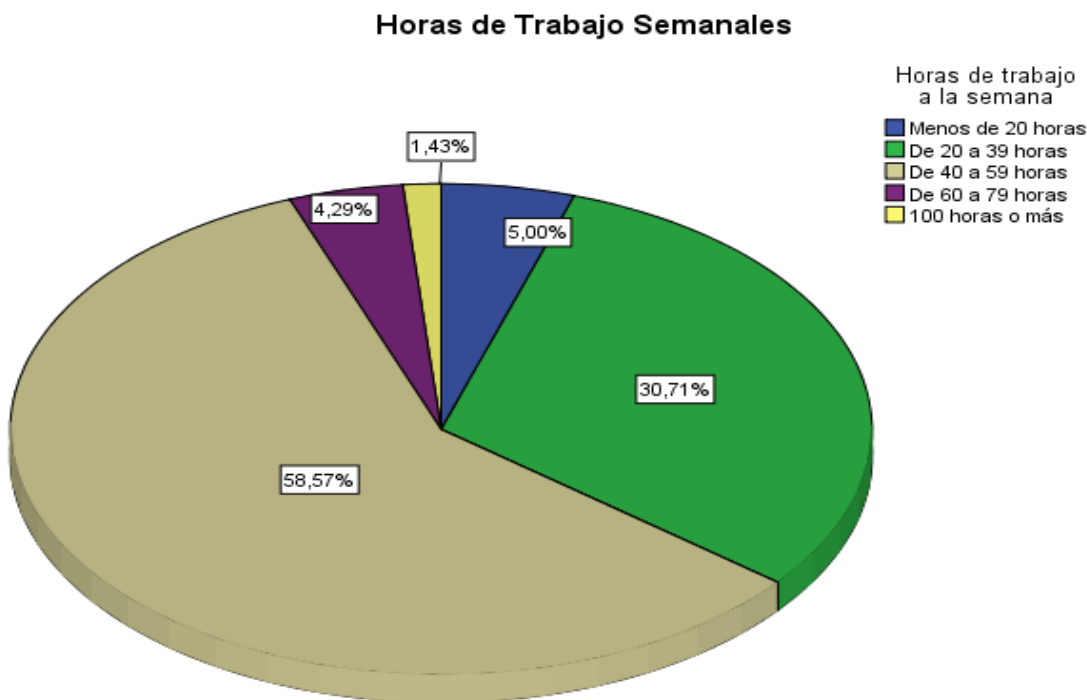
Tabla 7: Horas semanales de trabajo en el personal encuestado

Horas semanales de trabajo	n	%
Menos de 20 horas	7	5,0%
De 20 a 39 horas	43	30,7%
De 40 a 59 horas	82	58,6%
De 60 a 79 horas	6	4,3%
100 horas o más	2	1,4%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 7: Horas semanales de trabajo en el personal encuestado



Autora: Graciela Viviana Chávez

El 58.6% de los encuestados, indicó trabajar entre 40 a 59 horas a la semana, el 30.7% indicó trabajar un rango de 20 a 39 horas semanales, el 4.3% labora semanalmente entre 60 a 79 horas, el 5% menos de 20 horas y el 1.4% indica laboral más de 100 horas a la semana.

2.- Posibles causas relacionadas con la presencia de eventos adversos

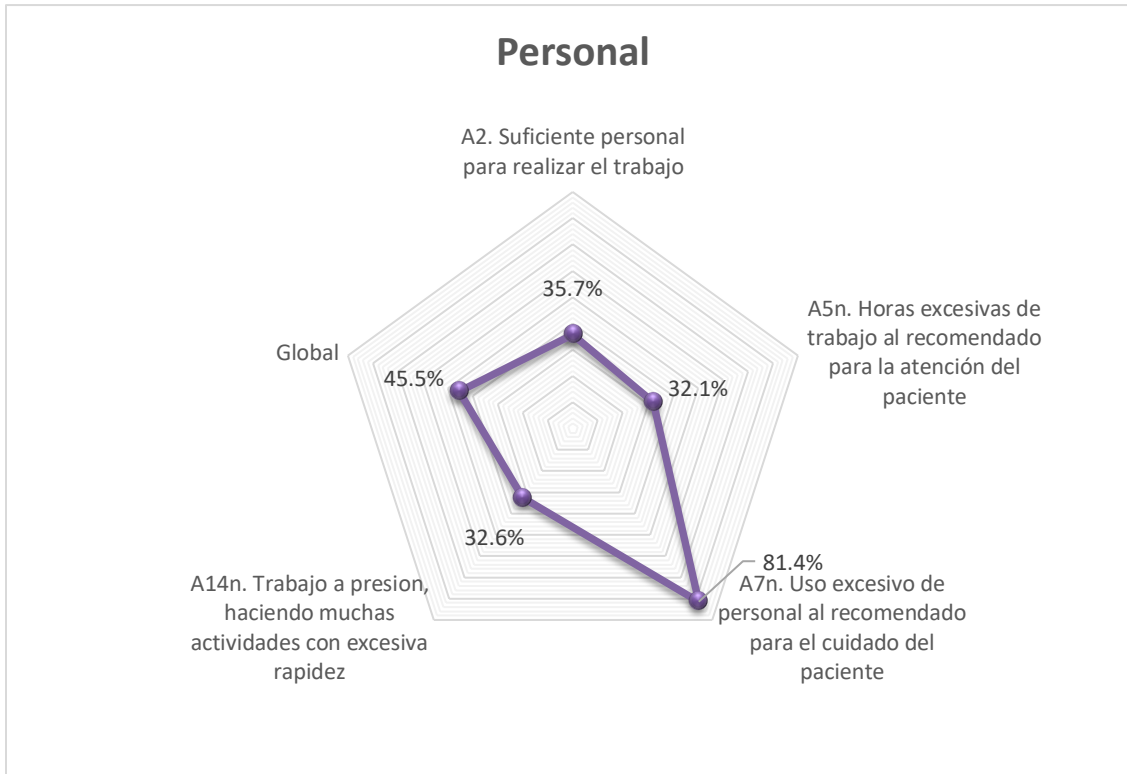
Tabla 8: Resultados de la Dimensión “Personal”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem	n	%	
A2. Suficiente personal para realizar el trabajo	Muy en desacuerdo	10	7.1%
	En desacuerdo	42	30.0%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	38	27.1%
	De acuerdo	37	26.4%
	Muy de acuerdo	13	9.3%
A5n. Horas excesivas de trabajo al recomendado para la atención del paciente	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	21	15.0%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	24	17.1%
	De acuerdo	81	57.9%
	Muy de acuerdo	14	10.0%
A7n. Uso excesivo de personal al recomendado para el cuidado del paciente	Muy en desacuerdo	8	5.7%
	En desacuerdo	70	50.0%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	36	25.7%
	De acuerdo	26	18.6%
	Muy de acuerdo	0	0.0%
A14n. Trabajo a presión, haciendo muchas actividades con excesiva rapidez	Muy en desacuerdo	2	1.4%
	En desacuerdo	30	21.4%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	15	10.7%
	De acuerdo	64	45.7%
	Muy de acuerdo	29	20.7%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 8: Percepción del personal respecto a su trabajo



En la Tabla 8, se exponen los resultados en relación a la disposición del personal necesario y su organización para la ejecución de actividades de atención y cuidado del paciente.

Al preguntar al personal, si se dispone del personal suficiente en las diversas unidades para la ejecución de las actividades diarias, el 37.1% de encuestados manifestaron estar en desacuerdo con la afirmación, un 27.1% indican tener una opinión neutra, y solamente el 35.7% muestran estar de acuerdo respecto a la cantidad de personal disponible para la ejecución de las tareas.

El 67.9% de los encuestados mencionan trabajar más de las horas recomendadas para la atención del paciente, en tanto que, únicamente el 32.1% mantienen una opinión neutra o en desacuerdo en relación a las horas efectivas de trabajo ejecutadas.

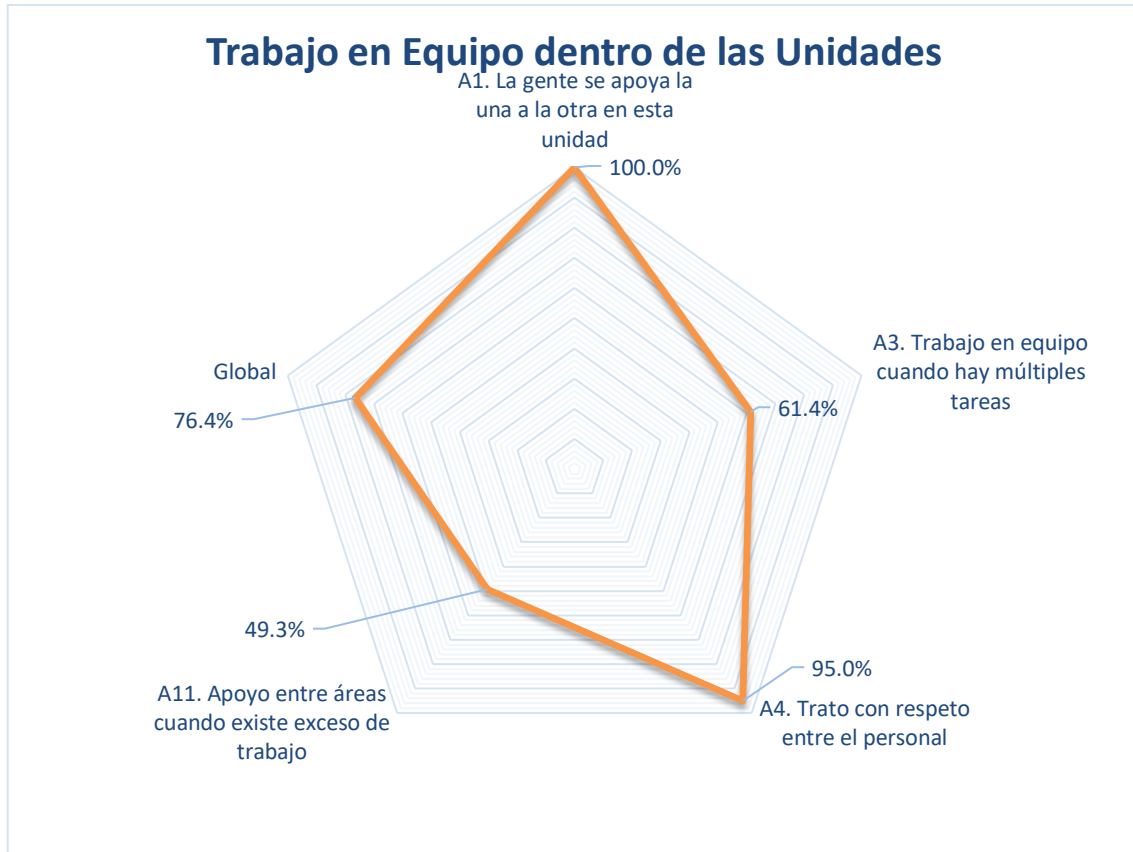
Cuando se consultó al personal de salud, respecto al uso excesivo de personal temporal al recomendado para el cuidado del paciente, el 81.4% de encuestados manifestó una posición neutral o desaprobatoria de dicho supuesto, en tanto que, el 18.6% manifestó que efectivamente se utiliza un exceso de personal para la atención y cuidado del paciente.

El 66.4% del personal indica trabajar a menudo a presión o similar a situación de “crisis” durante el turno asignado, en tanto que, solamente el 33.6% de los encuestados manifiestan no tener dicha presión laboral. El global de respuestas positivas alcanzada por esta dimensión fue del 45.5%.

Tabla 9: Resultados de la Dimensión “Trabajo en Equipo dentro de las Unidades”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito - 2019

Ítem		n	%
A1. La gente se apoya la una a la otra en esta unidad	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	0	0.0%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0	0.0%
	De acuerdo	102	72.9%
	Muy de acuerdo	38	27.1%
A3. Trabajo en equipo cuando hay múltiples tareas	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	19	13.6%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	35	25.0%
	De acuerdo	58	41.4%
	Muy de acuerdo	28	20.0%
A4. Trato con respeto entre el personal	Muy en desacuerdo	5	3.6%
	En desacuerdo	2	1.4%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	0	0.0%
	De acuerdo	60	42.9%
	Muy de acuerdo	73	52.1%
A11. Apoyo entre áreas cuando existe exceso de trabajo	Muy en desacuerdo	23	16.4%
	En desacuerdo	19	13.6%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	29	20.7%
	De acuerdo	55	39.3%
	Muy de acuerdo	14	10.0%

Gráfico 9: Trabajo en equipo dentro de las unidades



En la Tabla 9, se exponen las respuestas expresadas por los participantes, en las preguntas de la dimensión relacionada al trabajo en equipo dentro de cada unidad. Las respuestas positivas, se la considera, cuando el evaluado responde a cada uno de los ítems de esta dimensión con “De acuerdo” o “Muy de acuerdo”.

Se evidencia la mayor cantidad de respuestas positivas en la subelemento correspondiente al apoyo entre personal de la unidad, alcanzando un 100% de respuestas positivas. Cuando se preguntó respecto al apoyo entre áreas cuando hay exceso de trabajo, solamente se alcanzó el 49.3% de respuestas positivas, donde el 30% de los encuestados manifestó estar en desacuerdo y muy en desacuerdo respecto a su percepción de colaboración por partes de otras unidades para ejecutar tareas de alta demanda.

El trabajo en equipo dentro de la unidad cuando existen múltiples tareas, alcanzó el 61.4% de respuestas positivas, en tanto que, la percepción del trato respetuoso en las relaciones interpersonales de la unidad, alcanzó el 95% de respuestas positivas.

El valor global de respuestas positivas en esta dimensión es del 76.4% de una meta del 100%.

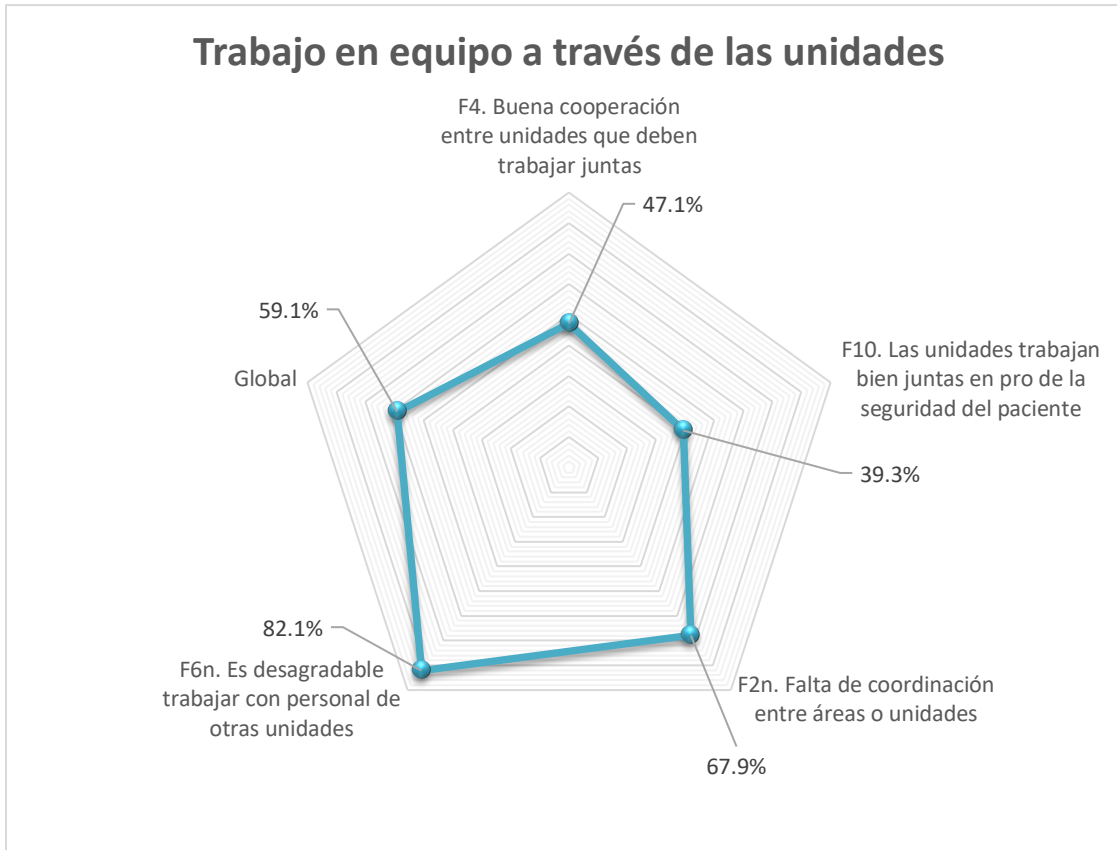
Tabla 10: Resultados de la Dimensión “Trabajando en Equipo a través de las unidades”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem	n	%	
F4. Buena cooperación entre unidades que deben trabajar juntas	Muy en desacuerdo	11	7.9%
	En desacuerdo	25	17.9%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	38	27.1%
	De acuerdo	65	46.4%
	Muy de acuerdo	1	0.71%
F10. Las unidades trabajan bien juntas en pro de la seguridad del paciente	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	32	22.9%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	53	37.9%
	De acuerdo	55	39.3%
	Muy de acuerdo	0	0.0%
F2n. Falta de coordinación entre áreas o unidades	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	43	30.7%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	52	37.1%
	De acuerdo	42	30.0%
	Muy de acuerdo	3	2.1%
F6n. Es desagradable trabajar con personal de otras unidades	Muy en desacuerdo	4	2.9%
	En desacuerdo	69	49.3%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	42	30.0%
	De acuerdo	9	6.4%
	Muy de acuerdo	16	11.4%

Autora:
Graciela
Viviana
Chávez
Fuente:
Base de
datos de la

investigación

Gráfico 10: Trabajo en equipo a través de las unidades



En la Tabla 10, se exponen los resultados correspondientes a la dimensión de trabajo en equipo a través de las unidades en función de la seguridad del paciente y del ambiente laboral.

El 47.1% de los encuestados, menciona que existe buena cooperación entre unidades que deben trabajar juntas, en tanto que, solamente el 39.3%, opina que hay un buen trabajo entre unidades en pro de la seguridad del paciente.

El 67.9%, mantiene un opinión neutral o desaprobatória en relación a la coordinación entre áreas o unidades en diversas tareas o actividades, por lo que, solamente el 32.1%, opina que la coordinación entre unidades es

adecuada. El 82.1% de los entrevistados, describen que el trabajo con personal de otras unidades no es desagradable, sin embargo, un 17.9%, describen una inconformidad con respecto al trabajo con personal de otras unidades.

El global alcanzado con relación a la cultura de trabajo en equipo en las diversas unidades fue del 59.1%.

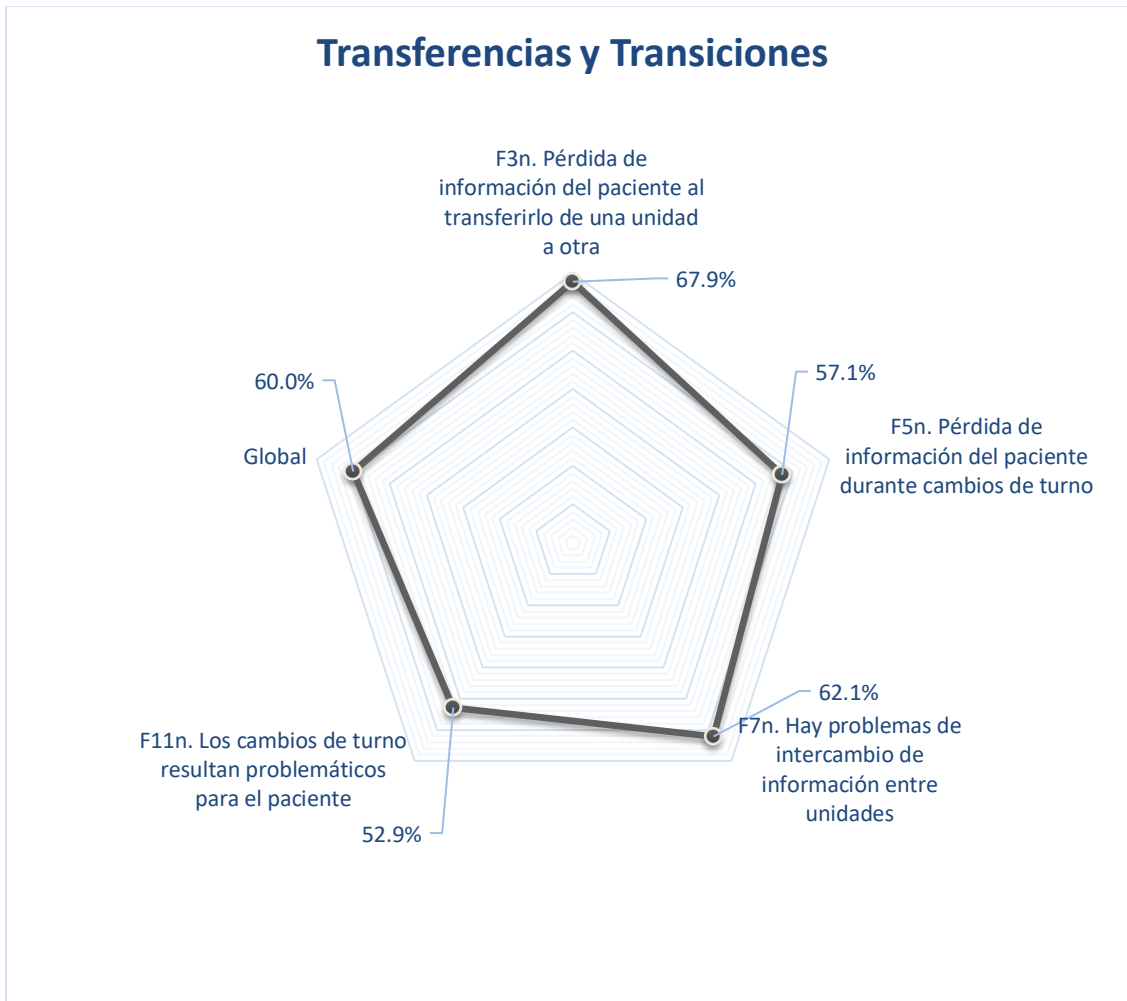
Trabajo 11: Resultados de la Dimensión “Transferencias y Transiciones”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem		n	%
F3n. Pérdida de información del paciente al transferirlo de una unidad a otra	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	57	40.7%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	38	27.1%
	De acuerdo	36	25.7%
	Muy de acuerdo	9	6.4%
F5n. Pérdida de información del paciente durante cambios de turno	Muy en desacuerdo	4	2.9%
	En desacuerdo	58	41.4%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	18	12.9%
	De acuerdo	38	27.1%
	Muy de acuerdo	22	15.7%
F7n. Hay problemas de intercambio de información entre unidades	Muy en desacuerdo	4	2.9%
	En desacuerdo	46	32.9%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	37	26.4%
	De acuerdo	40	28.6%
	Muy de acuerdo	13	9.3%
F11n. Los cambios de turno resultan problemáticos para el paciente	Muy en desacuerdo	2	1.4%
	En desacuerdo	56	40.0%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	16	11.4%
	De acuerdo	32	22.9%
	Muy de acuerdo	34	24.3%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 11: Transferencias y transiciones de pacientes



En la Tabla 11, se describen los resultados obtenidos a la dimensión relativa a los conflictos relativos a la seguridad del paciente en casos de transferencias o transiciones entre unidades o turnos respectivamente.

El 67.9% del personal encuestado describe no existir pérdida de información del paciente que es transferido de una unidad a otra, en tanto que, el 32.1%, indica la existencia de dicho conflicto. En contraste a lo anterior, el 42.9%, menciona que existe pérdida de información durante los cambios de turno especialmente,

En relación con los cambios de turno, el 47.1% de los encuestados, menciona que la transición resulta ser problemática para los pacientes atendidos o bajo cuidado, por tanto, el 52.9% del personal incluido en el estudio, describe que las transiciones podrían no ser problemáticas para el paciente.

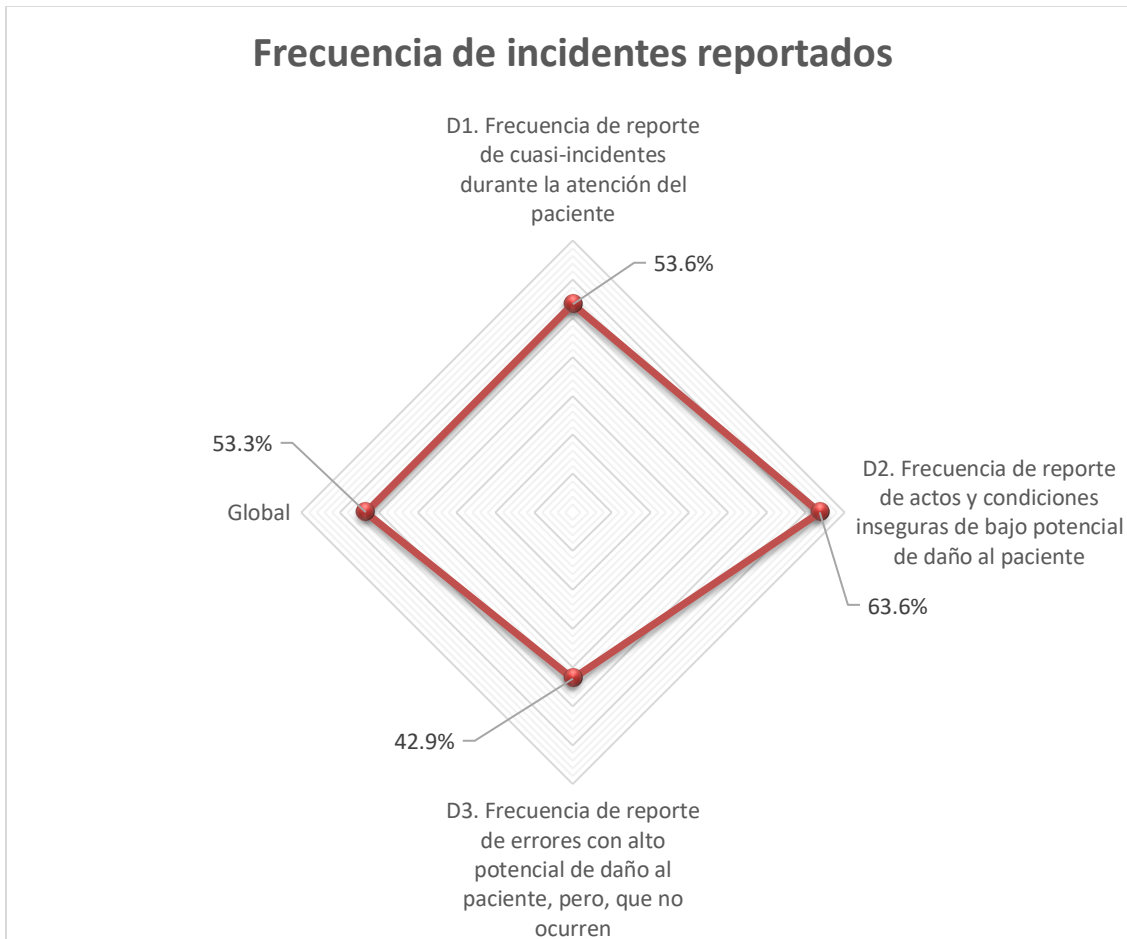
En cuanto al intercambio de la información entre unidades, el 62.1%, indica que no existen conflictos importantes en la información transmitida entre unidades, por lo cual, el 37.9%, refieren la existencia de dichos conflictos. El global de respuestas positivas en función a la transferencia y transiciones respecto a la seguridad del paciente, es del 60%.

3.- Respuesta al reporte de eventos que ponen en riesgo la seguridad del paciente

Tabla 12: Resultados de la Dimensión “Frecuencia de incidentes reportados”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem		n	%
<i>D1. Frecuencia de reporte de cuasi-incidentes durante la atención del paciente</i>	Nunca	8	5.7%
	Raramente	32	22.9%
	Algunas veces	25	17.9%
	La mayoría de las veces	42	30.0%
	Siempre	33	23.6%
<i>D2. Frecuencia de reporte de actos y condiciones inseguras de bajo potencial de daño al paciente</i>	Nunca	8	5.7%
	Raramente	20	14.3%
	Algunas veces	23	16.4%
	La mayoría de las veces	62	44.3%
	Siempre	27	19.3%
<i>D3. Frecuencia de reporte de errores con alto potencial de daño al paciente, pero, que no ocurren</i>	Nunca	11	7.9%
	Raramente	25	17.9%
	Algunas veces	44	31.4%
	La mayoría de las veces	41	29.3%
	Siempre	19	13.6%

Gráfico 12: Frecuencia de Incidentes



En la Tabla 12, se exponen los resultados de la dimensión correspondiente a la frecuencia de reporte de incidentes ocurridos en relación a la seguridad del paciente durante la atención o cuidado.

El personal encuestado, menciona reportar siempre los cuasi-incidentes durante la atención del paciente en un 53.6% solamente, mientras que, el reporte efectivo de los actos y condiciones inseguras cometidos y con bajo potencial de daños al paciente, fue indicado como frecuente por el 63.6% de encuestados.

En contraste de lo anterior, el personal incluido en el estudio afirmó en un 42.9%, reportar siempre o casi siempre el cometimiento de errores con alto potencial de daño al paciente, a pesar de no haber ocurrido el evento indeseable sobre el mismo, por lo que, se asume que el 57.1% restante, lo oculta.

El grado neto de cultura en relación al reporte de incidente suscitado fue del 53.3%.

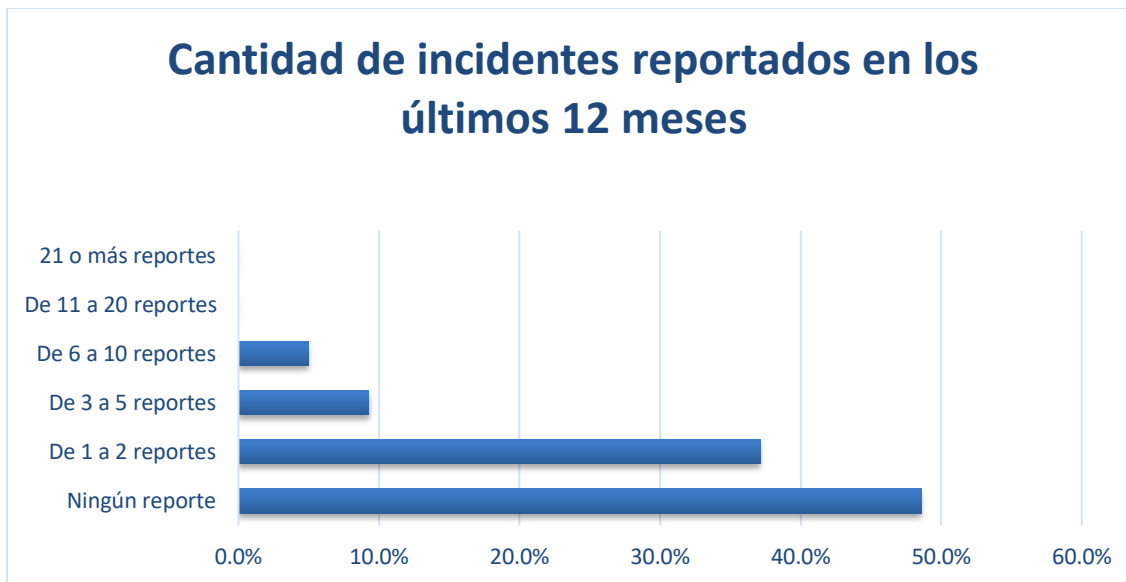
Tabla 13: Incidentes reportados y descritos en los últimos 12 meses por el personal del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem	n	%	
G1. Cantidad de incidentes reportados en los últimos 12 meses	Ningún reporte	68	48.6%
	De 1 a 2 reportes	52	37.1%
	De 3 a 5 reportes	13	9.3%
	De 6 a 10 reportes	7	5.0%
	De 11 a 20 reportes	0	0.0%
	21 o más reportes	0	0.0%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 13: Número de Incidentes reportados en el último año



En relación con los incidentes reportados en los últimos 12 meses, el 48.6%, indica que no se han reportado incidentes, mientras que, el 37.1%, menciona que se han reportado entre 1 a 2 incidentes, mientras que, el 9.3% menciona que se han reportado entre 3 a 5 incidentes y solamente el 5% indica una cantidad de 6 a 10 incidentes reportado en el último año.

Tabla 14: Resultados de la Dimensión “Comunicación e Información de los errores”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem		n	%
C1. La Dirección informa los cambios a implementar tras incidentes suscitados	Nunca	35	25.0%
	Raramente	40	28.6%
	Algunas veces	42	30.0%
	La mayoría de veces	17	12.1%
	Siempre	6	4.3%
C3. Se informa al personal sobre los errores suscitados en la institución	Nunca	0	0.0%
	Raramente	39	27.9%
	Algunas veces	36	25.7%
	La mayoría de veces	36	25.7%
	Siempre	29	20.7%
C5. Se habla y debate acerca de los errores cometidos para prevenirlos en el futuro	Nunca	0	0.0%
	Raramente	31	22.1%
	Algunas veces	31	22.1%
	La mayoría de las veces	27	19.3%
	Siempre	51	36.4%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 14: Comunicación e información sobre errores



En la Tabla 14, se exponen los resultados obtenidos en la encuesta aplicada en los trabajadores en el Hospital Axxis, en relación con la dimensión de Comunicación e Información de los errores. En la cual se plantearon tres ítems de valoración.

La mejor tasa de respuestas positivas, se alcanzaron al preguntar al personal incluido en el estudio respecto al debate de los errores que afectan a la seguridad del paciente con fines preventivos, misma que obtuvo un 55.7% de respuestas favorables. En cuanto, a la información de los errores cometidos por el personal en relación con la seguridad del paciente, se alcanzó un total de 46.4% de respuestas positivas.

La dimensión con menor tasa de respuestas positivas se relaciona a la información respecto a los cambios o medidas de control implementadas por la Dirección, respecto a los incidentes ocurridos con pacientes y que hayan afectado las normas de seguridad del paciente. Las respuestas positivas en esta subelemento fueron del 16.4%.

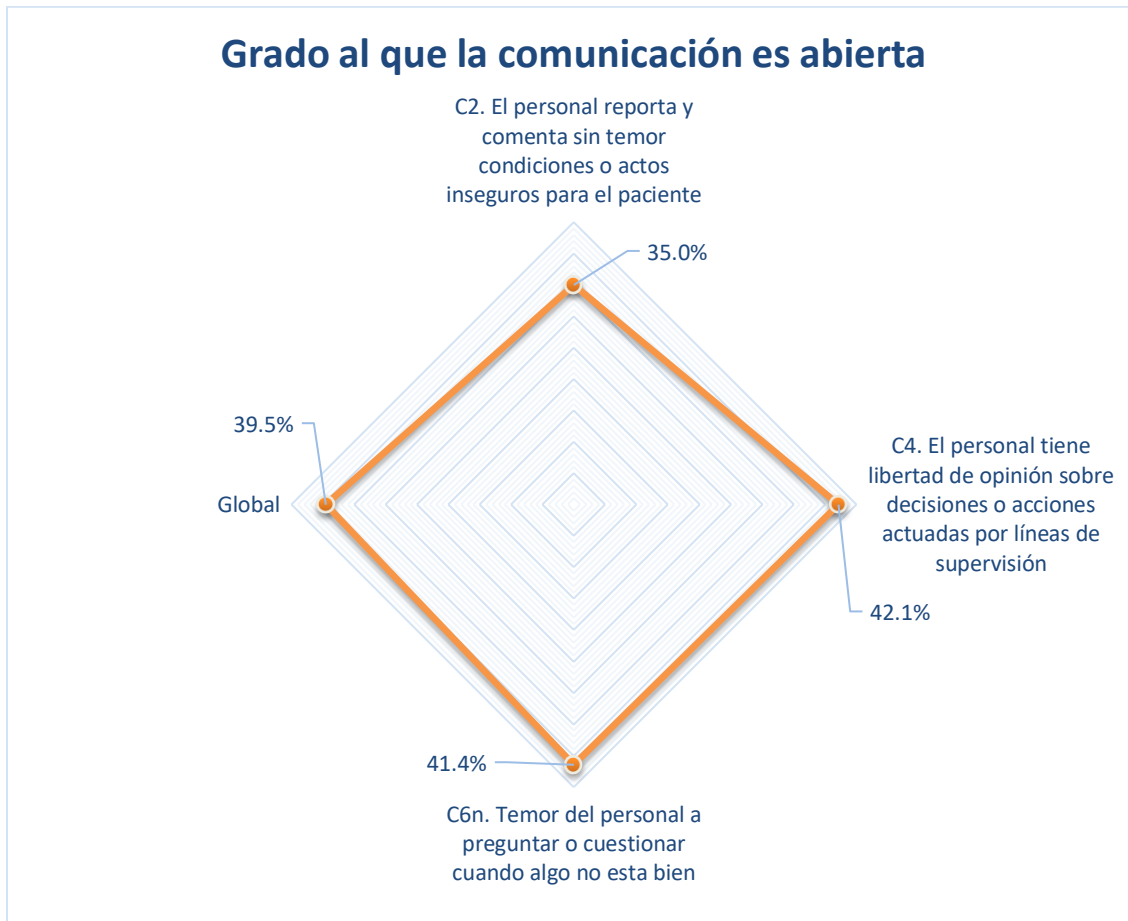
La tasa global de respuestas positivas alcanzada en esta dimensión es del 39.5%.

Tabla 15.- Resultados de la Dimensión “Grado al que la comunicación es abierta”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem		n	%
<i>C2. El personal reporta y comenta sin temor condiciones o actos inseguros para el paciente</i>	Nunca	2	1.4%
	Raramente	7	5.0%
	Algunas veces	82	58.6%
	La mayoría de veces	25	17.9%
	Siempre	24	17.1%
<i>C4. El personal tiene libertad de opinión sobre decisiones o acciones actuadas por líneas de supervisión</i>	Nunca	4	2.9%
	Raramente	45	32.1%
	Algunas veces	32	22.9%
	La mayoría de las veces	37	26.4%
	Siempre	22	15.7%
<i>C6n. Temor del personal a preguntar o cuestionar cuando algo no esta bien</i>	Nunca	4	2.9%
	Raramente	54	38.6%
	Algunas veces	51	36.4%
	La mayoría de las veces	20	14.3%
	Siempre	11	7.9%

Autora: Graciela Viviana Chávez
Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 15.- Grado de comunicación entre el personal de salud y personal administrativo ante el reporte de un error



En la Tabla 15, se describen los resultados obtenidos en la dimensión correspondiente a la apertura existente para la comunicación, en torno a la seguridad del paciente.

El 35% de respuestas positivas indicadas por el personal encuestados se dio al preguntar respecto al temor para el reporte de condiciones o actos inseguros que afectan en la seguridad del paciente, en tanto que, al preguntar al personal respecto a la libertad percibida para la emisión de opiniones sobre las decisiones o acciones efectuadas por la línea de supervisión, se alcanzó un total de 42.1% de respuestas favorables.

La presencia de temor para preguntar o cuestionar cuando algo en la atención del paciente está mal, fue desaprobada solamente por el 41.4% de los encuestados.

El global obtenido en la dimensión correspondiente a la apertura de comunicación respecto a la seguridad del paciente fue del 39.5%.

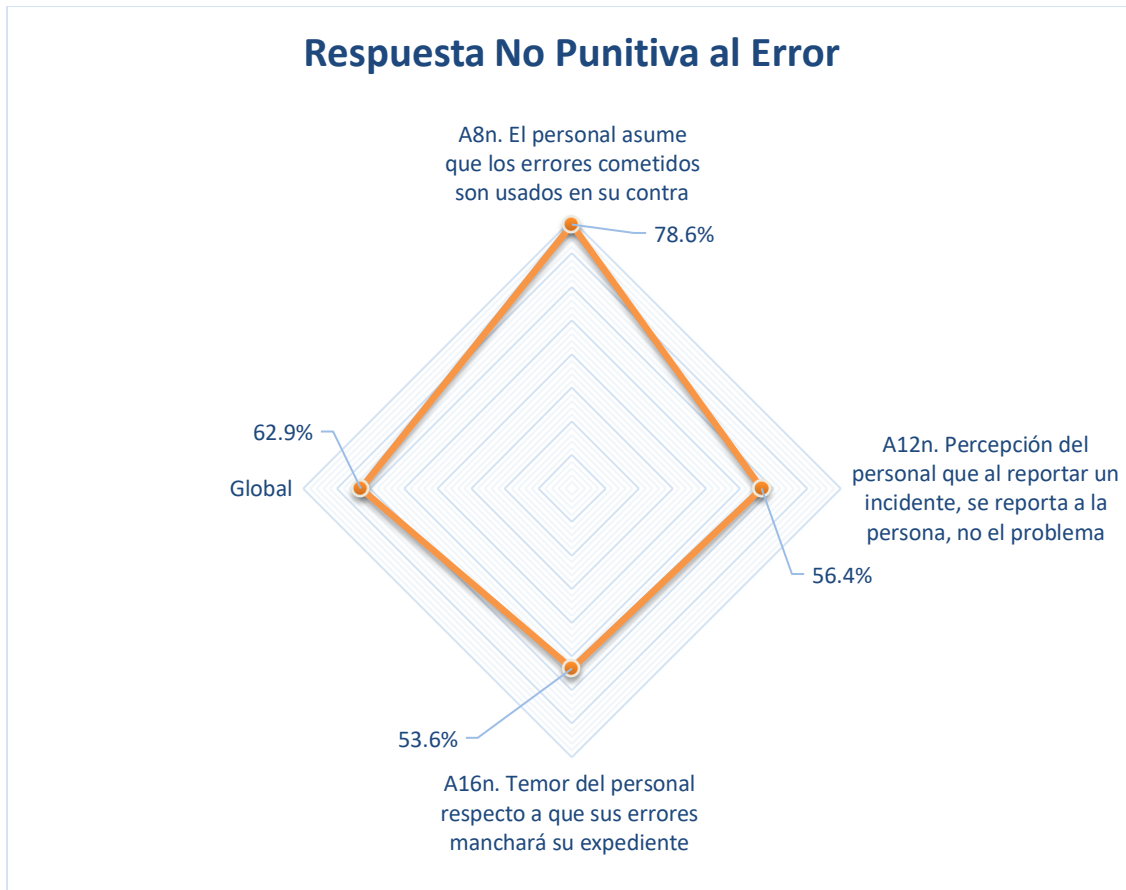
Tabla 16: Resultados de la Dimensión “Respuesta no punitiva al error”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem		n	%
A8n. El personal asume que los errores cometidos son usados en su contra	Muy en desacuerdo	10	7.1%
	En desacuerdo	71	50.7%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	29	20.7%
	De acuerdo	22	15.7%
	Muy de acuerdo	8	5.7%
A12n. Percepción del personal que al reportar un incidente, se reporta a la persona, no el problema	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	48	34.3%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	31	22.1%
	De acuerdo	32	22.9%
	Muy de acuerdo	29	20.7%
A16n. Temor del personal respecto a que sus errores manchará su expediente	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	37	26.4%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	38	27.1%
	De acuerdo	57	40.7%
	Muy de acuerdo	8	5.7%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 16: Respuesta no punitiva al error



En la Tabla 16, se muestran los resultados correspondientes a la dimensión relativa a la respuesta no punitiva al error, en el personal encuestado del Hospital Axxis.

El 78.6% de los encuestados, indica no sentir que los errores cometidos en cuanto a seguridad del paciente sean utilizados a posterior en contra del mismo, en contraste, al 21.4% que perciben que lo errores les puede significar una acción punitiva posterior.

El 43.6% del personal encuestado, tiene la percepción respecto a que, al reportar un incidente ocurrido, se está reportando a una persona en particular, mas no, el problema en particular, es decir, hay la sensación de acusación particular, en tanto que, el 56.4% no refiere dicha percepción.

Al menos el 46.4% de los trabajadores indica tener temor respecto a que los errores cometidos serán archivados en sus expedientes laborales de forma negativa, mientras que, el 53.6% mantiene una opinión neutral o en desacuerdo a dicho temor.

El global alcanzado en la dimensión de respuesta no punitiva al error es del 62.9%.

4.- Conocimiento de la seguridad del paciente

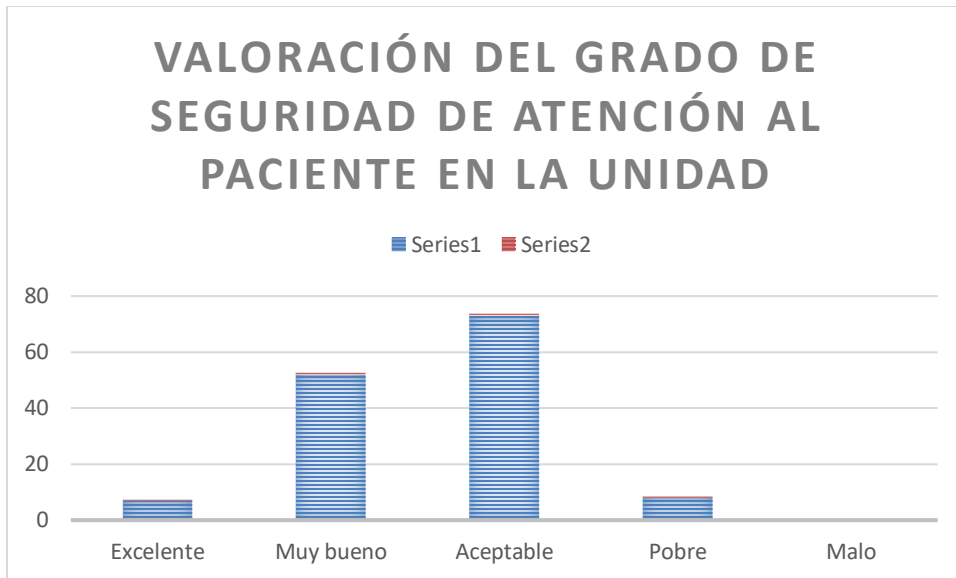
Tabla 17.- Grado de seguridad del paciente valorado por el personal del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem		n	%
E1. Valoración del grado de seguridad de atención al paciente en la unidad	Excelente	7	5.0%
	Muy bueno	52	37.1%
	Aceptable	73	52.1%
	Pobre	8	5.7%
	Malo	0	0.0%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 17.- Grado de Seguridad del paciente



En la Tabla 17, se expone la valoración obtenida por el personal analizado, en relación al grado de seguridad del paciente en el Hospital Axxis.

El 42.1% del personal encuestado, indica que el grado de seguridad del paciente en el Hospital Axxis es excelente (5%) y muy bueno (37.1%), en tanto que, el 52.1% describe como aceptable el grado de seguridad del paciente en esta casa de salud. Solamente el 5.7% de encuestados, manifiesta que las medidas actuales, da lugar a un nivel pobre de seguridad del paciente

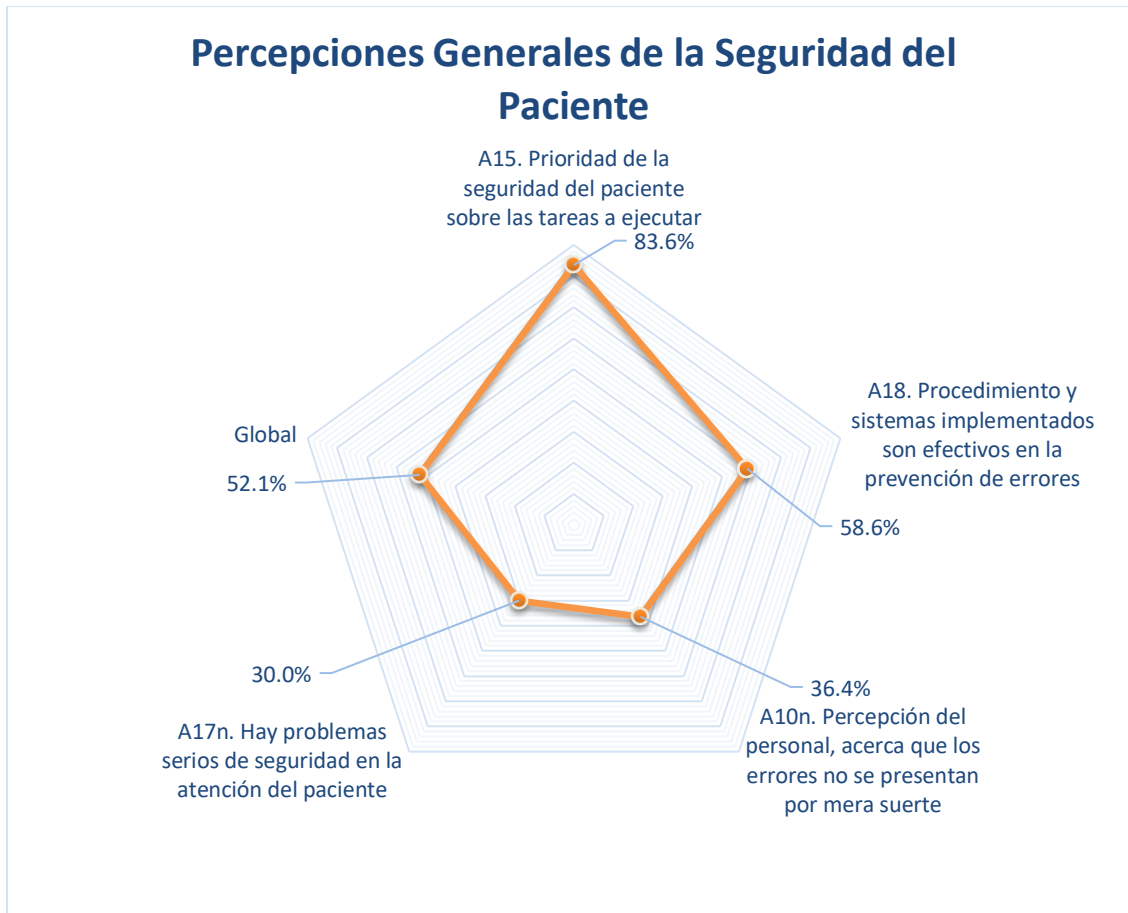
Tabla 18: Resultados de la Dimensión “Percepciones Generales de la Seguridad del Paciente”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito - 2019

Ítem		n	%
<i>A15. Prioridad de la seguridad del paciente sobre las tareas a ejecutar</i>	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	5	3.6%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	18	12.9%
	De acuerdo	82	58.6%
	Muy de acuerdo	35	25.0%
<i>A18. Procedimiento y sistemas implementados son efectivos en la prevención de errores</i>	Muy en desacuerdo	7	5.0%
	En desacuerdo	16	11.4%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	35	25.0%
	De acuerdo	70	50.0%
	Muy de acuerdo	12	8.6%
<i>A10n. Percepción del personal, acerca que los errores no se presentan por mera suerte</i>	Muy en desacuerdo	6	4.3%
	En desacuerdo	45	32.1%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	30	21.4%
	De acuerdo	50	35.7%
	Muy de acuerdo	9	6.4%
<i>A17n. Hay problemas serios de seguridad en la atención del paciente</i>	Muy en desacuerdo	15	10.7%
	En desacuerdo	27	19.3%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	56	40.0%
	De acuerdo	32	22.9%
	Muy de acuerdo	10	7.1%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 18: Percepciones generales del personal sobre seguridad del paciente



En la Tabla 18, se muestran los resultados obtenidos en la dimensión correspondiente a la percepción general del personal en relación a la seguridad del paciente. En esta se evaluaron dos ítems en redacción negativa, que buscan medir la percepción en torno a la ocurrencia de errores que afectan la seguridad del paciente.

La mayor cantidad de respuestas positivas se da en relación a la seguridad del paciente como prioridad previa a la ejecución de las tareas, es decir, que los trabajadores de la salud involucrados, aplican normas de seguridad al paciente en cada una de las acciones a ejecutarse en la atención al paciente. Por otra parte, se alcanzó una tasa de respuestas positivas del 58.6%, en relación con los procedimientos y sistemas implementados de forma efectiva para la seguridad al paciente.

Menores tasas de respuestas positivas se evidenciaron respecto a la percepción de los trabajadores encuestados, respecto a que, los errores que afectan la seguridad del paciente no ocurren por mera suerte, la cual, debía ser respondida en desacuerdo a más del 80%, sin embargo, la tasa de respuestas de desacuerdo, fue apenas del 36.4%. La percepción de los trabajadores encuestados en relación con la existencia de problemas serios de seguridad del paciente, misma que también debía responderse con opciones de desacuerdo, alcanzó un nivel de rechazo a esta afirmación apenas en un 30%, por lo cual, es el punto más débil en esta esfera.

La tasa global de respuestas positivas alcanzado en esta dimensión es del 52.1%.

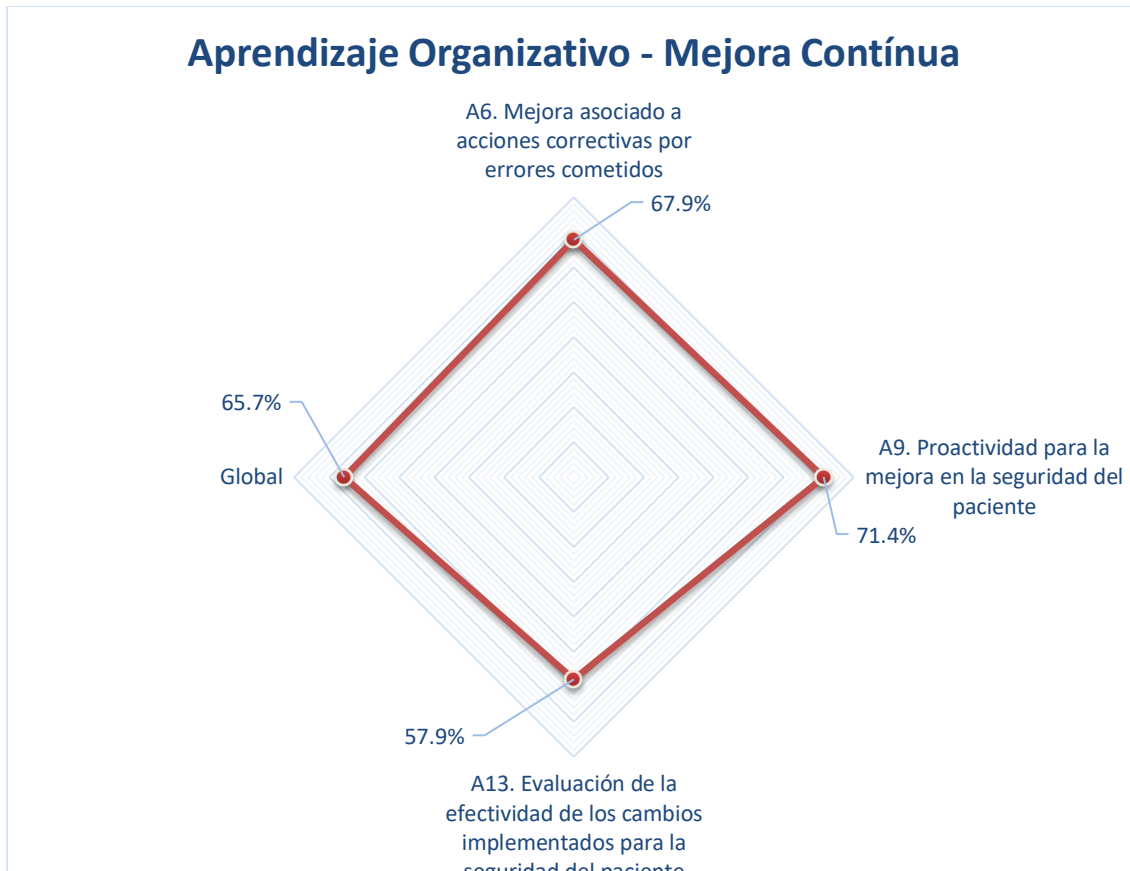
Tabla 19: Resultados de la Dimensión “Apendizaje Organizativo y Mejora Continua”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem		n	%
<i>A6. Proactividad para la mejora en la seguridad del paciente</i>	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	28	20.0%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	12	8.6%
	De acuerdo	70	50.0%
	Muy de acuerdo	30	21.4%
<i>A9. Mejora asociado a acciones correctivas por errores cometidos</i>	Muy en desacuerdo	1	0.71%
	En desacuerdo	29	20.7%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	15	10.7%
	De acuerdo	77	55.0%
	Muy de acuerdo	18	12.9%
<i>A13. Evaluación de la efectividad de los cambios implementados para la seguridad del paciente</i>	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	37	26.4%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	22	15.7%
	De acuerdo	68	48.6%
	Muy de acuerdo	13	9.3%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 19: Aprendizaje organizativo y mejora continua por el personal encuestado por el personal



En la Tabla 19, se expresan los resultados de la dimensión relacionada al aprendizaje organizativo y mejora continua. En esta dimensión, la subelemento con mejor tasa de respuestas positivas fue las acciones proactivas diseñadas por la organización y las unidades para mejorar la seguridad del paciente (71.4%).

La mejora evidenciada y percibida por el personal en relación a la implementación de acciones correctivas derivadas de errores previamente cometidos, alcanzó una tasa de respuestas positivas del 67.9%, sin embargo, en este elemento, el 20.7% de los encuestados mencionó no estar de acuerdo en relación a la mejora derivada de las acciones correctivas.

En contraste con lo anterior, solamente el 57.9% de los evaluados, respondió positivamente a su percepción y evidencia de la evaluación de la eficacia de las medidas adoptadas por la organización derivados de las acciones correctivas en la organización.

El global alcanzado en esta dimensión es del 65.7%.

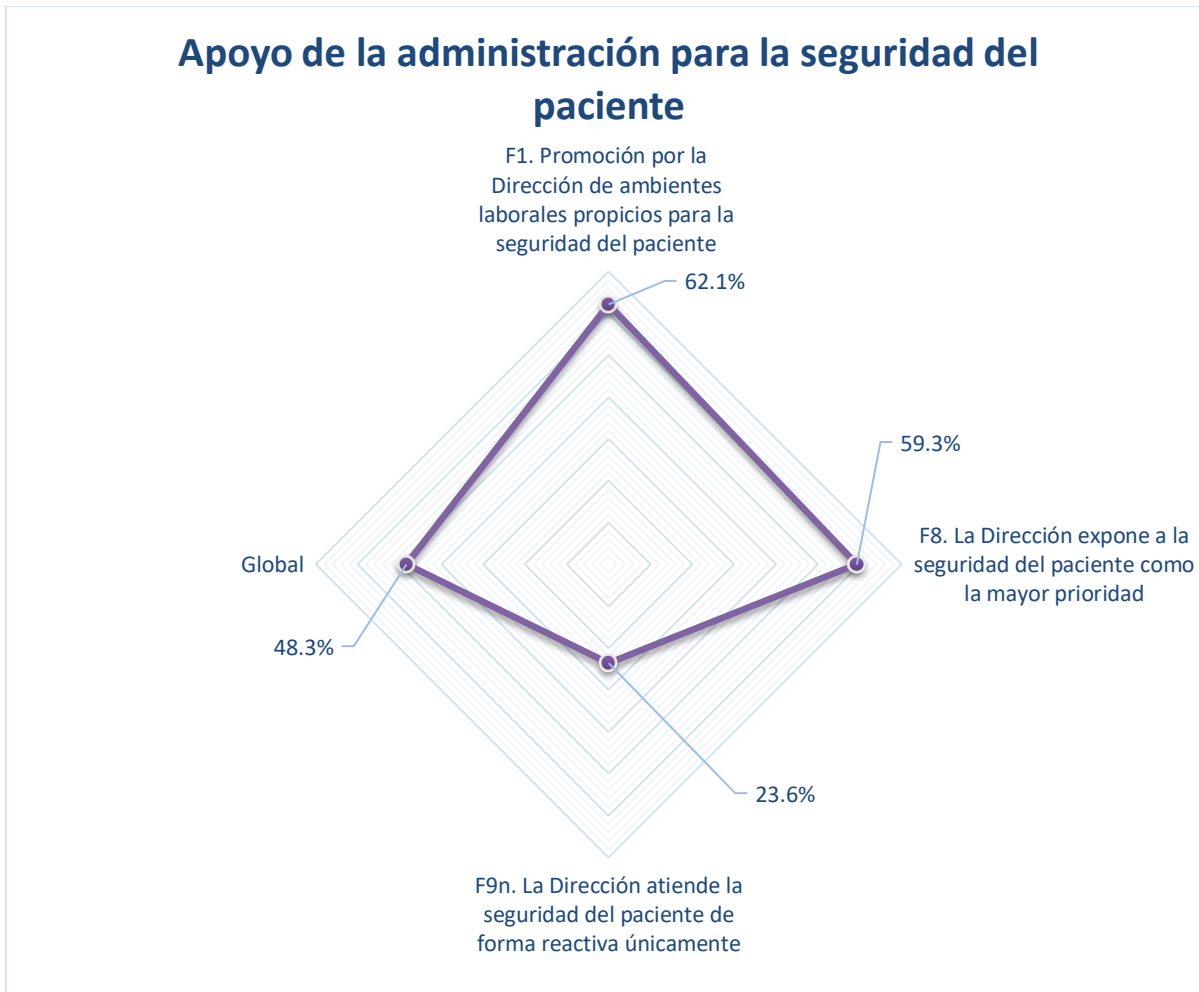
Tabla 20: Resultados de la Dimensión “Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem		n	%
F1. Promoción por la Dirección de ambientes laborales propicios para la seguridad del paciente	Muy en desacuerdo	11	7.9%
	En desacuerdo	11	7.9%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	31	22.1%
	De acuerdo	87	62.1%
	Muy de acuerdo	0	0.0%
F8. La Dirección expone a la seguridad del paciente como la mayor prioridad	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	19	13.6%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	38	27.1%
	De acuerdo	74	52.9%
	Muy de acuerdo	9	6.4%
F9n. La Dirección atiende la seguridad del paciente de forma reactiva únicamente	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	33	23.6%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	35	25.0%
	De acuerdo	61	43.6%
	Muy de acuerdo	11	7.9%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 20: Apoyo de la administración para la seguridad del paciente



En la Tabla 20, se exponen los resultados obtenidos, respecto a la dimensión relativa al apoyo de la administración para la seguridad del paciente. En esta dimensión se valoró un ítem respecto a la toma de decisiones reactivas por parte de la Dirección.

La mejor tasa de respuestas positivas se alcanzó en el elemento relacionado a la proactividad de la Dirección para asegurar ambientes laborales que permitan la ejecución adecuada de procesos relativos a seguridad del paciente (62.1%), seguido por la evaluación descrita por el personal, respecto a la filosofía organizacional respecto a la seguridad del paciente como uno de sus objetivos estratégicos (59.3%).

La tasa menos favorable de respuestas positivas se dio cuando se preguntó al personal respecto a que la Dirección, toma decisiones respecto a la seguridad del paciente, especialmente cuando ha ocurrido un evento, en este caso, el 76.4% de encuestados respondió evidenciar este tipo de actitud con respecto a la Dirección frente a la seguridad del paciente.

El global alcanzado en esta dimensión es del 48.3%.

Tabla 21.- Resultados de la Dimensión “Espectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes”, en el personal evaluado del Hospital Axxis Quito – 2019

Ítem		n	%
<i>B1. Retroalimentación positiva de la línea de supervisión ante ejecución correcta de procesos</i>	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	10	7.1%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	18	12.9%
	De acuerdo	82	58.6%
	Muy de acuerdo	30	21.4%
<i>B2. La línea de supervisión toma en serio las sugerencias de mejora por parte del personal</i>	Muy en desacuerdo	0	0.0%
	En desacuerdo	17	12.1%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	14	10.0%
	De acuerdo	81	57.9%
	Muy de acuerdo	28	20.0%
<i>B3(n). La línea de supervisión simplifica negativamente las actividad cuando hay presión</i>	Muy en desacuerdo	12	8.6%
	En desacuerdo	55	39.3%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	43	30.7%
	De acuerdo	20	14.3%
	Muy de acuerdo	10	7.1%
<i>B4(n). La línea de supervisión ignora los problemas reiterativos de seguridad de atención al paciente</i>	Muy en desacuerdo	12	8.6%
	En desacuerdo	58	41.4%
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	26	18.6%
	De acuerdo	15	10.7%
	Muy de acuerdo	29	20.7%

Autora: Graciela Viviana Chávez

Fuente: Base de datos de la investigación

Gráfico 21.- Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente



En la Tabla 22, se exponen los resultados derivado de la evaluación en la dimensión de expectativas y acciones de la línea de supervisión para promover la seguridad de los pacientes. En esta dimensión hay dos preguntas redactadas en forma negativa, por lo cual, la valoración de las respuestas positivas en los ítems B3 y B4, será cuando la respuesta “Muy en desacuerdo” y “En desacuerdo”.

La mejor tasa de respuestas positivas se encontró en el subelemento relacionado a la retroalimentación de la línea de supervisión cuando una persona realiza un procedimiento correctamente, alcanzando el 80%, seguido de esto, el 77.9% de respuestas positivas fue mencionado por los participantes en el elemento correspondiente a la recepción de sugerencias por parte de la línea de supervisión.

Menor tasa de respuestas positivas se evidenció respecto a las decisiones de la línea de supervisión en la organización de los tiempos de trabajo cuando hay trabajo a presión (47.9%) y en la observancia y acción de los problemas reiterativos contra la seguridad del paciente (50%).

El global alcanzado en esta dimensión es del 63.9%.

5.- ANALISIS GLOBAL

En los Gráficos 22- 27, se exponen los resultados globales por cada dimensión y general respecto a la cultura de seguridad del paciente por cada una de las áreas de trabajo.

En la Figura 22, se observa que el área de Pediatría alcanza el mejor nivel de cultura de seguridad del paciente, con un 61.80%, en tanto que, el áreas de Imagenología alcanzó el 61.50%, Laboratorio Clínico el 57%, Cuidados Intensivos el 56.6%, las áreas clínicas de Hospitalización el 51.60% y finalmente Emergencias con el 51.20%.

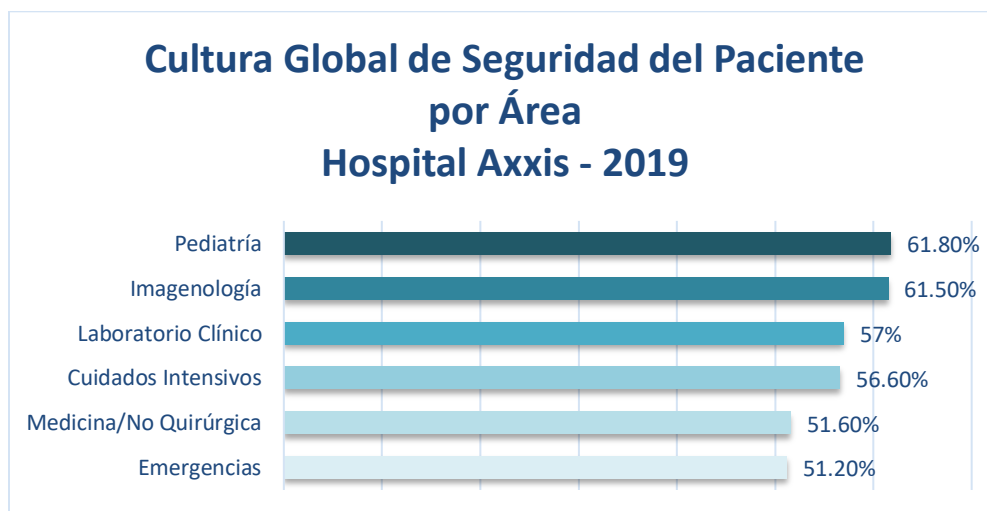


Figura 22. Análisis Global de cultura de seguridad del paciente por áreas de trabajo, en el Hospital Axxis - 2019

En el caso del área de Pediatría, los puntos más débiles se observaron en las dimensiones correspondientes a: Personal (25%), Apoyo de la administración para la seguridad del paciente (0%) y frecuencia de incidentes reportados (0%), que corresponden a las dimensiones a intervenir de forma urgente. Las dimensiones con mejor desempeño en esta área de trabajo, fueron: Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (100%), Aprendizaje Organizativo y Mejora Continua (100%), Grado al que la comunicación es abierta (100%) y Respuesta no punitiva al error (100%).

En la Figura 23, se expone, el análisis global por dimensiones, alcanzadas por el área de Pediatría tras la aplicación de la encuesta.

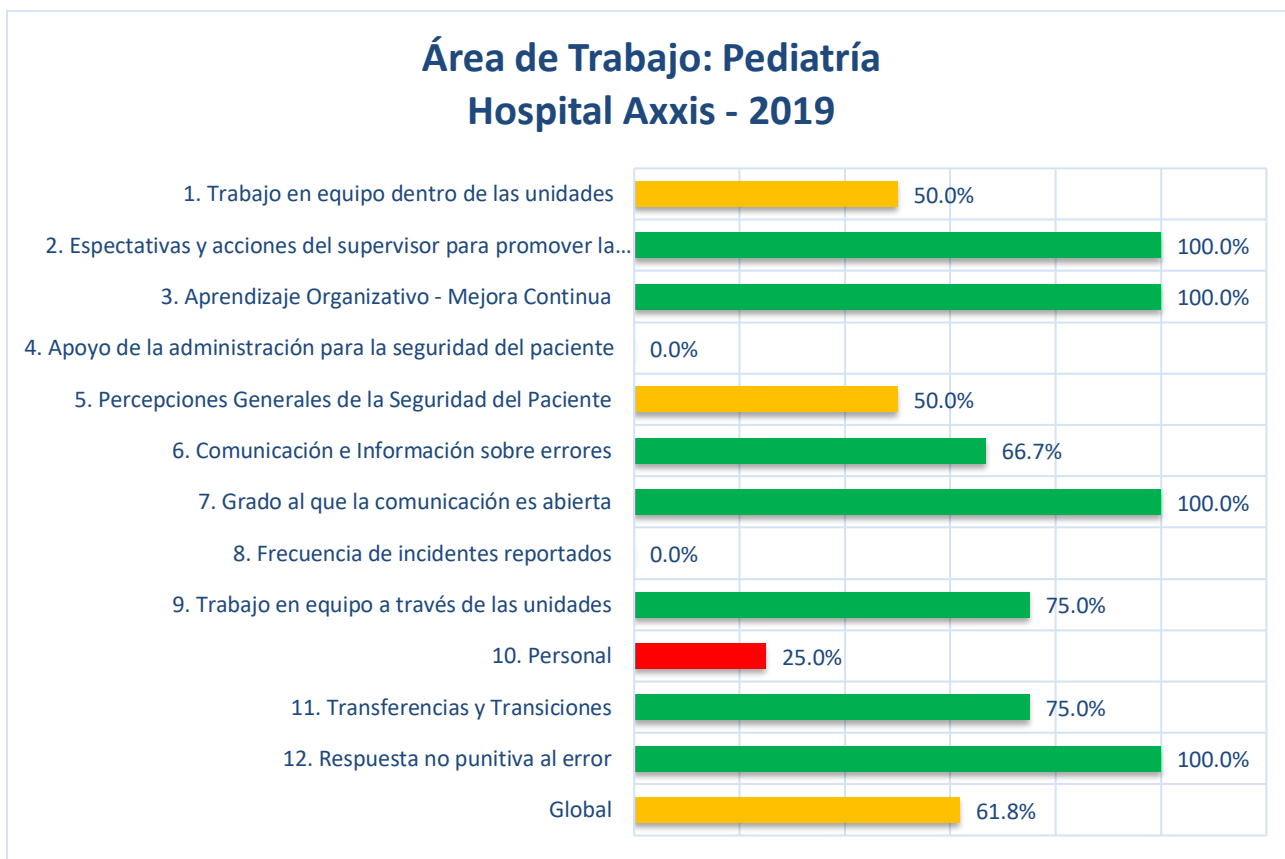


Figura 23. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente, por cada una de las dimensiones valoradas, en el área de Pediatría del Hospital Axxis - 2019

En la Figura 24, se exponen los resultados globales en cuanto a seguridad del paciente, alcanzadas por el área de Imagenología. Las áreas con mejor puntuación corresponden a: Aprendizaje Organizativo y Mejora Continua (79.7%), Trabajo en equipo dentro de las unidades (78.3%), Respuesta no punitiva al error (73.9%) y expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente (68.5%).

Las dimensiones de intervención posterior incluyen principalmente a las siguientes: Grado al que la comunicación es abierta (42%), apoyo de la administración para la seguridad del paciente (43.5%) y frecuencia de los accidentes reportados (44.9%). No se evidenciaron dimensiones con menos del 40% de análisis global.

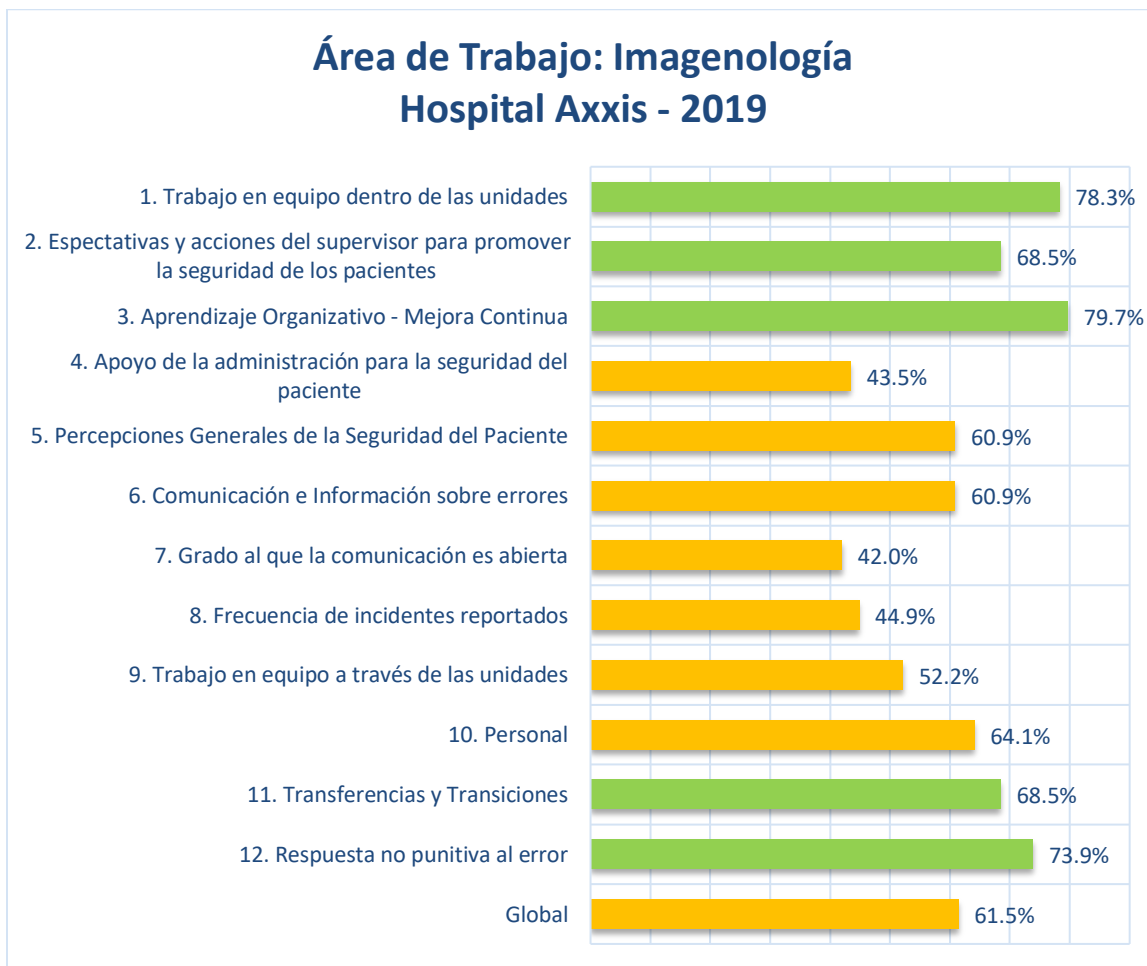


Figura 24. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente, por cada una de las dimensiones valoradas, en el área de Imagenología del Hospital Axxis - 2019

En la Figura 25, se expone el análisis por cada una de las dimensiones relativas a la seguridad del paciente en el área de Laboratorio Clínico. En esta unidad, las dimensiones con mayor criticidad de intervención corresponden a: Personal (38.7%) y Grado al que la comunicación es abierta (37.2%). Las áreas de intervención a corto plazo, incluyen a: Comunicación e Información sobre los errores (41.3%) y Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente (43%).

Las áreas con mayor fortaleza en el área de Laboratorio Clínico, corresponde a: Transferencias y Transiciones (77%), Frecuencia de reporte de incidentes (70.7%), Apoyo de la administración para la seguridad del paciente (69.3%) y Trabajo en equipo a través de las unidades (69%).

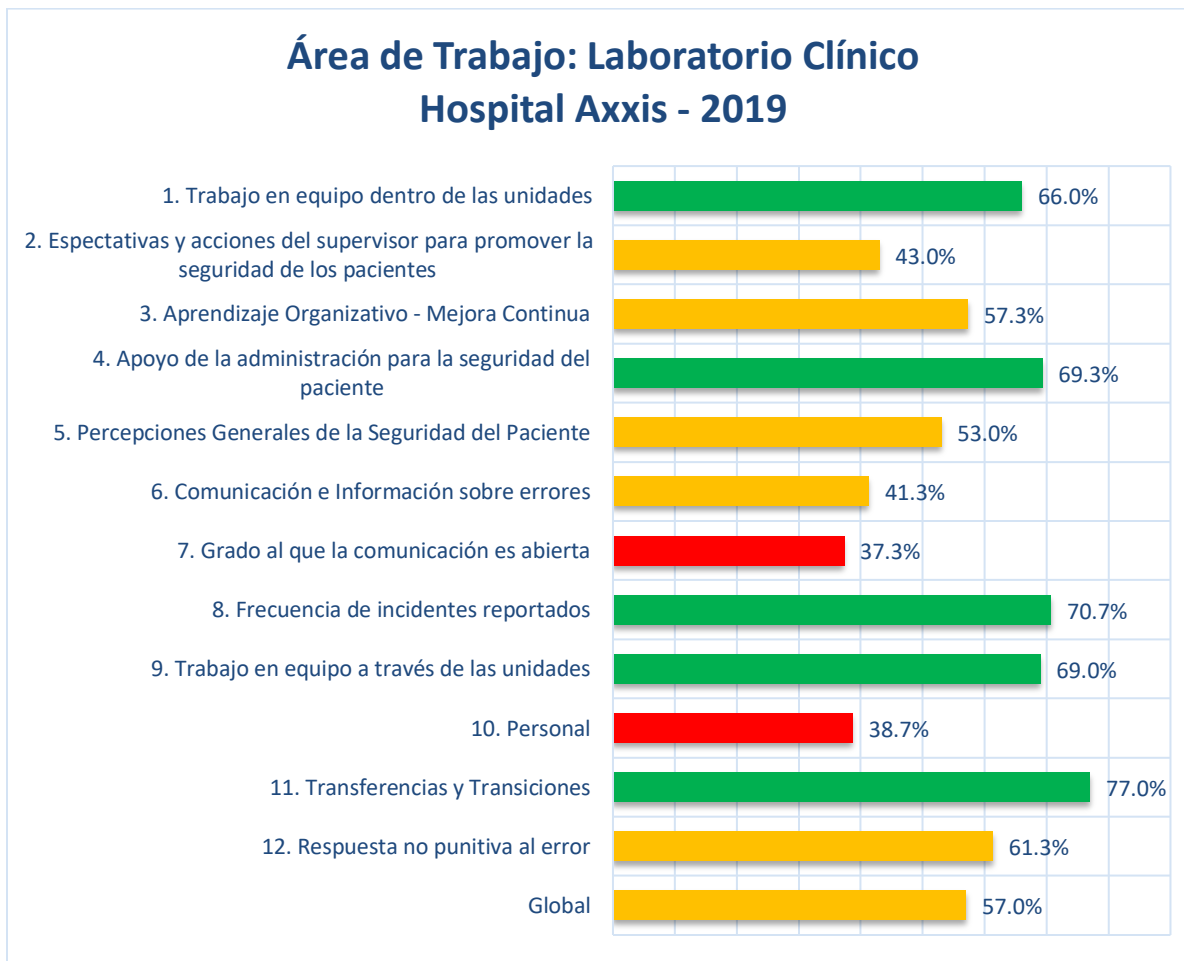


Figura 25. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente, por cada una de las dimensiones valoradas, en el área de Laboratorio Clínico del Hospital Axxis - 2019

En el área de Cuidados Intensivos, las dimensiones con menor desempeño y más críticas para intervención en cuanto a seguridad del paciente son: Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente (20.8%), Respuesta no punitiva al error (24.1%), Grado al que la comunicación es abierta (37%) y Personal (38.9%).

Las áreas con mayor fortaleza acorde la Figura 26, corresponden a las siguientes dimensiones: Frecuencia de los incidentes reportados (100%), Trabajo en equipo dentro de las unidades (90.3%), Percepciones Generales de la Seguridad del Paciente (76.4%) y Aprendizaje Organizativo – Mejora Continua (74.1%).

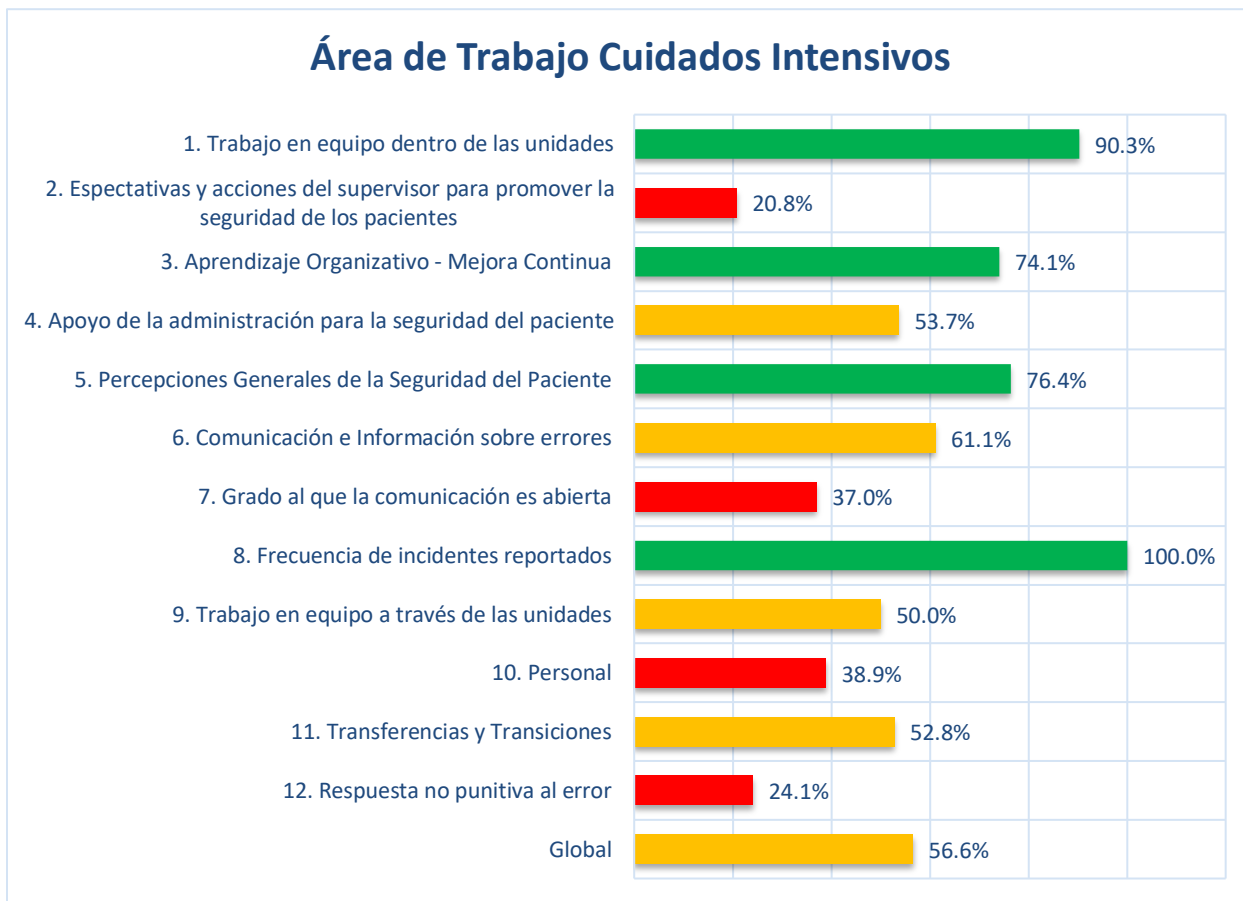


Figura 26. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente, por cada una de las dimensiones valoradas, en el área de Cuidados Intensivos del Hospital Axxis - 2019

En el caso de las áreas clínicas (Hospitalización), se describe como la principal dimensión a intervención urgente a la Comunicación e Información sobre errores (28.8%), sin embargo, hay dimensiones, que pueden ser intervenidas de forma planificada, que son: Percepciones Generales de la Seguridad del Paciente (41.5%), Apoyo de la administración para la seguridad del paciente (42.4%) y Grado al que la comunicación es abierta (42.4%).

En la Figura 27, se muestran también las dimensiones con mayor fortaleza en relación a la seguridad del paciente, que, en el caso de las áreas clínicas, corresponden a: Trabajo en Equipo dentro de la Unidades (75%) y Respuesta no punitiva al error (69.7%).

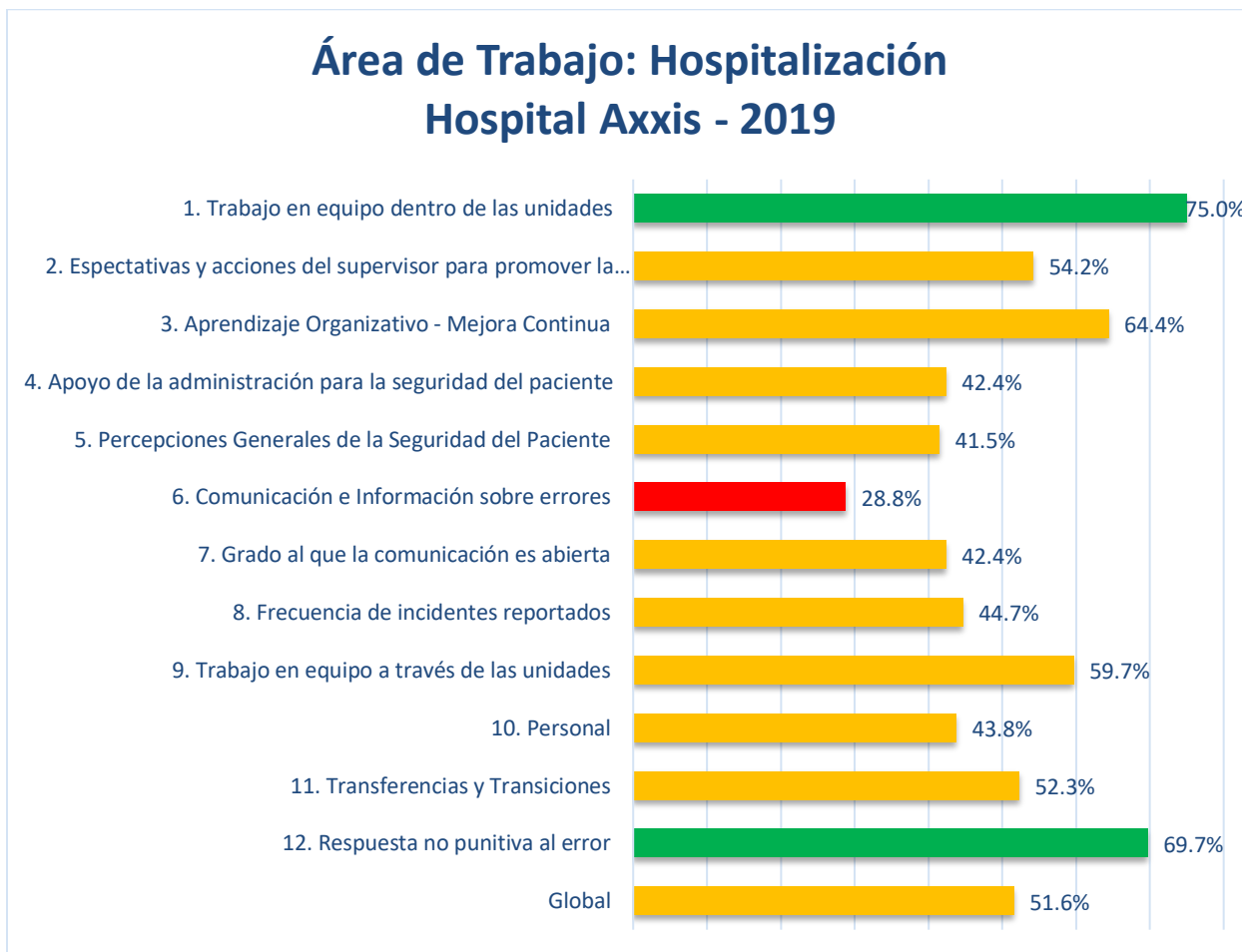


Figura 27. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente, por cada una de las dimensiones valoradas, en el área de Medicina/No Quirúrgica del Hospital Axxis - 2019

En la Figura 28, se expone el análisis por cada una de las dimensiones valoradas en la encuesta de cultura de seguridad del paciente en el área de Emergencias. Las dimensiones con menor porcentaje alcanzado, corresponden a: Comunicación e información sobre errores (21.4%), Grado al que la comunicación es abierta (32.1%) y Frecuencia de incidentes reportados (32.1%).

Las dimensiones en la que el área de Emergencias tiene mejor porcentaje, son: Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (80.4%), Trabajo en equipo dentro de las unidades (79.5%) y Respuesta no punitiva al error (66.7%).

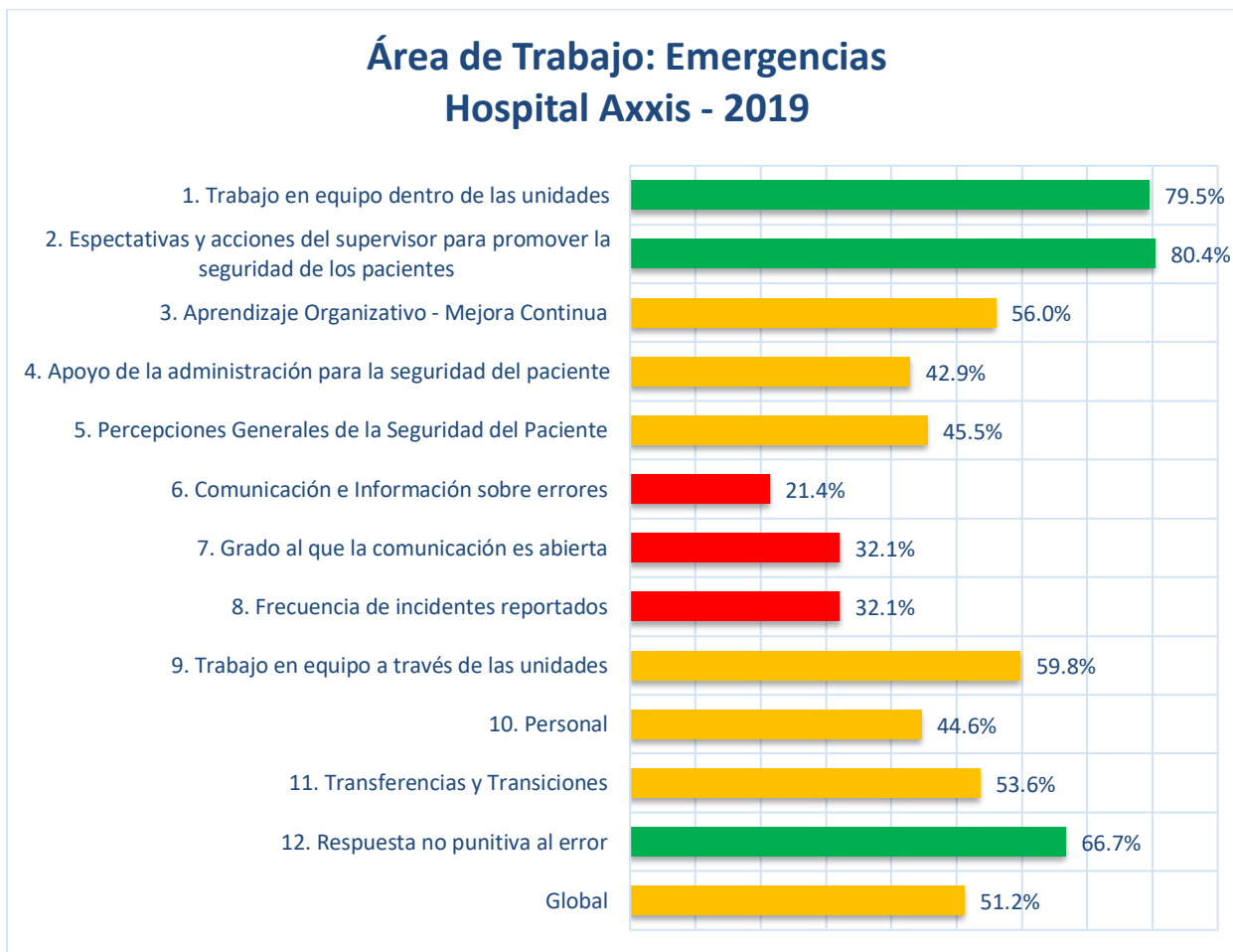


Figura 28. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente, por cada una de las dimensiones valoradas, en el área de Emergencias del Hospital Axxis - 2019

Finalmente, en la Figura 29, se expone el análisis global por dimensiones en relación a la seguridad del paciente en el Hospital Axxis. El porcentaje global de cultura de seguridad del paciente alcanzado fue del 55.52%.

Las áreas con mejor porcentaje alcanzado luego de la valoración en todas las áreas corresponden a: Trabajo en equipo dentro de las unidades (76.40%), Aprendizaje Organizativo y Mejora Continua (65.7%), Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (63.90%) y Respuesta no punitiva al error (62.90%).

Las dimensiones con mayor criticidad por el bajo porcentaje alcanzado constituyen las siguientes: Comunicación e información sobre errores (39.50%) y Grado al que la comunicación es abierta (39.50%). Las áreas con intervención planificada a corto plazo son: Personal (45%) y Apoyo de la administración para la seguridad de los pacientes (48.30%).

Análisis Global de Cultura de Seguridad del Paciente Hospital Axxis 2019

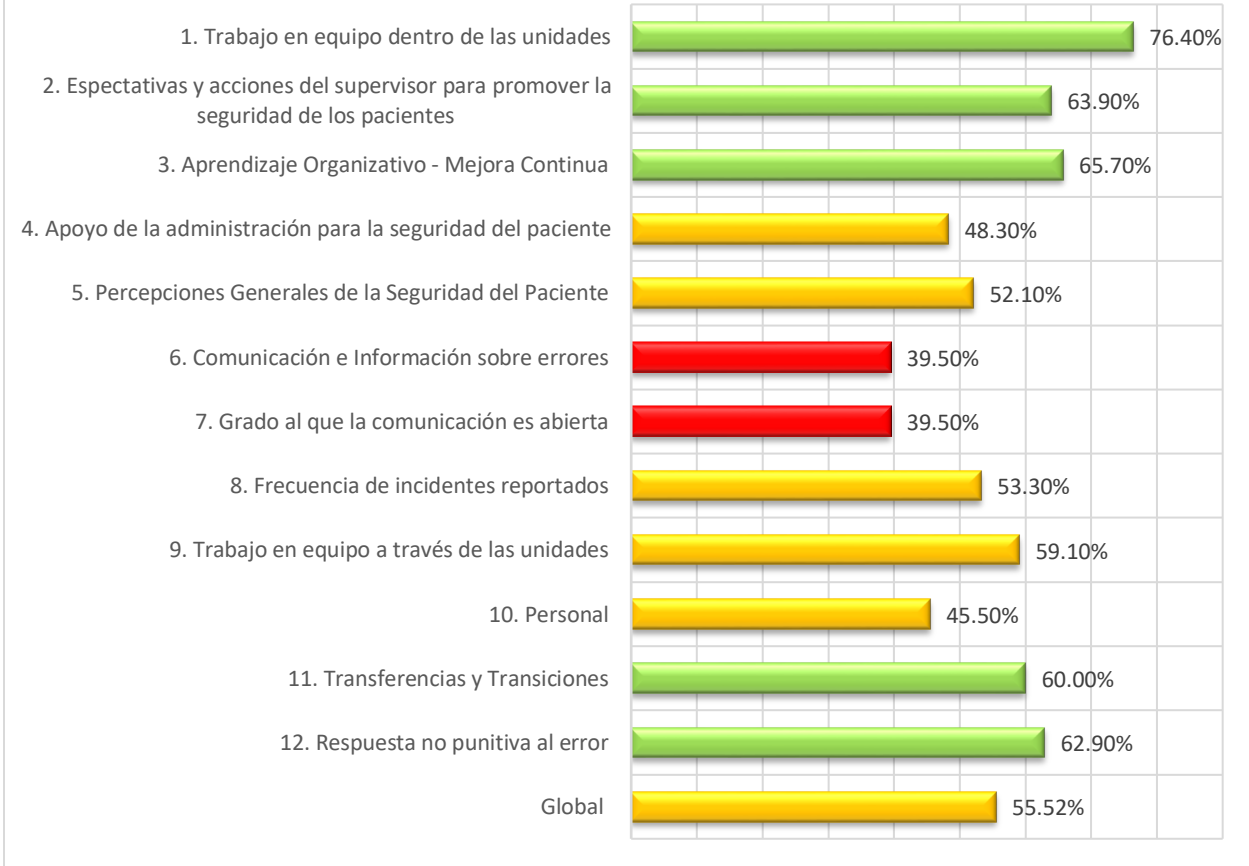


Figura 29. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente Global, del Hospital Axxis Quito - 2019

13. CAPÍTULO V

1. DISCUSIÓN

Se realizó un análisis de frecuencias por dimensiones el cual nos demostró que las características generales de la población sujeta a estudio el 31.4% de los evaluados son de área de hospitalización, seguidos del 20% del área de emergencia, en un porcentaje menor, participaron los áreas de Cuidado Intensivo (12.9%), Laboratorio (17.9%), Imagenología (16.4%) y Pediatría (1.4%), aspecto que coincide con el estudio de Ibarra-Cerón(2014) en el cual indica una población mayor del 50% en área de hospitalización y emergencia respectivamente, también se contempló el 39.3% del personal evaluado se desempeña en funciones de enfermería y auxiliares de enfermería, el 22.1% de participantes son personal de áreas técnicas, el 15.7% son médicos con especialidad culminada y en misma proporción (15.7%) son médicos asistenciales o en entrenamiento, parámetro que no coincide con estudios como de Ramírez-Martínez, (2017) donde el 70% del personal estudiado son médicos enfermeros en el que este equipo constituye el porcentaje mayor de la muestra, esto se relaciona a que diferentes áreas del hospital se encuentran en crecimiento ya que estamos hablando de un hospital de pocos años de funcionamiento.

Con relación al tiempo de ejercicio profesional del personal encuestado, se pudo determinar que el 64.3% del personal evaluado tiene un tiempo de ejercicio profesional es de 1 a 5 años el 17.9% de 6 a 10 años y finalmente el 7.1% respondieron un rango de ejercicio profesional de 11 a 15 años concuerda con en el estudio de Ibarra-Cerón(2014) donde el 55% del personal tiene una antigüedad menor a los cinco años en la Institución y sobre el 46% ha permanecido en la misma unidad por más de seis años. Sin embargo, los anteriores porcentajes son superados por los del estudio del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2015) el cual relaciona este tipo de estudios con hospitales de mayor antigüedad en el cual, casi el 80% de los encuestados lleva trabajando

más de seis años, factor que se relaciona con mayor experiencia tanto en su profesión, como en la institución, lo cual puede ser un elemento a favor de la seguridad del paciente, debido a las destrezas adquiridas a lo largo del servicio en la unidad. Pero se debe tener presente el parámetro importante que, a mayor antigüedad, mayor resistencia a la implementación de nuevas estrategias y al cambio y para el mejoramiento continuo, por lo cual es valioso dar el mismo tipo de seguimiento de acciones al personal antiguo como al nuevo.

Por otra parte, en lo que concierne al número de horas trabajadas, el 58.6% de los encuestados, indicó trabajar entre 40 a 59 horas a la semana, el 30.7% indicó trabajar un rango de 20 a 39 horas semanales, lo que denota que el personal es variado en carga de horas laborales estos datos son similares a los encontrados en el estudio de Ramírez-Martínez (2017) donde 66% permanece sobre 40 horas semanales en el Hospital.

Casi la mayoría 87.1% de los participantes en el cuestionario, mencionó tener contacto directo con el paciente, en tanto que, el 12.9% lo hace de forma indirecta por lo que su percepción sobre la seguridad del paciente es válida. Dicho resultado es afirmado con el obtenido en el estudio del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2015) el mismo que indica que el 90% de los participantes tienen contacto directo con el paciente al igual que el reporte de Ramírez-Martínez (2017) 89% y Olvera y Santacruz (2014) 85%.

El siguiente punto de análisis son los factores relacionados a posibles causas ligadas a la presencia de un evento adverso, tenemos al evaluar la disposición del personal necesario y su organización para la ejecución de actividades de atención y cuidado del paciente. El 37.1% de encuestados manifestaron que no se dispone del personal suficiente en las diversas unidades para la ejecución de las actividades diarias, un 27.1% indican tener una opinión neutra, y solamente el 35.7% muestran estar de acuerdo respecto a la cantidad de personal disponible para la ejecución de las tareas, dicho resultado se contrapone al expuesto en el estudio de Westat, R., Sorra, (2010) de la AHRQ. En el cual 66% de los encuestados refieren tener suficiente personal para desempeñar las tareas diarias y solo en 44% tienen una opinión neutra, al igual que en el estudio de Rodríguez, P. (2016) con un 58% de resultados positivos para el número de personal en atención por paciente, lo que pone en evidencia que, a falta de personal, el rendimiento en tareas se ve afectado y por ende la presencia de riesgos de eventos es mayor.

Referente al trabajo en equipo se exponen las respuestas expresadas por los participantes, se evidencia la mayor cantidad de respuestas positivas en la subelemento correspondiente al apoyo entre personal de la unidad, alcanzando un 100% cuando se preguntó respecto al apoyo entre áreas cuando hay exceso de trabajo, solamente se alcanzó el 49.3% de respuestas positivas, respecto a su percepción de colaboración por partes de otras unidades para ejecutar tareas de alta demanda, similares resultados ocurre con otros estudios como el del Ministerio de Sanidad y Política Social de España(2015), Alarcón Pommiers (2017) quienes evidenciaron un porcentaje mayor al 70% en el apoyo dentro de las unidades y del 55% en apoyo entre áreas con exceso de trabajo, dentro de este contexto se evidencia que el manejo de la seguridad del paciente por parte del personal va muy ligada al apoyo dentro de la unidad y un óptimo trabajo en equipo, este resultado se correlaciona a los obtenidos cuando se valoró la dimensión de los conflictos en la seguridad del paciente en casos de transferencias o transiciones entre unidades o turnos respectivamente, donde el 67.9% del personal describe no existir pérdida de información del paciente que es transferido de una unidad a otra, en tanto que, el 32.1%, indica la existencia de dicho conflicto, aseverando que un porcentaje más alto de resultados en apoyo de las unidades y trabajo en conjunto tiene relación con una adecuada seguridad del paciente menor incidencia de eventos adversos.

En el estudio del reporte de eventos que ponen en riesgo la seguridad del paciente se encontró que el personal encuestado, menciona reportar siempre los cuasi-incidentes durante la atención del paciente en un 53.6% solamente, mientras que, el reporte efectivo de los actos y condiciones inseguras cometidos y con bajo potencial de daños al paciente, fue indicado como frecuente por el 63.6% de encuestados. Estos resultados son muy alentadores ante los mostrados por seguridad del paciente World Health Organization (2016) y Gómez Ramírez (2016) quienes determinaron que el 63.6% de los encuestados no habían presentado ningún reporte y el 33.8% habían reportados un incidente menor. Si se cotejan con los encontrados Ibarra-Cerón(2014) y Santacruz (2017) , en donde el 58.1% no ha notificado incidentes, el 21.6% a veces lo reporta y 20.3% siempre los notifican, se

puede deducir entonces que la notificación aún no es un parámetro real que nos indique el número de incidentes que se produjeron, debido a que no existe un departamento de calidad, que recolecte los incidentes reportados y de un adecuado seguimiento.

Estos resultados se relacionan con dos parámetros importantes de la encuesta, uno la respuesta no punitiva al error, en donde el 78.6% de los encuestados, indica no sentir que los errores cometidos en cuanto a seguridad del paciente, sean utilizados a posterior en contra del mismo, en contraste, al 21.4% que perciben que los errores les puede significar una acción punitiva posterior, de la misma manera el 53.6% niega que las autoridades ante el reporte de errores respondan negativamente archivando en sus expedientes laborales hojas de sanción y el 46.4% de los trabajadores si presenta temor a que dicho reporte represente una mancha en su expediente, dato no que se relaciona con el estudio de Gómez Ramírez (2016) quienes indican que solo el 30% del personal presenta temor a la respuesta negativa por parte de autoridades. El segundo parámetro importante es el grado de comunicación abierta por parte del personal encuestado, el cual refiere que la libertad percibida para la emisión de opiniones sobre las decisiones o acciones efectuadas por la línea de supervisión, es adecuada con un porcentaje de 43.1% vs 40.4% refiere la presencia de temor para preguntar o cuestionar cuando algo en la atención del paciente, lo que demuestra que para un real reporte de eventos adversos e incidentes es vital que el personal no presente temor o suponga que posterior al reporte vendrá una sanción, esto se lograra bajo una comunicación abierta y adecuada con el personal administrativo.

En lo que concierne al apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente la mejor tasa de respuestas positivas, se alcanzó en el elemento relacionado a la proactividad de la Dirección para asegurar ambientes laborales que permitan la ejecución adecuada de procesos relativos a seguridad del paciente (62.1%) resultado similar al estudio World Health Organization (2016) donde el 70% de los encuestados presentan respuestas positivas. La tasa menos favorable de respuestas positivas en este ámbito se dio cuando se preguntó al personal respecto a que la Dirección, toma decisiones respecto a la seguridad del paciente, especialmente cuando ha ocurrido un evento, en este caso, el 76.4% de encuestados respondió evidenciar que la respuesta se toma de

forma reactiva únicamente cuando sucede un evento y luego no existe mejoras a corto plazo siendo este parámetro uno de los eslabones más débiles de la cadena de seguridad óptima del paciente.

En el análisis global por dimensiones en relación con la seguridad del paciente en el Hospital Axxis, se evidencia que el porcentaje global de cultura de seguridad del paciente alcanzado fue del 55.52%, es comparable con el estudio IBEAS IBEAS, B. D. (2010) donde se evidencia que las áreas con mayor cantidad de paciente son las más proclives a tener problemas en torno a eventos adversos debido al poco seguimiento en América latina de este parámetro, comparación con estudios World Health Organization (2016) donde el porcentaje es sobre el 70%.

Las áreas con mejor porcentaje alcanzado son área de Pediatría alcanzando el mejor nivel de cultura de seguridad del paciente, con un 61.80%, en tanto que, las áreas de Imagenología alcanzaron el 61.50%, Laboratorio Clínico el 57%, Cuidados Intensivos el 56.6%, las áreas clínicas de Hospitalización el 51.60% y finalmente Emergencias con el 51.20%. Se interpreta dichos puntajes con el volumen de pacientes que es más significativo en las áreas de hospitalización y emergencias, donde se identifica áreas de mejora a corto plazo debido a el menor porcentaje alcanzado, con mayor criticidad por el bajo porcentaje alcanzado lo constituyen las siguientes: Comunicación e información sobre errores (39.50%) y Grado al que la comunicación es abierta (39.50%). Las áreas con intervención planificada a corto plazo son: Personal (45%) y Apoyo de la administración para la seguridad de los pacientes (48.30%). Por lo tanto, se hace imperativa la implementación de estrategias que permitan el compromiso del recurso humano hacia el aprendizaje, acerca de la seguridad del paciente y hacia el reporte de situaciones que la pongan en riesgo.

Dentro de las fortalezas observadas en el estudio corresponden a: Trabajo en equipo dentro de las unidades (76.40%), Aprendizaje Organizativo y Mejora Continua (65.7%), Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (63.90%) y Respuesta no punitiva al error (62.90%), parámetros que se deben continuar cultivando en torno a una cultura adecuada y óptima de seguridad del paciente.

Estos parámetros analizados en el presente estudio constituyen una fuente de información de las causas raíz de que se observe una cultura de seguridad global de apenas 55% parámetro que se puede elevar con las medidas a inmediato, corto y mediano plazo.

2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al realizar la encuesta de cultura de seguridad y su análisis de las 12 dimensiones, fue necesario utilizar un cuestionario extenso con 61 preguntas o ítems, lo que pudo generar incomodidad en el personal a la hora de responderlo. De las 160 personas que se tenía planificado encuestar, solo se logró realizar a 140 personas ya que, por el horario rotativo, tiempos de trabajos diez no respondieron ni entregaron la encuesta: cuatro médicos, tres internos rotativos, dos licenciados de laboratorio, un tecnólogo de imagenología.

Además, el 100% del personal que entregó el instrumento, no presentó conflictos en el cuestionario en su totalidad, hubo encuestas incompletas sin dos ítems sin respuestas, en un porcentaje mínimo.

Como fortaleza del presente estudio cabe señalar su originalidad ya que no conocemos de estudios previos en el país que hayan evaluado la cultura de seguridad del paciente a nivel hospitalario, tanto en el ámbito público como privado, aún existen muy pocos reportes sobre el tema a pesar de su gran importancia, es una base para nuevas investigaciones inclusive en la misma institución.

14. CAPÍTULO VI

1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio nos permitió medir el grado de cultura de seguridad del paciente en el personal de diferentes servicios del Hospital Axxis, se logró mediante la aplicación del cuestionario de Hospital Survey on Patient Safety de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), obteniendo resultados en varias dimensiones, las más relevantes fueron.

El personal percibe que existe un adecuado trabajo en equipo en sus unidades 61.4%, a pesar de que la cantidad de personal no es suficiente, para el volumen de pacientes, parámetro que lo relacionan con la susceptibilidad para presentar un evento adverso en dichas unidades, este parámetro es más marcado en áreas de Emergencia y Hospitalización donde el número de pacientes es mayor, y fueron quienes puntuaron más bajo en la evaluación de cultura de seguridad.

Se resalta también que, en un porcentaje importante, 59.3%, de inconformidad en el apoyo por parte de la administración en torno a la seguridad del paciente, porque no visualizan o se les comunica objetivos estratégicos de cambio.

En el Hospital Axxis ante la presencia de un evento adverso, no tiene respuesta punitiva al error por parte de las autoridades 78.6%, sin embargo, la respuesta es reactiva breve sin un seguimiento que permita aprender del error.

El reporte de eventos en el Hospital Axxis se realiza mediante la comunicación verbal al líder inmediato, sin un registro que permita realizar seguimiento del número de eventos 53.6%.



En el Hospital Axxis las causas relacionadas con los eventos adversos son principalmente debidas a un grado ineficiente de comunicación abierta 55% de los encuestados presentan dicha percepción 37.9% relacionado con la transición de información en cambio de turno y áreas %

El personal de salud del Hospital Axxis reporta un conocimiento parcial de los objetivos de seguridad a nivel mundial %, principalmente en áreas de hospitalización 53% y emergencia 51%.

2. RECOMENDACIONES

Sería importante revisar las recomendaciones del MSP para dedicación del personal para número de cama y diferenciar los apoyos en horas de mayor demanda y socializar con el personal de tal manera que se sientan respaldados y reconocidos por sus autoridades.

Es importante tener un personal de dedicación exclusiva a la institución que permita disminuir el factor agotamiento por carga laboral excesiva, como un factor de riesgo para la Seguridad del paciente.

Es recomendable que en los objetivos estratégicos se encuentre incorporados elementos de Seguridad del paciente, que marquen transversalmente la administración en todo el hospital.

Es necesario implementar un departamento dedicado a la seguridad del paciente con enfoque a realizar estrategias y vigilancia de que el reporte de eventos adversos sea real no solo los considerados mayores por parte del personal, con una estadística se podrá iniciar capacitaciones e implementar estrategias para mejora.

Sería importante buscar estrategias para mejorar la comunicación asertiva que mediante capacitación y entrenamiento se difunda a todo el personal, logrando una mejor actitud positiva al cambio y a la mejora continua en cada servicio.

Es importante promover el reporte no punitivo de eventos que cree una Cultura de Seguridad tanto en entidades públicas como privadas, debido a que como los estudios nos han mostrado, el costo que genera este tipo de eventos adversos es muy significativo y afecta al paciente como al personal de salud, lamentablemente en América del Sur se ha encontrado muy poca literatura sobre el tema demostrando que se debería poner más atención

e hincapié al tema, logrando que esta cultura logre formar un lenguaje universal a favor de la seguridad de nuestros pacientes.

15. GLOSARIO DE TERMINOS:

1.- Barrera de Seguridad: Acción que reduce la probabilidad de que se presente un evento adverso mediante el despliegue de técnicas científicamente probadas y la aceptación de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro en la atención del paciente

2.-Atención en salud: Según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente: Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

3.- Atención insegura: Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan un evento adverso.

4.- Falla de la atención en salud: Deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos o la utilización de un plan incorrecto, lo cual encasilla en (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución.

5.- Riesgo: Medida de la dimensión de los daños frente a una situación peligrosa. El riesgo es medible asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro.

6.- Daño: Se entiende como todos los cambios de salud que provocan una alteración estructural o funcional del organismo efecto perjudicial derivado de una mala práctica.

7.- Error: Acto que causó la lesión involuntaria o contribuyó a causarla.

7.1.-Error por comisión: Se produce como resultado de una acción que produjo una reacción.

7.2.-Error por omisión: Error que se produce como resultado de no haber tenido las medidas suficientes para evitarlo.

8.- Evento adverso: Es decir, un suceso imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece.

8.1.-Evento Adverso Prevenible: Situación no deseada, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

8.2.-Evento Adverso no Prevenible: Situación no deseada, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial, que provoca daño al paciente no está relacionada con la patología de base.

8.3.-Evento Centinela: Todo evento adverso que haya originario en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.

9.- Incidente: Es un suceso o circunstancia que ocurre en la atención de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

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

11.- Sistema de gestión del evento adverso: Se define como el conjunto de acciones herramientas, procedimientos utilizadas para analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de evitar o mitigar sus consecuencias.

12.- Acciones de reducción de riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en procesos de atención en salud para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Dichas acciones pueden ser

acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso mientras las acciones proactivas como el análisis probabilístico del riesgo.

16. Bibliografía

- Achury Saldaña, D. R. (2016). 2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*, 50.
- Achury Saldaña, D. R. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*, 20.
- Astier-Peña, M. P.-C.-C. (2016). Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. . *Atención Primaria*, 20.
- Bunting Jr, R. F. (2016). From to err is human to improving diagnosis in health care. *The risk management prespective Journal of Healthcare Risk*, 50.
- Burgos-Martínez, L. A.-G.-O.-B.-V.-T. (2014). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos. *cUKTURE PERCEPTION BY SOCIAL SERVICE*, 30.
- Cano-del Pozo, M. I.-A.-R.-L.-Y.-T.-d. (2015). Las emergencias extrahospitalarias ante la cultura de seguridad. *Revista de Calidad Asistencial*, 20.
- de Carvalho, R. E. (2017). Cuestionario de actitudes de seguridad: adaptación transcultural del Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 para Brasil. . *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 30.
- Ecuador., M. d. (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS*, 120.
- Egan, L. A. (2016). Variabilidad interobservador en la evaluación de cardiotocogramas intraparto y su efecto en las decisiones clínicas: un tema de seguridad en la atención obstétrica. *Revista CONAMED*, 30.

- Egea, F. R. (2011). Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*, 23, 20.
- Famolaro, T. Y. (2018). Hospital survey on patient safety culture 2018. *AHRQ publication No 18-0025*, 60.
- Flores-González, M. T.-L.-R. (2019). Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco. *Revista de Enfermería del INstituto Mexicano del Seguro social*, 30.
- Gestão, B. V. (2017). de qualidade em saúde : melhorando assistência ao cliente Health quality management : improving support to client Gestión de calidad en salud : mejorando asistencia al cliente. São Paulo. *Mejorando asistencia al cliente. São Paulo*, 10.
- Gómez Ramírez, O. A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería en Bogotá Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 20.
- González-Formoso, C.). (2016). La investigación de incidentes y eventos adversos como herramienta para mejorar la cultura de seguridad de paciente. *cultura de seguridad de pacientes*, 15.
- Gutiérrez-Cía, I. d.-A.-O.-D.-R. (2015). Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Medicina Clínica*, 29.
- Hernández-Cantoral, A. H.-Z.-S.-G. (2016). Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos. . *Revista Mexicana de Enfermería*, 20.
- James, J. T. (2014). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of patient safety*, 30.
- Lapuente, F. P. (2016). La seguridad del paciente: un problema importante y actual. *AMF. AMF* , 10.
- Merchante, J. M. (2010). Análisis de los indicadores de seguridad del paciente de la Agency for Healthcare Research and quality de los hospitales públicos de la comunidad de Madrid. *Medicina Clínica*, 30.

- Meyer, G. D. (2010). SafePractices for Better Healthcare–2010 Update. *In A Consensus Report. Washington, DC, National Quality Forum, 20.*
- Mir-Abellán, R. F.-P.-M. (2017). Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gaceta Sanitaria, 20.*
- Mondragón-Cardona, Á. R.-M.-M.-H. (2012). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. . *Revista Panamericana de Salud, 60.*
- Muñoz, F. P. (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial, 28.*
- Naranjo Ferregut, J. A. (2014). Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador. . *Revista Cubana de Medicina General Integral, 60.*
- Organization., W. H. (2008). Alianza mundial para la seguridad del paciente: la investigación en seguridad del paciente. *World Health Organization, 80.*
- Pérez-Castro, J. A. (2014). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *Revista CONAMED, 40.*
- Pérez-Castro, J. A. (2014). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *Revista CONAMED 19, 30.*
- Podestá Gavilano, L. E. (2018). Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. ., *Horizonte Médico, 40.*
- Ramírez, O. J. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. . *Avances en enfermería, 50.*
- Ramos Domínguez, B. N. (2005). Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. . *Revista Cubana de Salud Pública, 20.*

- Rocco, C. &. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Medica Clinica las Condes*, 30.
- Rodríguez, J. D. (2014). La gestion Hospitalaria centrada en el paciente. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 30.
- Rodríguez, P. A. (2016). Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. *Ciencia y Tecnologia para la salud*, 30.
- Rodríguez-Cogollo, R. P.-A.-F.-V.-R. (2014). Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Revista de Calidad Asistencial*, 30.
- Rodríguez-Suárez, J. L.-D.-V.-T. (2012). Incidentes de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos, mediante el sistema SIRAI. *Revista CONAMED*, 40.
- Silvestre-Busto, C. T.-C.-C.-P.-F.-A. (2015). (2015). Adaptación de la herramienta del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). *Revista de Calidad Asistencial*, 70.
- Silvestre-Busto, C. T.-C.-C.-P.-F.-A. (2015). Adaptación de la herramienta del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). . *Revista de Calidad Asistencial*, 20.
- Sorra, J. N. (2017). Hospital survey on patient safety culture: 2007 comparative database report. *AHRQ Publication*, 50.
- Terol, E. A.-M. (2008). Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. *Medicina Clínic*, 30.
- Tomas, S. C. (2015). Patient safety in emergency medicine: report on 4 years' implementation of a program designed for the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES). . *Emergencias* 24, 20.
- Torrijano-Casalengua ML, e. a. (2016). Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten. Primaria*, 16.



Torijano-Casalengua, M. L.-C.-P.-F.-B. (2015). Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Atencion Primaria*, 15.

17. ANEXOS

Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes Hospital Axxis

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, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

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

Sección A: Su área/unidad de trabajo

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

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital? Marque UNA respuesta.

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
- b. Hospitalización
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Departamento de emergencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología



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.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



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.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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



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...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección E: Grado de seguridad del paciente

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

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> _A	<input type="checkbox"/> _B	<input type="checkbox"/> _C	<input type="checkbox"/> _D	<input type="checkbox"/> _E

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...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



Sección F: Su hospital, continuado

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección G: Número de incidentes reportados

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Ningún reporte de incidentes | <input type="checkbox"/> d. De 6 a 10 reporte de incidentes |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 2 reportes de incidentes | <input type="checkbox"/> e. De 11 a 20 reportes de incidentes |
| <input type="checkbox"/> c. De 3 a 5 reportes de incidentes | <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas a la semana | <input type="checkbox"/> d. De 60 a 79 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> b. De 20 a 39 horas a la semana | <input type="checkbox"/> e. De 80 a 99 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> c. De 40 a 59 horas a la semana | <input type="checkbox"/> f. 100 horas a la semana o más |



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

- a. Enfermera registrada
- b. Auxiliar de Enfermería
- c. Enfermera Practicante
- d. Asistente de Cuidado de Pacientes/Pareja de Cuidados
- e. Médico (con entrenamiento completado)
- f. Médico Residente/Médico en Entrenamiento
- g. Farmacéutico
- h. Interno de Medicina
- i. Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria
- j. Terapeuta Respiratorio
- k. Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- l. Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)
- m. Administración/Dirección
- n. Otro, por favor especifique: _____

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

- Sí, típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- NO, típicamente 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 años o más

Gracias por completar este cuestionario.

ANEXO 2

FOTOS DE ENCUESTA

Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente Hospital Axxis

Instrucciones

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

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

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

Sección A: Su área/unidad de trabajo

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

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital? Marque UNA respuesta.

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Departamento de emergencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otro, por favor, especifique: _____

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.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

