



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA**



**CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, DE JUNIO A DICIEMBRE
2021**

**Tesis para optar al grado de:
Maestro (a) en Gestión Hospitalaria.**

AUTORES:

**Liliana Beatriz Solís de Corleto
Crimilda Isabel Díaz Torres**

ASESOR

MsC. José Alberto Rosabal Rodríguez

Ciudad Universitaria, San Salvador, mayo 2022

Universidad de El Salvador

Autoridades período 2019-2023

Rector

MSc. Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Académico

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Autoridades de la Facultad de Medicina

Decana

Msc. Josefina Sibrian de Rodríguez

Vicedecano

Dr. Saúl Díaz Peña

Escuela de Posgrado

Director

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

Jefa del Programa de Maestrías

Dra. Blanca Aracely Martínez de Serrano

Coordinadora Maestría en Gestión Hospitalaria

Msp. Hilda Cecilia Méndez de García

AGRADECIMIENTO.

- ✓ **Quiero agradecer a Dios**, por darme: el amor, la fuerza, la salud, el entendimiento, la confianza, el apoyo necesario para alcanzar las diferentes metas, y desafíos que se presentan y se presentaran en mi vida.

- ✓ **A mi Esposo y a mi hijo**, por ser el motor, esa fuente de energía, que me empuja a seguir adelante, a esforzarme y salir triunfante de todos los obstáculos, gracias a ambos, por su apoyo, por su amor, por estar siempre, los adoro.

- ✓ **A mi familia**, por educarme de la mejor manera, hacerme una mujer trabajadora, responsable, ser un ejemplo para seguir; siempre les estaré agradecida.

- ✓ Gracias a todas las innumerables personas, docente y amigos que conocí a lo largo del proceso de aprendizaje y que de una u otra forma contribuyeron a llegar a la meta, gracias.

- ✓ Una mención a la niña Almita hasta el cielo, gracias, la quiero, la extraño.

Liliana Solis de Corleto

AGRADECIMIENTOS

Trabajo dedicado A:

- ✓ **DIOS TODOPODEROSO:** Que siempre me iluminó y me dio a conocer el camino que debía seguir para llegar hasta la culminación de este proyecto de crecimiento profesional
- ✓ **Mi Madre:** que, gracias a su amor, comprensión, paciencia, apoyo incondicional, sus oraciones y desvelos a mi lado durante todo el proceso,
- ✓ **A mi hermano y su familia:** por el apoyo en momentos de dificultad y ayudarme a superarlos para seguir adelante.
- ✓ **A mi compañera de tesis:** por el sostén en momentos de desaliento y motivarme al logro de esta meta.
- ✓ **Mis compañeros de trabajo:** por su tolerancia, comprensión y apoyo.
- ✓ **A la coordinadora** de la maestría de gestión hospitalaria por el apoyo y respaldo incondicional: Maestra Hilda Cecilia Méndez de García.
- ✓ **A la institución hospitalaria y en especial a mis jefes** que nos dieron las facilidades para realizar este proyecto.
- ✓ **A todos aquellos amigos/as, compañeras/os** que de una u otra manera colaboraron con la finalización de este proyecto de manera exitosa.

Crimilda Diaz

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	1
1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	4
Situación Problemática	4
1.1 Enunciado del problema:	5
1.2 Justificación.	5
1.3 Objetivos.	6
1.3.1 General:.....	6
1.3.2 Específicos:	6
1.3.3 Preguntas de investigación.....	7
1.3.4 Tareas de investigación.....	7
CAPÍTULO II.....	8
2.0 MARCO TEÓRICO.....	8
2.0.1 Bases Teóricas.	8
2.1 Estado de la cuestión o estado del arte.....	22
CAPÍTULO III.....	26
3.0 Operacionalización de variables.	26
3.1 Descriptores de estudios.	29
CAPÍTULO IV.....	30
4.0. Metodología.	30
4.1. Método de la Investigación.....	30
4.2. Tipo de Estudio.....	30
Enfoque Cuantitativo.	30
4.3. Población y muestra.....	30
4.4. Operacionalización de variables.	31
4.5. Métodos y Técnicas para la recolección de datos.....	34
4.6. Plan de tabulación y análisis de datos.....	35
Enfoque Cualitativo.	37
4.7. Población y muestra.....	37
4.8. Descriptores de estudio.....	38
4.9 Técnicas e instrumentos.....	38

4.10 Plan de procesamiento y análisis de datos.	39
4.11 consideraciones éticas.	39
CAPÍTULO V	40
5.0 Resultados.	40
5.1 Discusión.	55
CAPÍTULO VI.....	60
6.1 Conclusiones.....	60
6.2 Recomendaciones	61
FUENTES DE INFORMACIÓN	63
ANEXOS.	66
Anexo A.....	66

Índice de Tablas

Tabla 1. Puntos Clave en el Manejo de Crisis.	12
Tabla 2. Dimensiones de la Encuesta Hospitalaria sobre cultura de seguridad de paciente.	19
Tabla 3. Distribución de Personal de Enfermería por Área y Función.....	22
Tabla 4. Distribución de recolección de la información.	35
Tabla 5. Codificación de cuestionario.	36
Tabla 6. Perfil de profesionales de categoría A.	37
Tabla 7. Perfil de profesionales de categoría B.	37
Tabla 8. Tipo de informante.....	40
Tabla 9. Frecuencia de eventos notificados.	41
Tabla 10. Percepción de la seguridad.	42
Tabla 11. Respuestas no punitivas a los errores.	42
Tabla 12. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión.	43
Tabla 13. Aprendizaje organizacional/mejora continua.	44
Tabla 14. Dotación de personal.	44
Tabla 15. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.	45
Tabla 16. Trabajo en equipo en la unidad/servicio.	45
Tabla 17. Franqueza en la comunicación.....	46
Tabla 18. Retroalimentación y comunicación sobre errores.....	47
Tabla 19. Trabajo en equipo entre unidades.	47
Tabla 20. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.....	48
Tabla 21. Cuestionario de seguridad de pacientes	66
Tabla 22. Servicio o unidad de trabajo en su unidad.	84
Tabla 23. Resumen de resultados por dimensiones.	92

Índice de gráficos

Ilustración 1. Gráfico frecuencia de notificación de errores.....	86
Ilustración 2. Gráfico de percepción de seguridad.....	86
Ilustración 3. Gráfico respuestas no punitivas a los errores.....	87
Ilustración 4. Gráfico expectativas y acciones de la dirección/supervisión.....	87
Ilustración 5. Gráfico aprendizaje organizacional/mejora continua	88
Ilustración 6. Gráfico dotación de personal	88
Ilustración 7. Gráfico apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	89
Ilustración 8. Gráfico trabajo en equipo en la unidad/servicio	89
Ilustración 9. Gráfico franqueza de la comunicación	90
Ilustración 10. Gráfico feed-back y comunicación sobre errores	90
Ilustración 11. Gráfico trabajo en equipo entre unidades	91
Ilustración 12. Gráfico problemas en cambio de turno y transiciones entre unidades	91

RESUMEN

Introducción. La cultura de seguridad es un tema que viene cobrando gran auge en muchos países desarrollados, en el Salvador no se está exento. Sin embargo, los estudios sobre la cultura de la seguridad del paciente aún son incipientes. **Objetivo.** Evaluar la cultura de seguridad del paciente en enfermería del Hospital Militar Central de julio-diciembre 2021. **Metodología.** Para obtener información se aplicó la versión española del instrumento Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia. La muestra la constituyeron 132 profesionales de la salud que se desempeñan en los servicios hospitalización. El análisis estadístico fue descriptivo, con medidas de frecuencia para las variables categóricas. **Resultados.** Las áreas de fortaleza identificadas correspondieron a la percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección/supervisión, aprendizaje organizacional/mejora continua, mientras que las dimensiones: notificación de errores, respuesta no punitiva a los errores, trabajo en equipo en la unidad/servicio, retroalimentación y comunicación sobre errores, fueron bien evaluadas no alcanzaron los criterios para ser catalogadas como fortaleza. Así mismo, las dimensiones neutrales fueron: dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, Franqueza en la comunicación, trabajo en equipo entre unidades, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades. **Conclusión.** En términos prácticos se permitió identificar áreas que indican qué se debe fortalecer dentro de la organización del hospital en materia de cultura de seguridad.

Palabras clave: Cultura Seguridad del paciente, enfermería, Hospital Militar.

INTRODUCCIÓN

El campo de la seguridad del paciente se considera una disciplina en el sector de la atención sanitaria que aplica métodos de la ciencia de la seguridad, con el objetivo de lograr un sistema fiable de atención sanitaria que minimice la incidencia y el impacto de los eventos adversos y maximiza la recuperación de los pacientes.

El poder evaluar la Cultura de Seguridad del paciente en el personal de Enfermería es de gran interés; ya que como consecuencia de las fallas en la atención de salud, derivados de los temas de seguridad pueden generar eventos adversos que implican aumento de los costos para las instituciones hospitalarias impactando de manera negativa, por lo cual se hace necesaria la implementación de esta temática y que se promueva la prevención, el reporte y análisis de los eventos adversos, especialmente en el personal de enfermería.

Existe bibliografía relacionada al tema como el libro Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, que hace mención del conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Se puede mencionar que en esta dinámica debe haber involucramiento de los gestores y los diferentes profesionales de las instancias de atención quienes deben participar en otorgar una atención segura, efectiva y eficiente.

La cultura de seguridad de pacientes en instituciones de salud es un tema de relevancia, desde el año 2004, año en que la OMS, implementó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual fue creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.

Según la OMS, la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, mejorarla requiere una labor compleja en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo.

En este tema de Seguridad de Paciente se puede mencionar que El Sistema Nacional de Salud en El Salvador no está exento a esta iniciativa, es por ello que a través del tiempo se han realizado diferentes acciones para garantizar la calidad del cuidado y es así como en el año 2012 se crea e implementa la estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios hospitalarios, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención. Estas estrategias aportan al funcionamiento eficiente y eficaz de los establecimientos de salud, enmarcado dentro de la Red integral del sistema de salud (RISS), un liderazgo organizado y coherente con el enfoque de derecho a la salud.

En este sentido, el estudio de la seguridad de paciente es un tema amplio que puede ser abordado desde diferentes puntos de vista, uno de estos es a través de la cultura de seguridad del paciente, las investigaciones en torno a este tema pretenden buscar evidencias que promuevan el análisis de seguridad de los pacientes y es necesario que los profesionales de enfermería estén capacitados, ya que son los que producen resultados en el cuidado de los pacientes durante toda la estancia hospitalaria. Contar con profesionales empoderados y adheridos a la cultura de seguridad, incrementa la calidad y la confianza del usuario en la institución.

El objetivo de esta investigación es evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de enfermería del Hospital Militar Central, los resultados permitirán establecer la línea base de la cultura, la cual será punto de partida para constituir acciones y prácticas seguras que lleven al mejoramiento del desempeño en la prestación de servicios de salud. El seguimiento a los patrones de comportamiento ayudará a garantizar que la atención sanitaria sea lo más seguro posible, y que cuando las cosas no vayan bien se reaccione de la forma correcta, logrando así alcanzar los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos en la organización de enfermería.

CAPÍTULO I

1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Situación Problemática.

Enfermería se caracteriza por ser una profesión dinámica, adaptada al cambio, siendo un agente del cuidado y teniendo un papel transcendental en la vida de los usuarios, mediante las actividades de promoción, curación y rehabilitación de la salud, sin embargo, se puede tener elementos predisponentes que afectan considerablemente la atención que se proporcionan a los pacientes, entre estos factores se pueden mencionar: los comportamientos del personal relacionados a la seguridad del paciente, la gestión y trabajo en equipo, la comunicación efectiva y asertiva entre profesionales y como este engranaje de elementos garantiza o no la seguridad de los pacientes.

El Hospital Militar Central, es un establecimiento que ofrece atención de tercer nivel y que solventa las necesidades de atención al paciente en áreas de consulta externa, emergencia, hospitalización, unidades de áreas críticas como Unidad de Cuidados Intensivos, Unidades de Cuidados Coronarios y Neuroquirúrgicos, Hemodiálisis y en caso de emergencia nacional se apoya a la población civil.

Sin embargo, fue necesario evaluar la cultura de seguridad de pacientes que tienen el personal de enfermería, ya que a pesar de tener muchas competencias profesionales se observó en el análisis de los Indicadores de Calidad del Departamento de enfermería del año 2020, la notificación de 22 caídas de pacientes y 8 pacientes con formación de úlceras por presión, así mismo el Departamento de Medicina Preventiva en su informe anual sobre la Infecciones Asociadas a la Atención de Salud reporta un aumento de 2.8% con relación al año 2019.

A esto se suma el reporte de las rondas continuas del personal de supervisión donde se evidencian fallos en la atención como: formación de flebitis, procedimientos sin técnica, falta de continuidad de procesos y procedimientos por mala comunicación, así como factores que

predisponen a riesgos como barandales de camas abajo, pisos húmedos, ambientes con luz tenue, desorden físico de la habitación que genera poco espacio para la libre movilización, uso de ropa y calzado inadecuado.

Ante este panorama poco favorecedor es necesario como prestadores de Servicios de salud conocer la cultura de seguridad de pacientes y poder evidenciar la adherencia al tema en los profesionales de enfermería.

1.1 Enunciado del problema:

Con la finalidad de buscar alternativas viables que sirvan para mejorar la cultura de seguridad de pacientes, se plantea su enunciado:

¿Cómo evaluar la cultura de seguridad del paciente tomando en cuenta los comportamientos, gestión organizacional, comunicación y trabajo en equipo del personal de enfermería del Hospital Militar Central de junio a diciembre 2021?

1.2 Justificación.

Garantizar cuidados de enfermería a través de la cultura de seguridad constituye un enorme desafío y se corre el riesgo que el cuidado no se realice de una manera sensible y competente llegando a ser hasta inefectivo, ineficiente y posiblemente hasta dañino para los pacientes. Como Hospital Militar Central, tener a profesionales competentes es una prioridad, sin embargo, actualmente por las características propias de estos, reflejan una falta de patrones de cultura sobre seguridad, responsabilidad y compromiso profesional con respecto a las generaciones pasadas.

La presente investigación, pretende aumentar el interés sobre esta temática, iniciando un camino para mejorar la cultura de seguridad en el Hospital Militar Central, en específico en el personal de enfermería, con el compromiso que al hablar de cultura de seguridad del paciente debe ser un lenguaje común dentro de la institución, por tal motivo conocer y evaluar la cultura de seguridad del paciente es de suma importancia para evitar los fallos en la prestación de servicios.

Crear una propuesta sobre cultura de Seguridad del Paciente adecuada en el personal de enfermería del Hospital Militar Central, será una de las prácticas seguras recomendadas por La Organización Mundial de la Salud desde al año 2004, como una prioridad para evitar riesgos en la asistencia médica y en especial en el cuidado de enfermería.

Los resultados obtenidos y la evidencia mostrada en esta investigación apoyaran la toma de decisiones para mejorar la atención, garantizando cuidados de enfermería más seguros y reducir el riesgo de posibles daños innecesarios asociado hasta un mínimo admisible, teniendo en cuenta los nuevos conocimientos obtenidos, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención y considerando que el comportamiento del grupo está condicionado sobre la adherencia al tema, y por ende estas acciones tiene influencia directa en el prestigio institucional.

1.3 Objetivos.

1.3.1 General:

- ✓ Evaluar la cultura de seguridad de paciente percibida por el personal de enfermería del Hospital Militar Central de junio a diciembre 2021.

1.3.2 Específicos:

- ✓ Caracterizar los comportamientos del personal de enfermería ante la seguridad del paciente.
- ✓ Definir la gestión organizacional para la seguridad del paciente.
- ✓ Identificar las relaciones de comunicación y el trabajo en equipo para la seguridad del paciente.

1.3.3 Preguntas de investigación.

Ante este panorama poco favorecedor es necesario como prestadores de Servicios de salud conocer la cultura de seguridad de pacientes y poder evidenciar la adherencia al tema en los profesionales de enfermería, se realizaron las siguientes preguntas de investigación:

- ✓ ¿Cuál es la Cultura de seguridad del paciente según el personal de enfermería del Hospital Militar Central de junio a diciembre 2021?
- ✓ ¿Cuál son los comportamientos del personal de enfermería ante la seguridad del paciente?
- ✓ ¿Cómo es la gestión organizacional de enfermería para la seguridad del paciente?
- ✓ ¿Cómo es la relación de comunicación y trabajo en equipo?

1.3.4 Tareas de investigación.

Como **tareas de investigación** se trazaron:

1. Caracterización histórico-tendencial de la Cultura de seguridad del paciente.
2. Caracterización teórica de los elementos psicológicos, sociológicos, filosóficos y psicopedagógicos que sustentan el desarrollo de la Cultura de seguridad del paciente.
3. Caracterización de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente percibida por el personal de enfermería del Hospital Militar Central.
4. Valoración y fiabilidad de los instrumentos.

CAPÍTULO II

2.0 MARCO TEÓRICO.

2.0.1 Bases Teóricas.

Concepto de Cultura de Seguridad.

Al revisar las diferentes posturas sobre cultura de Seguridad, es de destacar la emitida por el Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear (GIASN), que dice:

“Cultura de la Seguridad es el conjunto de características y actitudes, en organizaciones e individuos, que aseguren que, como prioridad esencial, las cuestiones de seguridad de las centrales nucleares reciban la atención que merecen debido a su significación.

Esta declaración fue redactada con mucho cuidado para hacer hincapié en que la Cultura de la Seguridad se basa tanto en actitudes como en estructuras, se refiere tanto a organizaciones como a individuos y establece el requisito de que, para cada cuestión de seguridad hay que aplicar percepciones y medidas apropiadas”. (Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear, GIASN, 1991).

La Comisión de Salud y Seguridad del Reino Unido propuso en 1993:

“La cultura de la seguridad de una organización es el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con, y el estilo y la competencia, los programas de salud y seguridad de una organización. Las organizaciones que poseen una cultura de la seguridad positiva se caracterizan por que sus comunicaciones se basan en la confianza mutua, por sus percepciones compartidas sobre la importancia de la seguridad y por su confianza en la eficacia de las medidas preventivas" (Reason, 1997).

Una cultura de la seguridad no es una entidad simple; se compone de una pluralidad de elementos, o formas de actuar, pensar y gestionar, que interactúan entre sí y que, como subproducto natural, han mejorado la salud de la seguridad, en forma simplificada los conceptos se basan en: Valores (qué es importante) y creencias (cómo funcionan las cosas) compartidos que al interactuar con las estructuras y sistemas de control de una organización producen normas de comportamiento (la manera como hacemos las cosas por aquí). (Reason, 1997).

Al indagar las definiciones de cultura de seguridad en la literatura académica existen las siguientes:

“Valores y creencias compartidos que interactúan con las estructuras y los sistemas de control de una organización para producir normas de comportamiento”. Turner y col. (1989), lo definieron como “el conjunto de creencias, normas, actitudes, roles y prácticas sociales y técnicas que se preocupan por minimizar la exposición de empleados, gerentes, clientes y miembros del público a condiciones consideradas peligrosas o perjudicial” (Cooper., 2000).

La Cultura de la Seguridad tiene dos componentes generales. El primero es el marco jerárquico necesario dentro de una organización, esto es, la responsabilidad de los altos mandos de gestión. El segundo es la actitud con que el personal a todos los niveles responde a ese marco jerárquico y lo aprovecha. (Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear, GIASN, 1991).

La Ingeniería de una cultura de la Seguridad, de Reason James, Psicólogo, define:

“Una cultura de la seguridad no es algo que brote completo y acabado del equivalente organizativo de una experiencia próxima a la muerte, sino que emerge gradualmente de la aplicación perseverante y con éxito de medidas prácticas y realistas. No tiene nada de místico. Conseguir una cultura de la seguridad es un proceso de aprendizaje colectivo como cualquier otro. Una cultura de la seguridad no es una entidad simple; se compone de una pluralidad de elementos, o formas de actuar, pensar y gestionar,

que interactúan entre sí y que, como subproducto natural, han mejorado la salud de la seguridad”. (Reason, 1997).

✓ **Características Universales de la Cultura de la Seguridad.**

En toda clase de actividades, y para organizaciones e individuos a todos los niveles, la atención a las cuestiones de seguridad comprende muchos elementos:

1. Conciencia individual de la importancia de la seguridad.
2. Conocimientos y competencia, impartidos por capacitación y adiestramiento del personal y por su autoformación.
3. Compromiso que requiere la demostración por parte del alto nivel de conducción de que la seguridad tiene alta prioridad, y la adopción de un objetivo de seguridad común por todos los individuos.
4. Motivación, a través del liderazgo y la fijación de objetivos y sistemas de premio y sanciones, y de actitudes autogeneradas en los individuos.
5. Supervisión, incluyendo prácticas de auditoría y revisión, y disposición para responder a las actitudes críticas de los individuos.
6. Responsabilidad, a través de la asignación y descripción formales de las funciones y su comprensión por parte de los individuos. (Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear, GIASN, 1991).

Cuando se hace referencia a la cultura de seguridad, se debe mencionar que las percepciones, actitudes y opiniones del personal son importantes como la verdad misma. Hay situaciones en que las normas no escritas son las que mueven las organizaciones, más allá de lo que pueda escribirse en el manual de procedimientos, es por ello que los comportamientos y las actitudes individuales y colectivas determinan una cultura positiva o negativa en las organizaciones.

Los Componentes de la Cultura de la Seguridad.

✓ **Comportamientos, actitudes individuales y colectivas.**

Las actitudes de los individuos se pueden examinar en intercambios con funcionarios a todos los niveles, para apoyar el juicio sobre la eficacia de la Cultura de la Seguridad y sacar conclusiones.

Preguntas detalladas como las siguientes, ilustran la amplitud de las preocupaciones que han de verificarse: ¿Se siguen estrictamente los procedimientos, incluso cuando se dispone de métodos más rápidos? ¿El personal se detiene y piensa cuando se enfrenta a una situación imprevista? ¿Las actitudes positivas respecto de la seguridad son reconocidas por la dirección y por los miembros del personal de igual categoría? ¿Toma el personal la iniciativa de sugerir mejoras de la seguridad?

Las actitudes de las personas están muy influenciadas por su entorno de trabajo, la clave de una Cultura de la Seguridad eficaz en los individuos está en las prácticas que definen el ambiente de trabajo y fomentan actitudes favorables a la seguridad. Los gerentes tienen la responsabilidad de institucionalizar tales prácticas de acuerdo con la política y los objetivos de seguridad de su organización. (Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear, GIASN, 1991).

Ante un incidente el modelo tradicional de aprendizaje se basa en el individual, en el que el individuo detecta, analiza, corrige y aprende del error en un círculo individual que evita en la mayoría de los casos que este individuo vuelva a cometer el mismo error, este es el llamado aprendizaje bucle único o círculo sencillo, este aprendizaje no se extiende más allá del mismo individuo, frente a este tipo de aprendizaje en cambio está el doble circuito o círculo doble, este implica la comunicación del incidente a la organización para que ésta lo analice, aprenda y cambie las condiciones sistémicas que proporcionaron la aparición del mismo.

El rol que ejerce el comportamiento humano tanto en la generación como en la resolución de incidentes, además de la influencia directa de la cultura de la organización y el entorno de trabajo en este comportamiento son aspectos para considerar al abordar estrategias de enseñanza o implementación de medidas de mejora.

El estudio del factor humano (FH) engloba todos los factores del entorno, organización, del trabajo y las características humanas e individuales que influyen en el comportamiento en el trabajo y afectan a la salud y la seguridad. Se entiende el factor humano en su forma individual, es decir, con relación al sujeto en contacto directo con el paciente, o bien en su forma colectiva, que abarca las relaciones que se establecen en el equipo humano que trata al paciente. Durante la gestión de las crisis como paradigma de la necesidad de un trabajo en equipo de alto rendimiento. (Rocco & Garrido, 2017).

Dentro de las herramientas conocidas para organizarse dentro de una cultura de seguridad, se encuentra lo descrito en 1991 por David Gaba, Manejo de los Recursos en Crisis. (Rocco & Garrido, 2017).

Tabla 1.

Puntos Clave en el Manejo de Crisis.

N°	PUNTOS CLAVE
CONCIENCIA DE SITUACIÓN	
1	Conozca el entorno.
2	Anticípese y planifique
3	Use toda la información disponible.
4	Prevenga y maneje adecuadamente los errores de fijación
5	Realice doble lista de chequeo: nunca de algo por hecho
MANEJO DE TAREAS Y TOMA DE DECISIONES	
6	Solicite ayuda precozmente
7	Movilice todos los recursos disponibles.
8	Use ayudas cognitivas: algoritmos, internet.
9	Reevalúe repetidamente la situación: 10 segundos por 10 minutos
10	Fije su atención de forma racional
11	Organice las prioridades de forma dinámica
TRABAJO EN EQUIPO	
12	Promueva el liderazgo y la adherencia al mismo
12	Distribuya la carga laboral: asigne funciones.

14 Comuníquese efectivamente: ¡Hable!

15 Establezca un buen equipo de trabajo. (coordina y/o apoya a otros)

Fuente: Adaptado de Rall M, Gaba DM: Rendimiento humano y seguridad del paciente, en Miller 7a edición de 2005.

La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como normales y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica.

✓ **Liderazgo y Gestión organizacional.**

La puesta en práctica de estas políticas de seguridad requiere que la responsabilidad en materia de seguridad sea clara. La responsabilidad formal en cuanto a la seguridad de la central recae en las organizaciones explotadoras y la autoridad delegada en el Director de la central. En las organizaciones de apoyo, el requisito equivalente es el de asegurar, mediante la estructura de conducción y la definición de las obligaciones, que la responsabilidad de la calidad del producto esté bien definida. (Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear, GIASN, 1991).

Las organizaciones deben ser capaces de detectar y abordar rápidamente los problemas y factores que contribuyen a las fallas del sistema. Una de las maneras más eficaces para identificar estos factores, es mediante la revisión y la investigación de los errores que informa el personal. El desarrollo de una cultura en la que el personal no tenga miedo de reportar los eventos adversos y los incidentes es extremadamente difíciles, debido a que en muchas organizaciones existe una tendencia persistente a responder a los errores de una manera que es la norma social, es decir, culpar a alguien.

Pasar de una cultura de la culpa, a una no punitiva que abarca la presentación de reportes y que se guía por los principios de equidad y justicia, es un trabajo difícil y exige el compromiso de los líderes en todos los niveles. También se requiere la creación de un entorno, que permita

al personal levantar la mano para reconocer sus errores sin el temor a represalias. Informar de un evento adverso o de un incidente debería iniciar un proceso que no se centra en las fallas de los individuos, sino en la exploración y el descubrimiento de las fallas del sistema que son factores contribuyentes. (Ministerio de la Protección Social, Noviembre 2008).

En la actualidad es necesaria una gestión no neutral, que despierte y sostenga una visión que descansa en los valores, ya que en ocasiones resulta fácil liderar grupos y perder la visión de la gestión centrada en los valores, pudiendo concentrar más la atención en demostrar idoneidad y calificación técnica.

Cada uno de los funcionarios que tienen la responsabilidad de integrar los equipos de trabajo para lograr la consecución de los objetivos y metas propuestas en general. La ejecución y cumplimiento de todos los compromisos adquiridos deberán ajustarse a los parámetros establecidos. Así, el liderazgo jugará un papel fundamental en el fortalecimiento de las relaciones laborales internas y se consolidará en definitiva como una política responsable en la organización.

El estudio y comprensión del tema sobre el liderazgo implica también el conocimiento de cuatro elementos básicos, que van a servir de soporte para iniciar y construir una efectiva cultura de seguridad teniendo la participación decidida e integral de los funcionarios y empleados inmediatos.

- 1. La Confianza.** Es una llave de seguridad que abre la puerta a la prueba. Permite que las personas compartan cosas de sí mismos sin temer a ser ignorados. Crea oportunidades para que las personas acepten nuevos retos, sabiendo que hay otros que los ayudaran.
- 2. La Comunicación.** Va de la mano con la confianza. Las personas que trabajan juntas necesitan comunicarse para prevenir los problemas que se puedan presentar. La comunicación permite que las personas compartan sus opiniones, aprendan de las experiencias de los demás y se genere un ambiente amigable desde todo punto de vista. Al igual que la confianza, la comunicación empieza con el líder. Este deberá establecer

un tono, que ayude a definir objetivos, y ofrezca un marco de trabajo a los participantes. Un elemento importante es hacer que las personas se sientan involucradas y seguras en su habilidad de comunicar lo que se espera y cómo funciona.

3. **La Cooperación.** Las actividades relacionadas con la generación de una cultura de seguridad se basan en personas trabajando y ayudándose mutuamente. El objetivo es aumentar la capacidad de cada participante para trabajar como parte del grupo y desarrollar en cada persona una mejor visión de sus capacidades.

4. **El Entretenimiento.** El negocio de liderar las actividades y promocionar una cultura no es fácil, por lo que se requiere también de momentos de relajación, de esparcimiento y de mucha reflexión. Se trata de involucrar y concientizar a las personas para que aprendan, crezcan y se comprometan. (Moncaleano, 2016).

✓ **Sistema de comunicación de seguridad.**

Se debe crear un sistema de información de la seguridad que recopile, analice y difunda información sobre incidentes, casi accidentes y comprobaciones proactivas regulares de los signos vitales del sistema. Puede decirse que todas estas actividades componen una cultura informada, una cultura en la que quienes dirigen y operan el sistema tienen un conocimiento actualizado de los factores humanos, técnicos, organizativos y del entorno que determinan la seguridad del sistema en su conjunto. En la mayoría de los aspectos importantes, una cultura informada es una cultura de la seguridad.

Una cultura que informa efectiva depende, a su vez, de cómo maneja la organización la culpa y el castigo. Una cultura sin culpa no es factible ni deseable. Una pequeña proporción de las acciones humanas peligrosas son demasiado notorias, por ejemplo, el abuso de sustancias tóxicas, el incumplimiento temerario, el sabotaje, etc., merecen castigos, en algunos casos muy severos. Una inmunidad general para todas las acciones humanas peligrosas carecería de credibilidad a ojos de la fuerza laboral. Más importante aún, parecerían ir contra todo sentido de la justicia natural. Lo que se necesita es una cultura justa, una atmósfera de

confianza en la que se motive, incluso se recompense a las personas por suministrar información esencial en relación con la seguridad. (Reason, 1997).

✓ **Trabajo en equipo y comunicación.**

Otro de los fundamentos de una cultura de seguridad es el desarrollo de equipos altamente efectivos. Los equipos cometen menos errores que los individuos, especialmente cuando cada miembro conoce sus responsabilidades y las de los demás. Se deben desarrollar entonces los conocimientos, habilidades y actitudes para que las distintas personas que trabajan en la institución funcionen como tal.

Los equipos de alto rendimiento se caracterizan por:

Tener un líder claramente identificado.

Los líderes efectivos definen metas, asignan funciones, comparten información, controlan la ejecución y son capaces de modificar un plan en caso de ser necesario. Para eso establecen reglas de compromiso entre los integrantes del equipo, asignan y administran los recursos de la mejor manera posible. Su conducción debe servir para facilitar la resolución de conflictos.

Tener una comunicación efectiva.

Los problemas de comunicación son la causa raíz de la mayoría de los eventos centinela (eventos adversos con lesiones graves o muertes) denunciados a la Comisión Conjunta (Joint Commission). La comunicación es efectiva cuando El emisor y el receptor entienden y comparten el mensaje de la misma manera. Cuando la información es transmitida a la persona correcta, en la forma correcta y en el momento correcto.

Cuando genera una visión compartida y entendible de la información a través de toda la organización, fomenta la cooperación, colaboración y trabajo en equipo, promoviendo la discusión de temas, el aprendizaje desde los errores y utiliza distintas técnicas de comunicación estructurada. La comunicación no se transmite sólo de manera verbal o escrita sino también a través de la conducta.

Las jerarquías hospitalarias tradicionales que colocan a los médicos muy por encima del resto del equipo de salud pueden llevar a la intolerancia con las sugerencias o comentarios de quienes no son médicos, devaluando las contribuciones de enfermeras, técnicos o administrativos. Esta intolerancia puede llevar a su vez a conductas irrespetuosas y disruptivas, que conspiran contra la comunicación y cooperación necesaria para garantizar la seguridad de los pacientes. (Vítolo, 2016).

✓ **Aproximaciones metodológicas al estudio de la cultura de seguridad.**

Intentar comprender la cultura de seguridad de una organización mediante la realización de una evaluación constituye sin duda alguna un reto importante. La relevancia del factor cultural viene dada por el hecho que los supuestos culturales inciden en las actuaciones de las personas dentro de la organización. Además, en el caso de la cultura de seguridad se trata de supuestos que determinan comportamientos organizativos especialmente vinculados con la seguridad.

En el estudio de la cultura de seguridad que realizó el Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas del sector Español, describió tres tipos de aproximaciones o enfoques diferenciados. Cada una de ellas responde a una manera de entender la cultura y parte de diferentes supuestos que determinan el enfoque instrumental, es decir, el cómo medir la cultura de seguridad: la académica, la analítica y la pragmática.

La aproximación académica:

Asume la cultura como lo que es en realidad la organización. La cultura es el resultado de lo que ha sucedido en la organización en el pasado, es decir, la historia de la organización sería un elemento que influye en el presente de la cultura organizativa.

La aproximación analítica:

Considera la cultura como algo que tiene la organización. La cultura es un constructo multidimensional que se mide para obtener información relativa a si los conceptos o dimensiones que se evalúan están o no presentes en la organización. De algún modo se

pretende transformar la cultura organizativa. Uno de los instrumentos más utilizados para analizar la cultura bajo este enfoque son los cuestionarios.

La aproximación pragmática:

En el estudio de la cultura se centra en el desempeño de la organización. Se parte del supuesto que una organización tiene una buena cultura si hay un buen rendimiento (por ejemplo, en cuanto a indicadores de seguridad). Se asume la cultura organizativa como un estadio de madurez en el que el objetivo es avanzar hacia el siguiente estadio. Este enfoque suele ser asumido fundamentalmente cuando se pretende hacer cambio y desarrollo organizativo. (Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas, 2014).

Tradicionalmente, los estudios de cultura de seguridad en organizaciones de alta fiabilidad han implementado el cuestionario como instrumento predominante para la recogida de datos. Esto se debe a que el cuestionario es un método eficaz para obtener información sobre las percepciones y creencias generales de los miembros de una organización. Información que se puede utilizar para comprender cómo las personas perciben los aspectos de la cultura de su organización. (Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria, 2019).

Instrumentos para medir la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias.

El creciente interés por la transformación de las organizaciones se acompañó de la necesidad de identificar herramientas que midieran los aspectos culturales del esfuerzo por mejorar la seguridad de paciente (SP). En las organizaciones sanitarias han sido considerados de gran importancia la seguridad de paciente, en relación con este concepto, los factores culturales a promover dentro de la organización como favorecedores de un buen clima de seguridad. Esto ha propiciado el desarrollo de investigaciones sobre instrumentos que puedan medir el cambio cultural que facilite la implantación y consecución de mejoras en la seguridad de los pacientes. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

En 2004, la Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria, (AHRQ) puso a disposición de la comunidad sanitaria el cuestionario: Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del

paciente. Presenta un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y a su validación, tiene una estructura de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones. Además de su extensa aplicación anual en cientos de hospitales de EE. UU., ha sido adaptado en distintos países europeos y la propia AHRQ dispone de una versión para los americanos de habla hispana. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Tabla 2.

Dimensiones de la Encuesta Hospitalaria sobre cultura de seguridad de paciente.

Dimensiones	Aspectos que exploran las preguntas
Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados	3 preguntas. Reporte de errores con o sin potencial para dañar al paciente
Dimensión 2. Percepción de seguridad	4 preguntas. Prioridad para la seguridad del paciente y efectividad en los procedimientos
Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	4 preguntas. Retroinformación, capacidad de escucha y grado de interés del jefe o supervisor por la seguridad del paciente
Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	3 preguntas. Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de acciones para mejorar la seguridad y su evaluación
Dimensión 5. Trabajo en equipo en la unidad/ servicio	4 preguntas. Apoyo, respeto y solidaridad del personal para trabajar en situación normal y de sobredemanda
Dimensión 6. Franqueza en la comunicación	3 preguntas. Informes de la dirección sobre los errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos
Dimensión 7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	3 preguntas. Libertad para hablar de riesgos para los pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que no parece estar bien
Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores	3 preguntas. Utilización negativa de la información sobre errores y temor a represalias laborales
Dimensión 9. Dotación de personal	4 preguntas. Disponibilidad de personal y forma en que se organiza para cuidar a los/las pacientes
Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	3 preguntas. Interés de la dirección para crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva
Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	4 preguntas. Cooperación y agrado para trabajar, y coordinar entre áreas o servicios para mejorar el cuidado de los/las pacientes
Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	4 preguntas. Pérdida de información y problemas durante los cambios de turno o la transferencia de pacientes entre servicios o unidades

Fuente: Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas, Ciudad Universitaria, 2014.

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

La valoración de cada ítem se realiza por medio de la escala de Likert, en 5 grados de acuerdo con cada sección, para las secciones A y B: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo, y para las secciones C y D: 1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre.

Enfermería en la creación de una cultura de seguridad.

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado. (Román, 2006).

La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión; para lograr así, la seguridad del paciente que está a su cuidado. Las intervenciones seguras que de ellos se derivan, tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios, así como determinar la garantía de la calidad del cuidado.

Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar los objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente. Brindar cuidados seguros responde a un modo de actuación profesional, elemento esencial en la cultura de calidad que se estampa en los servicios de salud. La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio, práctica de la profesión de forma

competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como la autodeterminación y autorregulación. (Roman, 2006).

Descripción del Personal de Enfermeras del Hospital Militar Central.

El Hospital Militar Central, es una Institución donde se atiende a la población de Señores Militares activos, pensionados y sus grupos familiares, personal de tropa y administrativo de las diferentes Unidades Militares y se brindan servicios médicos privado.

Al departamento de enfermería se le reconoce su creación de acuerdo a lo establecido en el Artículo 38, literal j) del reglamento interno del Hospital Militar Central, creado según decreto ejecutivo número treinta y uno de fecha seis de junio de mil novecientos ochenta y ocho; también establece las funciones y responsabilidades en los artículos 64 y siguientes y en el Artículo 113 del mismo, los cuales le dan a este departamento la facultad para elaborar sus propios manuales, directivas, instructivos y planes de trabajo para la organización de los recursos y su buen funcionamiento; las cuales serán autorizadas por la autoridad respectiva.

Como Hospital Militar Central y según perfil epidemiológico para satisfacer las necesidades de atención de los derechohabientes y beneficiarios está distribuido en catorce servicios de atención: Unidad de Hemodiálisis, Consulta Externa, Sala de Operaciones, Central de Equipos y Esterilización, Unidad de Ginecoobstetricia, Unidad de Emergencia, Servicio de Medicina, Servicio de Oficiales, Servicio de Señoras I, Servicio de Señoras II, Servicio de Cirugía y Ortopedia, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Coronarios y Neuroquirúrgicos, Servicio de Pediatría, Neonatos y Puerperio y servicio de Reservados que da atención a población que solicita atención privada.

Para brindar atención a los usuarios del Hospital y por la complejidad de los servicios como parte de las oportunidades de la institución se realizan coordinaciones interinstitucionales con Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en convenio con la Universidad de El Salvador para participar en los diferentes diplomados de especialidad como Cuidados Críticos, Cuidados Neonatales, Hemodiálisis y hemodinámica, Técnicas de Quirófano, Gestión de los servicios de Enfermería y Prevención y Control de IAAS.

Para la consecución de la asistencia de enfermería y el logro de los objetivos institucionales el Departamento de Enfermería está organizado según la siguiente tabla.

Tabla 3.

Distribución de Personal de Enfermería por Área y Función

No.	SERVICIO	JEFE DPTO. ENF	SUBJEFE DPTO. ENF.	ENF. DOCENTE	ENF. SUPERVISORA	ENF. JEFE DE SERVICIO	ENF. GENERAL	AUX. DE ENFERMERÍA	TOTAL, RECURSO	DIPLOMADOS
1	JEFATURA DPTO DE ENFERMERÍA	1	-	1	6	-	-	-	8	4
2	HEMODIALISIS					1	4	3	8	5
3	CONSULTA EXTERNA					1	6	18	27	1
4	UNIDAD DE EMERGENCIA					1	7	16	25	3
5	GINECO-OBSTETRICIA					1	6	6	13	1
6	CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERELIZACIÓN					1	0	7	12	-
7	SALA DE OPERACIONES					1	7	18	26	-
8	MEDICINA					1	8	11	20	-
9	OFICIALES					1	7	8	16	-
10	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					1	9	5	15	03
11	UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS					1	8	7	16	03
12	SEÑORAS I					1	8	7	16	-
13	SEÑORAS II					1	7	12	20	-
14	PEDIATRÍA, NEONATOS Y PUERPERIO					1	7	4	12	3
15	CIRUGÍA Y ORTOPEDIA					1	10	7	18	3
APOYO A OTRAS AREAS										
1	UNIDAD ONCOLOGICA Y CIRUGIA AMBULATORIA						1		1	-
2	RAYOS X TAC							1	1	-
3	COPRECOs						1		1	-
4	UNIDOSIS DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO						2		4	-
5	MEDICINA PREVENTIVA						1		1	-
TOTAL, DE RECURSOS POR CARGO		1	-	1	6	14	99	130	251	26

Fuente: Departamento de Enfermería, Hospital Militar Central.

2.1 Estado de la cuestión o estado del arte.

De acuerdo con los avances científicos-tecnológicos el bienestar del paciente dentro del sistema de salud se ha vuelto una prioridad, entonces se requiere una firme promoción de la

cultura de seguridad del paciente que se genere y se legitime en todos los niveles de atención y por todos los miembros de la organización, para compartir, discutir abiertamente los problemas de seguridad y buscar soluciones sin miedo a acciones punitivas.

En este contexto existen un número significativo de estudios sobre seguridad a nivel internacional, entre los que destacan:

1. La revista Electrónica, Enfermería Global en Brasil, publicó en octubre 2020.
“Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública” Con el Objetivo: Evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de enfermería en un hospital público de maternidad. Conclusión: El estudio señaló una cultura de seguridad débil en todas las áreas. (Lima da Silva, Oliveira Gouveia, de Brito Magalhães, de Sousa Borges, & Cardoso Rocha, 2020).
2. En Bogotá, Colombia, se realizó estudio:
“Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería”. Con el objetivo: Caracterizar la cultura de seguridad de la paciente por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer semestre del 2009. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente. Los resultados positivos fueron la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra. (Gómez Ramírez, y otros, 2011).
3. En Argentina se realizó estudio con el tema:
Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. El objetivo de este estudio fue determinar la percepción de la cultura de

seguridad del paciente en los profesionales de la salud del Hospital Privado de Córdoba en el año 2015. Las áreas de fortaleza identificadas correspondieron al aprendizaje organizacional/mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal. (Ramo, Coca, & Abeldaño, 2017).

4. A nivel de América Latina, siempre con el tema de interés la cual se puede mencionar es la siguiente:

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario., Este artículo tiene como objetivo conocer la evaluación de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización hospitalaria de un hospital universitario, el resultado describe: los profesionales indicaron falta de apoyo y acciones del gestor en relación la seguridad del paciente, que interfieren negativamente en la implantación de las medidas de seguridad. (Pinheiro & Junior, da Silva, 2017).

5. Puede citarse también un estudio realizado en España:

Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario, Toda actividad humana comporta un margen de error, y la asistencia sanitaria no es una excepción.

El estudio se realizó entre los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as del hospital. Se utilizó como instrumento de medición la HSOPS de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Conclusiones: La percepción sobre seguridad del paciente es buena, aunque mejorable. No se han identificado fortalezas. Las debilidades identificadas son dotación de personal, apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, cambios de turno y transición entre servicios, y percepción de seguridad. (Mella Laborde, Gea Velázquez, Aranaz Andrés, Ramos Forner, & Compan Rosique, 2018).

En el caso particular de El Salvador, el antecedente sobre investigaciones de seguridad de paciente y cultura de seguridad no existe como tal. Si hay una investigación relacionada a

seguridad de paciente y el reporte de eventos adversos, la cual se desarrolló en Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, en el año 2014, en el servicio de Emergencia.

La investigación obtuvo los siguientes hallazgos: el evento adverso que se da con mayor frecuencia en la Unidad de Emergencia fue: Indicación médica poco legible (76%), retraso en el diagnóstico (61%), fallo de la valoración clínica del paciente (61%). Y entre los factores que facilitaron que ocurrieran los eventos adversos son: No corregir la causa desencadenante del evento adverso (43%), exceso de trabajo (37 %), cantidad de personal menor a la requerida (37 %), aumento de la demanda asistencial (37 %) y la falta de un sistema formal de reporte de evento adverso (37 %). (Díaz Díaz, 2013-2014).

Este estudio pretende ser el primero con este tópico, incluyendo específicamente al personal de enfermería, tomando en cuenta que parte de los riesgos no son productos de eventos fortuitos, sino que se derivan de comportamientos observables y evitables y es de interés indagar sobre la percepción de la cultura de seguridad como una gestión de riesgos, así mismo, se intenta dejar un precedente en esta área de conocimiento en nuestro país y en especial en el Hospital Militar Central.

CAPÍTULO III

3.0 Operacionalización de variables.

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Ítems	Valores	Escala	Unidad de Medida
Comportamientos	Características propias de cada individuo que tiene capacidades, destrezas distintas, conocimiento, disciplina. Así mismo, es la interacción, relación entre personas, grupos individuos y la organización, utilizada para aumentar la efectividad de la organización o mejorarla	1. Frecuencia de eventos notificados.	Eventos notificados	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			
		2. Percepción de seguridad	Percepción de seguridad	- Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente. - Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia. - No se producen más fallos por casualidad. - En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente". - Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Indiferente (3) De Acuerdo (4) Muy de Acuerdo (5)	Ordinal	Escala likert
		8. Respuesta no punitiva a los errores	Respuesta no punitiva	- 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. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.			
Gestión	Sistema complejo adaptativo con significativas capacidades de innovación, creatividad, proactividad, aprendizaje y mejora continua que se realizan simultáneamente y que están interrelacionados	3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	acciones de la dirección/supervisión	- Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. - Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Indiferente (3) De Acuerdo (4) Muy de Acuerdo (5)	Ordinal	Escala likert

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Ítems	Valores	Escala	Unidad de Medida
		4. Aprendizaje organizacional/ mejora continua	Aprendizaje organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente. - 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. 			
		9. Dotación de personal	Dotación de personal	<ul style="list-style-type: none"> Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. - A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora. - En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal. - Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa. - La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente. - La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades. - La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente. 			
		10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Apoyo de la gerencia del hospital	<ul style="list-style-type: none"> 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. 			
Comunicación y trabajo en equipo	La comunicación implica transmitir información en el tiempo y el espacio. Esto incluye informar de las prescripciones del médico a la farmacia, o sobre los riesgos,	5. Trabajo en equipo en la unidad/ servicio	Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. - En esta unidad nos tratamos todos con respeto. 	Nunca (1) Casi nunca (2) A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)	Ordinal	Escala likert

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Ítems	Valores	Escala	Unidad de Medida
	beneficios y alternativas de un procedimiento al paciente			-Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros. - 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. 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. - Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente. - Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible. - Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas. - Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades. - La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra. - En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente. - El intercambio de información entre los diferentes servicios es			
		6. Franqueza en la comunicación	Comunicación				
		7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	Retroalimentación y comunicación				
		11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Trabajo en equipo				
		12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	cambios de turno y transiciones entre servicios			Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Indiferente (3) De Acuerdo (4) Muy de Acuerdo (5)	

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Ítems	Valores	Escala	Unidad de Medida
				habitualmente problemático. - Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.			

Fuente: Grupo investigador, Encuesta Hospitalaria sobre cultura de seguridad de paciente.

3.1 Descriptores de estudios.

Objetivos		Componentes	
Categorías	Comportamientos del personal de enfermería	Gestión organizacional	Comunicación y el trabajo en equipo
Cultura de Seguridad	Actitudes individuales y colectivas	Existe apego a la seguridad del paciente en el personal nuevo	Si conocen o se les informa qué respuesta o que postura tiene la Dirección ante los fallos en la atención
	Liderazgo	El personal de nuevo ingreso se les brinda el periodo de inducción como corresponde según manual, por parte de jefaturas.	Consideran que se cuentan con los recursos humanos necesarios para brindar una atención libre de riesgos.
	Sistema de comunicación de seguridad	Si conocen el proceso de notifican los fallos a la atención, si los reportan o temen acciones punitivas	Como describen la comunicación entre la supervisión y el personal de los servicios de hospitalización
			En el área donde usted trabaja existen eventos imprevistos que ponen en riesgo la seguridad del paciente, a que puede deberse comunicación, trabajo en equipo, dirección u otra causa. Tienen capacitaciones o talleres sobre trabajo en equipo

Fuente: Grupo investigador, Matriz tomado de Piura López, 2006.

CAPÍTULO IV

4.0. Metodología.

4.1. Método de la Investigación.

La investigación se desarrolló desde un enfoque mixto, por lo que se utilizó el método hipotético – deductivo para el enfoque cuantitativo y el método inductivo para el enfoque cualitativo.

4.2. Tipo de Estudio.

Se realizó una investigación mixta con enfoque cuantitativo y cualitativo que permitió hacer un análisis de la cultura de seguridad del paciente según el personal de enfermería.

Enfoque Cuantitativo.

4.3. Población y muestra.

La población de estudio es de 141 profesionales de enfermería que representan el 100% de personal de los servicios de hospitalización que corresponden el grupo de interés para la investigación y los cuales se dividen en: 8 enfermeras jefes, 64 enfermeras generales, 61 auxiliares de enfermería, 2 enfermeras en cargos administrativos y 6 supervisoras que representan el total del universo. Apoyándonos en el Software estadístico Epidat 4.2 se calculó la muestra representativa que fue de un total de 104 enfermeras.

A. Criterios de inclusión.

- ✓ Personal de enfermería con plaza permanente de los servicios de hospitalización que desee participar.

B. Criterios de exclusión.

- ✓ Personal de enfermería que no desea participar.
- ✓ Personal de vacaciones anuales o con incapacidad médica en el periodo de recolección de datos.

4.4. Operacionalización de variables.

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Ítems	Valores	Escala	Unidad de Medida
Comportamientos	Características propias de cada individuo que tiene capacidades, destrezas distintas, conocimiento, disciplina. Así mismo, es la interacción, relación entre personas, grupos individuos y la organización, utilizada para aumentar la efectividad de la organización o mejorarla	1. Frecuencia de eventos notificados.	Eventos notificados	-Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. (Preg. 40). - Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. (Preg. 41). - Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 42). - Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15). - Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18). - No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10). - En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" (Preg. 17). - Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 8). - Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable" (Preg. 12). - Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).	Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Indiferente (3) De Acuerdo (4) Muy de Acuerdo (5)	Ordinal	Escala likert
		2. Percepción de seguridad	Percepción de seguridad	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19). - Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20). - Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la			
		8. Respuesta no punitiva a los errores	Respuesta no punitiva				
Gestión	Sistema complejo adaptativo con significativas capacidades de innovación, creatividad, proactividad, aprendizaje y mejora continua que se realizan simultáneamente y que están interrelacionados	3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	acciones de la dirección/supervisión		Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Indiferente (3) De Acuerdo (4) Muy de Acuerdo (5)	Ordinal	Escala likert

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Ítems	Valores	Escala	Unidad de Medida	
				seguridad del paciente (Preg. 21). - Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22). - Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 6). - Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9). - Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13) - Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2). - A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5). - En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 7). - Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14). - La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23). - La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30). - La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 31). - El personal se apoya mutuamente (Preg. 1) - Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como				
		4. Aprendizaje organizacional/ mejora continua	Aprendizaje organizacional					
		9. Dotación de personal	Dotación de personal					
		10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Apoyo de la gerencia del hospital					
Comunicación y trabajo en equipo	La comunicación implica transmitir información en el tiempo y el espacio. Esto	5. Trabajo en equipo en la unidad/ servicio	Trabajo en equipo		Nunca (1) Casi nunca (2) A veces (3) Casi siempre (4)	Ordinal	Escala likert	

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Ítems	Valores	Escala	Unidad de Medida
	incluye informar de las prescripciones del médico a la farmacia, o sobre los riesgos, beneficios y alternativas de un procedimiento al paciente			un equipo para poder terminarlo (Preg. 3). - En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4). - Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11) - Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35). - El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37). - El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39). Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg.34). - Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Preg. 36). - En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38). - Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg.26). - Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32). - Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg. 24). - Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (Preg. 28).	Siempre (5)		
		6. Franqueza en la comunicación	Comunicación				
		7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	Retroalimentación y comunicación				
		11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Trabajo en equipo				
		12. Problemas en cambios de turno y transiciones	cambios de turno y transiciones			Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2)	

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Ítems	Valores	Escala	Unidad de Medida
		entre servicios/unidades	entre servicios	transfiere desde una unidad /servicio a otra (Preg. 25). - En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27). - El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 29). - Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33).	Indiferente (3) De Acuerdo (4) Muy de Acuerdo (5)		

Fuente: Grupo investigador. Encuesta Hospitalaria sobre cultura de seguridad de paciente.

4.5. Métodos y Técnicas para la recolección de datos.

Para el enfoque cuantitativo se utilizó la encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente fue aplicada a los 132 profesionales, la cual ha sido adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia, concebido como una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la seguridad del paciente, y permite obtener información acerca de la cultura de seguridad y posteriormente identificar fortalezas y debilidades.

El cuestionario contiene 4 componentes A, B, C Y D, descritas en 12 dimensión para medir la cultura de seguridad del paciente donde se evalúan:

1. Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 3 ítems).
2. Percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems).
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems).
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems).
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Agrupa 4 ítems).
6. Apertura en la comunicación (Agrupa 3 ítems).
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems).
8. Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems).
9. Dotación de personal (Agrupa 4 ítems).
10. Apoyo de la Dirección del Hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems).
11. Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems).

12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (Agrupa 4 ítems).

Adicionalmente, incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado, otra sobre el número de eventos notificados en el último año, y además variables clasificatorias socio profesionales.

4.6. Plan de tabulación y análisis de datos.

Las encuestas fueron pasadas en turnos diurno durante los días de lunes a viernes por el equipo investigador según tabla de distribución número cuatro y se realizará con la colaboración del personal de enfermería de los servicios hospitalarios que atienden a pacientes con diversas patologías.

Tabla 4.

Distribución de recolección de la información.

N°	Nombre/ fechas	N° Encuestas
1	Licda Liliana Beatriz Solis de Corleto	66
2	Licda. Crimilda Isabel Díaz Torres	66
Total		132

Fuente: grupo investigador.

Después de recolectar la información los datos obtenidos se introdujeron en una hoja de cálculo de Excel del programa Office 365, donde se insertaron las variantes del instrumento asignando un puntaje numérico para cada una de las respuestas de la escala tipo Likert descrita a continuación.

Escala de likert.

La valoración de cada ítem se realiza por medio de la escala de Likert, en 5 grados de acuerdo con cada sección, para las secciones A, B y C: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo, y para la sección D: 1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre.

En el análisis de frecuencias inicial por preguntas, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis.

De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 5.

Codificación de cuestionario.

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De Acuerdo (4)	Muy de Acuerdo (5)
Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)

Fuente: (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\Sigma = \frac{\text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Numero de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria (AHRQ) descrita a continuación:

1. Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplearán los siguientes criterios alternativos:
 - ✓ $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
 - ✓ $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

2. Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:
- ✓ $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.

Enfoque Cualitativo.

4.7. Población y muestra.

Para analizar a profundidad el tema de investigación se formaron dos grupos focales los cuales fueron seleccionados cuidadosamente según perfil profesional en función de conocer sobre Cultura de la Seguridad del Paciente y que deseaban participar voluntariamente, la clasificación se realizó por categorías según fértil profesional:

Categoría A: Fueron incluidas enfermeras con cargo gerencial y estuvo conformado por cuatro profesionales, dos enfermeras jefes y dos supervisoras con el siguiente perfil.

Tabla 6.

Perfil de profesionales de categoría A.

CATEGORIA A		
Edad: 33 - 45 años	Años de servicio: 15 – 25 años	Tiempo en el cargo: de 2 años en adelante

Fuente: grupo investigador.

Categoría B: se incluyeron enfermeras con función operativa, en este grupo participaron dos enfermeras generales y dos técnicos en enfermería que cumplieron con los criterios del siguiente perfil.

Tabla 7.

Perfil de profesionales de categoría B.

CATEGORIA B		
Edad: 27- 45 años	Años de servicio: 5 – 20 años.	Evaluación del desempeño: Excelente o muy bueno

Fuente: grupo investigador.

4.8. Descriptores de estudio.

Objetivos		Componentes	
Categorías	Comportamientos del personal de enfermería	Gestión organizacional	Comunicación y el trabajo en equipo
Cultura de Seguridad	Actitudes individuales y colectivas	Existe apego a la seguridad del paciente en el personal nuevo	Si conocen o se les informa qué respuesta o que postura tiene la Dirección ante los fallos en la atención
	Liderazgo	El personal de nuevo ingreso se les brinda el periodo de inducción como corresponde según manual, por parte de jefaturas.	Consideran que se cuentan con los recursos humanos necesarios para brindar una atención libre de riesgos.
	Sistema de comunicación de seguridad	Si conocen el proceso de notifican los fallos a la atención, si los reportan o temen acciones punitivas	Como describen la comunicación entre la supervisión y el personal de los servicios de hospitalización
			– En el área donde usted trabaja existen eventos imprevistos que ponen en riesgo la seguridad del paciente, a que puede deberse comunicación, trabajo en equipo, dirección u otra causa. Tienen capacitaciones o talleres sobre trabajo en equipo

Fuente: Grupo investigador, Matriz tomado de Piura López, 2006.

4.9 Técnicas e instrumentos.

Las reuniones con cada grupo focal se realizaron por separado para lo cual se elaboró el consentimiento informado más una invitación personal para cada invitado a quien se le asignara un código de identificación, la reunión se desarrolló en el salón de docencia de enfermería que es un lugar libre de estímulos externos que generen distractores.

El guion fue desarrollado a través de taller con dinámicas grupales haciendo uso de una lista de preguntas abiertas que generaron discusión que ayudo a recopilar los datos que se necesitaron sobre la cultura de seguridad de paciente, estas fueron grabadas y transcritas textualmente para ser analizadas de forma manual.

Para la reunión las investigadoras tomaron un rol de moderador que facilito la discusión y creación de nuevas ideas y la otra miembro del equipo tomo notas, videos, fotografías y grabaciones.

Al finalizar las reuniones se dio un tiempo para refrigerio, socialización para agradecer la participación voluntaria de los integrantes del grupo.

4.10 Plan de procesamiento y análisis de datos.

Para el análisis se realizó una codificación en un plano conceptual sobre una matriz de lectura de los datos que permitió enmarcar el contexto en el cual se ubica o caracteriza al personal de enfermería sobre la cultura de seguridad de paciente.

Para el procesamiento y análisis de los datos se procedió a traducirlos por categorías con la finalidad de realizar comparaciones y posibles contrastes de manera que se puedan organizar conceptualmente los datos siguiendo un patrón para identificar alguna regularidad emergente.

4.11 consideraciones éticas.

Se contemplo el anonimato y la confidencialidad, la participación del personal fue voluntaria y el personal que participo en el estudio no se expuso a experiencias desagradables que pudiesen provocarles daño físico, psicológicos durante la investigación relacionada al tema de interés.

Así mismo, se incluirán los principios éticos que se aplicarán en la investigación como: la beneficencia, respeto a la dignidad humana y la justicia.

Este protocolo fue sometido y aprobado por el comité de ética del Hospital Militar Central, según las normas establecidas para las investigaciones.

CAPÍTULO V

5.0 Resultados.

Los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades siguiendo la metodología propuesta por la Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria (AHRQ) descrita a continuación:

1. Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplearán los siguientes criterios alternativos:
 - ✓ $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
 - ✓ $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.
2. Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:
 - ✓ $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.

Caracterización de la población participante.

De acuerdo con la distribución los profesionales de enfermería estuvieron distribuidos así: enfermera supervisora 4.5%, jefe de servicio de enfermería 6.1%, enfermera general 46.2%, auxiliar de enfermería 43.2%, tabla N°8. (Ver ilustración N° 2).

Tabla 8.

Tipo de informante.

Tipo de Informante		
Etiqueta	Recuento	Porcentaje
Enfermera General	61	46.2%
Auxiliar de Enfermería	57	43.2%
Jefe de Enfermería	8	6.1%
Enfermera Supervisora	6	4.5%
Total	132	100%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

✓ **Resultados de los comportamientos del personal de enfermería ante la seguridad del paciente.**

El perfil de los comportamientos se identificó de acuerdo con los parámetros establecidos por la escala tipo Likert, de forma general, las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías positivo, neutral y negativo.

Los resultados de la investigación en cuanto a la variable los comportamientos al indagar sobre la dimensión 1, la **notificación de errores** que son descubiertos antes de afectar al paciente, los errores que previsiblemente no van a dañar y los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente, la mayoría opinaron que si se reportan, al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión quedando sin ser catalogada como fortaleza o debilidad por no alcanzar los criterios establecidos con porcentaje de 65.2. Tabla N°9. (ver ilustración N° 3).

Tabla 9.

Frecuencia de eventos notificados.

Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Negativo	7	5.3%
Neutral	39	29.5%
Positivo	86	65.2%
Total, general	132	100.00%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Los resultados de la dimensión 2, relacionada a la **percepción de seguridad** con los ítems: Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente, los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia, no se producen más fallos por casualidad y si en esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente, al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión clasifica la dimensión como positivo con un 79.55%. Tabla N° 10. (ver ilustración N° 4).

Tabla 10.

Percepción de la seguridad.

Dimensión 2: Percepción de seguridad		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Neutral	27	20.45%
Positivo	105	79.55%
Total, general	132	100.00%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Los resultados de la dimensión 8, **respuesta no punitiva a los errores** al consultar sobre: 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” y cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente, los resultados no fueron concluyentes ya que al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión solo el 50% de los encuestados opinan que hay respuesta no punitiva a los errores, con un porcentaje considerable de 39.4% neutral, quedando sin ser catalogada como fortaleza o debilidad por no alcanzar los criterios establecidos. Tabla N° 11. (ver ilustración N°5).

Tabla 11.

Respuestas no punitivas a los errores.

Dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Negativo	14	10.6%
Neutral	52	39.4%
Positivo	66	50.0%
Total, general	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

✓ **Resultados de la gestión organizacional para la seguridad del paciente.**

En los resultados de la variable gestión organizacional, se identificó de acuerdo con los parámetros establecidos por la escala tipo Likert, de forma general, las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías positivo, neutral y negativo.

Los resultados de la dimensión 3, **expectativas y acciones de la dirección/supervisión**, al indagar sobre: si mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente, mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente y si superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, la mayoría contestaron afirmativamente, al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión el resultado fue del positivo con 81.1%. Tabla N° 12. (ver ilustración N° 6).

Tabla 12.

Expectativas y acciones de la dirección/supervisión.

Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Neutral	25	18.9%
Positivo	107	81.1%
Total, general	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

En cuanto a los resultados de la dimensión 4, **aprendizaje organizacional/mejora continua**, se indago los ítems siguientes: 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 evita que ocurra de nuevo, los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad, la mayoría contestaron positivamente ya que al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión el resultado fue del positivo con 80.3%. Tabla N° 13. (ver ilustración N° 7).

Tabla 13.

Aprendizaje organizacional/mejora continua.

Dimensión 4: Aprendizaje organizacional/mejora continua		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Negativo	6	4.5%
Neutral	20	15.2%
Positivo	106	80.3%
Total, general	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

En relación a los resultados de la dimensión 9, **dotación de personal** que se evaluaron los ítems; hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora, en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal, trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa, las opiniones no fueron concluyentes ya que al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión el resultado fue neutral con un 70.5%. Tabla N° 14. (ver ilustración N° 8).

Tabla 14.

Dotación de personal.

Dimensión 9: Dotación de personal		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Negativo	9	6.8%
Neutral	93	70.5%
Positivo	30	22.7%
Total, general	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Los resultados de la dimensión 10, **apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente**, se analizaron los ítems: la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, la gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, la gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún

suceso adverso en un paciente, nuevamente las opiniones no fueron concluyentes ya que al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión el resultado fue neutral con un 65.2%. Tabla N° 15. (ver ilustración N° 9).

Tabla 15.

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

Dimensión 10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Negativo	9	6.8%
Neutral	86	65.2%
Positivo	37	28.0%
Total, general	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

✓ **Resultados de las relaciones de comunicación y el trabajo en equipo para la seguridad del paciente.**

En los resultados de las variables comunicación y el trabajo en equipo, se continuó e identificó de acuerdo a los parámetros establecidos por la escala tipo Likert.

Los resultados de la dimensión 5, **trabajo en equipo en la unidad/servicio**, se indagaron los ítems: 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, con las respuestas obtenidas no se concluye ya que al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión se evidencia como positivo un 56.1%, negativo 8.3% y un porcentaje neutral considerable del 35.6%. Tabla N° 16. (ver ilustración N°10).

Tabla 16.

Trabajo en equipo en la unidad/servicio.

Dimensión 5: Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Negativo	11	8.3%

Neutral	47	35.6%
Positivo	74	56.1%
Total, general	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Los resultados de la dimensión 6: **Franqueza en la comunicación**, se preguntó sobre 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, nuevamente no se obtienen resultados concluyentes ya que al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión se evidencia 69.7% neutral. Tabla N° 17. (ver ilustración N°11).

Tabla 17.

Franqueza en la comunicación.

Dimensión 6: Franqueza en la comunicación		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Negativo	14	10.6%
Neutral	92	69.7%
Positivo	26	19.7%
Total, general	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

En cuanto a los resultados de la dimensión 7: **Retroalimentación y comunicación sobre errores**, y los ítems: 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 las respuestas en su mayoría fueron positivas. Sin embargo, al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión se evidencia en un 62.9% como positivo, aunque tiene un porcentaje alto como positivo no se clasificada como fortaleza por no alcanzar el criterio establecido. Tabla N° 18. (ver ilustración N° 12).

Tabla 18.

Retroalimentación y comunicación sobre errores.

Dimensión 7: Retroalimentación y comunicación sobre errores		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Negativo	6	4.5%
Neutral	43	32.6%
Positivo	83	62.9%
Total, general	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central

En relación a los resultados de la dimensión 11, **trabajo en equipo entre unidades**, al indagar si hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente, los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible, las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas y si suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades, las opiniones no fueron concluyentes ya que al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión el resultado fue neutral con un 65.9%. Tabla N° 19. (ver ilustración N° 13).

Tabla 19.

Trabajo en equipo entre unidades.

Dimensión 11: Trabajo en equipo entre unidades		
Etiquetas	recuento	porcentaje
Negativo	4	3.0%
Neutral	87	65.9%
Positivo	41	31.1%
Total, general	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Los resultados de la dimensión 12, **problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades**, se investigó sobre: la información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra, en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente, el intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático,

surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno, nuevamente no se obtienen porcentajes concluyentes ya que al calcular las frecuencias relativas para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión el resultado fue neutral con un 56.8%. Tabla N° 20. (ver ilustración N° 14).

Tabla 20.

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

Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades		
Etiquetas	Recuento	Porcentaje
Negativo	33	25.0%
Neutral	75	56.8%
Positivo	24	18.2%
	132	100.0%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

RESULTADOS DE GRUPOS FOCALES.

Codificación.

Grupo focal A (GFA).

Categoría A: Fueron incluidas enfermeras con cargo gerencial y estuvo conformado por cuatro profesionales, dos enfermeras jefes y dos supervisoras con el siguiente clave. (Enfermeras jefas de servicio GFAC-1, GFAC-2, Enfermeros supervisores GFAC-3, GFAC-4).

Grupo focal B (GFB).

Categoría B: se incluyeron enfermeras con función operativa, en este grupo participaron dos enfermeras generales y dos técnicos en enfermería que cumplieron con los criterios y se les asignó la siguiente clave. (Auxiliares de enfermería GFBC1, GFBC-2, Enfermeras generales GFBC-3, GFBC-4).

Objetivo N° 1.

- ✓ **Caracterizar los comportamientos del personal de enfermería ante la seguridad del paciente.**

Ante el objetivo N° 1, y evaluando las actitudes individuales y colectivas se les consultó a los participantes: **“Existe apego a la seguridad del paciente en el personal nuevo”**.

Para el grupo focal A (GFA) los comportamientos del personal afectan a la organización, tanto individual como grupal y lo expresan afirmando:

“Cuando hay un mayor número de personal nuevo con falta de experiencia y eso genera debilidad en la organización, el personal antiguo despreocupado por desarrollar al personal nuevo” GFAC-3.

El poco apego al tema de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en rutinas en el equipo de trabajo.

“Debe de existir un equilibrio entre el recurso nuevo y el antiguo. El nuevo con sus conocimientos actualizados y el antiguo con la experiencia, pero se observa debilidad en los recursos nuevos y los recursos antiguos despreocupados por enseñar aspectos relacionados a la seguridad.” GFAC-4.

Para el grupo focal B (GFB), en relación con los comportamientos expresan que hay franco incumplimientos a las normativas ya establecidas, manifestando:

“Poca adherencia a realizar procedimientos según manual, se hacen comúnmente como los compañeros realizan esos procedimientos rutinarios sin consultar la técnica” GFBC-3.

Para el grupo focal B, comparte la opinión que existen comportamientos individualistas al brindar colaboración del recurso antiguo en participar en enseñar al personal nuevo:

“Poca colaboración entre el personal con más experiencia en la orientación al personal nuevo”.

Continuando con el objetivo N° 1, relacionado al liderazgo, se les consulto a los participantes: **“Si el personal de nuevo ingreso se les brinda el periodo de inducción como corresponde según manual, por parte de jefaturas”.**

Los dos grupos focales coinciden en su totalidad que sí se les brinda en periodo de inducción. Sin embargo, en grupo B, fue más participativo y abierto a expresar sus opiniones y manifiestan fallas en el cumplimiento expresando:

“Si, aunque en ocasiones no se puede por la demanda de trabajo” GFAC-2.

“Si se cumple el periodo de inducción, pero también está determinado a la demanda de paciente y a la accesibilidad de recurso en cumplir con esta inducción”. GFBC-3.

“Ya no es la inducción como antes, el personal nuevo no siempre posee buena actitud a las sugerencias”. GFBC-1.

“Si al momento se cumple con el personal nuevo, pero no siempre cuando hay rotación de área”. GFBC-2.

Siempre con el objetivo N°1., relacionado a los sistemas de comunicación, se indago en los grupos **“Si conocen el proceso de notifican los fallos a la atención, si los reportan o temen acciones punitivas”**, a fin de determinar qué tan fluida en la comunicación:

Para el grupo focal A, que es el grupo compuesto por supervisores y jefes refieren que no todo el personal conoce el proceso de notificación, pero cuando ocurren fallos se reportan.

“No todo el personal conoce o aplica el procedimiento, tal vez un 50%”. GFAC-1.

“No todo el personal conoce los procedimientos de notificación” GFAC-4.

El grupo focal B, que corresponde al personal operativo de los diferentes servicios, en tu totalidad manifiestan que si lo conocen.

Objetivo N° 2:

✓ Definir la gestión organizacional para la seguridad del paciente.

Para analizar el objetivo se planteó consultar a los grupos participantes **“Si conocen o se les informa qué respuesta o que postura tiene la Dirección ante los fallos en la atención”**.

Los participantes del grupo focal A, manifestaron que cuando hay fallas en la seguridad del paciente hay apoyo y apertura de los mandos medios, no así de la alta gerencia, porque no conocen una postura clara relacionada al tema. Y, lo expresan así:

“Existe apoyo a nivel del Departamento de Enfermería con manuales, orientaciones, reforzamientos, solo de autoridades inmediatas, institucional desconozco el interés que tengan”. GFAC-2.

“De jefatura inmediata si hay apoyo, pero cuando estos riesgos involucran otras áreas no hay apoyo ni compromiso” GFAC-4.

El grupo focal B, se abstuvo de pronunciarse al respecto, manifestando desconocer si hay una postura clara de la dirección:

“No estoy enterada eso lo manejan a nivel de las jefes”. GFAC-2.

Para continuar con el objetivo N° 2, relacionado a liderazgo se planteó a los participantes que expresaran sobre si en la gestión de talento humano **“Consideran que se cuentan con los recursos humanos necesarios para brindar una atención libre de riesgos”**.

Los grupos dos grupos focales dieron respuestas contundentes al manifestar que no hay recurso humano suficiente para garantizar la seguridad de los pacientes, adicionalmente hay actividades que se realizan que no son parte del cuidado de enfermería y que le restan tiempo para cumplir con sus funciones asistenciales. Es de destacar que quienes más participaron en este planteamiento fue el grupo focal B, que corresponde al personal operativo.

“Es difícil por incapacidades físicas del personal o actitudes”. GFBC-1.

“Falta un recurso de ayudante para apoyo a otras actividades que no son propias de enfermería” GFBC-2.

“Según dotación sí, pero como enfermería realizamos muchas actividades que competen a otras áreas y esto resta tiempo a la atención asistencial. Faltan apoyo de secretarios o ayudantes para potencializar el tiempo. GFBC-3.

“Considero que hay poco personal, malas actitudes y que se realizan otras actividades que no son propias de enfermería que resta tiempo asistencial”. GFBC-4.

Profundizando más con el objetivo N°2, y haciendo énfasis en la gestión y la comunicación se consultó a los grupos **“Como describen la comunicación entre la supervisión y el personal de los servicios de hospitalización”**.

Ante la pregunta, los dos grupos manifestaron barreras y brechas que no permiten que haya comunicación efectiva, y lo expresan:

Grupo focal A:

“Generalmente no reportan los eventos a la superioridad, la mayoría por temor a sanción”. GFAC-1.

“Generalmente si existe comunicación, disminuye en los días no hábiles cuando no hay jefatura, falta de compromiso del personal”. GFAC-2.

“No hay comunicación efectiva evidenciado en el mal cuidado de enfermería” GFAC-4.

Grupo focal B:

“No nos creen que hemos hecho nuestro trabajo”. GFBC-1.

“Falta de comprensión” GFBC-2.

“Hay existencia de comunicación tipo vertical, poco eficaz”. GFBC-3.

Objetivo N° 3.

- ✓ **Identificar las relaciones de comunicación y el trabajo en equipo para la seguridad del paciente.**

Se les pregunto a los participantes de ambos grupos **“En el área donde usted trabaja existen eventos imprevistos que ponen en riesgo la seguridad del paciente, y que puede deberse comunicación, trabajo en equipo, dirección u otra causa”**.

Los participantes opinan que, no hay continuidad en los procesos por falta de comunicación y puede que se origine en los cambios de turnos.

“Si se presentan déficit de empoderamiento, pasan más en turnos de fines de semana o nocturnos”. GFAC-2.

También puede haber fallas por no trabajar en equipo por el mismo grupo de trabajo y otras dependencias.

“Si se presentan por falta de compromiso, no trabajar en grupo y falta de control del superior”. GFAC-3.

“Si se presentan, por descuido del personal y cuando intervienen otras dependencias ajenas a enfermería”. GFAC-1.

Continuando en mismo objetivo, se indago trabajo en equipo en los servicios y se les pregunto sobre **“si tienen capacitaciones o talleres sobre trabajo en equipo”**.

Ambos grupos manifiestan que, si reciben capacitación sobre trabajo en equipo, aunque no se deja programado como una necesidad, **según FODA educativo**.

“No están plasmados dentro de las programaciones, aunque se reciben capacitaciones de manera extraordinaria cuando se asignan para reforzar estos temas”. GFAC-4.

5.1 Discusión.

Con el objetivo de caracterizar los comportamientos del personal de enfermería ante la seguridad del paciente, los resultados reflejaron que en cuanto a la variable los comportamientos que fueron categorizadas por las dimensiones los resultados de notificación de errores quedo sin ser catalogada como fortaleza o debilidad por no alcanzar los criterios establecidos con porcentaje de 62.2%, la percepción de seguridad como positivo con un 79.55% y a la respuesta no punitiva a los errores el 50%, esta última dimensión no catalogada como positiva ni como oportunidad de mejora por no alcanzar los criterios establecidos, sin embargo un porcentaje considerable de 39.4% opino neutral, al indagar con los grupos focales refieren: *“Generalmente no reportan los eventos a la superioridad, la mayoría por temor a sanción”*. (Ver anexo N° 4, GFAC-1, consulta N° 6), también refieren *“No nos creen que hemos hecho nuestro trabajo”*. (Ver anexo N° 4, GFBC-1). Así mismo, al consultar con grupos focales al indagar sobre los comportamientos se les consulto si consideran que existe apego a la seguridad del paciente en el personal nuevo, manifestando *“Debe de existir un equilibrio entre el recurso nuevo y el antiguo. El nuevo con sus conocimientos actualizados y el antiguo con la experiencia, pero se observa debilidad en los recursos nuevos y los recursos antiguos despreocupados por enseñar aspectos relacionados a la seguridad”* (Ver anexo N° 4, GFBC-4, consulta 1). *“Poca adherencia a realizar procedimientos según manual”* (Ver anexo N° 4, GFBC-3, consulta 1). Cuando se consultó: Si el personal de nuevo ingreso se les brinda el periodo de inducción como corresponde según manual, por parte de jefaturas los aportes fueron: *“Si, aunque en ocasiones no se puede por la demanda de trabajo”* (Ver anexo N° 4, GFAC-2, consulta 2)., *“Si se cumple el periodo de inducción, pero también está determinado a la demanda de paciente y a la accesibilidad de recurso en cumplir con esta inducción”* (Ver anexo N° 4, GFBC-3 consulta 2). Se entiende entonces que el comportamiento del personal tiende a ser positivo en cuanto a adoptar medidas que garanticen la seguridad de los pacientes y que puede mejorar al cambiar la percepción que el personal tiene a ser castigado por fallos en la asistencia, creando un ambiente de aprendizaje que permita identificar, discutir y, en última instancia, evitar los errores en la atención de la salud. Estos resultados son respaldados por (Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear, GIASN, 1991), quienes refieren: que las actitudes de las

personas están muy influenciadas por su entorno de trabajo, la clave de una Cultura de la Seguridad eficaz en los individuos está en las prácticas que definen el ambiente de trabajo y fomentan actitudes favorables a la seguridad. Así también, (Ministerio de la Protección Social, Noviembre 2008), tiene una postura relacionada en la que afirma: También se requiere la creación de un entorno, que permita al personal levantar la mano para reconocer sus errores sin el temor a represalias. Informar de un evento adverso o de un incidente debería iniciar un proceso que no se centra en las fallas de los individuos, sino en la exploración y el descubrimiento de las fallas del sistema que son factores contribuyentes. Estos resultados con similares a los obtenidos por (Gómez Ramírez, y otros, 2011) En Bogotá, Colombia, se realizó donde se realizó el estudio “*Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería*”, cuyos resultados positivos fueron la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra. Al describir los comportamientos del personal de enfermería se puede analizar que están encaminados hacia una cultura de seguridad de pacientes positivas, sin embargo, es de mejorar los aspectos relacionados a la notificación y que estos estén libres de respuestas punitivas y ser consideradas oportunidades de mejora, así como el cumplimiento en su totalidad de plan de inducción a recurso nuevo con evaluación en su aplicabilidad.

El objetivo definir la gestión organizacional para la seguridad del paciente, los resultados de la dimensión 3, expectativas y acciones de la dirección/supervisión el resultado fue del positivo con 81.1%, la dimensión 4, aprendizaje organizacional/mejora continua, el resultado fue del positivo con 80.3%, sin embargo, la dimensión 9, dotación de personal de cada dimensión el resultado fue neutral con un 70.5%, un resultado revelador que no permite catalogar esta dimensión, al indagar en los grupos focales la consulta: si consideran que se cuentan con los recursos humanos necesarios para brindar una atención libre de riesgos las respuestas de obtenidas fueron contundentes “*No, no hay recursos suficientes*”. (Anexo N° 4. GFAC-1, consulta N° 5). “*Falta un recurso de ayudante para apoyo a otras actividades*

que no son propias de enfermería". (Anexo N° 4. GFBC-2, consulta N° 5). *"Según dotación sí, pero como enfermería realizamos muchas actividades que competen a otras áreas y esto resta tiempo a la atención asistencial. Faltan apoyo de secretarios o ayudantes para potencializar el tiempo"*. (Anexo N° 4. GFBC-3, consulta N° 5). La dimensión 10 apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente el resultado fue igualmente neutral con un 65.2%., explicando con los resultados de los grupos focales un análisis más preciso relacionada a esta dimensión: *"Existe apoyo, a nivel del Departamento con manuales, orientaciones, reforzamientos, solo de autoridades inmediatas, institucional desconozco el interés que tengan"*. (Anexo N° 4. GFAC-2, consulta N° 4). *"De jefatura inmediata si hay apoyo, pero cuando estos riesgos involucran otras áreas no hay apoyo ni compromiso"*. (Anexo N° 4. GFAC-4, consulta N° 4). frente los resultados son obtenidos se debe analizar que se requiere de una mejor y mayor dotación de recurso humano según las necesidades asistenciales, índice de atención y la capacidad instalada de los servicios, además se requiere de involucramiento más visible de la alta gerencia para la mejora continua y la percepción del talento humano operativo. Esto es respaldado por el (Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear, GIASN, 1991) que afirma "La Cultura de la Seguridad tiene dos componentes generales. El primero es el marco jerárquico necesario dentro de una organización, esto es, la responsabilidad de los altos mandos de gestión. El segundo es la actitud con que el personal a todos los niveles responde a ese marco jerárquico y lo aprovecha". Así también manifiesta: "Los gerentes tienen la responsabilidad de institucionalizar tales prácticas de acuerdo con la política y los objetivos de seguridad de su organización. Es de destacar que hay estudios similares como el realizado en Argentina con el tema: Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina en El Hospital Privado de Córdoba en el año 2015. El objetivo de este estudio fue determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud. Las áreas de fortaleza identificadas correspondieron al aprendizaje organizacional/mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal. (Ramo, Coca, & Abeldaño, 2017). En tal sentido bajo lo descrito anteriormente es de destacar los aspectos que se requiere tomar medidas como una mayor y mejor dotación de recursos

humanos y una actitud más visible y proactiva por parte de la alta gerencia; que son clave para mejorar la percepción que los/as profesionales tienen de la seguridad del paciente.

En esta investigación con el objetivo identificar las relaciones de comunicación y el trabajo en equipo para la seguridad del paciente se obtuvieron los resultados en la dimensión 5, trabajo en equipo en la unidad/servicio se obtuvo positivo con 56.1%, negativo 8.3% y un porcentaje neutral considerable del 35.6%., al contrastar con grupo focal lo relacionado al sí reciben capacitaciones sobre el trabajo en equipo los participantes opinaron: *“No siempre están plasmados dentro de las programaciones, aunque se reciben capacitaciones de manera extraordinaria si es necesario o cuando se asignan para reforzar estos temas”*. (ver anexo N°4, GFAC-4, consulta 8)., la dimensión 6: Franqueza en la comunicación se evidencia 69.7% neutral., *“Generalmente si existe comunicación, disminuye en los días no hábiles cuando no hay jefatura, falta de compromiso del personal”* (ver anexo N° 4, GFAC- 2, consulta 6) *“Hay existencia de comunicación tipo vertical, poco eficaz”* (ver anexo N° 4, GFBC- 3, consulta 6)., la dimensión 7: Retroalimentación y comunicación sobre errores, se evidencia en un 62.9% como positivo, dimensión 11, trabajo en equipo entre unidades resultado fue neutral con un 65.9% ., la dimensión 12, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades resultado fue neutral con un 56.8%. es de notar que lo relacionado a este objetivo ninguna dimensión fue categorizada como positiva, más bien se inclinó por lo neutral destacando es de prioridad retomar estrategias para mejorar los temas planteados, considerando que la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente cultura de seguridad es de prioridad, destacando que las comunicaciones, el apoyo a la fuerza laboral garantizan resultados favorecedores para los pacientes, este planteamiento es confirmado por: (Reason, 1997), *“Las organizaciones que poseen una cultura de la seguridad positiva se caracterizan por que sus comunicaciones se basan en la confianza mutua, por sus percepciones compartidas sobre la importancia de la seguridad y por su confianza en la eficacia de las medidas preventivas”* así mismo lo menciona: (Moncaleano, 2016), *“La comunicación permite que las personas compartan sus opiniones, aprendan de las experiencias de los demás y se genere un ambiente amigable desde todo punto de vista. Al igual que la confianza, la comunicación empieza con el líder.*

Este deberá establecer un tono, que ayude a definir objetivos, y ofrezca un marco de trabajo a los participantes". En lo relacionado al trabajo en equipo (Moncaleano, 2016), confirma: *"La Cooperación. Las actividades relacionadas con la generación de una cultura de seguridad se basan en personas trabajando y ayudándose mutuamente. El objetivo es aumentar la capacidad de cada participante para trabajar como parte del grupo y desarrollar en cada persona una mejor visión de sus capacidades"*. También (Vítolo, 2016) menciona: *"Los equipos cometen menos errores que los individuos, especialmente cuando cada miembro conoce sus responsabilidades y las de los demás. Se deben desarrollar entonces los conocimientos, habilidades y actitudes para que las distintas personas que trabajan en la institución funcionen como tal"*. Estos resultados son corroborados por: (López Pinson, Puentes Vega, & Ramírez, 2016), en el estudio: *"Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta"*., Los resultados mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron: el trabajo en equipo que se percibe como una actividad que se lleva de una manera adecuada pero susceptible a la mejora, en la dimensión que evalúa el grado al que la comunicación es abierta', se obtuvo un puntaje bajo (39%), por la cual esa dimensión requiere un plan de acción inmediato. En tal sentido es necesario realizar planes de mejora estén encaminados a crear un ambiente de aprendizaje, con fluida comunicación abierta, trabajo en equipo que permita a las enfermeras identificar, discutir para evitar los errores en la atención, para avanzar hacia la implementación de una cultura de seguridad positiva, la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente.

CAPÍTULO VI

6.1 Conclusiones.

El presente estudio permitió evaluar la cultura de seguridad de paciente percibida por el personal de enfermería del Hospital Militar Central, encontrando:

1. La evaluación percibida, del personal de enfermería del Hospital Militar es muy importante para mejorar la seguridad del paciente, las dimensiones catalogadas como fortalezas fueron: percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua.
2. Dimensiones que no lograron el porcentaje requerido para ser considerada positiva, pero son favorables y necesitan ser mejoradas son: frecuencia de eventos notificados, respuesta no punitiva a los errores, trabajo en equipo en la unidad/ servicio, retroalimentación y comunicación sobre errores.
3. Dimensiones consideradas neutras, que no alcanzaron los criterios para ser catalogadas como debilidad son: dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades/servicios, franqueza en la comunicación, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades. Sin embargo, se requiere que sean consideradas como oportunidades de mejora.
4. De acuerdo con las evidencias de este estudio, el aprender de los errores y reconocer los riesgos de seguridad es una característica que merece ser considerada a corto plazo. Los resultados indicaron que persiste el sentimiento de culpa y el temor a acciones punitivas cuando se pone en riesgo la seguridad del paciente.
5. Lo concerniente a la gestión organizacional hay fortalezas como aprendizaje organizacional/mejora continua, expectativas/acciones de la gerencia que promueven la seguridad, las áreas de mejora identificadas son: la dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.

6.2 Recomendaciones

A la dirección:

1. Incrementar la búsqueda de la seguridad del paciente y lograr una cultura de seguridad sólida.
2. Fomentar una cultura abierta y justa promoviendo una política de no castigo, en la que se haga referencia expresa a las excepciones, es decir, a aquellas circunstancias en las que sí habrá sanción: primero, acciones ejecutadas con intención de lesionar; segundo, violaciones conscientes y voluntarias de normas de seguridad explícitas, y tercero, ocultamiento y encubrimiento.
3. Comunicar y sensibilizar a mandos medios adherirse a las estrategias de cambio.
4. Monitorizar los indicadores de calidad de atención.
5. promover su multidisciplinariedad, es decir, integrarse por personas con conocimientos específicos en calidad, seguridad de pacientes y áreas clínicas (como médicos, enfermeras, farmacéutas, ingenieros industriales) y otros profesionales con conocimientos modernos de gestión, diseño organizacional y administración de salud.
6. Establecer líneas de comunicación acerca de seguridad entre líderes, jefes y personal asistencial.
7. Definir sistemas de información dirigidos a la mejora, diseñar e implementar sistemas efectivos con un adecuado registro consolidados y análisis de información que permita mejorar el reporte de fallos o errores en la atención.
8. Desarrollar una Política de Gestión de riesgo, con políticas de calidad, procesos y programas de mejora.
9. Recomendar un plan de dotación de talento humano, según capacidad instalada y índice de atención.

A jefes de servicios de hospitalización:

1. Adherirse a protocolos o guías de procedimientos e involucrar a los colaboradores en la planificación de acciones de mejora y toma de decisiones participativas.

2. Comunicar y sensibilizar al personal operativo a adherirse e implementar las estrategias de cambio.
3. Brindarles respaldo físico y emocional cuando se reporten fallos en la atención.
4. Que el 100% de los colaboradores esté convencido de que la política no punitiva frente a eventos adversos está activa y funciona.
5. Que el reporte de eventos adversos aumente como resultado del cambio cultural promovido por las rondas de seguridad.
6. Reuniones de seguimiento.
7. Cumplir con proceso de inducción al personal de nuevo ingreso e incorporar la cultura de seguridad a la formación de este personal nuevo y del actual.
8. Promover la investigación sobre la seguridad del paciente.
9. Elaboración de listas de verificación para detectar posibles fallos en la seguridad.

Al personal operativo:

1. Brindar asistencia más calificada y con menos probabilidad de eventos adversos.
2. Garantizar que quien informa un error no será objeto de sanción.
3. Compartir experiencias y conocimientos sobre la seguridad del paciente en busca de soluciones benéficas para el paciente y personal.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria. (2019). Introducción a la Seguridad del Paciente. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/index.html>.
- Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas. (2014).
- Cooper., M. (2000). Hacia un Modelo de Cultura de Seguridad. PERGAMON, Safety Science, www.elsevier.com/locate/ssci.
- Díaz Díaz, C. E. (2013-2014). Seguridad del paciente en la unidad de emergencia del Hospital Nacional de niños Benjamin Bloom. San Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. Escuela de posgrado.
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería XVII* (3): 97-111.
- Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear, GIASN. (1991). *Cultura De La Seguridad*. Viena: Issn 1011-3096.
- Lima da Silva, P., Oliveira Gouveia, M., de Brito Magalhães, R., de Sousa Borges, B., & Cardoso Rocha, R. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de. *Enfermería Global*, vol. N° 60.
- López Pinson, V., Puentes Vega, M. A., & Ramírez, A. L. (2016). Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel. Bogotá: Universidad Del Rosario, Facultad De Administración.
- Mella Laborde, M., Gea Velázquez, M., Aranaz Andrés, J., Ramos Forner, G., & Compan Rosique, A. (2018). Análisis de la cultura de seguridad del paciente. Elsevier Espana, <file:///C:/Users/Admin/Downloads/1-s2.0-S0213911118302395-main.pdf>.

- Ministerio de la Protección Social. (Noviembre 2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad de paciente. Bogotá D.C: Diseño e Impresión, Buenos y Creativos.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS, para medir la seguridad de paciente. Madrid: © Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad.
- Moncaleano, L. C. (2016). El Liderazgo, Factor Clave de la Seguridad. Universidad Militar Nueva Granada, <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/14120>.
- Pinheiro, M., & Junior, da Silva, O. (2017). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una. Scielo, <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00309.pdf>.
- Tomazon, A., Kuerten Rocha, P., de Souza, S., Anders, J., & Correia de Malfussi, H. (2013). Cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva. Scielo, https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf.
- Ramo, F., Coca, S., & Abeldaño, R. (2017). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Scielo, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100047.
- Reason, J. (1997). La gestión de los grandes riesgos. Madrid: Editorial Modus Laborandi, S. L. Emilio Carrere 4,3.º B, 28015.
- Rocco, D., & Garrido, D. (2017). Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes, Vol. Pag. 785-795.
- Roman, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer v.22 n.3, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007.

Román, M. C. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer v.22 n.4, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007#autor.

Vítolo, D. F. (2016). Cultura de seguridad. Biblioteca Virtual NOBLE, http://www.noble-arp.com/pdf/cultura_de_seguridad.pdf.

ANEXOS.

Anexo A



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADOS
MAESTRIA EN GESTIÓN HOSPITALARIA



CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Versión española del Hospital Encuesta sobre seguridad del paciente
Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ)
Universidad de Murcia, Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad

Estimadas/os colegas: Somos maestrantes egresadas de postrado de Maestría en Gestión Hospitalaria de la Universidad Nacional de El Salvador y le solicitamos su valiosa colaboración relacionada a proporcionar información que servirá para completar el desarrollo de la investigación, con fines educativos, la información será completamente anónima haciendo correcto uso de los resultados obtenidos con el fin de proteger a los participantes sin riesgos de acciones punitivas.

Objetivo: conocer la percepción de la cultura de seguridad del paciente que usted tiene en la prestación del servicio en el hospital.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Tabla 21.

Cuestionario de seguridad de pacientes

Sección A: Su Servicio/Unidad					
Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo					
	1	2	3	4	5
1. El personal se apoya mutuamente	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder determinarlo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
Sección B: Su Hospital					
Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital					
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
28. Suele resultar incomodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre si para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con que frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

Sección D: Información complementaria

43. Del 1 al 10. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

Mínima 1 Máxima 10: _____

44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad? En el año _____
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital? En el año _____
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio? En el año _____
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? 48 horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito? _____ incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? **SI:** _____ **NO:** _____

50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1. Anestesiología/Reanimación | 11. Pediatría |
| 2. Cirugía | 12. Radiología |
| 3. Farmacia | 13. Salud Mental/Psiquiatría |

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 4. Laboratorio | 14. Servicio de Urgencias |
| 5. Medicina Interna | 15. UCI (cualquier tipo) |
| 6. Obstetricia y Ginecología | 16. Neurología |
| 7. Admisión | 17. Traumatología |
| 8. Nefrología | 18. Hemodiálisis |
| 9. Urología | 19. Medicina nuclear |
| 10. Oncología | 20. Otro, por favor, especifique: |

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad? Marque una sola respuesta

- | | |
|----------------------|---------------------------------------|
| 1 gerencia/Dirección | 5 nutrición/Dietista |
| 2 medico | 6 laboratorista |
| 3 médico Residente | 7 anestesista |
| 4 enfermera (o) | 8 otro, por favor, especifique: _____ |

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad

	1	2	3	4	5
53. Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.).	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
55. Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre

57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar solo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben ordenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar solo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre

*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio “Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente”, disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo B

Diccionario de variables.

N°	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA
1	ID	Número de Identificación	1 a 132
2	A1	El personal se apoya mutuamente	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
3	A2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
4	A3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder determinarlo	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
5	A4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
6	A5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
7	A5a	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
8	A6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
9	A7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5

N°	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA
10	A7a	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
11	A8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
12	A8a	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
13	A9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
14	A10	No se producen más fallos por casualidad.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
15	A10a	No se producen más fallos por casualidad.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
16	A11	Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
17	A12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
18	A12a	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1

Nº	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA
19	A13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
20	A14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
21	A14a	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
22	A15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
23	A16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
24	A16a	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
25	A17	En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
26	A17a	En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
27	A18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5

N°	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA
28	A19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
29	A20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
30	A21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
31	A21a	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
32	A22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
33	A22a	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
34	B23	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
35	B24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
36	B24a	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1

N°	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA
37	B25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
38	B25a	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
39	B26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
40	B27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
41	B27a	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
42	B28	Suele resultar incomodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
43	B28a	Suele resultar incomodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
44	B29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
45	B29a	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1

N°	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA
46	B30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
47	B31	La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
48	B31a	La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
49	B32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre si para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
50	B33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	Muy en desacuerdo =1 En desacuerdo =2 Indiferente =3 De acuerdo =4 Muy de acuerdo =5
51	B33a	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	Muy en desacuerdo =5 En desacuerdo =4 Indiferente =3 De acuerdo =2 Muy de acuerdo =1
52	C34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
53	C35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
54	C36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5

Nº	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA
55	C37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
56	C38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
57	C39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
58	C39a	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	Nunca =5 Casi Nunca =4 A Veces =3 Casi Siempre =2 Siempre =1
59	C40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
60	C41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
61	C42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
62	D43	Del 1 al 10. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad	0 a 10
63	D44	¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	Año que empezó la profesión
64	D45	¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	Año que inició en el hospital
65	D46	¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	Año en que empezó en el servicio
66	D47	¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?	Horas que labora en la semana
67	D48	Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?	Número de incidentes notificados

Nº	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA
68	D49	¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	Si=1 No=0
69	D50	¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?	1 al 22
70	D50O	Otro, por favor, especifique	
71	D51	¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?	1 al 12
72	D52	¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
73	IA53	Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
74	IA54	Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.).	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
75	IA55	Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
76	IA56	Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
77	IA57	Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
78	IA58	Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5

N°	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORÍA
79	IA59	. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
80	IA60	En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar solo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
81	IA61	En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben ordenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar solo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	Nunca =1 Casi Nunca =2 A Veces =3 Casi Siempre =4 Siempre =5
82	GRUPO	TIPO DE INFORMANTE	Enf Gral. Enf supervisora Enf jefe Aux de Enf
83	D1	DIMENCIÓN 1	Frecuencia de eventos notificados.
84	D2	DIMENCIÓN 2	Percepción de seguridad
85	D3	DIMENCIÓN 3	Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad
86	D4	DIMENCIÓN 4	Aprendizaje organizacional/mejora continua
87	D5	DIMENCIÓN 5	Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
88	D6	DIMENCIÓN 6	Franqueza en la comunicación
89	D7	DIMENCIÓN 7	Feed-back y comunicación sobre errores
90	D8	DIMENCIÓN 8	Respuesta no punitiva a los errores
91	D9	DIMENCIÓN 9	Dotación de personal
92	D10	DIMENCIÓN 10	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
93	D11	DIMENCIÓN 11	Trabajo en equipo entre unidades
94	D12	DIMENCIÓN 12	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

Preguntas incluidas en cada Dimensión.

Dimensión	Preguntas
Dimensión 1	40, 41, 42
Dimensión 2	10, 15, 17, 18
Dimensión 3	19, 20, 21, 22
Dimensión 4	6, 9, 13
Dimensión 5	1, 3, 4, 11
Dimensión 6	35, 37, 39
Dimensión 7	34, 36, 38
Dimensión 8	8, 12, 16
Dimensión 9	2, 5, 7, 14
Dimensión 10	23, 30, 31
Dimensión 11	24, 26, 28, 32
Dimensión 12	25, 27, 29, 33

Preguntas clasificadas como “Negativas”.

Dimensión	Preguntas	Nueva Clasificación de Escala de Likert para estas variables para los análisis				
Dimensión 1						
Dimensión 2	10, 17	1→5	2→4	3→3	4→2	5→1
Dimensión 3	21, 22	1→5	2→4	3→3	4→2	5→1
Dimensión 4						
Dimensión 5						
Dimensión 6	39	1→5	2→4	3→3	4→2	5→1
Dimensión 7						
Dimensión 8	8, 12, 16	1→5	2→4	3→3	4→2	5→1
Dimensión 9	5, 7, 14	1→5	2→4	3→3	4→2	5→1
Dimensión 10	31	1→5	2→4	3→3	4→2	5→1
Dimensión 11	24, 28	1→5	2→4	3→3	4→2	5→1
Dimensión 12	25, 27, 29, 33	1→5	2→4	3→3	4→2	5→1

Clasificación de grupos.

CLASIFICACION						Numero de preguntas
Dimensión	Mínimo	Máximo	Negativo	Neutral	Positivo	
Dimensión 1	3	15	03--06	7--10	11--15	3
Dimensión 2	4	20	4--8	9--14	15--20	4
Dimensión 3	4	20	4--9	9--15	15--21	4
Dimensión 4	3	15	03--06	7--10	11--15	3
Dimensión 5	4	20	4--9	9--15	15--21	4
Dimensión 6	3	15	03--06	7--10	11--15	3
Dimensión 7	3	15	03--06	7--10	11--15	3
Dimensión 8	3	15	03--06	7--10	11--15	3
Dimensión 9	4	20	4--8	9--14	15--20	4
Dimensión 10	3	15	03--06	7--10	11--15	3
Dimensión 11	4	20	4--8	9--14	15--20	4
Dimensión 12	4	20	4--8	9--14	15--20	4
						42

Anexo C.

✓ Unidades o servicios de trabajo en el hospital.

Tabla 22.

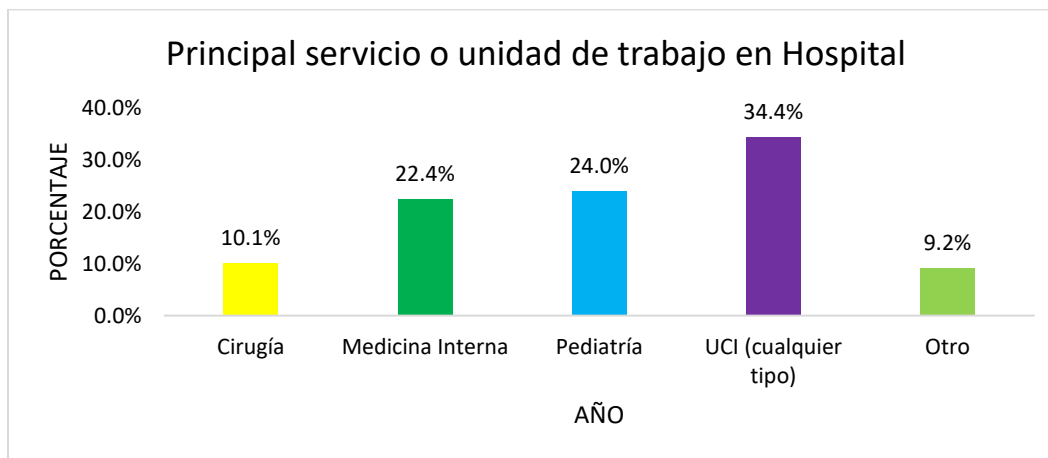
Servicio o unidad de trabajo en su unidad.

¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?		
Etiqueta	Recuento	Porcentaje
Cirugía	44	10.1%
Medicina Interna	39	22.4%
Pediatría	19	24.0%
UCI (cualquier tipo)	20	34.4%
Otro	4	9.2%
Total, general	126	100.00%

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 1.

Servicio o unidad de trabajo en su unidad.

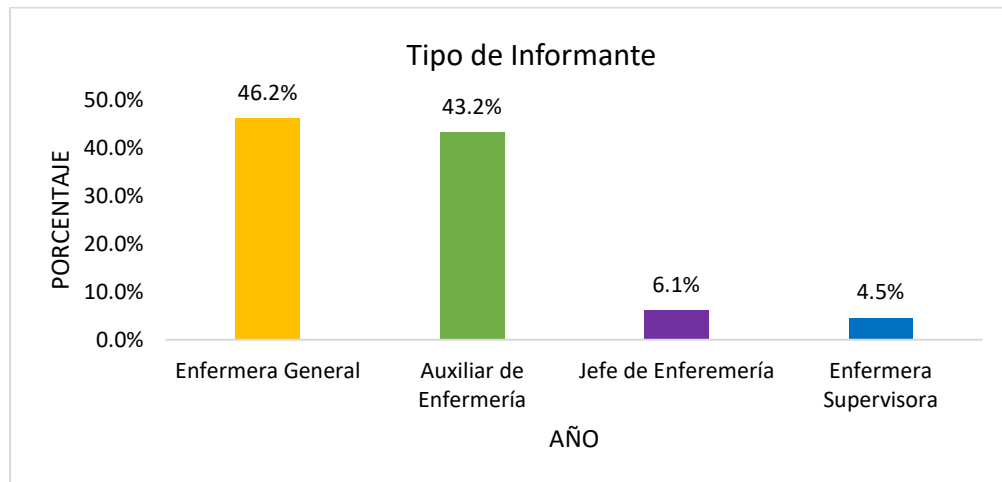


Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

✓ **Tipo de informantes:**

Ilustración 2.

Tipo de informante.



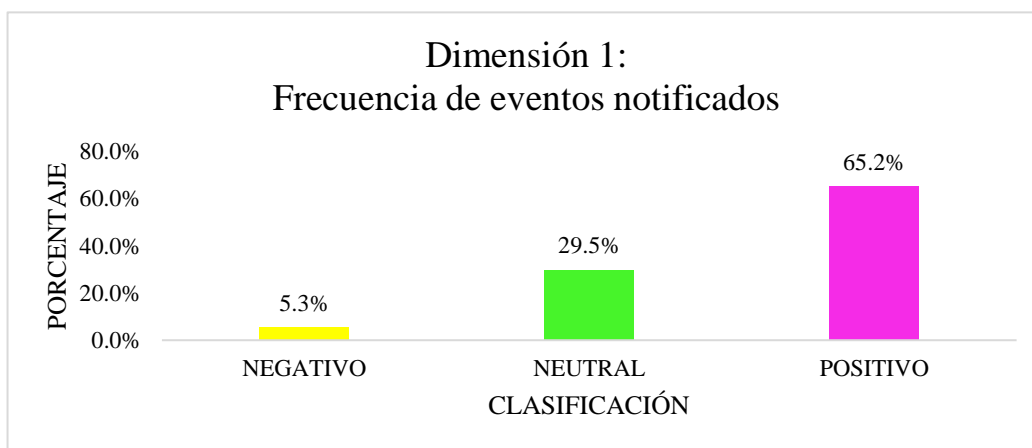
Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Anexo D.

✓ Gráficos sobre encuesta de seguridad de paciente

Ilustración 3.

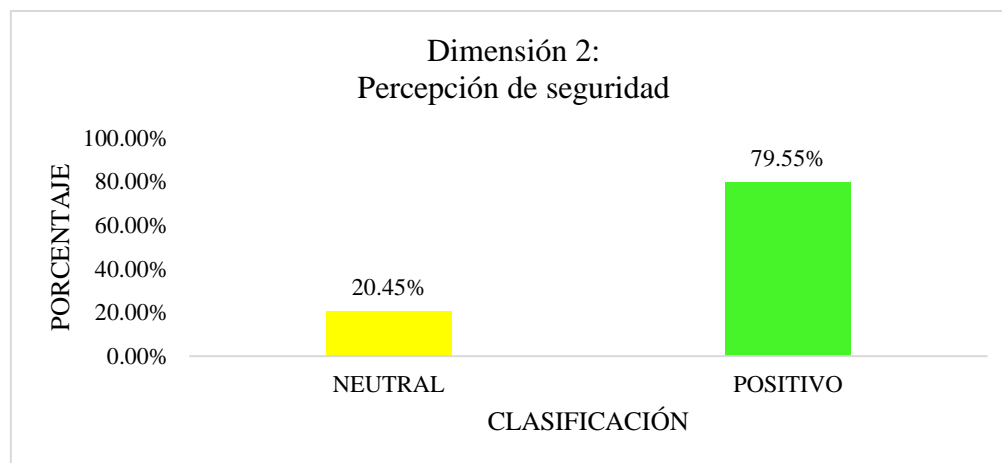
Gráfico frecuencia de notificación de errores.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 4.

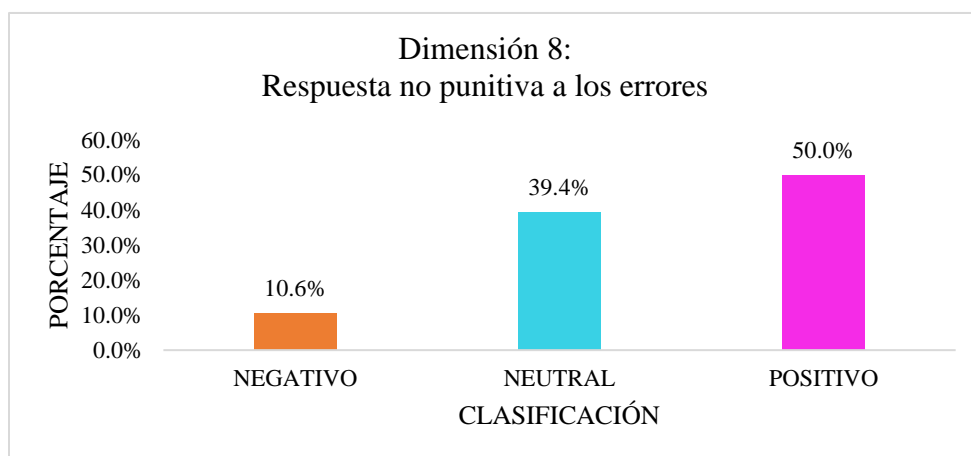
Gráfico de percepción de seguridad.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 5.

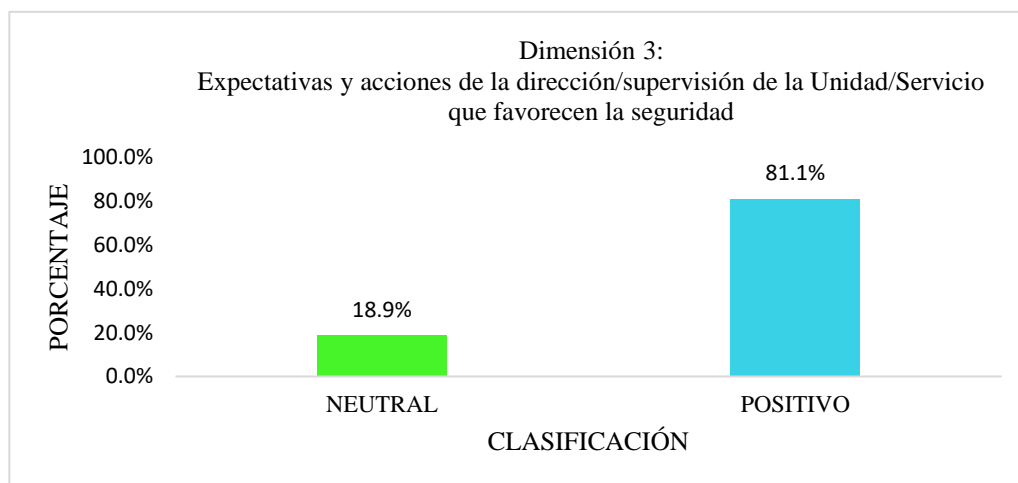
Gráfico respuestas no punitivas a los errores.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 6.

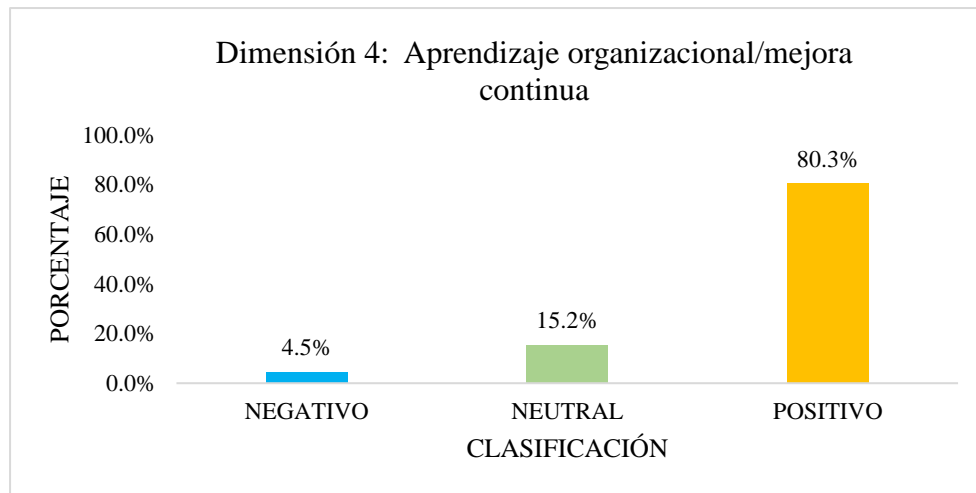
Gráfico expectativas y acciones de la dirección/supervisión.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 7.

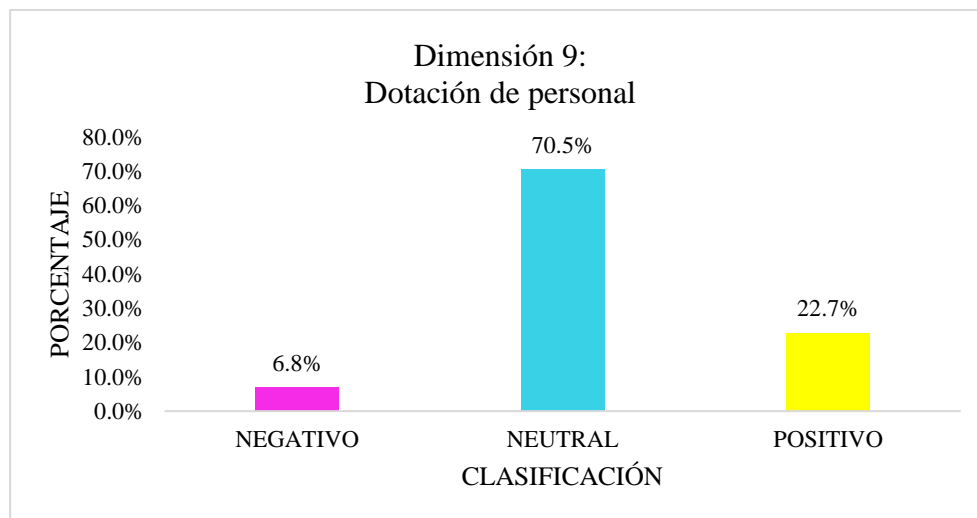
Gráfico aprendizaje organizacional/mejora continua.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 8.

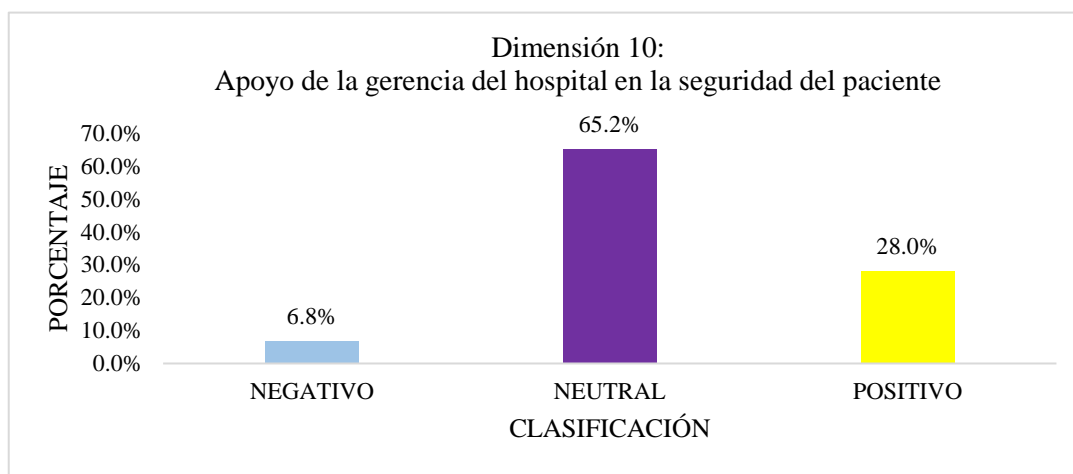
Gráfico dotación de personal.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 9.

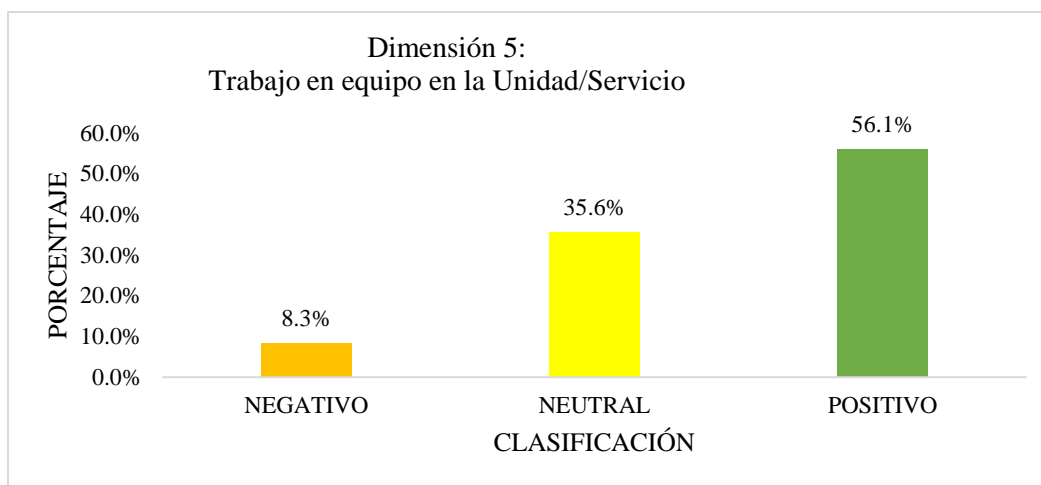
Gráfico apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 10.

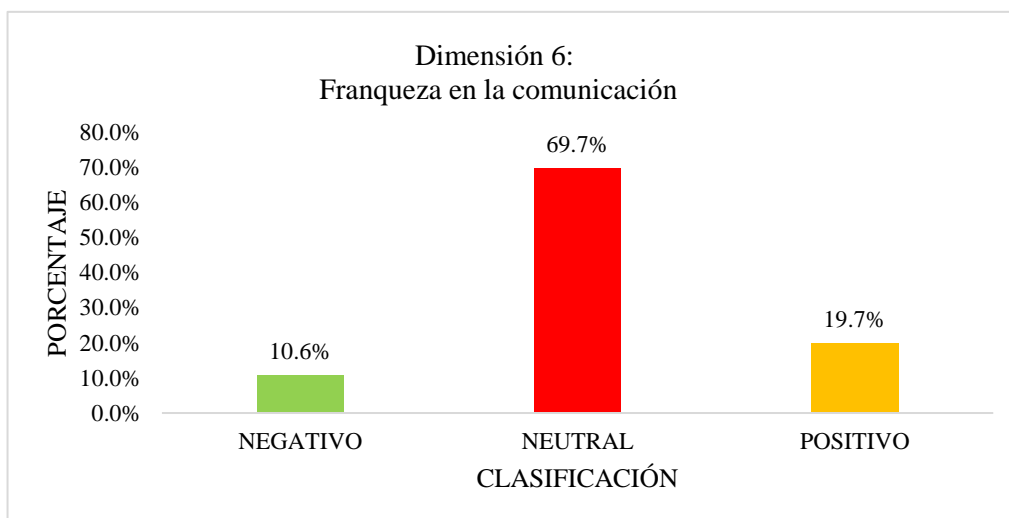
Gráfico trabajo en equipo en la unidad/servicio.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 11.

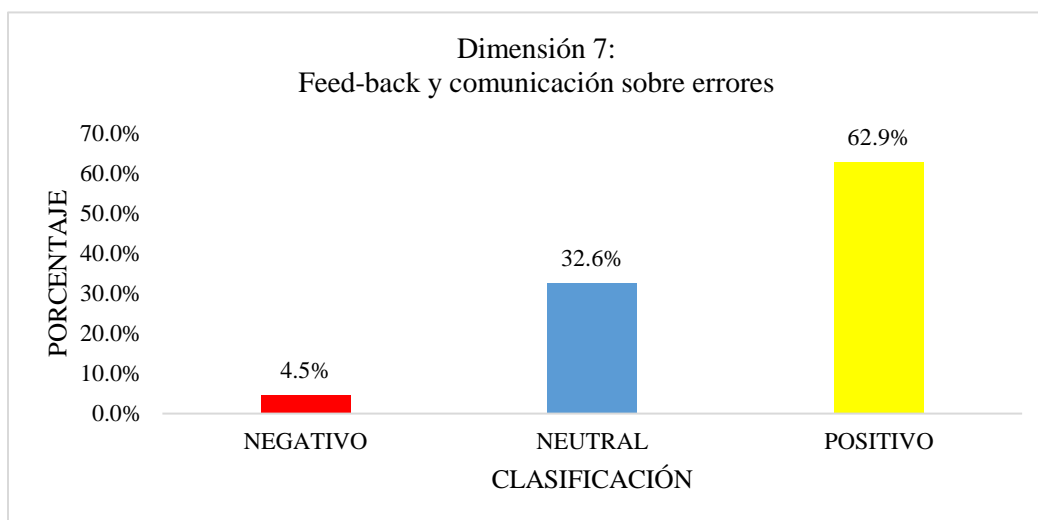
Gráfico franqueza de la comunicación.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 12.

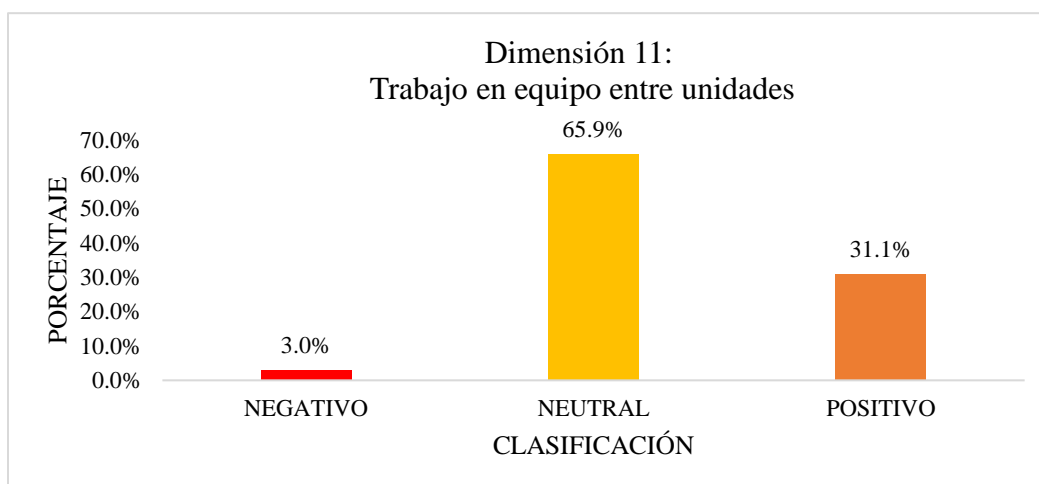
Gráfico feed-back y comunicación sobre errores.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 13.

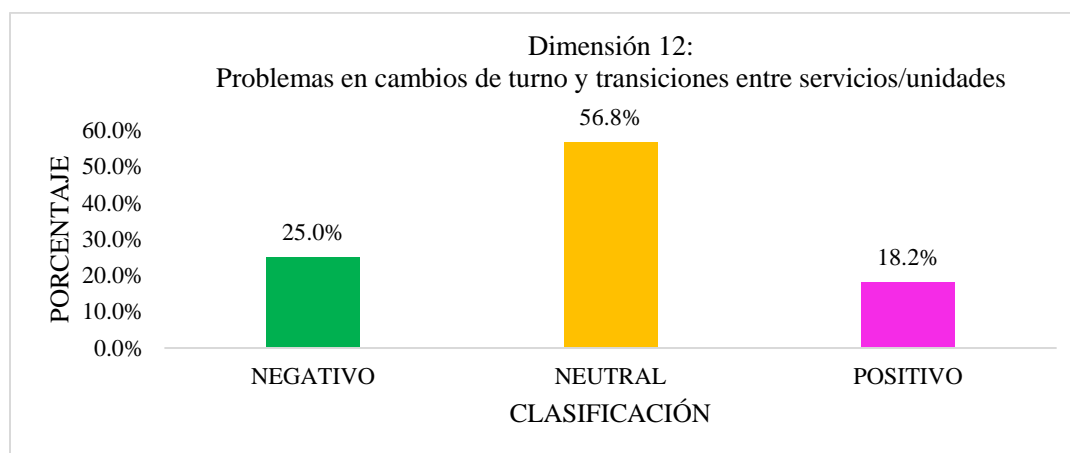
Gráfico trabajo en equipo entre unidades.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Ilustración 14.

Gráfico problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades.



Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Tabla 23.

Resumen de resultados por dimensiones.

Etiqueta	D-1		D-2		D-8		D-3		D-4		D-9		D-10		D-5		D-6		D-7		D-11		D-12	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Negativo	7	5.3	0	0	14	10.6	0	0	6	4.5	9	6.8	9	6.8	11	8.3	14	10.6	6	4.5	4	3	33	25
Neutral	39	29.5	27	20.5	52	39.4	25	18.9	20	15.2	93	70.5	86	65.2	47	35.6	92	69.7	43	32.6	87	65.9	75	56.8
Positivo	86	65.2	105	79.6	66	50	107	81.1	106	80.3	30	22.7	37	28	74	56.1	26	19.7	83	62.9	41	31.1	24	18.2
Total	132	100	132	100	132	100	132	100	132	100	132	100	132	100	132	100	132	100	132	100	132	100	132	100

Fuente: Personal de Enfermería del Hospital Militar Central.

Anexo E.

MATRIZ DE LECTURA DE GRUPOS FOCALES.

GRUPO FOCAL A (GFA).

Categoría A: Fueron incluidas enfermeras con cargo gerencial y estuvo conformado por cuatro profesionales, dos enfermeras jefes y dos supervisoras con el siguiente clave. (Enfermeras jefas de servicio GFAC-1, GFAC-2, Enfermeros supervisores GFAC-3, GFAC-4).

Matriz de Lectura Grupo A.

Objetivo N° 1: Describir los comportamientos del personal de enfermería ante la seguridad del paciente

Consulta	1. Existe apego a la seguridad del paciente en el personal nuevo
GFAC-1	No opina
GFAC-2	Existe una barrera entre el personal nuevo y antiguo que afecta para dar un buen cuidado
GFAC-3	Cuando hay un mayor número de personal nuevo con falta de experiencia y eso genera debilidad en la organización, el personal antiguo despreocupado por desarrollar al personal nuevo.
GFAC-4	Debe de existir un equilibrio entre el recurso nuevo y el antiguo. El nuevo con sus conocimientos actualizados y el antiguo con la experiencia, pero se observa debilidad en los recursos nuevos y los recursos antiguos despreocupados por enseñar.
Consulta	2. Si el personal de nuevo ingreso se les brinda el periodo de inducción como corresponde según manual, por parte de jefaturas
GFAC-1	Si contamos con el manual y se trata de desarrollar
GFAC-2	Si, aunque en ocasiones no se puede por la demanda de trabajo
GFAC-3	Si se desarrolla
GFAC-4	Si se desarrolla
Consulta	3. Si conocen el proceso de notifican los fallos a la atención, si los reportan o temen acciones punitivas
GFAC-1	No todo el personal conoce o aplica el procedimiento, tal vez un 50%.
GFAC-2	Si la conocemos
GFAC-3	No opina

GFAC-4 No todo el personal conoce los procedimientos

Objetivo N° 2: Analizar la gestión organizacional para la seguridad del paciente

Consulta	4. Si conocen o se les informa qué respuesta o que postura tiene la Dirección ante los fallos en la atención
GFAC-1	No opina
GFAC-2	Existe apoyo a nivel del Departamento con manuales, orientaciones, reforzamientos, solo de autoridades inmediatas, institucional desconozco el interés que tengan.
GFAC-3	No opina
GFAC-4	De jefatura inmediata si hay apoyo, pero cuando estos riesgos involucran otras áreas no hay apoyo ni compromiso

Consulta	5. Consideran que se cuentan con los recursos humanos necesarios para brindar una atención libre de riesgos
GFAC-1	No, no hay recursos suficientes
GFAC-2	No, no hay recursos suficientes
GFAC-3	No, no hay recursos suficientes
GFAC-4	No, no hay recursos suficientes

Consulta	6. Como describen la comunicación entre la supervisión y el personal de los servicios de hospitalización
GFAC-1	Generalmente no reportan los eventos a la superioridad, la mayoría por temor a sanción
GFAC-2	Generalmente si existe comunicación, disminuye en los días no hábiles cuando no hay jefatura, falta de compromiso del personal
GFAC-3	No opina
GFAC-4	No hay comunicación efectiva evidenciado en el mal cuidado de enfermería

Objetivo N° 3: Determinar las relaciones de comunicación y el trabajo en equipo para la seguridad del paciente

Consulta	7. En el área donde usted trabaja existen eventos imprevistos que ponen en riesgo la seguridad del paciente, a que puede deberse comunicación, trabajo en equipo, dirección u otra causa
GFAC-1	Si se presentan por descuido del personal y porque intervienen otras dependencias ajenas a enfermería
GFAC-2	Si se presentan déficit de empoderamiento, pasan más en turnos de fines de semana o nocturnos.
GFAC-3	Si se presentan por falta de compromiso, falta de control del superior
GFAC-4	Si se presentan también intervienen otras dependencias para que esto pase.

Consulta	8. “Sí tienen capacitaciones o talleres sobre trabajo en equipo”
GFAC-1	Si tenemos
GFAC-2	Si tenemos
GFAC-3	Si tenemos
GFAC-4	No siempre están plasmados dentro de las programaciones, aunque se reciben capacitaciones de manera extraordinaria si es necesario o cuando se asignan para reforzar estos temas.

CLAVES:

G: Grupo.

F: focal.

A: Grupo A.

C: Clave y el numero correlativo de participante, 1 a 4.

GRUPO FOCAL B (GFB).

Categoría B: se incluyeron enfermeras con función operativa, en este grupo participaron dos enfermeras generales y dos técnicos en enfermería que cumplieron con los criterios y se les asignó la siguiente clave. (Auxiliares de enfermería GFBC1, GFBC-2, Enfermeras generales GFBC-3, GFBC-4).

Matriz de Lectura Grupo B.

Objetivo N° 1: Describir los comportamientos del personal de enfermería ante la seguridad del paciente

Consulta	1. Existe apego a la seguridad del paciente en el personal nuevo
GFBC-1	Poca adherencia
GFBC-2	Poca adherencia
GFBC-3	Poca adherencia a realizar procedimientos según manual se hacen comúnmente como los compañeros realizan esos procedimientos
GFBC-4	Poca colaboración entre el personal con más experiencia en la orientación al personal nuevo
Consulta	2. Si el personal de nuevo ingreso se les brinda el periodo de inducción como corresponde según manual, por parte de jefaturas
GFBC-1	Ya no es la inducción como antes, el personal nuevo no siempre posee buena actitud a las sugerencias.
GFBC-2	Si al momento se cumple con el personal nuevo, pero no siempre cuando hay rotación de área.
GFBC-3	Si se cumple el periodo de inducción, pero también está determinado a la demanda de paciente y a la accesibilidad de recurso en cumplir con esta inducción.
GFBC-4	Si
Consulta	3. Si conocen el proceso de notificación de fallos a la atención, si los reportan o temen acciones punitivas
GFBC-1	Si lo conocemos
GFBC-2	Si lo conocemos
GFBC-3	Si lo conocemos
GFBC-4	Si lo conocemos
Objetivo N° 2: Analizar la gestión organizacional para la seguridad del paciente	
Consulta	4. Si conocen o se les informa qué respuesta o que postura tiene la Dirección ante los fallos en la atención
GFBC-1	No estoy enterada, eso lo manejan a nivel de las jefes

GFBC-2	Desconozco
GFBC-3	Desconozco
GFBC-4	Desconozco

Consulta	5. Consideran que se cuentan con los recursos humanos necesarios para brindar una atención libre de riesgos
-----------------	--

GFBC-1	Es difícil por incapacidades físicas del personal o actitudes.
GFBC-2	Falta un recurso de ayudante para apoyo a otras actividades que no son propias de enfermería.
GFBC-3	Según dotación sí, pero como enfermería realizamos muchas actividades que competen a otras áreas y esto resta tiempo a la atención asistencial. Faltan apoyo de secretarios o ayudantes para potencializar el tiempo.
GFBC-4	Considero que hay poco personal, malas actitudes y que se realizan otras actividades que no son propias de enfermería que resta tiempo asistencial.

Consulta	6. Como describen la comunicación entre la supervisión y el personal de los servicios de hospitalización
-----------------	---

GFBC-1	No nos creen que hemos hecho nuestro trabajo.
GFBC-2	Falta de comprensión
GFBC-3	Hay existencia de comunicación tipo vertical, poco eficaz
GFBC-4	Poco fluida

Objetivo N° 3: Determinar las relaciones de comunicación y el trabajo en equipo para la seguridad del paciente

Consulta	7. En el área donde usted trabaja existen eventos imprevistos que ponen en riesgo la seguridad del paciente, a que puede deberse comunicación, trabajo en equipo, dirección u otra causa
-----------------	---

GFBC-1	Las úlceras por decúbito
GFBC-2	Puede ser que el personal nuevo, no tener equipo suficiente
GFBC-3	Si existen, más común las úlceras por decúbito y error en el cumplimiento de medicación
GFBC-4	Las úlceras por decúbito y caídas

Consulta	8. “Si tienen capacitaciones o talleres sobre trabajo en equipo”
-----------------	---

GFBC-1	Si tenemos
GFBC-2	Si tenemos
GFBC-3	Si tenemos

CLAVES:

G: Grupo.

F: focal.

B: Grupo B.

C: Clave y el numero correlativo de participante, 1 a 4.

Anexo F.



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADOS
MAESTRIA EN GESTIÓN HOSPITALARIA**



GUIÓN DE ENTREVISTA.

Guión de preguntas a grupos focales segmentados por categoría para profundizar sobre la cultura de seguridad del paciente.

Objetivo: Obtener información sobre la cultura de seguridad de paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Militar Central.

1. Existe apego a la seguridad del paciente en el personal nuevo.
2. El personal de nuevo ingreso se les brinda el periodo de inducción como corresponde según manual, por parte de jefaturas.
3. Si conocen el proceso de notificación de fallos a la atención, si los reportan o temen acciones punitivas.
4. Si conocen o se les informa qué respuesta o que postura tiene la Dirección ante los fallos en la atención.
5. Consideran que se cuentan con los recursos humanos necesarios para brindar una atención libre de riesgos.
6. Como describen la comunicación entre la supervisión y el personal de los servicios de hospitalización.
7. En el área donde usted trabaja existen eventos imprevistos que ponen en riesgo la seguridad del paciente, a que puede deberse comunicación, trabajo en equipo, dirección u otra causa.
8. Tienen capacitaciones o talleres sobre trabajo en equipo.

Anexo G.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADOS
MAESTRIA EN GESTIÓN HOSPITALARIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
QUE PARTICIPARAN EN REUNIO DE GRUPOS FOCALES

Fecha: ____ de octubre de 2021.

Por medio de la presente yo _____ con el cargo de _____ doy mi consentimiento para participar en la investigación sobre **“CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, DE JUNIO A DICIEMBRE 2021”**

La cual se me ha explicado que formare parte de denominado grupo focal y que es de carácter anónimo, la información que se recolecte será confidencial siendo su finalidad es académica. Así mismo, me comprometo a apegarme a la veracidad de mis afirmaciones y seré sincero al responder y dar mi punto de vista a los planteamientos del grupo investigador.

Firma