

**Cultura de seguridad del paciente medida en el personal de salud de la
Regional Centro – Dirección de Sanidad Naval**

**Culture of patient safety measured in the health personnel of the Regional
Center - Dirección de Sanidad Naval**

María Camila Cuellar Cifuentes
Odontóloga UNICOC
mccuellar@unicoc.edu.co

Yuly Eliana Yepes Patiño
Odontóloga UCC
yeyepes@unicoc.edu.co

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ADMINISTRATIVO Y DE CIENCIAS ECONÓMICAS (UNICOC)
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



**Cultura de seguridad del paciente medida en el personal de salud de la
Regional Centro – Dirección de Sanidad Naval**

AUTORES:

María Camila Cuellar Cifuentes

Yuly Eliana Yepes Patiño

ASESORES:

Luz Amparo Ruiz García

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ADMINISTRATIVO Y DE CIENCIAS ECONÓMICAS (UNICOC)
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

BOGOTÁ

2022

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	9
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
4. OBJETIVOS	11
4.1 OBJETIVO GENERAL	11
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
5. MARCO TEÓRICO	12
6. MARCO NORMATIVO	14
6.1 AHRQ	14
6.2 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DGSM-2013	14
6.3 DECRETO 1011 DE 2006	14
6.4 DECRETO 1443 DE 2014	15
7. METODOLOGÍA.....	16
7.2 TIPO DE ESTUDIO	16
7.3 POBLACIÓN.....	16
7.4 MUESTRA.....	16
7.5 INSTRUMENTO	16
7.6 TIPO DE RESPUESTA.....	18
7.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	18
7.8 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	19
8. CRONOGRAMA.....	20
10. ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
Gráfica 1.....	22
Gráfica 2.....	23
Gráfica 3.....	24
10.2 RETROALIMENTACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE EL ERROR.....	25
Gráfica 4.....	25
Gráfica 5.....	26
Gráfica 6.....	27
10.3 APOYO Y SOPORTE DE LA REGIONAL CENTRO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	27
Gráfica 7.....	28
10.4 TRANSICIONES Y NO INTERVENCIONES DEL HOSPITAL	28
Gráfica 8.....	29
Gráfica 9.....	29
Gráfica 10.....	30
Gráfica 11.....	30

Gráfica 12.....	31
Gráfica 13.....	31
Gráfica 14.....	32
Gráfico 15.....	32
11. COMENTARIOS.....	33
12. CONCLUSIONES.....	34
13. RECOMENDACIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA	36

INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad del paciente es un tema universal de gran impacto social, que favorece la reducción del riesgo en la aparición de eventos adversos atribuibles a los diferentes procedimientos realizados en el área de la salud. Actualmente se ha convertido en un eje fundamental para garantizar la calidad de la atención y seguridad de los pacientes, en la que se pueden identificar algunas fortalezas y debilidades que configuran la forma como el personal asistencial actúa, piensa y aborda diariamente su trabajo. La cultura se expresa de muchas maneras, especialmente por medio de las actitudes, conductas, creencias, lenguajes, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo. (Fajardo-Dolci, 2010).

El presente estudio realiza una evaluación de la cultura de seguridad en el personal asistencial vinculado a la Regional Centro de la Dirección de Sanidad Naval, entendiéndose el término cultura de seguridad como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización que implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, (Rocco, 2017) mediante la aplicación de un instrumento de uso libre suministrado por la AHRQ “Agency for HealthCare Research and Quality”, (AHRQ, 2013) traducido y adaptado para su aplicación en el territorio colombiano por el Ministerio de Salud y Protección Social contenido en los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente; este instrumento mide la cultura de seguridad del paciente y su finalidad es describir aspectos importantes percibidos por el personal de la salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente se constituye como un grave problema de salud pública en todo el mundo, en donde las lesiones y daños causados en la atención hospitalaria ocupan un importante lugar en la lista de causas de morbilidad a nivel mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2019). En Latinoamérica según estudio IBEAS realizado en 05 países donde participó México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, se evidenció que en promedio uno de cada diez pacientes experimenta al menos un daño durante la atención intrahospitalaria. Colombia, específicamente se mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento médico. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

En este aspecto, el Ministerio de Salud y Protección Social ha encaminado una serie de políticas, planes, programas y lineamientos que buscan garantizar la seguridad en atención en salud de manera oportuna e integral de los pacientes, atendiendo a la normatividad y regulaciones nacionales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS), frente a la implementación de la Política de Seguridad del Paciente expedida en el año 2008. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las instituciones de salud que se han comprometido a mejorar la seguridad de los pacientes deben garantizar la atención desde un enfoque prospectivo del riesgo, para minimizar las acciones inseguras que generan incidentes que terminan en eventos adversos prevenibles durante la atención médica, o cuando se presenta alguna falla en las barreras de seguridad. De la misma forma, un enfoque retrospectivo cuando se presente dicho evento, con el fin de promover acciones de mejoramiento.

En cualquier situación, durante la atención de un paciente se pueden presentar eventos adversos, y prevenirlos no es suficiente estableciendo las políticas de seguridad y normatividad vigente ya que éstas constituyen sólo el marco dentro del cual se debe accionar, por lo tanto, es necesario evaluar la cultura de seguridad del paciente siendo lo primero que se debe implementar en las instituciones de salud encaminadas a la atención de manera segura, promoviendo el desarrollo de estrategias que propendan a minimizar el riesgo, realizando un seguimiento de las actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso del personal asistencial y administrativo en todos los niveles, el estilo de trabajo, la forma de actuar y su desempeño con relación a la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente y el manejo de eventos adversos que se presentan en la atención de los pacientes.

Por lo anterior, se hace necesario aplicar una herramienta con la cual se obtenga la información necesaria para establecer la percepción que tiene el personal de salud en cuanto a las 12 dimensiones que conforman la cultura de seguridad del paciente, según la encuesta de la AHRQ “Agency for HealthCare Research and Quality”.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se percibe la cultura de seguridad en el personal de salud que se encuentra laborando en la Regional Centro de la Dirección de Sanidad Naval, con relación a la creación y ejecución del programa de Seguridad del Paciente desde el año 2013?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal de salud vinculado a la Regional Centro de la Dirección de Sanidad Naval, mediante la aplicación de un instrumento elaborado por la AHRQ “Agency for HealthCare Research and Quality” de uso libre, traducido y adaptado para su aplicación en el territorio colombiano.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la cultura de seguridad del personal de salud vinculado a la Regional Centro de la Dirección de Sanidad Naval, mediante la revisión de las dimensiones y la cultura de seguridad que contempla el instrumento para la recolección de datos.
- Realizar un plan de acción de mejoramiento que promueva acciones y atenciones seguras para los usuarios y beneficiarios Regional Centro de la Dirección de Sanidad Naval.
- Realizar retroalimentación al equipo de trabajo vinculado a la regional centro de la Dirección de Sanidad Naval, sobre los hallazgos obtenidos en el análisis de la investigación y capacitar al personal en las políticas de seguridad del paciente.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Ministerio de Salud y Protección Social, define la seguridad del paciente como “un conjunto de elementos estructurales, procesos, herramientas y métodos basados en evidencia científicamente comprobada que tiende a minimizar el riesgo o mitigar las consecuencias de los eventos adversos en el transcurso de la atención médica. implica una evaluación permanente de los riesgos asociados a la asistencia sanitaria para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias”, (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 2008). La literatura sobre el tema de seguridad del paciente es bastante amplia y muchos países del mundo están participando en iniciativas promovidas por la Organización Mundial de la Salud, como la creación de la “Alianza mundial para la seguridad del paciente” en el año 2004, buscando estandarizar los sistemas de salud, con prácticas que brinden mayor seguridad y reduzcan los riesgos, evitando daños tanto reversibles como irreversibles, consecuencias, secuelas e incluso la muerte, que no tengan relación directa con las causas, por las cuales ingresó el paciente. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El Instituto de medicina (IOM) en Estados Unidos inició en 1998 un proyecto denominado: “Quality of Health Care in América”, con el objetivo de desarrollar una estrategia que diera lugar a una mejora significativa en la calidad de la sanidad en los EE UU a lo largo de la próxima década. Dentro de este amplio proyecto se inscribe en una fase inicial el informe: “To Err is Human: building a Safer Health System” que examina los errores médicos, con la finalidad de realizar los cuidados sanitarios más seguros para los pacientes. Se implementó sistema obligatorio para notificar los sucesos adversos y complicaciones derivados de la asistencia sanitaria, gestionado por la “National Patient Safety Agency”. (Estudio IBEAS , 2009)

En España, en el año 2006, se llevó a cabo el estudio ENEAS “Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización”, en donde se revisaron 5624 historias clínicas, en diferentes hospitales reportando la incidencia del 8.4% de eventos adversos, de los cuales 42.8% se consideraron evitables y un 4.4% de muertes, se presentaron 4.6 millones de hospitalizaciones para el año de estudio, arrojó 7388 muertes que eran evitables al año, las directrices de la Alianza Mundial por la seguridad de los pacientes emitida por la OMS, Colombia instauró el reporte obligatorio de Eventos Adversos bajo las normas del sistema de Información para la calidad SOGC creado mediante la Resolución 1446 de 2006. (ENEAS, 2005).

La cultura de la seguridad hace que una organización tenga la capacidad de reconocer diferentes errores y aprender de estos, para minimizar la ocurrencia de eventos adversos, fomentando el desarrollo de capacidades e implementando acciones de mejora. Con la finalidad de realizar una adecuada gestión de los recursos, evaluando eficazmente los riesgos y realizando cambios en las prácticas de la atención en salud que se verán reflejados en los indicadores. Lo cual permite una reducción en los amplios costos financieros y sociales provocados por incidentes de seguridad a los pacientes, así como, la medición de actitudes en el trabajo y el contexto general que es un paso necesario e importante para la mejora de la atención. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

6. MARCO NORMATIVO

6.1 AHRQ

Agency for Health care Research and Quality (Agencia para la investigación y calidad de la salud) de Estados Unidos desarrolló una herramienta para la evaluación de Cultura de seguridad de uso público y gratuito desde el año 2004, hasta su último reporte publicado en 2012 en donde participan 1128 hospitales de EEUU, la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) mejora el acceso al cuidado de la salud, investiga la calidad, el precio y los resultados de los servicios del cuidado de la salud para el mejoramiento de la organización y calidad de estos, reduce la posibilidad que ocurran eventos adversos como resultado de la atención médica en el curso de algún tipo enfermedad o procedimiento”. (AHRQ, 2013).

6.2 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DGSM-2013

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en cumplimiento a la misión institucional se compromete a velar por la construcción de una cultura de seguridad del paciente, que dé prioridad a este atributo de calidad, para lograr la reducción de incidentes y eventos adversos, dentro de un entorno no punitivo, que favorezca el empleo eficiente de los recursos entre los que se destacan el talento humano con motivación, capacitación, y gestión, desarrollando así, un trabajo articulado con los usuarios, que permita fomentar este programa en un entorno de atención seguro y de calidad, a través de la Dirección de Sanidad Militar y los Establecimientos de Sanidad de las diferentes Fuerzas, dentro de un marco justo para todas las partes. (Dirección General de Sanidad Militar, 2013).

6.3 DECRETO 1011 DE 2006

Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), con cuatro componentes enfocados a la gestión del riesgo para minimizar los eventos adversos evitables:

- El Sistema Único de Habilitación.
- El Sistema Único de Acreditación, como método voluntario para garantizar altos estándares de calidad en la atención de los usuarios de servicios de salud.
- El Sistema de información para la Calidad, busca que todos los actores pertenecientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS cumplan con los requisitos de calidad para la atención (Ministerio de protección social, 2006).

Para favorecer la estrategia mundial de seguridad del paciente, Colombia se enmarca en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122 del 2007, (art. 2 y 25).

La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia comprende el conjunto de acciones y estrategias sencillas que impulsa el Ministerio de la Protección Social en establecer las normas de calidad y velar por permanecer actualización y mitigando riesgos para los usuarios. (Ministerio de Protección Social, 2006)

6.4 DECRETO 1443 DE 2014

En el cual se encuentran las disposiciones para llevar a cabo el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, teniendo como objetivo la definición de las directrices y normas de obligatorio cumplimiento para implementar el (SG-SST), que por consiguiente deben ser aplicadas por todos los empleadores públicos y privados. El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) se basa en el desarrollo de un proceso lógico que se lleva a cabo por etapas, fundamentadas en el mejoramiento continuo, que involucra la organización, aplicación, planificación, evaluación, auditoría y posteriormente acciones de mejora con el fin de anticipar, reconocer, controlar y evaluar los riesgos sobre la salud y la seguridad en el trabajo. (Ministerio del trabajo, 2014).

Adicional a la normativa que da obligatoriedad al cumplimiento de programas encaminados a la seguridad del paciente, Colombia también promueve la acreditación en salud de carácter voluntario, para aquellas instituciones que buscan altos estándares de calidad y excelencia en los diversos procesos de prestación de servicios, logrando su reconocimiento a nivel nacional e internacional. Estos se encuentran en la guía práctica para la acreditación en salud, la cual se define como un proceso periódico y voluntario de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos que garantizan y mejoran la calidad de la atención del paciente. (Guía practica para la acreditación en salud, 2004)

7. METODOLOGÍA

7.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de esta investigación fue de corte cuantitativo, el cual busco determinar cuál es la cultura de seguridad que tiene el personal asistencial vinculado a la Regional Centro de la Dirección de Sanidad Naval, a partir de la recolección sistemática de datos y la consolidación de la información suministrada por la encuesta que se realizará a través de formularios de Google.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, en donde se aplicará un instrumento de la AHRQ de uso libre y gratuito al personal de salud vinculado a la Regional Centro de la Dirección de Sanidad Naval, en los días comprendidos del 02 al 13 de mayo de 2022.

7.3 POBLACIÓN

La población de referencia estuvo constituida por 156 profesionales y técnicos en salud, empleados vinculados, tanto asistenciales como administrativos de la Regional Centro de la Dirección de Sanidad Naval (técnico en radiología, técnico laboral de laboratorio clínico y auxiliar de consultorio de odontología e higienista oral, médicos, odontólogos, enfermeras(os), auxiliares de enfermería, facturadores, auxiliares administrativos, bacteriólogos e independientes de tipo de contratación jornada laboral y tiempo de trabajo).

7.4 MUESTRA

se tomará una población representativa La muestra se realizará de manera aleatoria simple, de cada grupo del personal vinculado a la Regional Centro de la Dirección de Sanidad Naval.

- Muestra total: 33 personas.

7.5 INSTRUMENTO

Diseñado por Interagency Coordination Task Force (QulC) auspiciado por la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Este instrumento es una herramienta fundamental para determinar el grado de cultura de seguridad, esta herramienta ha sido modificada y validada para su uso en Colombia gracias al Ministerio de Salud y Protección Social contenido en el documento Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

La encuesta establecida para evaluar la cultura de seguridad se encuentra diseñada para medir cuatro aspectos generales:

1. Percepción general de seguridad.
2. Frecuencia de eventos reportados.
3. Número de eventos reportados.
4. Grado general de seguridad del paciente.

Se evalúan 12 dimensiones:

1. Expectativas y acciones del supervisor o administrador para promover la cultura de seguridad: Los responsables toman en consideración las sugerencias de la unidad/servicio, que favorecen la seguridad encaminada a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que estos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de Seguridad del Paciente.
2. Aprendizaje organizacional - Mejoramiento continuo: Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.
3. Trabajo en equipo al interior de la unidad/servicio: Las unidades o dependencias del Centro de Medicina Naval cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.
4. Actitud de comunicación abierta: Los profesionales pueden hablar libremente si observan algo que puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ellos.
5. Retroalimentación y comunicación sobre el error: Los profesionales son informados sobre los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.
6. Respuesta no punitiva al error: Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizarán en su contra y que los errores no consten en su expediente laboral.
7. Suficiencia de personal: Se dispone de personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.
8. Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente: La gerencia / dirección del Centro de Medicina Naval favorece un clima de trabajo que promueve la Seguridad del Paciente y resalta que es una prioridad.
9. Trabajo en equipo entre las unidades: Las dependencias del Centro de Medicina Naval cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.

10. Transiciones y no intervenciones en el hospital: Para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades, se generan problemas en la transferencia de información.

11. Percepciones generales de la seguridad: Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de seguridad del paciente.

12. Frecuencia de reporte de eventos: Se notifican los siguientes errores

a.) Errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente.

b.) Errores sin daño potencial para el paciente.

c.) Errores que podrían haber provocado daño al paciente, pero no lo hicieron.

7.6 TIPO DE RESPUESTA

De forma general las respuestas del cuestionario AHRQ se codifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

TIPO	NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
Para preguntas formuladas en forma positiva	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Para Preguntas formuladas en forma negativa	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

7.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se aplicó la encuesta del instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, de la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) que fue elaborada desde el año 2004 en EEUU.

La aplicación del instrumento de medición de Cultura de Seguridad del personal asistencial y administrativo de la Regional Centro se realizó vía virtual por medio de la herramienta Formularios de Google, la cual permitió la consolidación del total de encuestas diligenciadas en una tabla en Excel para realizar el análisis de los resultados. El uso de esta herramienta permitió que todas las preguntas fueran contestadas debido a que fue aplicada su condición de obligatoriedad, es decir los participantes no podían dejar espacios sin contestar. Así mismo, la apreciación de la encuesta piloto en otras investigaciones similares permite concluir que el

cuestionario de la AHRQ traducido, adaptado y ampliado es para nuestro medio un instrumento válido y fiable para la medición de la cultura de la seguridad en nuestra Atención Primaria de Salud (APS).

7.8 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se estableció comunicación vía telefónica con la subdirectora de la Regional Centro, la Señora Capitán de Fragata Piedad Eugenia Peñaranda y se realizó solicitud mediante oficio enviado al correo electrónico institucional de la directora de la Regional Centro la Señora Capitán de Navío Ana María Urrutia Aljure. Posteriormente, se realizó la coordinación con la jefe de Talento Humano del DMBOG para conocer los antecedentes de las capacitaciones que se habían realizado en el Centro de Medicina Naval sobre seguridad del paciente. Se obtuvo el aval para la aplicación de la encuesta voluntariamente a todo el personal de la salud, y se realizó la programación correspondiente.

8. CRONOGRAMA

	FECHA INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO
Revisión de literatura	20/09/2021	25/09/2021	5 DÍAS
Construcción del marco teórico	18/10/2021	28/10/2021	10 DÍAS
Elaboración de Instrumento	14/03/2022	21/03/2022	7 DÍAS
Recolección de la información	6/05/2022	20/05/2022	5 DÍAS
Análisis de la información	20/05/2022	25/05/2022	5 DÍAS
ACTIVIDAD	06/2022	06/2022	1 DÍA
Socialización del proyecto	07/2022	07/2022	1 DÍA
Redacción del artículo	07/2022	07/2022	5 DÍAS
Seguimiento de la publicación de Artículo	07/2022	07/2022	8 DÍAS

9. PRESUPUESTO

RUBRO	JUSTIFICACIÓ GENERAL	VALOR RECURSOS PROPIOS	VALOR RECURSOS CONTRAPARTIDA	VALOR TOTALPOR RUBRO
Personal externo a la institución		\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Personal		\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 2.000.000,00
Uso de equipos		\$ 210.000,00	\$ 0,00	\$ 210.000,00
Materiales e Insumos		\$ 150.000,00	\$ 0,00	\$ 150.000,00
Servicios técnicos		\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
Desplazamientos		\$ 100.000,00	\$ 0,00	\$ 100.000,00
Costos operativos		\$ 200.000,00	\$ 0,00	\$ 200.000,00
Bibliografía	Compra de material bibliográfico y consultas en internet		\$ 140.000,00	\$ 140.000,00
Total parcial (Sin incluir investigadores)		\$ 1.660.000,00	\$ 1.140.000,00	\$ 2.800.000,00
Total general (Incluyendo investigadores)		\$ 1.660.000,00	\$ 1.140.000,00	\$ 2.800.000,00

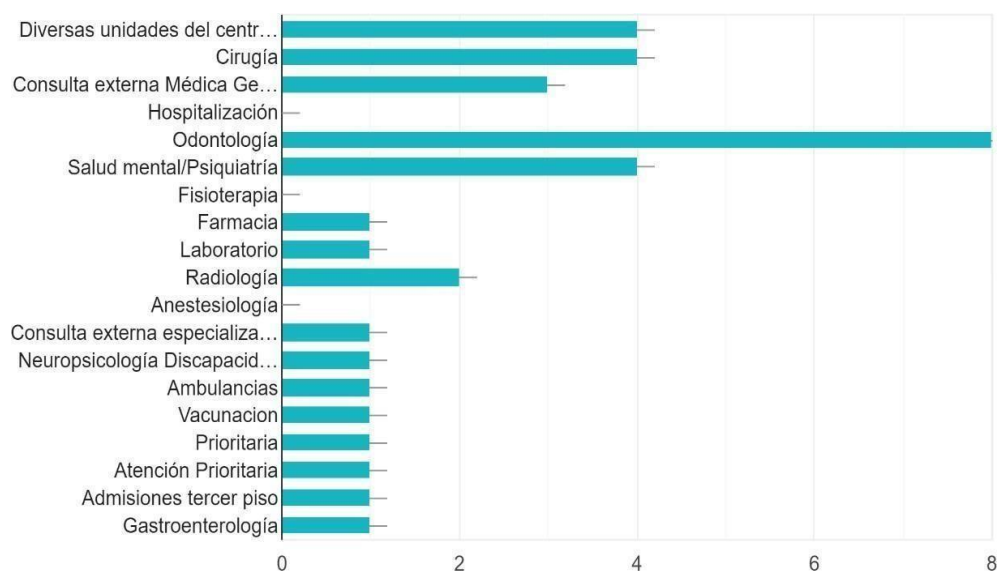
10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

10.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Para el análisis de los resultados, se recogieron entre el 06 de mayo al 20 de mayo del 2022 un total de 33 encuestas, siendo el 100% de la participación esperada en la metodología planteada.

Gráfica 1

Distribución según el área y/o servicio



La gráfica 1 muestra la distribución de participación según el área o el servicio al cual pertenecían los participantes, siendo el servicio de odontología el área que mayor cantidad de formularios diligenciados aportó para el desarrollo de este estudio.

Gráfica 2

Su Área/Unidad de Trabajo

Por favor indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. MARQUE UNA SOLA OPCIÓN en donde: 1=muy en desacuerdo 2=en desacuerdo 3=ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4=de acuerdo 5=muy de acuerdo.

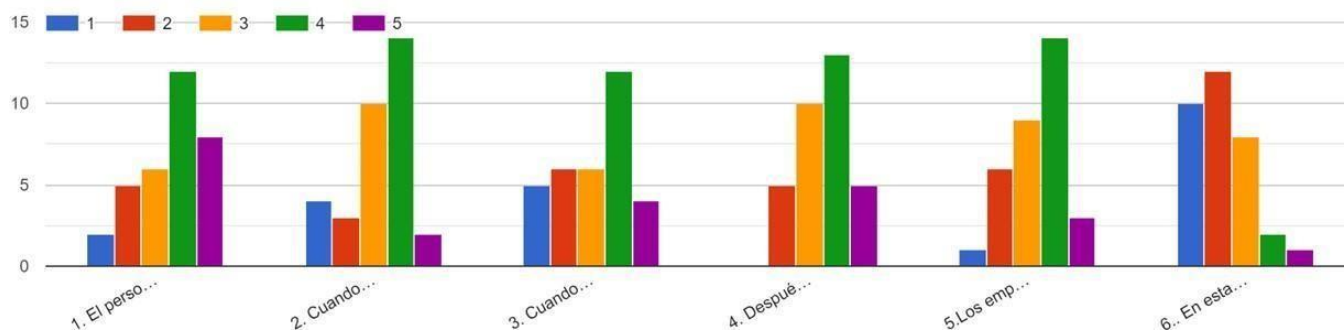


diagrama 1: Frente a la afirmación “El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad”, 8 de los participantes manifestaron estar muy de acuerdo respecto a esta afirmación, 12 de ellos de acuerdo, 6 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 en desacuerdo y 2 muy en desacuerdo.

En el diagrama 2 se pueden observar los resultados en cuanto a la afirmación “Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo”, en ella se observa que 14 participantes manifestaron estar De acuerdo, seguido de 10 que manifestaron estar Ni en acuerdo ni en desacuerdo; solo 4 manifestaron estar Muy en desacuerdo. Esto permite clasificar este aspecto como de percepción positiva entre los trabajadores de la institución.

En la gráfica 2, diagrama 3 se muestra el resultado frente a la afirmación “Cuando alguien está sobre cargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros” 12 de los participantes manifestaron estar De acuerdo, y 4 Muy de acuerdo, 6 manifestaron estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, 11 de ellos (6 en desacuerdo y 5 muy en desacuerdo).

El diagrama 4 muestra los resultados de la percepción de los trabajadores frente a la afirmación “Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad” se encuentro que 13 de los participantes manifestaron estar De acuerdo con la afirmación, 10 Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 5 muy en desacuerdo y 5 de los participantes muy de acuerdo.

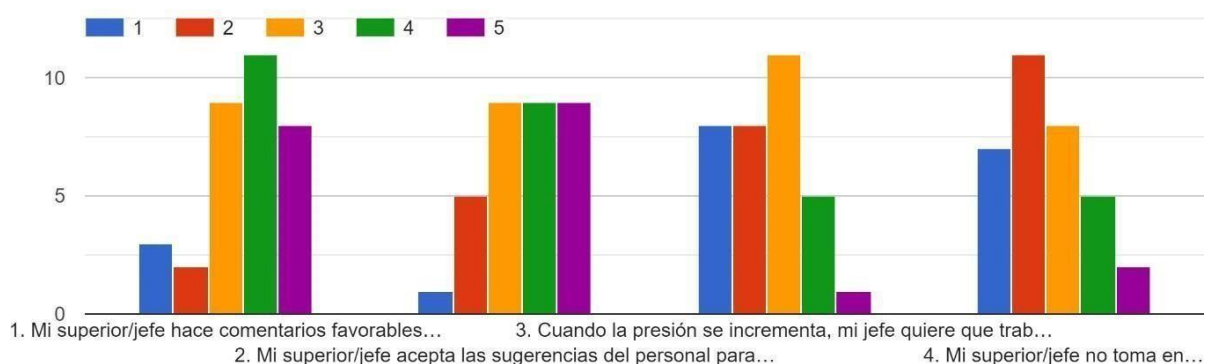
En el diagrama 5 se encuentra la información relacionada con la afirmación “Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados”, donde se muestra que 14 participantes estuvieron De acuerdo con el enunciado, seguido con 9 que están Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 6 personas estuvieron En desacuerdo. En último lugar se encontraron Muy de acuerdo 3 y Muy en desacuerdo 1 respectivamente.

Con respecto al diagrama 6, se presenta en esta gráfica el resultado obtenido frente a la afirmación “En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes” se observa un gran dominio de la respuesta En desacuerdo con un total de 12 participantes, seguido de Muy en desacuerdo con 10. Las opciones de respuesta Ni en acuerdo ni en desacuerdo 8, De acuerdo 2 y Muy de acuerdo registraron 1 respectivamente.

Gráfica 3

Superior/jefe inmediato

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted reporta d...ni en desacuerdo 4=de acuerdo 5=muy de acuerdo.



Para la evaluación de esta dimensión del instrumento se contemplan 4 ítems, los cuales se describen detalladamente a continuación:

1. En cuanto a los resultados de la afirmación “Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente” se muestra que 11 participantes están De acuerdo con esta afirmación, seguido de 9 que dijo Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 8 que se encuentran Muy de acuerdo y solo 3 y 2 de ellos manifestaron estar En desacuerdo y Muy en desacuerdo.
2. Los resultados de los participantes, en cuanto a la afirmación “Mi supervisor/ jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente” en la gráfica 3, diagrama 2 se observa que 18 participantes se encuentran Muy de acuerdo y De acuerdo con esta afirmación, 9 manifestaron estar Ni en acuerdo ni en desacuerdo, mientras que 5 y 1 manifestaron estar En desacuerdo o Muy en desacuerdo.
3. Frente a la afirmación “Cuando la presión se incrementa, mi jefe/superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes” gráfica 3 / diagrama 3. Frente a esta afirmación se observa 11 participantes manifiestan estar Ni en acuerdo o en desacuerdo, 16 En desacuerdo y Muy en

desacuerdo y 1 participante manifestó estar Muy de acuerdo.

4. En la evaluación de la afirmación “Mi supervisor/jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente, aunque se repitan una y otra vez” diagrama
4. Se observa que 11 participantes manifiestan estar En desacuerdo, 8 manifiestan estar Ni en acuerdo, ni en desacuerdo, 7 Muy en desacuerdo sobre esta afirmación y 2 participantes se encuentran Muy de acuerdo.

10.2 RETROALIMENTACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE EL ERROR

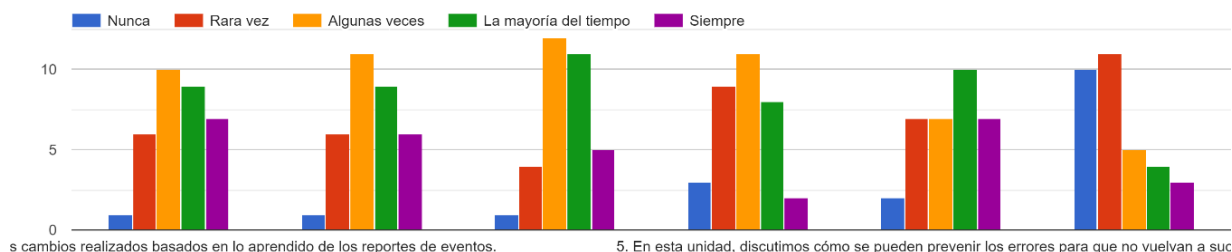
La presente dimensión contempla 3 ítems, los cuales se muestran detalladamente a continuación:

La gráfica 4 muestra la percepción de los trabajadores de la salud que hacen parte de la Regional Centro frente a la afirmación “Se nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos”, se obtuvieron 10 respuestas para la opción de Algunas veces, seguido por 9 participaciones que eligieron La mayoría del tiempo, 7 respondieron que Siempre, y 6 Rara vez. Solo 1 persona respondió que Nunca.

Gráfica 4

Comunicación

¿Con qué frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio/unidad/área de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.



La gráfica anterior muestra los resultados obtenidos ante el enunciado “Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad” se obtuvo que 12 personas manifestaron Algunas veces, seguido de 11 respuestas con la opción La mayoría del tiempo, 5 respondieron que Siempre, 4 Rara vez y solo una persona respondió Nunca.

Frente a la afirmación “En esta unidad, discutimos, cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder”, se obtuvieron los datos que se muestran en la gráfica 4. La información obtenida muestra que 10 participantes respondieron que La mayoría del tiempo, seguido por 7 personas que eligieron la opción Siempre, Algunas veces y Rara vez, seguido por 2 que respondieron que Nunca.

Gráfica 5

Frecuencia de sucesos notificados

En su servicio/unidad/área de trabajo, ¿con qué frecuencia son notificados, cuando ocurren los siguientes errores?, Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.



En esta dimensión se analizan 3 ítems. A continuación, se presentan los resultados:

Diagrama 1: 12 participantes manifestaron que La mayoría del tiempo cuando cometen un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente lo notifican, 10 Algunas veces lo notifican, 5 respondieron Siempre y 6 participantes Rara vez o Nunca.

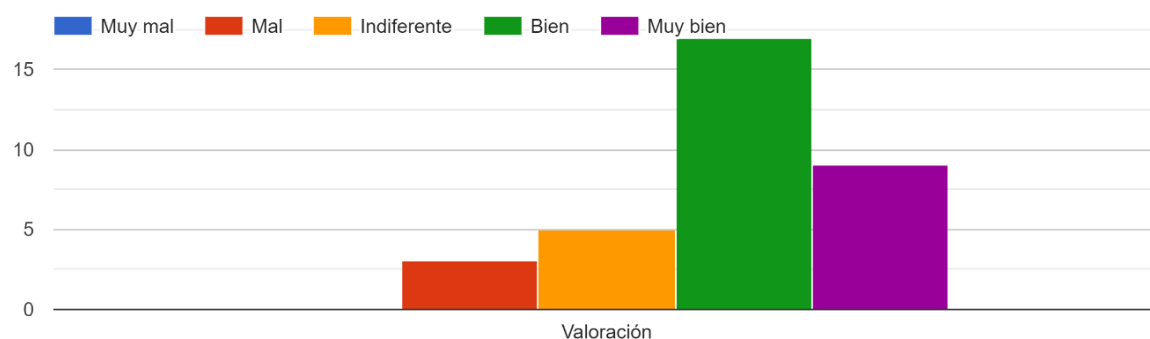
Diagrama 2: Los resultados que se obtuvieron sobre la afirmación “cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, lo notifican”, 10 participantes manifestaron que Algunas veces, 16 que La mayoría del tiempo o Siempre, 4 y 3 participantes Rara vez o Nunca lo notifican.

Diagrama 3: Frente a la afirmación “cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, es notificado”. 12 participantes encuestados respondieron Algunas veces, seguido de 9 que manifestaron notificar La mayoría del tiempo, 7 Siempre y 5 que Rara vez o Nunca.

Gráfica 6

Grado de seguridad del paciente

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



Los resultados se muestran en general, más de 17 participantes consideran que es positivo el grado de seguridad que se maneja en el centro, y solo 3 encuestados piensan que es malo el grado de Seguridad del Paciente.

10.3 APOYO Y SOPORTE DE LA REGIONAL CENTRO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En esta dimensión del instrumento se tienen en cuenta 3 ítems, los cuales se detallan a continuación:

La gráfica 7 muestra los resultados que se obtuvieron frente a el enunciado “La Dirección de este Centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente”, 11 personas manifestaron estar De acuerdo con la afirmación, seguido por un total de 7 están Muy de acuerdo y 7 Ni en acuerdo ni en desacuerdo. Las demás opciones registraron el mismo resultado, 3 para la respuesta En desacuerdo y 3 para la respuesta Muy en desacuerdo.

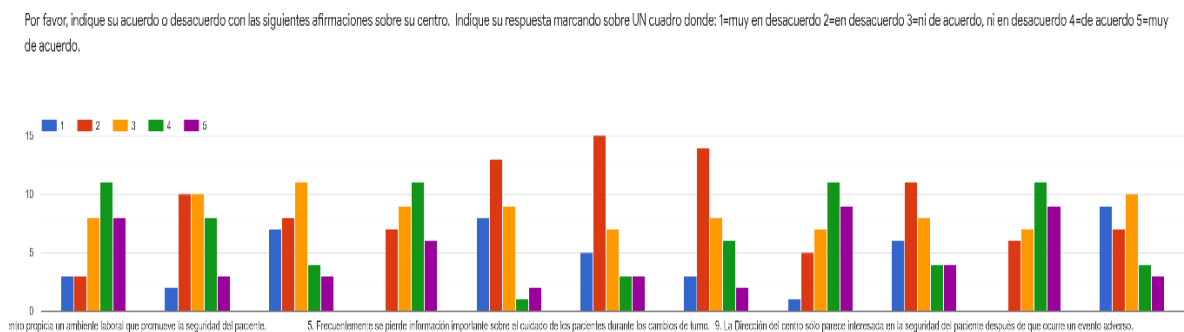
Para las respuestas obtenidas frente a la afirmación “La Dirección de la Regional Centro muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria”, en esta misma gráfica se muestra que 11 participantes estuvieron De acuerdo, seguido por 9 respuestas que manifestaron estar Muy de acuerdo. En posición neutra se encuentran 7 que están Ni en acuerdo ni en desacuerdo con el enunciado. En última posición se encuentran En desacuerdo y Muy en desacuerdo con 5 y 1 respectivamente.

En los resultados que se evidencian en la gráfica frente a la afirmación “La Dirección del Centro de Atención solo parece interesada en la seguridad del paciente después

de que ocurre un evento adverso” demuestran que 11 de los participantes manifestaron estar En desacuerdo, 6 están Muy en desacuerdo con el enunciado. Por otro lado, se tuvo que 4 manifestaron estar De acuerdo y otros 4 Muy de acuerdo y hubo 8 participantes que estuvieron Ni en acuerdo ni en desacuerdo con dicha afirmación.

Gráfica 7

Atención primaria en el centro



10.4 TRANSICIONES Y NO INTERVENCIONES DEL HOSPITAL

Estas dimensiones del instrumento se evalúan a partir de 4 ítems, los cuales se especifican a continuación:

En el gráfico 7 se muestran los resultados para el enunciado “Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno”, donde se encuentra que 13 de los participantes manifestaron estar En desacuerdo con la afirmación, seguido de 8 que manifestaron estar Muy en desacuerdo, 9 personas manifestaron estar Ni en acuerdo ni en desacuerdo y por último las opciones De acuerdo y Muy de acuerdo obtuvieron un puntaje de 1 y 2 respectivamente.

En cuanto a los resultados correspondientes al enunciado “Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro”, se observa que 14 participantes manifestaron estar En desacuerdo, 3 que estuvieron Muy en desacuerdo con la afirmación. A la vez, 8 manifestaron estar Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 6 estuvieron De acuerdo y la opción Muy de acuerdo registró 2 resultados.

De la misma forma, en esta gráfica se evidencia la información de los resultados obtenidos frente a la afirmación “La información de los pacientes se pierde, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro” en la cual se observa que 11 personas respondieron Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 8 estuvieron En desacuerdo con el enunciado; a este le sigue un total de 7 participantes que manifestaron estar Muy en desacuerdo y finalmente, los puntajes obtenidos fueron de 4 y 3 quienes

manifestaron estar De acuerdo y Muy de acuerdo respectivamente frente a esta afirmación.

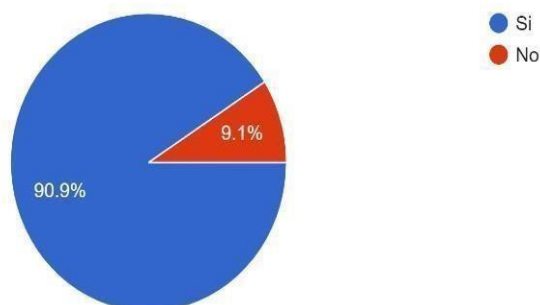
Por último, en esta dimensión se presentan los resultados obtenidos frente a la afirmación “Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este Centro de Atención”, en ellos se observa que 10 de los participantes manifestaron estar Ni en acuerdo ni en desacuerdo con el enunciado, 9 estuvieron Muy en desacuerdo, seguido de 7 que manifestaron estar En desacuerdo. Por último, las opciones de respuesta De acuerdo y Muy de acuerdo registran 4 y 3 respectivamente.

Gráfica 8

Número de sucesos Notificados

1 ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?

33 respuestas



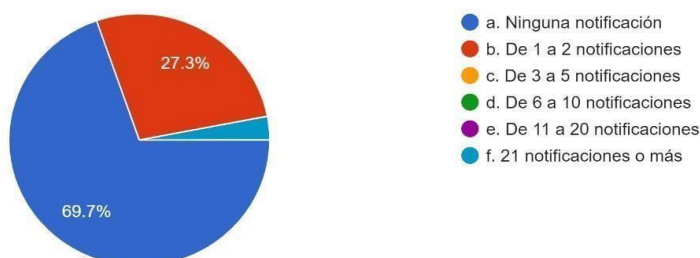
En ella se evidencia que el 90.9% de los participantes refiere que, Si hay un lugar específico dentro del centro donde se notifican los incidentes o eventos adversos que pueden llegar a ocurrir, 9,1% respondieron que No.

Gráfica 9

Reporte de eventos adversos

2. En los pasados 12 meses, ¿Cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias? Marque UNA respuesta.

33 respuestas



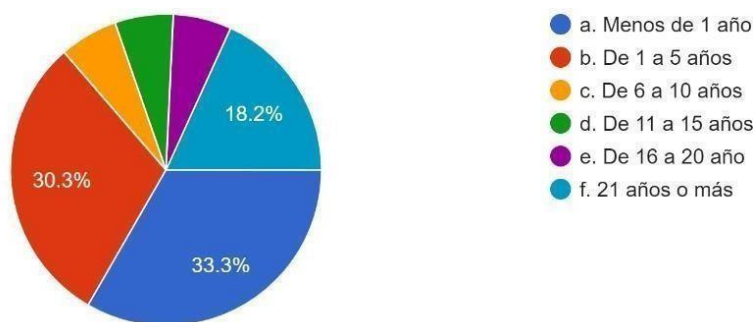
El 69.7% (23) respondió que Ninguna notificación, el 27.3 % (9) respondieron que, de 1 a 2 reportes de incidentes, el 3% (1) respondió que 21 notificaciones o más.

Gráfica 10

Características de los encuestados

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

33 respuestas



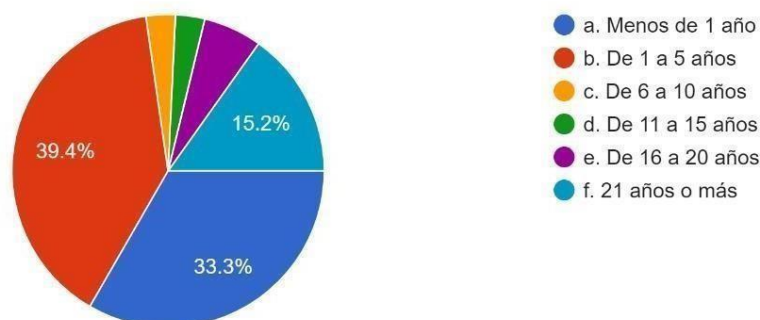
En esta gráfica se observa que el 33.3% (11) de los participantes llevan Menos de 1 año trabajando en el centro, 30.3% (10) llevan De 1 a 5 años, 18.2% (6) 21 años o más.

Gráfica 11

Distribución según el número de años vinculado en el centro

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

33 respuestas



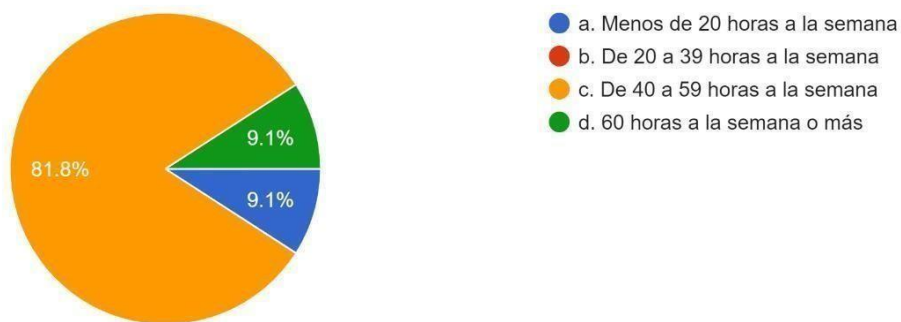
En esta gráfica podemos observar que un 39.4% (13) de los participantes llevan trabajando en su actual área/servicio/unidad de 1 a 5 años, 33.3% (11) llevan Menos de 1 año, 15.2% (5) de los participantes llevan 21 años o más.

Gráfica 12

Distribución según el número de horas de trabajo semanal

3. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?

33 respuestas



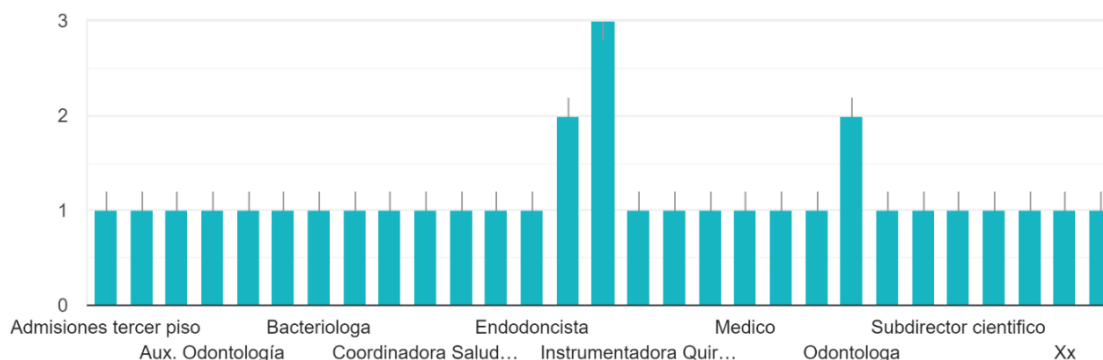
En la gráfica se muestra el número de horas semanales que los participantes de la encuesta laboran en sus puestos de trabajo, siendo un 81.8% (27) el número de encuestados que trabajan entre 40 y 59 horas semanales, seguido de un 9,1% (3) que trabaja entre 60 horas a la semana; 9.1% (3) Menos de 20 horas a la semana.

Gráfica 13

Distribución según el cargo que desempeña en el Centro de Atención

4. ¿Cual es su cargo en el centro?

33 respuestas



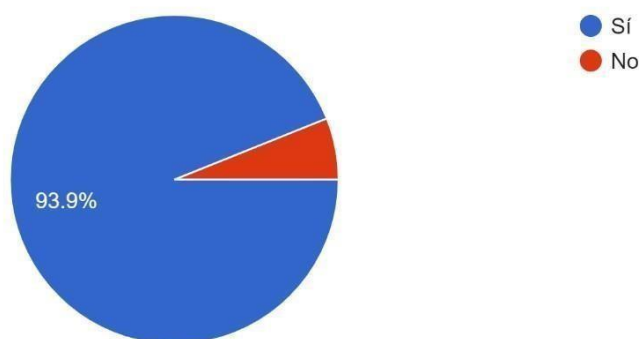
La gráfica 13 muestra la distribución de la participación según el cargo que desempeña cada participante en el Centro de Atención, en donde se encontraban psicólogos, médicos, bacteriólogos, odontólogos generales, endodoncistas, auxiliares de odontología, salud ambiental, coordinador historias clínicas, radiología, salud pública, cirugía general, instrumentador quirúrgico, jefe de farmacia, personal de admisiones, entre otros. Siendo el personal de enfermería el área que mayor cantidad de formularios diligenciados aportó para el desarrollo de esta investigación.

Gráfica 14

Distribución según la interacción directa o el contacto con los pacientes en las distintas áreas o servicios.

5. En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o contacto con los pacientes?

33 respuestas



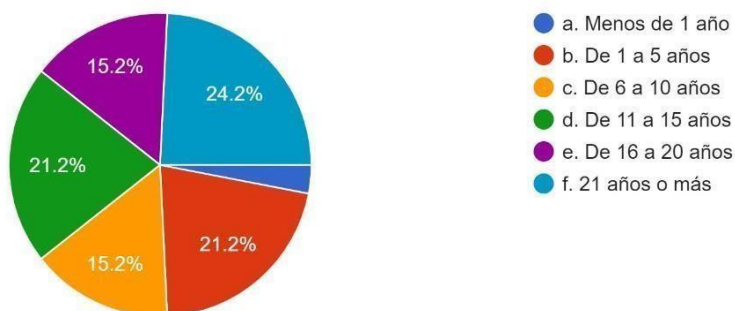
En esta gráfica podemos observar que el 93.9% (31) de los participantes tienen un contacto directo con los pacientes, mientras que 6.1% (2) manifestó no tener interacción directa o contacto con ellos.

Gráfico 15

Distribución según los años trabajando en la especialidad actual y/o profesión.

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

33 respuestas



El 24.2% (8) manifestó que lleva 21 años o más trabajando en su actual especialidad o profesión, el 21.2% (7) llevan de 1 a 5 años, 7 participantes que equivale al 21.2% manifestaron llevar de 11 a 15 años, 15.2% (5) llevan de 6 a 10 años y finalmente 15.2% (5) llevan de 16 a 20 años.

11. COMENTARIOS

El 63% de los encuestados manifestaron sus opiniones y sugerencias respecto a la encuesta aplicada, desde su punto de vista y su ética profesional; algunas respuestas fueron las siguientes:

- Realmente me parece que el centro médico cuenta con un gran programa de seguridad del paciente.
- Seguir sensibilizando al personal de salud sobre reporte de los incidentes según normativa.
- Se tienen protocolos establecidos para la atención con el fin de disminuir los errores.
- Es un tema de la mayor importancia para prevenir incidentes que pueden ocurrir dentro del entorno asistencial.
- Los errores más frecuentes son por comunicación poco asertiva en donde el paciente no capta bien la información.
- Parte de nuestra política de atención en salud, es acatar todos los procesos de detección de riesgos, minimizar complicaciones y en caso de presentarse eventos adversos, notificarlos para evaluar la acción insegura, tomar cartas en el asunto y evitar nuevos episodios del mismo.

12. CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos en esta encuesta reflejan la situación actual respecto a la cultura de seguridad del paciente en la institución, a los cuales se les debe dar la importancia pertinente con el fin de minimizar los riesgos de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud o de mitigar consecuencias que afecten directa o indirectamente a los pacientes.
- El índice de seguridad del paciente percibido por el personal asistencial y administrativo de la institución es muy bueno, este concepto se basa en distintos criterios como; la evaluación permanente de riesgos, la prevención de la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, y la atención personalizada en pro de brindar un excelente servicio a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares; conscientes de que la calidad en la prestación de los servicios es una prioridad del personal de la salud.
- Frente al análisis de las dimensiones encuestadas que reportaron un resultado neutral, la respuesta no punitiva al error y la frecuencia de reporte de eventos adversos requieren un estudio profundo y pormenorizado con el fin de asegurar la calidad, seguridad y bondad de los procedimientos brindados a los usuarios del servicio.
- La falta de personal suficiente es una de las debilidades que se percibe en los resultados de las encuestas realizadas al personal de la salud vinculado a la Regional Centro, siendo apoyada por argumentos como; deficiente número de profesionales en los centros de atención y sobrecarga de funciones en el trabajo, lo que conlleva a excederse en el número de horas laboradas dentro de la institución.

13. RECOMENDACIONES

En el desarrollo de esta investigación se ha tenido un concepto de cultura de seguridad que aporta los elementos necesarios y suficientes para entender la dificultad que significa el desarraigo de los valores, creencias, y buenas prácticas con el propósito de implementar una nueva visión y comportamiento en el plano individual y social de las personas que intervienen en los diferentes procesos tanto asistenciales como administrativos. En razón de lo anterior, se debe sensibilizar al personal que participe en futuras investigaciones sobre la importancia de la sinceridad, veracidad y responsabilidad en la emisión de respuestas para así disminuir el posible sesgo que pueda presentarse en dichos estudios.

Con base en los resultados obtenidos de la presente investigación y la revisión bibliográfica consultada, se recomienda la implementación de encuestas vía formularios Google, como una estrategia satisfactoria en virtud de su sencillez, fácil manejo de la información e interpretación de los resultados. Estas encuestas fueron diligenciadas por personal localizado en zonas dispersas, y el componente de obligatoriedad para diligenciar los espacios en cada pregunta permitió obtener respuestas de calidad.

Se recomienda, por último, realizar encuestas anuales o bianuales con el fin de calcular el impacto de las medidas tomadas y aprovechar la herramienta de la AHRQ, para la evaluación del plan de mejora que se implemente a partir del diagnóstico obtenido y la actualización de las preguntas, teniendo en cuenta la normatividad vigente en el momento de la misma. Así mismo, se sugiere profundizar más en la solución de las debilidades reflejadas en los resultados obtenidos, aplicando diferentes técnicas como la matriz DOFA, entre otras. Y realizar por parte de las directivas de la institución estudios profundos que minimicen el impacto negativo que se pueda causar en la salud de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- AHRQ. (febrero de 2013). Obtenido de Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html>
- Congreso de la República de Colombia. (9 de enero de 2007). Obtenido de ley número 1122 del 2007: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Dirección general de sanidad militar. (12 de julio de 2013). Obtenido de <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/entidad/dependencias/grupo-planeacion-estrategica/grupo-sistemas-gestion/politica-seguridad-del-paciente-dgsm>
- ENEAS. (febrero de 2005). Obtenido de estudio nacional sobre los eventos adversos ligados a la Hospitalización: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- Fajardo-Dolci, G. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y cirujanos*, 527-528.
- Guía práctica para la acreditación en salud. (19 de julio de 2005). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-de-preparacion-para-acreditacion.pdf>
- Linda T. Kohn, J. M. (2000). *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Ministerio de protección social. (3 de abril de 2006). Obtenido de Decreto número 1011 del 2006: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (noviembre de 2008). *Seguridad del paciente*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LI NEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. España: Informes, estudios e investigación 2009.

Ministerio del trabajo. (31 de julio de 2014). Obtenido de decreto 1443 del 2014:
https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1443_sgss.pdf/ac41ab70-e369-9990-c6f4-1774e8d9a5fa

Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre de 2019). *Seguridad del paciente.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>

Rocco, D. C. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista médica Clínica las Condes*, 785-786.

Anexo: Formato de encuesta.



Encuesta sobre la Seguridad del Paciente

Código Institución

La información consignada en esta encuesta es totalmente confidencial. Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores en la atención en salud, riesgos, incidentes y eventos adversos que suceden en la institución. Sólo le llevará de 10 a 15 minutos completarla.

Edad 	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Nivel de escolaridad ☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☐ Universitaria
--	--	--

Ocupación / Oficio / Cargo

Tiempo de vinculación a la institución

Tipo de vinculación a la institución

☐ Prestación de servicios ☐ Contrato a término fijo ☐ Contrato a término indefinido ☐ Estudiante en rotación	¿Tiene hijos? ☐ Sí ☐ No
---	--

Número de personas a cargo.

Estado civil

Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

1. ¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en esta institución? Marque UNA respuesta.

- ☐ Diversas unidades de la institución/Ninguna unidad específica
☐ Urgencias
☐ Consulta Externa Medicina General
☐ Hospitalización
☐ Odontología
☐ Salud mental/Psiquiatría
☐ Fisioterapia
☐ Farmacia
☐ Laboratorio
☐ Radiología
☐ Otro, por favor, especifique:

2 por favor indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. MARQUE UNA SOLA OPCIÓN 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mejor

	1	2	3	4	5
1. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.	☐	☐	☐	☐	☐
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	☐	☐	☐	☐	☐
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Usamos más personal transitorio/de refuerzo de lo adecuado, para el cuidado del paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
8. El personal siente que sus errores son usados en su contra.	☐	☐	☐	☐	☐
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Cuando su área/unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo denunciada y no el problema.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Frecuentemente, trabajamos "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	☐	☐	☐	☐	☐
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	☐	☐	☐	☐	☐

1=muy en desacuerdo/2=en desacuerdo/3=ni de acuerdo, ni en desacuerdo/4=de acuerdo/5=muy de acuerdo.

Sección B: Su Supervisor/Director

3. Por favor, indique grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su jefe o la persona a la que usted reporta directamente. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mayor.

	1	2	3	4	5
1. Mi jefe/a hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto signifique tomar atajos.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección C: Comunicación

4. ¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Piense acerca de su área/unidad de trabajo de la institución. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa nunca y 5 siempre.

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

Sección D: Frecuencia de Eventos Reportados

5. En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Piense en el área/unidad de trabajo de su institución. Responda por SÍ ó por NO.

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

Sección E: Grado de Seguridad del Paciente

	Muy mal	Mal	Indiferente	Bien	Muy bien
6. Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección F: Su institución

7. Por favor, indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su institución. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mayor.

	1	2	3	4	5
1. La Dirección de esta institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Las unidades de esta institución no coordinan bien entre ellas.	☐	☐	☐	☐	☐
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hay buena cooperación entre las unidades de la institución.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta Institución.	☐	☐	☐	☐	☐
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Las medidas que toma la Dirección de ésta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	☐	☐	☐	☐	☐
9. La Dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Las unidades de la institución trabajan bien juntas para propiciar el mejor cuidado para los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección G: Número de Incidentes Reportados

8. Su institución posee un sistema de reportes?
(Si la respuesta es NO pasa a la sección H)

- ☐ Si
☐ No

9. ¿De qué tipo es el sistema de reportes?

- ☐ Voluntario
☐ Obligatorio

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

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

Sección H: Información Antecedente

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la evaluación. Marque solo UNA respuesta para cada pregunta.

11. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta institución?

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

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

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

13. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

- ☐ a. Menos de 20 horas a la semana
- ☐ b. De 20 a 39 horas a la semana
- ☐ c. De 40 a 59 horas a la semana
- ☐ d. De 60 a 79 horas a la semana
- ☐ e. De 80 a 99 horas a la semana
- ☐ f. 100 horas a la semana o más

14. ¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque UNA sola respuesta que mejor describa su posición laboral.

- ☐ a. Enfermera profesional
- ☐ b. Auxiliar en enfermería
- ☐ c. Odontólogo
- ☐ d. Odontólogo Especialista
- ☐ e. Médico Especialista
- ☐ f. Médico General
- ☐ g. Químico Farmacéutico
- ☐ h. Regente en farmacia
- ☐ i. Técnico (ej. ECG, laboratorio, radiología)
- ☐ j. Fisioterapeuta
- ☐ k. Nutricionista
- ☐ l. Psicólogo
- ☐ m. Bacteriólogo
- ☐ n. Administrativo
- ☐ ñ. Personal de Dirección y Gerencia
- ☐ o. Empleado de mantenimiento
- ☐ Otro

15. En su cargo, ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

- ☐ Sí, habitualmente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- ☐ NO, habitualmente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.

16. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

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

Sección I: Sus comentarios

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

18. ¿Alguna vez completó antes esta encuesta?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

19. ¿Participó de un grupo focal ó entrevista en profundidad sobre cultura organizacional y *seguridad del paciente / reporte de eventos adversos*?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

20. ¿La organización lo ha convocado a inducciones o re-inducciones? (Si la respuesta es afirmativa, pase a la pregunta 21)

- ☐ Sí
☐ No

21. ¿En ellas les han capacitado sobre seguridad del paciente?

- ☐ Sí
☐ No

Gracias por completar este cuestionario!!

Su ayuda será muy útil para saber más sobre la cultura de seguridad del paciente en su Institución.