



Gerencia de Calidad  
Unidad de Gestión de Riesgo Clínico  
AOP. CGA

## **ANALISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO**

### **Resumen**

El objetivo de este estudio aplicado, fue describir aspectos claves de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que trabaja en el Hospital Padre Hurtado. Se utilizó la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture" patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force (QUIC). La información recogida permitió establecer la percepción que tienen los profesionales de la salud en cuanto a doce dimensiones que conforma la cultura de seguridad. El análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos en toda la Institución.

*Palabras clave:* Cultura de Seguridad, Calidad, evento adverso.

## ÍNDICE

Contenido	Nº de página
Introducción	03
Propósito y Objetivos	06
Fecha	06
Sujetos de Estudio	06
Universo y tamaño de muestra	07
Metodología y diseño del Estudio	07
Diseño de la Encuesta	08
Aplicación de la Encuesta	10
Resultados	11
Fortalezas identificadas	30
Debilidades identificadas	31
Resumen de las opiniones y sugerencias	31
Comentarios y Discusión	36
Conclusiones	41
Anexo1 Encuesta (instrumento)	43

## Introducción

La preocupación por la seguridad de los pacientes como un aspecto clave de la calidad en salud; es universal y está promovida por la OMS (2004) a través de La Alianza para la Seguridad del Paciente. Los hallazgos arrojados por diversos estudios evidencian que a diario se cometen errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo. Se generan así eventos adversos con consecuencias letales o de daño permanente. El interés actual es encontrar la forma de minimizarlos.

En el marco de las políticas de seguridad formuladas por la OMS, el Hospital Padre Hurtado ha definido como una de sus prioridades el mejoramiento de la calidad de atención de salud con énfasis en la seguridad clínica. En este contexto, se ha definido el Programa de Seguridad Clínica y Gestión de Riesgos y el Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Institucional, cuyo fin persigue instaurar una Cultura de Seguridad Clínica en la organización.

La evidencia existente y las conclusiones de los investigadores que han estudiado organizaciones con tradición en una cultura de seguridad como la aviación o la industria química, señalan que ésta es uno de los aspectos críticos para mejorar la seguridad de sus procesos<sup>1</sup>.

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 *National Quality Forum* de Estados Unidos, en cuya

---

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

última actualización, se indica además, la medición de la cultura de seguridad, *feed-back* de los resultados, y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

La adaptación de la encuesta original de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos, puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución.

La aplicación de esta encuesta permite obtener un diagnóstico inicial de la percepción que tienen los profesionales del Hospital, respecto de las distintas dimensiones relacionadas a la Cultura de Seguridad Clínica; posteriormente se volverá a aplicar de aquí a 2 años más, con el objeto de evidenciar algún impacto de las medidas y programas que se han implementado.

Con este proyecto se busca fortalecer la implementación de la seguridad clínica del paciente, proceso iniciado oficialmente en el Hospital Padre Hurtado a partir del año 2005.

En las investigaciones al respecto se han manejado dos perspectivas: una centrada en establecer la magnitud del problema y con énfasis en el error médico para lograr disminuir la incidencia de los errores a partir de incidentes analizados; la otra pone el énfasis en los elementos de la cultura y en el clima de seguridad, condiciones estas que van a determinar las prácticas diarias.

El primer enfoque prioriza lo cuantitativo, establece la magnitud del problema y elabora guías que permitan establecer un control eficaz. El segundo se inclina hacia el logro de una cultura de seguridad que tome en cuenta las percepciones del personal hospitalario sobre las diferentes dimensiones que la constituyen.

Las dos perspectivas pueden abordarse de manera complementaria permitiendo manejar de forma integral la seguridad como parte de la calidad. Se posibilita así el aumento de conciencia sobre la relevancia de asumir prácticas seguras para generar una cultura de seguridad.

La presente investigación se desarrolló dentro del segundo enfoque utilizando un instrumento que permite el acercamiento a la percepción cuantitativa de la seguridad del paciente como uno de los aspectos a indagar cuando se realiza una evaluación de la cultura de seguridad.

Diversos autores han señalado que: ***“La cultura de seguridad de una institución se define por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas”***. Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

Lo que pretendemos con el presente estudio es contribuir a aumentar el conocimiento del tema en nuestro país, establecer una línea de base de la cultura de seguridad en un hospital público que nos permitirá evaluarnos en el futuro de forma comparativa e identificar estrategias para minimizar los eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad en la institución. Al establecer la línea de base de la cultura de seguridad del paciente en el hospital, partiendo de la percepción general de seguridad que tiene el personal que trabaja allí con respecto a las doce dimensiones claves que la conforman, se identificó y describió la percepción que tienen los colaboradores referente a si las políticas y procedimientos existentes para lograr la seguridad del paciente son efectivos; a si la composición de la fuerza de trabajo en las diferentes áreas y en el hospital en general garantizan la seguridad del paciente; a si el liderazgo del jefe o superior inmediato promueve la cultura de seguridad; a si el manejo de la comunicación favorece la seguridad del paciente; y se estableció el grado de seguridad percibido y la frecuencia con que se presentan incidentes y eventos adversos.

**Propósito**

Promover una cultura de seguridad clínica que permita mejorar la calidad en la atención de salud del HPH.

**Objetivo general**

Formular un diagnóstico base respecto de la percepción de seguridad de los profesionales del HPH, que a futuro permita evaluar el impacto de las acciones que se implementen.

**Objetivos específicos**

1. Evaluar la percepción de los profesionales acerca de la cultura de seguridad de las áreas de atención clínica y de apoyo.
2. Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente.
3. Identificar oportunidades de mejora que promuevan la seguridad clínica en el HPH.

**Fecha**

Aplicación de encuesta desde el 03 de agosto 2009 al 02 de octubre de 2009.

**Sujetos de estudio**

Profesionales de la salud que se trabajan en el Hospital Padre Hurtado (no importa tipo de contrato, antigüedad ni jornada).

Se incluye a médicos, enfermeras(os), matronas(es), kinesiólogos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y tecnólogos médicos.

## **Universo y tamaño de muestra**

De acuerdo al informe entregado por la Oficina de Personal al Departamento de Capacitación, ambas entidades dependientes de la Gerencia de Recursos Humanos; la dotación de profesionales a diciembre de 2008 es la siguiente:

**Profesionales categoría A** (médicos y químicos farmacéuticos): 255

**Profesionales categoría B** (otros profesionales): 272

**Total de profesionales (Universo):** 527

Tamaño de muestra (con 95% de nivel de confianza y 7% de estimación de error): 143

## **Metodología**

Encuesta de autoaplicación anónima impresa entregada por los integrantes del Comité de Riesgo Clínico, junto a una carta explicativa y de invitación a participar en este estudio, a los profesionales de las distintas Unidades, en capacitaciones y otro tipo de reuniones.

## **Diseño**

El trabajo es un estudio aplicado de tipo descriptivo transversal. Se estudió el fenómeno en el contexto natural donde se sucede y se buscó dar elementos para describir la cultura de seguridad del paciente en el hospital.

## **Instrumento**

Se utilizó la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture" patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHRQ, 2004). Se aplicó la versión traducida por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia<sup>2</sup>.

Se anexa Encuesta al final del Informe.

---

<sup>2</sup> Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005

## Resultados

Entrega de informe preliminar en diciembre de 2009.

### Diseño de la Encuesta

- Dimensiones evaluadas

Al igual que en la versión original, la encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes 12 dimensiones de la cultura de seguridad:

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

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

- Formulación de preguntas

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en

sentido negativo para facilitar el análisis. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
muy en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
nunca	raramente	a veces	casi siempre	siempre

Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ:

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

## **Aplicación de la Encuesta**

### **Participantes**

Participaron 125 profesionales de la salud pertenecientes a las diferentes unidades y cargos y con distinta antigüedad. Este número constituyó una muestra representativa para un nivel de confianza de 95% con una estimación de error del 8%.

### **Procedimiento**

La recolección de la información se realizó en los meses de agosto y septiembre del 2009. La Gerencia de Calidad de la institución envió un comunicado a las diferentes áreas o unidades del hospital informándoles acerca del objetivo del estudio, de las personas que recogerían la información y del instrumento que se utilizaría. En cada unidad se pidió a los jefes que ayudaran a motivar a los subalternos para que contestaran la encuesta.

Éstas se repartieron unidad por unidad de acuerdo al número que se estableció era representativo en cada una. La consigna fue que serían recogidas a los dos días o que tan pronto como estuvieran completadas fueran enviadas a la oficina de la Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente.

El proceso de recolección de información y tabulación duró dos meses, debido a dificultades que expresaron los funcionarios en cuanto a una carga laboral muy elevada o a que en algunos casos las personas consideraban que sus cargos no tenían nada que ver con la seguridad del paciente. En algunas áreas o unidades se contestaron encuestas en forma incompleta; las mismas fueron retiradas del análisis, quedando finalmente un total de 125 con las que se procedió al estudio.

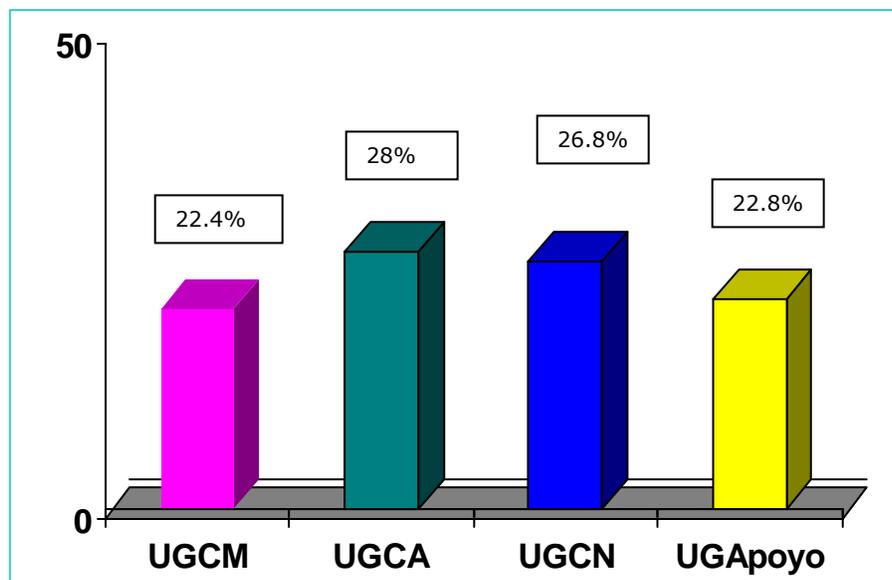
El análisis de la información siguió los parámetros establecidos en el manual del instrumento original, respetando la información suministrada por las personas encuestadas.

## Resultados

Se analizaron los datos teniendo en cuenta las frecuencias de respuestas para cada una de las variables y dimensiones de cultura a través de una matriz; los resultados se expresan en porcentajes. El último punto de la encuesta hacía referencia a las sugerencias que el personal tenía respecto al tema, las cuales serán tabuladas por temáticas.

### 1. Porcentaje de Encuestas completadas por Unidad de Gestión

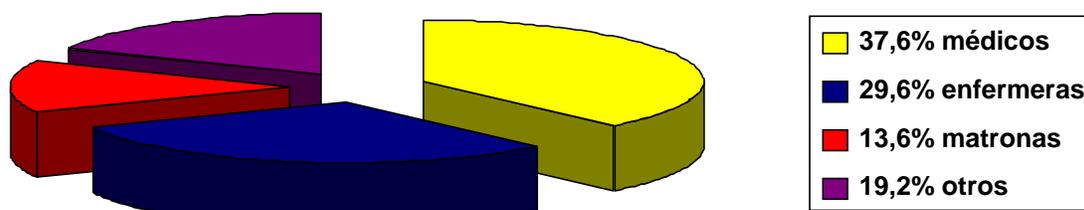
n = 125



Comentario:

La distribución de encuestados entre las Unidades fue bastante homogénea, sin embargo, de acuerdo a la dotación de personal de cada una de éstas, proporcionalmente la Unidad de Gestión Clínica del Niño reunió la mayor cantidad de profesionales encuestados.

## 2. Distribución de las Encuestas completadas por estamentos de profesionales.



### Comentario:

Los profesionales de la salud, médicos, enfermeras (os) y matronas representan 80 % de la muestra, cuya labor clínica implica una permanente interacción con el paciente. Entre los otros profesionales que respondieron la encuesta se incluye a kinesiólogos, nutricionistas y tecnólogos médicos.

### 3. Porcentaje de encuestados según el Tiempo de permanencia en el trabajo:

Permanencia en el hospital (horas / semana)

4.0 %	menos de 20 horas
29.6 %	20 a 39 horas
64.0 %	40 horas o más
2.4 %	más de 60 horas

### 4. Porcentaje de encuestados según antigüedad en la Institución:

a) En el hospital (años)

20 %	menos de 1año
32 %	1 a 5 años
40 %	6 a 10 años
6.4 %	11 a 15 años
1.6 %	No responden

b) En su actual unidad/área (años)

16 %	menos de 1 año
28 %	1 a 5 años
47.2 %	6 a 10 años
8.8 %	11 a 15 años

Comentario:

Entre los profesionales que respondieron la encuesta, más del 66% permanece sobre 40 horas semanales en el Hospital, lo que permite inferir la validez de su percepción.

Además, el 46% tiene una antigüedad superior a los 5 años en la Institución y sobre el 55% ha permanecido en la misma Unidad y/o Área por más de 6 años.

**5. Porcentaje de encuestados según antigüedad en su profesión o especialidad:**

Antigüedad en su profesión o especialidad

4.8 %	menos de 1 año
20.8 %	1 a 5 años
28 %	6 a 10 años
23.2 %	11 a 15 años
12 %	16 a 20 años
10.4 %	21 años o más

**6. Porcentaje de encuestados con interacción directa o en contacto con los pacientes: 92. 8 %**

Comentario:

El 46% de los encuestados tiene más de 10 años de experiencia en su profesión y/o especialidad y sobre el 92% de ellos interactúa directamente con el paciente, por lo que su percepción de la seguridad clínica es considerada una significativa y válida referencia.

## 7. Percepción general de Seguridad



1. La seguridad del paciente nunca se compromete, por hacer más trabajo. (A15)\*



2. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores. (A18)



R3. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad. (A10)



R4. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes. (A17)

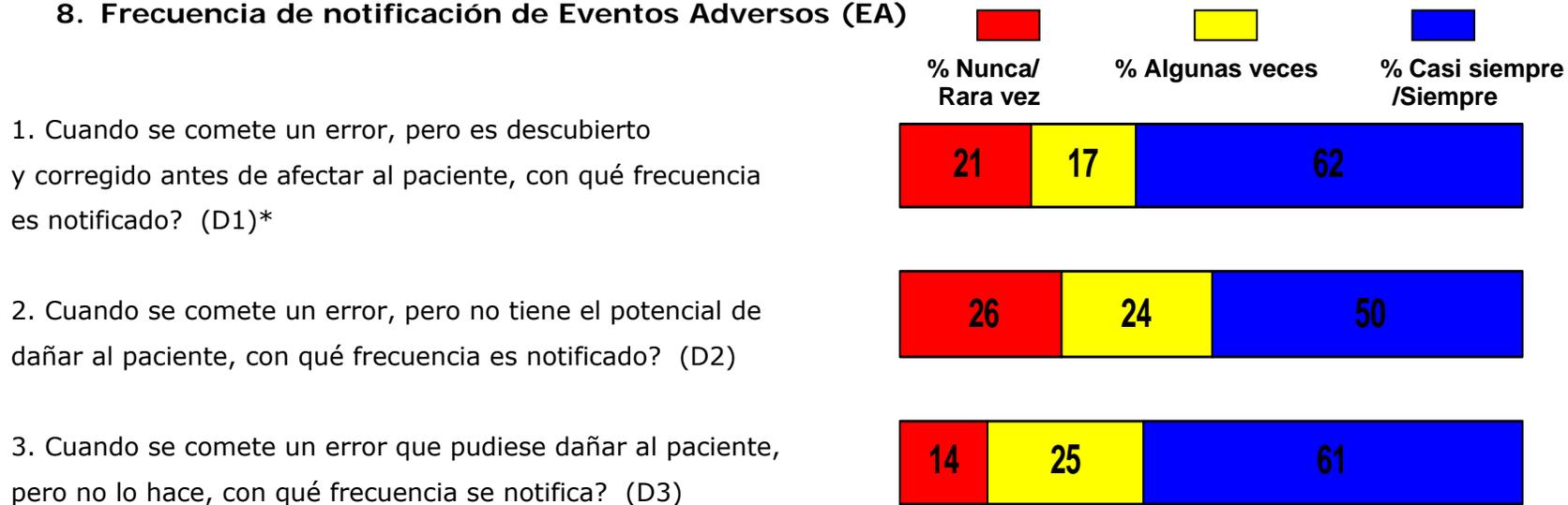


\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

El 56% de los encuestados considera que la seguridad clínica se ve afectada por la sobrecarga de trabajo, sin embargo, destaca el 64% que considera que los sistemas de atención son efectivos en la prevención de los EA. Por otra parte, sólo el 13% cree que podrían ocurrir más errores y el 26% considera que hay problemas con la seguridad de los pacientes al interior de la Unidad.

### 8. Frecuencia de notificación de Eventos Adversos (EA)

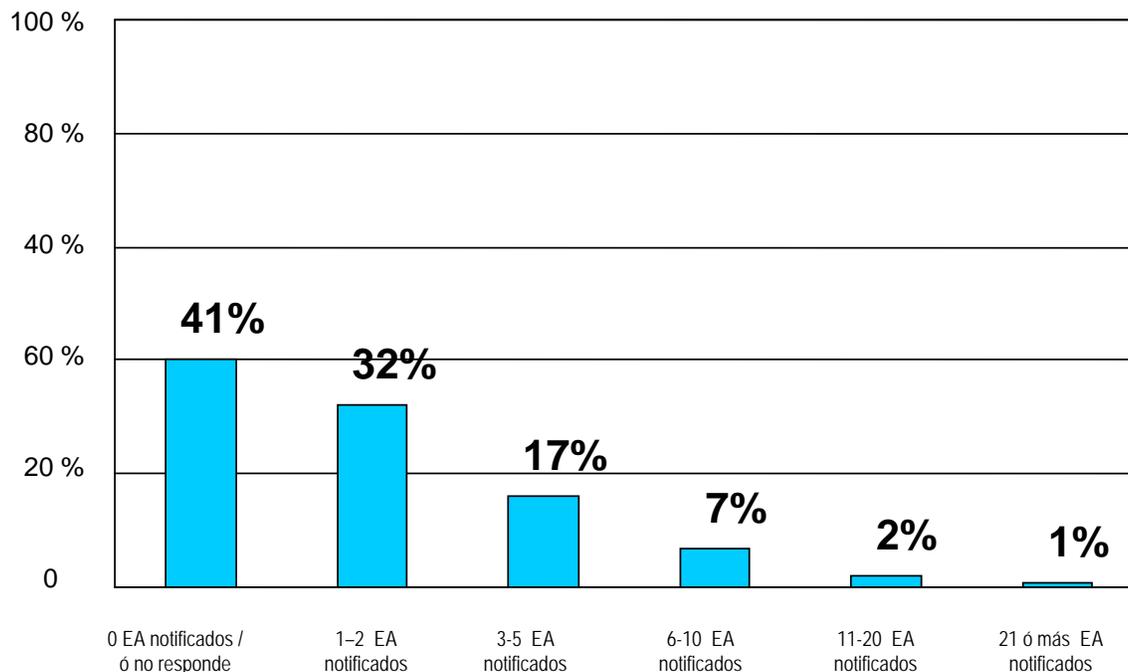


\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

#### Comentario:

Destaca con una media de 58% de los encuestados, considera que los incidentes son reportados aún cuando éstos hayan sido pesquisados antes de afectar al paciente.

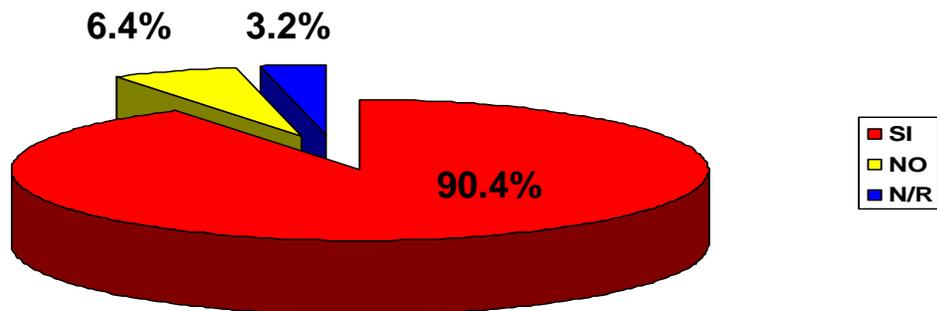
## 9. N° de Eventos Adversos (EA) notificados en los últimos 12 meses.



### Comentario:

A pesar de la alta percepción de notificación de los incidentes, el 41% de los encuestados no ha reportado eventos en el último año y sólo el 27% ha notificado más de 3 EA en los últimos 12 meses.

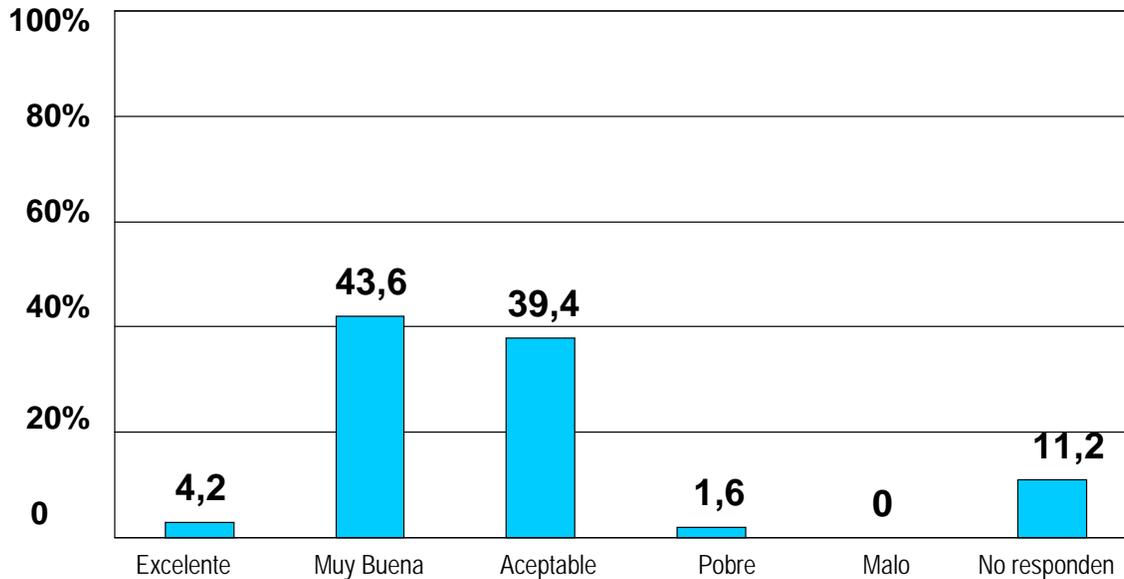
## 10. Identificación del procedimiento de notificación de EA Institucional.



Comentario:

Destaca el importante porcentaje de encuestados que afirma conocer el procedimiento de notificación de EA Institucional, uno de los objetivos fundamentales de las estrategias de difusión desarrolladas por la Unidad de Riesgo Clínico del Hospital en los últimos 3 años.

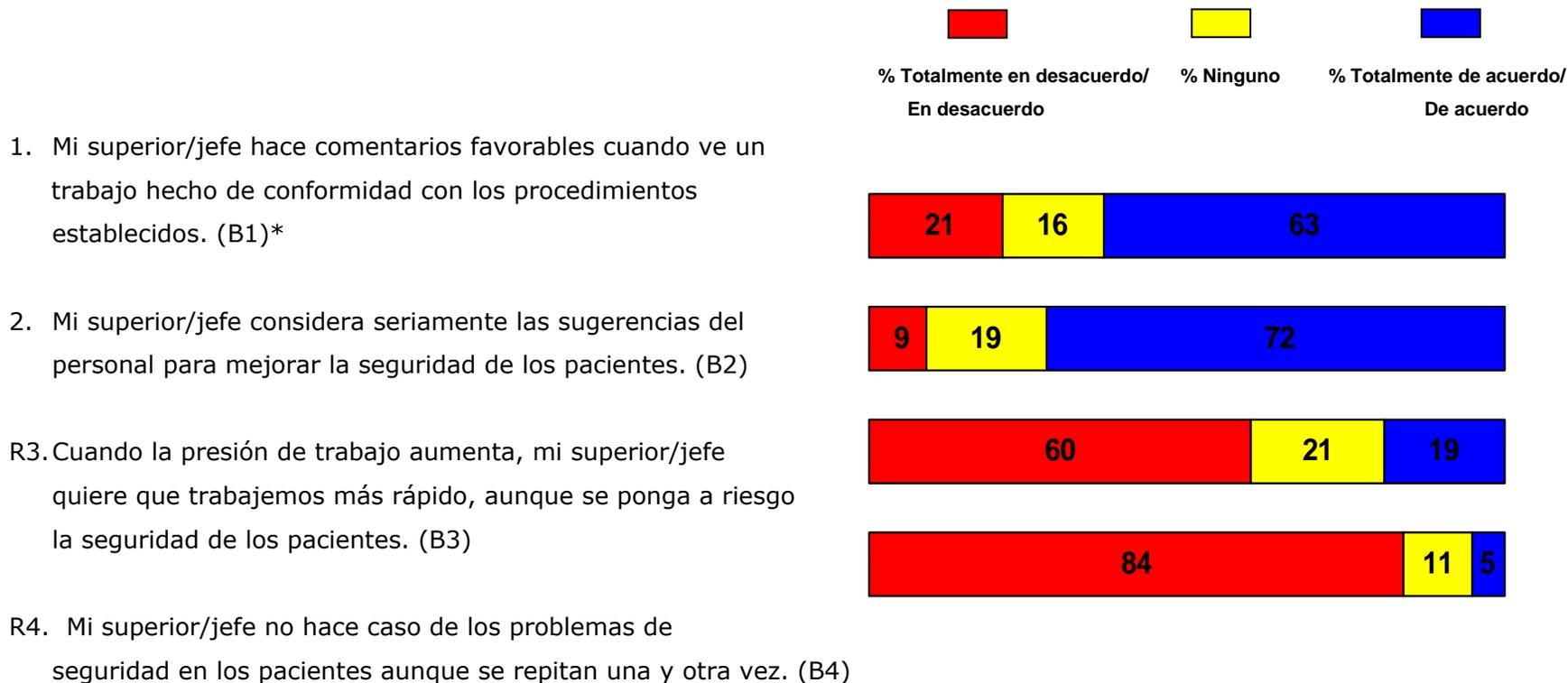
### 11. Valoración general de la seguridad del paciente en el área de trabajo.



#### Comentario:

Destaca con un 47,8% la percepción de seguridad en el área de trabajo considerada como excelente y muy buena. Sólo el 1,6% la considera como "pobre" y ninguno de los encuestados evalúa como "malo" el nivel de seguridad del área de atención.

## 12. Expectativas y acciones de la jefatura de la Unidad que favorecen la seguridad.

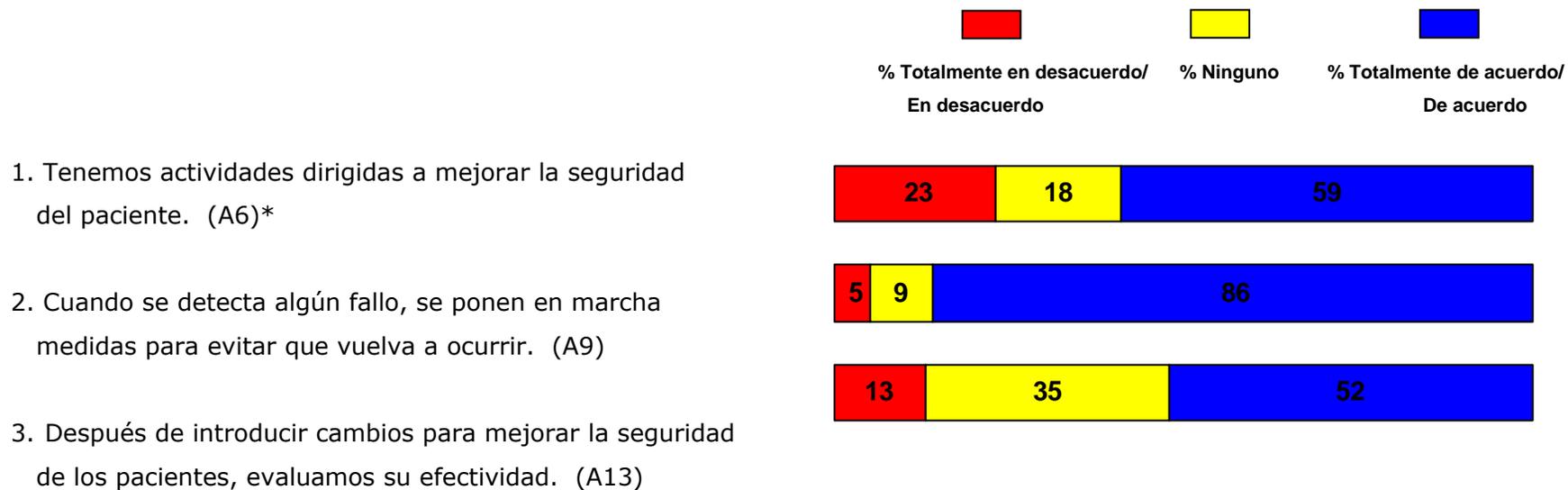


\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

Con una media del 70%, los encuestados perciben las acciones de la jefatura como favorecedoras de la seguridad clínica, lo cual es considerado como una fortaleza para la Seguridad asistencial de la Institución.

### 13. Aprendizaje organizacional y mejora continua



\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

#### Comentario:

Con una media del 66%, los encuestados consideran que el Hospital tiende a la mejoría continua.

Destaca el alto porcentaje (86%) que reconoce la implementación de medidas para evitar que se repitan los EA.

## 14. Percepción del trabajo de equipo en las Unidades

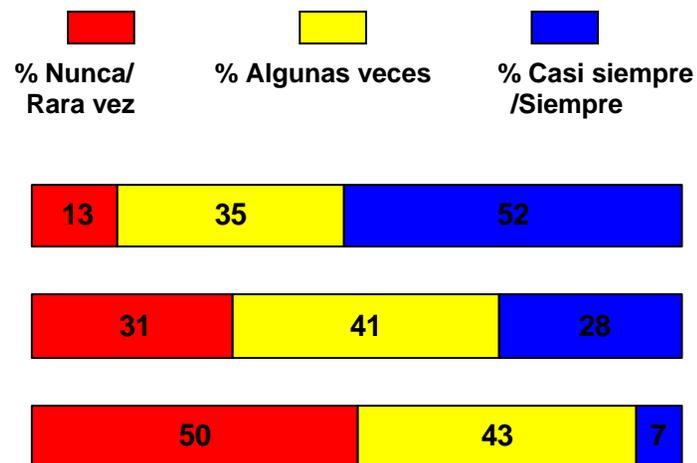


\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

Con una media del 87%, los encuestados reconocen un excelente trabajo de equipo al interior de las áreas de trabajo. Éste ámbito es la fortaleza con el más alto resultado obtenido en el Estudio.

## 15. Apertura comunicativa



1. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. (C2)\*

2. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. (C4)

R3. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no esta bien. (C6)

\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

Sólo el 43% de los encuestados considera que existe una apertura de comunicación para manifestar sus dudas y /o comentarios relacionados con aspectos que pueden afectar la seguridad clínica.

## 16. Retroalimentación y comunicación de los EA



1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado. (C1)\*



2. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad. (C3)



3. En esta unidad, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder. (C5)



\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

Destaca con una media del 61% la percepción de los encuestados acerca de la retroalimentación existente en la Unidad respecto de la ocurrencia de EA y las medidas adoptadas para evitar que éstos se repitan.

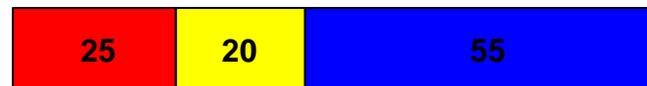
## 17. Respuesta no punitiva a los EA



R1. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra. (A8)\*



R2. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema. (A12)



R3. El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.



\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

Con una media de 67% llama la atención la percepción de una política punitiva frente a los EA.

Llama la atención el alto porcentaje (74%) que teme que los errores notificados sean considerados en sus antecedentes personales.

Este ítem se considera la debilidad más importante para la seguridad clínica de la Institución.

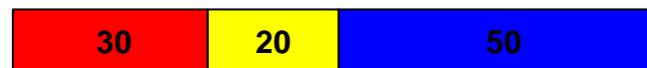
## 18. Dotación de personal



1. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. (A2)\*



R2. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente. (A5)



R3. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente. (A7)



R4. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente. (A14)



\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

Con una media de 52%, la dotación de personal es considerada inadecuada, lo que corresponde a una debilidad importante para la Seguridad Clínica de la Institución.

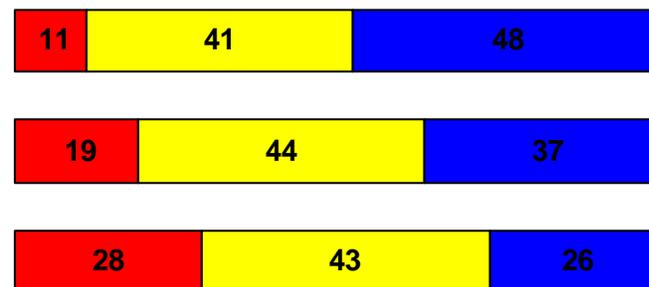
El 72% de los encuestados considera que la dotación de personal es insuficiente para la carga de trabajo existente y el 80% cree que se trabaja bajo presión.

Cabe señalar que sólo el 7% considera que existe demasiado personal de reemplazo temporal, quienes frecuentemente se asocian con una mayor incidencia de EA.

## 19. Apoyo de la Dirección para la Seguridad



1. La Dirección de este Hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. (F1)\*
2. Las acciones de la Dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. (F8)
- R3. La Dirección sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso. (F9)



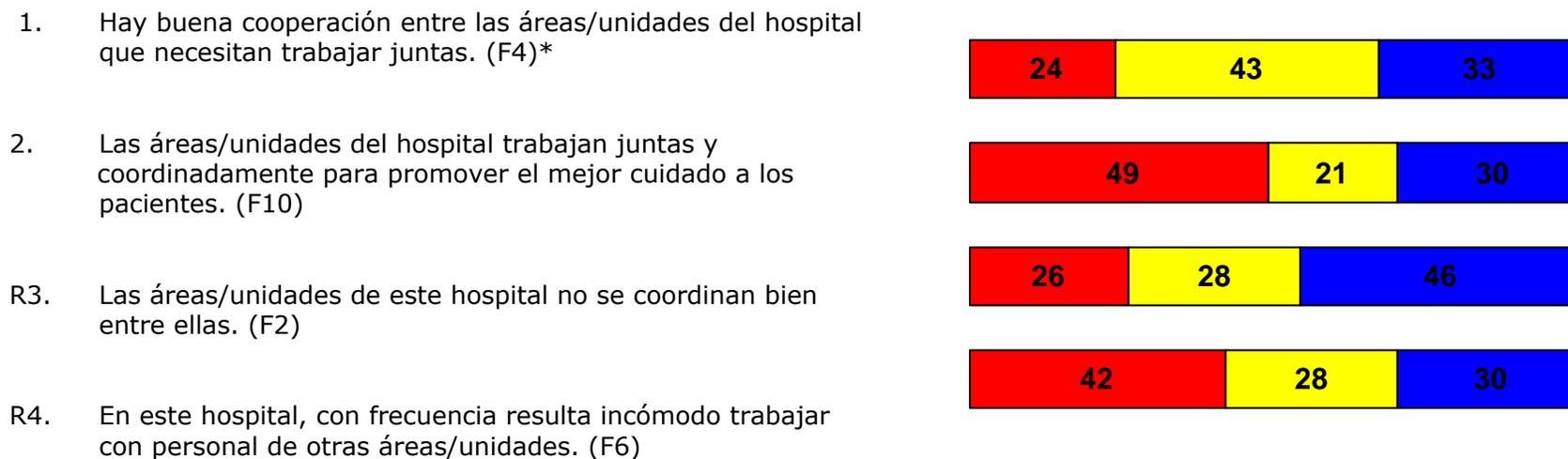
\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

Sólo un 38% (media) considera que la Dirección actúa como un apoyo para la Seguridad clínica.

Cabe señalar que sólo un 11% cree que ésta propicia un ambiente favorable para la Seguridad del Paciente.

## 20. Trabajo de Equipo entre las Unidades

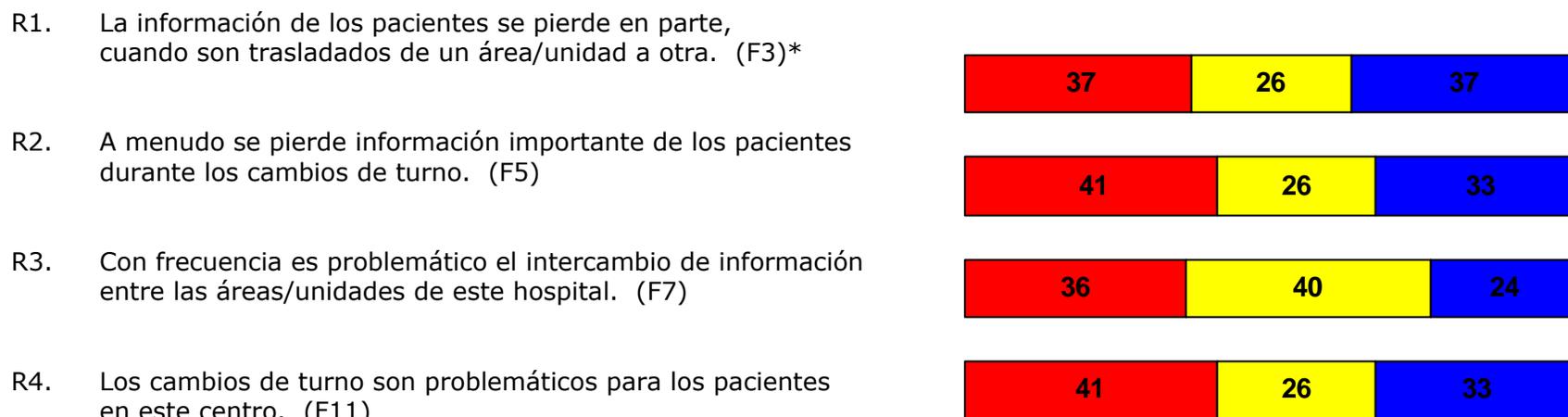


\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

A diferencia de la excelente percepción de trabajo de equipo al interior de las áreas clínicas, entre las Unidades se percibe una escasa dinámica de equipo. Sólo un 33% cree que existe buena coordinación entre las áreas y/o Unidades.

## 21. Entrega de turno y traslados



\* nota: la letra y número entre paréntesis indica la localización del ítem en la encuesta.

### Comentario:

Llama la atención que más del 30% de los encuestados considera que los traslados de pacientes y los cambios de turnos en el hospital, puede significar la pérdida de información relevante para la atención segura de los pacientes, por lo que no es posible asegurar la adecuada continuidad en la atención.

## Fortalezas

De acuerdo a la metodología del Estudio, sólo se considera como fortaleza la dimensión que obtenga un 75% ó más de respuestas positivas o negativas según se formulen las preguntas en positivo o negativo respectivamente.

De esta forma, destaca la percepción que tienen los encuestados respecto del ***Trabajo de Equipo al interior de las Unidades o Áreas***, con una media de **87%** las preguntas referidas a este ámbito fueron contestadas en forma positiva.

Sin alcanzar el porcentaje requerido para ser considerado una fortaleza, con una media de 70% destaca el resultado obtenido sobre la percepción de los encuestados acerca de las *Expectativas y acciones de la jefatura, que favorecen la seguridad clínica*.

En relación al *Aprendizaje Organizacional y la mejora continua*, cabe mencionar el resultado obtenido en la encuesta, con una media de 66% que señala de manera positiva, las actividades de mejora e implementación de medidas tendientes a aumentar la seguridad en la atención de salud.

Finalmente es posible destacar la percepción de los encuestados respecto de la *Retroalimentación y comunicación de los eventos identificados*, con una media de 61%.

## **Debilidades**

Según el método del Estudio, se considera como debilidad de la Institución, la dimensión que obtenga un 50% ó más de respuestas negativas o positivas según se formulen las preguntas en positivo o negativo respectivamente. La percepción acerca de la ***Respuesta no punitiva a los EA***, alcanzó una media de **63%**, por lo que corresponde a una debilidad.

La percepción que tienen los encuestados acerca de la ***Dotación de Personal***, con una media de **52%** de respuestas que la considera inadecuada, también corresponde a una debilidad de la Institución.

Sin alcanzar el porcentaje necesario para considerarse una debilidad, cabe señalar el resultado obtenido en el ítem correspondiente a la ***Apertura comunicativa***, con una media de 43% para las respuestas que la indican como insuficiente.

## **Resumen de las Opiniones y Sugerencias**

La encuesta permite recoger opiniones, sugerencias y comentarios de los participantes de forma abierta, cuyo resumen se presenta a continuación separado por categorías:

### **1. Percepción Global de Seguridad**

Dentro de la percepción global de seguridad se encuentran los procedimientos y sistemas existentes para manejar la seguridad del paciente. Con respecto a este tema se destacan algunos aspectos en las sugerencias.

Hay quienes dicen no conocer la existencia de un sistema de reportes de incidentes (el 9,6% de los encuestados). Sin embargo, gran parte de quienes lo identifican consideran que funciona y genera beneficios para el manejo de la seguridad del paciente.

Señalan que de su uso se deriva un aprendizaje positivo para la prevención de

incidentes y para el ajuste de procedimientos en el manejo del paciente.

Otros piensan que en su implementación existen problemas debido a que no es un sistema obligatorio o por que la Institución tiende a culpar a personas específicas; por otra parte ocurre que el informe a veces es solo verbal y no quedan registros.

Por lo general solo reportan las enfermeras y el resto del personal de salud al parecer lo hace muy rara vez. Incluso algunos problemas se conocen solamente a través del Sistema de Reclamos de los pacientes.

Los encuestados proponen las siguientes características para el sistema de reporte de incidentes adversos dañinos o potencialmente dañinos:

- Sistema de reporte conocido por todo el personal incluidos los estudiantes de las diversas carreras que rotan por las distintas unidades.
- Inclusión de la forma en que se va hacer la retroalimentación a todo el personal de manera que la divulgación permita corregir y prevenir incidentes.
- Inclusión de las distintas áreas y las causas potenciales del error.
- Objetivo del sistema preventivo, de mejoramiento continuo y no punitivo.
- Reporte escrito y reuniones para discutir y promover las acciones pertinentes.

## **2. Infraestructura**

Aunque no está dentro de las variables que configuran la cultura de seguridad en el instrumento utilizado, en las sugerencias aparece como un tema clave para garantizar la seguridad del paciente.

Reiterativamente se informa que hay un número insuficiente de camillas y de camas con barandas en el hospital, algunos enfatizan que es más un problema de conocimiento y uso de las barreras. Las escaleras y los elevadores para pacientes no están en buen estado y no tienen cauchos o gomas protectoras. No existen inmovilizadores adecuados para los pacientes, motivo por el cual se utilizan compresas y sábanas, que muchas veces maltratan la piel.

Hay problema de mantenimiento de camillas y camas. En urgencias se atiende

pacientes en sillas sin ningún tipo de apoyo.

Tener los elementos necesarios para funcionar adecuadamente y equipos más modernos, junto con el mantenimiento adecuado de los implementos son importantes sugerencias efectuadas para aumentar la seguridad clínica.

### **3. Aprendizaje Organizacional**

El contingente de enfermería se preocupa activamente por la prevención de accidentes donde se percibe un fuerte compromiso por la seguridad. Los errores que se cometen y que no dañan al paciente se reportan inmediatamente tratando de evitar que se repitan.

Comparativamente con años anteriores consideran que ha habido un incremento en la seguridad, aunque el margen de error aun es calificado como alto.

Para algunas áreas la Gestión de Riesgo es reciente, comenzó hace dos años, para otras Unidades que han desarrollado iniciativas locales se viene realizando desde hace diez años. Aún así, es posible señalar que en todo el hospital se intenta aumentar la seguridad clínica y la preocupación por este aspecto es creciente en la mayoría de los equipos.

Los encuestados destacan el trabajo en equipo y recomiendan estar siempre atentos a evitar el error a pesar de que se lleve mucho tiempo en ese trabajo. Perciben que la mayoría hacen lo mejor que pueden por lograr la seguridad del paciente.

En la UGCA consideran que se cumple con las normas establecidas y que el grupo de trabajo propone soluciones a los incidentes, con compromiso de todos para trabajar con el objetivo de la seguridad.

Destacan la importancia de capacitar a todo el personal de la Institución en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente y tener retroalimentación en todas las áreas por lo importante que es la seguridad y la motivación para mejorar el trabajo cada día con "humanismo".

#### **4. Dotación de personal**

Reiteradamente plantean sobrecarga de trabajo y falta de personal. El énfasis lo ponen en la gran cantidad de tareas que deben ejecutar con un tipo de paciente cada vez más complejo.

Cuando existe sobrecarga de trabajo, también aumenta el margen de error. Hay aumento en las funciones consideradas no clínicas lo que impide dedicar más tiempo a la atención directa con los pacientes.

Los encuestados dieron sugerencias acerca del recurso humano para algunos servicios que consideraron requieren intervención urgente:

- En la Unidad de cuidados intensivos se encuentran muchos pacientes de alta complejidad y el personal es insuficiente para ofrecerles la ayuda y los cuidados requeridos lo que influye para que se cometan errores.
- En Urgencias hace falta personal médico y de enfermería. Se requiere capacitación especial para las enfermeras que tienen a cargo los pacientes en observación. Es allí donde se puede cometer un gran número de errores por cansancio y estrés personal.

No obstante ya se han realizado capacitaciones para identificar los pacientes con mayores riesgos de caídas y asumir las medidas preventivas necesarias. Se requiere disminuir el tiempo de espera en el área de urgencias y mejorar la atención. La demora en la atención de los pacientes se origina por una gran demanda lo que a su vez genera estrés en el equipo.

#### **5. Manejo del Paciente**

En cuanto al manejo del paciente, los encuestados señalan situaciones y actitudes que pueden estar ocasionando eventos adversos. En los traslados que se deben realizar para toma de exámenes consideran que no hay personal suficiente ni infraestructura adecuada.

El personal del hospital no siempre tiene en cuenta que un paciente es vulnerable así sea joven o esté en compañía de un familiar.

Los encuestados dieron sugerencias para mejorar y garantizar la seguridad del paciente. Se enumeran a continuación:

- Ubicar en diferentes lugares de las áreas de hospitalización avisos alusivos a las medidas de seguridad como pueden ser el uso de barandas para evitar caídas.
- Mejorar las normas de asepsia y antisepsia.
- Autorizar acompañantes permanentes para pacientes de tercera edad, niños o personas en estado crítico.
- Explicar al paciente la necesidad de inmovilizarlo para garantizar su integridad.
- Se requiere dar información clara y concisa al paciente así como educación continua e información que le permita ubicarse para poder utilizar los servicios.
- Los pacientes comentan que hay falta de comunicación con ellos y con sus familias.
- Capacitar a los familiares para que entienda que las medidas de seguridad van en directo beneficio del paciente y no corresponden a acciones de agresión.

## Comentarios y Discusión

La línea de base establecida permite identificar que el Hospital Padre Hurtado, institución donde se llevó a cabo este Estudio, ha desarrollado un importante trabajo para lograr construir y alcanzar una cultura de seguridad del paciente al interior de cada Unidad y del Hospital como totalidad. Proceso inicial que podría evaluarse exitosamente, ya que la mayor parte de los encuestados ha tenido algún contacto con el sistema y con los procedimientos existentes para el manejo del evento adverso.

Existen muchos aspectos por mejorar que requieren ser trabajados en el corto plazo para lograr prestar atención de calidad y dentro de ésta conseguir que la cultura de seguridad del paciente sea realmente asumida por todo el personal que trabaja en la institución. Es lógico encontrar que el proceso no está consolidado por completo si se tiene en cuenta que la normativa frente al tema en nuestro país se encuentra en la etapa de ser diseñada y de estar empezando a ser implementada en los hospitales (Ministerio de Salud, 2008).

En cuanto a las políticas del Hospital, un alto porcentaje de encuestados reconocen que la Dirección muestra interés en la seguridad del paciente sin embargo, parece ser que dicho interés es mayor cuando se sucede un incidente adverso. Quizás esto obedezca a que como varios autores lo han reseñado *“La cultura laboral que históricamente ha rondado las instituciones de salud, ha sido la de la punición, es decir, cuando sucede un error el culpable es castigado. Es claro ahora en el ámbito de la salud que la cultura punitiva genera más perjuicio que beneficio”*.

Se percibe que existe un aprendizaje organizacional respecto al análisis de los errores que lleva a cambios positivos en el manejo de la seguridad del paciente y que todos los esfuerzos están orientados a este fin. Se reconoce que el mejoramiento continuo en la Institución, requiere ser fortalecido en el día a día.

Respecto a los procedimientos y sistemas para manejar la seguridad del paciente en el Hospital se aprecia que si existen pero se considera que no siempre son suficientemente eficaces, debiendo ser todavía más difundidos.

En este punto podrían hacerse dos consideraciones, la primera tiene que ver con el planteamiento no infrecuente de que frente a los procesos de cambio que se dan cuando se implementan nuevas políticas, procedimientos y sistemas en las organizaciones, es común encontrar resistencias de orden individual e institucional que dificultan lo que se quiere lograr. Es posible entonces que algunos funcionarios del Hospital no consideren de vital importancia la implementación de los procedimientos o que existan grupos de profesionales que no lo han asumido por completo. Otra consideración se refiere a los efectos que la globalización viene teniendo en el mundo laboral dentro de los cuales se encuentran demandas excesivas de trabajo, especialmente en las empresas de servicios, que generan niveles de estrés altos con repercusiones en la salud de los trabajadores y en su productividad. Lo cual es ratificado al describir las transformaciones que perciben los trabajadores al asumir al Hospital como una empresa, en la que lo importante es producir.

La vivencia de los encuestados frente a los errores que cometen está matizada por el temor a las represalias, lo que conlleva un sub-registro de errores cometidos sin importar si son potencialmente dañinos o no. Es pues necesario consolidar una cultura institucional educativa y no punitiva que parta del informe y análisis de los errores y eventos adversos, en la que se reconozca que los errores siempre van a existir, porque hacen parte de los riesgos cuando se presta atención en salud y que el sistema de reporte de eventos adversos es un mecanismo que ayuda a los profesionales de la salud a minimizarlos.

En la dimensión de la cultura correspondiente a procedimientos también se percibe que existen dificultades en el manejo de la información de los pa-

cientes cuando es transferida de una Unidad a otra o cuando hay cambios de turno; podría pensarse que la mayoría no es consciente de que un mal manejo en el cambio de turno impide la continuidad de una adecuada atención y puede generar incidentes adversos.

Los errores en la atención de los pacientes pueden originarse tanto en el entorno biopsicosocial del personal que presta el servicio de salud, como en otros agentes involucrados como pueden ser la infraestructura y la tecnología. Los errores son involuntarios y requieren sistemas bien estructurados para su manejo que permitan minimizar al máximo cualquier posibilidad de error.

En cuanto a la dimensión de la cultura que hace referencia a la composición de la fuerza de trabajo, se percibe que falta un mayor número de trabajadores para prestar una atención adecuada a los usuarios, lo cual genera recarga de trabajo y aumento en la posibilidad de error por apresuramiento o por cansancio. A lo que se suma que en la Institución existen fallas en el mantenimiento de los equipos, muebles y enseres e insumos requeridos para prestar atención de calidad a los pacientes. Estos dos aspectos tienen que ver con uno de los tres componentes claves de la calidad en la prestación de servicios de salud y que en este caso se referiría a la estructura: contar con personal competente y en número suficiente para atender eficazmente las demandas de atención y; garantizar la infraestructura física y los insumos necesarios que cumplan con estándares óptimos para su adecuado funcionamiento, son un soporte clave para apoyar la implementación de la cultura de seguridad del paciente.

Al interior de cada Unidad existe una percepción positiva en relación al apoyo, respeto y colaboración, lo cual minimiza la posibilidad de error en la atención. Sin embargo se reconoce que es necesario fortalecer estas actitudes, porque cuando se presenta mucho trabajo la ayuda no se da con la intensidad que se

requiere. De igual manera se considera que es necesario fortalecer el trabajo en equipo entre las unidades, aspecto difícil de lograr debido a que culturalmente, cada Unidad se asume como una *isla* que no tiene conexión con otras, lo cual objetivamente puede incrementar los riesgos de errores o eventos adversos.

Una dimensión de la cultura muy importante tiene que ver con las actitudes y comportamiento de los jefes frente al tema de la seguridad del paciente. La percepción general es que los jefes realizan acciones para promoverla con sus subalternos, tomando en cuenta los procedimientos establecidos y las sugerencias de estos sin alterarlos para aumentar la velocidad.

En la cultura hospitalaria existe una estructura de poder jerarquizada que hace que la comunicación del personal de base hacia los jefes sea deficiente por temor a criticarlos o a que ellos se puedan sentir criticados, lo que va en detrimento de la seguridad del paciente, pues de alguna manera el jefe queda excluido del equipo de trabajo y se incrementa su posibilidad de error.

Esto sucede con mayor frecuencia en relación a los jefes médicos, lo que termina por hacerse más complejo si se tiene en cuenta las brechas establecidas en las relaciones al interior de las instituciones de salud, por considerar que el estatus del profesional de la medicina es mayor al de cualquier otro profesional de la salud.

El manejo de la comunicación es otra dimensión clave de la cultura de seguridad del paciente en el hospital. Se percibe que la práctica de informar el error y discutirlo existe en unas unidades más que en otras.

Se evidencia gran necesidad de mejoramiento en este aspecto de la cultura ya que se precisa la necesidad de verificar que todos sean informados de los cambios implementados a partir de las discusiones de los errores reportados. Igualmente se requiere mejorar la comunicación de los subalternos con los jefes y viceversa para que no esté marcada por temores mutuos y pueda

generarse realmente un trabajo en equipo.

En síntesis, es posible afirmar que es necesario consolidar el uso del sistema de reportes de eventos adversos y la comprensión de su utilidad en el Hospital, trabajando para que el error sea asumido como un riesgo en la prestación del servicio y no como un problema ético o de ineficiencia técnica. *“Hasta hace unos años se asumía que el trabajador de la salud brindaba la atención con ética y responsabilidad, nunca con la intención de producir daño. Por tanto se creía ingenuamente que la atención era perfecta sin posibilidades de equivocación”*. Los resultados de los servicios en salud y la investigación han demostrado que los procesos de atención en salud implican pensar en sistemas de riesgo que incluyan barreras de seguridad para minimizar los fallos involuntarios que se dan.

En la nueva comprensión del tema se requiere trabajar para que la gente comprenda que el reporte podría mejorar la calidad y la seguridad del paciente, garantizando que no habrá represalias y que todos conocen el sistema. Esto es considerado en otras investigaciones como un aspecto necesario a desarrollar para lograr que la cultura de seguridad del paciente sea eficaz.

Lograr que las prácticas se vuelvan rutinarias implica arraigar hábitos y esto lleva tiempo. *“Las personas no cambian su conducta solo con acciones educativas sino se requieren actividades en el campo que demuestren la bondad del cambio sugerido”*. Se requiere transformar la cultura a nivel de creencias, actitudes, comportamientos, rituales y paradigmas, en este contexto puede decirse con seguridad que el cambio va en camino.

## Conclusiones

Éste es el primer Estudio de Percepción de la Seguridad Clínica efectuado en el Hospital Padre Hurtado, cuyos resultados permiten tener una información de base para medir el impacto del desarrollo del Programa de Gestión de Riesgo Clínico y Seguridad de la Institución, cuya implementación se inició desde el año 2007.

Según la metodología del Estudio, se identifica como una importante fortaleza la percepción del Trabajo de Equipo al interior de las áreas incluidas en el estudio, cualidad que debe ser promovida y considerada en el mejoramiento de la Seguridad Clínica.

Como debilidades se identificó la importante percepción de los profesionales encuestados acerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los Eventos Adversos (EA) y la inadecuada Dotación de personal que impedirían desarrollar la atención sanitaria de manera segura.

De acuerdo a esto, las propuestas de intervención serían las siguientes:

1. Fomentar la notificación interna y discusión en equipo de los errores que pudieran ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos, es una fortaleza que debe ser aprovechada.
2. Tratar los problemas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. Enfocar el análisis con énfasis en los factores sistémicos más que en los personales y avanzar en estrategias cada vez menos punitivas frente a la identificación de EA.
3. La buena percepción de la importancia de mejorar la interrelación entre las Unidades debe ser aprovechada y cimentar las estrategias tendientes a mejorar la seguridad en el trabajo de equipo.
4. Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se pueden ver sometidos.

5. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de las Gerencias y la Dirección.

La realización de un nuevo Estudio en un plazo de aproximadamente 3 años, permitirá evaluar el impacto de las estrategias implementadas por la Institución para el desarrollo de una Cultura de Seguridad. Es posible evaluar además, la posibilidad de hacer extensivo este estudio al personal técnico paramédico del Hospital.

Alcanzar una Cultura de Seguridad significa un largo camino de iniciativas coordinadas no sólo para establecer las mejores prácticas clínicas y los sistemas de barreras más efectivos, sino también de hacer cada vez más partícipe al propio paciente sobre su seguridad y asumir en equipo el riesgo que conlleva la atención, intentando aprender de la experiencia obtenida en la Gestión del Riesgo Clínico implementada en el Hospital tendiendo a conseguir *“hacer todas las cosas bien, todo el tiempo, a todos los pacientes”*.

---

EU Carmen Gloria Alarcón S.

---

Dr. Armando Ortiz Pommier

San Ramón, diciembre de 2009



## Encuesta sobre la Seguridad del Paciente

### Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o eventos adversos en el Hospital Padre Hurtado. Le llevará unos 10 minutos completarla.

Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

#### Definiciones:

- Un “**suceso**” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, evento adverso o actuación fuera de protocolo, sin importar si el resultado daña al paciente o no.
- “**Seguridad del paciente**” se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o eventos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados.

### Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

En esta evaluación, piense en su “unidad” como el área de trabajo, servicio, departamento o área clínica del centro donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

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

#### Ámbito hospitalario

- Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
- Medicina (No-quirúrgica)
- Cirugía adulto
- Obstetricia y Ginecología
- Pediatría
- Cirugía Infantil
- Área de Urgencias (adulto, pediatría, etc.)
- Unidad de cuidados intensivos (adulto, pediátrica, etc.)
- Salud mental/Psiquiatría
- Rehabilitación
- Farmacia
- Laboratorio
- Radiología
- Anestesiología
- Neonatología
- Pabellón
- Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo....	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal de salud se apoya mutuamente en esta unidad.	1	2	3	4	5
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1	2	3	4	5
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	1	2	3	4	5
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	1	2	3	4	5
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	1	2	3	4	5
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	1	2	3	4	5
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	1	2	3	4	5

11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	1	2	3	4	5
12. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	1	2	3	4	5
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	1	2	3	4	5
<b>Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo....</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	1	2	3	4	5
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	1	2	3	4	5
16. El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.	1	2	3	4	5
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	1	2	3	4	5

## Sección B: Su Jefe/Supervisor

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende 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 superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	1	2	3	4	5
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	1	2	3	4	5

## Sección C: Comunicación

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

Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo....	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	1	2	3	4	5
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	1	2	3	4	5
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	1	2	3	4	5
5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	1	2	3	4	5
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	1	2	3	4	5

## Sección D: Frecuencia de Sucesos Notificados

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

Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo....	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, ¿con qué frecuencia es notificado?	1	2	3	4	5
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	1	2	3	4	5
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia se notifica?	1	2	3	4	5

## Sección E: Grado de Seguridad del Paciente

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

A	B	C	D	E
EXCELENTE	MUY BUENO	ACEPTABLE	POBRE	MALO
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>

## Sección F: El Hospital

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el Hospital. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en el Hospital Padre Hurtado ...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
2. Las áreas/unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellos.	1	2	3	4	5
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un área/unidad a otro.	1	2	3	4	5
4. Hay buena cooperación entre las áreas/unidades del hospital que necesitan trabajar juntos.	1	2	3	4	5
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	1	2	3	4	5
6. En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otras áreas/unidades.	1	2	3	4	5
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre las áreas/unidades de este hospital.	1	2	3	4	5
8. Las acciones de la Dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	1	2	3	4	5

9. La Dirección sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	1	2	3	4	5
Piense en el Hospital Padre Hurtado ...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. Las áreas/unidades del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	1	2	3	4	5
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	1	2	3	4	5

### Sección G: Número de Sucesos Notificados

1. ¿Existe en el Hospital un procedimiento para notificar incidentes o eventos adversos?

**a. Si    b. No**

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

**a. Ninguna notificación                      d. De 6 a 10 notificaciones**  
**b. De 1 a 2 notificaciones                  e. De 11 a 20 notificaciones**  
**c. De 3 a 5 notificaciones                  f. 21 notificaciones o más**

### Sección H: Características de los encuestados

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la evaluación. 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 servicio/unidad/ área?

**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**

