



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA



MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD

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

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE TIENEN LOS TRABAJADORES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR ESCUELA "DR. ALEJANDRO DAVILA BOLAÑOS, EN DICIEMBRE DEL 2014.

Autor: Mayor (CMM) Dra. Alma Celeste Avilés Castillo

Tutor: Msc. Dra. Marcia Ibarra.

Managua, Nicaragua, Enero 2015

INDICE

• DEDICATORIA	I
• AGRADECIMIENTO	II
• RESUMEN	III

NUMERO DE PAGINAS

• INTRODUCCION	1
• ANTECEDENTES	3
• JUSTIFICACION	6
• PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	8
• OBJETIVOS	9
• MARCO TEORICO	10
• DISEÑO METODOLÓGICO	31
• RESULTADOS	37
• ANALISIS DE RESULTADOS	44
• CONCLUSIONES	50
• RECOMENDACIONES	51
• BIBLIOGRAFIA	52
• ANEXOS	55

“Equivocarse es humano. Ocultar los errores es una estupidez.

No aprender de ellos, imperdonable.”

L. Donaldson

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

AGRADECIMIENTOS

Ante todo agradecer a Dios fuente de fe y fortaleza en mi día a día.

A todos los profesores el Centro Superior de Estudios de la Salud por llevarme mano a mano por el difícil camino de la Administración de la Salud, por sus conocimientos transmitidos, por su paciencia, su dedicación y sus incansable esfuerzo de aclararnos las dudas, en especial al Dr. Miguel Orozco y mi tutora Dra. Marcia Ibarra. Gracias, por haberme orientado, y hecho valiosas sugerencias sobre el tema además, ser parte de esta etapa de mi formación.

Agradezco de forma particular al Dr. Sergio Gutiérrez por su paciencia , orientación en mis consultas, por el material facilitado y las sugerencias de su parte.

Al Ejército de Nicaragua, en la persona del Comandante y Jefe de Ejército de Nicaragua. General de Ejército Julio César Avilés C., y en lo que representa el Cuerpo Médico Militar General de Brigada Jaime Rene Darce, quienes en onda preocupación de desarrollar un ejercito más acorde a los intereses de la patria y el pueblo, nos permitieron realizar esta maestría en Administración de la Salud, facilitando medios y recursos para llevar a cabo con éxito esta nueva meta, que vendrá a fortalecer la institución y al Cuerpo Médico Militar, institución a la que me siento honrada de pertenecer.

Y mi más profundo agradecimiento a mi familia, a mis padres quienes me inculcaron el espíritu de superación, a mi abuelo quien me enseñó el amor a la Medicina y al prójimo , a mi esposo Carlos por su comprensión, a mis hermanos y a mis hijos quienes han sido siempre mi pilar para seguir adelante, sin el apoyo de todos, sin la colaboración e inspiración no lo habría logrado, este tiempo que dedique a esta maestría fue tiempo de sacrificio para todos.

Mi agradecimiento, además a mis compañeros maestrantes que emprendieron conmigo esta experiencia educativa y nos dio la oportunidad de conocernos creando lazos de camaradería y trabajo en equipo, mis reconocimientos a mis colegas del Servicio de Ginecología y Obstetricia quienes tuvieron que redoblar esfuerzos para que lograra culminar con éxito .

A todos muchas gracias.

DEDICATORIA

A Dios y mi San Judas Tadeo.

A mis padres Julio César Avilés y Onelia, quienes forjaron mi espíritu de superación y mi amor al prójimo,

A mis hijos Alma Celeste e Ivo Alessander, quienes me inspiraron y fueron mi fuerza en distintas épocas de mi vida,

A mi adorado esposo Carlos Ramiro, con su amor y comprensión me ha acompañado en esta nueva meta,

A mis hermanos que sus ejemplos de superación me fortalecieron para alcanzar mi meta. Mi cariño para todos.

RESUMEN

Se realizó un estudio para determinar la cultura de seguridad del paciente en el servicio de Ginecología – Obstetricia del HMEADB, en el mes de diciembre del 2014. Donde se aplicó “cuestionario”, sobre cultura de seguridad del paciente de la “Agency for Healthcare Research and Quality de los Estados Unidos de América.

Con muestra de 48 profesionales de dicha área, donde se estudiaron 12 dimensiones y 42 ítems .

Se logró obtener un diagnóstico inicial de la percepción que tienen estos profesionales de la salud sobre aspectos importantes de la cultura de seguridad de los pacientes.

Se determinaron como fortalezas respuesta mayores o iguales a 60% de respuestas positivas; y se consideraron debilidades u oportunidades de mejoras aquellas que obtuvieron mayores o iguales a 50% de respuestas negativas.

En el servicio se obtuvo en las dimensiones globales (12 dimensiones), cinco dimensiones generales positivas, las cuales son Percepción general de seguridad del paciente, frecuencia de incidentes reportados, aprendizaje organizativo, apoyo de los administradores que dan para la seguridad del paciente, aprendizaje continuo y; las transferencias y transiciones.

Como debilidades u oportunidades de mejoras se encontró: grado de comunicación abierta y respuesta no punitiva a errores.

Los resultados muestran que los participantes contribuyen a la cultura de seguridad del paciente desde su área específica de trabajo, pero consideran trabajar tipo “crisis”.

La notificación de eventos adversos y la toma de decisiones en equipo son aspectos que el personal considera de gran importancia.

Desarrollar una cultura institucional educativa y de manera permanente, mejoramiento de la comunicación con el personal no punitiva ante los eventos reportados eliminando temores mutuos, y mejorar la dotación del personal.

INTRODUCCIÓN.

La seguridad del paciente es un escalafón crítico en la calidad de la asistencia médica en estos días, debido a que no podemos hablar de una atención de calidad, si está no es segura. Los efectos adversos sirven de retroalimentación ya que estos se presentan en cualquier momento de la atención medica, sirven para investigar las causas y barreras, lo que conlleva a evitar que sucedan nuevamente. Esta actividad se ha vuelto más compleja, debe buscarse una salida para evitar consecuencias o daños a los pacientes.

La seguridad del paciente es por lo tanto, una prioridad en los procesos de prestación de servicio de salud y un aspecto importante en la calidad de la atención y su mejora.

Esta problemática ha sido discutida desde el siglo pasado, pero es hasta después del año 2000, con la publicación del libro “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, en el cual se ha mencionado el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud en el año 2004 lanza La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente., que fue puesta en marcha ese año y esta considerado el primer reto Global para la seguridad del paciente. A pesar de los esfuerzos de los estados miembros de la alianza, la falla continua, la calidad esta olvidada en muchos de los procesos del sector salud, se establecieron: Normas y Procedimientos en tratamiento de patologías , fallos del sistema (equipos , materiales y medicamentos etc.), además de Percepción de Riesgos (peligroso, regulado, ultra seguro)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vías de desarrollo, la mayoría de los eventos adversos corresponden: a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente. (6)

Pero el problema que dicha temática abordada, relativamente ha sido poco investigada desde el concepto de “cultura de seguridad”, en el proceso de atención en salud.

La seguridad entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, es considerada, como una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. La prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales es considerada, como un componente indispensable e indiscutible para la calidad.

Es por lo tanto, en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” una cultura positiva en la Seguridad del paciente en esta institución, se debe perfilar como uno de los requisitos esenciales para evitar la aparición de eventos adversos, y si ellos aparecieran poder aprender de dichos eventos de forma proactiva, e implementar medidas dentro del sistema de atención al paciente.

Esta investigación propone describir y conocer la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud que labora en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”., esto servirá como una evaluación inicial y medición de la cultura que poseen los trabajadores con el fin de minimizar errores ,disminuir eventos adversos y diseñar actividades que mejoren la calidad de atención y en el futuro dar seguimiento a esta primera evaluación .

En este estudio se utilizó, para medir la cultura de seguridad del paciente, una encuesta o formulario que ha sido aplicado en más de 380 hospitales de los Estados Unidos de Norteamérica., elaborado por la Agency forHealthcareResearch and Quality (AHRQ). Esta encuesta fue aplicada a todo el personal médico, enfermera y personal técnico del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

ANTECEDENTES

Se realizó una búsqueda en las bibliotecas de las instituciones de salud ,más importante del país y no se encontró evidencia documental similares al presente estudio.

En el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” no existen antecedentes sobre el tema de Cultura de seguridad del paciente, este es el primero que se realiza con el objetivo de analizar la cultura de seguridad del paciente en este centro asistencial, y de esta forma modificar a una adecuada cultura de atención a los pacientes, esto conlleva, además de la medición de la cultura de seguridad a una retroalimentación con los resultados obtenidos, y las conductas subsecuentes que se adopten para llevar a una buena práctica médica.

A nivel nacional, La Asamblea Nacional aprueba la ley N°. 423, Ley General de salud cita inciso 7 referente a Calidad: “Se garantiza el mejor continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme la disponibilidad de recursos de tecnología existente, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible”.

En su artículo 7 refiere son competencias y Atribuciones del MINSA , inciso 17 refiere: “Orientar un sistema básico y aplicación de un sistema básico de garantía de calidad, en todos los proveedores de servicios de salud y administradores de recursos de salud”.

El hospital, debe ser un lugar seguro, debe haber un ambiente de tranquilidad, ya que los pacientes llegan para resolver un problema de salud, un número significativo de pacientes se ven dañados por errores médicos. No existe un instrumento único para medir esta Cultura de seguridad del paciente, pero la mayoría concuerda en algunas dimensiones del clima de seguridad del paciente: liderazgo, políticas y procedimientos, dotación del personal, comunicación y reportes, y datos socio-demográficos de la población a estudio. (1)

En los Estados Unidos, se ha llevado a cabo, como en muchos otros países, el cuestionario de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) con el fin de mejorar, incidir y monitorear su evolución.

A nivel internacional, se han publicado estudios con el objetivo de investigar, sobre la situación de esta importante característica de actitud en las organizaciones; y las iniciativas a tomar para mejorarla. Un estudio realizado en los servicios de urgencias de 30 Hospitales del Sistema Nacional de salud en España,, se encontró que las dimensiones estudiadas fueron: trabajo en equipo, expectativas o acciones, de los responsables de las unidades de salud; pero las evaluadas en la seguridad del paciente fueron recursos humanos y apoyo a la gerencia del hospital.(12)

Se realizó un estudio en la red de los Hospitales de Murcia año 2013, se evaluó a los profesionales sanitarios y la asociación de los factores socio laborales a través de la cultura de seguridad, concluyó que la dimensión Trabajo en equipo en la unidad se destacó en respuestas positivas, y la dotación del personal en respuestas negativas.(2)

Un estudio realizado en 15 hospitales de California, se evaluó la Cultura de seguridad del paciente no sólo a los profesionales de la salud, sino también a personal no médico y administrativos, concluyeron en el análisis que los profesionales de la salud respondieron más complicadas las respuestas, que el personal administrativo; además los resultados variaban mucho de una institución a otra, esto llevo a la conclusión, que los trabajadores de la salud y el personal difiere en sus respuestas y a esto se le llama subcultura.(16)

A nivel internacional se realizaron algunos estudios que solo los mencionaremos:

- El estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales en Latino América.
- EARCAS : Eventos adversos en relación a residencias y centros asistenciales socio sanitarios.

- APEAS : Estudio sobre la seguridad del paciente en Atención Primaria de Salud.

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

En vista, que no existen estudios anteriores a la presente investigación y siendo una preocupación de salud pública, se mostró a nivel Institucional optimismo para realizar este primer análisis sobre la cultura de seguridad del paciente enfocada en el servicio de Ginecología y Obstetricia, con el fin de conocer la sub cultura de seguridad que se práctica en dicha área , contribuyendo así a mejorar, e Instituir a una cultura de seguridad del paciente: en una cultura justa, educativa, y reducir los incidentes y eventos adversos.

Crear o fomentar un entorno seguro de la atención. Educar, capacitar, entrenar y motivar al personal en la seguridad del paciente, con la finalidad de crear una base de conocimiento en el servicio, para implementar mejoras al respecto.

Con este primer análisis, el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” da sus primeros pasos para una futura Acreditación Internacional, ya que conocer sobre la cultura de seguridad del paciente es un requisito indispensable, para las instituciones que brindan servicio de salud, a mejorar en la calidad de atención a los usuarios.

Es de profunda preocupación del Mando del Ejército de Nicaragua, que través de su Cuerpo Medico Militar, se preste a su población de cobertura un servicio de calidad. Enfocado en el nuevo reto que representa las nuevas instalaciones del Hospital Militar, donde se

incrementa el número de población atendida y poder impactar sobre la cultura de seguridad del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente, que tienen los trabajadores participantes en el estudio, del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en diciembre del 2014?

¿Cuáles son las características socio-demográficas de los trabajadores participantes en el estudio?

¿Cuáles son las percepciones en relación a la cultura de la seguridad del paciente de los trabajadores participantes en el estudio?

¿Qué nivel de comunicación existe ante los eventos adversos?

¿Cuáles son las acciones de promoción de la cultura de la seguridad del paciente que se llevan a cabo en estos servicios?

¿Cuál es la actitud de la supervisión ante la seguridad del paciente?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en diciembre del 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar los aspectos socio-demográficos de los trabajadores del servicio Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en Diciembre del 2014.
2. Conocer la percepción general de los trabajadores sobre la seguridad del paciente por dimensiones en el servicio Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en Diciembre del 2014
3. Determinar las fortalezas y oportunidades de mejora, sobre la cultura de Seguridad del paciente, en los trabajadores del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en Diciembre del 2014.

MARCO TEORICO

La medicina con sus avances diarios en tecnología y desarrollo científico ha venido a mejorar las posibilidades diagnosticas y terapéuticos, sin embargo, siempre existe la posibilidad que los pacientes sufran daños que pueden ser fatales , debido a errores que pudieron ser prevenibles.

La cultura de seguridad de paciente :

Es el conjunto de valores , actitudes, percepciones y patrones de comportamiento individuales y grupales que determina el compromiso, la formas de trabajo y desempeño de una institución. (23)

La cultura de seguridad, se basa:

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

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

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

1. Política institucional del paciente, que debe:

- Establecer, implementar y armonizar la política de seguridad del paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo. (24)

2. Promoción de la cultura de seguridad.

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

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

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

- Proceso para el reporte de eventos adversos.
- Que se reporta.
- A quien se le reporta.
- Como se reporta.
- A través de qué medios.

- Cuando se reporta.
- Como se asegura la confidencialidad del reporte.
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros.
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien se reportó.
- Como se estimula el reporte en la institución.

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

Características de la cultura de seguridad:

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS), tomo como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, donde se proponen las siguientes acciones: (14)

- Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada “una atención limpia es atención más segura”

- Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las “mejores prácticas”.
- Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos.
- Lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza.

Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad. Sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que lo generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estas aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose. (25)

Situación del país:

Ley N°. 423, Ley General de Salud, en el Art. 5, “Principios Básicos”, en su numeral 7, el principio de calidad, entendido como: “Se garantiza el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme a la disponibilidad de recursos y tecnología existente, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible”. En el Art. 7, establece las competencias y atribuciones del Ministerio de Salud, definiendo en el numeral 17 que debe “Orientar el diseño de un sistema básico de garantía de la seguridad del paciente”

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

Como parte de la misma política de seguridad del paciente, el Ministerio de Salud, debe contemplar un documento guía de “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud” cuyo propósito es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de lineamientos en sus procesos asistenciales. Calidad, retoma los principios constitucionales, estableciendo en todos los proveedores de servicios de salud y administradores de servicios de salud”. (15)

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

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

SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es un tema de gran importancia en todos los sistemas de salud, tanto para médicos y personal de salud que laboran en dichas instituciones. La preocupación se centra en cuantificación de los eventos adversos y en hallar caminos de soluciones integrales en el sistema de salud.

La prestación de atención médica ambulatoria y hospitalaria, así como en otros servicios de salud, la seguridad del paciente se están tomando inseguras y agregando riesgos innecesarios para estos.

En los últimos años ha aumentado la necesidad de mejorar la seguridad del paciente, principalmente desde la publicación del informe del Institute of Medicine de Estados Unidos, titulado “To Err Is Human:

Building a SaferHealthSystem” (1), donde se pone de manifiesto la alta frecuencia de los efectos adversos (EA) causados por la asistencia sanitaria.

En Francia, se llevó a cabo un estudio para comparar 3 métodos de detección de Eventos Adversos (prospectivo, retrospectivo y transversal).(2) La incidencia de Eventos Adversos en pacientes obstétricas fue del 5,9%, de los que el 64,3% fueron juzgados como prevenibles.

Conscientes de la importancia de una adecuada gestión del riesgo, cada vez más las sociedades de Ginecología y Obstetricia de diferentes países están introduciendo conceptos sobre seguridad de los pacientes en sus publicaciones.

Uno de los efectos adversos asociados a la asistencia médica que más impacto ha producido en la comunidad científica, son los casos del dietiletilbestrol en Estados Unidos y la talidomida en Europa. (3) Desde los años cuarenta en Estados Unidos se pautaba el dietiletilbestrol, un estrógeno sintético, para prevenir el aborto y favorecer la maduración cervical en gestaciones a término.

La seguridad de los pacientes es un aspecto que ha venido teniendo una importancia vital, Según Huamán (2005) el recurso humano, es el más importante para el funcionamiento de cualquier organización. No son las instituciones las que tienen las personas, sino las personas las que hacen las instituciones, son su principal ventaja competitiva y, por lo tanto, son un factor crítico en el que hacer de salud. En su doble papel de ser un factor estructural y productivo de las organizaciones, conforman prácticas, establecen las formas de relaciones, definen valores, organizan y desarrollan el proceso de trabajo en salud, por un lado y por el otro, se articulan con los otros factores de producción para generar servicios de salud.

Siendo los servicios de salud, servicios de personas que atienden personas, es imprescindible reconocer la significación de los recursos humanos, no solo como factor estructural sino también como el principal factor de cambio y transformación; y al mismo tiempo el más fuerte

elemento de sostenibilidad y estabilización de esos cambios cuando éstos se llegan a instalar en la cultura institucional.

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55a Asamblea Mundial de la Salud en el 2002, en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. (6)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables. (4)

Se consideró un Evento Adverso a cualquier lesión o complicación que produjera invalidez, prolongación de estancia o muerte. El Evento Adverso debía haber sido producido por la asistencia sanitaria (o la ausencia de intervención) y no ser consecuencia simplemente del proceso natural de la enfermedad. (5)

La Universidad de Harvard reportó que el 70% de los efectos adversos producto de equivocaciones medicas derivan en discapacidades temporales y el 14% en muertes del paciente, pero también pueden sufrir otro tipo de afectaciones, como las de carácter social, familiar y emocional. (4)

Otros estudios mencionan como consecuencia la prolongación de la estancia hospitalaria, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, situaciones de discapacidad, y el incremento de gastos médicos, que pueden representar miles de millones de dólares anuales. (12)

Para tratar el tema de los errores médicos o eventos adversos, existen dos abordajes: el humano y el del sistema. Con respecto al primero se sostiene que el error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. En el abordaje del sistema, la premisa básica es la de que los seres humanos somos susceptibles a cometer errores, aun cuando trabajemos en la mejor organización, de manera que el sistema debe crear barreras de defensa que los evite.

Por eso, cuando un evento adverso tiene lugar lo importante de la estrategia no es buscar al culpable sino el como y por que las barreras fallaron.

De acuerdo al modelo del queso suizo utilizado por Reason (Figura 1), en la organización deben establecerse defensas, barreras y puestos de seguridad que prevengan la ocurrencia de errores.

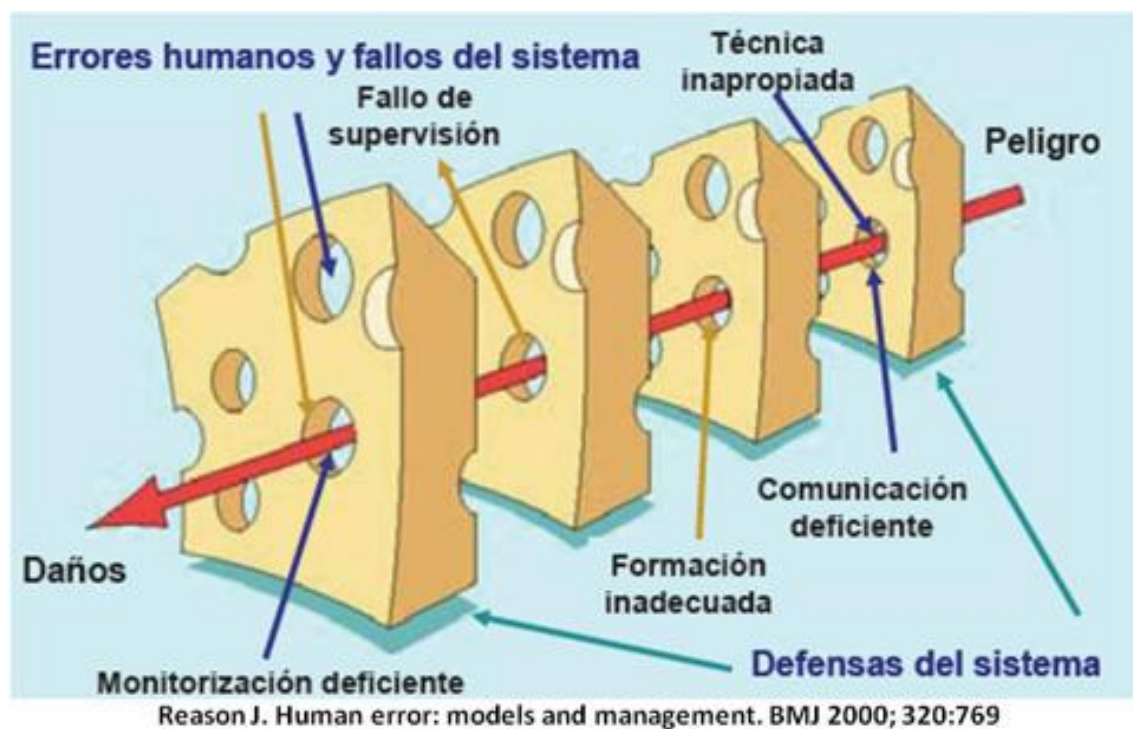


figura 1

Los orificios en las barreras aparecen por dos razones: fallas activas y condiciones latentes. las fallas activas son actos inseguros cometidos

por la gente que está en contacto directo con el paciente, los cuales toman una variedad de formas: deslices, torpezas, equivocaciones y violaciones de los procesos, y por lo general tienen corta vida en la integridad de las barreras de defensa. las condiciones latentes se caracterizan por la inevitable presencia del “huésped patógeno” dentro del sistema; se originan en las decisiones tomadas por diseñadores, constructores, procedimientos y directivos de la organización. Cada decisión puede convertirse en una equivocación, y todas las decisiones tienen la capacidad de introducir patógenos en el sistema.

Las condiciones latentes crean efectos adversos: pueden traducirse en errores provocados por las condiciones del lugar de trabajo (por ejemplo: presión de tiempo, falta de personal, equipo inadecuado, que producen orificios o debilidades duraderas en las barreras de defensa, indicadores y alarmas no confiables, procedimientos inoperantes, diseño y construcciones deficientes, etcétera).

La seguridad de los pacientes, que se ha definido como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro de los servicios de salud, está en la agenda de los principales organismos internacionales que promueven la salud de la población.

En otra definición proporcionada por Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. OMS 2009 que Seguridad del paciente:

- Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

Daño asociado a la atención sanitaria:

- Daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos. No el debido a una enfermedad o lesión subyacente. (21)

Así mismo existen otras definiciones que se han expuesto en dicho informe técnico de enero 2009 de la Organización Mundial de la Salud:

Incidente relacionado con la seguridad del paciente

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

- Cuasi Incidente: No alcanza al paciente.
- Incidente sin daño: alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable.
- Evento adverso: incidente que produce daño a un paciente

Definiendo lo que es **Cultura de seguridad**, según el comité de experto en el manejo de la seguridad y calidad del cuidado en salud:

- Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención. (22)

Singer et al. (7) y Hellings et al. (8) mencionan la necesidad de implementar estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos. En otro referente teórico “Estado del arte del seguimiento a eventos adversos” (9) se evidencian que los eventos adversos no son reportados y se menciona que “el 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y ésta no afecta al paciente éste no es reportado”; en otro estudio (10) se reporta que los profesionales de la salud, siendo las personas más importantes en el proceso, no reportan oportunamente, por miedo a las acciones punitivas en su contra.

Otro estudio realizado con enfermeras y psicólogos refleja que el 95.2% de los Enfermeros sugieren considerar la seguridad del paciente actualmente como una cuestión muy importante en la asistencia médica y un componente necesario del cuidado de calidad (10, 11)

Dentro de la práctica de la ginecología y la obstetricia se tiene una larga tradición de evaluación de la calidad que acompaña la seguridad de la paciente., por representar este un binomio madre e hijo(a), hace imperativo la permanente búsqueda de seguridad que se ha convertido

en un objetivo cada vez más importante, un proceso en el que se suman esfuerzos para pasar de un enfoque punitivo a uno educativo en búsqueda de mejor calidad de vida para los pacientes y los trabajadores de salud.

Es así, que una política de prestación de servicios en salud que contiene tres ejes fundamentales:

- Acceso: posibilidad de que un paciente, así esté en situaciones difíciles, llegue a tener efectivamente acceso a la salud con oportunidad, y a que alguien responda por su seguridad.
- Eficiencia: tiene que ver con todos los mecanismos de gestión: cómo ser eficientes y eficaces; cómo conjugar los recursos para atender debidamente a los pacientes y al tiempo sobrevivir en el sector; cómo lograr un sector más equilibrado, respecto de prestadores de salud, asegurados y el estado.
- Calidad: se relaciona directamente con el paciente; es el requisito y la condición de su atención médica, clínica, de diagnóstico, de tratamiento, o de intervención de ser necesario.

Es por eso que según en un informe del Ministerio de protección social de la República de Colombia, la calidad es uno de los componentes básicos de los tres ejes fundamentales de la política de prestación de servicios. Por eso el énfasis en ella, con el fin de avanzar hacia mecanismos más seguros para el paciente, hacia cómo evitar eventos adversos, hacia cómo efectivamente mejorar las condiciones de salud.

(13)

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

El esfuerzo en la mejora de la seguridad ha sido muy evidente en diferentes sectores profesionales y laborales, siendo este constante y

con mejoras muy sustanciales. Sin embargo, en el sector sanitario la sensación existente es que no se ha avanzado a la misma velocidad. Sectores como la aeronáutica, la energía nuclear o los ferrocarriles confieren un grado de seguridad mayor que en el sanitario, afirmándose que hoy en día es más fácil, fallecer por eventos adversos en el sector sanitario que en cualquiera de los anteriores.

Como se ilustra en la tabla N°1: cual es la situación de los problemas de seguridad en el sector salud de algunos hospitales con respecto a los eventos adversos en la atención de la población, según datos de varios países

Estudio	Objeto del estudio (fecha de las admisiones)	Número de hospitalizaciones	Número de eventos adversos	Tasa de eventos adversos (%)
EE.UU. (Estado de Nueva York, Harvard Medical Practice Study)	Hospitales para enfermos agudos (1984)	30.185	1.133	3,8
EE.UU. [Utah-Colorado Study (UTCOS)]	Hospitales para enfermos agudos (1992)	14.565	475	3,2
EE.UU. (UTCOS) ¹	Hospitales para enfermos agudos (1992)	14.565	787	5,4
Australia [Quality in Australian Health Care Study (QAHCs)]	Hospitales para enfermos agudos (1992)	14.179	2.353	16,6
Australia (QAHCs) ¹	Hospitales para enfermos agudos (1992)	14.179	1.489	10,6
Reino Unido e Irlanda del Norte	Hospitales para enfermos agudos (1999-2000)	1.014	119	11,7
Dinamarca	Hospitales para enfermos agudos (1998)	1.087	175	9,0

* Adaptado de OMS Informe de Secretaría 2001.

Tabla N°1

Para la comprensión y estandarización adecuada de una política y una estrategia de trabajo, se proponen las siguientes definiciones: (13)

Evento adverso: Daño no intencional causado al paciente, como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial; puede o no estar asociado a error.

Complicación: Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente o de su enfermedad.

Incidente: Falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.

Error asistencial: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y lleva a la ocurrencia de un evento adverso; puede generarse desde la planeación de la atención, bien sea por acción o por omisión

Riesgo asistencial: Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud y que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.

Práctica Segura: Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basados en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Evento Centinela: Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente, o la muerte, y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.

FACTORES DE RIESGO

Existe unanimidad en considerar como factor determinante la complejidad del proceso, principalmente porque el número de procedimientos es más elevado, así como el número de medicamentos que habitualmente precisa. Se ha reseñado que casi la mitad de los sucesos adversos están relacionados con un procedimiento técnico o con una intervención quirúrgica.

Otro factor reconocido es el lugar donde se presta la atención. La tasa más elevada de negligencias ocurre en las áreas de urgencias, y suelen ser errores en el diagnóstico o fallos en tratamientos no invasivos. Esto está condicionando otros factores, tales como la sobrecarga asistencial, el estrés y la fatiga, la falta de experiencia y de formación en cuidados urgentes y el tipo de pacientes (graves y complejos).

El aumento y el carácter imprevisible de la demanda como factor de riesgo para un evento adverso.

Simplificando un tema tan complejo, los factores ambientales, sociales y económicos que parecen explicar este aumento de la demanda son los siguientes:

- Factores ambientales y sociales: incidencia de patología laboral y horario que incrementan la consulta; el continuo aumento de la población cubierta por la seguridad social.
- Factores demográficos: la inversión de la pirámide poblacional se asocia a cambios de los patrones de morbimortalidad, elevando, por tanto, la prevalencia de ciertas enfermedades en determinados periodos de tiempo.

La prontitud de toma de decisiones y el corto tiempo

El factor tiempo está ligado inexorablemente al concepto de urgencia; así, la mayoría de los servicios solicitados exigirán con premura ser solucionados de acuerdo al carácter de cada paciente y de cada situación. (15)

TIPOS DE ERRORES

Existen múltiples clasificaciones de los errores en el campo sanitario. A continuación se detallan los más descritos por la bibliografía (Tabla 2).

Errores en los campos del diagnóstico, tratamiento y prevención son los más habituales. Sin embargo, diferentes expertos llaman la atención sobre aquellos desencadenados por los problemas de comunicación, derivados esencialmente en la transmisión de la información.

Clasificación de los errores mas descritos por la bibliografía (tabla 2)

<p>Diagnóstico</p> <p>Error o retraso en el diagnóstico. No utilizar las pruebas indicadas. Utilizar pruebas obsoletas. Fallos en la actuación con los resultados del seguimiento.</p>
<p>Tratamiento</p> <p>Error en la realización de un procedimiento o una prueba. Error en la administración de un tratamiento. Error en la dosis o en el método de utilización de un fármaco. Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta.</p>
<p>Prevención</p> <p>Fallo en proporcionar el tratamiento profiláctico. Seguimiento inadecuado del tratamiento.</p>
<p>Otros</p> <p>Fallo de comunicación. Fallo del equipamiento. Otros fallos del sistema.</p>
<p>(modificado de Leape LI y Cols, 1993) (14)</p>

El desarrollo de la actividad bajo presión

Los servicios de urgencias presentan rasgos diferenciales respecto de las demás atenciones hospitalarias. Por lo general, con respecto a los pacientes:

- Es frecuente que asistan a ellos al comienzo de la enfermedad y lo continúen haciendo para controles.
- Suelen acudir con un gran componente de estrés debido a pensamientos de gravedad o muerte cercana.
- Se presenta alteración brusca de las actividades cotidianas del día y desconocimiento sobre el tiempo que van a emplear en el servicio de urgencias.

- Aunque frecuentemente asisten solos, en ocasiones lo hacen con muchos familiares, congestionando la circulación y la información sobre el servicio.
- Pueden tener sentimientos de culpabilidad por la instauración de la enfermedad.
- Incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad y falta de información sobre la misma. (16)

LA PRESENCIA DE MÉDICOS EN FORMACIÓN

En la mayoría de los hospitales docentes los servicios sanitarios cuentan con médicos internos y residentes en la estructura de los equipos asistenciales, cuyo protagonismo es mayor cuanto más alto es el nivel del hospital, y se trata mayoritariamente de residentes de primer y segundo año. Esta situación exige una continua supervisión por parte de médicos titulados y experimentados, la cual se hace difícil cuando el número de éstos es escaso, y aún más, cuando las unidades están saturadas.

EL DESGASTE PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS.

Actualmente es un hecho relevante que la medicina es una profesión catalogada por diversos autores como de alto riesgo de desgaste profesional. Este riesgo se agrava si además los facultativos ejercen su tarea profesional en un servicio de urgencias. Por las características de los servicios de urgencias tales como la sobrecarga de trabajo, en términos cualitativos y cuantitativos, los efectos se producen en varios niveles.

Efectos subjetivos: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, sentimientos de culpa, irritabilidad, tristeza, baja autoestima, tensión, nerviosismo, soledad.

Efectos cognitivos: incapacidad de tomar decisiones y de concentrarse, olvidos, resistencia a la crítica, bloqueos mentales.

Efectos conductuales: predisposición a accidentes, consumo de drogas, explosiones emocionales, trastornos en el apetito, excitabilidad, incapacidad para descansar, temblores.

Efectos fisiológicos: aumento de niveles de catecolaminas, de corticosteroides, del ritmo cardíaco y de la tensión arterial, sequedad de boca, sudación intensa.

Efectos sobre la salud: asma, amenorrea, dolores musculares, trastornos coronarios, diarrea, mareos, trastornos gástricos, cefaleas, trastornos del sueño, pérdida de la libido, debilidad.

Efectos en las organizaciones: ausentismo laboral, relaciones laborales pobres, escasa productividad, accidentes, altas tasas de cambio de trabajo, mal clima en la organización, antagonismo con el trabajo, insatisfacción con el desempeño de tareas. Todos estos efectos favorecen situaciones de riesgo para la consumación de errores en las decisiones. (17)

Por que implantar un sistema de gestión de riesgos en obstetricia?

Hay varios motivos por los que la seguridad del paciente y la gestión de riesgos en obstetricia debe considerarse un objetivo primordial:

1. El parto es un motivo frecuente de ingreso hospitalario.
2. Los frecuentes problemas legales ligados a esta especialidad. La mayor complejidad de la obstetricia y de la ciencia médica, así como el cambio en la relación médico-paciente, han hecho que los efectos adversos en el parto y el puerperio sean, hoy día, mas conocidos y peor tolerados.
3. La sociedad actual exige que pongamos todos los medios a nuestro alcance para minimizar el riesgo de Eventos adversos derivados de los cuidados recibidos en la gestación, el parto y el puerperio; esta área es un foco de atención frecuente de todos los medios de comunicación.

Calidad de gestión de los recursos humanos

Calidad de gestión en salud

"El marco que caracteriza la gestión de recursos humanos necesaria para el escenario actual, requiere de una gestión que integre la dimensión estratégica del análisis político y técnico, la gestión de los valores para el cambio, la filosofía de calidad y equilibrio financiero y la implementación avanzada de técnicas y tecnología de punta. Elementos que deberán generar estilos de acción capaces de responder al entorno, cualquiera que este sea. Asimismo revisar aspectos de diseño organizacional, y manejo de recursos".(1)

Por su lado Finkel (11)menciona que el individuo como especialista de la calidad y productividad de recursos humanos tendrá en sus manos las herramientas para poder cumplir las siguientes acciones en materia de salud:

- La calidad y productividad primeramente tendrá que identificar y priorizar las necesidades a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida y como uno de sus componentes más importantes; la salud y el medio ambiente.
- Planear, ejecutar y controlar la gestión de servicios de salud, saneamiento básico y ambiental, cumpliendo con las características de eficiencia, eficacia, productividad y calidad para garantizar el impacto social y la transformación de las condiciones de salud de la población.
- Asumir una actitud de liderazgo, con capacidad de educar y educarse, contar con un adecuado conocimiento de organización, planificación y administración de los servicios de salud, de una manera competente y de interacción social, justa, equitativa y solidaria con la comunidad.
- Fomentar los procesos de descentralización, modernización y participación con miras al desarrollo de un mejor proyecto de país.

- Interactuar con otros ejecutivos para mirar hacia el futuro, posicionar la empresa, decidir sobre las inversiones, realizar mercado social, control, auditoría e intervención, siempre en búsqueda de la excelencia y el mejoramiento continuo.
- Desarrollar la capacidad de gestión y la capacidad resolutoria de los organismos de administración y financieros; de las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas o privadas y demás entidades del sector salud en cuanto a educación, información, fomento y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención de salud, con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse. En este sentido, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado el 2003 por el NationalQualityForum de los Estados Unidos. (18).

Cuando la cultura de seguridad es aplicada al cuidado de la salud tiene aún mayor importancia, ya que la seguridad no sólo aplica para la fuerza de trabajo sino también para pacientes que podrían ser dañados por las acciones del personal. La tradicional cultura de seguridad del paciente “culpa y vergüenza” en organizaciones del cuidado de la salud ha sido criticada por obstruir la posibilidad de “aprender de los errores” y ser responsable de causar errores clínicos. Hay un reconocimiento creciente de la necesidad de transformar la cultura organizacional del cuidado de la salud (19).

Helmreich define a la cultura organizacional, como “una compleja red de actitudes nacionales, organizacionales, profesionales y los valores en base a los cuales funcionan los individuos y grupos”. Con frecuencia la cultura organizacional se compara de manera figurada como el pegamento que mantiene unida a la organización y, por lo tanto, se

asume que dicha cultura es un componente importante y contribuye al desempeño de la organización en su conjunto, a la socialización de los trabajadores, de tal manera que estos aumentan su compromiso con los objetivos de la organización. (20)

La cultura de seguridad de acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos.

Actualmente analizar la cultura de la seguridad en la atención de los pacientes dentro de los sistemas de salud, constituye un pilar fundamental, para implementar y arraigar en la organización el valor de la seguridad, permite identificar áreas de fortalezas y oportunidades hacia la mejora continua que permitan establecer un plan de intervenciones, que guíen a establecer cuidados seguros y de calidad en beneficio de los pacientes y sus familias y con ello, minimizar las repercusiones de eventos adversos que dañan la integridad física, emocional y económica de los implicados. Con el aumento del énfasis en el propósito de la seguridad en las organizaciones de cuidado de la salud, crear una cultura de seguridad del paciente se vuelve extremadamente importante.

Por lo tanto, valorar la cultura de seguridad proporciona a una organización un entendimiento básico relacionado con percepciones y actitudes de sus gerentes y personal. Las medidas de cultura de seguridad pueden ser usadas como herramientas de diagnóstico para identificar áreas para mejorar. Una evaluación en este aspecto ayuda a una organización a determinar áreas consideradas más problemáticas que otras; esta valoración puede proporcionar a una organización

material para análisis de “causa/raíz” y generar ideas del propio personal involucrado hacia el mejoramiento. De esta forma, la evaluación en sí misma puede ser manejada como una intervención de seguridad del paciente.

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio es parte de un proyecto de investigación dirigido a establecer una línea de base sobre el tema de seguridad del paciente, en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

1. Tipo de estudio : Es descriptivo, tipo transversal y no experimental.
2. Universo de estudio:
 - La unidad de análisis son los trabajadores del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” constituido por 685 y se desarrolló en el mes de diciembre del 2014. El universo corresponde a todo el personal que labora en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, en el mes de diciembre del 2014.
3. Área de estudio: El área de estudio es el Servicio de Ginecología y Obstetricia.
4. La muestra a estudiar esta constituida por el universo de 48 trabajadores del servicio de Ginecología y Obstetricia: Médicos especialista en Ginecología y Obstetricia, Médicos residentes de la especialidad, enfermeras, auxiliares de enfermería, tomando en cuenta sólo el personal médico y técnico .
5. Muestra :
 - Médicos ,enfermeras y auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de Ginecología y Obstetricia , entrevistados 48 de un total de 63 profesionales para un 67.6% de representación. del universo de los trabajadores del Hospital Militar “Dr. Alejandro Dávila Bolaños ” los trabajadores de Ginecología y Obstetricia representan el 7.04% del total de trabajadores que realizaron el cuestionario.
6. Unidad de análisis: trabajadores encuestados.

Método e instrumentos:

El instrumento de recolección: Se aplicó la encuesta a todo el personal del Hospital militar , seleccionado fue un cuestionario auto-suministrado , que evalúa la cultura de los profesionales de la salud en su versión traducida al español de la "Agency forHealthcareResearch and Quality (AHRQ) (ANEXO I), .que se distribuyó en el auditorio del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", por diez días consecutivos, a todo el personal médico y técnico de las diferentes áreas; el llenado contó con la supervisión del personal de Gerencia de calidad del Centro de Investigación de Estudios de la Salud (CIES) y del propio centro hospitalario. En el cual estaba involucrados los jefes y la dirección del hospital.

De forma paralela cada jefe de servicio suministro un listado de todo el personal a su cargo que ayudo a controlar las asistencias e inasistencias del llenado del cuestionario., el personal que participo en dicha encuesta lo hizo de manera voluntaria., previo llenado el consentimiento informado. ANEXO III.

7. Ética: La encuesta fue voluntaria y se hizo llenar un consentimiento informado previo al llenado del formulario.
8. Trabajo de campo: se llevo a cabo la convocatoria del personal, a través de los diferentes jefes de Departamentos y Servicios, que suministraron las listas del personal a su cargo. Los grupos de profesionales fueron reunidos en un auditorio con un horario desde la 6 am a las 6 pm, en el periodo comprendido del 10 al 19 de Diciembre del 2014. Se mantuvo una colaboración entre la Sub-Dirección Medica del HMEADB y el CIES-UNAN, logrando una supervisión permanente en el llenado de las encuestas.

"Cuestionario de sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital"

Dimensiones Evaluadas

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

1. Percepciones generales de la seguridad del paciente (4 ítems).
2. Frecuencia de incidentes reportados (3 ítems)
3. Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad del paciente(4 ítems)
4. Aprendizaje organizativo y mejora continua (3 ítems)
5. Trabajo en equipo dentro de las unidades (4 ítems)
6. Grado al que la Comunicación es abierta. (3 ítems)
7. Comunicación e información sobre errores (3 ítems)
8. Respuesta no punitiva a errores (3 ítems)
9. Dotación del personal (4 ítems)
10. Apoyo de la administración del hospital a la seguridad del paciente (3 ítems)
11. Trabajo en equipo entre las unidades.(4 ítems)
12. Transferencias y transiciones (4 ítems)

Se incluye además una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestados.

Variables estudiadas:

- Características socio demográficas:
 - Genero

- Edad
- Posición laboral
- Interacción con el paciente
- Antigüedad en el hospital
- Antigüedad dentro del área de trabajo
- Horas de trabajo a la semana.

Percepción de Cultura de seguridad por dimensiones se evaluaron en el Servicio de Ginecología y Obstetricia: Las variables a estudiar fueron las siguientes (ANEXO I).

- Los aspectos socio demográficos a evaluar de los trabajadores fueron: genero, edad, posición laboral, interacción con el paciente, en el hospital, antigüedad dentro del área de trabajo y horas de trabajo a la semana (ANEXO I).
- La percepción de los trabajadores sobre la seguridad del paciente en el servicio de Ginecología y Obstetricia se evaluó a través de los siguientes aspectos: el trabajo diario, la relación trabajador-tiempo, el trabajo en equipo dentro del área y en relación con otras áreas, y las transferencias y transiciones(ANEXO I).
- Determinar las fortalezas y Oportunidades de mejoras en el Servicio de Ginecología y Obstetricia (ANEXO I). Se determinaron a través del análisis de resultados de la encuesta .ante el evento adverso

5. Procesamiento y análisis de la información

El proceso de recolección y tabulación duro 21 días , los datos fueron tabulados con EPI INFO, la consolidación de los datos se formalizo en hoja Excel y el análisis de la misma se efectuó de acuerdo a la guía contemplada por parte del grupo de gerencia del CIES .

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

Tipo Categoría	Tipo de Respuesta
Negativo	Muy en desacuerdo (nunca) Desacuerdo (raramente)
Neutral	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo (a veces)
Positivo	De acuerdo (casi siempre) Muy de acuerdo (siempre)
Tipo de Categoría	Tipo de Respuesta
Fortaleza	Ítems $\geq 60\%$ de respuestas positivas
Debilidades	Ítems $\geq 50\%$ de respuestas negativas

Se clasificaron como Fortalezas aquellos ítems con los siguientes criterios:
$\geq 60\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo .
$\geq 60\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo .
Se clasificaron como debilidad u oportunidad de mejora aquellos ítems con los siguientes criterios:
$\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo
$\geq 50\%$ de respuesta positivas a preguntas formuladas en negativo .

* Para facilitar la interpretación de los datos de negativos se traslado a positivo, para evitar equivocaciones.

Los criterios de inclusión para el estudio:

- Personal del HMEADB., trabajando en forma permanente en la institución.

- Personal medico, de enfermería y técnicos de todos los Departamentos y Servicios del HMEADB.
- Personal que se presentó libremente al llenado de la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Personal trabajando temporalmente en el HMEADB.
- Personal administrativo de todos los Departamentos y Servicios.
- Personal que no desee participar en el llenado de la encuesta.

Se evaluó cada uno de los ítems, independiente de la dimensión, la respuesta positiva acercándose al 100 en preguntas positivas son positivas.

En los porcentajes todo lo que se acerca al 100 luego de 60 es fortaleza, y todo lo que en el lado negativo se acerca a 100, luego de 50 es debilidad.

RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos de la encuesta en las dimensiones de cultura de seguridad del paciente en el servicio de Ginecología y Obstetricia son los siguientes:

Se ha efectuado un estudio descriptivo de la cultura sobre la seguridad de los pacientes en el ámbito hospitalario en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños; en el cual participaron 48 profesionales de la salud, que representa el 67.60 % del total de quienes laboran en dicho servicio.(médicos de base, médicos residentes , enfermeras y auxiliares de enfermería)

El servicio de Ginecología y Obstetricia en el estudio global de Cultura de Seguridad del paciente representa el 7.04% del personal del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños que participó en dicha la encuesta.

Los resultados evaluados son:

9. Aspectos socio demográficos

Con respecto a los datos socio demográficos de los trabajadores del Servicio de Ginecología y Obstetricia se obtuvieron los siguientes resultados:

Genero de los encuestados hay una prevalencia de 79.17% son del sexo femenino y solo un 20.83% son del sexo masculino. (Gráfico 1)

Edad El 43.75% de los encuestados oscilaban en las edades entre los 20 a 29 años, seguido por un 33.33% que oscilan entre 30 a 39 años,(Gráfico 2), el 12.50% oscilaban entre los 50 años o más, un 10.42% oscilaban entre 40 a 49 años.

Posición laboral de los trabajadores El 56.25 % de los encuestados esta asociado a enfermería en todas las categorías (enfermera profesional 22.92%, Lic. Enfermería con 14.58%, auxiliar de enfermería representa el 12.50%., enfermera especialista en 6.25%.,apoyo de enfermería con 4.17%); los médicos residentes representan el 22,92%

de los encuestados, seguido de un 16.67% que corresponde a los médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia.

Antigüedad dentro de la institución El 37.50% refieren que tienen de 1 a 5 años trabajando para la institución, un 31.25% tienen menos de 1 año de trabajar , seguido de un 12.50% labora en el hospital que tiene de 6 a 10 años , un 8.33% tiene de 11 a 15 años; el 6.25% tiene 21 años o más, y solo 4.17% tiene 16 a 20 años de laborar en la institución. (Gráfico N° 4)

Antigüedad dentro del área e trabajo El 50.00% de los encuestados laboran en esta área de 1 a 5 años, igual porcentaje de 6.25% obtuvieron los que tienen de laborar de 6 a 10 años y los de 11 a 15 años; seguidos con igual proporción de 2.08% en las categorías de 16 a 20 años y de 21 años o más.(Gráfico N° 7)

Tiempo laborando en su profesión/ especialidad El 45.83% tiene entre 1 a 5 años de laborar,seguido por el 22.67%que tiene menos de 1 año., y el mismo porcentaje de 8.33% oscilan entre las categorías de 6 a10 años, de 11 a 15 años y de 21 años o más; y solo un 2.08% no respondió a esta pregunta. (Gráfico N° 5)

Horas laboradas la semana El 50.00% trabaja entre 40 a 59 horas a la semana, seguido de un 31.25% que trabaja de 60 a 79 horas, un 10.42% de 80 a 99 horas; seguido del 6.25% tiene 100 horas a la semana o más, solo el 2.08%trabajan menos de 20 horas semanales. (Gráfico N° 8)

Contacto directo con el paciente 97.92% de los trabajadores encuestados tienen contacto directo con el paciente solo el 2.08% no lo tiene. Solo uno de los trabajadores no respondió el tiempo de laborar en su profesión.(Gráfico N° 6)

2. Percepción general de seguridad para las 12 dimensiones evaluadas

Calificación global de las dimensiones

GUIA GLOBAL DE LAS DIMENSIONES HOSPITAL MILITAR ESCUELA 'DR. ALEJANDRO DAVILA BOLAÑOS'				
Nº	Dimensión	% Respuestas positivas	% Respuestas negativas	% Respuestas neutras
1	Percepción general de la seguridad del paciente	65	23	12
2	Frecuencia de incidentes reportados	69	15	16
3	Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente	55	27	18
4	Aprendizaje continuo	67	19	13
5	Trabajo en equipo dentro de las unidades	51	35	15
6	Grado al que la comunicación es abierta	19	52	29
7	Comunicación e información sobre errores	56	22	22
8	Respuesta no punitiva de errores	25	52	22
9	Personal	34	48	17
10	Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	67	16	17
11	Trabajando en equipo a través de las unidades	58	23	19
12	Transferencias y transiciones	63	21	16

Fuente: Encuesta sobre Cultura de Seguridad del paciente HMEADB, Servicio Ginecología y Obstetricia .Diciembre 2014.

Percepciones generales de seguridad, la percepción predominante sobre la seguridad del paciente es buena; con un 65% de los encuestados considera que los sistemas de atención son efectivos en la prevención de los eventos adversos; aunque el 71% de los encuestados considero tener problemas con la seguridad de los pacientes al interior del servicio.

Por otra parte; un 67% considera adecuados el aprendizaje organizativo y mejoras continuas para la seguridad del paciente. Según los encuestados consideran el trabajo en equipo de la unidad en un 51% positivamente.

Con respecto a la percepción de los encuestados, sobre si el personal que labora en el servicio, es suficiente para la seguridad del paciente se obtuvo un 48% de negatividad; pero por otro lado consideran, los encuestados, en un 58% que el trabajo en equipo a través de la unidades es efectiva y con una muy buena cooperación entre las unidades del Hospital.

Los resultados y calificación de los ítems de las distintas dimensiones se reflejan a continuación:

PERCEPCIONES GENERALES DE LA SEGURIDAD EL PACIENTE

Percepciones generales de seguridad de paciente el 65% del consolidado de la dimensión , en el ítem de "la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer mas trabajo tuvieron una respuesta positiva en un 68%,el 67% de los encuestados considera que los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores, el 55% de los trabajadores expresa que el servicio no ocurren errores más serios por casualidades,y en el 71% de los encuestados consideran que no existen problemas con la seguridad del paciente en este servicio.

Frecuencia de incidentes reportados

Sobre la frecuencia de los incidentes reportados el 69% de la dimensión global es positiva, el 73% del personal encuestado asevero que cuando

se comete un error, pero no tiene el potencial para dañar, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado?"; la mayoría de las veces., seguido de un 68% respondió positivamente a la pregunta " cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ,¿qué tan a menudo es reportado?., muy frecuentemente , el 67% del personal siempre o casi siempre reporta cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿qué tan a menudo es reportado?.

Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente

El 55% de la dimensión global respondieron positivamente, el 79 % de los encuestados considera que su supervisor hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez., seguido de un 58% expresa que su jefe o supervisor hace comentarios favorables hace comentarios positivos en el ítem "mi supervisor hace comentarios favorables cuando el ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes"

Aprendizaje organizativo

El 67% de los encuestados respondieron positivamente en el global de la dimensión, de ello en el ítems que corresponde a "Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente "el 75 % respondió de manera afirmativa, seguida de un 71% de respuestas positivas cuando se les pregunto que "Los errores han llevado a cambios positivos aquí." solo el 56%respondieron que "después de hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluaron su efectividad."

Trabajando en equipo dentro de las unidades

En esta dimensión solo el 51% obtuvo respuestas positivas,el 63% respondió que "cuando se tiene que hacer el trabajo rápidamente trabajan en equipo para terminarlo", seguida de un 54% que "el personal se trata con respeto", el 55% del personal considera que

cuando esta ocupados en esta unidad otras no le ayudan, el 49% del personal refiere que la gente se apoya una a otra en esta unidad.

Grado en que la comunicación es abierta

En la dimensión que corresponde al Grado de comunicación es abierta es 52% considera que no hay comunicación, el 77% del personal cree que no se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, el 40% considera que el personal no habla libremente si algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente., el 40% del personal encuestado tiene miedo de hacer preguntas cuando algo parece no estar bien.

Comunicación e información sobre errores

En esta dimensión la respuesta global fue del 56% positivas, sobre los ítems el mas alto de respuestas positiva es 67% del personal considera que nos informa respondieron q sobre los errores que se cometen en esta unidad, seguido de un 60% que si considera que en esta unidad se habla sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometerse, solo el 33% de los encuestados considera que no hay retroalimentación sobre los incidentes reportados.

Respuesta no punitiva de errores

A la dimensión de "Respuesta no punitiva a errores "el 65% expresa que cuando se informa de un incidente , 56 % del personal se siente que la persona es a la que reportan y no al problema, seguidos del 51% del personal se preocupa que sus errores sean guardados en sus expedientes, y el 50% siente que sus errores son considerados en su contra.

Personal

En total solo el 34% del global de la dimensión fueron positivos. El 63% considera que no tenemos suficiente personal, el 56% opina que trabajamos en tipo crisis , en un 48% del personal considera que trabaja más trabaja de lo que es mejor para el cuidado del paciente.

Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente .

Se obtuvo respuesta global a esta dimensión de manera positiva en un 67%, un 83% consideran que las acciones de la dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria; de igual forma en un 67% consideran que la dirección provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente; el 52 % del personal encuestado considera que la dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente, en esta el 23% considera que si es así solo cuando ocurre un efecto adverso.

Trabajando en equipo atreves de la unidades

Solo obtuvimos un 58% de respuestas positivas del global, sin embargo 75 % de los encuestados considera que "las unidades del hospital trabajan bien juntas, el 71 % no le agrada trabajar con personal de otro servicio, seguido de un 48% de los encuestados consideran que existe buena cooperación entre las unidades, y solo un 40 % del personal encuestado consideran que las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.

Transferencias y transiciones

En el global de respuesta positiva fue del 63% fueron positivas , 77% de los encuestados consideran que los cambios de turno no son problemáticos para los pacientes en este hospital, el 68% del personal opina que no se pierde información importante de cuidados de paciente durante cambios de turnos., seguido de un 54% de encuestados piensa que no hay problemas de información.

FORTALEZAS

En la dimensión de la Percepción general de la seguridad del paciente se obtuvieron un 65% de toda la dimensión , analizando esta dimensión encontramos que el personal en un 68% considera que la seguridad nunca se sacrifica por hacer más trabajo esta también es una fortaleza., seguido del 67% consideran que nuestros procedimientos y sistemas

son efectivos para la prevención de errores el 71 % considero positivamente ya que reconocen que tenemos problemas para la seguridad del paciente., esto da como resultado un fortaleza donde la seguridad del paciente es valorada y tomada en cuenta por el personal.

En la Dimensión de Frecuencia de incidentes reportados se obtuvo el 69% de respuestas en positivo. Con respecto al Aprendizaje organizativo el 67% dieron respuestas positivas. Así mismo, con respecto al Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente se obtuvo un 67% de respuestas positivas. Transferencias y transiciones con 63%

DEBILIDAD Y OPORTUNIDAD DE MEJORAS

Según el método de estudio se clasificaron debilidad o oportunidad de mejora aquella dimensión o ítems con los siguientes criterios:

En esta categoría se considera como debilidad la dimensión que obtenga 50% o mas de respuestas negativas o positivas según como se formularon en positivo o en negativo .

Respuesta no punitiva de errores 52% de respuestas fueron respuestas negativas. El 50% del personal respondieron que siente que sus errores son considerados en su contra, el 56 % del personal considera que se le reporta a el y no el problema como tal, y 51 % del personal se preocupa por la seguridad que los errores cometidos sean guardados en el expediente.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

En dicho grupo de encuestados prevaleció el sexo femenino con un 79%; y dentro del grupo etéreo conformado entre los 20 – 29 años de edad con un 43%, seguido del grupo de edades entre los 30 – 39 años con un 33.3%; siendo 22.92% de grupos etéreos de 40 a 50 años o más.

El 50% de ellos tienen de 1 años a 5 años laborando en la área y en esa misma categoría de años solo el 37.50% laborando en el hospital, seguido de un 31% con menos de 1 año de laborar en la institución lo que deduce que tienen de 1 a 5 años como experiencia en su profesión y/o especialista; a diferencias otros hospitales donde el personal tiene mayor experiencia y mayor edad, esto se debe a que el personal con más experiencia busca mejores oportunidades de trabajos con mayor remuneración económicas, por lo tanto, adquieren experiencia en el hospital y luego se retiran por lo expuesto anteriormente., esto puede afectar el aseguramiento y el cumplimiento de procedimientos y procesos., además de la calidad de atención al paciente.

La posición laboral de los encuestados en su mayoría esta conformado por médicos especialistas en formación y enfermeras profesionales en un 66.67%, hay un porcentaje bien significativo de que los profesionales tiene de 1 a 5 años de experiencia profesional con un 68.75%, de los cuales enfermería representa 56.2% con mayor fuerza laboral, con lo que demuestra que el hospital tiene con profesionales jóvenes tanto en edad y en experiencia profesional., comparado con otros estudios de 15 hospitales en California, hay diferencia donde los profesionales tiene mayor edad y más experiencia, lo que garantiza mayor calidad y seguridad al paciente.

En cuanto a horas laborables el 50% del personal encuestado trabaja entre 40 a 50 horas semanales y el 41.67% mas de 60 horas semanales,es de mencionar que el código del trabajo de Nicaragua, en el cap. 1 art. 51, dispone que la jornada de trabajo diaria no debe exceder las 8 horas, y no debe trabajarse más de 48 horas a la

semana, la mitad del personal labora cumpliendo la norma, y un alto porcentaje trabaja más del tiempo estipulado disminuyendo la capacidad de resolución ya que el personal entre más horas labora disminuye la seguridad del paciente, sobre todo en la idiosincrasia en el país donde las enfermeras que debido a su responsabilidades económicas, trabajan hasta en 2 hospitales al mismo tiempo. (26)

El 97.9% del personal encuestado interactúan directamente con los pacientes, esto coincide con estudios internacionales., en España y Estados Unidos.

2. PERCEPCION GENERAL DE LA SEGURIDAD

De acuerdo a la metodología de estudio se clasificaron como fortalezas la dimensión o aquellos ítems con los siguientes criterios.

Se considera **fortaleza** la dimensión que obtuvo 60% o más de respuestas positivas o respuestas negativas según las preguntas formuladas ya sea en positivo o negativo.

En el presente trabajo sobre la cultura de seguridad del paciente que tienen los trabajadores del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños". ,en diciembre 2014; existen muchos aspectos por mejorar para lograr prestar atención de calidad y dentro de esta conseguir que la cultura de seguridad del paciente sea realmente asumido por todo el personal que labora en la institución en especial en el servicio de Ginecología - Obstetricia.

En el servicio se obtuvo en las dimensiones globales (12 dimensiones), cinco dimensiones generales positivas: a cerca de la **Percepción de seguridad del paciente con un 65%** hay una valoración positiva, la mayoría del personal reconoce que hay problemas con la seguridad en este servicio que los procedimientos son efectivos para evitar errores sin sacrificar la seguridad del paciente por hacer más trabajo.

La **Frecuencia de incidencias reportados** los errores reportados eventos adversos constituye también una respuesta positiva con 69%, los eventos adversos son reportados siempre teniendo o no riesgos de

dañar al paciente, lo que refleja un sentido de responsabilidad y de conocimiento de seguridad al paciente, por parte del personal. Así como el **Aprendizaje ocupacional** el personal reconoce los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad del paciente, con 67% de respuesta positiva y que los errores les ha llevado a realizar cambios positivos .

Un aspecto importante es el **Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente** es positiva en 67% consideran que hay un interés por parte de la dirección del hospital proveer un ambiente favorable y demuestra que la seguridad del paciente es su prioridad. Y para concluir sobre las dimensiones positivas la última corresponde a **transferencias y transiciones** con un porcentaje de 63% donde los cambios de turnos se consideran apropiados y que no se pierde información por lo se da un buen manejo de procedimientos y continuidad de los pacientes.

Debilidades u oportunidad de mejoras :

Según el método del estudio se considera como una debilidad de la institución la dimensión o ítems que obtenga un 50% o más de respuestas negativas o positivas según se formulan las preguntas en positivo o negativo respectivamente.

En esta dimensión se encuentra **la comunicación** la cual recibe un porcentaje de 52% con oportunidad de mejora, representando una debilidad ya que el personal tiene miedo de expresar decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, esta debe mejorarse por que debe haber una comunicación fluida entre jefes y subordinados que vendrá a favorecer el trabajo en equipo, y desaparecer temores que afectan esa dimensión. Igualmente en la **Respuesta no punitiva de errores** con un 52% de opinión negativa, considera que pueden verse expuestos a represarías al reportar eventos adversos y que al reportar los mismos se ven reportados ellos y no el problema, debe considerarse como una oportunidad de mejora ya que el reporte debe ser tomado como un análisis, que sirva como mecanismo de ayuda entre los profesionales de este servicio, para corregir y minimizar errores.

Sobre la dimensión la **dotación del personal** el personal refiere que tiene mucha carga laboral y que frecuentemente se trabajan “tipo crisis” poniendo en riesgo la calidad de atención y seguridad del paciente. Existen correlación de estos resultados en este primer estudio del hospital Militar Escuela con otros estudios realizados en Murcia, España y en el Hospital Padre Hurtado en Chile.

FORTALEZAS

En la dimensión de la Percepción general de la seguridad del paciente se obtuvieron un 65% de toda la dimensión, analizando esta dimensión encontramos que el personal en un 68% considera que la seguridad nunca se sacrifica por hacer mas trabajo esta también es una fortaleza., seguido del 67% consideran que nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores el 71% considero positivamente ya que reconocen que tenemos problemas para la seguridad del paciente., esto da como resultado un fortaleza donde la seguridad del paciente es valorada y tomada en cuenta por el personal.

En la Dimensión de Frecuencia de incidentes reportados el 69% obtuvimos de respuestas en positivo lo que conlleva a pensar que muchos de estos errores no son reportados.

Un aspecto importante a tomar en cuenta como fortaleza dentro de la servicio de ginecología y obstetricia son las respuestas positivas que se obtuvo en aprendizaje organizativo con un 67%, el apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente con un 67% y la Transferencias y transiciones con 63%; lo que disminuye el riesgo de eventos adversos, lo que se encuentran iguales resultados en la literatura internacional consulta.

DEBILIDAD Y OPORTUNIDAD DE MEJORAS

Según el método de estudio se clasificaron debilidad o oportunidad de mejora aquella dimensión o ítems con los siguientes criterios:

En esta categoría se considera como debilidad la dimensión que obtenga 50% o más de respuestas negativas o positivas según como se formularon en positivo o en negativo.

Respuesta no punitiva de errores

El 52% de respuestas fueron respuestas negativas considerando una oportunidad de mejoras en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar.

El 50% del personal respondieron que siente que sus errores son considerados en su contra, el 56 % del personal considera que se le reporta a él y no el problema como tal, y 51 % del personal se preocupa por la que los errores cometidos sean guardados en el expediente, por lo tanto esta es una dimensión que puede ser valorada como una Oportunidad de mejora por que los trabajadores a pesar de los eventos adversos y el temor de las medidas que la administración puede tomar , tiene gran preocupación de corregir y desarrollar la cultura de seguridad del paciente. , esto puede llevar a esconder información por temor a las medidas administrativas o sanciones , sin valorar si estos son tomados en cuenta o no, para analizar y corregir.

CONCLUSIONES

El presente estudio fue el primero realizado en el Hospital Militar escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños que sirve para hacer una valoración de los conocimientos que tienen los trabajadores sobre la cultura de seguridad, a su vez servirá para un análisis posterior para medir el impacto positivo o negativo para la institución.

El estudio concluye que:

1. Se ve reflejado en la encuesta donde el perfil socio-demográfico de los mismos están representados todas las posiciones laborales del servicio de Ginecología - Obstetricia, con un predominio de quienes trabajan directamente con los pacientes, lo que da una muestra representativa.
2. Los resultados muestran que los participantes contribuyen a la cultura de seguridad del paciente desde su área específica de trabajo, pero consideran trabajar en "crisis" por sobrecarga de trabajo, aumentando el margen de error en la seguridad del paciente.
3. La notificación de eventos adversos y la toma de decisiones en equipo son aspectos que el personal considera de gran importancia. Al mismo tiempo se considera que existe una pérdida de información sobre los eventos adversos por la estructura jerárquica de la Institución.
4. Se identifica como una importante fortaleza la percepción del Trabajo de Equipo. Como debilidades se identificó la importante percepción de los profesionales encuestados acerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los Eventos Adversos

RECOMENDACIONES

1. Crear un sistema de vigilancia continua y seguimiento de reporte de incidentes., basándonos en desarrollar una cultura institucional educativa y de manera permanente, mejoramiento de la comunicación con el personal no punitiva ante los eventos reportados eliminando temores mutuos, y mejorar la dotación del personal.
2. Realizar un nuevo estudio en el termino de un año o dos que permita evaluar el impacto de las estrategia a implementar en la institución para el desarrollo de la cultura de seguridad, esto reflejara una valoración diagnostica de las fortalezas y debilidades que se analizaron en el presente estudio.
3. Realizar un Departamento de calidad y Seguridad del paciente; que conlleve a ver el problema de seguridad como un equipo

BIBLIOGRAFIA

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a Safer Health System. Comité on Quality of Health Care in América, Institute of Medicine; 2000.
2. Michel P, Quenon JL, De Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ*. 2004; 328:199.
3. Saunders EJ, Saunders JA. Drug therapy in pregnancy: the lessons of diethylstilbestrol, thalidomide, and bendectin. *Health Care Women Int*. 1990;11:423-32.
4. Holden D, Quinn M, Holden DP. Clinical risk management in obstetrics. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2004; 16: 137-142.
5. Padilla-Castillo M, et al. Efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en ginecología y obstetricia: una revisión crítica. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(2):90-9
6. Organización Panamericana de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Internet] [citado 13 febrero 2009]. Disponible <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.
7. Singer S, Gaba D, Geppert J, Sinaiko A, Howard S, Park K. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 112-118.
8. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur International*. 2007; 20 (7): 620-632.

9. Murillo D. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones. Cap. 5. España: Ediciones Díaz de Santos; 2006.
10. Nieva VF, Sorra, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003; 12 (Suppl II): 17- 23.
11. Vangeest J, Cummins D. An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety Results of a National Study of Physicians and Nurses. National Patient Safety Foundation®. [Internet] Ontario, Canadá [citado el 13 de febrero de 2009] Disponible en <http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf>.
12. Telles-tamez me. evento centinela en la atención obstétrica: prevención de caídas. *Rev Enferm Inst. Mex. Seguro Soc.* 2008; 16(1): 27-30.
13. República de Colombia, Ministerio de la protección Social, Dirección general de Calidad de Servicios. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia, 2ª ed.; 2008
14. Leape LI, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. *Qual Rev Bull* 1993;8:144-9.
15. Giralde SM. Eficiência e da qualidade em hospitais administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. *Acta Med Port* 2007; 20: 471-490.
16. Núñez Sc. identificación de errores determinantes del retorno de pacientes dados de alta en urgencias [tesis doctoral]; 2005
17. Gambone Jc, Reiter Rc. elements of a Successful Quality improvement and patient Safety program in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008; 35: 129-145.
18. The National Quality Forum: Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus report. Washington: NQF; 2003.

19. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 63(3): 310-319.
20. Helmreich RL, Merritt AA. *Culture at work in aviation and medicine: national, organizational, and professional influences*. Aldershot; Brookfield, VT, USA: Ashgate; 1998.
21. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
22. <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>
23. Ministerio de la protección social. *la seguridad del paciente y la atención segura*. Colombia, Diciembre 2009.
24. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS). *La seguridad del paciente en siete pasos*. Reino Unido.
25. Organización panamericana de la salud. *Por la seguridad del paciente*.
26. Da Silva Gama; Souza Oliveira, Adriana; Saturno Hernández; Pedro Jesús. *Cultura de seguridad del paciente y factores asociados a una red de hospitales públicos españoles*, Rio de Janeiro, 29(9):283-293 febrero 2013.

Anexos

ANEXO I. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

1. Identificar los aspectos socio-demográficos de los trabajadores en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" en diciembre del 2014.

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

2. Conocer la percepción de los trabajadores sobre la organización y funcionamiento del Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" en diciembre del 2014

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA DE MEDICION
PERCEPCION 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
DOTACION 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 seguridad del paciente - El Trabajo diario es de tipo crisis 	<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 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.	% de entrevistados por opinión emitida: <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 TRAVES DE LAS UNIDADES	Grado en que las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.	% de entrevistados por opinión emitida: <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 TRANCISIONES	Grado en que se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.	% de entrevistados por opinión emitida: <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 - Los cambios de turno son problemáticos 	<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

3. Identificar el nivel de comunicación ante los eventos adversos de los trabajadores del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" en diciembre del 2014.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA DE MEDICION
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 COMUNICACION	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

COMUNICACION E INFORMACION 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 los informes de incidentes - Informe sobre los errores cometidos en la unidad - Comunicación en la unidad para prevenir y evitar la ocurrencia de errores 	<ul style="list-style-type: none"> - Positivo: Siempre / Casi siempre - Negativo: Nunca / Raramente - Neutral: A veces 	Nominal
RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES	Percepción del trabajador ante la respuesta del reporte de un error	% de entrevistados de acuerdo al tipo de respuesta ante el reporte de un error: <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 HOSPITAL 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.	% de entrevistados de acuerdo a la opinión del apoyo administrativo: <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

4. Identificar la actitud de la supervisión en relación a la seguridad del paciente de los trabajadores del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" en diciembre del 2014.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA DE MEDICION
EXPECTATIVAS Y ACCIONES DEL SUPERVISOR PARA PROMOVER LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	Percepción del trabajador 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 - El supervisor toma en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad - El supervisor sacrifica la seguridad cuando la presión de trabajo se incrementa - 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

Sección A: Su área/unidad de trabajo, continuado

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

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

15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección B: Su supervisor/director

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

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

Sección C: Comunicación

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

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

Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

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

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

Sección E: Grado de seguridad del paciente

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

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

Sección F: Su hospital

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

Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

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

Sección F: Su hospital, continuado

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

Sección G: Número de incidentes reportados

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

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

Sección H: Información general

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

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

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

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

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

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

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

7. Género

- 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 III. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación titulada "Medición de cultura y conocimientos sobre seguridad del paciente en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños", con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Dr. Noel Turcios, Subdirector Médico del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y el Dr. Sergio Gutiérrez, Docente e Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Esta encuesta consta de dos tipos de cuestionarios. El primer cuestionario pregunta sus opiniones, percepciones y creencias personales sobre cosas relacionadas con la seguridad del paciente, los errores en la atención y el reporte de eventos en su servicio/área de trabajo y del hospital en general. El segundo cuestionario pregunta sobre sus conocimientos de los temas de seguridad del paciente, prevención de caídas y aspectos básicos del manejo de la hipertensión arterial.

La encuesta es anónima y su llenado es voluntario. La negativa a participar en el estudio no tendrá ninguna repercusión en su trabajo. La información que se recoja podrá ser publicada solo con datos consolidados del hospital en general y de subgrupos compuestos por cinco o más miembros. La información no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Para garantizar su anonimato los cuestionarios no incluyen nombres. Además para evitar identificación de resultados individuales, los resultados del estudio serán únicamente presentados de forma de subgrupos con los resultados agregados de al menos cinco participantes; de esta forma en el caso de que haya un servicio/área de trabajo y/o una calificación/posición con cuatro o menos participantes los resultados no se presentarán ni individuales ni como subgrupos.

Tomará unos 20 minutos para completar el cuestionario sobre cultura y unos 40 minutos para el cuestionario de conocimientos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Noel Turcios y el Dr. Sergio Gutiérrez. He sido informado (a) de que los objetivos del estudio y me han indicado también que tendré que responder dos tipos de cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Dr. Noel Turcios al teléfono 88517336.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Dr. Noel Turcios al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Tabla Nº 1 Características Socio-Demográficos del personal del servicio Ginecología y Obstetricia HMADB.

Muestras de las Características		
HMEADB		
Características socio-demográficas	Total (N=48)	%
AÑOS EN EL HOSPITAL		
< 1 AÑO	15	31.25%
1 - 5 AÑOS	18	37.50%
6 - 10 AÑOS	6	12.50%
11 - 15 AÑOS	4	8.33%
16 - 20 AÑOS	2	4.17%
21 AÑOS Y MAS	3	6.25%
TOTAL	48	100%
AÑOS EN AREA		
< 1 AÑO	16	33.33%
1 - 5 AÑOS	24	50.00%
6 - 10 AÑOS	3	6.25%
11 - 15 AÑOS	3	6.25%
16 - 20 AÑOS	1	2.08%
21 AÑOS Y MAS	1	2.08%
TOTAL	48	100%
HRS A LA SEMANA		
>20 HRS	1	2.08%
20 - 39 HRS		
40 - 59 HRS	24	50.00%
60 - 79 HRS	15	31.25%
80 - 99 HRS	5	10.42%
100 HRS Y MAS	3	6.25%
INTERACCION PACIENTES		
SI	47	97.92%
NO	1	2.08%
TOTAL	48	100.00%

Fuente: Encuesta

Tabla Nº 2 Características Socio-Demográficos del personal del servicio de Ginecología y Obstetricia HMADB.

Tabla 2		
Muestras de las Características		
HMEADB		
Características socio-profesional	Total (N=48)	Porcentaje %
POSICION LABORAL		
ENFERMERIA ESPECIALISTA	3	6.25%
ENFERMERA PROFESIONAL	11	22.92%
LIC. EN ENFERMERIA	7	14.58%
AUX. DE ENFERMERIA	6	12.50%
MÉDICO ESPECIALISTA	8	16.67%
MEDICO RESIDENTE	11	22.92%
GENERO		
MASCULINO	10	20.83%
FEMENINO	38	79.17%
Total	48	100.00%
EDAD		
20-29 AÑOS	21	43.75%
30-39 AÑOS	16	33.33%
40-49 AÑOS	5	10.42%
50 AÑOS Y MAS	6	12.50%
Total	48	100.00%

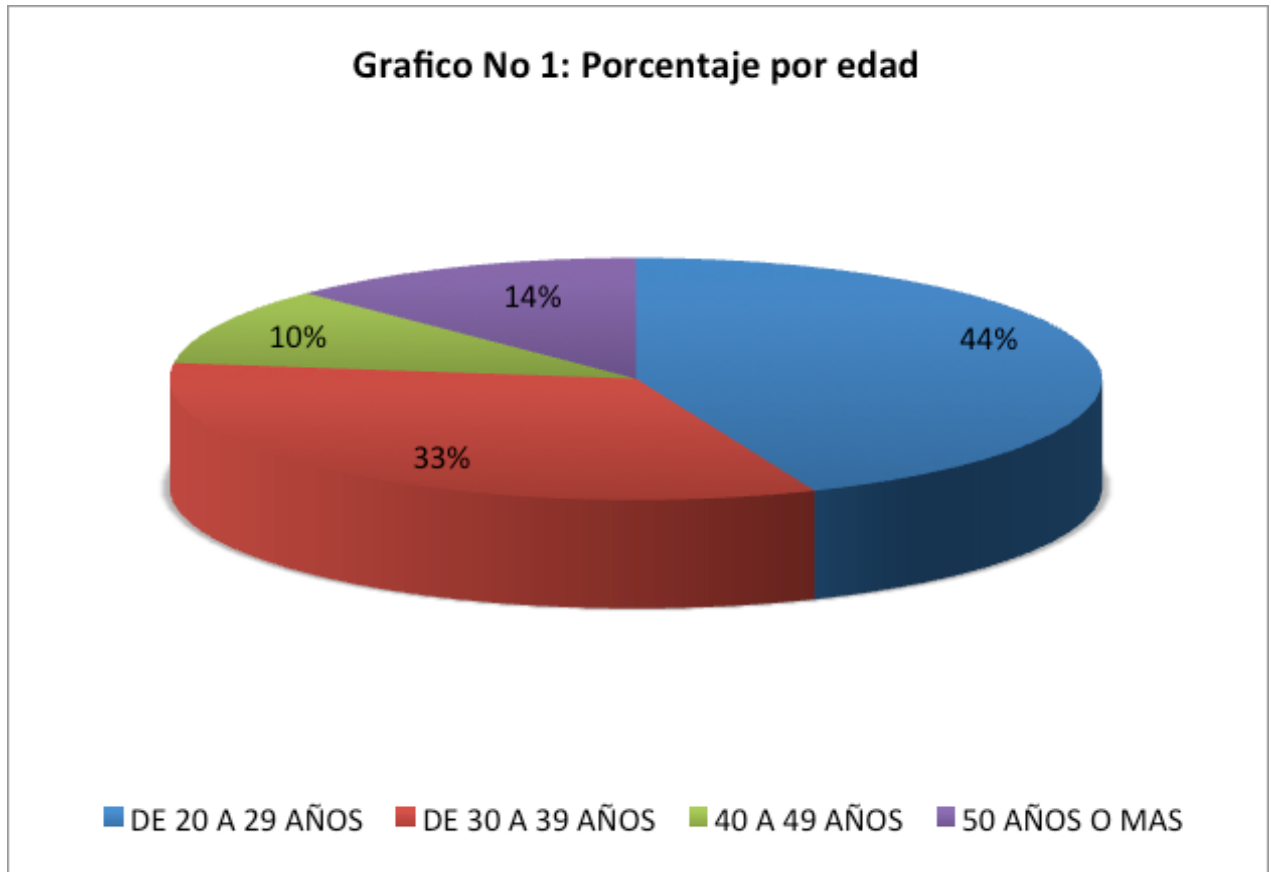
Fuente: Encuesta

Tabla No. 3 Puesto de trabajo del personal que labora en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HMAEDB.

Categoría	Posición Laboral	Nº de encuestas	Porcentaje %
Médicos	Médico especialista, Médico residente y Médico general	19	39.59%
Enfermeras	Auxiliar de enfermería, enfermera profesional, Lic. en enfermería y enfermera especialista	27	56.25%
	Total	48	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 1: Distribución por grupo de edades del personal que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



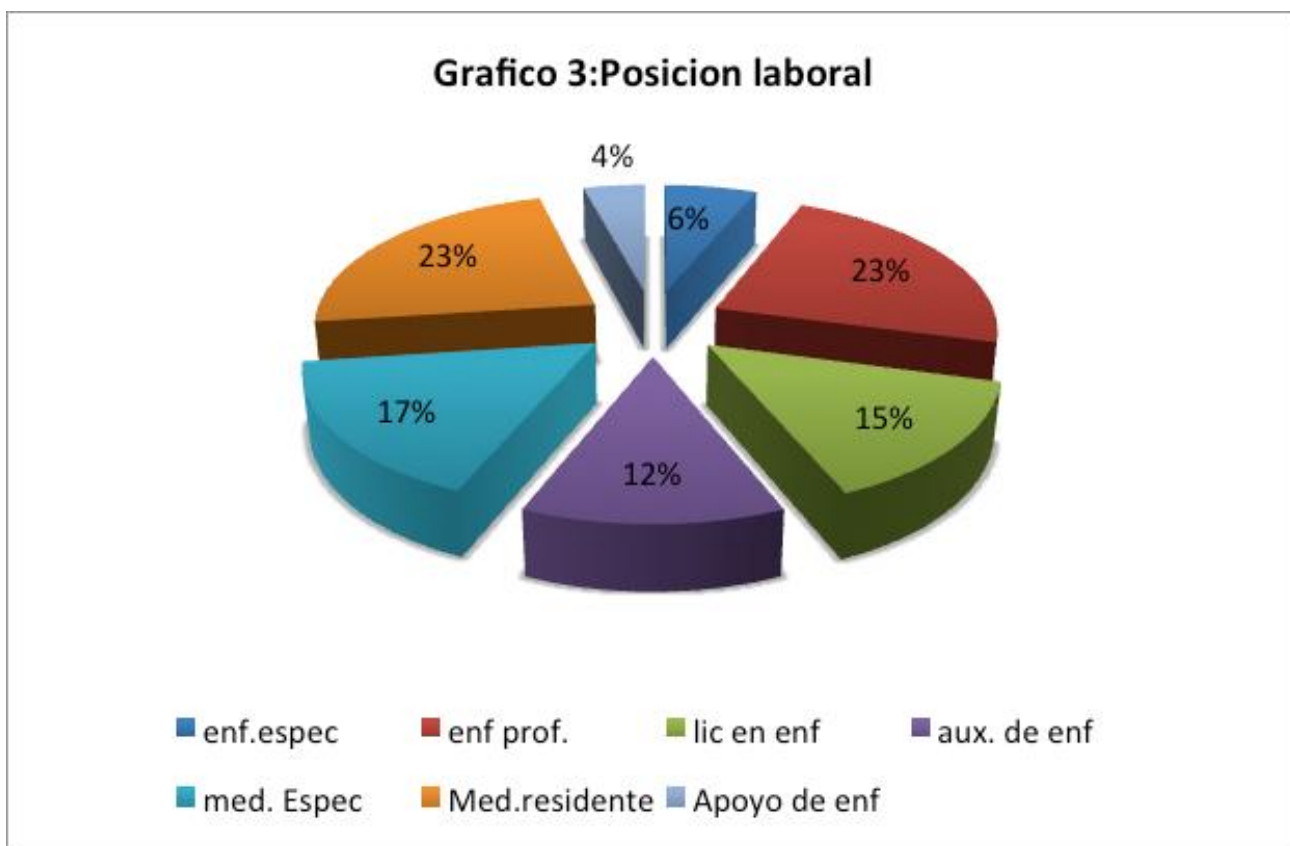
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 2: Relación según sexo del personal que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



Fuente: Encuesta

Gráfico N° 3: Relación según posición laboral del personal que labora en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



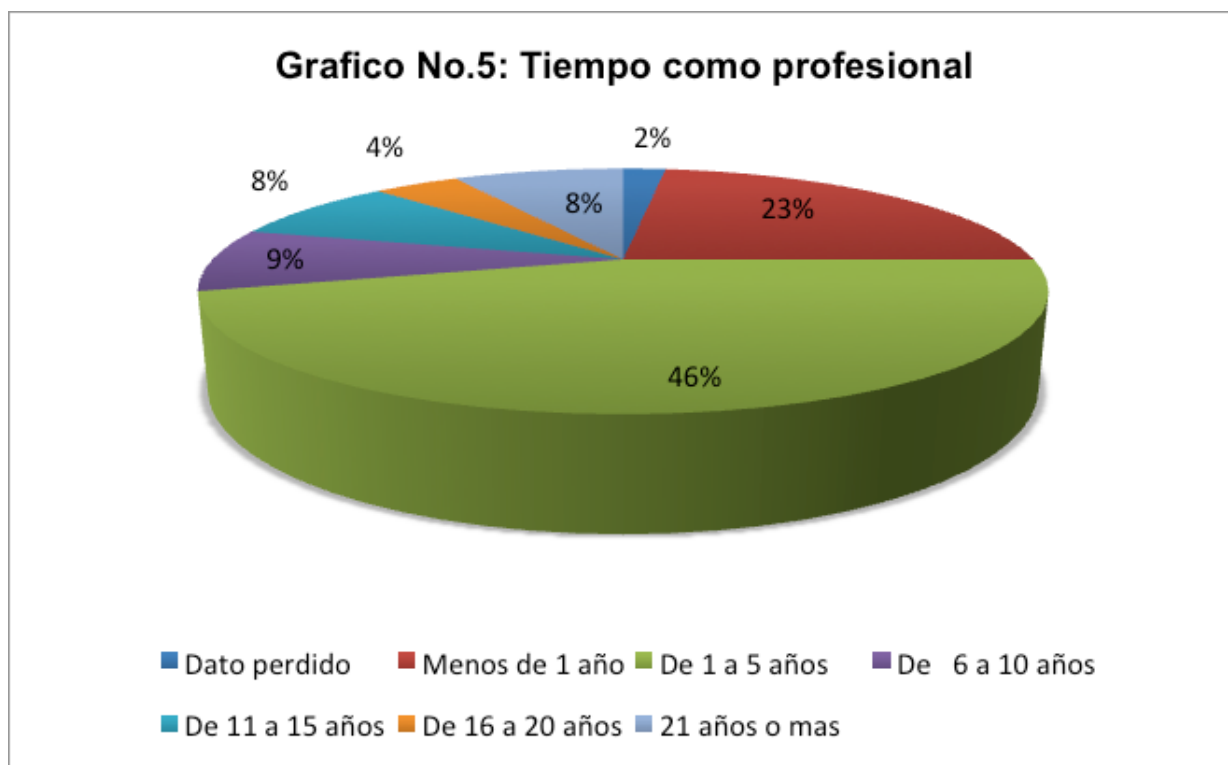
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 4: Relación según tiempo de laboral del personal en el Hospital del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



Fuente: Encuesta

Gráfico N° 5: Relación según tiempo como profesional del personal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



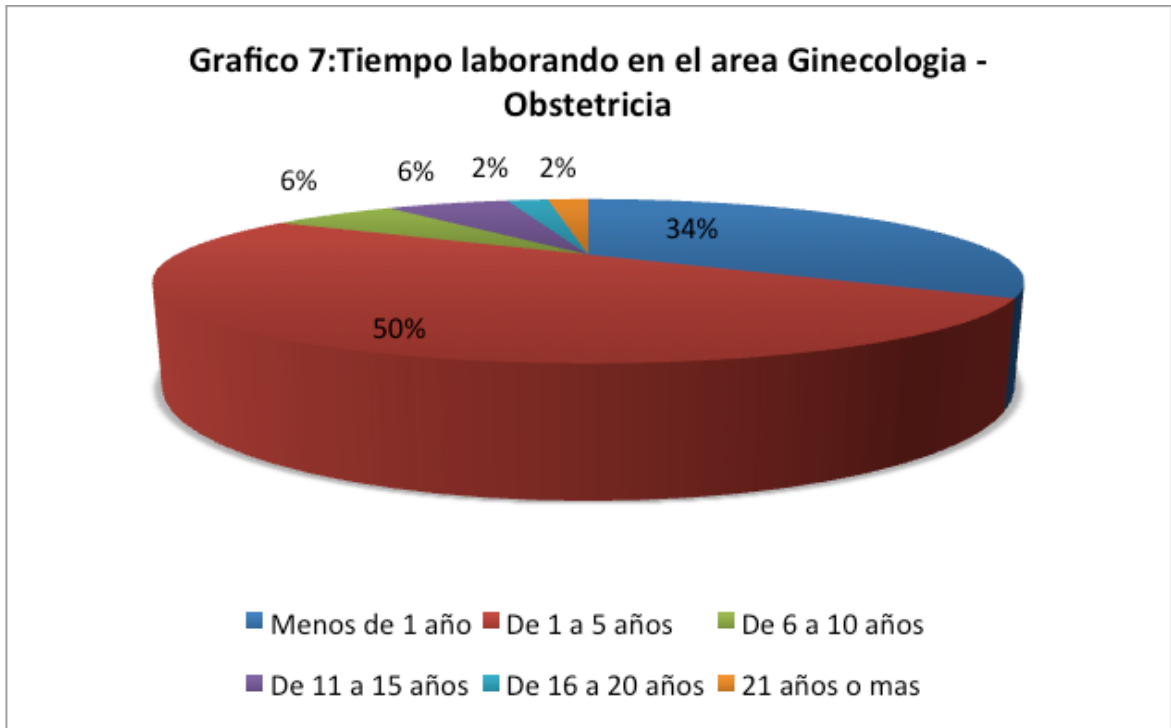
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 6: Relación de los trabajadores que tienen contacto directo con el paciente en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



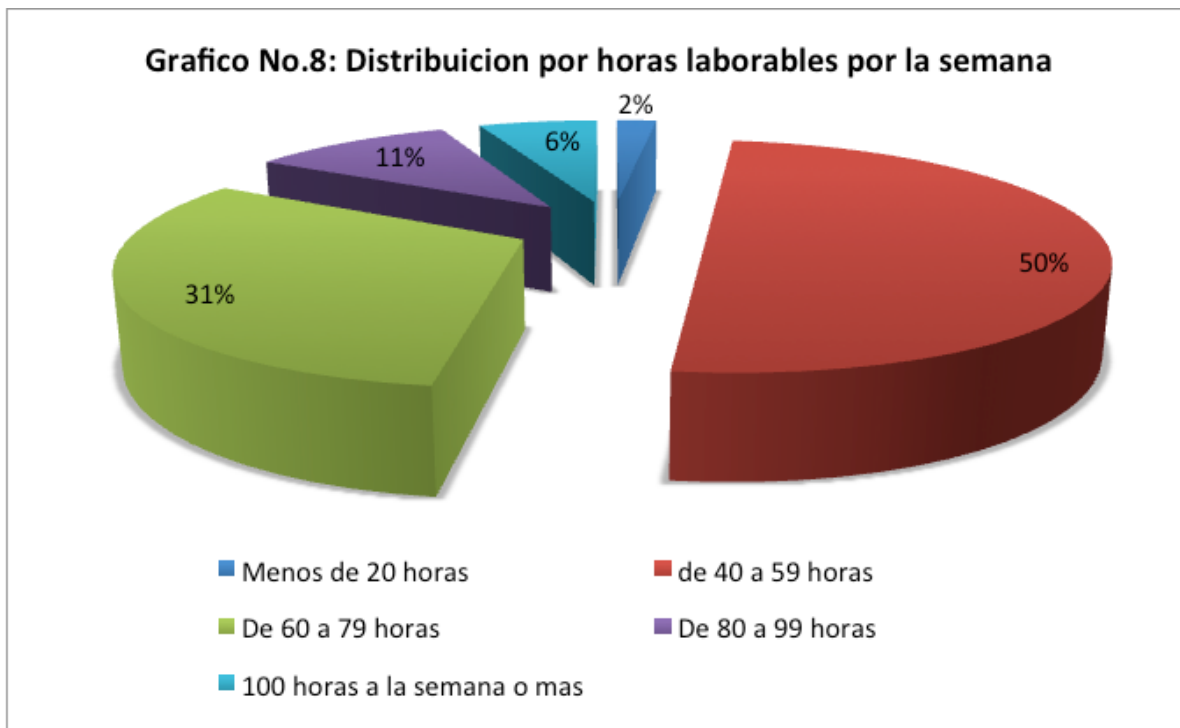
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 7: Relación del tiempo de laboral en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



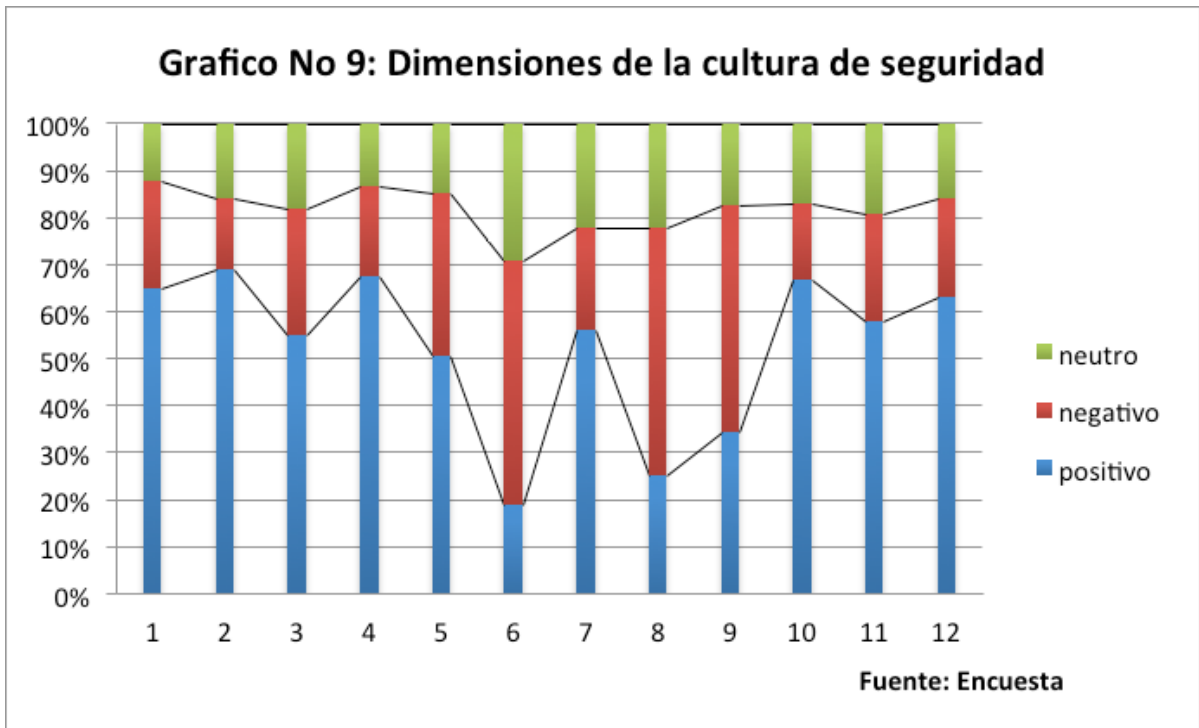
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 8: Distribución por horas laborales por semana del personal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



Fuente: Encuesta

Gráfico Nº 9: Dimensiones de cultura de seguridad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.



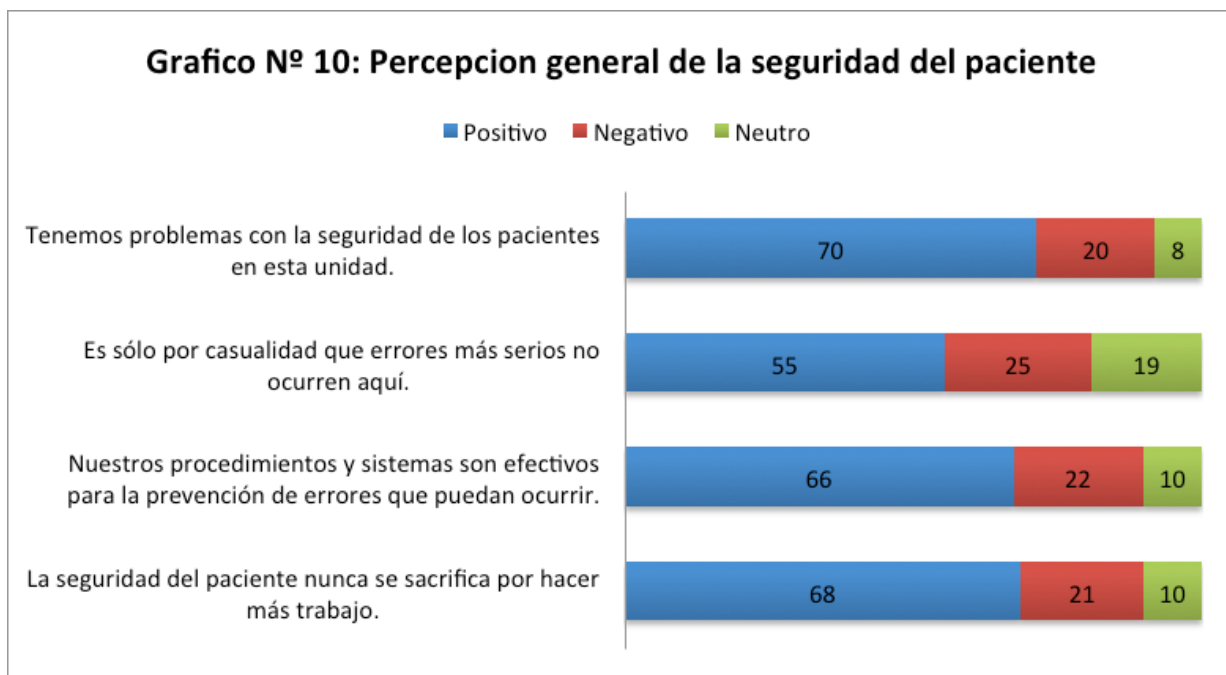
Fuente: Encuesta

Tabla N°10: Relación de percepción general de la seguridad del paciente en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Percepciones generales de la seguridad del paciente	65	23	12
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	68	21	11
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	67	23	10
Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	55	26	19
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad	71	21	8

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 10: Relación de percepción general de la seguridad del paciente en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



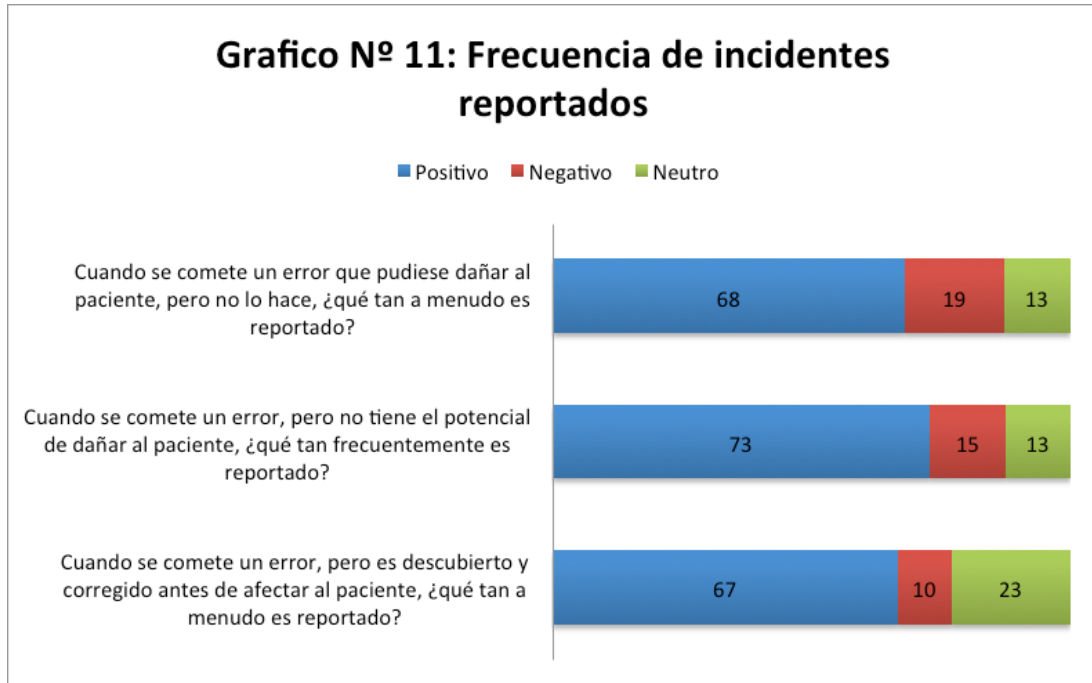
Fuente: Encuesta

Tabla N°11: Frecuencia de incidentes reportados en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Frecuencia de incidentes reportados	69	15	16
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	67	10	23
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	73	15	13
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	68	19	13

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 11: Frecuencia de incidentes reportados en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



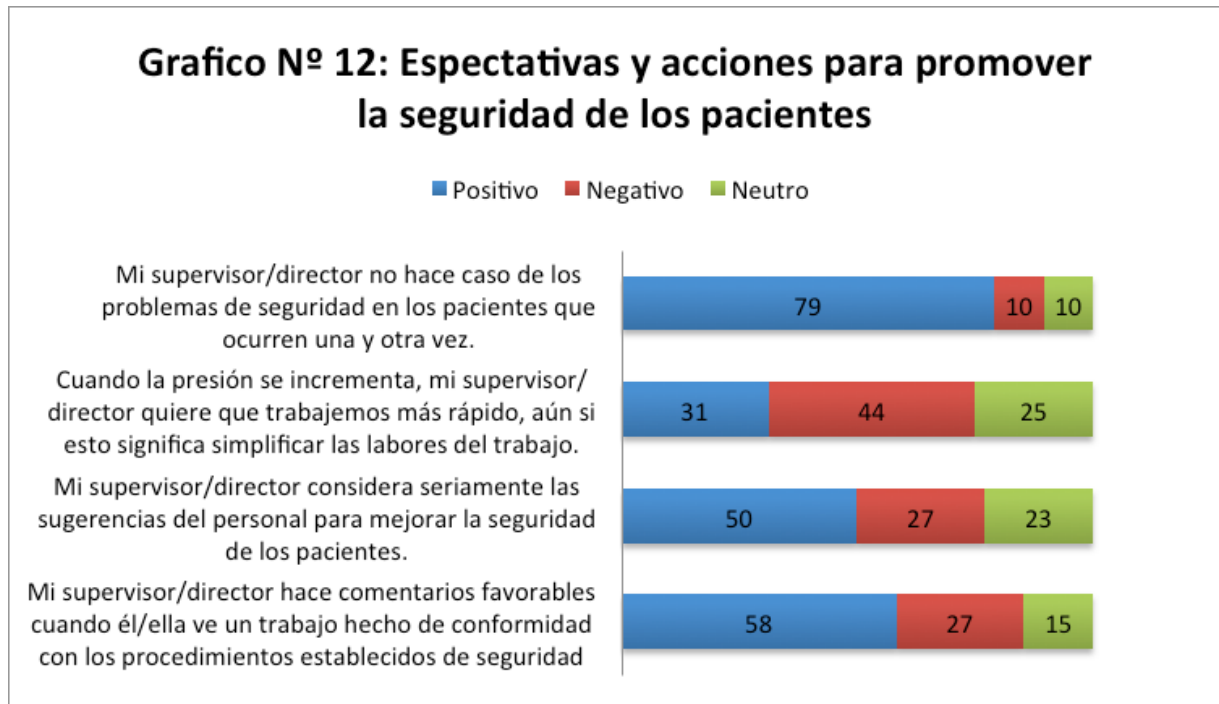
Fuente: Encuesta

Tabla Nº 12 Expectativas y acciones para promover la seguridad de los pacientes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	55	27	18
Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	58	27	15
Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	50	27	23
Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	31	44	25
Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	79	10	10

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 12 Expectativas y acciones para promover la seguridad de los pacientes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



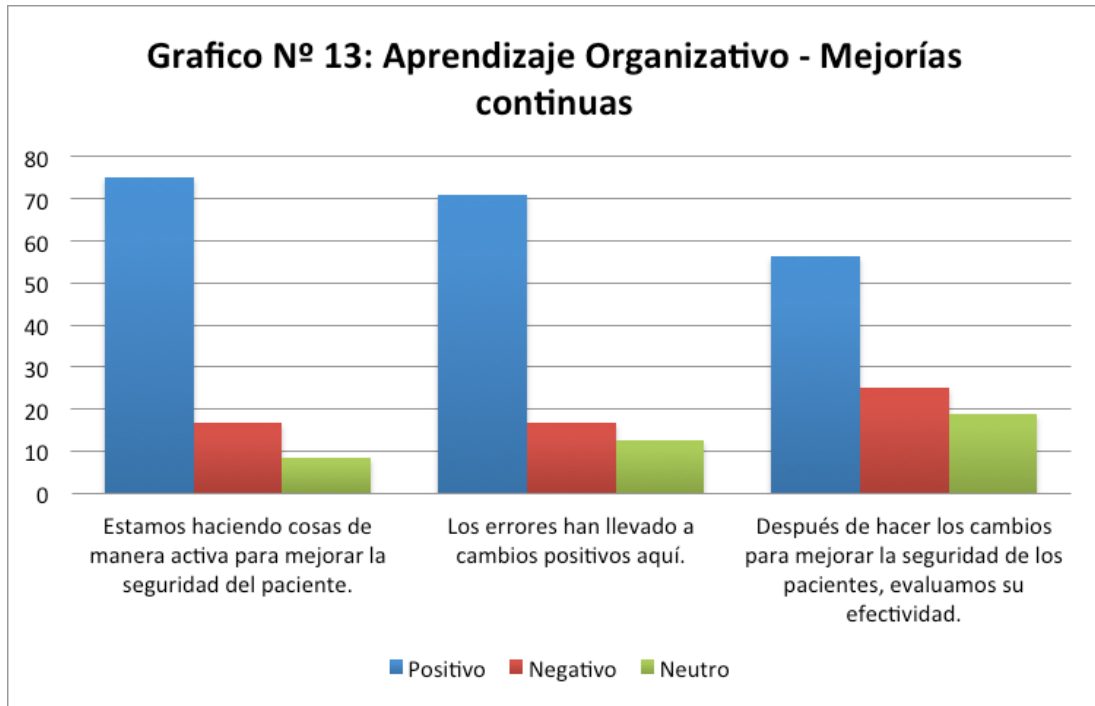
Fuente: Encuesta

Tabla Nº 13: Aprendizaje Organizativo - Mejorías continuas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Aprendizaje organizativo-- Mejorías continuas	67	19	13
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	75	17	8
Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	71	17	13
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	56	25	19

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 13: Aprendizaje Organizativo - Mejorías continuas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HMEADB.



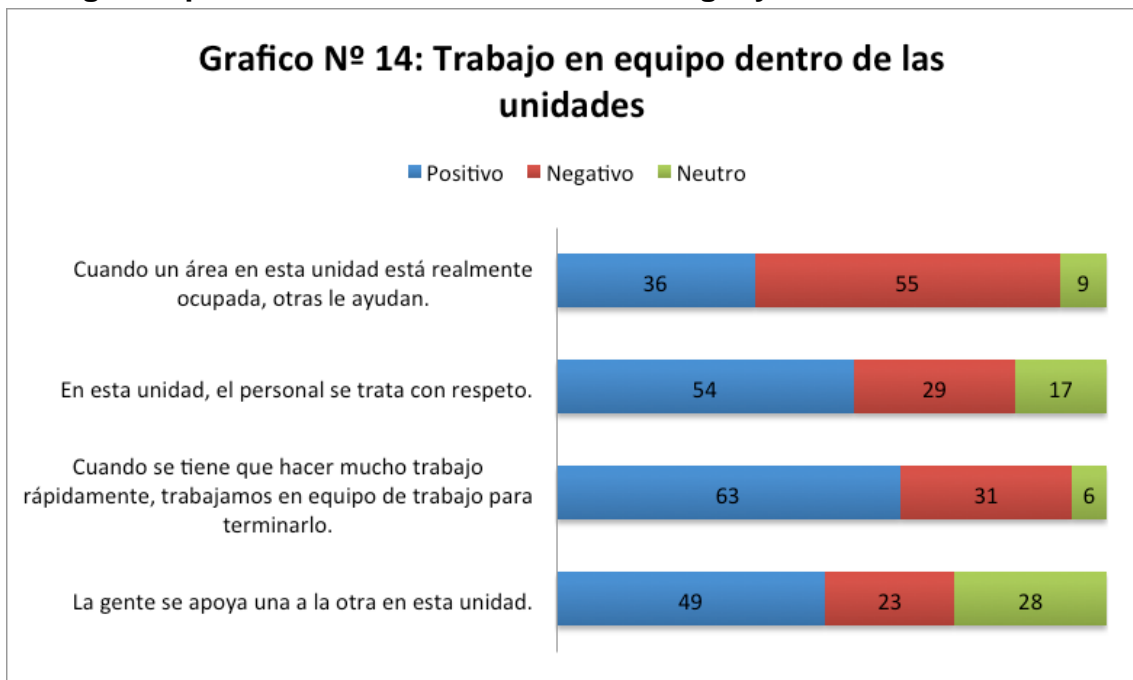
Fuente: Encuesta

Tabla N°14: Percepción del trabajo en equipo dentro de las unidades según el personal del Servicio de Ginecología-Obstetricia en HMEAD.

	% positivo	% negativo	% neutro
Trabajando en equipo dentro de las unidades	51	35	15
La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	49	23	28
Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	63	31	6
En esta unidad, el personal se trata con respeto.	54	29	17
Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	36	55	9

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 14: Percepción del trabajo en equipo dentro de las unidades según el personal del Servicio de Ginecología y Obstetricia en HMEAD.



Fuente: Encuesta

Tabla N° 15: Grado de percepción al que la comunicación es abierta en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Grado al que la comunicación es abierta	19	52	29
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	28	40	32
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	10	77	13
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	19	40	42

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 15: Grado de percepción al que la comunicación es abierta en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.

Fuente: Encuesta

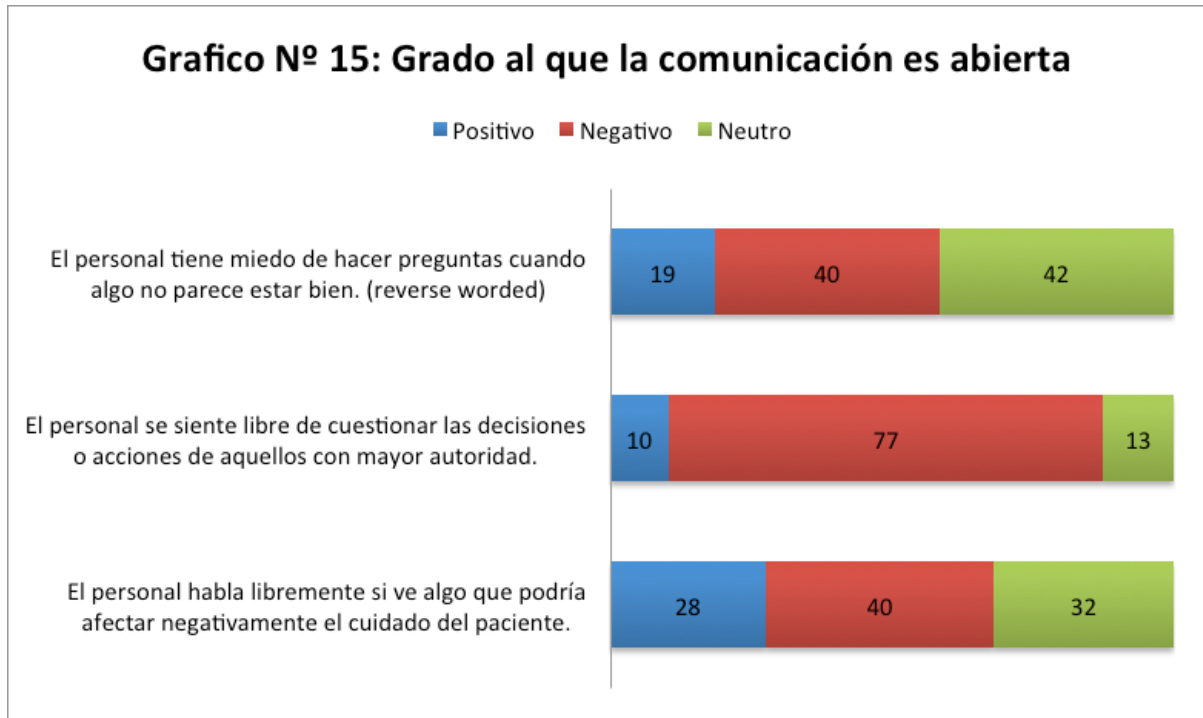
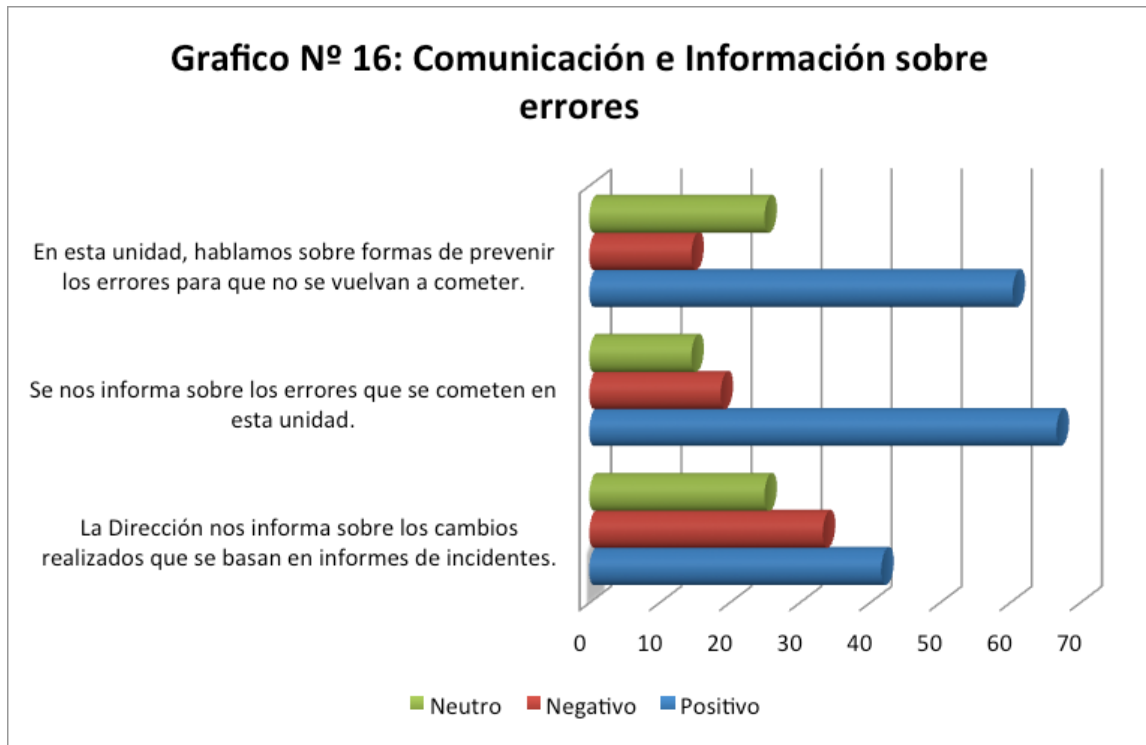


Tabla N° 16: Percepción sobre la comunicación e información sobre errores en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Comunicación e información sobre errores	56	22	22
La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	42	33	25
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	67	19	15
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	60	15	25

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 16: Percepción sobre la comunicación e información sobre errores en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB. (2014)



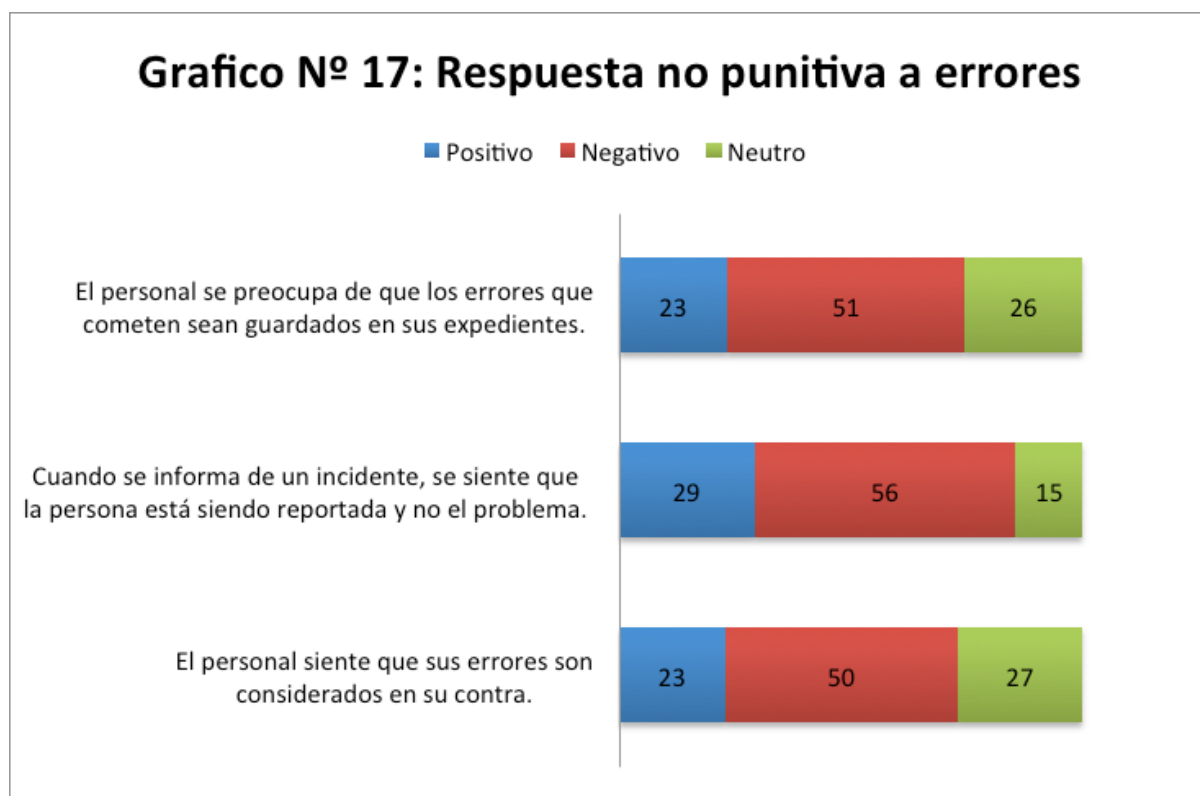
Fuente: Encuesta

Tabla N° 17: Percepción sobre Respuesta no punitiva a errores en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Respuesta no punitiva a errores	25	52	22
El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	23	50	27
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	29	56	15
El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	23	51	26

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 17: Percepción sobre Respuesta no punitiva a errores en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.



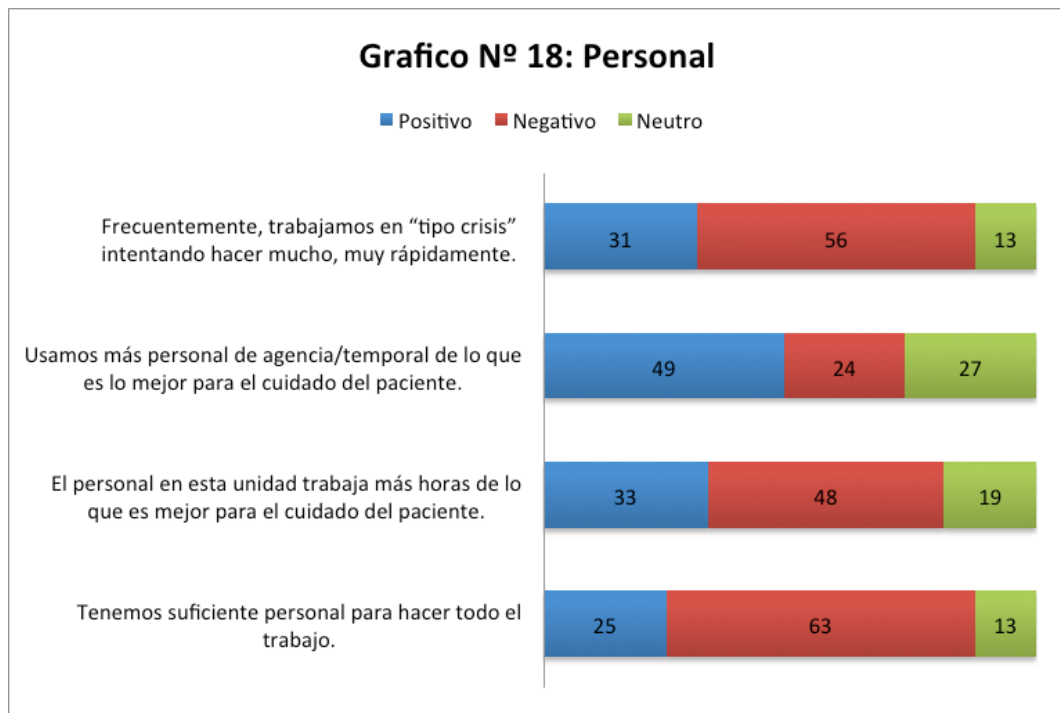
Fuente: Encuesta

Tabla N° 18: Percepción sobre el personal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Personal	34	48	17
Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	25	63	13
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	33	48	19
Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	49	24	27
Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente.	31	56	13

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 18: Percepción sobre el personal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.



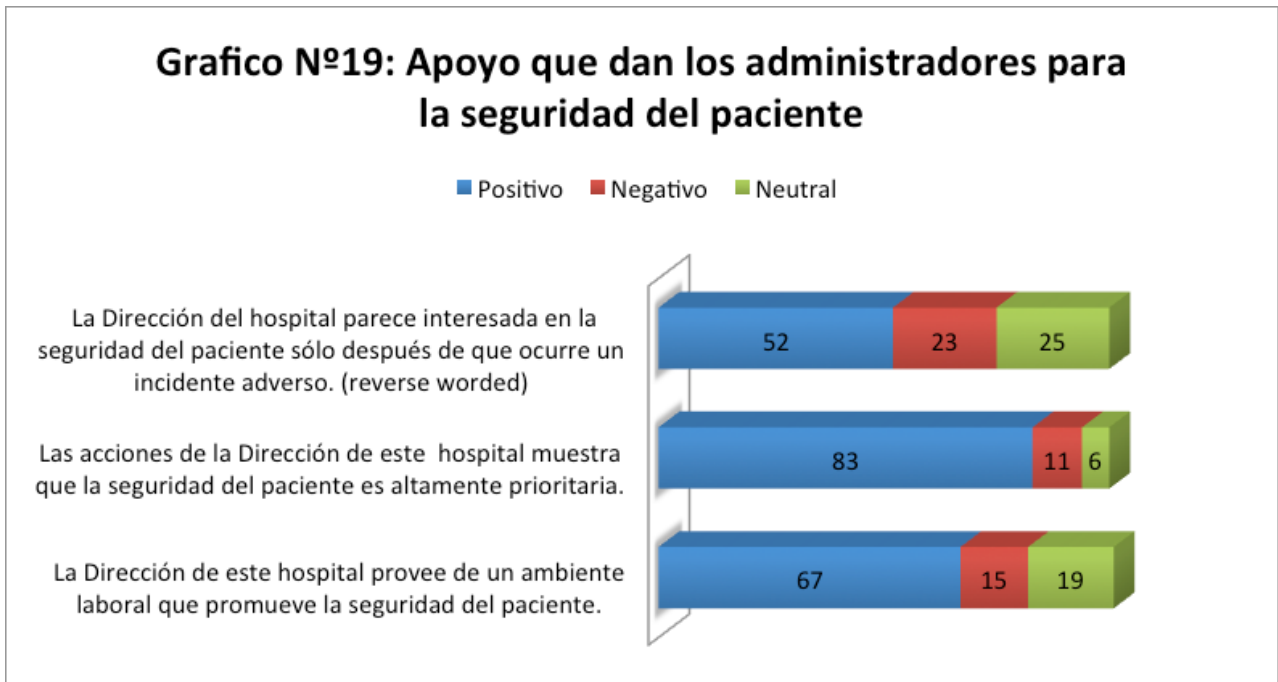
Fuente: Encuesta

Tabla N° 19: Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	67	16	17
La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	67	15	19
Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	83	11	6
La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	52	23	25

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 19: Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.



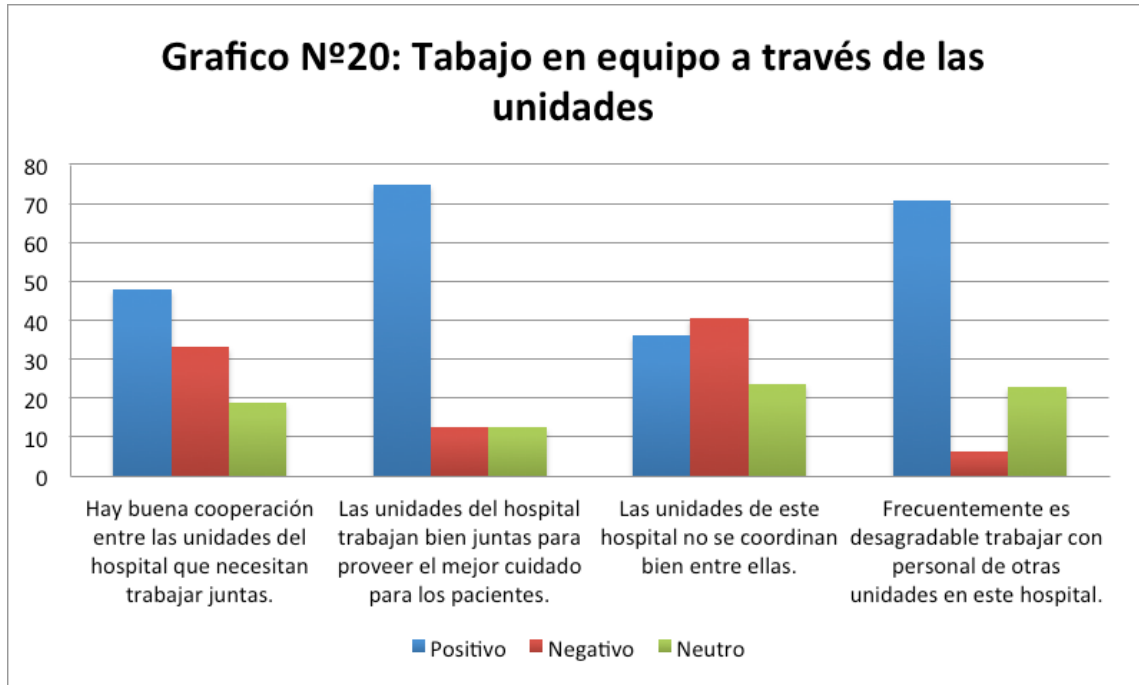
Fuente: Encuesta

Tabla N° 20: Percepción sobre el Trabajo en equipo a través de las unidades en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Trabajando en equipo a través de las unidades	58	23	19
Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	48	33	19
Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	75	13	13
Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	36	40	23
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	71	6	23

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 20: Percepción sobre el Trabajo en equipo a través de las unidades en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.



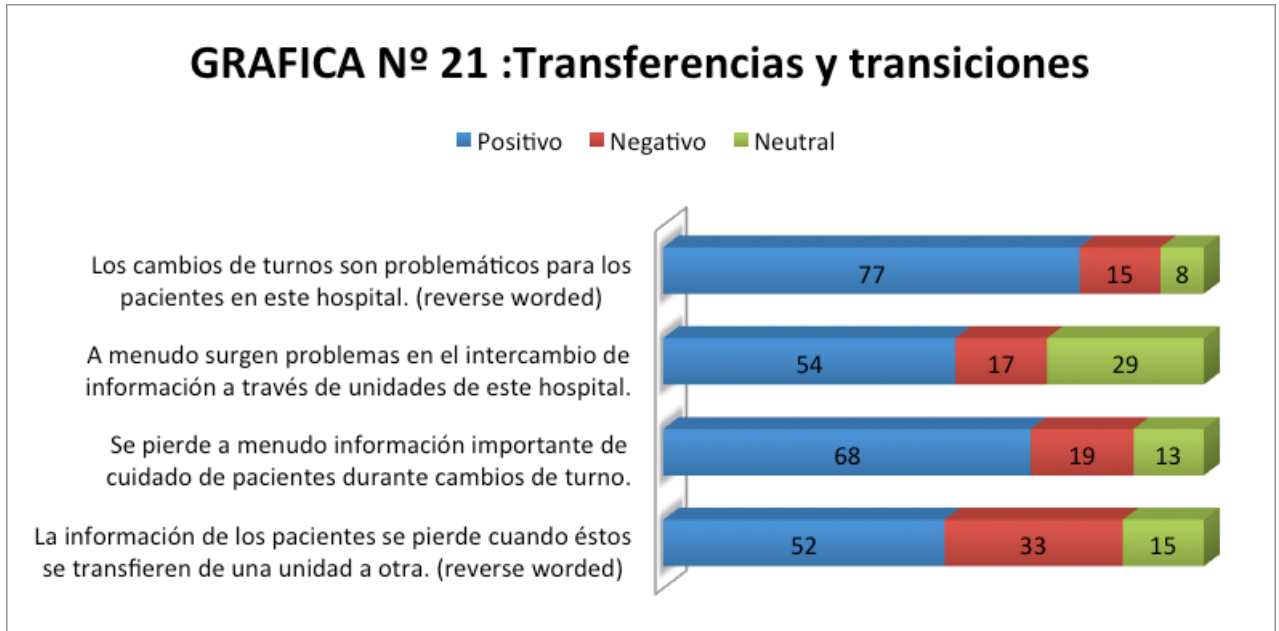
Fuente: Encuesta.

Tabla N° 21: Relación de Transferencia y transiciones en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.

	% positivo	% negativo	% neutro
Transferencias y transiciones	63	21	16
La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra	52	33	15
Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno	68	19	13
A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	54	17	29
Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital	77	15	8

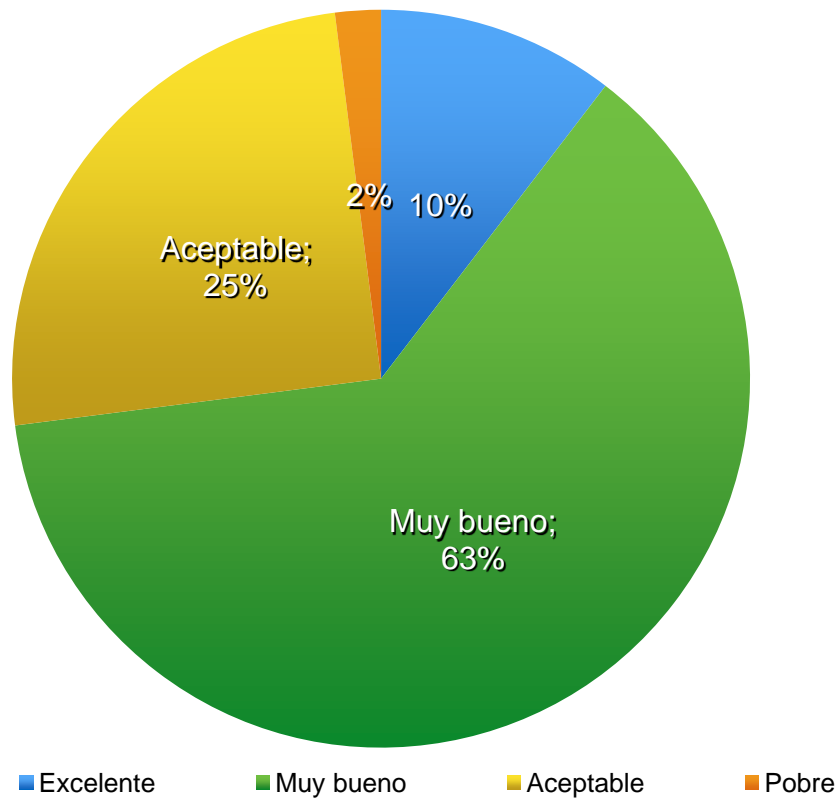
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 21: Relación de Transferencia y transiciones en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el HMEADB.



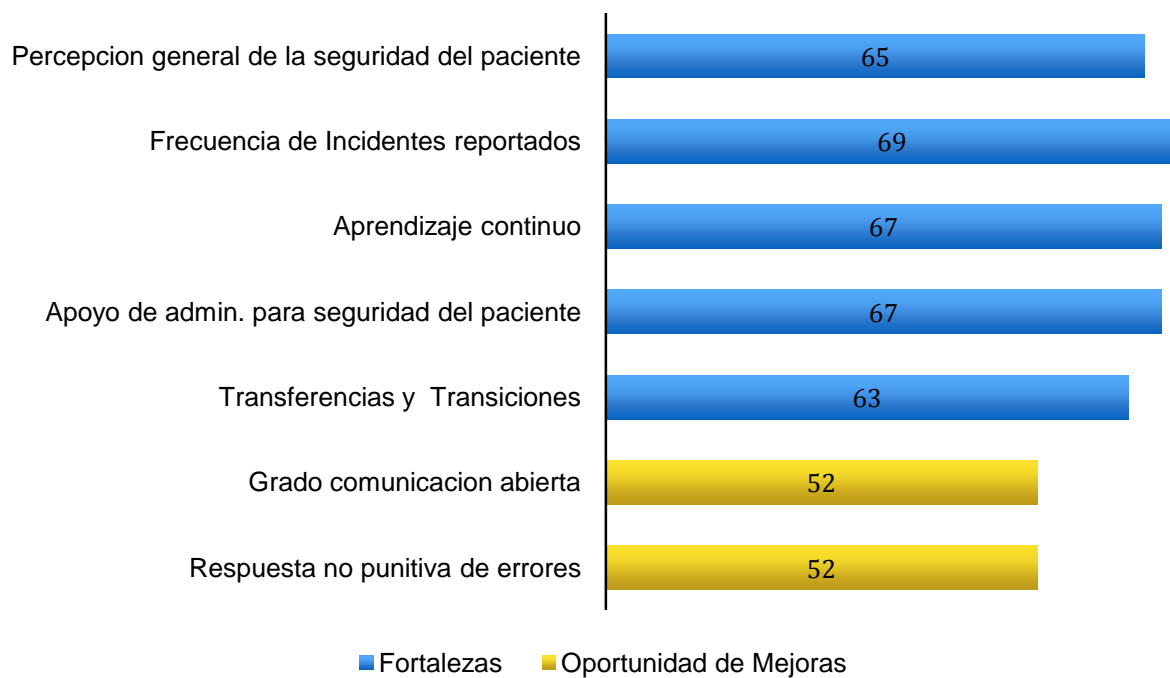
Fuente: Encuesta

Gráfica N°22: Valoración del grado de seguridad del paciente



Fuente: Encuesta

Gráfico N°22: Guía Global de las dimensiones



Fuente: Encuesta.

