



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
NICARAGUA**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE
NICARAGUA**



Tesis de grado para optar al título de Máster en Administración de Salud

**PERCEPCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS
TRABAJADORES DEL HOSPITAL MILITAR ESCUELA DR. ALEJANDRO DAVILA
BOLAÑOS**

Autor: Teniente Coronel (CMM)
Dr. Noel Turcios Arróliga.

Tutor: Msc. Dr. Sergio Gutiérrez Úbeda

Managua, Nicaragua
Diciembre 2014

*Nuestra recompensa
Se encuentra en el esfuerzo
y no en el resultado.*

*Un esfuerzo total
Es una victoria completa.*

Mahatma Gandhi

i. DEDICATORIA

Al Creador, fuente de todo Conocimiento y Sabiduría.

A mí esposa María del Socorro y mis hijos Gabriela, Andrés Noel y Natalie, quienes siempre han estado para mí, ahí con su amor, cariño, comprensión, brindándome su apoyo incondicional, y han sabido darme la fuerza necesaria para llegar a culminar con éxito mis objetivos y metas.

A aquellas personas, maestros, que con su ejemplo me motivan e inspiran a luchar cada día a ser Mejor.

ii. AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud a la Comandancia General del Ejército de Nicaragua, por su permanente Visión de hacer de cada uno de sus miembros *“un recurso de orden estratégico de la nación”* y no ha escatimado esfuerzos y recursos para continuar fortaleciendo el nivel profesional de su personal médico. Me siento orgulloso de pertenecer a esta institución patriótica.

Al Cuerpo Médico Militar, a quien he dedicado mis últimos 32 años de vida al ejercicio de mi profesión de Médico y Militar, por su especial vocación de ir alcanzando mayores niveles de especialización en su Personal Médico y No médico, y lograr apropiarse de que *“El Cuerpo Médico del Ejército de Nicaragua continúe trabajando por la salud de todos los miembros de la institución, sus familiares y nuestro pueblo”*.

Deseo patentizar mi agradecimiento al Cuerpo de Docentes del CIES por la trasmisión de los conocimientos, experiencias, apoyo y especial interés en lograr que cada uno de los hoy graduados haya alcanzado la meta de la Maestría en Administración de Servicios de Salud con Mención en Gerencia Hospitalaria y con ello –junto a mis compañeros, somos hoy portadores de una nueva y gran herramienta que redundará en la mejora continua de nuestra labor con mayor visión y calidad profesional. Especial agradecimiento a mi tutor Dr. Sergio Gutiérrez Úbeda por todo el apoyo brindado de manera permanente y eficaz.

A mi sobrina, Máster y Arquitecta Hilda María Delgado Guido; por su contribución e invaluable apoyo en la edición y presentación de mi Tesis.

A todos GRACIAS, MUCHAS GRACIAS.

iii. SINTESIS

Este estudio consistió en realizar una encuesta, “Cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en el hospital” de la **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)**¹ de Estados Unidos de Norteamérica, para medir la cultura de seguridad hacia el paciente, en el personal médico, de enfermería, técnico y de apoyo que trabaja en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. La encuesta fue realizada a 685 profesionales del hospital, donde se estudiaron doce dimensiones con sus ítems correspondientes. Fue posible obtener un diagnóstico inicial de la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre aspectos importantes de la cultura de seguridad de los pacientes, mediante respuestas positivas y negativas a los diferentes componentes de la dimensiones.

De los resultados obtenidos, se puede observar que las dimensiones valoradas más positivamente por el personal, son aquellas que tienen que ver con el trabajo en equipo dentro de las unidades, el aprendizaje organizativo y mejoras continuas; y el apoyo de la Dirección para la seguridad del paciente. Sin embargo hay una calificación desfavorable en cuanto a la Respuesta no punitiva a errores, apertura comunicativa existente y a la composición de la fuerza de trabajo.

El estudio evidencia que lograr una cultura de seguridad, requiere de transformaciones en las actitudes, creencias y comportamiento no solo del personal sino de los pacientes para que en equipo asuman el riesgo que conlleva las prácticas de atención de salud.

¹ Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:112-118.

ÍNDICE

- i. AGRADECIMIENTO
- ii. DEDICATORIA
- iii. SINTESIS

I. INTRODUCCIÓN	7
II. ANTECEDENTES	9
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
V. OBJETIVOS	12
VI. MARCO DE REFERENCIA	13
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	17
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:	17
DIMENSIONES EVALUADAS	17
VIII. RESULTADOS	20
SOCIODEMOGRAFICOS	20
POR DIMENSIONES.	21
FORTALEZAS	22
DEBILIDADES	23
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	24
X. CONCLUSIONES	27
XI. RECOMENDACIONES	28
XII. BIBLIOGRAFÍA	29
XIII. ANEXOS	32

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio es parte de un proyecto de investigación dirigido a establecer una línea de base sobre el tema de seguridad del paciente en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. Esta línea de base incluía la medición de la cultura de seguridad del paciente y la medición de conocimientos sobre conceptos relacionados con la seguridad del paciente, prevención de caídas y aspectos básicos del manejo de la hipertensión arterial.

La asistencia sanitaria se ha vuelto cada día una actividad muy compleja que entraña riesgos potenciales y que por lo tanto no existe un sistema que pueda garantizar la ausencia de eventos adversos, y así evitar consecuencias letales o daño permanente a los pacientes.

Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan y las barreras que podrían implementarse para evitar la reincidencia de este.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en los procesos de la prestación de los servicios de salud y representa un aspecto clave de la calidad de atención en salud y su mejora. En este ámbito la Organización Mundial de la Salud (OMS-2004) tomó la iniciativa de lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

La evidencia existente y las conclusiones de los investigadores que han estudiado organizaciones con tradición en una cultura de seguridad, como la aviación y la industria química, señalan que esta es uno de los aspectos críticos para mejorar la seguridad de sus procesos².

En el Hospital Militar Escuela ‘Dr. Alejandro Dávila Bolaños’ conocer la percepción de la cultura de seguridad del paciente sería esencial para minimizar errores y eventos adversos,

² Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. En: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al, eds. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/Techynology Assessment No 43. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality; 2001. p. 447-457. AHRQ Publication No. 01-E058.

y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren además de poder monitorear su evolución.

Existen varios instrumentos para la medición del clima de seguridad en los hospitales^{3,4}. En este estudio elegimos el elaborado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos por su riguroso proceso de construcción y validación⁵, aplicada en más de 380 hospitales de los Estados Unidos de América.⁶

³ Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Borden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Services Research 2006, 6: 44. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-44.pdf> (consultado 17-1-2008).

⁴ Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication n° 04- 0041. Rockville, MD: Agency for Health Care research and Quality. 2004. <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf> (consultado 12-02-2008)

⁵ Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. AHRQ Publication No. 07-0025. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March, 2007. <http://www.ahrq.gov/qual/hospurveydb/index.html> (consultado 17-01-2008).

⁶ Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. National Academy Press, Washington, D.C., 2000.

II. ANTECEDENTES

La información sobre errores médicos y efectos adversos es muy reciente ya que los primeros estudios datan de los años 60 y no es hasta la década de los 90 cuando se comenzó a disponer de evidencia científica. Es en el año 1999 cuando el impacto entre los profesionales, autoridades y público en general del informe **“To err is Human: Building a Safer Health System”** del Instituto de Medicina de EEUU⁷, marca un antes y un después en la concienciación sobre este tema y ha hecho que la investigación sobre la seguridad del paciente y las iniciativas para actuar sobre los riesgos evitables sean una prioridad para todas las autoridades sanitarias. Este documento refleja la magnitud del Problema de Seguridad de la Asistencia y la enorme repercusión sanitaria y económica que implica.

Zhan y Miller⁸ examinaron la incidencia de efectos adversos en 18 hospitales, concluyendo que los efectos adversos pueden ser los responsables de 2.4 millones de días de estancia hospitalaria y 32 mil muertes. El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe del año 2000, **An Organization with a memory**⁹ estimó que se producen efectos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones, es decir 850 mil eventos al año. En Australia, la tasa de eventos adversos descrita fue del 16.6% entre los pacientes ingresados¹⁰. La frecuencia de efectos adversos en los diferentes estudios se sitúa en torno al 10% de los pacientes que acuden a un hospital, con un rango que varía desde el 4 al 17%.

En el Reino Unido se ha calculado que el exceso de estancia hospitalarias origina un gasto de 2,000 millones de libras al año, además un gasto por indemnizaciones de 400 millones/año, 2,400 millones/año por reclamaciones judiciales y 1,000 millones/año debido a infecciones nosocomiales. A estos costos hay que sumar la erosión de la confianza, de la seguridad y de la satisfacción del público y de los proveedores de atención sanitaria.

⁷ Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Idem.

⁸ Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, changes, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. JAMA 2003; 290:1868-74.

⁹ Department of Health. An Organization with a memory. The Stationery Office. London 2000.

¹⁰ Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995; 163: 458-76.

Uno de los factores causales de los eventos adversos, es la pobre cultura de seguridad existiendo una creciente convicción de que habilidad del personal de los hospitales para evitar el daño a los pacientes será realizada de una mejor manera si se crea una cultura fuerte de seguridad del paciente¹¹.

En el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, en la búsqueda de la mejora continua de la calidad de atención a los pacientes, es la primera vez que se realiza un estudio de medición de cultura sobre seguridad del paciente.

III. JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente debe ser una prioridad de la atención en salud en nuestro Hospital. Los incidentes y eventos adversos son la “luz roja” que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Por tanto los eventos adversos son un indicador fundamental de la calidad de atención como resultados de los procesos de cuidados de salud.

Conocer la percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad de los pacientes en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, nos permitirá mejorar las estrategias de gestión y realizar investigaciones futuras en busca de fortalecer la seguridad y por lo tanto la calidad de atención a nuestros pacientes.

¹¹ Hellings, J., W. Schrooten, et al. (2007). "Challenging patient safety culture: survey results." *Int J Health Care Qual Assur* 20(7): 620-32.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina ha pasado de ser simple, poca efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa. Esto se asocia a un riesgo creciente de efectos adversos y perjuicio involuntario para el paciente. Cuando la cultura de una organización se concierne de la seguridad y se habla de los errores y fallas, la seguridad del paciente mejora. En el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños no se ha realizado una medición de la cultura de seguridad del paciente que permita establecer una línea de base de la cultura e implementar planes de mejora que fortalezcan la seguridad del paciente.

A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN PRINCIPAL

¿Cuál es la percepción sobre cultura de seguridad de paciente que tienen los diferentes profesionales del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños?

B. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICAS

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los trabajadores del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños que participaron en el estudio?
2. ¿Cuál es la percepción de cultura de seguridad del paciente por dimensiones?
3. ¿Cuáles son las fortalezas y oportunidades de mejora de la cultura de seguridad del paciente?

V. OBJETIVOS

A. General

Valorar la percepción de Cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el año 2014.

B. Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los trabajadores del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños que participaron en el estudio.
2. Comparar la percepción de cultura de seguridad por dimensiones.
3. Identificar las fortalezas y oportunidades de mejora que promuevan la Seguridad del paciente.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Cada día es mayor el desarrollo científico y tecnológico, al igual que las posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Pero también se eleva el riesgo para que los pacientes hospitalizados sufran daños que pueden llegar a ser fatales, debido a errores que pudieron ser prevenidos ya que en la actividad sanitaria se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

La estrategia en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orienta en la detección de las fallas, su registro sistemático y el análisis de esta información para lograr la mejora continua de los servicios. En esta labor se debe involucrar la participación plena de los pacientes proporcionándoles medios para que puedan notificar las fallas, que muchas veces son los primeros en descubrirlas.

El evento adverso se caracteriza por la presencia de una triada:

- Hay lesión.
- Es atribuible a la atención en salud.
- Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial.

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que ayuden a minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

En el sentido estricto, se puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención de salud recibida.

Cultura de seguridad el paciente:

La cultura de seguridad es el conjunto de valores, actitudes, percepciones y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y desempeño de una institución.¹²

¹² Ministerio de la Protección social. La Seguridad del paciente y la atención segura. Colombia. Diciembre 2009

Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua.
- Percepción compartida de la importancia de la Seguridad.
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos.
-

¿Qué es cultura de seguridad?¹³

- Conciencia de que las cosas pueden ir mal.
- CAPAZ de reconocer errores! Aprender de ellos! Actuar para mejorar las cosas.
- ABIERTA E IMPARCIAL (Justa) para COMPARTIR información abiertamente y para tratar al profesional en eventos adversos (Esto es crítico tanto para paciente como para quien le cuida o trata).
- Basada en un enfoque al SISTEMA: las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.
- Abordar qué fue mal en el SISTEMA ayuda a APRENDER lecciones y PREVENIR su recurrencia.
- Está PRESENTE cuando: atiende a paciente + fija objetivos + desempeña procedimientos/ procesos + compra productos + rediseña políticas y procedimientos.
- Afecta a MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS de la organización.
- Seguridad del paciente debe ser parte de la Estrategia, Misión,
- Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar.

Promover una cultura de la seguridad en el seno de las organizaciones sanitarias de los estados miembros es uno de los pilares de la política de seguridad del paciente de la OMS desde su comienzo en 2002, concretada posteriormente en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos:

1. *Política institucional del paciente, que debe:*

- Establecer, implementar y armonizar la política de seguridad del paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.

¹³ Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en siete pasos. Reino Unido.

- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.

2. *Promoción de la cultura de seguridad.*

3. *Sistema de reportes de eventos adversos y aprendizaje colectivo.*

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos; insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución.

Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de:

- Proceso para el reporte de eventos adversos.
- Que se reporta.
- A quien se le reporta.
- Como se reporta.
- A través de qué medios.
- Cuando se reporta.
- Como se asegura la confidencialidad del reporte.
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros.
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien se reportó.
- Como se estimula el reporte en la institución.

Se debe precisar cuál será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), tomo como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente¹⁴, donde se proponen las siguientes acciones:

- Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada “*una atención limpia es atención más segura*”
- Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las “*mejores prácticas*”.
- Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos.
- Lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. *Por la Seguridad del paciente. (en línea)*
http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm Consulta: 15/02/2005.

Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad. Sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que lo generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estas aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

Situación del país

Ley No. 423, Ley General de Salud, retoma los principios constitucionales, estableciendo en el Art. 5, “Principios Básicos”, en su numeral 7, **el principio de calidad**, entendido como: Se garantiza el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme a la disponibilidad de recursos y tecnología existente, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible. En el Art. 7, establece las competencias y atribuciones del Ministerio de Salud, definiendo en el numeral 17 que debe “Orientar el diseño de un **sistema básico de garantía de la calidad** en todos los proveedores de servicios de salud y administradores de servicios de salud”.¹⁵

Nicaragua debe impulsar una política de seguridad del paciente que esté liderada por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para constar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Como parte de la misma política de seguridad del paciente, el Ministerio de Salud, debe contemplar un documento guía de “*Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud*” cuyo propósito brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de lineamientos en sus procesos asistenciales.

¹⁵ Ley General de Salud. Ley Nº423, aprobada el 14 de marzo del 2002. Publicado en la Gaceta Nº91 del 19 de mayo del 2002. Nicaragua.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño y tipo de estudio de investigación:

Diseño: No experimental.

Tipo de Estudio: Descriptivo con diseño transversal.

Universo de Estudio: Personal Médico, Enfermería, Técnicos y personal de apoyo del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Área de Estudio: Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños

Muestra: Médicos, Enfermeras, Técnicos y personal de apoyo. 685 entrevistados de un total de 720 profesionales para un 95% de representación

Unidad de análisis: Trabajadores encuestados.

Instrumento de recolección de datos: Aplicación de encuesta auto administrada. "Cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en el hospital".

Variables estudiadas:

- Características sociodemográficas: Género, edad, posición laboral, interacción con el paciente, antigüedad en el hospital, antigüedad dentro del área de trabajo y horas de trabajo a la semana.
- Percepción de Cultura de seguridad por dimensiones: Se evaluaron las percepciones generales de la seguridad del paciente, frecuencia de incidentes reportados, expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente, aprendizaje organizativo y mejora continua, trabajo en equipo dentro de las unidades, comunicación abierta, comunicación e información de errores, respuesta no punitiva a errores, personal, apoyo de la administración del hospital a la seguridad del paciente, trabajo en equipo a través de la unidades, transferencia y transiciones.

Dimensiones Evaluadas

La encuesta contempló la información acerca de la percepción de la Cultura de Seguridad del paciente en las siguientes 12 dimensiones que contienen un total de 42 ítems:

1. Percepciones generales de la seguridad del paciente (4 ítems).
2. Frecuencia de incidentes reportados (3 ítems).

3. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes. (4 ítems).
4. Aprendizaje organizativo/Mejora continua (3 ítems).
5. Trabajando en equipo dentro de las unidades (4 ítems).
6. Apertura en la comunicación (3 ítems).
7. Comunicación e información sobre errores (3 ítems).
8. Respuesta no punitiva a errores (3 ítems).
9. Dotación de personal (4 ítems).
10. Apoyo de la Dirección del Hospital en la seguridad del paciente (3 ítems).
11. Trabajo en equipo entre unidades (4 ítems).
12. Transferencia y transiciones (4 ítems).

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. Las respuestas se codificaron en 3 categorías:

TIPO DE CATEGORÍA	TIPO DE RESPUESTA
NEGATIVO	Muy en desacuerdo (nunca) En desacuerdo (raramente)
NEUTRAL	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (a veces)
POSITIVA	De acuerdo (casi siempre) Muy de acuerdo (siempre)

TIPO DE CATEGORÍA	TIPO DE RESPUESTA
FORTALEZAS	Ítems \geq 60% de respuestas positivas
DEBILIDAD U OPORTUNIDAD	Ítems \geq 50% de respuestas negativas

Se clasificaron como **fortalezas** aquellos ítems con criterios \geq 60% de **respuesta positivas** para este estudio en el hospital, aunque comúnmente se toma el criterio de \geq 75%.

Se clasificaron como **debilidad u oportunidad** aquellos ítems con criterios de \geq 50 % de **respuestas negativas**.

Para fines de interpretación los ítems que tenían redacción de las preguntas en reversa se presentan en los resultados de este estudio en positivo. Ver en Anexos los resultados por dimensiones.

Consideraciones éticas: Con la autorización de la dirección del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, de acuerdo con los procedimientos hospitalarios, el cuestionario contemplo el anonimato y la confidencialidad al no requerir el nombre de los participantes. La participación del personal fue voluntaria y cada encuestado firmo la hoja de consentimiento informado.

Trabajo de campo: Se llevó a cabo la convocatoria del personal, a través de los diferentes jefes de servicios y departamentos, que suministraron las listas del personal a su cargo. Los grupos de profesionales fueron reunidos en un auditorio con horarios desde las 6.30 am hasta las 6.00 pm, en el periodo comprendido del 10 al 19 de diciembre del 2014. Realizamos un Taller con el personal del Hospital para explicar los objetivos de la encuesta. Se mantuvo una colaboración entre la Dirección Médica del Hospital Militar y el CIES-UNAN logrando una supervisión permanente en el llenado de las encuestas. Los datos fueron tabulados con EPI INFO y Tablas de Excel. La información se analizó siguiendo los parámetros establecidos en el manual del instrumento original y se respetó la información suministrada por los profesionales encuestados.

VIII. RESULTADOS

SOCIODEMOGRAFICOS

La encuesta fue realizada a 685 miembros del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, donde se encuentran diversas unidades del hospital. *La tabla №1 y №2* resumen los datos de las características sociodemográficas del personal del hospital. El 35.78% de los encuestados han trabajado por más de 1-5 años en el hospital. El 18.91% de 6-10 años. Mientras que solo el 11% tiene 21 años o más de trabajar en el hospital. Ver tablas en Anexos.

Por otra parte, 38.64% de los respondientes tiene de 1-5 años de trabajar en su actual área o unidad de trabajo. El 30.83% tiene 1 año o menos y el 14.89% del personal tiene entre 11 años y más de trabajar en la misma área. Más de la mitad 63.92% de la muestra trabaja de 40-59 horas a la semana.

De los profesionales encuestados, el **58%** es representado por las mujeres y el **42%** por los varones. De este, **predomina con un 44% el grupo de personas en un rango de edad de 20 a 29 años**; seguido del grupo de **30 a 39 años con un 29%**. En tercer puesto y cuarto, los grupos de 40 a 49 años con un 15%; y mayor a 50 años con un 12% respectivamente. *Fig. 1 y 2*

El instrumento fue aplicado a un grupo de profesionales que forman parte de diferentes áreas de trabajo en el Hospital. Según los datos obtenidos, la mitad del personal (representado por el 51.33% que equivale a 350 personas encuestadas), son aquellos profesionales que forman parte del área de Consulta externa y representan el 11%, seguido del Servicio de Emergencias con el 9.68%, Sala de Operaciones con el 9.09%, Pediatría con 7.92%, Gineco Obstetricia con 7.04%; y Farmacia con 6.60%.

El otro 48.68% del personal, es parte de 8 áreas de trabajo en el Hospital, más otras no especificadas en las variables de la encuesta. Estas se refieren Diversas unidades en el hospital y no especificadas con el 6.60%, Medicina-no quirúrgica con el 6.01%, Laboratorio con 4.99%, Cirugía 4.84%, Unidad de Cuidados Intensivos 4.84%, Anestesiología 2.20%, Salud Mental y Psiquiatría 0.73% y otras áreas de trabajo que representan un 12.75%.

En *la tabla 2 y 3* se muestra que un significativo **67.35%** de la muestra se encuentran en dos grupos principales. El **36.31%** pertenecen a miembros que trabajan en **posiciones de trabajo de enfermería** (Enfermera especialista, enfermera profesional, licenciada en enfermería y auxiliar de enfermería) y el **31.04%** de los entrevistados fueron **médicos** (13.17% Médico especialista + 12.29% Médico Residente+ Medico General 5.56%).

El equipo técnico, que incluye al Técnico, Técnico Quirúrgico, el Lic. En Anestesiología y Farmacéutico; representan el 16% igual a 109 personas. Por último en la categoría de Otros, que engloba a otros puestos de trabajos y los asistentes de unidad/oficina/secretarías; representan un 17% igual a 114 personas. El 94 % de los profesionales encuestados interactúa directamente con el paciente.

POR DIMENSIONES.

La **Percepción general de la seguridad del paciente** es valorada positivamente (61%) al decirse que los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir y un 58% opinan que la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo. *Ver Figura 6 en Anexos.*

En cuanto a las **Expectativas y acciones del supervisor** para promover la seguridad de los pacientes, con un 67%, el personal expresa que el supervisor/director atiende los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez. Hay una media del 53% que perciben las acciones del supervisor como favorecedoras de la seguridad del paciente.

El **Aprendizaje organizativo y la mejora continua** de la Institución por Ítem, presentó los resultados siguientes: En relación *al que dice que “estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente”* se obtuvo un porcentaje del 76% y en cuanto a que *“ Los errores han llevado a cambios positivos aquí”*, se obtuvo un 68%.

Respecto al **Trabajo en equipo dentro de las unidades**, fueron valorados positivamente tres aspectos; que son: *La gente se apoya una a la otra en esta unidad* con 71%, *Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo* con un 72% y *En esta unidad, el personal se trata con respeto* con un 70%.

En cuanto a la **Apertura comunicativa** solamente un 34% de los encuestados considera que existe una apertura de comunicación para manifestar dudas o comentarios relacionados con aspectos que pueden afectar la seguridad del paciente.

En lo que respecta a la **Retroalimentación y comunicación de los eventos adversos**, hay una media del 52% de los encuestados, perciben que se adoptan medidas para evitar que estos se repitan.

En relación a la **respuesta no punitiva a errores** el 63% considera que cuando se informa de un incidente se está reportando a la persona y no el problema. Además el 57% del personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.

La dimensión **Dotación del personal** presentó que el 62% de los encuestados considera que la dotación del personal es insuficiente para la carga de trabajo existente, el 65% cree

que el personal trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente y el 63% considera que se trabaja bajo presión.

Hay una calificación muy positiva en cuanto al **Apoyo que da la Dirección para la seguridad del paciente**. Por Ítem, se dice que La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente y obtuvo un 61% de valoración positiva y las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria y recibe un 70%.

La dimensión **Trabajo en Equipo** entre las unidades reporto que el 63% opina que las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes, con un promedio del 60% de percepción positiva de trabajo de equipo entre las unidades.

En relación a la **entrega de turnos y traslados**, el 60% considera que los cambios de turnos no representan problemas para los pacientes en este hospital y el 58% considera que la información importante de cuidado de paciente durante cambios de turno y traslados se conserva.

FORTALEZAS

De acuerdo con el método utilizado en el estudio, solamente se considera como fortaleza la dimensión que obtenga un resultado $\geq 60\%$ de respuestas positivas o negativas según como se formularon las preguntas en positivo o negativo. Ver *Tabla No 4* en Anexos.

En relación al **Aprendizaje Organizacional y la Mejora continua** se destaca como una percepción positiva con una media del 67% las actividades de mejora e implementación de medidas para aumentar la seguridad del paciente.

El **Trabajo en equipo dentro de las unidades** obtuvo un resultado positivo para los encuestados con una media del 71%, siendo esta **fortaleza con el más alto resultado en el estudio**.

En la dimensión **Apoyo de la Dirección a la seguridad del paciente**, con una media del 66% de percepción positiva de los encuestados, consideran que la Dirección propicia un ambiente favorable para la seguridad del paciente.

La dimensión **Percepciones generales de la seguridad del paciente**, obtiene una media del 60% de valoración positiva en cuanto a la seguridad clínica, destacando que los sistemas de atención son efectivos en la prevención de errores que puedan ocurrir.

Con una media del 60% de percepción positiva para el **Trabajo en equipo entre unidades**, se destaca la cooperación para proveer el mejor cuidado para los pacientes.

DEBILIDADES

De acuerdo con el método utilizado en el estudio, se considera como debilidad de la Institución, la dimensión que obtenga un resultado $\geq 50\%$ de respuestas negativas según fueron formuladas las preguntas en positivo o negativo. *Ver en Anexos Tabla N° 5.*

Con una marcada debilidad (60%) para la dimensión **Respuesta no punitiva a errores** existe una percepción de temor por parte del personal al reportar los eventos adversos por posibles represalias y marcas negativas en sus expedientes.

La percepción acerca de la **Apertura Comunicativa**, con una media del 52% para las respuestas, los encuestados consideran no poder manifestar sus dudas o comentarios relacionados con aspectos que puedan afectar la seguridad clínica.

En lo que respecta a la **Dotación del personal** hay una opinión negativa con un 62% en relación a la falta de trabajadores, con lo que la carga laboral se aumenta para brindar una atención adecuada incrementándose las posibilidades de error.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas de los encuestados los datos reflejan que el personal profesional encuestado es predominantemente femenino y joven que no superan los 30 años de edad.

La mayoría del personal encuestado (69%), tiene hasta 5 años de experiencia en su profesión, al igual que su antigüedad en el Hospital (57%). El grupo de médicos y enfermeras representó el 67% de la muestra, cuya labor clínica implica una permanente interacción con el paciente. Además el 94% de todo el personal tiene interacción directamente con el paciente y más del 63% permanece sobre 40 horas semanales en el hospital. Todo lo anterior permite inferir que la percepción de la seguridad clínica de los encuestados se considera significativa y de válida referencia.

El Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Institución donde se llevó a cabo este estudio, ha venido desarrollando esfuerzos para construir una cultura de seguridad del paciente en los diferentes servicios, estableciendo procedimientos para el manejo de los eventos adversos. La mayor parte de los encuestados conoce aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Sin embargo, tenemos muchos aspectos que mejorar para lograr alcanzar que la cultura de seguridad del paciente sea asumida por todo el personal que trabaja en el hospital. En nuestro país todavía no existe una política diseñada sobre cultura de seguridad que de manera normativa sea implementada en todos los hospitales.

El personal reconoce que en el aspecto del ***Aprendizaje organizacional y mejora continua*** los esfuerzos esta orientados a cambios positivos en el manejo de la seguridad del paciente y representa la dimensión con mayor fortaleza.

Un alto porcentaje de los encuestados perciben que la ***Dirección del Hospital*** muestra interés en propiciar una ambiente favorable para la seguridad clínica.

El trabajo en equipo dentro de las unidades representa una gran fortaleza en el hospital. Hay una ambiente de apoyo, respeto y colaboración, lo que genera un clima positivo para minimizar las posibilidades de error en la atención al paciente. Al igual hay una percepción

positiva del **trabajo en equipo entre las unidades** al promover un ambiente de colaboración colectiva interdisciplinaria y trabajar juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.

En lo que respecta a las **percepciones generales de seguridad del paciente**, hay una valoración positiva, señalando que los procedimientos son efectivos en la prevención de errores que puedan ocurrir sin sacrificar la seguridad del paciente por hacer más trabajo.

En la dimensión de la cultura que hace referencia a la **Dotación del personal**, se percibe que hay sobrecarga laboral, y que el personal es insuficiente para la atención adecuada que se pueda prestar a los usuarios. Esto posiblemente está relacionado al incremento de usuarios en el Hospital del 24% en el último semestre del 2014. La percepción negativa de esta dimensión es similar a la reportada en otros estudios.¹⁶

La dimensión de **respuesta punitiva a los errores**, al igual que otros reportes^{17,18}, existe temor a las represalias al reportar eventos adversos, (60%). Se hace necesario promover una cultura institucional educativa y no punitiva en la que se reconozca que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la práctica médica y que el reporte de eventos adversos para su análisis es un mecanismo que ayuda a los profesionales de la salud a minimizarlos y prevenirlos.

Una dimensión clave de la cultura de seguridad del paciente es la **Comunicación**, la cual se percibe como un aspecto negativo que representa una debilidad para la institución (52%). Se evidencia la gran importancia de mejorar en esta dimensión para que la comunicación entre Jefes y subordinados no sea afectada por temores de manifestar dudas o comentarios relacionados con aspectos de seguridad del paciente y favorecer realmente un trabajo en equipo.

¹⁶ Ministerio de Sanidad y Política Social Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español. Madrid 2009

¹⁷ Denise S, J Ministerio de Sanidad y Política Social Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español. Madrid 2009.

¹⁸ Joyce J. Perceptions of the Patient Safety Culture among Physicians and RNs in the Perioperative Area. AORN JOURNAL 2008, VOL 87, N01.

En relación a la dimensión de la cultura que corresponde a ***cambios de turnos y traslados de pacientes*** de una unidad a otra, se percibe (52%) un buen manejo de procedimientos para la continuidad de una adecuada atención a los pacientes.

Por ultimo un aspecto muy importante son ***las expectativas y acciones de los jefes para promover la seguridad de los a pacientes***. Aquí se destaca un aspecto favorecedor en cuanto el jefe atiende los problemas de seguridad del paciente.

Desde el punto de vista de una cultura de poder jerarquizada en el ambiente hospitalario, los jefes médicos mantienen una brecha de estatus profesional mayor con relación a otros profesionales de la salud lo que podría afectar la seguridad del paciente.

X. CONCLUSIONES

- 1.** De acuerdo a las características sociodemográficas de los encuestados, la percepción de seguridad clínica que se obtuvo se considera significativa y de válida referencia.
- 2.** La dimensión más fuerte para la institución es el aprendizaje organizacional y la más débil es la respuesta punitiva a errores, por lo que respectivamente estas dimensiones tienen que ser utilizadas para la promoción y oportunidad en el mejoramiento de la seguridad del paciente.
- 3.** Se identifica como las mayores fortalezas las acciones que se realizan activamente para mejorar la seguridad del paciente; el apoyo, respeto y colaboración trabajando en equipo y el interés de la dirección para propiciar un ambiente de seguridad. Se identifica como oportunidades promover una cultura institucional educativa y no punitiva frente al reporte de eventos adversos, mejorar la comunicación entre jefes y subordinados y mejorar la inadecuada dotación de personal para prestar una atención sanitaria de manera segura.

XI. RECOMENDACIONES

1. Implementar un Programa de Seguridad y Gestión de Riesgos a nivel hospitalario. (Crear el Departamento de Calidad y Seguridad del paciente en la estructura del Nuevo Hospital Militar).
2. Crear el Sistema de Vigilancia y reporte de incidentes Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.
3. Promover una Cultura de Seguridad del Paciente en la Organización mediante el fortalecimiento de una cultura institucional educativa y no punitiva ante los reportes de eventos, mejoramiento de la comunicación con el personal para eliminar los temores mutuos y la dotación adecuada en relación a la composición de la fuerza de trabajo.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. *Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en siete pasos. Reino Unido.*
2. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health Care System.* National Academy Press, Washington, D.C., 2000.
3. *Degeling P, Kennedy J, Hill M. Do professional subcultures set limits of hospital reform? Clinician in Management 1998; 7:89-98.*
4. D Marx Consultores. *Seguridad del paciente y la "Cultura Justa": Un manual para ejecutivos de servicios de salud.* Universidad de Columbia. 17 de abril 2001.
5. *Denise S, J Ministerio de Sanidad y Política Social Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español. Madrid 2009.*
6. Department of Health. *An Organization with a memory.* The Stationery Office. London 2000.
7. Hellings, J., W. Schrooten, et al. (2007). "Challenging patient safety culture: survey results." *Int J Health Care Qual Assur* 20(7): 620-32.
8. *Joyce J. Perceptions of the Patient Safety Culture among Physicians and RNs in the Perioperative Area. AORN JOURNAL 2008, VOL 87, N01.*
9. *Leape L. Error in medicine. JAMA, The Journal of American Medicine. Dec. 21 1994 v272 n23 p1851 (7).*
10. *Ley General de Salud. Ley Nº423, aprobada el 14 de marzo del 2002. Publicado en la Gaceta Nº91 del 19 de mayo del 2002. Nicaragua.*
11. *Ministerio de la Protección social. La Seguridad del paciente y la atención segura. Colombia. Diciembre 2009*
12. *Ministerio de Sanidad y Política Social Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español. Madrid 2009.*

13. *Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica. Madrid 2010.*
14. *Ministerio de la Protección social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Colombia. Noviembre 2008.*
15. *Organización Panamericana de la Salud. Por la Seguridad del paciente. (en línea) http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm Consulta: 15/02/2005.*
16. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. En: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al, eds. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/Techynology Assessment No 43. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality; 2001. p. 447-457. AHRQ Publication No. 01-E058.
17. Reyes J, F. Taxonomía en seguridad del paciente: Hablamos todos el mismo idioma? *Revista Páginas enferg.com* | Volumen III | Número 10 | revista@paginasenferg.com | www.enferg.com.
18. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Borden J, et al. The Safety. Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006, 6: 44. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-44.pdf> (consultado 17-1-2008).
19. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003;12:112-118.
20. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication n° 04- 0041. Rockville, MD: Agency for Health Care research and Quality. 2004. <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf> (consultado 12-02-2008).
21. Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. AHRQ Publication No. 07-0025. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March, 2007. <http://www.ahrq.gov/qual/hospurveydb/index.html> (consultado 17-01-2008).
22. Terry L, Michelle H. *Measuring a just Culture in Healthcare Professional: Initial Survey Results. Paper Number 2005-XX-YYYY.*

23. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-76.
24. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, changes, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA* 2003; 290:1868-74.

XIII. ANEXOS

1. Cuestionario

Cuestionario sobre la cultura de seguridad de los pacientes en el hospital

Instrucciones

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

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

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

Sección A: Su área/unidad de trabajo

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

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

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica

- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Sala de operaciones
- e. Anestesiología
- f. Gineco Obstetricia
- g. Pediatría (Sin incluir cuidados intensivos)
- h. Servicio de emergencias
- i. Consulta Externa
- j. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
- k. Salud mental/Psiquiatría
- l. Servicio de Fisiatría
- m. Farmacia
- n. Laboratorio
- o. Imagenología
- p. Otro, por favor, especifique: _____

Sección A: Su área/unidad de trabajo, continuado

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

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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

17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección B: Su supervisor/director

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

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

Sección C: Comunicación

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

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

Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

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

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

Sección E: Grado de seguridad del paciente

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

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

Sección F: Su hospital

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital.

Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

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

Sección F: Su hospital, continuado

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

Sección G: Número de incidentes reportados

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

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

Sección H: Información general

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

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

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

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

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

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

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

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

- a. Enfermera especialista
- b. Enfermera Profesional
- c. Licenciada en Enfermería
- d. Auxiliar de Enfermería
- e. Médico Especialista
- f. Técnico Quirúrgico
- g. Médico Residente
- h. Médico General
- i. Farmacéutico
- j. Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria
- k. Licenciado en Fisioterapia
- l. Licenciado en Anestesiología
- m. Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)
- n. Administración/Dirección
- o. Otro, por favor especifique: _____

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

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

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

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

7. Genero

- a. Masculino b. Femenino

8. Edad

- a. 20 a 29 años c. 40 a 49 años
 b. 30 a 39 años d. 50 años o más

Sección I: Sus comentarios

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

Gracias por completar estos cuestionarios

2. DIMENSIONES EVALUADAS

Todo el personal (n = 685)		Cont +	Cont -	Count Ni Ac Ni desac	Total	% Cont +	% Cont -	%Cont Ni Ac. Ni Desac	%Total
(4 items)	Percepciones generales de la seguridad del paciente (Overall Perceptions of Safety)	1390	776	463	2629	53	30	18	100
A15.	La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	378	185	85	648	58	29	13	100
A18.	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	408	141	124	673	61	21	18	100
A10r.	Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí. (reverse worded)	260	237	140	637	41	37	22	100
A17r.	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. (reverse worded)	344	213	114	671	51	32	17	100
(3 items)	Frecuencia de incidentes reportados (Frequency of Events Reported)	1058	489	480	2027	52	24	24	100
D1.	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	361	161	153	675	53	24	23	100
D2.	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	333	176	168	677	49	26	25	100
D3.	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	364	152	159	675	54	23	24	100
(4 items)	Espectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes (Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety)	1442	767	506	2715	53	28	19	100
B1.	Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	376	170	133	679	55	25	20	100
B2.	Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	391	166	124	681	57	24	18	100
B3r.	Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo. (reverse worded)	221	324	132	677	33	48	19	100
B4r.	Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez. (reverse worded)	454	107	117	678	67	16	17	100
(3 items)	Aprendizaje organizativo--Mejoras continuas (Organizational Learning--Continuous Improvement)	1360	371	293	2024	67	18	14	100

A6.	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	512	85	77	674	76	13	11	100
A9.	Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	461	112	102	675	68	17	15	100
A13.	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	387	174	114	675	57	26	17	100
(4 items)	Trabajando en equipo dentro de las unidades (Teamwork Within Units)	1694	700	302	2696	63	26	11	100
A1.	La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	472	120	75	667	71	18	11	100
A3.	Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	490	121	67	678	72	18	10	100
A4.	En esta unidad, el personal se trata con respeto.	479	118	84	681	70	17	12	100
A11.	Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	253	341	76	670	38	51	11	100
(3 items)	Grado al que la comunicación es abierta (Communication Openness)	517	931	579	2027	26	46	29	100
C2.	El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	227	243	203	673	34	36	30	100
C4.	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	75	455	145	675	11	67	21	100
C6r.	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (reverse worded)	215	233	231	679	32	34	34	100
(3 items)	Comunicación e información sobre errores (Feedback & Communication About Error)	942	570	515	2027	46	28	25	100
C1.	La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	213	280	181	674	32	42	27	100
C3.	Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	335	171	167	673	50	25	25	100
C5.	En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	394	119	167	680	58	18	25	100
(3 items)	Respuesta no punitiva a errores (Nonpunitive Response to Error)	515	1101	366	1982	26	56	18	100
A8r.	El personal siente que sus errores son considerados en su contra. (reverse worded)	202	301	150	653	31	46	23	100
A12r.	Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema. (reverse worded)	156	426	90	672	23	63	13	100
A16r.	El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes. (reverse worded)	157	374	126	657	24	57	19	100
(4 items)	Personal (Staffing)	745	1429	456	2630	28	54	17	100

A2.	Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	189	419	68	676	28	62	10	100
A5r.	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (reverse worded)	121	433	109	663	18	65	16	100
A7r.	Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente. (reverse worded)	290	158	180	628	46	25	29	100
A14r.	Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente. (reverse worded)	145	419	99	663	22	63	15	100
(3 items)	Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente (Hospital Management Support for Patient Safety)	1170	479	386	2035	57	24	19	100
F1.	La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	413	131	137	681	61	19	20	100
F8.	Las acciones de la Dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	475	83	119	677	70	12	18	100
F9r.	La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso. (reverse worded)	282	265	130	677	42	39	19	100
(4 items)	Trabajando en equipo a través de las unidades (Teamwork Across Hospital Units)	1463	637	598	2698	54	24	22	100
F4.	Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	375	154	142	671	56	23	21	100
F10.	Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	430	112	137	679	63	16	20	100
F2r.	Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas. (reverse worded)	267	250	161	678	39	37	24	100
F6r.	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital. (reverse worded)	391	121	158	670	58	18	24	100
(4 items)	Transferencias y transiciones (Hospital Handoffs & Transitions)	1395	750	534	2679	52	28	20	100
F3r.	La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra. (reverse worded)	321	243	108	672	48	36	16	100
F5r.	Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno. (reverse worded)	388	172	106	666	58	26	16	100
F7r.	A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital. (reverse worded)	282	205	180	667	42	31	27	100
F11r.	Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital. (reverse worded)	404	130	140	674	60	19	21	100

3. TABLAS

TABLA Nº 1

Características Sociodemográficas del personal HOSPITAL MILITAR ESCUELA DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS

Características Sociodemográficas	Total(N=685)	Porcentaje (%)
ANOS EN HOSPITAL		
< 1 AÑO	147	21.55%
1-5 AÑOS	244	35.78%
6-10 AÑOS	129	18.91%
11-15 AÑOS	68	9.97%
16-20 AÑOS	19	2.79%
21 AÑOS Y MAS	75	11.00%
ANOS EN AREA		
<1 AÑO	209	30.83%
1-5 AÑOS	262	38.64%
6-10 AÑOS	106	15.63%
11-15 AÑOS	54	7.96%
16-20 AÑOS	17	2.51%
21 ANOS Y MAS	30	4.42%
HRS A LA SEMANA		
>20 HRS	11	1.62%
20-39 HRS	59	8.69%
40-59 HRS	434	63.92%
60-79 RHS	123	18.11%
80-99 HRS	35	5.15%
100 HRS Y MAS	17	2.50%
INTERACCION PACIENTES		
SI	628	93.59%
NO	43	6.41%

TABLA Nº 2**Características Sociodemográficas del personal del HOSPITAL MILITAR ESCUELA DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS**

Características Sociodemográficas	Total (N=685)	Porcentaje (%)
AREA DE TRABAJO		
DIVERSAS	45	6.60%
MEDICINA	41	6.01%
CIRUGIA	33	4.84%
SALA DE OPERACIONES	62	9.09%
ANESTESIOLOGIA	15	2.20%
GINECO OBSTETRICIA	48	7.04%
PEDIATRIA	54	7.92%
SERVICIO DE EMERGENCIAS	66	9.68%
CONSULTA EXTERNA	75	11.00%
UCI	33	4.84%
PSIQUIATRIA	5	0.73%
FARMACIA	45	6.60%
LABORATORIO	34	4.99%
IMAGENOLOGIA	39	5.72%
OTROS	87	12.75%
POSICION DE TRABAJO		
ENFERMERIA	248	36%
MEDICOS	212	31%
TECNICOS	109	16%
OTROS	114	17%
GENERO		
MASCULINO	284	41.95%
FEMENINO	393	58.05%
EDAD		
20-29 AÑOS	296	43.79%
30-39 AÑOS	196	28.99%
40-49 AÑOS	102	15.09%
50 AÑOS Y MAS	82	12.13%

Fig. No. 1

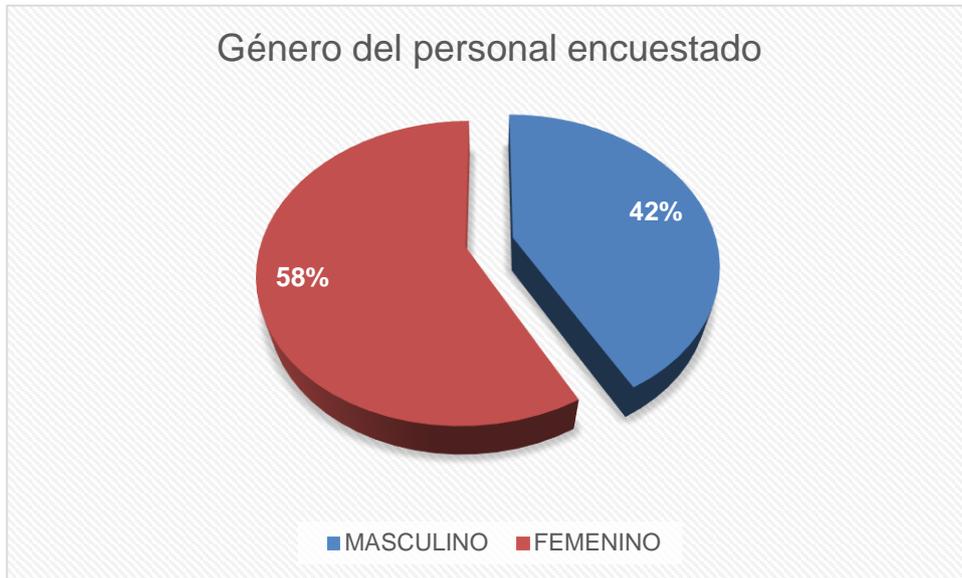


Fig. No. 2

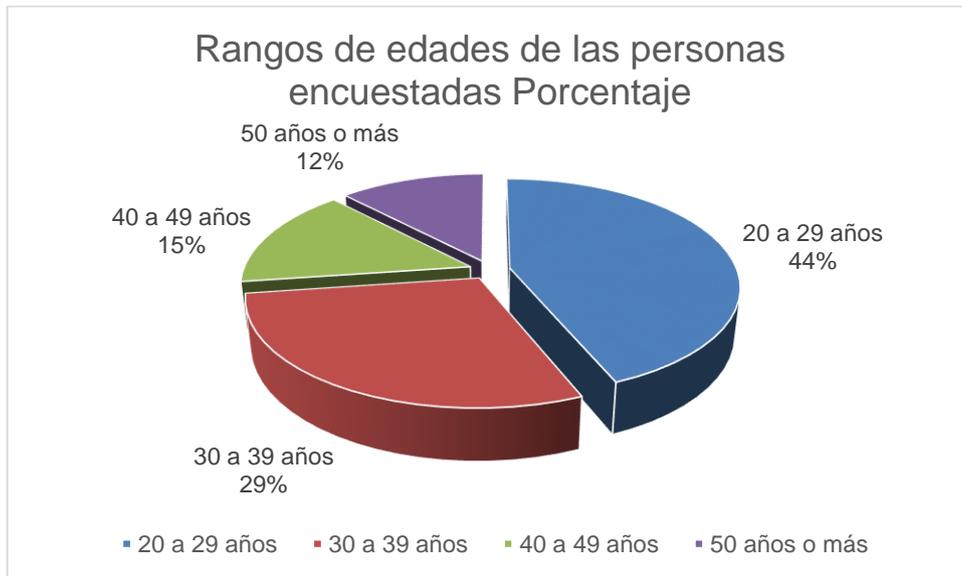


Tabla No. 3

Puesto de trabajo del personal encuestado

Categoría	Posición Laboral	No. De encuestas	Porcentaje
Médicos	Médico especialista, Médico residente y Médico general	212	31%
Enfermeras	Auxiliar de enfermería, enfermera profesional, Lic. en enfermería y enfermera especialista	248	36%
Técnicos	Técnico, Técnico quirúrgico, Lic. en Anestesiología, Farmacéutico	109	16%
Otros	Otros y asistente de unidad/ofic/secretaria	114	17%
	Total	683	100%

Fig. No. 3

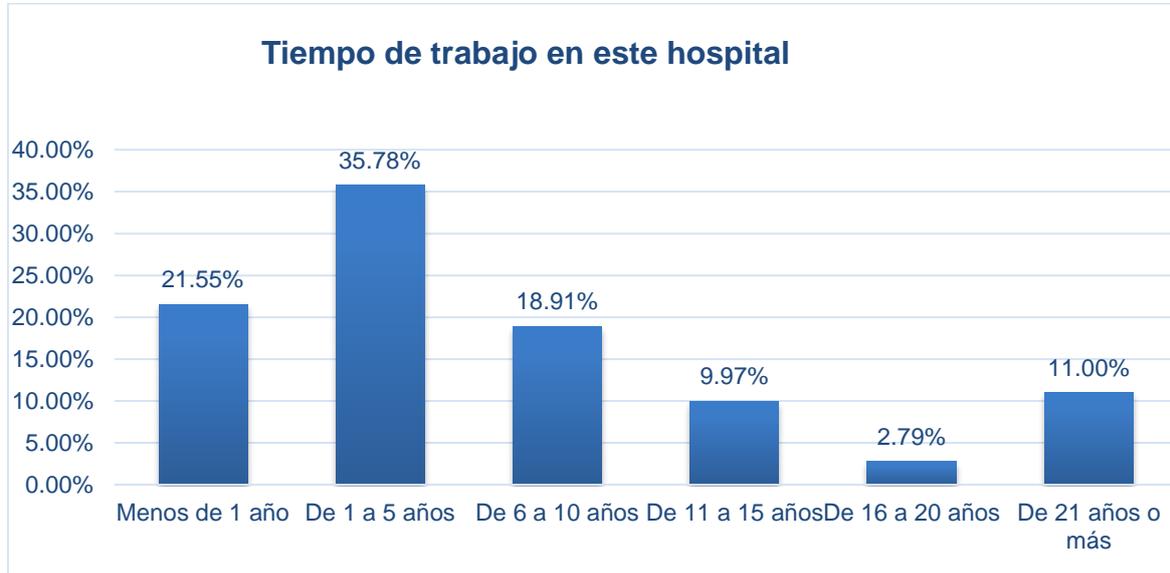


Fig. No. 4

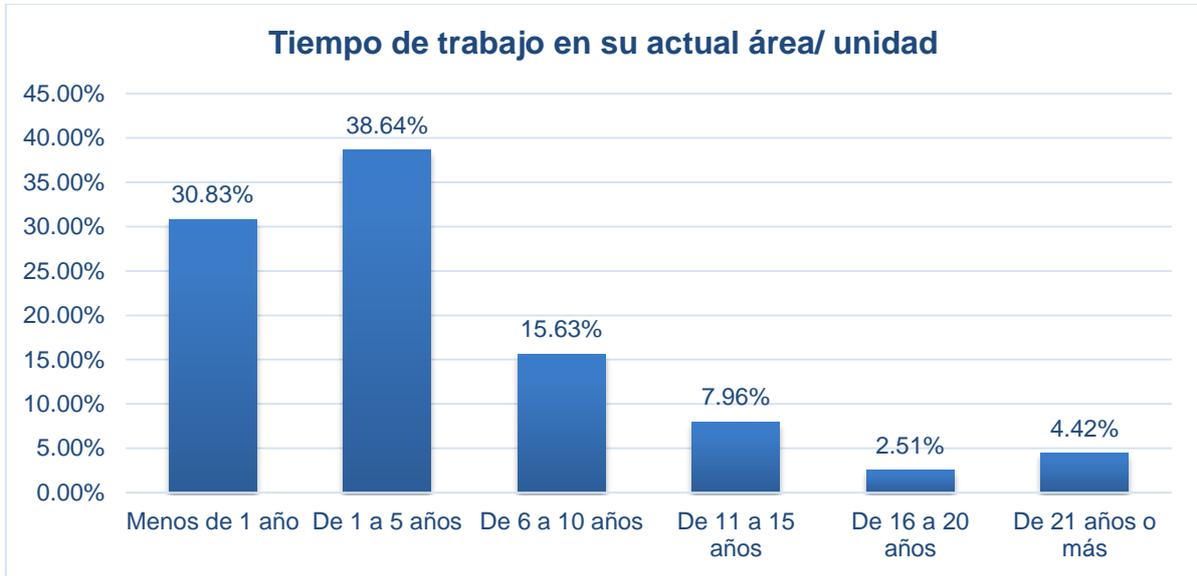


Fig. No. 5

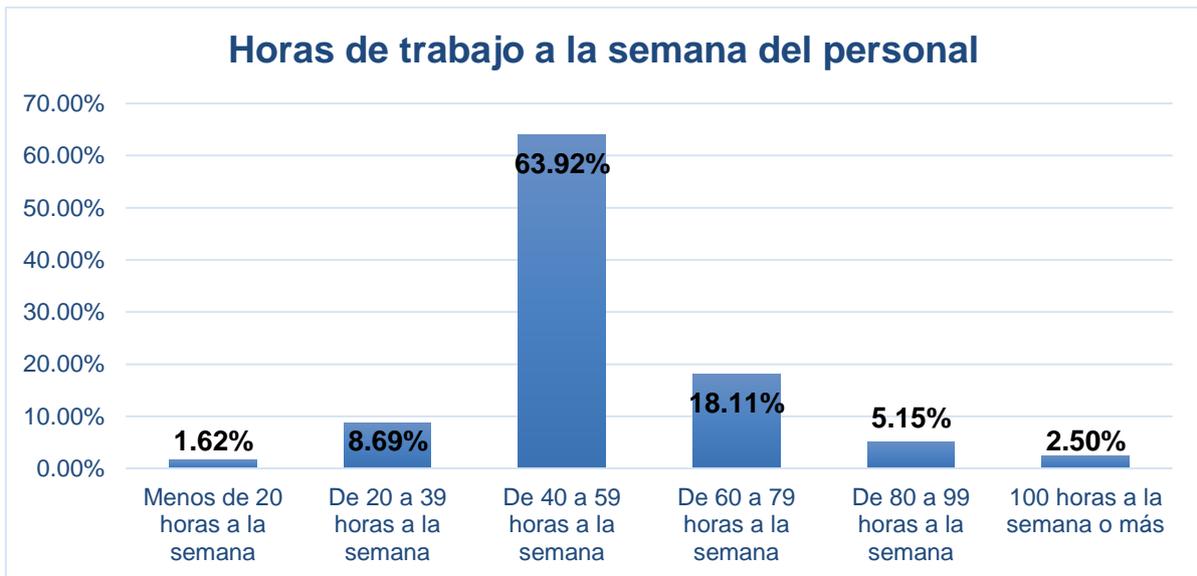
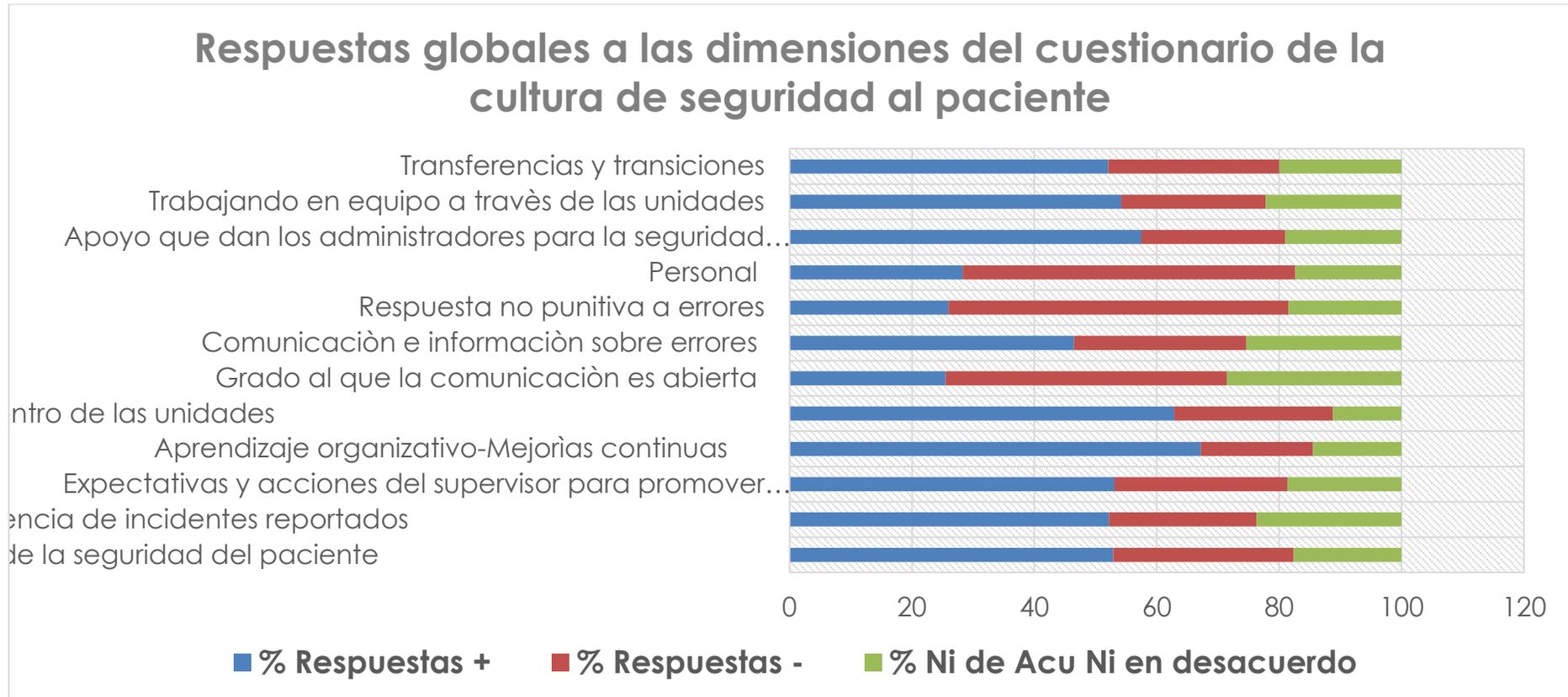


Fig. No. 6



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

1. Identificar los aspectos socio-demográficos de los trabajadores del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños".

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA DE MEDICION
GENERO	Condición biológica con que se nace	% de entrevistados según sexo	Masculino Femenino	Nominal
EDAD	Años cumplidos	% de entrevistados según edad	- 20 a 29 años - 30 a 39 años - 40 a 49 años - 50 o más años	Continua
POSICION LABORAL	Ubicación laboral dentro de la organización hospitalaria	% de entrevistados según posición laboral	Médicos Enfermeras Técnicos Personal de apoyo	Nominal
INTERACCION CON EL PACIENTE	Trato directo o en contacto con el paciente	% de entrevistados en contacto con el paciente	SI NO	Nominal
ANTIGÜEDAD EN EL HOSPITAL	Tiempo de trabajo dentro del Hospital	% de entrevistados según años de laborar en la empresa	- Menos de 1 año - 1 a 5 años - 6 a 10 años - 11 a 15 años - 16 a 20 años - 21 o más años	Continua
ANTIGÜEDAD DENTRO DEL AREA DE TRABAJO	Tiempo de trabajo dentro del área de trabajo del Hospital	% de entrevistados según años de laborar en el área encuestada	- Menos de 1 año - 1 a 5 años - 6 a 10 años - 11 a 15 años - 16 a 20 años - 21 o más años	Continua
HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA	Tiempo en horas de la jornada laboral del personal a la semana	% de entrevistados según horas que laboran a la semana	- < 20 horas - 20 a 39 horas - 40 a 59 horas - 60 a 69 horas - 80 a 99 horas - > 100 horas	Continua

2. Conocer la percepción de la cultura de seguridad del paciente por dimensiones en los trabajadores del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA DE MEDICION
PERCEPCION GENERAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Opinión sobre la seguridad del paciente con respecto al trabajo diario	% de entrevistados por opinión emitida: .La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo . Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueda ocurrir . Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí . Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	- De acuerdo - En desacuerdo - Ni acuerdo, ni en desacuerdo	Nominal
FRECUENCIA DE INCIDENTES REPORTADOS	Opinión sobre frecuencia de eventos notificados.	-Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan a menudo es reportado? -Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado? -Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	- Siempre - Casi siempre - A veces - Raramente - nunca	Nominal
EXPECTATIVAS Y ACCIONES DEL SUPERVISOR PARA PROMOVER LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	Opinión sobre la importancia que da el jefe para favorecer la seguridad.	-Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes. -Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del	- De acuerdo - En desacuerdo - Ni acuerdo, ni en desacuerdo	Nominal

		<p>personal para mejorar la seguridad de los pacientes.</p> <p>-Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo. (reverse worded)</p> <p>-Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez. (reverse worded)</p>		
APRENDIZAJE ORGANIZATIVO-MEJORAS CONTINUAS	Opinión sobre la actitud proactiva en cuanto a la seguridad del paciente	<p>% de entrevistados por opinión emitida:</p> <p>-Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.</p> <p>-Los errores han llevado a cambios positivos aquí.</p> <p>-Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo - En desacuerdo - Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LAS UNIDADES	Opinión sobre el apoyo, respeto y cooperación en el trabajo de equipo en la unidad.	<p>-La gente se apoya una a la otra en esta unidad.</p> <p>-Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.</p> <p>-En esta unidad, el personal se trata con respeto.</p> <p>Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo - En desacuerdo - Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
GRADO AL QUE LA COMUNICACIÓN ES ABIERTA	Opinión sobre la franqueza en la comunicación.	<p>-El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.</p> <p>-El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - Casi siempre - A veces - Raramente - nunca 	Nominal

		-El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (reverse worded)		
COMUNICACION E INFORMACION SOBRE ERRORES	Opinión sobre la retroalimentación y comunicación sobre errores.	-La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes. -Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad. -En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - Casi siempre - A veces - Raramente - nunca 	Nominal
RESPUESTA NO PUNITIVA A ERRORES	Opinión sobre la confianza en relación al reporte de los errores.	-El personal siente que sus errores son considerados en su contra. (Reverse worded). -Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema. (Reverse worded). -El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes. (reverse worded)	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo - En desacuerdo - Ni en desacuerdo 	Nominal
PERSONAL	Opinión sobre la racionalidad de dotación, organización del personal y ritmo de trabajo.	-Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo. -El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (reverse worded). -Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente. (reverse worded). -Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente. (reverse worded).	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo - En desacuerdo - Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
APOYO QUE DAN LOS ADMINISTRADORES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Opinión sobre la actitud de la dirección hacia la seguridad del paciente.	-La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo - En desacuerdo 	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> -Las acciones de la Dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. -La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso. (reverse worded). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	
TRABAJO EN EQUIPO A TRAVES DE LAS UNIDADES	Opinión sobre la responsabilidad compartida y coordinación entre unidades y servicios.	<ul style="list-style-type: none"> -Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas. -Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes. -Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas. (reverse worded) -Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital. (reverse worded). 	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo - En desacuerdo - Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
TRANSFERENCIAS Y TRANCIONES	Opinión sobre problemas en el cambio de turno y coordinación con otras unidades para el traslado de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> -La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra. (reverse worded) -Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno. (reverse worded) -A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital. (reverse worded) -Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital. (reverse worded) 	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo - En desacuerdo - Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal

3. Identificación de Fortalezas y oportunidades de mejora que promuevan la seguridad del paciente en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

Tabla No. 4 Ítems con respuestas consideradas como fortalezas

Dimensiones	No. Ítem	Ítems	Resp +	%
	A1.	La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	472	71
Trabajando en equipo dentro de las unidades	A3.	Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	490	72
	A4.	En esta unidad, el personal se trata con respeto.	479	70
Aprendizaje organizativo-Mejoras continuas	A6.	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	512	76
	A9.	Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	461	68
Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	F1.	La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	413	61
	F8.	Las acciones de la Dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	475	70
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	B4r.	Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez. (reverse worded)	454	67
Percepciones generales de la seguridad del paciente	A18.	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	408	61

Trabajando en equipo a través de las unidades	F10.	Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	430	63
Transferencias y transiciones	F11r.	Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital. (reverse worded)	404	60

Tabla No. 5 Ítems con respuestas consideradas como debilidades

Dimensiones	No. Ítem	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta no punitiva a errores	A12r.	Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema. (reverse worded)	426	63
	A16r.	El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes. (reverse worded)	374	57
Apertura Comunicativa	C4.	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	455	67
Personal	A2.	Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	419	62
	A5r.	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (reverse worded)	433	65
	A14r.	Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente. (reverse worded)	419	63