



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
OCOTAL, 2014-2016

INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL
TÍTULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS USUARIOS INTERNOS EN
EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DE ADULTOS DEL INSTITUTO
NACIONAL CARDIOPULMONAR, TEGUCIGALPA, HONDURAS,
MARZO DEL 2016.

Autor:
Francis Enrique Varela Silva.
Doctor en Medicina y Cirugía

Tutora:
Dra. MSc. Marcia Ibarra
Docente e Investigadora

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Mayo del 2016

Índice

No.	Contenido	Pagina
	Opinión del tutor	
	Resumen	i
	Dedicatoria	ii
	Agradecimientos	iii
I	Introducción	1
II	Antecedentes	2
III	Justificación	4
IV	Planteamiento del Problema	5
V	Objetivos	6
VI	Marco Teórico	7
VII	Diseño Metodológico	18
VIII	Resultados y Análisis de resultados	23
IX	Conclusiones	35
X	Recomendaciones	36
XI	Bibliografía	37
	Anexos	40

RESUMEN

Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en el mes de marzo del año 2016

Objetivos: El objetivo general de este estudio fue identificar la cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar en el mes de marzo del 2016, así como los aspectos sociodemográficos, la percepción, el nivel de comunicación y la actitud del supervisor hacia una cultura de seguridad de los pacientes.

Actualmente, se considera que el tener una buena cultura de seguridad del paciente en los ambientes hospitalarios tendrá un impacto importante en como los eventos adversos afectan la morbilidad y mortalidad de nuestros hospitales. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera la seguridad del paciente como “una ausencia de daño, real o potencial, relacionada con los servicios de salud” (1).

Diseño: Existen dos cuestionarios como los mejor calificados para medir la cultura de seguridad: Safety Attitudes Questionary (SAQ) y Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), éste último ampliamente utilizado en cientos de hospitales y que se ha adaptado para ser utilizado en algunos países de América y Europa (3, 16, 18), además utilizado para esta investigación.

Resultados: se obtienen los siguientes; la mayoría del personal es femenino, siendo la mayor parte personal de enfermería: joven de edad, joven de estar dentro de la institución, joven de estar dentro de su área de trabajo y dentro de su profesión y especialidad, todos reportaron tener contacto directo con los pacientes. Las fortalezas de la institución son trabajo en equipo (82.64%), aprendizaje organizativo (77.86%), Las transferencia y transiciones (76.62%), y la oportunidad de mejorar; la dotación de personal (44.2%), frecuencias de incidentes (47.97%) y respuestas no punitivas (51,68%).

Palabras Claves: Cultura de seguridad, Usuarios Internos, Instituto Nacional Cardiopulmonar.

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme finalizar esta nueva etapa de mi vida, por protegerme a cada paso que realizo, por todas las bendiciones que recibo a diario y por ser lo que soy.

A mi Padre, QEPD, por brindarme desde los primeros años de mi vida el conocimiento de la vida, de cómo cuidarla y valorarla, por ser mi único amigo y por haber estado siempre disponible para mí.

A mi Madre y mi hermana quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional y ser parte fundamental en mi vida y formación.

A mi Esposa Iris, quien ha sido ese motor que ha impulsado mi vida, quien me brinda su apoyo y confianza.

A mis hijos; Lázaro y Ángel, quienes son el motivo que impulsa mis deseos de superación.

Francis Enrique Varela Silva

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Nora Maradiaga, Directora del Instituto Nacional cardiopulmonar, quien facilitó y dió su visto bueno para realizar mis estudios de maestría.

A todos los docentes del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) por generar los conocimientos para completar mi formación durante todo el proceso de aprendizaje.

A mi Tutora, la Doctora Marcia Ibarra, por crear los espacios de tiempo para apoyarme con el desarrollo de este trabajo de investigación.

A mis compañeros de la Maestría en Salud Publica, Ocotlal, Nueva Segovia, 2014-2016 por el apoyo y camaradería.

Francis Enrique Varela Silva

I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del usuario en los establecimientos de salud a nivel mundial, es un tema de actualidad y que todos los trabajadores de la salud deben conocer y mantener vigentes. Esta temática ha sido documentada desde el año 2,000 con la publicación del libro “Errar es Humano” de la Academia Nacional Americana de Ciencias del instituto de Medicina (1), el que generó un impacto considerable al describir que cada año en los hospitales norteamericanos entre 44,000 y 98,000 muertes son producto de errores cometidos durante los procesos de atención a los pacientes.

La cultura de seguridad es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de atención al usuario y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. Es así como se evidencia la necesidad de presentar el resultado de un proceso juicioso que ofrezca una descripción de la realidad encontrada, cuyos hallazgos determinen las necesidades y vacíos en un tema que sin duda, está relacionado con el ejercicio profesional ético y competente.

Al resaltar la importancia de promover una cultura de seguridad a los usuarios en la práctica profesional, con el objeto de brindar el mayor grado de satisfacción y bienestar, se hace indispensable poseer bases teóricas sólidas que apoyen los procesos destinados al logro de las propuestas del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y soportar la capacitación de quienes participan directa o indirectamente de la seguridad del usuario en su quehacer diario.

El presente Trabajo de tesis se realizó con el objeto de identificar cuál es la cultura de seguridad de los usuarios internos, de los servicios de neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar en el mes de marzo del 2016.

II. ANTECEDENTES

La cultura de seguridad de los usuarios tiene sus orígenes en la industria altamente compleja como la aviación, la naviera y la nuclear, las cuales se basaron lamentablemente en las fatalidades y daños causados a los usuarios producto del uso de sus instalaciones y servicios. En ese sentido se puede considerar al sistema de salud como una industria altamente compleja y peligrosa al estar involucrada con un alto riesgo de morbilidad y mortalidad producto de la interacción entre los servidores, infraestructura y usuarios. Seguido a la publicación del libro “Errar es Humano” en 1, 999 la Academia Nacional Americana de Ciencias del Instituto de medicina realizó una serie de recomendaciones a las organizaciones de salud a fin de trabajar para alcanzar una cultura de seguridad para los usuarios del sistema (1).

Los primeros informes son el resultado de dos largos estudios realizados, uno en Colorado y el otro en New York, donde encontraron que los efectos adversos ocurrían entre 2.9 y 3.7 % de las hospitalizaciones como resultado de errores médicos respectivamente, los cuales, deberían ser prevenibles. Cuando se extrapola las 33.6 millones de admisiones en 1997, los resultados del estudio de Colorado reportó que 44,000 americanos morían al año producto de errores médicos, contrastado con el estudio de New York donde este valor se estimó en 98,000 muertes por año, determinando así; que mueren más personas producto de errores humanos en la atención en salud, que de accidentes vehiculares (43,458), el cáncer (42,297) y VIH-SIDA (16,516) (2).

No existe hasta el momento un instrumento único para tal valoración. En España se realizó un estudio en 30 hospitales del sistema de salud, en el que se utilizó el instrumento de medición, la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano, se obtuvo un total de 1,388 respuestas positivas de 42 preguntas divididas en 12 dimensiones con un promedio de 6.1 (escala de valor es de 0 a 10) donde las dimensiones mejor valoradas fueron; trabajo en equipo, expectativas de los responsables de la unidad, con un 68% y 56% respectivamente y las peor valoradas fueron dotación de recursos

humanos y apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital con un 57% y 47%. (3)(16)(18).

En Centroamérica y más precisamente en Nicaragua, el estudio realizado por el Licenciado Terencio Ruiz Laguna sobre la cultura de seguridad que tienen los pacientes de la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el mes de diciembre del año 2014, reveló que el 69.62% no reportan los incidentes ocurridos, las percepciones generales de seguridad del paciente el 47% respondió de manera positiva, el 32% de forma negativa y en el 21% la respuesta fue de indiferencia. La satisfacción con respecto al trabajo en equipo con un 55% de satisfacción, las transferencias y transiciones en un 42%, las acciones del supervisor para promover la seguridad en un 54%, el grado de comunicación abierta es del 25%, respuestas no punitivas a errores es de 26% y el apoyo de la dirección y administración a la seguridad del paciente con un 53%.(10)

En Honduras hasta el momento de recopilación de la información no se ha encontrado estudios locales que reporten la utilización de este instrumento y según los datos investigados en el Instituto Nacional Cardiopulmonar no se cuenta con estudios de esta índole.

III. JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad de los usuarios es actualmente uno de los requisitos para la acreditación internacional de las instituciones que brindan servicios de atención en salud, lo cual hace importante conocer la cultura actual de los servidores de salud en los establecimientos, además de que muchas vidas se ven perjudicadas cada día como resultado de defectos en las estructuras y procesos de tratamiento y atención.

El Instituto Nacional Cardiopulmonar es el centro de referencia a nivel nacional de todas las patologías con origen cardíaco y pulmonar, actualmente con sobrecarga de su capacidad instalada, en donde el desabastecimiento de recursos tanto humanos como de suministros, y en los que los niveles de exigencia producto de su complejidad resolutive, exponen a los servidores del sistema a la comisión de errores. Por tanto la incorporación e implementación de una buena cultura de seguridad para los usuarios, permite que la interacción entre las variables se dé de forma segura y que el número de errores sea el mínimo a observar.

La cultura de seguridad debe estar establecida en todos los niveles dentro del Instituto, la cual permite la interacción eficaz y oportuna entre los servicios de neumología y el nivel jerárquico correspondiente, además resulta interesante conocer la subcultura de seguridad que se practica en estas unidades, la cual, una vez determinada podrá servir de base para realizar las medidas correctivas si así fueran necesarias.

Por tanto fue útil medir las subculturas de este servicio en sus cuatro unidades (A, B, C y D) para lograr determinar el porcentaje de cumplimiento según el instrumento de medición, para posteriormente poder compararlo con la información encontrada en la literatura mundial.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, se considera que el tener una buena cultura de seguridad del paciente en los ambientes hospitalarios tendrá un impacto importante en como los eventos adversos afectan la morbilidad y mortalidad de nuestros hospitales. En los servicios de neumología del Instituto, la interacción con el paciente es indispensable y constante, y los errores que puedan ocurrir a cualquier nivel repercutirán directamente en la salud del paciente a través de un diagnóstico y manejo. Por lo cual; se hace necesario conocer la cultura de seguridad de este servicio, planteando para ello, la siguiente interrogante:

¿Cuál es la cultura de seguridad que tienen los usuarios internos, del servicio de neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras, en el mes de marzo del 2016?

Las interrogantes derivadas son:

1.- ¿Cuáles son las características socio-demográficas de los usuarios internos participantes en el estudio?

2.- ¿Cuáles son las percepciones en relación a la organización y funcionamiento de los servicios participantes en el estudio?

3.- ¿Qué nivel de comunicación existe ante los eventos adversos?

4.- ¿Cuál es la percepción del personal ante las acciones de la supervisión de la seguridad del paciente?

V. OBJETIVOS:

Objetivo General

Identificar la cultura de seguridad de los usuarios internos de los servicios de neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras, en el mes de marzo del 2016.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar socio-demográficamente a los usuarios internos del servicio de neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar en el mes de marzo del 2016.
2. Conocer la percepción de los usuarios Internos sobre la organización y funcionamiento de los servicios de neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar en el mes de marzo del 2016
3. Precisar el nivel de comunicación ante los eventos adversos de los usuarios internos de los servicios de neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar en el mes de marzo del 2016
4. Valorar la actitud de la supervisión en relación a la seguridad del paciente en los servicios de neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar en el mes de marzo del 2016.

VI. MARCO TEÓRICO.

La cultura de seguridad fue desarrollada inicialmente por la industria aérea y naviera, con el fin de establecer los lineamientos básicos a tomar en consideración al momento de llevar a cabo actividades que potencialmente pueden causar daño a la salud de las personas, esto fue realizado a través de entrevistas a sobrevivientes de accidentes y experiencias basadas en observaciones, mediante los cuales se determinaron los puntos débiles y fuertes, y así poder desarrollar un plan de acción que una vez implementado aumente la cultura de seguridad.

La cultura de seguridad es definida como la combinación de los valores, actitudes, competencias y modos de comportamiento, tanto individuales como de grupo, que determinan el compromiso, modelo y competencia de la gestión de la seguridad en la organización. La cultura de seguridad se asienta en cinco elementos claves, Cultura de equidad, cultura de notificación, cultura de información, cultura de aprendizaje y cultura flexible. La combinación de estos cinco elementos determina la conciencia de seguridad (4).

La seguridad del paciente es un principio fundamental en la atención sanitaria, ya que existe un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención en salud. Los eventos adversos pueden estar relacionados a problemas en la práctica clínica, de los productos, procedimiento o sistemas, por consiguiente la mejora de la seguridad de los pacientes requiere de parte de todo el sistema de atención, un esfuerzo complejo que abarca un amplia gama de acciones que van dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, el control y seguridad de los equipos, de práctica clínica y del entorno en que se presta la atención sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la seguridad del paciente “como una ausencia de daño, real o potencial, relacionada con los servicios de salud”. La medición de la cultura de seguridad tiene como objetivo cuantificar las debilidades y fortalezas en cada una de las subculturas que son el producto del tipo de servicio y profesiones que se ofrecen las cuales conforman la cultura general de seguridad del paciente, esta medición, pretende favorecer las intervenciones de mejora, tanto en la percepción y actitudes, como en los incidentes de seguridad. (5)

Si las instituciones sanitarias tienen una cultura de seguridad positiva esta se caracterizará por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y la confianza en la eficacia de las acciones preventivas. En contraste con la cultura patológica donde la falla es castigada o encubierta y las personas se niegan a reconocer que un problema existe. Además se cree que la habilidad de las instituciones para evitar el daño, se realiza solo cuando se es capaz de crear una cultura de seguridad entre su personal. (4)

Con el propósito de transformar el tipo de subcultura que se practica en determinados servicios si así fuera necesario, lo más importante es entenderla, para posteriormente intervenirla con la intención de realizar las transformaciones necesarias acorde a los objetivos planteados. En los establecimientos de salud, las prácticas no sanas son experimentadas por los usuarios externos (pacientes), más que por los empleados.

La seguridad de los pacientes es un aspecto crítico de la salud pública porque se relaciona con la respuesta organizada que la sociedad da a la población a través de la atención sanitaria. Los determinantes y condicionantes de la seguridad de los pacientes están vinculados con los procesos inherentes a la asistencia, como la organización de los servicios y su capacidad para proveer una óptima calidad de atención, cuidar y proteger a los usuarios, anticipar los daños y promover ambientes saludables, incluyentes y libres de amenazas a la integridad de las personas.

Las fallas, las deficiencias y los errores en la atención de la salud pueden tener consecuencias a menudo devastadoras para los usuarios y sus familias debido a las lesiones, daños, enfermedades y muerte por esas causas. Es por esto que el tema se ha constituido en una prioridad en la mayoría de los países de nuestra región y en todos los niveles de atención, especialmente en el ámbito hospitalario.

Si partimos de la premisa “Lo primero es no dañar” el cual es el lema de la alianza para la seguridad de los pacientes de la Organización Mundial de la Salud, lanzado en octubre del 2004 y basados en el reporte del Instituto de Medicina, que refiere para ese momento 1 evento adverso por cada 27 a 34 ingresos y una muerte hospitalaria por cada 343 a 764 ingresos, eran producto de errores asistenciales, relacionados con las muerte por accidentes aéreos domésticos con una proporción de uno por cada 8 millones de vuelos (1).

En los años 2007 y 2008 se realizó el estudio iberoamericano de eventos adversos (IBEAS), en el que participaron cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. La prevalencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados se situó en un promedio de 10.5%; de ellos, 19.8% son graves, más de 60% conllevan a una prolongación de la estancia, y casi el 60% de los mismo es evitable, destacándose las infecciones, los procedimientos y los cuidados relacionados con la atención como los eventos más frecuentes. (11)

Algunos estudios realizados en diversos países determinan diversos grados de interacción al momento de la atención en salud y como esta es percibida por los usuarios, con dato importante, en el 2008 en la revista española de enfermería nefrológica se reportó que al 71% de los pacientes les preocupa mucho, sufrir errores en la atención, al 15.7 poco y al 13.1 nada. En otros centros asistenciales, los resultados más bajos fueron encontrados en las dimensiones; El hospital ofrece apoyo a la gestión de la seguridad del paciente, No respuesta punitiva a un error y el suficiente personal para dar atención a la carga de trabajo. (12)

Además existen estudios que han tipificado el grado de lesiones producto de los efectos adversos como consecuencia de la atención en salud y

recomiendan una serie de prácticas simples para la corrección de los mismos. Estas prácticas además de ser seguras deben ir dirigidas hacia los efectos indeseables, ser de baja complejidad de implantación y de alto impacto potencial general en la seguridad del paciente. Las recomendaciones generales en diversos países están orientadas a; Mejorar la higiene de las manos, evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se preste a la confusión, la realización de los procedimientos en el lugar correcto, adecuada identificación de los pacientes, medidas para identificar medicamentos de alto riesgo así como las políticas y procesos para el uso de estos, la correcta comunicación durante el traspaso de la información sobre la salud del paciente, y medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales. (13)

En México, en la ciudad de Tampico, Tamaulipas en el Hospital General Dr. Carlos Canseco, en el año 2013 se realizó un estudio que permitió identificar la percepción global del personal de enfermería con respecto a la seguridad del paciente, en las que se determinó que las dimensiones percibidas como fortalezas son el trabajo en equipo en la unidad y el aprendizaje organizacional, y las dimensiones que representan una oportunidad de mejora fueron dotación de personal, respuesta no punitiva a los errores, apoyo de la gerencia del hospital, percepción de seguridad, problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios y la franqueza en la comunicación, (9)

En Colombia estudios realizados en Bogotá (2009), en establecimientos del III nivel, reveló aspectos favorables y problemáticos que forman parte fundamental de la cultura de seguridad, además de permitir dar los primeros pasos para crear las bases de unificación de parámetros de actuación ante situaciones específicas de la práctica asistencial y con respecto a la seguridad del paciente, han permitido el fortalecimiento de los equipos, de modo individual e inter-disciplinar, bajo el concepto de brindar servicios de calidad y seguridad en la atención. (14)

En Suecia en el año 2014, este tipo de estudio reveló que el personal de enfermería difiere considerablemente con respecto a las subculturas de seguridad de pacientes entre unidades, determinadas por sus valores y normas con respecto a las prácticas que influyen en la seguridad del paciente. (15)

Los componentes de una cultura segura son (6,7):

- 1.- Compromiso de seguridad articulado a los niveles más altos de la organización y traslado en forma de valores, creencias y normas de comportamiento a todos los niveles.
- 2.- La necesidad de recursos, incentivos y recompensas provistas por la organización y que permiten que el compromiso ocurra.
- 3.- La seguridad es valorada como una actividad primaria, aun a expensas de la producción o eficiencia del personal; el personal es recompensado por no equivocarse en el lado de la seguridad, aun si la producción es incompleta.
- 4.- La comunicación existente entre los trabajadores y los diferentes niveles de la organización es sincera y frecuente.
- 5.- Los actos inseguros son raros, a pesar de los altos niveles de producción.
- 6.- Hay apertura sobre los errores y problemas, ellos son reportados cuando ocurren.
- 7.- El aprendizaje organizacional es valorado, la respuesta a los problemas se enfoca en mejorar la ejecución de los sistemas, más que en culpar la acción de los individuos.

Algunos puntos de la administración para medir la promoción de una cultura no punitiva son (6,7):

- 1.- La organización tiene una política no punitiva cuando direcciona los eventos adversos ocurridos a los pacientes, hacia el personal médico y los empleados de la organización.
- 2.- La actividad del consejo legal está alineada con la agenda de seguridad del paciente, mientras protege a la organización.

3.- Existe promoción del liderazgo y el reconocimiento de compensación, y el reporte de los eventos adversos y los casi errores.

Algunos puntos de evaluación del personal basados en la cultura de seguridad son (3):

1.- Cuando un error es descubierto, tratamos de investigar el problema en el proceso del trabajo que permitió el error.

2.- Supervisores y empleados analizan como manejar los incidentes que involucren la ocurrencia de errores.

3.- Los empleados sienten que el reportar errores no es en contra de ellos.

Existen diversos estudios que informan del estado de seguridad de los pacientes, en distintos aspectos de la atención sanitaria, entre ellos tenemos: El estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a las hospitalizaciones (ENEAS), El estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria en Salud (APEAS), y eventos adversos en residencias y centros asistenciales socio-sanitarios (EARCAS). Todos estos estudios en sus recomendaciones incluyen la necesidad de un cambio de cultura entre los profesionales sanitarios que facilite la promoción de una cultura pro-activa para la seguridad del paciente. (7)

Existen dos cuestionarios como los mejor calificados para medir la cultura de seguridad de un establecimiento: Safety Attitudes Questionary (SAQ) y el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), este último ampliamente conocido en cientos de hospitales y ha sido adaptado para ser utilizado en algunos países de América y Europa (7).

Las Características de la encuesta utilizada en HSOPSC son las siguientes:

a). Puede ser completada por personas individuales, tiene 42 items, Utiliza la escala Likert que comprende cinco puntos de evaluación, pero no mide la implementación de acciones.

b). Las dimensiones a evaluar son: liderazgo, políticas y procedimientos (parcialmente), personal, comunicación y reportes.

c). En la ejecución Psicométrica evalúa: análisis, factor exploratorio, factor confirmatorio, Cronbach alfa de 0.63 a 0.83, correlaciones posible, scores entre las dimensiones, pero no puede hacer re-test.

La encuesta tiene los siguientes usos:

- a). Comparación intra-institucional
- b). Comparación Inter-institucional
- c). Asociación con tasas de respuesta
- d). No permite hacer comparaciones con instituciones e otras industrias
- e). No permite asociaciones con procesos de medidas o resultados de pacientes, o estudio de pre o post intervención (4).

Estos instrumentos (Likert y Cronbach Alfa) frecuentemente evalúan las actitudes, comportamientos y normas de los miembros de una institución. Los resultados de estas encuestas son típicamente dados por los jefes, pero una de las quejas más comunes de los empleados que participan en las evaluaciones es la carencia de retroalimentación acerca de los resultados y de las subsecuentes acciones implementadas para mejorar. Para que los resultados tengan un mayor impacto, deben ser consensuados en las sesiones de planes de acción, de las cuales se ha visto que son más efectivas cuando son dirigidas por el mismo personal dela institución (7).

Propósitos de las evaluaciones de la cultura de seguridad: (7)

- 1.- Diagnóstico de cultura de seguridad y elevar advertencias
- 2.- Evaluación de las intervenciones de seguridad del paciente y su respectivo seguimiento
- 3.- Benchmarking interno y externo
- 4.- Cumplir con requerimientos

La utilidad de evaluación dependerá de:

- 1.- Involucrar a los gerentes
- 2.- Seleccionar una herramienta disponible para la medición
- 3.- Utilización de procedimientos seguros de recolección de datos
- 4.- La implementación de los planes de acción para generar los cambios

La evaluación de la cultura de seguridad debe ser vista como línea base o punto de partida para realizar los cambios en la seguridad al paciente.

Terminología Elemental

La finalidad fundamental de conocer una cultura de seguridad de los pacientes en los establecimientos de salud es el poner en manifiesto los riesgos potenciales a los que puede estar expuesto, los eventos adversos que se pueden generar producto de la actividad asistencial y del cómo prevenirlos, para que finalmente se mitiguen sus efectos en el caso de llegarse a producir. Es necesario entonces, mayor capacidad para aprender de los errores, la cual se fomenta notificando y realizando la investigación competente de los incidentes, para posteriormente realizar un intercambio responsable de los datos obtenidos, para lo cual hace indispensable conocer una terminología común.(8)

Escala de Likert: La mayoría de los investigadores la utilizan cuando se evalúan actitudes y opiniones, difundida ampliamente por la rapidez y sencillez en su aplicación desde su desarrollo en 1932. Esta escala es de nivel ordinal y se caracteriza por ubicar una serie de frases seleccionadas en una escala con grados de acuerdo/desacuerdo. Estas frases a las que es sometido el entrevistado están organizadas en baterías y tienen un mismo esquema de reacción, permitiendo que el entrevistado aprenda rápidamente el sistema de respuestas.

Cronbach Alfa: En Psicometría es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, es utilizada primordialmente para medir cualidades no directamente observables, en una población de sujetos.

Accidente: Evento que sucede de forma imprevista y que produce algún tipo de consecuencia impidiendo los resultados deseados.

Daño relacionado con la atención sanitaria: Daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de la asistencia sanitaria o que se asocia a ello, y no el que se debe a una condición de enfermedad o lesión subyacente.

Casi-incidente, Casi-error, Nearmiss: Incidente que no ha llegado al paciente. Situación que pudo haber terminado en un accidente, pero una intervención a tiempo (Planificada o no), o la casualidad evito que se alcanzara.

Complicación: alteración del proceso natural de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la intervención médica propiamente dicha.

Error: es no llevar a cabo una acción como se debería realizar, una acción que no se realiza como se planifico (error activo), o una planificación equivocada para la consecución de un objetivo (Condición latente).

Evento adverso: acontecimiento que produce una lesión o daño al paciente como resultado de una intervención sanitaria. Incidente con daño.

Evento Centinela: es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de que se produzcan. Una lesión grave comprende específicamente la perdida de una extremidad o una función. El riesgo de que se produzcan comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría a una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan centinelas porque avisan de la necesidad de una investigación y de respuestas inmediatas.

Factor Atenuante: acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente.

Factor Contribuyente: Circunstancia o acción que influye sobre el origen o evolución de un incidente, o que provoca el riesgo de que se produzca este.

Incidente: circunstancia o cualquier desvío de la asistencia que podría haber ocasionado u ocasiono un daño innecesario a un paciente. Este puede alcanzar o no al paciente y si lo alcanza puede o no causarle daño.

Prevenible: algo evitable en las circunstancias particulares del caso.

Riesgo: probabilidad de que se produzca un incidente.

Los eventos adversos que se detectan promedian un 2.75% con respecto a diagnóstico o pruebas diagnósticas, lo relevante es decir que estos pueden ser evitables en un 84%. Según los datos encontrados en diversos estudios los principales problemas detectados están relacionados con: diagnóstico incorrecto, retraso en el diagnóstico a falta de pruebas complementarias, historia clínica deficiente, error en la identificación del paciente, error de etiquetas en las muestras para complementarios, transmisión incorrecta de los resultados, contaminación y reactivos caducos (8). El 40% de los efectos adversos reportados en los hospitales, son los relacionados con los procesos quirúrgicos, para lo cual la OMS ha implementado una lista de chequeo o pausa quirúrgica, garantizando una cirugía segura.

La problemática del error se aborda desde dos perspectivas:

1.- Modelo centrado en la persona: el incidente se atribuye directamente al error humano, se asume que los profesionales se equivocan porque prestan escasa atención, tienen olvidos, descuidos o tienen poca motivación, provocando que se conviertan en malos profesionales y por tanto los errores que cometen son la causa principal de la aparición de los eventos adversos. En este caso la estrategia a seguir para minimizar la ocurrencia de eventos adversos sería identificar al culpable y aplicar las medidas correctivas o disciplinarias, por desgracia este es el modelo más frecuente en nuestro sistema (8).

2.- Modelo centrado en el sistema: en lugar de buscar directamente un culpable, se atribuye la probabilidad de eventos adversos a problemas en el sistema. Es decir, deficiencias en el diseño, en la organización y funcionamiento del sistema. Esto se explica muy bien con el modelo del queso suizo donde los eventos se dan por superposición de fallas, que al final repercuten en el acto inseguro del empleado (8).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO:

a). Tipo de Estudio.

Descriptivo, de corte transversal.

b). Área de Estudio.

El servicio de neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar está ubicado en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C en Honduras, Centroamérica.

c). Universo.

El universo del estudio fue constituido por todos(as) los(as) los usuarios internos (trabajadores) de los servicios de neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar, en el mes de marzo del 2016.

d). Muestra.

La constituyeron todos los usuarios internos del servicio de neumología de adultos del instituto Nacional Cardiopulmonar, que aceptaron participar en el estudio tomando en cuenta solamente al personal médico, de enfermería y técnico.

e). Unidad de Análisis

Fueron los usuarios internos de los servicios de neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar participantes en el estudio.

f) Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

Todos los usuarios internos de los servicios de neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar, que dieron su aprobación para participar y colaborar voluntariamente en la recopilación de la información a través del llenado del instrumento, en el período que comprendió el estudio.

- Criterios de Exclusión

- Los usuarios internos que no desearon participar en el estudio.
- Que no asistieron al servicio de neumología en el periodo de recolección de la información.

g). Variables de Estudio.

Para el Objetivo 1:

Los aspectos socio-demográficos evaluados de los usuarios internos fueron:

- 1.- Distribución por áreas
- 2.- Género
- 3.- Edad
- 4.- Posición laboral
- 5.- Interacción con el paciente
- 6.- Antigüedad en el hospital
- 7.- Antigüedad dentro del área de trabajo
- 8.- Horas de trabajo a la semana.

Para el objetivo 2:

La percepción de los trabajadores sobre la cultura de la organización y funcionamiento de los servicios se evaluaron a través de los siguientes aspectos:

- 1.- Percepción
- 2.- Aprendizaje organizativo
- 3.- Dotación de personal
- 4.- El trabajo en equipo dentro del área
- 5.- Trabajo en relación con las otras áreas
- 6.- Las transferencias y transiciones.

Para el objetivo 3:

El nivel de comunicación ante los eventos adversos de los trabajadores se evaluó a través de los siguientes aspectos:

- 1.- Frecuencia de incidentes
- 2.- Franqueza en la comunicación
- 3.- Comunicación e Información
- 4.- Respuestas no punitivas
- 5.- Apoyo de la gerencia.

Para el objetivo 4:

La actitud ante la supervisión de la seguridad del paciente percibida por el trabajador de las áreas:

- 1.- Valoración de la promoción de seguridad al paciente del supervisor
- 2.- Inclusión de sugerencias de los subalternos
- 3.- Presión que ejerce el supervisor cuando hay carga de trabajo
- 4.- Interés del supervisor sobre la seguridad del paciente

h) Fuente de Información.

La fuente de información fue primaria, ya que se recolectó a través de la información de los participantes escrita en el cuestionario elaborado para el estudio.

i) Técnica de Recolección de Información

La técnica que se utilizó fue la aplicación de un cuestionario ya elaborado para el estudio en el mes de marzo del 2016, esta actividad la realizó el investigador.

j). Instrumento de recolección de Información

El instrumento de estudio seleccionado fue un cuestionario auto-administrado, adaptado al español y original de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) (ANEXO), que se distribuyó en los cuatro servicios de neumología de adultos (A, B, C, D) del Instituto Nacional Cardiopulmonar, por diez días consecutivos, a todo el personal médico, de enfermería y técnico; el llenado contó con la supervisión del investigador y jefes del servicio del Instituto. De forma paralela cada jefe de servicio suministró un listado de todo el personal a su cargo que ayudo a controlar las asistencias e inasistencias del llenado del cuestionario.

El Cuestionario consta de los siguientes datos:

I.- Características socio-demográficas.

II.- La percepción de los trabajadores sobre la cultura de la organización y funcionamiento de los servicios.

III.- El nivel de comunicación ante los eventos adversos.

IV.- La actitud ante la supervisión de la seguridad del paciente percibida por el trabajador de las áreas a evaluar.

k). Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico Epi-Info versión 7.0, para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentaje y Microsoft Office Excel 2013 para las gráficas expresadas en cifras absolutas y Microsoft Word 2013 para la elaboración del informe y Microsoft Power Point 2013 para la presentación de la información.

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

≥ 60% de respuestas positivas (“de acuerdo/ muy de acuerdo” o casi siempre/ siempre”) a preguntas formuladas en positivo.

≥ 60% de respuesta negativas (“en desacuerdo/ muy en desacuerdo” o “nunca/ raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

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

≥ 50% de respuestas negativas (“en desacuerdo/ muy en desacuerdo” o “raramente/ nunca”) a preguntas formuladas en positivo.

≥ 50% de respuestas positivas (“de acuerdo/ en desacuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

Para que fuera más sencilla la interpretación, en las preguntas reversas se trasladaran los datos negativos a los positivos, con el fin de evitar equivocaciones.

Los resultados y las tablas de salida para las diferentes variables, así como el cruce necesario de las mismas, se analizó por el investigador para proceder a la elaboración del informe final.

l). Consideraciones Éticas

La información fue manejada confidencialmente y solo para efecto del estudio, y el participante tuvo acceso a la información en cualquier momento si así lo deseaba. Se obtuvo la autorización para la realización de este estudio de parte de las autoridades correspondientes del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

m). Trabajo de Campo

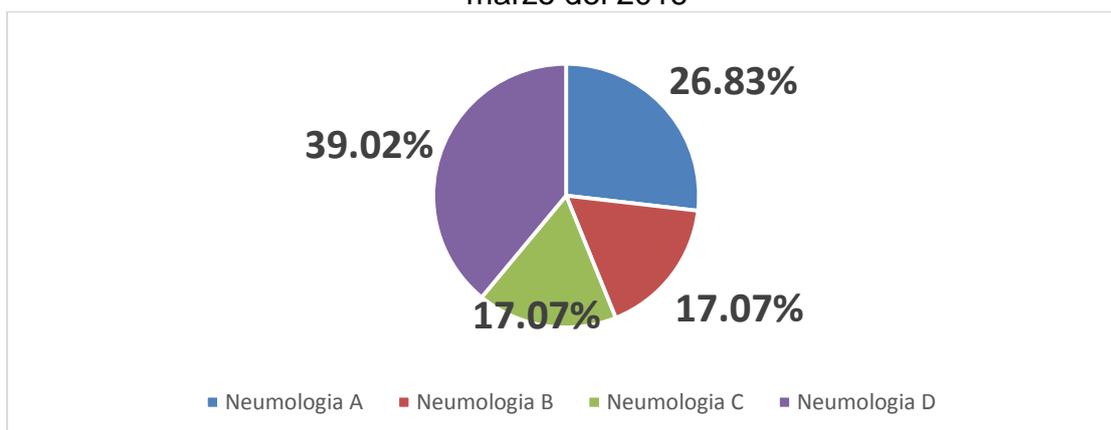
Para realizar el presente estudio, se solicitó la autorización por medio de carta dirigida a la Directora del Instituto Nacional Cardiopulmonar y comité de ética del Instituto, y una vez autorizado el permiso se abordó a los jefes de los servicios y los usuarios internos (trabajadores) para solicitar su participación en el llenado del cuestionario, el cual fue aplicado por el investigador, en horario matutino y vespertino, durante diez días laborables, observado el cuidado de la privacidad al momento del llenado del instrumento, realizándolo en el cuarto clínico de la unidad.

VIII.- RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

Distribución por áreas: Los encuestados fueron 41 empleados del servicio de neumología de adultos, los que llenaron el correspondiente consentimiento informado y posteriormente el instrumento de recolección de la información: del total de recursos en el momento de la investigación 11 (26.83%) fueron del servicio de neumología A, 7 (17.07%) del servicio de neumología B, 7 (17.07%) de neumología C y 16 (39.02%) del servicio de neumología D. Del total de recursos del servicio de neumología de adultos (69) solo el 59.42% aceptó llenar el instrumento, expresando estar muy ocupados y otros que se encontraban de vacaciones según el roll de turnos de cada sub-servicio.

Gráfico No. 1. **Distribución por área.** Características Sociodemográficas Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Género:** Hay una distribución desproporcionada con respecto al sexo femenino (90.24%) y el masculino (9.76%). (Anexos, Gráfico No.1)
- **Edad:** el 31.71% de los(as) entrevistados(as) se encontraban entre las edades de 50 y más años, el 29.27% entre 20 y 29 años, el 26.83% entre 40 y 49 años y el 12.2% entre 30 y 39 años. El 41.47% de la población, la edad, oscila entre los 20 y 39 años, y el 58.53% tiene 40 y más años, es decir, se habla de una población donde el relevo generacional será necesario pronto, situación que se evidencia según los resultados.

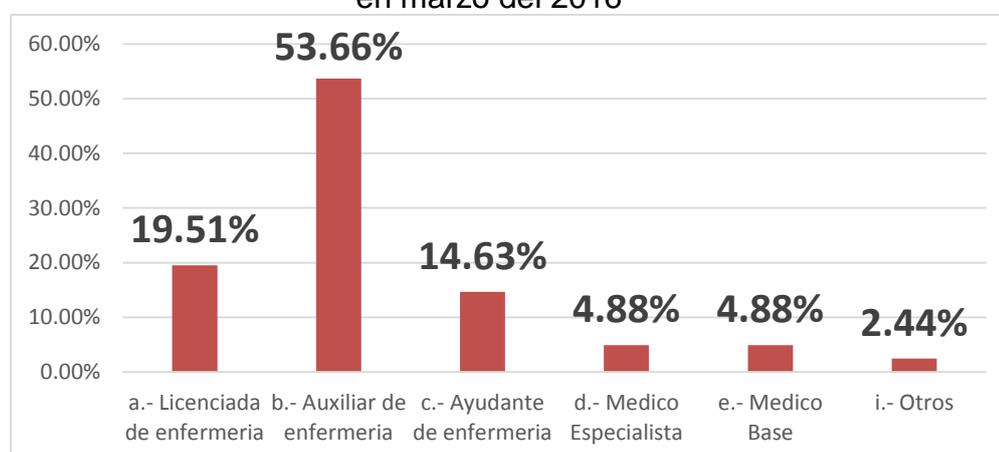
Tabla No. 1. **Edad.** Características Sociodemográficas
 Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de
 Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de
 Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016

EDAD	Porcentaje
a.- De 20 a 29 años	29.27%
b.- De 30 a 39 años	12.20%
c.- De 40 a 49 años	26.83%
d.- 50 años y mas	31.71%
Total	100.00%

Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar

- **Posición Laboral:** el 53.66% de los(as) entrevistadas(os) está asociada a la profesión de auxiliares de enfermería, el 19.51% representó a las Licenciadas en enfermería, el 14.63% a las ayudantes de enfermería, los médicos especialistas y médicos base con un 4.88% respectivamente y solo el 2.44% representó a otras profesiones afines. Siendo el personal de enfermería el que más participó con un 87.8%.

Gráfico No. 2. **Posición laboral.** Características Sociodemográficas
 Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología
 de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras
 en marzo del 2016



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud, (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Interacción con el Paciente:** el 100% de los entrevistados tiene contacto directo con los pacientes.
- **Antigüedad en el Instituto:** El 39.02% tiene menos de un año de estar laborando para el instituto, el 24.39% con 21 años y más, el 12.2% entre 6 y 10 años, el 9.76% entre 16 y 20 años y el tiempo entre 1 y 5 y 11 y

15 con un 7.32%. Al compararse a los trabajadores basados en los años de laborar para la institución, encontramos que el 58.54% tiene menos de 10 años y solo el 41.46% tienen más de 10 años de servicio. Consecuentemente inmadurez y falta de experiencia al momento de atender la demanda de los usuarios y esto hace que el personal tenga menos conocimiento del funcionamiento del instituto y por tanto diferentes grados de insatisfacción con relación a la cultura de seguridad del paciente.

Tabla No. 2. **Tiempo trabajando en el INCP.** Características Sociodemográficas
Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016

CUANTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN EL INCP	Porcentaje
a.- Menos de un año	39.02%
b.- De 1 a 5 años	7.32%
c.- De 6 a 10 años	12.20%
d.- De 11 a 15 años	7.32%
e.- De 16 a 20 años	9.76%
f.- 21 años y mas	24.39%
Total	100.00%

Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud, (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Antigüedad en el área de trabajo actual:** el 46.34% de los entrevistados tiene menos de un año de laborar en la actual unidad, el 17.07% entre 6 y 10 años, el 14.63% entre 1 y 5 años, el 12.2% entre 16 y 20 años y el 9.76% entre 11 y 15 años. El 78.04% de los trabajadores tiene menos de 10 años de estar en esas áreas y sólo el 21.96% tiene 10 o más años. Esto puede deberse a la movilidad del personal de enfermería dentro del área, contribuyendo a que sólo aquellos que tiene más tiempo en el servicio se considera que tienen mayor conocimiento de sus áreas por estar más tiempo dentro de ellas. El tiempo que tiene el personal ejerciendo dentro de su profesión o especialidad, en un 65.86% tiene menos de 10 años y solo el 34.14% tienen más de 10 años.

Tabla No. 3. **Tiempo trabajando en su actual unidad.** Características Sociodemográficas

Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016

TIEMPO TRABAJANDO EN SU ACTUAL UNIDAD	Porcentaje
a.- Menos de un año	46.34%
b.- De 1 a 5 años	14.63%
c.- De 6 a 10 años	17.07%
d.- De 11 a 15 años	9.76%
e.- De 16 a 20 años	12.20%
Total	100.00%

Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Horas de trabajo por semana:** El 68.29% trabaja entre 40 y 59 horas a la semana, el 21.95% entre 20 y 39 horas a la semana, el 7.32% con menos de 20 horas a la semana y el 2.44% con 60 a 79 horas por semana. Hay que recordar que la jornada diaria de trabajo no debe exceder las 8 horas, y que no debe trabajarse más de 48 horas a la semana. Con esto la mayoría del personal estaría cumpliendo con la norma, ya que aunque sean horarios mixtos y nocturnos estos, no deben de excederse más de 42 horas a la semana (Anexos, Tabla No. 1)

El tiempo que tiene el personal ejerciendo dentro de su profesión o especialidad, en un 65.86% tiene menos de 10 años y solo el 34.14% tienen más de 10 años. Esto puede deberse, si se toma en cuenta que la mayoría de entrevistados son de enfermería y que este personal acaba de graduarse, es joven y tiene poco tiempo de ejercer su profesión

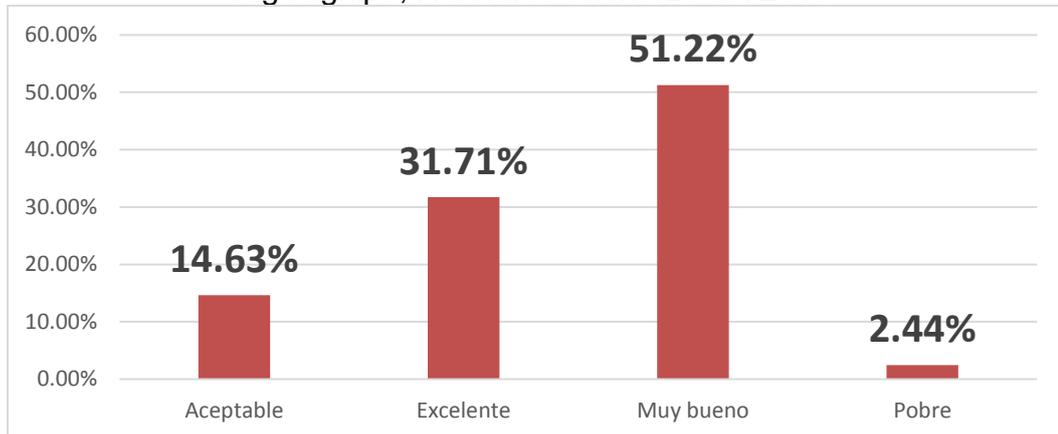
PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES:

- **Percepción:** el 65.86% de los entrevistados refieren que la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo, expresan que los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir en un 82.06%, la casualidad de que errores más serios no ocurran es de 56.75% y solo el 23.08% reportó tener problemas

con la seguridad de los pacientes en dicho servicio. (Anexos, grafico No.

2) La percepción general del grado de seguridad del paciente es percibida como excelente y muy buena en un 82.93%.

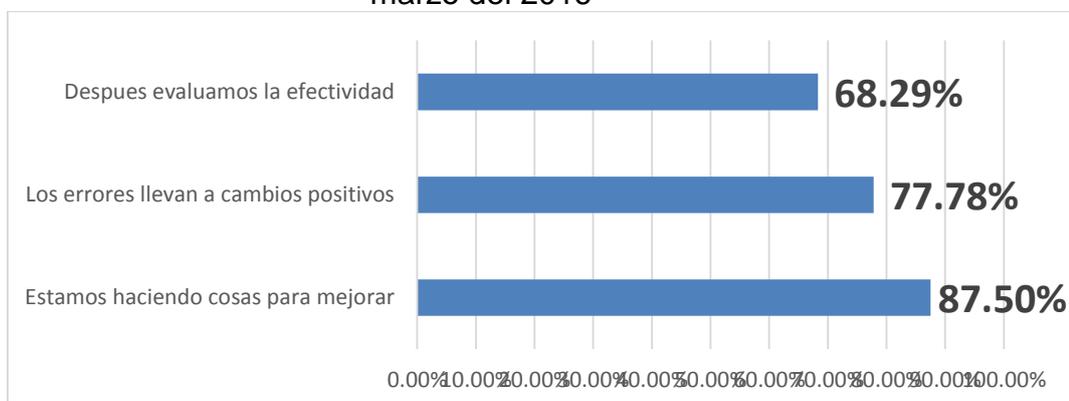
Gráfico No. 3. Percepción General. Percepción de los Trabajadores Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud (AHRQ). Aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Aprendizaje Organizativo:** Los hallazgos reportan que en las unidades de trabajo se están haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad en un 87.5%, un 77.78% refieren que los errores han generado cambios positivos en las unidades y el 68.3% reportan evaluar la efectividad de los cambios de mejora realizados.

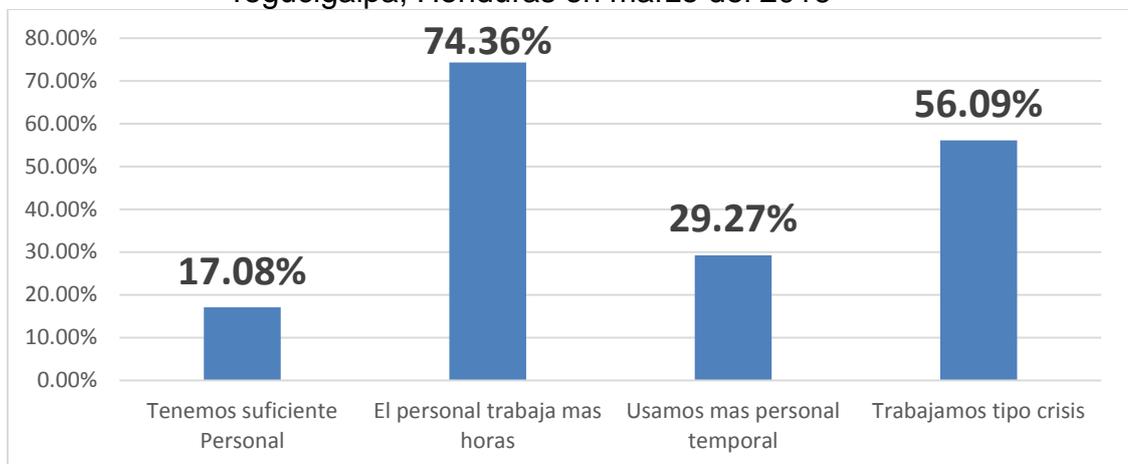
Gráfico No. 4. Aprendizaje Organizativo. Percepción de los Trabajadores Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Dotación de Personal:** solo el 17.08% reportó tener suficiente personal para realizar todo el trabajo, motivo por el cual el 74.36% refirió trabajar más horas de lo que es para el mejor cuidado del paciente, el 29.27% informa que se utiliza más personal temporal o de contrato de lo normal para poder realizar el cuidado de los usuarios externos y el 56.1% reporta estar trabajo en tipo Crisis intentando hacer mucho, muy rápidamente.

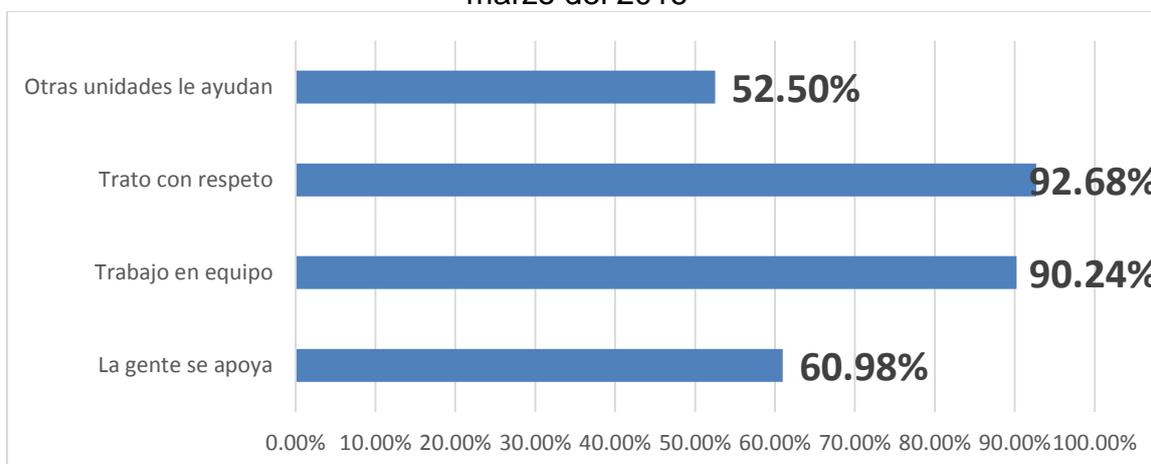
Gráfico No. 5. **Dotación de Personal.** Percepción de los Trabajadores Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud, (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Trabajo en equipo en la unidad:** los hallazgos reportan que en el 95.13% el personal se apoya a lo interno de la unidad, que cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente se realiza en equipo en el 90.24% de los casos, el respeto es reportado con un 92.68% y que cuando un área de esta unidad está realmente ocupada otras áreas le ayudan en un 52.5%.

Gráfico No. 6. **Trabajo en equipo.** Percepción de los Trabajadores Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016

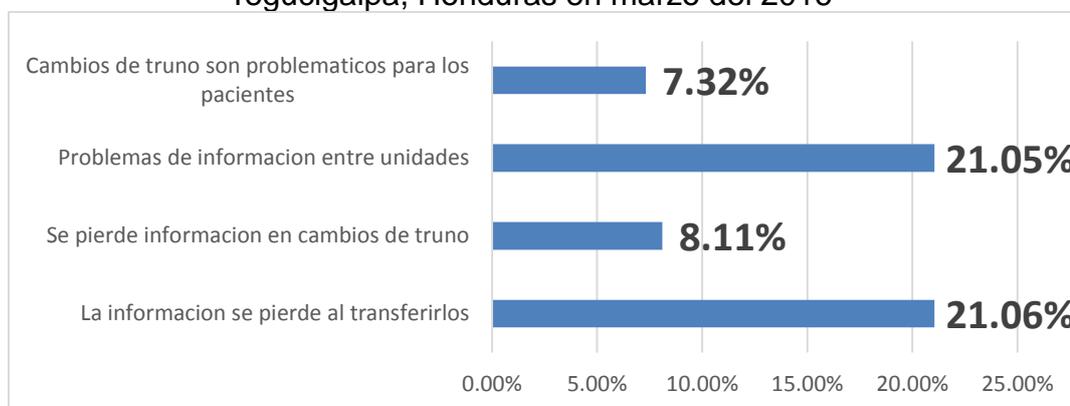


Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud, (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Trabajo en equipo entre unidades:** La cooperación entre unidades es referida como efectiva en un 73.69%, se reporta que las unidades del hospital trabajan bien juntas en un 78.05%, hay ambigüedad en la coordinación entre unidades ya que expresan valores similares entre lo positivo (40.54%) y lo negativo (40.55%) y en cuanto a si es desagradable trabajar con personal de otras unidades del hospital, esto es positivo solo en un 10.53% y se niega lo anterior en un 76.32%. (Anexos, Gráfico No. 3)
- **Transferencias y transiciones:** existe el hallazgo que solo en el 10.53% de los casos la información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra, durante los cambios de turno solo en el 8.11% de los casos se pierde información, el problema en el intercambio de la información se da en un 21.05% y la afirmación de que los cambios de turno son problemáticos para los pacientes esto en afirmativo solo en el 7.31%.

Gráfico No. 7. Transferencias y transiciones. Percepción de los Trabajadores

Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud, (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Al comparar los porcentajes de respuestas positivas sobre la organización y funcionamiento de los servicios de Neumología, se nota que los cuatro servicios opinan tener como fortalezas: el trabajo en equipo dentro de las unidades y el aprendizaje organizativo, la mejora continua, seguido por el trabajo en equipo entre las unidades, las transferencias y transiciones, y la percepción general sobre la seguridad del paciente es del 82.93%, muy distante al porcentaje reportado en el estudio de Ruiz Laguna del 2014, con una satisfacción del 47% (10)

Esto podría traducirse en queja de carga de trabajo del personal, la cual no puede ser ignorada, evidenciando la importancia de prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y sus ritmos de trabajo a los que estos puedan ser sometidos, ya que esto si puede tener una relación directa con incidentes de seguridad, similares resultados se obtuvieron en los estudios de Castañeda y Olga Gómez en México y España. (9, 12)

EL NIVEL DE COMUNICACIÓN ANTE LOS EVENTOS ADVERSOS:

- **Frecuencia de incidentes:** el reporte de incidente al cometerse un error es reportado siempre o la mayoría del tiempo solo en el 58.54% de los casos, los errores que no tienen el potencial de dañar al paciente se reportan siempre o la mayoría del tiempo en un 39.02% de los casos y cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente pero no lo hace se reporta en el 46.35%.

Gráfico No. 8. **Frecuencia de Incidentes.** Nivel de Comunicación Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.

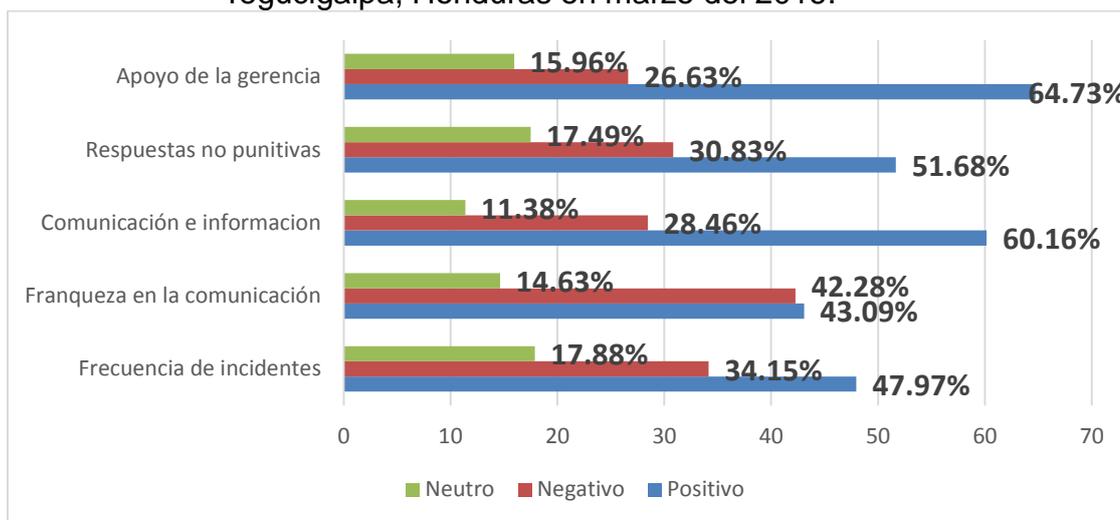


Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud, (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Franqueza en la comunicación:** El 73.17% reportan que el personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente, se sienten libres de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad en el 48.78% de los casos y el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien en el solo en el 7.32%. (Anexos, Gráfico No. 4)
- **Comunicación e información:** el 26.83% refieren que siempre o la mayoría del tiempo la dirección informa acerca de los cambios realizados y no lo hace en el 60.97% de los casos, la información acerca de los errores que se cometen en la unidad es reportada en el 70.73% de los casos y con respecto a hablar sobre formas de prevenir los errores esto es realizado en un 82.93%. (Anexos, Gráfico No. 5)

- **Respuestas No punitivas:** en el 51.35% el personal siente que sus errores son considerados en su contra, que cuando se informa de un incidente se siente que se reporta a la persona y no el verdadero problema en un 65.86% y se preocupan de que estos errores sean guardados en sus expedientes en el 37.84%.

Gráfico No. 9. Nivel de Comunicación
 Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud, (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

- **Apoyo de la gerencia:** La dirección provee un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente en un 71.05%, las acciones de la dirección muestran que la seguridad de los pacientes es altamente prioritaria en un 74.36% y sobre la afirmación de que el interés de la seguridad surge solo después de que ocurre un incidente adverso en el 26.83% de los casos. (Anexos, Gráfico No. 6)

En cuanto a la comunicación, parecer ser efectiva a lo interno y entre otras unidades, pero el resto de las dimensiones como franqueza en la comunicación, comunicación de errores y apoyo de los administradores, no son debilidad pero tampoco fortaleza. En el estudio realizado en Castañeda (México), Ruiz Laguna (Nicaragua), Olga Gómez (España) y por Danielsson

(Suecia) existen similitudes y en algunos casos diferencias en los hallazgos, dependientes de las sub-culturas de seguridad practicadas (9, 10, 12, 15).

En cuanto a las oportunidades de mejora, la respuesta no punitiva a los errores representa un promedio del 51.70% en el servicio de neumología, lo cual expresa ser una debilidad a falta de cultura de seguridad fortalecida. Cuando se compara con otros resultados, siempre la respuesta no punitiva a los errores es considerada debilidad o posibilidad de mejora, lo que indica que se debe fomentar la notificación de errores y su discusión franca y honesta con la clara intención de aprender a mejorar es de hacer notar que el modelo está centrado en la persona y no en la probable falla en el sistema. Moreno Campoy (8)

Además, en esta categoría se tiene un porcentaje alto de respuestas neutras, que aunque no son fortalezas ni debilidades, denotan ausencia de cultura de seguridad del paciente.

ACTITUD ANTE LA SUPERVISIÓN EN RELACIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- **Valoración de la Promoción:** el 78.05% reportó que su supervisor/director hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho a conformidad con los procedimientos establecidos. (Anexos, Grafico No. 7)
- **Inclusión de sugerencias:** El 73.17% expresa que el supervisor o director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente. (Anexos, Grafico No. 8)
- **Presión ejercida:** el 65% refirió que cuando la presión se incrementa el supervisor/Director quiere que se trabaje más rápido, aun si esto significa simplificar las labores de trabajo. (Anexos, Grafico No. 9)
- **Interés del supervisor sobre la seguridad:** los entrevistados expresaron que solo en el 17.5% de los casos el supervisor o Director No hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes que ocurren una y otra vez. (Anexos, Grafico No. 10).

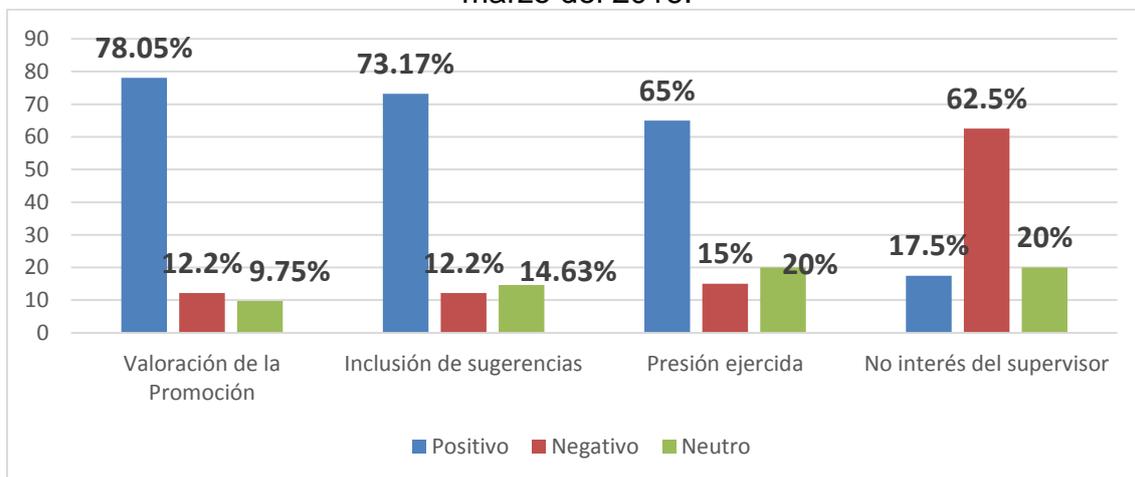
En la comparación entre servicios, se observa que el 78.05% de los entrevistados refieren recibir comentarios favorables acerca de su desempeño

cuando este, está apegado a los procedimientos, con respecto a las sugerencias el 73.17% consideran que sus superiores atienden las aportaciones del personal subalterno, para mejorar la seguridad del paciente y que además toma en cuenta los errores para que estos no se repitan. Un porcentaje bajo 17.50% considera que sus superiores no hacen caso de los problemas de seguridad, un 62.5% que niega esta afirmación y un 20% de neutralidad, que puede significar debilidad en la seguridad. Existe además un 65.0% que refiere que al aumentar la presión se exige que se trabaje más rápido aun si esto significa simplificar las labores.

Si se toma en cuenta los resultados de otras encuestas (9, 10,12), lo obtenido para esta dimensión concuerda en grados variables entre ellas, destacando fortalezas y debilidades inherentes a la capacidad resolutive y organizativa de los establecimientos de salud estudiados, ya que se tiene la percepción que los jefes de servicio y supervisores en general, le dan importancia correspondiente a la seguridad de los pacientes.

Gráfico No. 10. Actitud ante la supervisión

Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud, (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

IX.- CONCLUSIONES

1.- Todos los entrevistados tiene contacto directo con los usuarios externos (pacientes), la mayoría de estos pertenecen al sexo femenino, cuyas edades se encuentran entre los veinte y veintinueve años, la profesión más frecuente es la relacionada con cuidados de enfermería. Con respecto a la antigüedad existe un predominio de los recursos jóvenes y estos trabajan con un promedio de cuarenta a cincuenta y nueve horas a la semana.

2.- Se destaca como fortaleza el trabajo en equipo dentro de la unidad, el aprendizaje organizativo, las transferencia y transiciones y de igual forma con otras unidades de la institución, existe el criterio de que se brinda una atención segura a los usuarios, con la limitante u oportunidad de mejora de poder dotar del personal permanente necesario a cada servicio de este departamento.

3.- Los incidentes no son reportados con la frecuencia ideal, debido a la existencia de una cultura punitiva de que al reportar estos eventos, serán atribuidos a la persona y no se busca la verdadera causa de la falla, generando incertidumbre al considerar que esto afectará su vida profesional al ser incluidas en sus expedientes.

4.- Los supervisores/Dirección implementan un sistema de estímulo al trabajador, expresándoles cuando las cosas se han realizado de la forma correcta, toman en consideración las sugerencias de mejora y existe de forma general buena comunicación.

X.- RECOMENDACIONES

A la Dirección del Instituto Nacional Cardiopulmonar

1.- Mejora el nivel de comunicación entre la dirección y los niveles operativos, a fin de que todas las instancias involucradas en la seguridad del paciente, trabajen en sincronía y los objetivos se cumplan en conformidad con los procedimientos establecidos.

2.- Mejorar el nivel de notificación de los incidentes dentro de las unidades, con el objeto de analizar la causa base que generó la ocurrencia del evento, buscando las fallas del sistema y no simplemente buscar un culpable al cual deducirle la responsabilidad.

3.- Dotar de personal permanente y suficiente para cubrir la demanda de atención en las diferentes unidades del servicio de neumología de adultos, con el objeto de no tener que recurrir a trabajadores temporales para suplir esta necesidad.

4.- Socializar los resultados del estudio, a todos los interesados y participantes en la investigación, a fin de generar retroalimentación y la cultura de implementación de buenas y nuevas prácticas en función de la seguridad de los pacientes.

XI.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Mario de Luca, Prevención del error y seguridad en la atención: Centro de investigaciones epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina, Bs, As. 2004. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/SACAS2004deluca.pdf>
2. -Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (US) Committee on Data Standards for Patient Safety; Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004
- 3.- Roqueta Egea, Fermí, Santiago Tomás Vecina, Manel Chanovas Borrás. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultado de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. Emergencias 2011; 23:356-364.
http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_21.pdf
- 4.- ENAIRE, cultura de seguridad, El libro blanco de la cultura de seguridad, gobierno de España.
<http://www.enaire.es/csee/Satellite/SeguridadOperacionalNA/es/Page/1228215412750/1228215409292/Libro-Blanco-de-la-Cultura-de-Seguridad.html>
- 5.- World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2009. (WHO Technical Report).
- 6.- Singer S J, D M Gaba, J. J Geppert, A D Sinaiko, S K Howard, K C Park. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care 2003; 12:112–118
- 7.- Nieva V F, J Sorra. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Downloaded from <http://qualitysafety.bmj.com/> on December 29, 2014 - Published by group.bmj.com.

8.- Moreno Campoy E. E., F. J. Mérida de la Torre, A. Buño Soto, M. Caballero Ruiz, M. A. Cuadrado Cenzual, A. Fernández Nogueira, A.M. García Raja, M. Ibarz Escuer, L. Vázquez Mourín. Seguridad del paciente. Documento básico. Documentos de la SEQC – Diciembre 2011. Páginas: 10-20.

9.-Castañeda H. Garza R. Gonzales J. Perception de la cultura de la seguridad de los pacientes por el personal de enfermería. (2013), Ciencias y enfermería XIX, Tamaulipas Mexico. ISSN0717-2079

10. -Ruiz Laguna Terencio. Cultura sobre seguridad del paciente que tienen los trabajadores de la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el mes de diciembre del año 2014. Informe de trabajo de investigación científica. CIES. Managua, enero del 2015.

11.- Enfermería y seguridad de los pacientes, Washington D. C.: OPS, 2011. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. pag. 9 - 11.

12.- Olga Janneth Gómez Ramírez, Amparo Soto Gámez, Alejandra ArenasGutiérrez, Una Mirada actual de la Cultura de Seguridad del Paciente: Av. Enferm; XXIX (2): 363 - 374, 2011.

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>

13.- Agencia de Calidad del sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, Prácticas Seguras Simples; Recomendadas para agentes gubernamentales para la prevención de efectos adversos en los pacientes atendidos en los hospitales, Informes estudios e Investigación 2008.

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>

14.- Olga Gómez Ramírez, Wendy Arenas Gutiérrez, Lizeth Gonzales Vega, Cultura de Seguridad del Paciente por personal de Enfermería en Bogotá Colombia: Cienc. Enferm. Vol.17, número 3, 97-111 concepción dic. 2011.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532011000300009&script=sci_arttext

15- Danielsson, Marita, Per Nielsen, Annica Ohrn, Hans Rutberg, Jenni Fock and Siw Carljford. Patient Safety subcultures among registered nurses and nurse assistants in Swedish hospital care: a qualitative study. BMC Nursing 2014 13:39

16.- Giménez Marín Á, Rivas-Ruiz F; Grupo de la Comisión de Gestión del Laboratorio Clínico de la SEQC. Validation of a questionnaire to evaluate patient safety in clinical laboratories. Gac Sanit. 2012 Nov-Dec; 26(6):560-5. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.12.012. Epub 2012 May 3. Spanish.

17.- Nieva V F, J Sorra. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Downloaded from <http://qualitysafety.bmj.com/> on December 29, 2014 - Published by group.bmj.com.

18.-Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Assessment of the patient-safety culture in a healthcare district. Rev Calid Asist. 2013 Nov-Dec; 28(6):329-36. doi: 10.1016/j.cali.2013.03.009. Epub 2013 Jun 2. Spanish.

ANEXOS

**Anexo 1.-
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

Objetivo 1.-Identificar los aspectos socio-demográficos de los usuarios internos de los servicios de Neumología del Instituto nacional Cardiopulmonar en el mes de febrero del 2016

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala de medición
Distribución por área	Área laboral dentro de la institución hospitalaria al momento de la entrevista	% de entrevistados por área de trabajo	Servicio de neumología A, B, C y D	Nominal
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
Posición laboral	Ubicación laboral dentro de la organización hospitalaria	% de entrevistados según posición laboral	Médicos de base Médico Especialista Lic. Enfermería Auxiliar Enfermería Ayudante de enfermería Técnicos	Nominal
Interacción con el paciente	Trato directo o en contacto con el paciente	% de entrevistados en contacto con el paciente	SI NO	Nominal
Antigüedad en el INCP	Tiempo de trabajo dentro del Instituto	% 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 área de trabajo	Tiempo de trabajo dentro del área de trabajo del servicio de Neumología	% 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

Objetivo 2.-Conocer la percepción de los usuarios internos sobre la organización y funcionamiento de los servicios de neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar, en el mes de febrero del 2016

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala de medición
Percepción general de la seguridad del paciente	Grado en que los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de seguridad del paciente.	% de entrevistados por opinión emitida: <ul style="list-style-type: none"> - Es más importante la seguridad que el trabajo - Los procedimientos actuales son efectivos para evitar errores - Casualidad de los errores - Existen problemas en la seguridad del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
Aprendizaje organizativo	Grado en que existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.	% de entrevistados por opinión emitida: <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de acciones efectivas en la seguridad del paciente - Los errores se traducen en cambios - Evaluamos la efectividad de las acciones implementadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
Dotación de personal	Grado en que se dispone del personal para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.	% de entrevistados por opinión emitida: <ul style="list-style-type: none"> - El personal es suficiente para las actividades de la unidad - El personal trabaja en exceso - Se utiliza personal extra para la 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal

		<p>seguridad del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Trabajo diario es de tipo crisis 		
Trabajo en equipo dentro de las unidades	Grado en que los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo.	<p>% de entrevistados por opinión emitida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compañerismo - Trabajo en equipo - Respeto entre los compañeros de trabajo - Apoyo entre áreas de la misma unidad cuando es necesario 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
Trabajo en equipo a través de las unidades	Grado en que las unidades del Instituto cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.	<p>% de entrevistados por opinión emitida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cooperación entre unidades - Trabajo en equipo entre las unidades - Coordinación entre las unidades - El trabajo con otras unidades es desagradable 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
Transferencias y transiciones	Grado en que se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.	<p>% de entrevistados por opinión emitida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de información de una unidad a otra en el traslado del paciente - Pérdida de información durante el turno - Problemas de intercambio de información entre unidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal

		- Los cambios de turno son problemáticos		
Objetivo 3.- Identificar el nivel de comunicación ante los eventos adversos de los usuarios internos de los servicios de Neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar, en el mes de febrero del 2016				
Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala de medición
Frecuencia de incidentes reportados	Grado en que los trabajadores reportan los diferentes tipos de incidentes ocurridos	% de los entrevistados de acuerdo al reporte de los tipos de errores: <ul style="list-style-type: none"> - Error descubierto y corregido sin afectar al paciente - Error sin potencial de dañar al paciente - Error que pudiese dañar al paciente pero no lo hace 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Siempre / Casi siempre - Negativo: Nunca / Raramente - Neutral: A veces 	Nominal
Franqueza en la comunicación	Grado en que los trabajadores pueden hablar libremente si observan algo que pueda afectar negativamente al paciente y se sienten libre de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ello.	% de los entrevistados del acuerdo al tipo de comunicación: <ul style="list-style-type: none"> - Libertad de expresión de opinión - Libertad de cuestionar a la autoridad - Recato de preguntar cuando algo no parece estar bien 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Siempre / Casi siempre - Negativo: Nunca / Raramente - Neutral: A veces 	Nominal
Comunicación e información sobre los errores	Grado en que los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.	% de opinión de los entrevistados de acuerdo al informe de los incidentes por parte de las autoridades: <ul style="list-style-type: none"> - La dirección realiza cambios e informa sobre decisiones tomadas, basadas en 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Siempre / Casi siempre - Negativo: Nunca / Raramente - Neutral: A veces 	Nominal

		<p>los informes de incidentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe sobre los errores cometidos en la unidad - Comunicación en la unidad para prevenir y evitar la ocurrencia de errores 		
Respuesta no punitiva a los errores	Percepción del trabajador ante la respuesta del reporte de un error	<p>% de entrevistados de acuerdo al tipo de respuesta ante el reporte de un error:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consideran que va en contra del trabajador - Sienten que es reportada la persona y no el problema - Preocupación de que forme parte de sus expedientes laborales 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
Apoyo de la gerencia del Instituto en la seguridad del paciente	Grado en que la gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y resalta que es una prioridad.	<p>% de entrevistados de acuerdo a la opinión del apoyo administrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El ambiente laboral promueve la seguridad del paciente - Las acciones de la dirección promueven que la seguridad es prioritaria - Hay interés en la seguridad sólo después de un incidente 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal

Objetivo 4.-Identificar la actitud de la supervisión en relación a la seguridad del paciente de los Usuarios internos de los servicios de Neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar, en el mes de febrero del 2016

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala de medición
Valoración de la promoción de seguridad al paciente del supervisor	Percepción del usuario interno de la actitud del supervisor ante la seguridad del paciente	% de entrevistados de acuerdo a la percepción de la actitud del supervisor: <ul style="list-style-type: none"> - Comentarios favorables del supervisor ante un trabajo hecho con las normas establecidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
Inclusión de sugerencias de los subalternos		<ul style="list-style-type: none"> - El supervisor toma en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
Presión que ejerce el supervisor cuando hay carga de trabajo		<ul style="list-style-type: none"> - El supervisor sacrifica la seguridad cuando la presión de trabajo se incrementa 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal
Interés del supervisor sobre la seguridad del paciente		<ul style="list-style-type: none"> - El supervisor ignora los problemas de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Muy de acuerdo/ De acuerdo - Negativo: Muy en desacuerdo/ En desacuerdo - Neutral: Ni acuerdo, ni en desacuerdo 	Nominal

Anexo 2.-

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN- MANAGUA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
**CUESTIONARIOS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS
USUARIOS INTERNOS EN LOS SERVICIOS DE NEUMOLOGIA DE
ADULTOS DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR**

No. de encuesta _____

Instrucciones

Esta parte 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 Instituto donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de susservicios clínicos.

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

- a. Diversas unidades del Instituto/Ninguna unidad específica
- b. Neumología A
- c. Neumología B
- d. Neumología C
- e. Neumología D
- f. Farmacia
- g. Laboratorio
- h. Imagenología
- i. 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 para mejor 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 Instituto

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

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 Instituto, 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 Instituto?

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

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

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

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

- a. Menos de 20 horas a la semana d. De 60 a 79 horas a la semana
 b. De 20 a 39 horas a la semana e. De 80 a 99 horas a la semana
 c. De 40 a 59 horas a la semana 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. Licenciada en Enfermería
- b. Auxiliar de Enfermería
- c. Ayudante de enfermería
- d. Médico Especialista
- e. Médico Base
- f. Farmacéutico
- g. Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)
- h. Administración/Dirección
- i. 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
- b. 30 a 39 años
- c. 40 a 49 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

Anexo 3.-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIO DE LA SALUD
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Título del protocolo: **CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS USUARIOS INTERNOS EN LOS SERVICIOS DE NEUMOLOGIA DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR FEBRERO DEL 2016.**

Investigador principal: **Doctor en Medicina y Cirugía Francis Enrique Varela Silva**

Sede donde se realizará el estudio: **Servicios de Neumología del INCP**

Usted ha sido invitado a un estudio de sobre la cultura de seguridad de los usuarios internos en los servicios de neumología del instituto nacional, en el mes de febrero del 2016, de carácter participativo.

Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente por el equipo de investigación de dicho estudio y no estará disponible para ningún otro propósito. Para asegurar la confidencialidad de sus datos, usted no quedará identificada con un número ni con su nombre ya que el llenado es totalmente anónimo. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos si usted desea conocer de los resultados obtenidos del presente estudio podrá avocarse de forma personal para obtener información al número celular (504) 33808051 quien está a cargo de la investigación.

Si decide participar y dar su consentimiento por favor firmar abajo.

Firma

Muchas gracias

Anexo 4.- Autorización para realizar el estudio

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL CARDIO-PULMONAR
COMITÉ DE ÉTICA
TEL. 2236-5443
Tegucigalpa, M. D. C. Honduras. C.A

Tegucigalpa M. D. C.
3 de Marzo de 2016

OFICIO 002-CEINCP-2016

Doctor
Francis Enrique Varela
Presente

Estimado Doctor Varela:

El Comité de Ética del Instituto Nacional Cardio- Pulmonar, en respuesta a su solicitud de aprobación del estudio "Cultura de seguridad de los usuarios internos en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardio- Pulmonar en marzo 2016", da el dictamen de APROBADO.

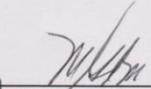
Solamente le hacemos las siguientes observaciones para ser tomadas en cuenta en la redacción y realización del mismo:

- a) En la Introducción, usted menciona "este problema", cuando la frase anterior no hace mención a ningún planteamiento de problema.
- b) En la Justificación menciona que al Instituto Nacional Cardio-Pulmonar esta actualmente con "sobre carga de su capacidad instalada" lo cual consideramos que no es del todo real en vista de que los porcentajes de ocupación de este hospital son bajos. Si consideramos pertinente que se enfatice la falta de personal e insumos con la que laboramos.
- c) En el cuestionario se detectan algunas preguntas que pueden ser difíciles de interpretar por lo que sugerimos que se cumpla a cabalidad el protocolo en el que define que dentro de la metodología será usted quien haga la encuesta para facilitar que pueda aclarar las dudas que surjan en los participantes.

Queremos concluir, animándolo a publicar ante el personal de este Instituto las conclusiones de este estudio porque consideramos que será altamente beneficioso, además de sugerirle que a futuro lo realice en otras áreas del Hospital.


Dra. Carolina Pazmi
Coordinadora CEINCP




PI Miriam Gálvez
Secretaria CEINCP

CC: Dra. Nora Maradiaga ✓

Anexo 5.-

TABLAS, GRAFICOS, FOTOS, OTROS

Ubicación Topográfica del Instituto Nacional Cardiopulmonar

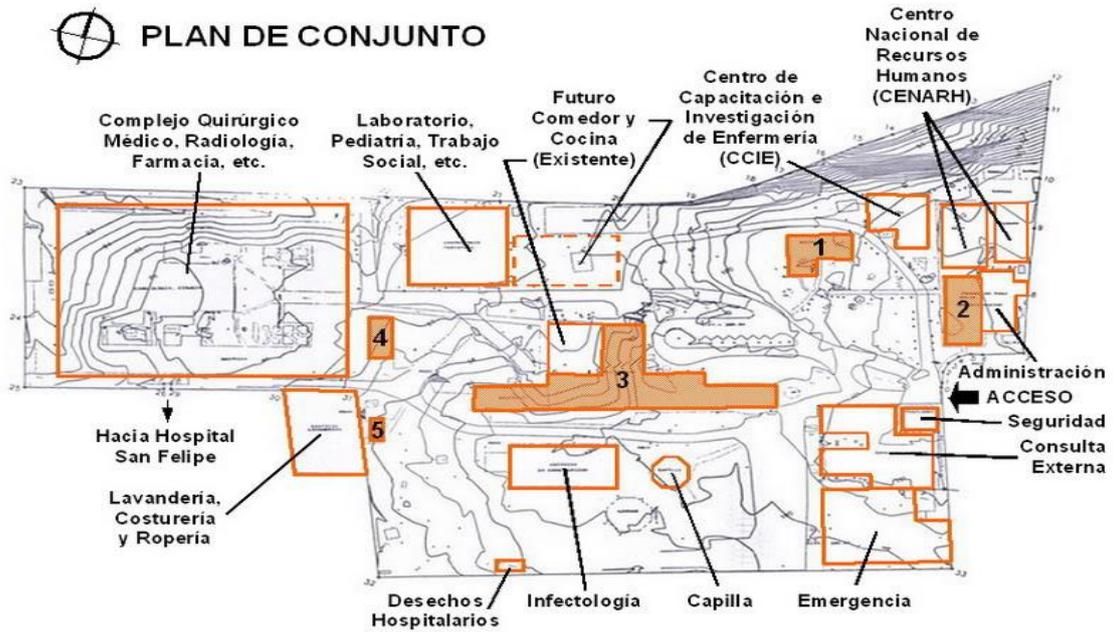
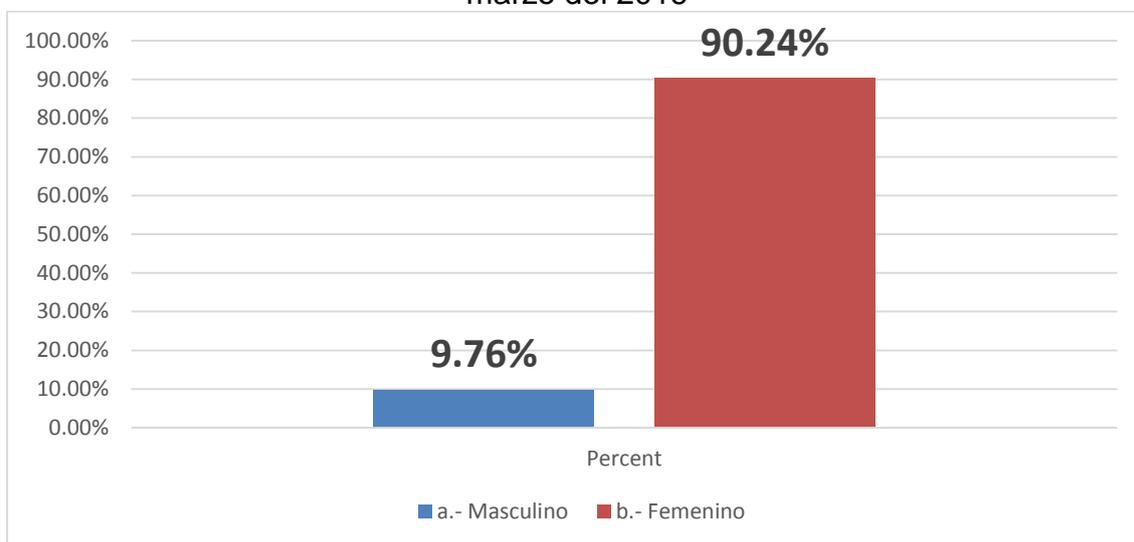


Imagen: fachada principal del Instituto Nacional Cardiopulmonar en Tegucigalpa M.D.C en Honduras C.A.



**Gráficos:
Objetivo 1.**

Gráfico No. 1. Género. Características Sociodemográficas
Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar. De los 41 entrevistados 37 son del sexo femenino y solo 4 del sexo masculino.

Tabla No. 1. Horas a la semana trabajadas. Características Sociodemográficas

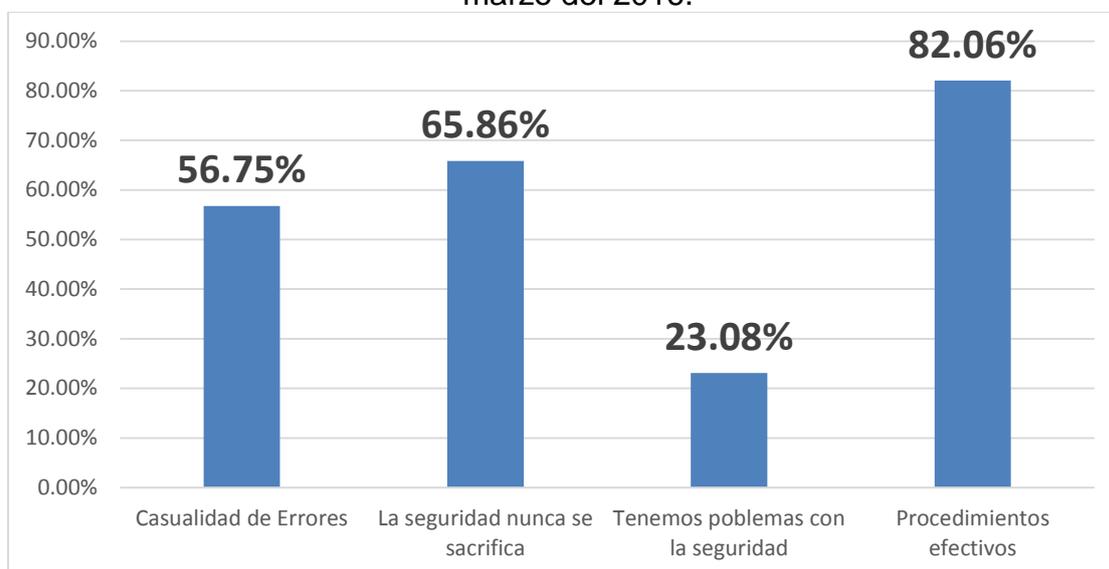
Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016

CUANTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA USTED EN EL INCP	Porcentaje
a.- Menos de 20 horas a la semana	7.32%
b.- De 20 a 39 horas a la semana	21.95%
c.- De 40 a 59 horas a la semana	68.29%
d.- De 60 a 79 horas a la semana	2.44%
Total	100.00%

Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud, (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

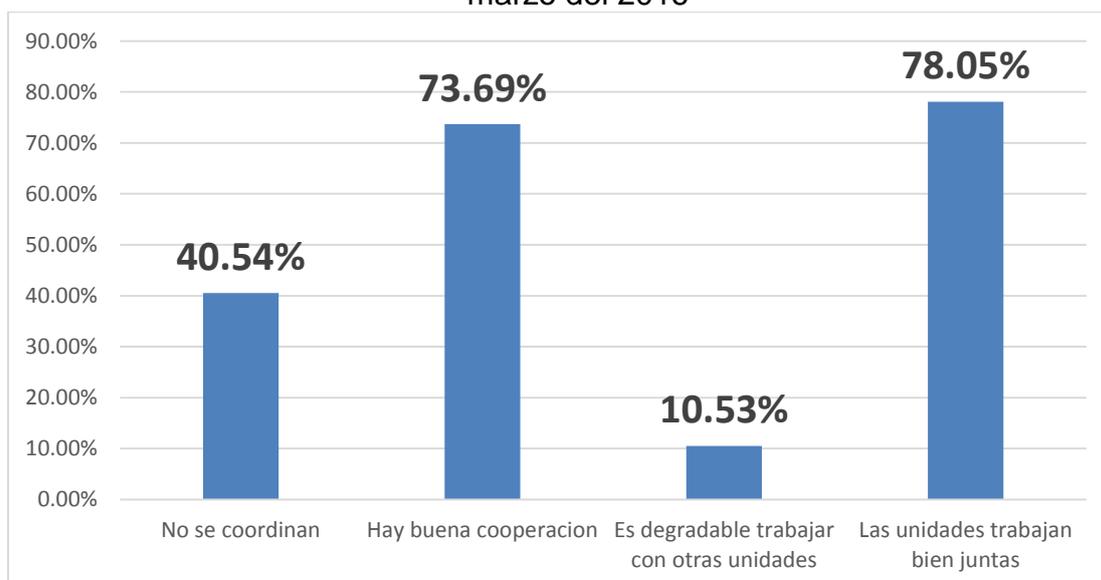
Objetivo 2

Gráfico No. 2. **Percepción.** Percepción de los Trabajadores Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

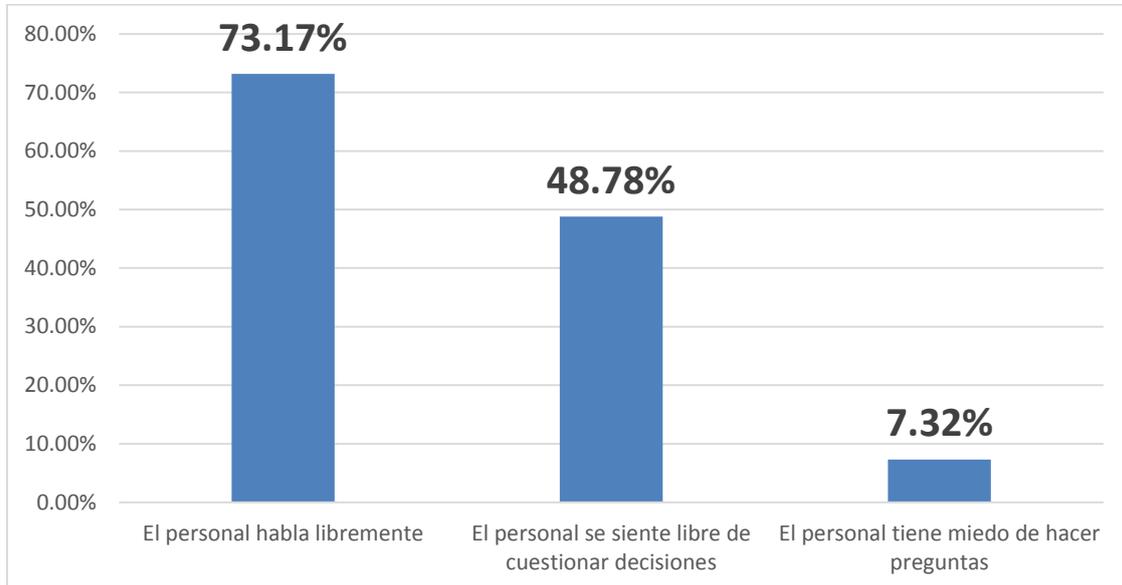
Gráfico No. 3. **Entre Unidades.** Percepción de los Trabajadores Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. Existe buena cooperación y el trabajo se realiza bien al realizarlo juntas, existe debilidad al momento de coordinar acciones y no se expresa que sea desagradable trabajar con otras unidades.

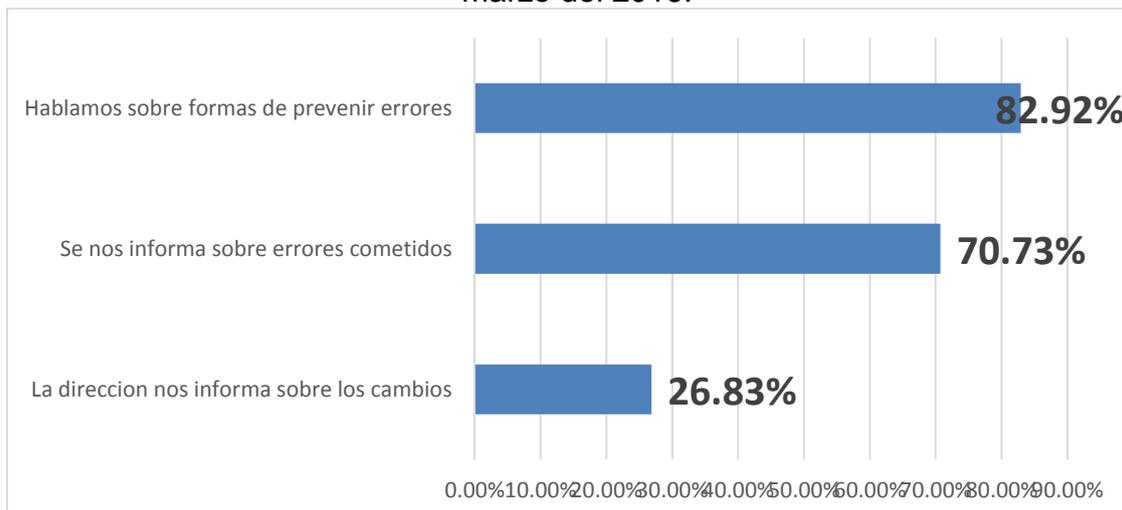
Objetivo No. 3

Gráfico No. 4. **Franqueza en la comunicación.** Nivel de Comunicación Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



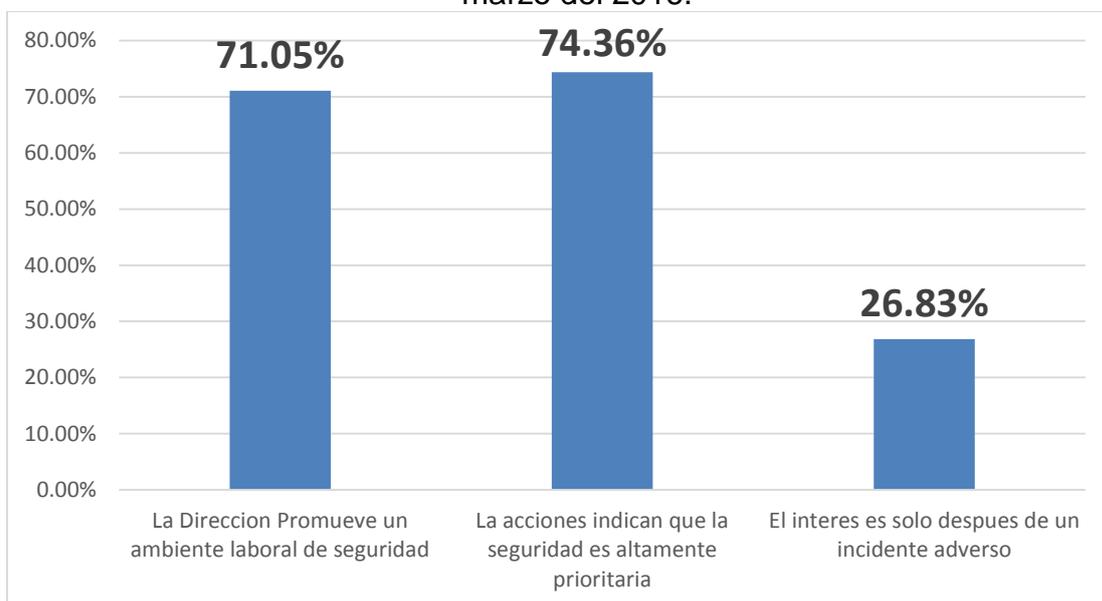
Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Gráfico No. 5. **Comunicación e información.** Nivel de Comunicación Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

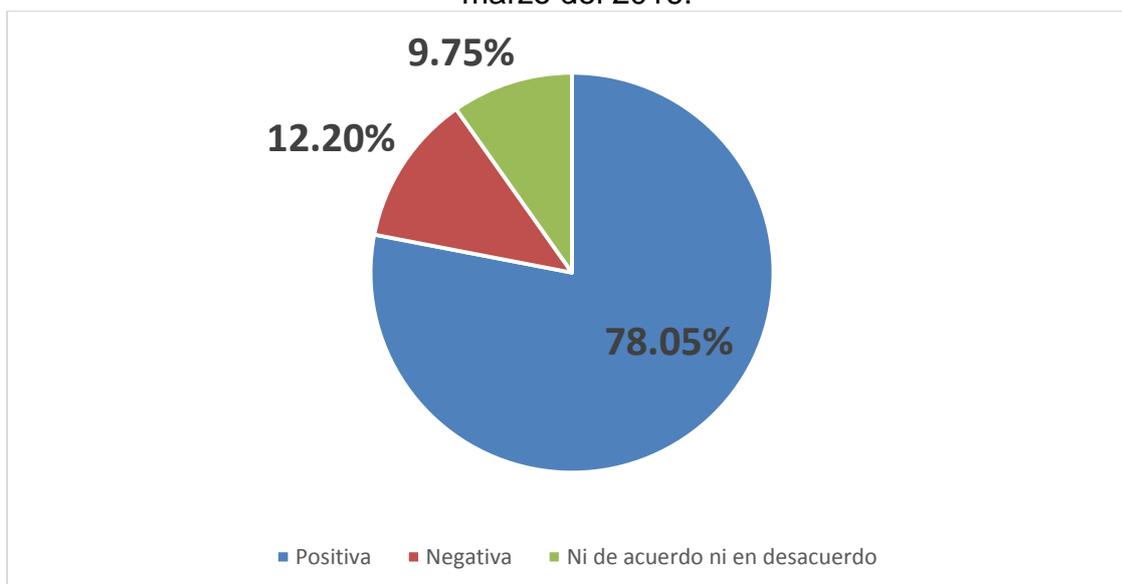
Gráfico No. 6. Apoyo de la gerencia. Nivel de Comunicación Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

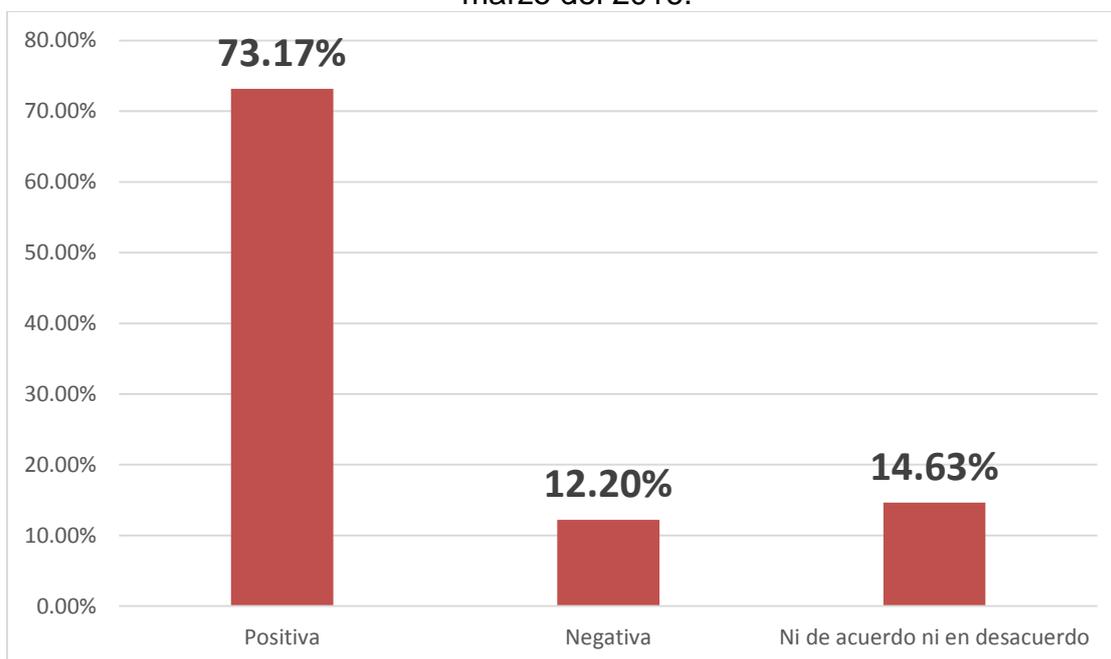
Objetivo No. 4

Gráfico No. 7. Comentario favorable. Actitud ante la Supervisión Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



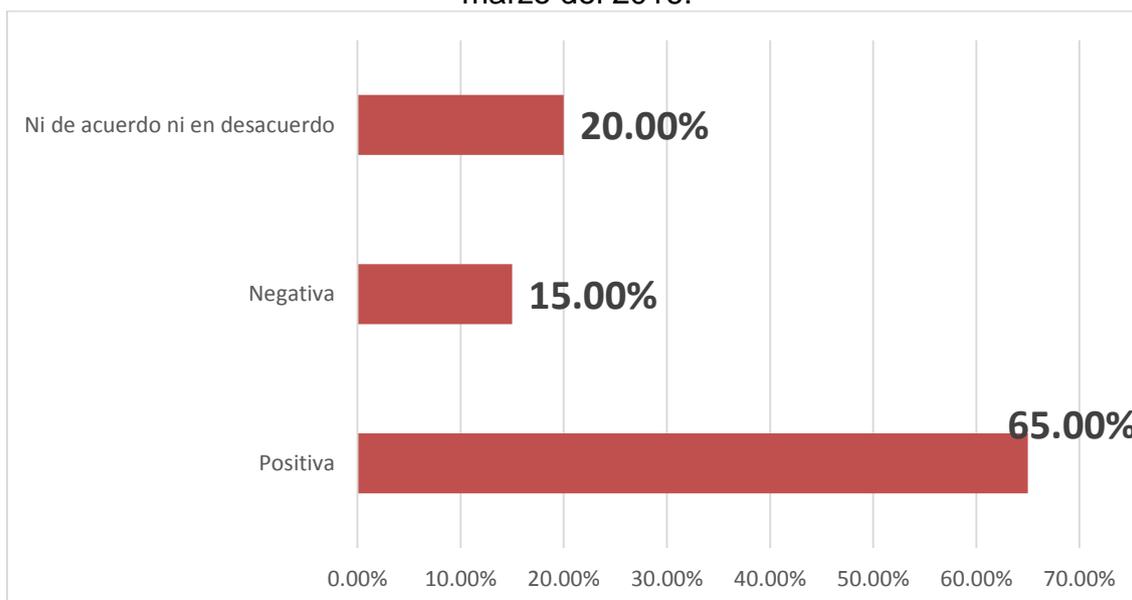
Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Gráfico No.8. Sugerencias del personal. Actitud ante la Supervisión Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



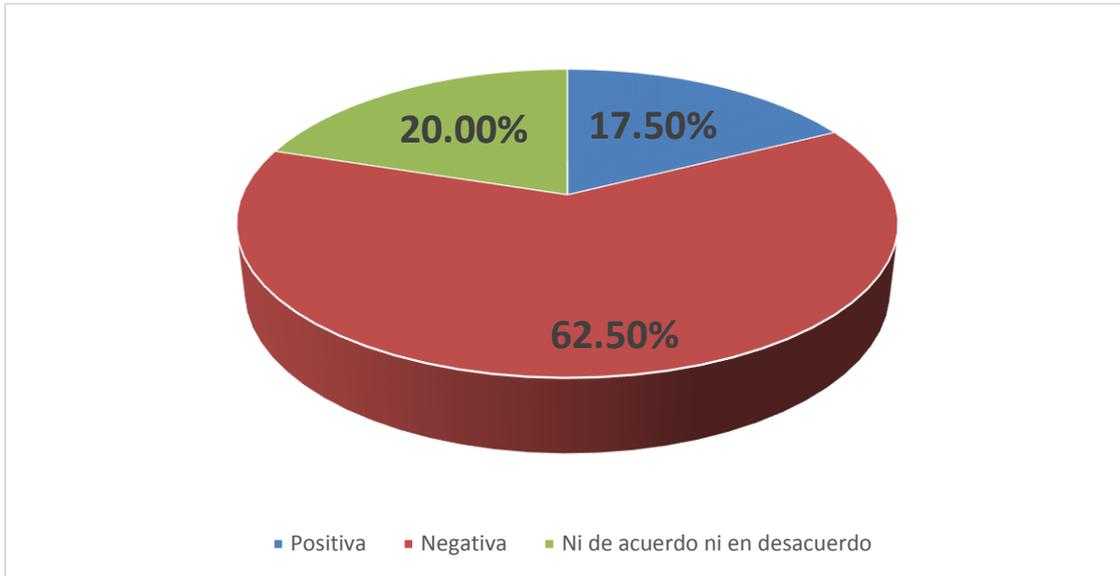
Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Gráfico No. 9. La presión incrementa trabajamos más rápido. Actitud ante la Supervisión Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Gráfico No. 10. **No hacen Caso de los problemas.** Actitud ante la Supervisión Cultura de seguridad de los usuarios internos del servicio de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras en marzo del 2016.



Fuente: Instrumento de la Agencia para la búsqueda de la Calidad en Salud. (AHRQ), aplicado en los servicios de Neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar. Solo el 17.5% refieren que el supervisor o director no hace caso de los problemas de seguridad.