



ACUERDO NO. 1743 CON FECHA DEL 27 DE MAYO DE 2015 DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

**“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROFESORES
DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA SECCIONAL SANTA MARTHA ”**

TESIS PARA: **MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

PRESENTA(N): **LUZ KARINNE GONZÁLEZ JULIO**

DIRECTOR(A) DE TESIS: **MCE NORMA LETICIA PEREA ESTRADA**

Aguascalientes, septiembre 2018.

ASUNTO: Carta de autorización.

Aguascalientes, Ags., 18 Septiembre de 2018.

LIC. ROGELIO MARTÍNEZ BRIONES
UNIVERSIDAD CUAUHTÉMOC PLANTEL AGUASCALIENTES
RECTOR GENERAL

P R E S E N T E

Por medio de la presente, me permito informar a Usted que he asesorado y revisado el trabajo de tesis titulado:

“Cultura de seguridad del paciente en los profesores de la facultad de enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Martha”.

Elaborado por la **L.E. Luz Karinne González Julio**, considerando que cubre los requisitos para poder ser presentado como trabajo recepcional para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Enfermería.

Agradeciendo de antemano la atención que se sirva a dar la presente, quedo a sus apreciables órdenes.

ATENTAMENTE



MCE. Norma Leticia Perea Estrada
Asesora de Tesis

RESUMEN

Introducción: El estudio se ejecutó para medir la cultura de seguridad del paciente (CSP) en los profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Marta en el periodo de abril a junio del año 2018. **Materiales y Métodos:** El estudio es cuantitativo, correlacional, no experimental y transversal, se tomó una muestra representativa, no probabilística por conveniencia de 28 profesores de prácticas formativas clínicas de una población total de 54 profesores. Se recolectó la información con el “*Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente de la Agencia para la Investigación y Calidad en la Atención*”, versión española, dado que su exactitud ha sido validada desde el año 2004 en EE. UU. y diferentes países. Se analizaron las frecuencias de las variables y se ponderaron las dimensiones recategorizando la escala en positivo, negativo y neutro. **Resultados:** Se halló que la cultura de la seguridad del paciente (CSP) no es una fortaleza en los profesores de la Facultad de enfermería. Siendo el “*trabajo en equipo en la unidad/servicio*” con un 84% y el “*aprendizaje organizacional/mejora continua*” con un 79%, fortalezas en las dimensiones de cultura de seguridad del paciente en los profesores de la Facultad de enfermería. **Palabras claves:** cultura de la seguridad, profesores, enfermería, universidad.

ABSTRACT

Introduction: The study was carried out with the purpose of measuring the culture of patient safety in the professors of the Nursing Faculty of the Cooperativa de Colombia University Santa Marta section from April to June of the year 2018. Materials and

Methods: The study it is quantitative, correlational, non-experimental and transversal, a representative, non-probabilistic sample was taken for the convenience of 28 professors of clinical training practices from a total population of 54 professors. The information was collected with the "*Hospital Survey of Patient Safety Culture of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*". That its accuracy has been validated since 2004 in the USA and different countries. The frequencies of the variables were analyzed and the dimensions were weighted by recategorizing the scale in positive, negative and neutral.

Results: It was found that the culture of patient safety is not a strength in the professors of the Faculty of Nursing. Being teamwork in the unit / service with 84% and organizational learning / continuous improvement with 79%, strengths in the dimensions of patient safety culture in the professors of the Faculty of Nursing.

Keywords: safety culture, teachers, nursing, university.

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. CONCEPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA	9
1.1 Antecedentes	10
1.2 Planteamiento del problema	14
1.2.1 Descripción empírica de la realidad.	14
1.2.2 Preguntas que orientan la investigación.	15
1.2.3 Definición del problema de investigación.	16
1.2.4 Unidades de observación, ubicación espacial y temporal.	16
1.3 Justificación	16
1.4 Objetivos	20
1.4.1 Objetivo general.	20
1.4.2 Objetivos específicos.	20
1.5 Hipótesis y variables	20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	24
2.1 Marco conceptual	25
2.2 Marco legal	26
2.3 Marco teórico referencial	27
2.3.1 Seguridad del paciente.	27
2.3.2 Cultura de la seguridad del paciente.	29
2.3.3 Teoría de las restricciones (TOC).	31
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	34
3.1 Método de investigación y tipo de estudio	35
3.2 Muestra	35
3.3 Técnicas e instrumentos de investigación	36
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	42
5.1 Tratamiento de los datos	43
5.2 Estrategia de transferencia de resultados	76

5.3 Cronograma	76
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	77
5.1 Conclusión	78
5.1.1 Discusión	80
CAPÍTULO VI. PROPUESTAS	81
6.1 Propuestas	82
REFERENCIAS DOCUMENTALES	84
ANEXOS	90

INTRODUCCIÓN

La revisión de la seguridad del paciente (SP) inicia con el reporte “*To err is human: Building a Safer Health Systems*” (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000), que refiere estudios en Utah, Colorado y Nueva York en el año 1997, donde se evidenció que de 44.000 a 98.000 personas murieron ese año en instituciones hospitalarias efecto de errores médicos que eran prevenibles.

En el 2004, en un reporte del Instituto de Medicina estadounidense se resaltó la valía del personal de enfermería en su ámbito laboral, y se identificó que el ambiente laboral de desempeño en enfermería se caracteriza por severas amenazas a la SP. (Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety; Page A, 2004)

En el presente estudio se describirá la cultura de seguridad del paciente (CSP) en los profesores de una Facultad de Enfermería de una institución universitaria en Santa Marta (Colombia), identificando las dimensiones con mayor fortaleza.

Si se revisan las estadísticas de SP en Colombia, se encuentra el “*Informe nacional de calidad de la atención en salud – 2015*”, que da cuenta de los indicadores de seguridad en salud; en los que se contempla la tasa de infecciones asociadas a dispositivos, la tasa de infecciones nosocomiales y los EA (EA) gestionados. Las “*infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)*” se consideran un tema prioritario en salud pública, pues se relacionan al aumento de la morbimortalidad y el costo en la atención sanitaria, siendo consideradas como el evento adverso de mayor frecuencia en América Latina según el Instituto Nacional de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

De las infecciones más reportadas están en primer lugar la infección de torrente sanguíneo asociada a catéter, en segundo lugar, la infección sintomática de vías urinarias asociada a catéter y finalmente la “*neumonía asociada a ventilación mecánica*”.(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Se notificaron en el año 2013 4.485 casos de Infección asociada a dispositivos en las Unidades de cuidado intensivo

vigiladas por el INS. Se evidencia que en el año 2013 la neumonía asociada a ventilador mecánico tuvo una tasa de 3.7 casos por 1000 días; para el caso de la infección sintomática de vías urinarias asociada a catéter se presentó una tasa de 3.5 por 1000 días catéter urinario y para la infección de torrente sanguíneo asociada a catéter una tasa de 3.2 por 1000 días catéter central. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

La tasa de infección hospitalaria en Colombia para el 2015, se ha mantenido entre 57% y 95%. Esa tasa en el departamento del Magdalena en el 2009 fue de 0.69 con tendencia creciente hasta el año 2001, donde su valor fue de 1.08. A partir de ahí ha venido decreciendo, llegando al 0.03 en el 2014. De acuerdo al informe, la proporción de eventos adversos (EA) gestionados ha tenido una tendencia decreciente; pasando de 86.25% en 2009 a 6.64% en 2014; a la vez aumento el reporte del indicador de 3.242 reportes a 7.154 en el 2014. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Estas tasas revelan procedimientos en los cuales está involucrado el profesional de enfermería, ya sea en su ejecución, cuidado y/o mantenimiento. Hasta la fecha no se han realizado investigaciones sobre la SP en la Facultad de Enfermería de la UCC Santa Marta, ni en la población de estudiantes, ni en la de profesores. A la vez, se tiene un caso documentado de un evento adverso ocurrido en prácticas formativas en el año 2015; aunque cabe la posibilidad de que exista un subregistro, dado que la Facultad no cuenta con mecanismos o protocolos que obliguen a reportar EA ocurridos en los sitios de práctica formativa.

Siendo la SP máxima prioridad del Ministerio de Salud; todos los actores del Sistema de salud deben tener una CSP que evite los EA; (Ministerio de la Protección Social y Salud, 2010) y siendo las Universidades entidades formadora de profesionales de salud; se considera pertinente la medir la cultura de seguridad en los profesores de la Facultad de Enfermería de la UCC Santa Marta.

Para ello se utilizará como instrumento, la Encuesta Hospitalaria de "*Cultura de Seguridad del Paciente de la Agencia para la Investigación y Calidad en la Atención de la Salud*" versión española; instrumento validado y que evalúa 12 dimensiones en la CSP,

a través de escalas tipo Likert. (Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005)

Se analizó la distribución de frecuencias relativas y absolutas de cada una de las variables cualitativas y cuantitativas y; previa recategorización de la escala en positivo, negativo y neutro se realizó el análisis global de cada dimensión para determinar su fortaleza u oportunidad de mejora.

CAPÍTULO I. CONCEPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

El Ministerio de Salud de Colombia (2017), tiene como definición de SP el conglomerado de componentes de estructura, proceso, instrumentales y metodológicos científicamente probados que tienden a disminuir los EA en la atención sanitaria y subsanar sus consecuencias.(Ministerio de salud y Protección Social, 2017).

El Instituto de Medicina de Estados Unidos considera “*la seguridad como una de las dimensiones de la calidad de los servicios de salud*”(Kelley & Aranaz, 2007). La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la SP como “*ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud*” (p. (Da Silva Gama, Souza Oliveira, & Saturno Hernández, 2013).

La OMS en su documento “Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente” (World Health Organization, 2007), señala que el daño involuntario a pacientes por causa u ocasión del tratamiento no es algo nuevo; documentan que el evento adverso (EA) más antiguo data del siglo XVII A.C.

En una época más contemporánea, el Instituto de Medicina estadounidense, divulgó su reporte “*Errar es humano*” (Kohn et al., 2000); a causa del aumento en la prevalencia de EA reportados en la literatura mundial. Allí consigna que solo en Estados Unidos 100.000 pacientes morían anualmente, como resultado de errores en la atención médica.

Esta situación ha sido el eje central de los esfuerzos de la OMS, buscando favorecer espacios seguros para la atención sanitaria de los pacientes, minimizando los EA.

La SP ha tenido una remarcación especial desde que la OMS en el 2004, constituyó la “*Alianza Mundial para la Seguridad del paciente (AMSP)*”; con ella se busca identificar e implementar estrategias, metodologías y herramientas para la SP y disseminar las buenas prácticas.(Cernadas, 2009)

Dentro de estas estrategias se encuentra construir la CSP para alcanzar sistemas de salud más seguros; como meta fundamental de entidades sanitarias pertenecientes a gobiernos nacionales e internacionales,

La CSP es la suma de componente conductuales, y saberes de tipo individual y grupal que afectan de manera positiva o negativa la seguridad de una institución.(Mella Laborde, 2017).

En la práctica enfermera, la SP está implícita en el acto de cuidar porque es *“una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado”* (Gomez Ramírez, O., Soto Gamez, A., Arenas Gutierrez, A., Garzón Salamanca, J., Gonzalez Vega, A., Mateus Galeano, 2011).

Cuando se revisa la bibliografía sobre EA, se puede sopesar cuán importante es que los enfermeros (as) cuenten con una apropiada CSP.

Si se analiza el estudio IBEAS sobre *“Prevalencia de efectos adversos en hospitales latinoamericanos”* (2009), se evidencia que *“la prevalencia global de pacientes con algún EA fue de 10.5%”*. La prevalencia de EA fue de 11.85%. El 13.27% de los EA tenían relación con el cuidado. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

Por su parte, el estudio AMBEAS, realizado en Brasil, Colombia, México y Perú; mostro una incidencia del 2.4% en EA donde, 59.5% estaban relacionados con la medicación, 7.1% con fallo en la comunicación, siendo estas dos actividades parte del quehacer de la enfermera.(OPS/OMS, 2012).

Así mismo, en el estudio multicéntrico *“Eventos Adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería”* se obtuvo como hallazgo que los EA relacionados con el cuidado (188) 34.8% fueron los más frecuentes y entre ellos figuran: caída accidental 54 (28.7%), úlcera por presión 36 (19.2%) y la no aplicación de cuidados pautados 25 (13.3%); el resto, 73 (38.8%), se relacionaron con otro tipo de situaciones. Al indicar que los eventos están relacionados con el cuidado, se puede relacionar con la quehacer de los enfermeros, donde ellos asumen la atención directa del paciente, siendo a la vez estos, los profesionales de la salud que permanecen más tiempo con el.(Zárate-Grajales et al., 2017)

En el estudio realizado por Sammer et al, se identifican siete subculturas de comportamiento profesional que inciden en la CSP: *“liderazgo, práctica basada en evidencia (EBP), actitud de aprendizaje, trabajo en equipo, comunicación, justicia y*

práctica centrada en el paciente".(Gómez Ramírez, O., Soto Gamez, A., Arenas Gutierrez, A., Garzón Salamanca, J., Gonzalez Vega, A., Mateus Galeano, 2011)

En un estudio sobre la percepción de los enfermeros intensivistas sobre la CSP, se obtuvo que los promedios de las actitudes alrededor de la CSP en sus hospitales, pasaron de 3.72 a 2.62, donde el ítem de seguridad en la atención del paciente; alcanzó la mayor media (3.72), con una inclinación a percepciones como: "*en el último año, hice algo que no fue seguro para el paciente*" (1.52), "*en el último año ayudé a un colega de trabajo a hacer algo que me pareció inseguro para el paciente, a fin de economizar tiempo*" (2.54) y "*vi a un colega hacer algo que creí inseguro, durante el cuidado de un paciente comparado con las normas y rutinas establecidas*" (2.69), la mayor proporción de entrevistados no aprobaba lo que se les cuestionaba.(Rose Guadalupe Barcelos et al., 2016).

Otro estudio realizado en el 2013 sobre "*Percepción de la cultura de la seguridad del paciente*", arrojó que el indicador de CSP se evidencio como una debilidad por el 54.53% de los profesionales de enfermería; siendo muy parecido a lo evidenciado en otras investigaciones, en donde "*ninguna dimensión de cultura de la seguridad de los pacientes*" fue considerada una fortaleza entre los enfermeros participantes.(Hortensia Castañeda-Hidalgo, Rosalinda Garza Hernández, Zúñiga, Porras, & Pérez, 2013).

Obviamente, la SP depende en gran parte de las capacidades y actitudes de los profesionales los atienden; como médicos, enfermeras, terapeutas, etc. El que este recurso humano este actualizado y altamente capacitado podría ser un factor protector frente a los EA, disminuyendo su incidencia.

El Instituto Canadiense para la Seguridad del paciente (CPSI, por sus siglas en inglés); determino "*las competencias de seguridad de los profesionales de la salud*", definiendo así el conjunto de saberes (saber, hacer y ser) que deben tener los integrantes del equipo sanitario para brindar una segura y optima atención a los pacientes.(Cpsi, 2009).

Urbina (2012) refiere que las competencias profesionales abarcan aspectos del conocimiento en la atención clínica e integran otros, relacionados con el desempeño

adecuado de las profesiones de la salud como la relación profesión – paciente. A la vez marca un punto importante en su artículo y es la integración que existe entre asistencia – docencia – investigación y administración.

Así mismo, Urbina afirma que *“La profesión de enfermería trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, una mayor seguridad del paciente”* (Urbina Laza, 2011).

De ahí que los conocimientos del profesional de enfermería aplicados en los tres saberes pueden en cierta medida ser la diferencia en un tratamiento sin complicaciones para el paciente o con EA. Es por ello por lo que es importante identificar la CSP de los profesionales enfermeros que son formadores de futuros profesionales de enfermería.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Descripción empírica de la realidad.

Las investigaciones realizadas, relacionan que los EA más presentados son aquellos que están relacionados con el cuidado, lo que evidencia fallos en el ejercicio de los profesionales de enfermería. De ahí que no sea gratuito que la OMS diseñe protocolos y políticas para procedimientos o eventos que dependen casi exclusivamente de las competencias de la profesión enfermera como: prevención de úlceras por decúbito, administración de medicamentos, comunicación efectiva, prevención de caídas, identificación de pacientes, solo por nombrar algunas. Ahora, sería importante determinar si los estudiantes de pregrado de enfermería están recibiendo la información sobre la SP desde la formación que imparten sus profesores; dado que, en un futuro serán estos novales enfermeros, quienes deberán velar por la SP.

La institución donde se realizará el estudio es la Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta; una universidad multicampus con 18 sedes, en tres de ellas se oferta el Programa de Enfermería: Bucaramanga, Villavicencio y Santa Marta; siendo esta última la que tiene mayor antigüedad (24 años). Este Programa de Enfermería recibe estudiantes pertenecientes a estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. Sus profesores cuentan con títulos posgraduales como especialistas, magíster y doctorado en diversas áreas del conocimiento, siendo egresados de diversas facultades de enfermería de Colombia; con diferentes tipos de experiencia laboral en áreas comunitarias, clínica, educación e investigación.

El propósito de este estudio es medir la cultura de seguridad del paciente en los profesores de una Facultad de Enfermería de una Universidad ubicada en la ciudad de Santa Marta (Colombia); puesto que la CSP debe ser un tema transversal a la adquisición de competencias del saber, el hacer y el ser en el aprendizaje del estudiante de enfermería; y es el profesor, quien desde su conocimiento y experticia puede transmitir los criterios, valores y fundamentos que

construyan esta cultura en los futuros profesionales de enfermería. A su vez se hace necesario caracterizarlos socio demográficamente y determinar si esa caracterización tiene influencia en su CSP.

En estudios se evidencio que la jornada laboral y el nivel de estudios influyen de positivamente la CSP.(Mir-Abellán, Falcó-Pegueroles, María, & De La Puente-Martorell, 2017), así mismo se ha probado que las valoraciones positivas en cultura de la seguridad es mayor en los enfermeros con mayor edad, nivel académico según su antigüedad laboral y las horas de trabajo semanal (Camacho Rodríguez & Jaimes Carvajal, 2018)

Este estudio tendrá un impacto en la formación de profesionales de enfermería pues evidenciará la CSP en los profesores y los resultados permitirán crear planes de mejora para reforzarla, si es el caso y medirla a través de estudios investigativos de intervención. Así mismo se espera replicar el estudio en la población estudiantil y luego en los egresados. Esto aportará información basada en la evidencia que ayudará a generar reformas, si se quiere, en el currículo; articulando la SP a la formación; para egresar profesionales competentes y comprometidos con las dinámicas mundiales.

1.2.2 Preguntas que orientan la investigación.

¿Cuáles son las variables sociodemográficas que caracterizan a los profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Marta?

¿Existe relación entre las variables sociodemográficas y la cultura de seguridad del paciente de los profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Marta?

1.2.3 Definición del problema de investigación.

Luego de los antecedentes propuestos, la investigadora formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente en los profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Marta en el año 2018?

1.2.4 Unidades de observación, ubicación espacial y temporal.

La población a estudiar está compuesta por 28 profesores de la Facultad de Enfermería, en el año 2018. La muestra está integrada por los profesores de la Facultad que dirigen cursos enfocados al aprendizaje del cuidado y que asisten a prácticas clínicas formativas.

1.3 Justificación

El objetivo de la SP es conseguir que todos los sistemas, incluso los más grandes y complejos, funcionen de forma más segura. Su avance depende de las lecciones aprendidas al analizar errores, EA e incidentes. Por ello es indispensable crear una cultura de Seguridad del Paciente. (Nogueira, Raja, Escuer, & Mourín, 2011)

Los desafíos en la formación y desarrollo profesional van a ser filiales de la seguridad. Por ejemplo, los nuevos pregrados y posgrados tendrán como resultado el incremento de la ciencia y el liderazgo de gestión; contribuirá también a la construcción de especialidades y la formación continua para profesionales en salud en sus áreas específicas de interés asistencial con abordaje en seguridad, la divulgación de investigaciones basadas en la evidencia, y el avance en la gestión del conocimiento. La vinculación de la SP como área de desarrollo de la enfermería

actual, generará una mejora de las aptitudes y actitudes adquiridas y un crecimiento del accionar de enfermería.(Martínez, Montoro, & María, 2010).

Los profesionales de enfermería son reconocidos como los referentes de la calidad y seguridad en las entidades sanitarias, y líderes positivos que educan y promueven la SP. Lo que ha sido respaldado por investigaciones que apuntan a las enfermeras como una constante crítica en el reconocimiento de riesgos potenciales y reales en el cuidado sanitario. Así mismo, se ha evidenciado el efecto de la cualificación y número de enfermeras en los índices de morbilidad, mortalidad, la satisfacción de los pacientes y la estancia hospitalaria.(Milos & Larraín, 2015). Todo esto implica un beneficio a la disciplina enfermera cuando los profesores que forman a los estudiantes de enfermería de pregrado tienen amplias competencias en SP, lo que debe redundar en graduados líderes de la calidad y la seguridad clínica. Identificando la CSP de los profesores, se podrían generar espacios para formación continuada de los profesores en dicha temática, y se podría proyectar a otros Programas de Enfermería y de Ciencias de salud; como una buena práctica, buscando siempre la excelencia en las competencias profesionales de los profesores, beneficiando así, de manera tácita, a los estudiantes

Esta investigación beneficia el contexto ético en la disciplina enfermera, dado que la relación enfermera-paciente, genera un vínculo ético-jurídico que desencadena un compromiso primordial: la prestación expedita de los cuidados de enfermería. Como complemento a este compromiso, nace el deber de evitabilidad del daño y previsibilidad. Estas son exigibles, aunque se cumpla la obligación principal. Un profesor de pregrado de Enfermería que conoce y comprende estas obligaciones, las transmitirá a sus estudiantes en el proceso enseñanza y aprendizaje.

A la vez generará beneficios económicos a las organizaciones que presten servicios de salud, que contraten a profesionales de enfermería formados en la SP; pues en promedio el costo de un EA es cercano a “\$1.765.361 pesos.(González &

Olarte Cortes, 2013); considerando que los EA relacionados con el cuidado representan el 34.8% del total.(Zárate-Grajales et al., 2017).

En un estudio multicéntrico de EA, sus factores y periodicidad, realizado en México, Argentina y Colombia en pacientes de Cuidado crítico, se observó que los EA más reportados, incluían actividades relacionados con la atención al paciente, como mantenimiento de vías vasculares, aéreas, transmisión de infecciones profesional - paciente, medicación y procedimientos, todos ellos prevenibles. Los EA vinculados a la atención directa del paciente, mostraron una alta proporción en las úlceras por decúbito, el no cumplir los cuidados convenidos y la flebitis. Las condiciones asociadas a estos eventos fueron la falta de seguimiento a lineamientos, guías y procesos; con una incidencia entre 38% y 81% y una prevalencia del 49% en pacientes críticos.(Achury et al., 2016). Resultados que apuntan a unir en esfuerzos para generar la CSP en los profesionales de enfermería.

El curso de esta investigación generaría a largo plazo el mejor de los beneficios sociales, que sería la disminución de EA relacionados con el cuidado; puesto que, si a los futuros enfermeros (as) se les forma en la CSP, aplicarán sus conocimientos en mantener la seguridad clínica en su ejercicio asistencial y la promoverán en el equipo multidisciplinario.

Con este estudio se impactará en la comunidad integrada por profesionales de enfermería que tienen rol de profesor en el Programa de Enfermería, dado que permitirá evidenciar su CSP y su percepción de la seguridad. Se escogió este tema de investigación porque el profesor de enfermería en su ejercicio docente, se convierte en un transmisor del conocimiento, en el que no solo comparte sus conocimientos teóricos sino sus experiencias en el ejercicio disciplinar, pudiendo crear a partir de estos elementos en sus estudiantes, la CSP.

De igual manera esta investigación tendría un valor teórico significativo, dado que no se ha investigado la CSP en los profesionales de enfermería como profesores

de pregrado, lo cual llenaría el vacío sobre el posible aporte que genera esta cultura en el ejercicio docente.

La importancia científica de este estudio radica en que se podrá establecer la CSP que tienen los profesionales de enfermería que cumplen el rol de profesor formando futuros profesionales de enfermería. Esto ayudará a que, de acuerdo a los resultados de lo investigado, se puedan establecer estrategias para fortalecer y/o mantener la CSP de los profesores; y a la vez, se tendrá la certeza de que será multiplicada en la población discente. Esto beneficiara a los pacientes, dado que tendrán profesionales de enfermería competentes en la SP, evitando así EA, y se tendrá la plena convicción de que los profesores de los cursos dirigidos al cuidado enfermero aplican en sus procesos de enseñanza - aprendizaje, las directrices de la OMS y el Ministerio de Salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general.

Medir la cultura de seguridad del paciente en los profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Marta entre los meses de abril a junio del 2018.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Identificar las dimensiones de cultura de seguridad del paciente con mayor fortaleza en los profesores de pregrado de la Facultad de Enfermería
- Definir oportunidades de mejora frente a los hallazgos de la cultura de seguridad del paciente.

1.5 Hipótesis y variables

- Hipótesis: *“La cultura de la seguridad del paciente es una fortaleza en los profesores de la Facultad de Enfermería”*
- Hipótesis nula: *“La cultura de la seguridad del paciente no es una fortaleza en los profesores de la Facultad de Enfermería”*

1.5.1 Descripción conceptual y operacional de las variables

La variable es la unidad anatómica y funcional de un proyecto de investigación. Moreno y colaboradores las definen como características o atributos de los eventos, de los individuos o grupos de estudio, que varían entre una u otra situación o entre dos momentos; por tanto, pueden adquirir diversos valores. Como complemento de esta definición, Hulley y colaboradores indican que las variables son mediciones que describen los fenómenos con el fin de que puedan analizarse estadísticamente. (García

García, Jiménez Ponce, Arnaud Viñas, & Tapia Ramírez, 2011). Las variables son importantes pues el proceso de análisis de desagregación (análisis) se hace a fin de las variables puedan medirse empíricamente. (Tafur Portilla & Izaguirre Sotomayor, 2016)

1.5.1.1 Variables

Tabla 1.

Variables del estudio según sus valores

VARIABLES	DEFINICIÓN
INDEPENDIENTES "Cultura de la seguridad del paciente"	"Resultado de las actitudes, competencias y patrones de comportamiento tanto individuales como colectivos que influyen en el compromiso, el estilo y el dominio de la gestión de la seguridad de una organización".(Júlvez, 2013).
DEPENDIENTES "Frecuencia de eventos notificados"	"Periodicidad con la cual se reporta la ocurrencia de EA, a través de los mecanismos establecidos por el Hospital" (Aguilar Albán, 2018)
"Percepción de seguridad"	"Es la apreciación o idea que cada profesional o trabajador de la salud tiene acerca de la aplicación de la Política de SP". (Aguilar Albán, 2018)
"Trabajo en equipo en el área/servicio"	"Opinión que tienen las personas sobre el grado de armonía, apoyo, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación con la que se realizan las labores en busca de minimizar los riesgos a los que se enfrenta el paciente en la misma área o servicio".(Aguilar Albán, 2018)
"Franqueza en la comunicación"	Veracidad y libertad con la que se tratan las situaciones de EA y la gestión que se lleva a cabo.
"Retroalimentación y comunicación sobre errores"	Apertura en la información sobre los EA que ocurren y participación del personal en el planteamiento de las soluciones para evitar que vuelvan a ocurrir.
"Aprendizaje organizacional/mejora continua"	Percepción que tiene el equipo de salud sobre los avances en el tema de SP, teniendo como base el aprender de los errores.

Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (AHQR). 2018

Tabla 2.

Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Tiene Hijos	Condición de maternidad / Paternidad	Si No	Encuesta
Tiempo laborado en la Universidad	Período transcurrido entre el inicio de su contrato hasta el momento actual	< a 1 año 1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años 21 a 25 años 26 años	Encuesta
Nivel de escolaridad	Ultimo título académico obtenido después del pregrado	Pregrado Especialización Maestría Doctorado	Encuesta
Años de experiencia como enfermera (o)	Años de ejercicio profesional contados desde la obtención del título de pregrado al momento de aplicación del cuestionario.	< a 1 año 1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años 21 años o mas	Encuesta
Frecuencia de eventos notificados	<i>"Periodicidad con la cual se reporta la ocurrencia de EA, a través de los mecanismos establecidos por el Hospital". (Aguilar Albán, 2018)</i>	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo siempre	Encuesta – Escala de Likert
Percepción de seguridad	<i>"Es la apreciación o idea que cada profesional o trabajador de la salud tiene acerca de la aplicación de la Política de SP". (Aguilar Albán, 2018)</i>	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Encuesta – Escala de Likert
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Percepción que tiene el equipo de salud sobre los avances en el tema de SP, teniendo como base el aprender de los errores.	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Encuesta – Escala de Likert
Trabajo en equipo en el área/servicio	<i>"Opinión que tienen las personas sobre el grado de armonía, apoyo, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación con la que se realizan las labores en busca de minimizar los riesgos a los que se enfrenta el paciente en la misma área o servicio" (Aguilar Albán, 2018)</i>	Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo	Encuesta – Escala de Likert
Franqueza en la comunicación	Veracidad y libertad con la que se tratan las situaciones de EA y la gestión que se lleva a cabo.	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo siempre	Encuesta – Escala de Likert
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Apertura en la información sobre los EA que ocurren y participación del personal en el planteamiento de las soluciones para evitar que vuelvan a ocurrir	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo siempre	Encuesta – Escala de Likert

Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (AHQR), 2018.

1.5.2 Limitaciones del estudio

Esta investigación tuvo una serie de limitaciones para su ejecución, una de las primeras es en cuanto a la selección de la muestra, puesto que se estableció el número de participantes en noviembre del 2017, pero factores externos, como la renuncia de los profesores, su despido, reubicación o incapacidad, en el momento de aplicación del instrumento, disminuyeron los sujetos muestrales.

A la vez es factible que las unidades de estudio no contesten el cuestionario con total franqueza, por temor a ser señalados y que esto influya en su contrato laboral, lo cual generaría un sesgo en la medición de las variables.

Otra de las limitantes estuvo en la actitud de los sujetos muestrales hacia el diligenciamiento de la encuesta, pues, aunque se aplicó a través de un aplicativo online, no se obtuvo la respuesta deseada; lo que llevo a enviarle correos electrónicos constantes a cada sujeto muestral y realizarles seguimiento de manera presencial para lograr el diligenciamiento del cuestionario.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

Dado que la finalidad de este estudio estará dirigida a la CSP en los profesores de una Facultad de Enfermería, es menester plantear tópicos que funjan como un eje conceptual que apoye la lectura interpretativa del trabajo. Para empezar, comprenderemos el concepto de SP de la manera en que es definido por el Ministerio de Salud en sus paquetes instruccionales: como el conglomerado de componentes de estructura, proceso, instrumentales y metodológicos científicamente probados que tienden a disminuir los EA en la atención sanitaria y subsanar sus consecuencias (Ministerio de la Protección Social, 2010).

A la vez, se debe tener claridad sobre el concepto de cultura, la cual Harris define así: *“La cultura... en su sentido etnográfico, es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que miembro de la sociedad.”* (Barrera Luna, 2013).

Esto da las bases para comprender los elementos que conforman la cultura, y cuán complejo es su desarrollo en cualquier ámbito, no solo el de la salud. Si se aborda el concepto de la cultura de la seguridad, que plasma Gómez Ramírez et al., (2011) como *“la correspondencia a un grupo de convicciones y actitudes que emergen a partir del avance investigativo y la experiencia diaria, orientadas a proveer el bienestar máximo al individuo objeto del cuidado”*.(Gomez Ramírez, O., Soto Gamez, A., Arenas Gutierrez, A., Garzón Salamanca, J., Gonzalez Vega, A., Mateus Galeano, 2011)

A lo largo de la investigación se hablará de EA, que son la consecuencia de una atención sanitaria que de forma no intencional ocasiono daño. *“Los EA pueden clasificarse en no prevenibles y prevenibles”*. (Buitrago Orozco & Arango Zuluaga, 2016). Precisamente una de las finalidades de la SP es prevenir la ocurrencia de EA.

Ahora bien, abocándose a la población objeto de este estudio, es importante el definir qué es un profesor y para ello se toma como referencia a la Real Academia de la Lengua, quien cita, que un profesor, *“es la persona que ejerce o enseña una ciencia o*

arte". (Real academia Española, 2018). El acto de enseñar se conceptúa según el Diccionario Oxford, como la *"transmisión de conocimientos, ideas, experiencias, habilidades o hábitos a una persona que no los tiene"* (Diccionario Oxford, n.d.). Razón por la cual, en esta investigación, se quiere conocer qué CSP tienen los profesores; pues en estudios posteriores se podría evaluar la transmisión de esos conocimientos a la población estudiantil.

Así mismo, es importante tener claro el concepto de error, que es la acción humana concerniente a no acertar o incurrir en un error, en esta concepción está tácita la probabilidad de fallar al tomar una determinación a través de la aplicación de un parámetro. Se encuentran dos tipos de errores en el acto asistencial, como son: el error clínico, definido como una conducta equivocada en el ejercicio clínico, como resultado de aplicar un parámetro incorrecto; y el error médico que es la consecuencia de un desacierto de buena fe, sin contravenciones ni actos imprudentes, como en el caso de desprecio, negligencia, indolencia, abandono, impericia, ignorancia e incapacidad profesional.

2.2 Marco legal

En Colombia rigen diferentes normas legales que regulan las bases de la calidad y atención segura la paciente, entre ellas encontramos:

Ley 100 de 1993: *"Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"* (Congreso de la Republica, 1993). Es la ley marco del sistema de seguridad social vigente, la cual contempla los principios de *"...eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación comunitaria"* (Congreso de la Republica,1993). Su objetivo es lograr el bienestar individual y su interrelación e impacto en la comunidad.

Resolución 1445 de 2006: *"Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación"* (Ministerio de Protección social, 2006). Establece y define los estándares

de acreditación, se articula directamente con la promoción de la seguridad en la organización, establece este aspecto como transversal en la atención sanitaria y describe la seguridad como criterio primordial de los altos estándares de calidad. Describe la atención segura como la base de mejoramiento y el fortalecimiento de la competitividad de las organizaciones de salud.

Resolución 123 de 2012: *“Modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006”*; ajustando los manuales vigentes dentro del Sistema Único de Acreditación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. *“Por el cual se establecen los criterios de habilitación que deben cumplir las entidades prestadoras de Servicios de Salud”*, y dentro de ellos se ubica el monitoreo al programa de SP. (Ministerio de Salud, 2014)

El Ministerio de Salud y Protección Social asegura que *“el Sistema Único de Habilitación de Servicios de Salud tiene como hilo conductor la SP”*; ya que mediante la expedición del Manual de Habilitación de Servicios de Salud se fortalecerán los estándares de calidad en la atención de los pacientes por parte de los prestadores de servicios. (Ministerio, Salud, & Social, 2014)

2.3 Marco teórico referencial

2.3.1 Seguridad del paciente (SP).

Como cita (Villarreal Cantillo, 2007) La SP se erige como primacía en la calidad del cuidado. De ahí que es importante la reflexión sobre la dimensión que tienen los EA, con el fin de evitarlos y avanzar en intervenciones respaldando prácticas seguras, siendo una responsabilidad adquirida de las organizaciones educadoras de profesionales, técnicos y tecnólogos, de los prestadores de servicios sanitarios y la sociedad, para una atención inequívoco y de calidad.

Abraham Maslow establece en la segunda escala de la jerarquía de necesidades la seguridad y reaseguramiento, luego de suplir las necesidades fisiológicas. La necesidad del individuo de sentirse seguro, es una inquietud constante que se anhela a lo largo la vida y está presente constantemente en el entorno, puesto que satisfechas las necesidades fisiológicas, sin amor, o estimación, se suplirá primero que todo la seguridad.(Villarreal Cantillo, 2007).

Los Sistemas de Salud y la SP; requieren la implicación de todo el equipo multidisciplinario. Al ocurrir un EA, el profesional sanitario también sufre daños, pues se le culpabiliza, sin verificar que no hay intención de dañar en la atención en salud y que sus fallos, facilitan los EA. La SP incluye la monitorización constante de los peligros relacionados con la atención directa en salud a fin de planear y ejecutar de manera continua las barreras de seguridad.(Ministerio de la Protección social, 2008).

Si se revisa el estudio realizado por Tobías (2014), se buscaba detallar la validez de la evidencia científica acerca de la SP, asociada a la cultura organizacional y la gestión de la seguridad, tipología de la publicación, medio de publicación, año, país, idioma y temática; se hallaron 106 indexaciones entre los años 2006 y 2012. El 50.9% de las publicaciones eran de los Estados Unidos, 84.9% de ellas eran en idioma inglés, el 74% eran de autoría original y el eje temático fue la mala praxis. (Tobias et al., 2014).

Una de las consecuencias de la no conformidad en la SP son los EA. En un estudio desarrollado por cinco instituciones gubernamentales de salud y un hospital de alta complejidad, se estudiaron los EA ocurridos en 18 meses, utilizando el instrumento "SYREC 2007". Como resultado se obtuvo lo siguiente: un total de 540 EA, 55.5% pasaron en hombres, 58.7% estaban en estado de alerta, el 92.6% ocurrió en el servicio hospitalario, el 55.9% se ocultaron a los familiares, considerándose evitables el 70.5%, en 80.6% de ellos estuvieron presentes los factores del sistema, con asociación significativa entre los factores y la evitabilidad del suceso. (Zárate-Grajales et al., 2017).

Si analizamos los EA desde la óptica enfermera; Achury precisó “*multicéntrico, descriptivo, y correlacional*”. La unidad de análisis la formaban los EA reportados por enfermería en un lapso de seis meses en 17 Unidades de terapia intensiva. En total se reportaron 1163 eventos, 34% de ellos, se relacionaron con el cuidado directo, “*el 19% con la vía aérea y ventilación mecánica, 16% con accesos vasculares y drenajes, el 13% con infecciones intrahospitalarias y el 11% con la administración de farmacoterapia. El 7% se relacionó con pruebas diagnósticas y equipos*”. Se consideraron prevenibles el 94.8% de los EA.(Achury et al., 2016)

2.3.2 Cultura de la seguridad del paciente (CSP).

En la revisión bibliográfica se encuentran varios artículos que abordan la CSP como el estudio “*Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por el personal de enfermería*” (Hortensia Castañeda-Hidalgo, Rosalinda Garza Hernández et al., 2013); donde se buscaba determinar debilidades y fortalezas relacionadas con la CSP en un Hospital de segundo nivel en México. El estudio fue “*cuantitativo, descriptivo y transversal*”, con una muestra probabilística por turnos de 195 enfermeras. La recolección de los datos se hizo a través de la encuesta del “*Cuestionario sobre seguridad de los pacientes*”, versión española. (Hortensia Castañeda-Hidalgo, Rosalinda Garza Hernández et al., 2013). Se obtuvo que las dimensiones percibidas como fortalezas fueron: “*el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo en la unidad/servicio*”(Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005). Las dimensiones percibidas como oportunidad de mejora fueron: “*respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, percepción de seguridad y franqueza de la comunicación*”. (Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005). La proporción más alta no reporto EA vinculados a la atención sanitaria. (Hortensia Castañeda-Hidalgo, Rosalinda Garza Hernández et al., 2013).

En otro estudio realizado sobre CSP en profesionales de enfermería intensivista, se tomó una muestra de “173 profesionales de enfermería, trabajadores en siete unidades” de cuidado intensivo ubicadas en Río Grande del Sur. Se propusieron cuatro constructos con diferentes actitudes relacionadas con la SP: “seguridad en el cuidado al paciente, promoción de la SP a nivel organizacional, percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización y prevención de errores como prioridad organizacional”. Los resultados evidenciaron lo imperativo de conducir mejor los servicios de salud en los aspectos implicados en la SP. (Rose Guadalupe Barcelos et al., 2016).

Un estudio realizado en España describió la percepción de CSP de profesionales de salud en hospitales españoles, y su asociación con factores socio laborales. Se aplicó un cuestionario con 12 dimensiones a “1.113 profesionales” en 8 hospitales estatales, a través de las percepciones se describieron la proporción de “respuestas positivas y negativas por dimensión”, y su asociación con factores de regresión lineal múltiple. (Da Silva Gama et al., 2013). La dimensión “trabajo en equipo en la unidad” obtuvo 73.5% de *respuestas positivas* y “dotación de personal” alcanzó el 61% de *respuestas positivas*. En los factores con mayor asociación a la CSP ($p < 0,05$) están el “servicio” (farmacéutico y quirúrgico) y la “profesión” (enfermería), ambos positivos. Concluyendo que, el progreso en la CSP debe situarse en la coherencia entre la cantidad de profesionales en la unidad y beneficiarse de las buenas relaciones dentro de los servicios, aprovechando los servicios de farmacia y cirugía, y los profesionales de enfermería, como punto de referencia para otras unidades y profesionales. (Da Silva Gama et al., 2013).

Revisando la bibliografía, no se encontraron estudios que apunten a la CSP en profesionales de la salud que ejerzan el rol de profesores en niveles técnicos o superiores de educación, lo cual hace novedoso este estudio.

2.3.3 Teoría de las restricciones (TOC).

La “*Teoría de las Restricciones- TOC*” es una ideología administrativa integral que usa los métodos de las ciencias puras para entender y gestionar los sistemas humanos como personas, organizaciones, etc. (Munera, 2015)

El T.O.C. posibilita encauzar la solución de problemas críticos en las empresas (independiente de su tamaño u orientación, para que se aproximen a su meta a través del desarrollo de un plan de mejora continua. Para su construcción se apropió el método Socrático.

La TOC comprende un conglomerado de saberes, herramientas, principios y ejecuciones que facilitan la gestión de los sistemas, usando sentido común o lógica pura. El T.O.C. es el resultado del análisis de Eli Goldratt en la forma de *pensar “how to think”*. Consecuencia del proceso de pensamiento “*the Thinking Processes*” y su aplicación.

Cualquier factor que limite el alcance de los objetivos de una empresa se considera una restricción en el sistema. La restricción no puede clasificarse como positiva o negativa, dado que es un componente estructural del sistema en los niveles políticos u operativos, que define el foco de actuación. Existen restricciones físicas que se refieren a la capacidad de operación de maquinarias, flujo de dinero, materia primas, o cualquier aspecto que se vincule con una característica visible del proceso; y “*restricciones políticas*” que son actuaciones contrarias al deber ser de la organización ya sean de comportamiento o procedimiento.(León Vanegas, 2012)

2.3.3.1 Falibilidad humana: Como señala el título del informe difundido por el Institute of Medicine, “*To Err is Human*”, las fallas hacen parte de ser humano y no se pueden evitar. Así pues, es necesario ajustar el sistema para que sea improbable el cometer errores y, se garantice el actuar de manera correcta, empalmando las actividades obligatorias con los sistemas sanitarios y proveyendo información en el sitio de atención. Las actividades obligatorias son restricciones físicas o de proceso

que hacen difíciles el incurrir en un error, y hacen de la actuación correcta el procedimiento predefinido.(Gluck, 2008)

2.3.3.2 Complejidad: Kizer, conocido como ex director del Sistema de salud para veteranos y ex presidente del Foro nacional de Calidad, refiere que la atención sanitaria actual es la labor más compleja realizada por el ser humano. El especifica las dimensiones implícitas en la atención que avalan sus afirmaciones. La atención sanitaria implica(Gluck, 2008):

- a. Tecnologías complejas.
- b. Colección de fármacos potentes.
- c. Formación profesional desigual entre el personal.
- d. Líneas de autoridad poco definidas.
- e. Marcos físicos muy variables.
- f. Composiciones características de cada paciente.
- g. Barreras en la comunicación.
- h. Procesos asistenciales afectados por múltiples cambios.
- i. Presión del tiempo.

2.3.3.3 Deficiencias del sistema: El sistema de salud, se divide en dos elementos principales. Los profesionales que interactúan con el paciente como profesionales de medicina, enfermería y terapeutas físicos; con la ayuda de una gran infraestructura como la administración, la industria farmacéutica, las instalaciones físicas, las entidades recaudadoras, los órganos legislativos y el gobierno. Los errores latentes son ineficiencias del sistema ocultas en este segundo elemento.(Gluck, 2008)

2.3.3.4 Barreras defensivas: Por la falibilidad humana, ocurren errores, como evidencian las investigaciones en la aviación como en la atención sanitaria. Las organizaciones que adquieren altas responsabilidades instalan barreras operacionales para minimizar el riesgo de un accidente o daño físico. Estas barreras defensivas pueden adquirir la connotación de restricciones físicas o de

procedimiento, diseñadas con el propósito de impedir los errores antes de que ocasionen daño al paciente. (Gluck, 2008)

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Método de investigación y tipo de estudio

Este estudio es cuantitativo, correlacional, no experimental y transversal. El enfoque de este estudio es cuantitativo ya que usa la recolección de datos con el objetivo de probar hipótesis basándose en la medición cuantitativa y el análisis estadístico, permitiendo establecer pautas de comportamiento y comprobando teorías.(Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

Su alcance es correlacional, ya que busca identificar la asociación inmersa en dos o más conceptos, clasificaciones o variables en una población de análisis. Su utilidad radica en saber cómo se comportará un concepto o una variable al conocer la actuación de otras variables asociadas. Es decir, predice el valor aproximado que obtendrá un grupo de individuos o casos en una variable, basándose en el valor que tienen las variables relacionadas.(Hernández Sampieri et al., 2010).

Su diseño es no experimental dado que “*no se manipulan las variables*” y solo se observa el fenómeno en su contexto natural para proceder a su análisis. (Hernández Sampieri et al., 2010)

Es transeccional o transversal por que “*se recolectan datos en un solo intervalo de tiempo*”. Analizando las variables se determina su interrelación e incidencia en un lapso de tiempo.. (Hernández Sampieri et al., 2010)

3.2 Muestra

La muestra es el subconjunto representativo de la población en el cual se obtienen los datos (Hernández Sampieri et al., 2010). La unidad de análisis está representada en este estudio por profesores de la Facultad de Enfermería. La población es de 54 profesores. De ella se tomó una muestra no probabilística por conveniencia y está integrada 28 profesores que cumplen los criterios para su inclusión.

Los criterios de inclusión son:

- Ser profesor de la Facultad de Enfermería.
- Ser profesional de enfermería.
- Dirigir los cursos referentes del cuidado.
- Asistir a prácticas clínicas formativas.

Los criterios de exclusión son:

- Dirigir cursos diferentes a los del cuidado.
- Tener una profesión diferente a la enfermería.
- Asistir a prácticas comunitarias.

El muestreo proyectado era censal, pues la investigadora selecciono el 100% (29) de la población al considerarla un número manejable de sujetos. A la vez, solo se logró encuestar al 97% (28) de la muestra, dado que uno de los sujetos de análisis se encontraba incapacitado al momento de aplicar el instrumento.

3.3 Técnicas e instrumentos de investigación

La recolección de datos se hizo con el instrumento, “*Cuestionario sobre seguridad de los pacientes*” versión española del “*Hospital Survey on Patient Safety de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*”. (Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005) Un cuestionario es una herramienta con un conjunto de interrogantes relativas a una o más variables por medir. Debe ser coherente con el problema de estudio y su hipótesis. (Hernández Sampieri et al., 2010)

La encuesta Hospitalaria de “*Cultura de Seguridad del Paciente (Hospital Survey on Patient Safety Culture) de la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*”, se diseñó para evaluar en los hospitales su cultura de seguridad a través de doce

dominios. Los interrogantes del instrumento validado al español se estructuran en “12 dimensiones”, que respetan los términos de la versión en inglés. (Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005). Las dimensiones son:

- “Frecuencia de los eventos notificados”
- “Percepción de seguridad”
- “Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad.”
- “Aprendizaje organizacional/mejora continua”
- “Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio”
- “Franqueza en la comunicación”
- “Feed-back y comunicación sobre errores”
- “Respuesta no punitiva a los errores”
- “Dotación de personal”
- “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”
- “Trabajo en equipo entre unidades”
- “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”

(Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005)

El cuestionario tiene 61 preguntas enunciadas algunas positivamente y otras negativamente. En ambas se averigua la percepción de los profesionales sobre cada ítem y dimensión que responden. En las dos versiones, el cuestionario es auto administrado, y las dimensiones y sus ítems son los mismos (Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005).

La consistencia interna de cada dimensión en la versión validada al español, con el α de Cronbach, se muestra en la Tabla 3. “El α de Cronbach tiende a aumentar con el número de ítems” determinados y aunque el total de ítems en cada dimensión del cuestionario sea mínimo, su fiabilidad va de aceptable a excelente.(Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005).

Tabla 3.

Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario.

Dimensión	Alfa de Cronbach
"Notificación de eventos relacionados con la seguridad"	0.88
"Percepción global de seguridad"	0.65
"Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad"	0.84
"Aprendizaje organizacional/mejora continua"	0.68
"Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio"	0.82
"Franqueza en la comunicación"	0.66
"Feed-back y comunicación sobre errores"	0.73
"Respuesta no punitiva a los errores"	0.65
"Dotación de personal"	0.64
"Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente"	0.81
"Trabajo en equipo entre unidades"	0.73
"Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades"	0.74

Fuente: (Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005)

(*): > 0.6: aceptable; >0,7: buena ;> 0.8: excelente

Se buscó tener en el análisis un nivel de significancia de 0.05, que implica que la investigadora tiene 95% de seguridad para formular generalidades sin equívocos y sólo 5% en contra. (Hernández Sampieri et al., 2010). La investigadora escogió 7 dimensiones para ser evaluadas en su investigación, las cuales fueron: "*Cultura de la seguridad del paciente, Frecuencia de EA, Percepción de la seguridad, Franqueza en la comunicación, Retroalimentación sobre errores, Aprendizaje organizacional/mejora continua y Trabajo en equipo en la unidad/servicio*". (Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005).

Además, agregó siete (7) preguntas siguiendo los lineamientos que establece la "*Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*" al final del cuestionario; con el fin de caracterizar socio demográficamente la muestra. De ellas se tomaron 4 variables para ser valoradas: tiene hijos, tiempo laborado en la institución, nivel de escolaridad y años de experiencia como enfermera. Esta depuración de variables se realizó con el fin de obtener datos inherentes a los Profesores de la Facultad de Enfermería que pudiesen

ser objeto de oportunidades de mejora, luego del análisis cuantitativo y cualitativo de la información.

Tabla 4.

Dimensiones Cultura de la Seguridad del paciente.

Dimensión	Pregunta Cuestionario sobre seguridad del paciente AHRQ.
Frecuencia EA	<p><i>“Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿Qué tan a menudo es reportado?”</i></p> <p><i>“Cuando se comete u error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Qué tan frecuentemente es reportado?”</i></p> <p><i>“Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Qué tan a menudo es reportado?”</i></p>
Percepción de la seguridad	<p><i>“La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.”</i></p> <p><i>“Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.”</i></p> <p><i>“Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí”</i></p> <p><i>“Tienen problemas relacionados con la Seguridad de los pacientes en esta unidad.”</i></p>
Franqueza en la comunicación	<p><i>“El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente”</i></p> <p><i>“El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.”</i></p> <p><i>“El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.”</i></p>
Retroalimentación sobre errores	<p><i>“La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.”</i></p> <p><i>“Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.”</i></p> <p><i>“En esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.”</i></p>
Aprendizaje organizacional/mejora continua	<p><i>“Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.”</i></p> <p><i>“Los errores han llevado a cambios positivos aquí.”</i></p> <p><i>“Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad.”</i></p>
Trabajo en equipo en la unidad/servicio	<p><i>“La gente se apoya una a la otra en esta unidad.”</i></p> <p><i>“Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo.”</i></p> <p><i>“En esta unidad, el personal se trata con respeto.”</i></p> <p><i>“Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada otras le ayudan.”</i></p>

Fuente:(Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005)

Las respuestas obtenidas en el instrumento se reagrupan en tres clasificaciones acorde con el siguiente esquema:

Tabla 5.

Escalas del cuestionario de seguridad del paciente.

“Negativo”		“Neutral”	“Positivo”	
<i>“Muy en desacuerdo”</i>	<i>“En desacuerdo”</i>	<i>“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”</i>	<i>“De acuerdo”</i>	<i>“Muy de acuerdo”</i>
<i>“Nunca”</i>	<i>“Raramente”</i>	<i>“A veces”</i>	<i>“Casi siempre”</i>	<i>“Siempre”</i>

Fuente: (Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005)

Al reagrupar las respuestas de los ítems de cada dimensión según la tabla 5, se procede a determinar las frecuencias relativas por ítem, dimensión, y el indicador de cada dimensión. Los indicadores de cada dimensión del cuestionario se calculan aplicando la siguiente fórmula

$$\Sigma = \frac{\text{numero de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{numero de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

De acuerdo al porcentaje obtenido por un ítem o dimensión, se determinará que es una fortaleza si:

- *“≥75% de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en positivo.” “≥75% de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo”.*(Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005)

De acuerdo al porcentaje obtenido por un ítem o dimensión, se determinará que es una oportunidad de mejora si:

- *“≥ 50% de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo”. “≥ 50% de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo”.* (Ministerio de Sanidad y Consumo & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2005)

La aplicación del cuestionario se hizo a través del aplicativo online Allcounted; se envió el enlace del instrumento a los correos electrónicos institucionales y personales de los profesores de la Facultad de Enfermería, seleccionados para conformar la muestra.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Tratamiento de los datos

Se analizaron los datos obtenidos a través de la valoración de cada ítem del cuestionario a través de la escala de Likert en 5 grados; por cada sección del mismo. (AHQR, 2018)

Para el proceso y análisis de datos, la investigadora desarrollo una matriz de datos ejecutada en Excel que se cargó en el software *SPSS versión 21.0* para el análisis univariado de las dimensiones escogidas en la encuesta. Las variables cuantitativas se representaron con frecuencias relativas, absolutas, y medidas de tendencia central (Moda, media).

Se buscó tener en el análisis un nivel de significancia de 0.05, el cual implica que la investigadora tiene 95% de seguridad para generalizar sin equivocarse y sólo 5% en contra. (Hernández Sampieri et al., 2010).

Se recategorizaron los datos de las dimensiones en positivo, negativo y neutro a través del software Excel para calcular la frecuencia relativa de respuestas positivas y negativas que permitieran clasificar las dimensiones en oportunidades de mejora o fortalezas. Se presentó la información en tablas de frecuencias y gráficos de barras y circulares realizadas en SPSS 21.0 y Excel. Cada una de ellas acompañada de un análisis cualitativo de los datos.

Teniendo en cuenta las variables objeto de estudio por parte de la investigadora, se reportan los resultados de cada una de las preguntas que conforman las dimensiones y su análisis global.

5.1.1 Principales áreas de trabajo

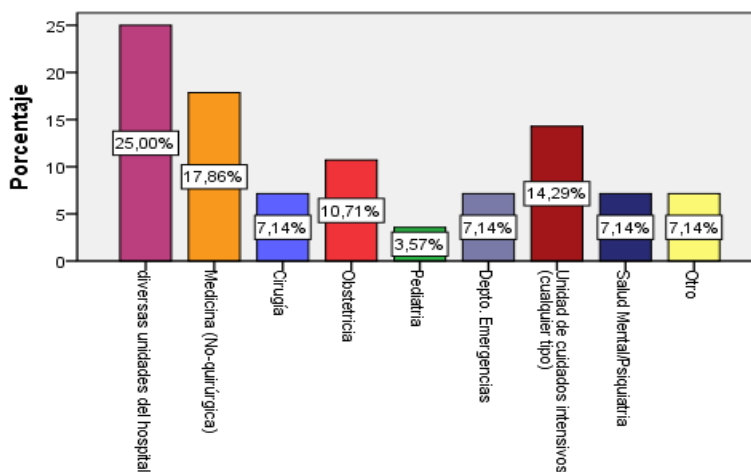
Tabla 6.

Principales áreas de trabajo.

Principales áreas de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Diversas unidades del hospital	7	25%
Medicina (No-quirúrgica)	5	17.9%
Cirugía	2	7.1%
Obstetricia	3	10.7%
Pediatría	1	3.6%
Depto. Emergencias	2	7.1%
Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)	4	14.3%
Salud Mental/Psiquiatría	2	7.1%
Otro	2	7.1%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018)

Figura 1. Principal área o unidad de trabajo en el hospital



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Al aplicar el instrumento a los 28 (100%) encuestados, se obtuvo que la mayor proporción de profesores labora en diversas unidades del hospital 25% (7), mientras que la opción con menor respuesta fue Pediatría con el 3.6% (1), como se observa en la Figura 1. En las 28 respuestas obtenidas, se tuvo una tendencia unimodal, siendo el dato con mayor frecuencia en la distribución, el de diversas unidades del hospital.

5.1.2 ¿Cuánto tiempo lleva Ud. trabajando en su actual especialidad o profesión?

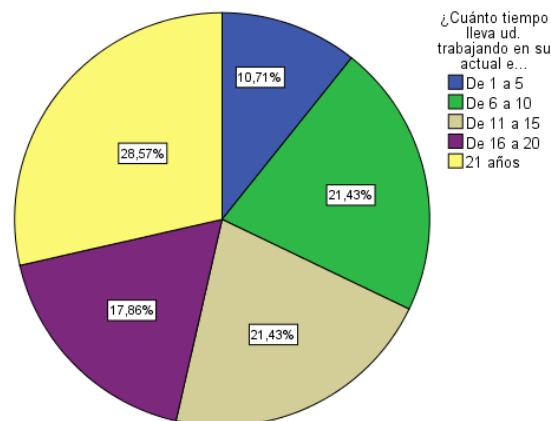
Tabla 7.

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

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 5	3	10.7%
De 6 a 10	6	21.4%
De 11 a 15	6	21.4%
De 16 a 20	5	17.9%
21 años	8	28.6%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018)

Figura 2. ¿Cuánto tiempo lleva Ud. trabajando en su actual especialidad o profesión?



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" .(AHQR, 2018)

Del 100% (28) de los profesores encuestados, el 28.57% (8) respondieron que tienen más de 21 años trabajando en su actual especialidad o profesión; el 10.71% (3) afirmaron que tienen de 1 a 5 años trabajando en su actual especialidad o profesión. Esto revela que la mayoría de los profesores de la Facultad de Enfermería tienen más de 6 años de ejercer su profesión.

5.1.3 Tiempo laborado en la institución

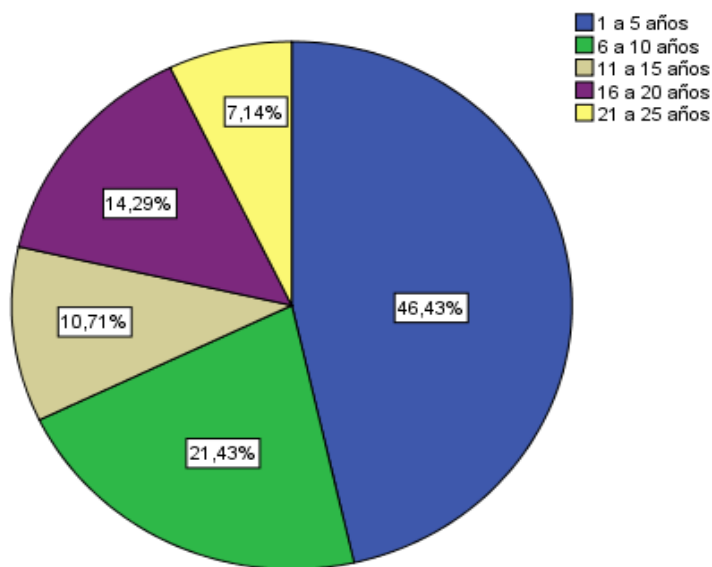
Tabla 8.

Tiempo laborado en la institución.

Tiempo laborado	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	13	46.4%
6 a 10 años	6	21.4%
11 a 15 años	3	10.7%
16 a 20 años	4	14.3%
21 a 25 años	2	7.1%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 3. Tiempo laborado en la institución



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los profesores encuestados, el 46.43% (13) respondieron que tienen entre 1 y 5 años laborando en la institución (Universidad Cooperativa de Colombia); el 7.14% (2) de las unidades de análisis afirmó que tiene entre 21 y 25 años laborando en la institución (Universidad Cooperativa de Colombia). Esto revela que la permanencia como profesor en la universidad es alta.

5.1.4 Nivel de escolaridad

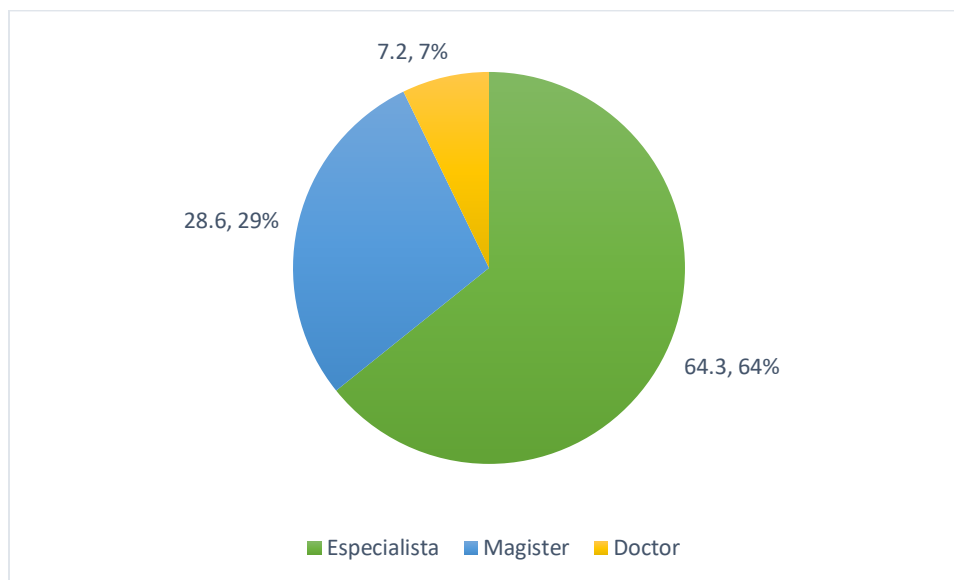
Tabla 9.

Nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
<i>Especialista</i>	18	64.3%
<i>Magister</i>	8	28.6%
<i>Doctor</i>	2	7.2%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018)

Figura 4. Nivel de escolaridad.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los profesores encuestados, 64.3% (18) tienen título de magister, y el 7.2% (2) tiene título de doctor. Lo que revela el alto nivel de escolaridad de los profesores de la Facultad de Enfermería.

5.1.5. Tiene hijos

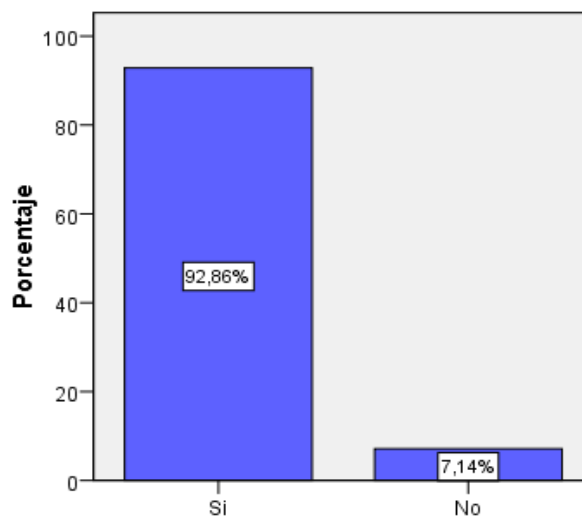
Tabla 10.

Tiene hijos.

Tiene hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	92.9%
No	2	7.1%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 5. Tiene hijos



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los profesores encuestados, el 92.96% (26) respondió que sí tiene hijos, mientras que el 7.14% (2) restante afirmó que no tiene hijos.

5.1.6 Frecuencia de EA:

En esta dimensión se realizó el análisis de frecuencia de tres preguntas: "Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿Qué tan a menudo es reportado?"; "Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de

dañar al paciente ¿Qué tan frecuentemente es reportado?”, y “cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Qué tan a menudo es reportado?”

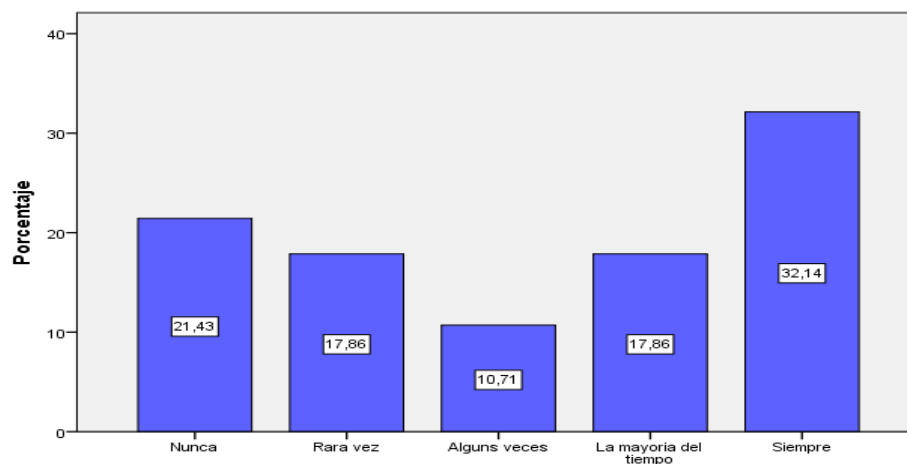
Tabla 11.

Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿qué tan a menudo es reportado?

Respuesta	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
<i>Nunca</i>	6	21.4%
<i>Rara vez</i>	5	17.9%
<i>Algunas veces</i>	3	10.7%
<i>La mayoría del tiempo</i>	5	17.9%
<i>Siempre</i>	9	32.1%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Figura 6. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿Qué tan a menudo es reportado?



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

En la pregunta “cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿Qué tan a menudo es reportado?” Se obtuvo que del 100% (28) de los encuestados 32.1% (9) refiere que siempre “que se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente”, siempre se reporta, el 10.7% (3) aseveró que “cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de

afectar al paciente” lo reporta algunas veces, tal y como se evidencia en la Figura 2. La mayor proporción de las respuestas indica una actitud positiva al reporte de errores lo que contribuye en la disminución de los EA. Se obtuvieron las respuestas de 28 encuestados observando que el 50% ($Md=3,5$) tuvieron tendencia a respuestas neutras y positivas.

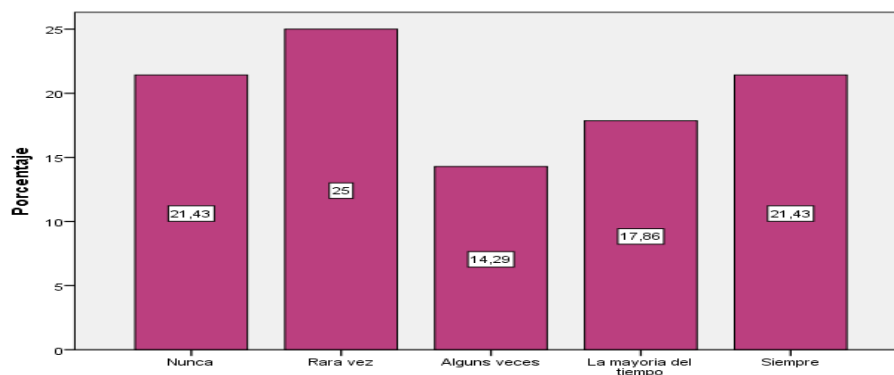
Tabla 12

Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?

Respuesta	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
<i>Nunca</i>	6	21.4%
<i>Rara vez</i>	7	25%
<i>Algunas veces</i>	4	14.3%
<i>La mayoría del tiempo</i>	5	17.9%
<i>Siempre</i>	6	21.4%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Figura 7. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Qué tan frecuentemente es reportado?



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los profesores encuestados, el 25% (7) de ellos respondió que “cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente rara vez lo reporta”, como se aprecia en la Figura 3. El menor porcentaje de los encuestados 14.3%

(4), aseveró que “cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente” algunas veces lo reporta. Esto evidencia la actitud positiva de reportar errores, lo que repercute en la disminución de EA. El 50% ($Md=3$) de los encuestados tuvo tendencia a las respuestas neutras y negativas.

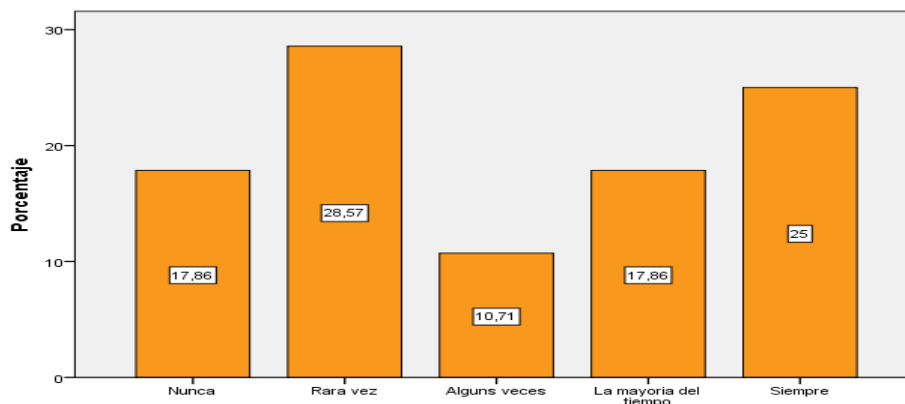
Tabla 13.

Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?

Respuesta	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
<i>Nunca</i>	5	17.9%
<i>Rara vez</i>	8	28.6%
<i>Algunas veces</i>	3	10.7%
<i>La mayoría del tiempo</i>	5	17.9%
<i>Siempre</i>	7	25%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Figura 8. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Qué tan a menudo es reportado?



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

En la pregunta “cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace ¿qué tan a menudo es reportado?”, del 100% (28) de los profesores encuestados, el 28.6% (8) respondió que “cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace” rara vez lo reporta; y el 10.7% (3) refiere que “cuando se

comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace” lo reporta algunas veces, como se muestra en la Figura 4. Estos resultados evidencian una posición reservada al reporte, lo que podría aumentar la ocurrencia de EA. El 50% ($Md=3$) de los encuestados tuvo tendencia a las respuestas neutras y negativas.

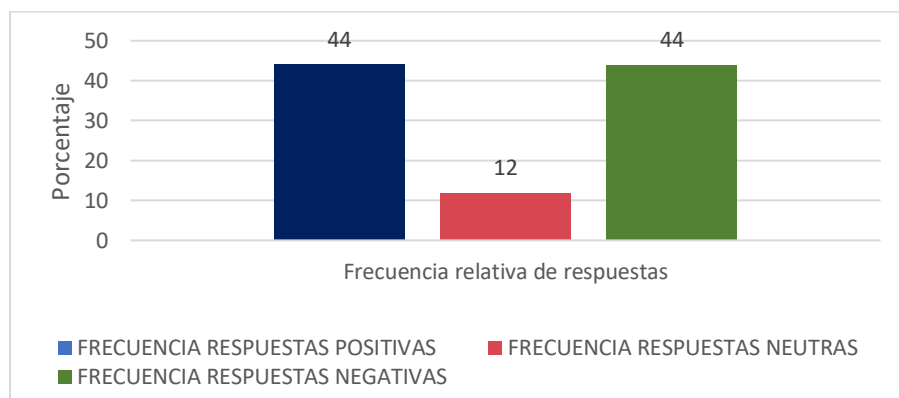
Tabla 14.

Dimensión Frecuencia de EA.

PREGUNTA	FRECUENCIA RESPUESTAS POSITIVAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEUTRAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEGATIVAS	TOTAL RESPUESTAS ITEM
“Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente ¿Qué tan a menudo es reportado?”	14	3	11	28
“Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Qué tan frecuentemente es reportado?”	11	4	13	28
“Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Qué tan a menudo es reportado?”	12	3	13	28
TOTAL	37	10	37	84
Frecuencia relativa de respuestas (%)	44%	12%	44%	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Figura 9. Resultado global dimensión Frecuencia de EA



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR), 2018

El resultado global de la dimensión Frecuencia de EA evidencia que no es una fortaleza, en los profesores de la Facultad de Enfermería, dado que el porcentaje de respuestas positivas (44%) está por debajo del 75%.

5.1.7 Percepción de la seguridad: Dentro del cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (AHQR), se evaluó la percepción de la seguridad en los profesores. Esta dimensión contempla 4 afirmaciones que fueron: “*La SP nunca se sacrifica por hacer más trabajo*”; “*nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir*”, “*es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí*” y “*tienen problemas relacionados con la Seguridad de los pacientes en esta unidad*”.

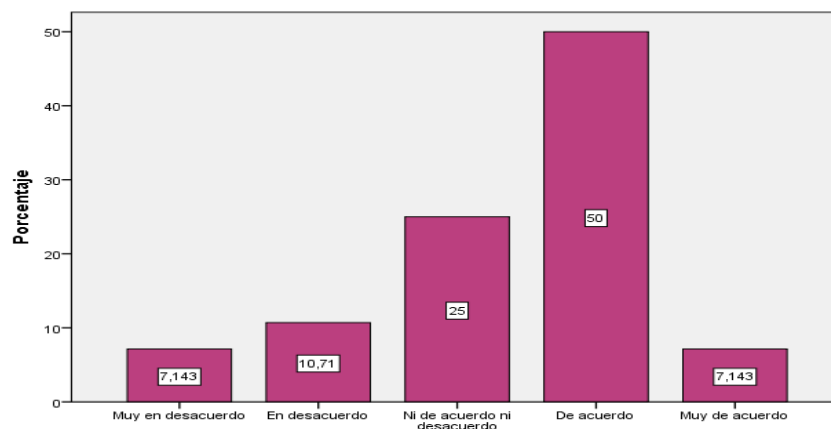
Tabla 15.

La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.

La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	Frecuencia	Porcentaje
<i>Muy en desacuerdo</i>	2	7.1%
<i>En desacuerdo</i>	3	10.7%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	7	25%
<i>De acuerdo</i>	14	50%
<i>Muy de acuerdo</i>	2	7.1%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Figura 10. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

En la afirmación “*la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo*”, del 100% (28) de los encuestados, el 50% (14) ($Md=4$) contestaron que están de acuerdo con que “*la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo*”; la menor proporción en respuestas la obtuvieron dos afirmaciones extremas con un 7.1%

(2) que fueron que están Muy en desacuerdo con que “*la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo*” y 7.1% (2) Muy de acuerdo con que “*la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo*”, como lo muestra la Figura 5. Estos resultados evidencian que los profesores no sacrifican la seguridad del paciente por hacer más trabajo.

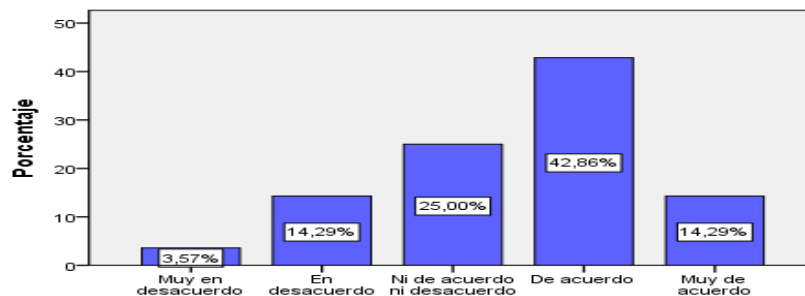
Tabla 16.

Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.

Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir	Frecuencia	Porcentaje
<i>Muy en desacuerdo</i>	1	3.6%
<i>En desacuerdo</i>	4	14.3%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	7	25%
<i>De acuerdo</i>	12	42.9%
<i>Muy de acuerdo</i>	4	14.3%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Figura 11. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Del 100% (28) de los encuestados, 42.86% (12) están de acuerdo con la afirmación “*Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir*”, mientras que el 3.57% (1) de los profesores están muy en desacuerdo con la afirmación “*nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la*

prevención de errores que puedan ocurrir”. Estos resultados evidencian que la mayoría de los profesores aplican procedimientos y sistemas efectivos para la prevención de EA.

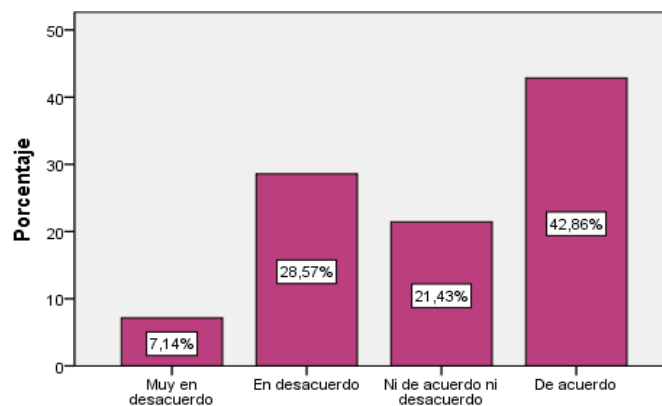
Tabla 17.

Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.

Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	Frecuencia	Porcentaje
<i>Muy en desacuerdo</i>	2	7.1%
<i>En desacuerdo</i>	8	28.6%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	6	21.4%
<i>De acuerdo</i>	12	42.9%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Figura 12. Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los encuestados, el 42.86% (12) están de acuerdo con la afirmación “*es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí*”, solo el 7.41% (2) de los encuestados se mostró muy en desacuerdo con la afirmación “*es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí*”. Estos resultados afirman la percepción negativa de los encuestados frente a los errores en sus sitios de practica formativa.

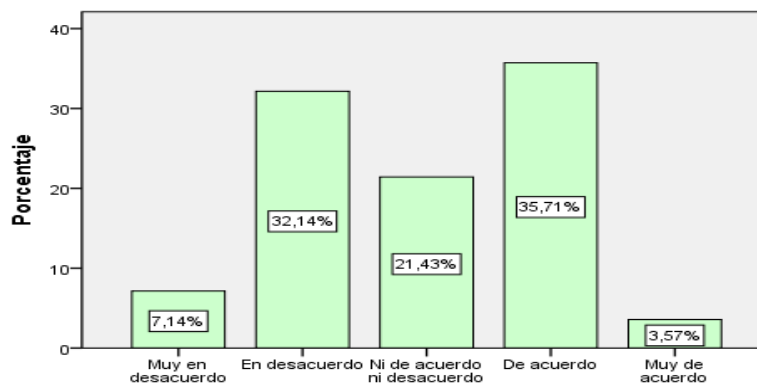
Tabla 18.

Tienen problemas relacionados con la Seguridad de los pacientes en esta unidad.

Tienen problemas relacionados con la Seguridad de los pacientes en esta unidad	Frecuencia	Porcentaje
<i>Muy en desacuerdo</i>	2	7.1%
<i>En desacuerdo</i>	9	32.1%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	6	21.4%
<i>De acuerdo</i>	10	35.7%
<i>Muy de acuerdo</i>	1	3.6%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 13. Tienen problemas relacionados con la Seguridad de los pacientes en esta unidad.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los encuestados, el 35.71% (10) están de acuerdo con la afirmación "*tienen problemas relacionados con la seguridad del paciente en esta unidad*"; en menor proporción; el 3.57% (1) está muy de acuerdo con la afirmación "*tienen problemas relacionados con la seguridad del paciente en esta unidad*". Los resultados arrojan la percepción negativa que tiene los profesores de enfermería sobre la seguridad del paciente en sus unidades (sitios de practica).

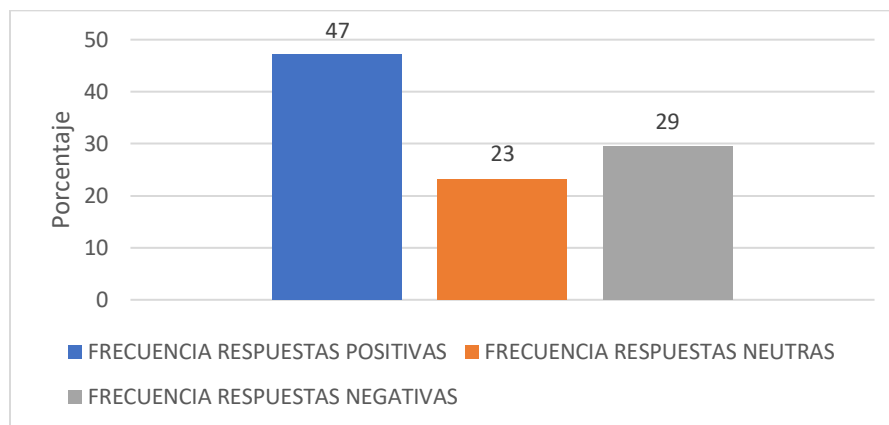
Tabla 19.

Dimensión Percepción de la seguridad.

PREGUNTA	FRECUENCIA RESPUESTAS POSITIVAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEUTRAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEGATIVAS	TOTAL, RESPUESTAS ITEM
<i>"La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo"</i>	16	7	5	28
<i>"Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir"</i>	16	7	5	28
<i>"Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí"</i>	10	6	12	28
<i>"Tienen problemas relacionados con la Seguridad de los pacientes en esta unidad"</i>	11	6	11	28
TOTAL	53	26	33	112
Frecuencia relativa de respuestas	47%	23%	29%	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 14. Dimensión Percepción de la seguridad.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

El resultado global de la dimensión Percepción de la seguridad arroja como resultado que no es una fortaleza de los profesores, ya que las afirmaciones positivas (47%) están debajo del 75%.

5.1.8 Cultura de la seguridad del paciente: esta dimensión en el cuestionario es valorada por la sumatoria de los resultados de las dimensiones “*frecuencia de EA*” y “*percepción de la seguridad*”.

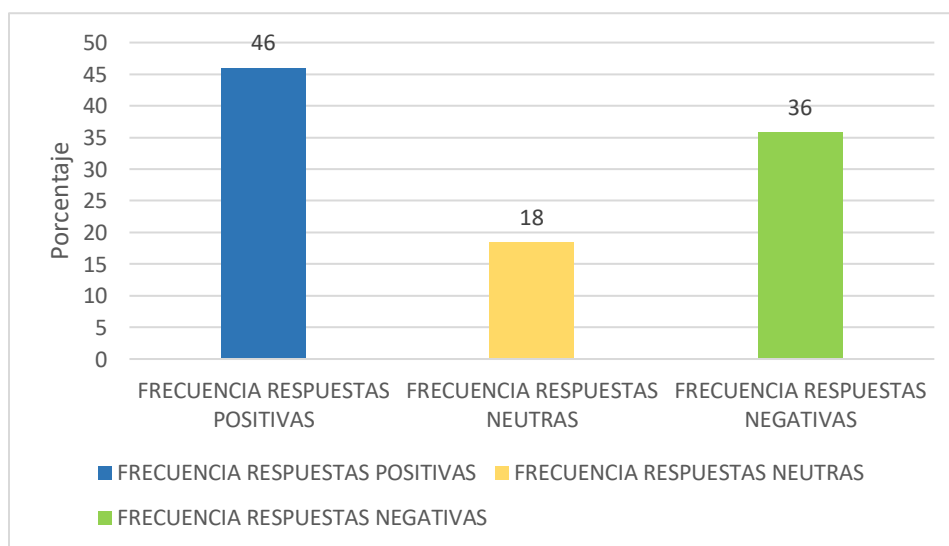
Tabla 20.

Cultura de la seguridad del paciente.

DIMENSION	FRECUENCIA RESPUESTAS POSITIVAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEUTRAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEGATIVAS	TOTAL, RESPUESTAS ITEM
“ <i>Frecuencia de eventos adversos</i> ”	37	10	37	84
“ <i>Percepción de la seguridad</i> ”	53	26	33	112
TOTAL	90	36	70	196
Frecuencia relativa de respuestas	46%	18%	36%	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Figura 15. Cultura de la seguridad del paciente



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

El resultado global de la dimensión cultura de la seguridad del paciente, arroja que no es una fortaleza, dado que las afirmaciones positivas (46%), están por debajo del 75%.

5.1.9 Franqueza en la comunicación: Esta dimensión contempla en el cuestionario los siguientes ítems: “*El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente*”; “*el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad*” y “*el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien*”.

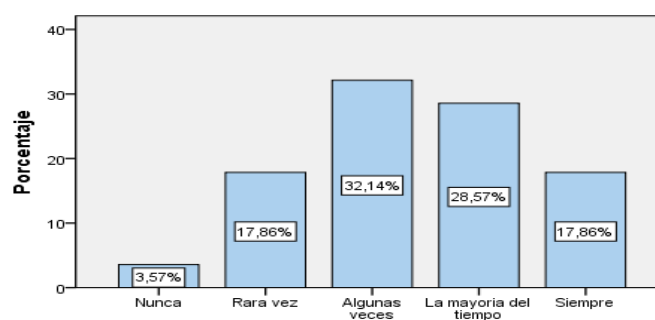
Tabla 21.

El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	Frecuencia	Porcentaje
<i>Nunca</i>	1	3.6%
<i>Rara vez</i>	5	17.9%
<i>Algunas veces</i>	9	32.1%
<i>La mayoría del tiempo</i>	8	28.6%
<i>Siempre</i>	5	17.9%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Figura 16. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los profesores encuestados, el 32.14% (9), respondió que algunas veces “*el personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente*”; así mismo el 3.57% afirmó que nunca “*el personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente*”. Estos resultados arrojan que los profesores se sienten en la libertad de hablar libremente, si

ven algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente, lo que contribuye en la disminución de EA.

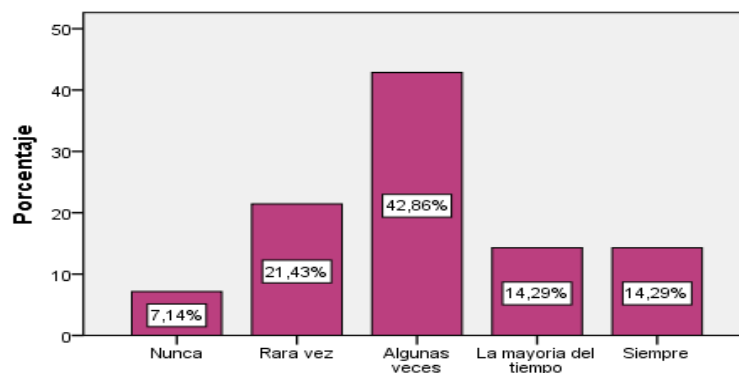
Tabla 22.

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

El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	Frecuencia	Porcentaje
<i>Nunca</i>	2	7.1%
<i>Rara vez</i>	6	21.4%
<i>Algunas veces</i>	12	42.9%
<i>La mayoría del tiempo</i>	4	14.3%
<i>Siempre</i>	4	14.3%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 17. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Del 100% de los profesores encuestados, el 42.86% (12) respondió que algunas veces "el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad", el 7.14% (2) respondió que nunca "el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad". Estos

resultados evidencian la comunicación de los profesores en los sitios de práctica, lo que contribuye en la disminución de EA.

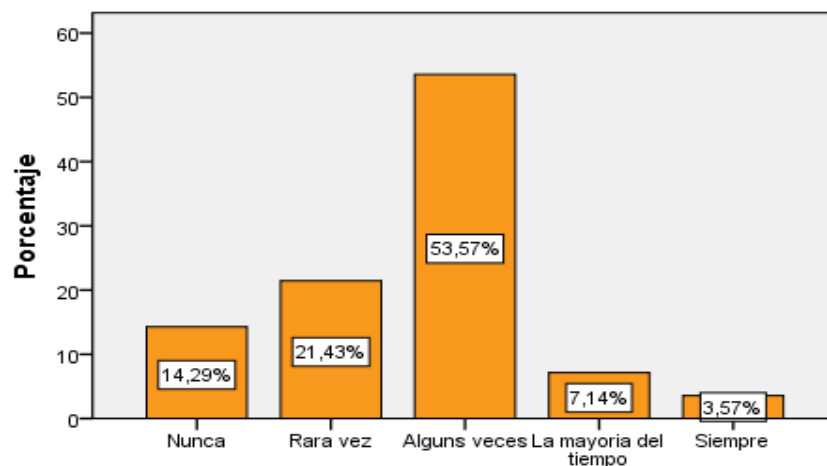
Tabla 23.

El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.

El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	Frecuencia	Porcentaje
<i>Nunca</i>	4	14.3%
<i>Rara vez</i>	6	21.4%
<i>Algunas veces</i>	15	53.6%
<i>La mayoría del tiempo</i>	2	7.1%
<i>Siempre</i>	1	3.6%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Figura 18. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Del total de los profesores encuestados 100% (28), el 53.57% (15) respondió que algunas veces “*el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien*”, en menor proporción el 3.57% (1) afirmó que siempre “*el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien*”. Estos resultados evidencian el miedo

de los profesores a hacer preguntas cuando algo no parece estar bien, lo que podría contribuir al aumento de los EA.

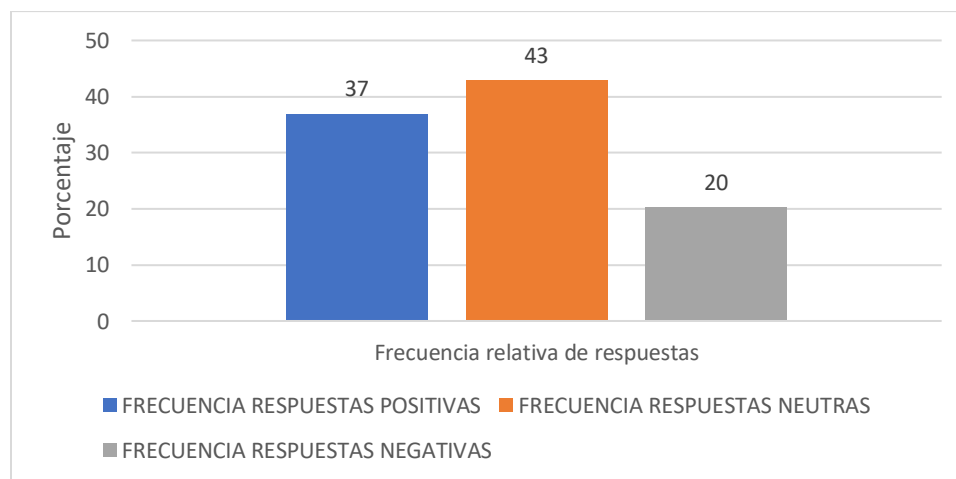
Tabla 24.

Dimensión Franqueza en la comunicación.

PREGUNTA	FRECUENCIA RESPUESTAS POSITIVAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEUTRAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEGATIVAS	TOTAL RESPUESTAS ITEM
<i>"El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente"</i>	13	9	6	28
<i>"el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad"</i>	8	12	8	28
<i>"el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien".</i>	10	15	3	28
TOTAL	31	36	17	84
Frecuencia relativa de respuestas	37	43	20	100

Fuente: Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (AHQR, 2018)

Figura 19. Dimensión Franqueza en la comunicación.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018)

El resultado global de la dimensión franqueza en la comunicación no es una fortaleza en los profesores de enfermería, dado que las afirmaciones positivas (37%), están debajo del 75%.

5.1.10 Retroalimentación sobre errores: En esta dimensión se evalúan tres afirmaciones: “La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes”; “Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad”; “En esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer”.

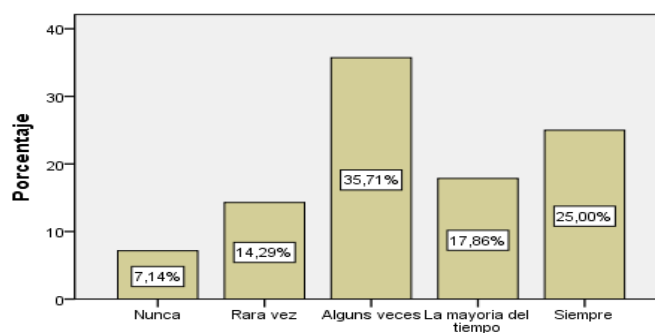
Tabla 25.

La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.

La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes	Frecuencia	Porcentaje
<i>Nunca</i>	2	7.1%
<i>Rara vez</i>	4	14.3%
<i>Algunas veces</i>	10	35.7%
<i>La mayoría del tiempo</i>	5	17.9%
<i>Siempre</i>	7	25%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Figura 20. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los profesores encuestados, el 36.71% (10) respondió que algunas veces “la Dirección les informa sobre los cambios realizados que se basan en

informes de incidentes”, el 7.14% (2) afirmó que la Dirección nunca “*les informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes*”. Estos resultados revelan la poca comunicación de la Dirección sobre los cambios realizados basados en informes de incidentes, que puede aumentar la ocurrencia de EA.

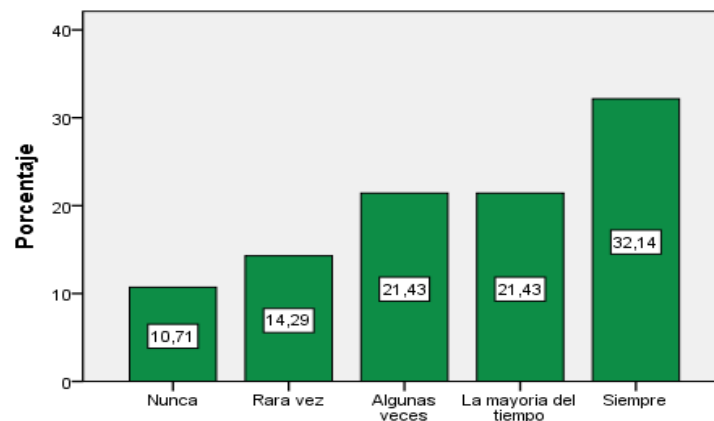
Tabla 26.

Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.

Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	Frecuencia	Porcentaje
<i>Nunca</i>	3	10.7%
<i>Rara vez</i>	4	14.3%
<i>Algunas veces</i>	6	21.4%
<i>La mayoría del tiempo</i>	6	21.4%
<i>Siempre</i>	9	32.1%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Figura 21. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los encuestados, 32.14% respondieron que siempre “*se les informa sobre los errores que se cometen en su unidad*”, el 10.71% (3) refiere que nunca “*se les informa sobre los errores que se cometen en su unidad*”. Los resultados indican que se les informa de los errores, lo que contribuye a la disminución de EA.

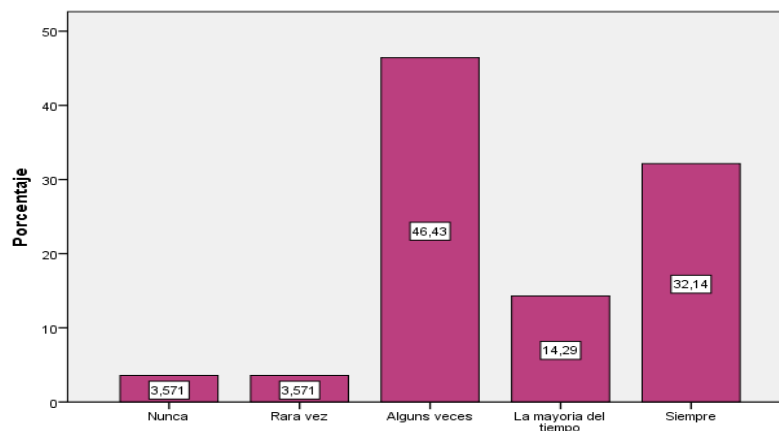
Tabla 27.

En esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.

En esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	Frecuencia	Porcentaje
<i>Nunca</i>	1	3.6
<i>Rara vez</i>	1	3.6
<i>Algunas veces</i>	13	46.4
<i>La mayoría del tiempo</i>	4	14.3
<i>Siempre</i>	9	32.1
Total	28	100

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018)

Figura 22. En esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los profesores encuestados 46.43% (13) respondió que algunas veces en la unidad "*hablan sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer*"; el 3.57% (1) afirmó que nunca en la unidad "*hablan sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer*"; al igual que otro 3.57% (1) aseguró que rara vez en la unidad "*hablan sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer*". Estos resultados evidencian que los profesores en su unidad "*hablan sobre*

formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer”, lo que incide en la disminución de EA.

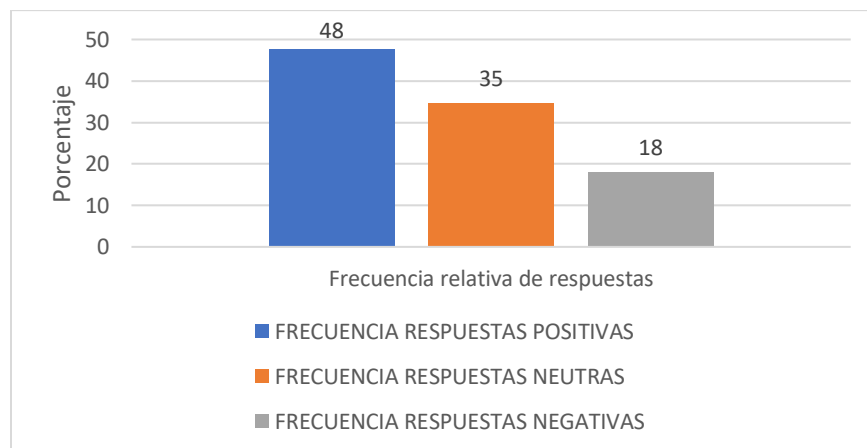
Tabla 28.

Dimensión Retroalimentación de errores.

PREGUNTA	FRECUENCIA RESPUESTAS POSITIVAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEUTRAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEGATIVAS	TOTAL, RESPUESTAS ITEM
<i>“La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes”</i>	12	10	6	28
<i>“Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad”</i>	15	6	7	28
<i>“En esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer”</i>	13	13	2	28
TOTAL	40	29	15	84
Frecuencia relativa de respuestas	48%	35%	18%	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Figura 23. Dimensión retroalimentación de errores.



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Al realizar el análisis global de la dimensión retroalimentación de errores, se encuentra que no es una fortaleza de los profesores de la Facultad de Enfermería, dado que sus afirmaciones positivas (48%), no superaron el 75%.

5.1.11 Aprendizaje organizacional/mejora continua: Esta dimensión contempla la evaluación de las siguientes afirmaciones: “*Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente*”; “*Los errores han llevado a cambios positivos aquí*” y, “*Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad*”.

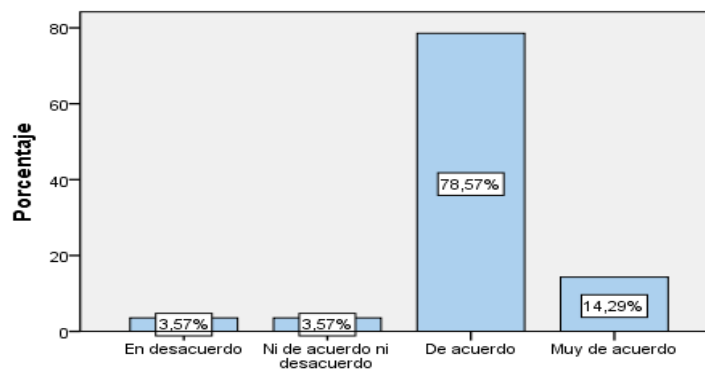
Tabla 29.

Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.

Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
<i>En desacuerdo</i>	1	3.6%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	1	3.6%
<i>De acuerdo</i>	22	78.6%
<i>Muy de acuerdo</i>	4	14.3%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Figura 24. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018)

Del 100% (28) de los profesores encuestados, el 78.57% (22) respondió que están de acuerdo con la afirmación; “*estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente*”. En menor proporción el 3.57% (1) respondieron que no están ni de acuerdo ni desacuerdo con la afirmación “*estamos haciendo cosas de manera*

activa para mejorar la seguridad del paciente”; así mismo otro 3.57% (1) opino que está en desacuerdo con la sentencia “*estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente*”. Estos resultados evidencian un alto compromiso de los profesores por hacer las cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente, lo que contribuirá en gran medida a la disminución de EA.

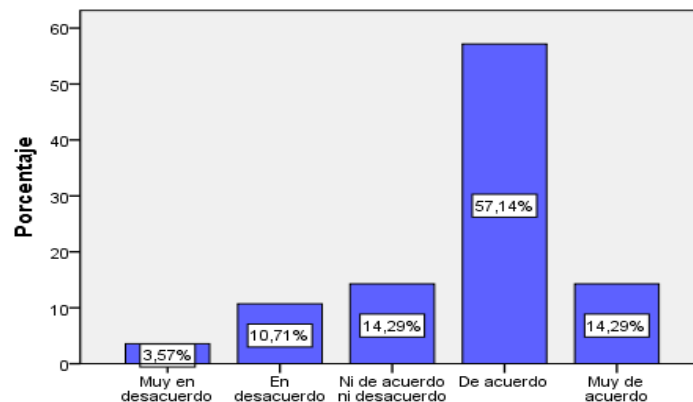
Tabla 30.

Los errores han llevado a cambios positivos aquí.

Los errores han llevado a cambios positivos aquí	Frecuencia	Porcentaje
<i>Muy en desacuerdo</i>	1	3.6%
<i>En desacuerdo</i>	3	10.7%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	4	14.3%
<i>De acuerdo</i>	16	57.1%
<i>Muy de acuerdo</i>	4	14.3%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Figura 25. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los encuestados, el 57.14% (16) respondió que “*los errores han llevado a cambios positivos aquí*” (sitio de práctica). El 3.57% (1) está muy en desacuerdo con la afirmación “*los errores han llevado a cambios positivos aquí*” (sitio de práctica).

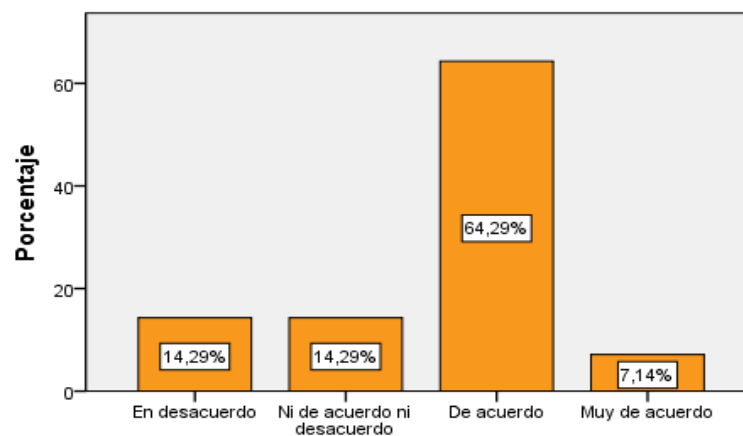
Tabla 31.

Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad.

Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad	Frecuencia	Porcentaje
<i>En desacuerdo</i>	4	14.3%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	4	14.3%
<i>De acuerdo</i>	18	64.3%
<i>Muy de acuerdo</i>	2	7.1%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 26. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los profesores encuestados, el 64.29% (18) respondió que está de acuerdo con la sentencia: "*después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad*". El menor porcentaje, representado por el 7.14% (2); está muy de acuerdo con la frase: "*después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad*". Los resultados arrojan una percepción positiva de la evaluación de la efectividad de los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, lo que sin duda contribuye con la disminución de EA.

Dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua

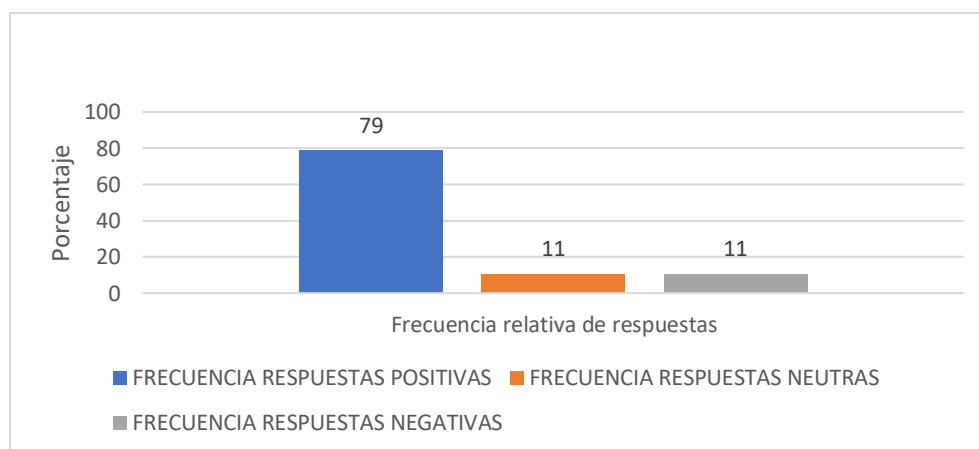
Tabla 32.

Dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua.

PREGUNTA	FRECUENCIA RESPUESTAS POSITIVAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEUTRAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEGATIVAS	TOTAL, RESPUESTAS ITEM
<i>"Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente"</i>	26	1	1	28
<i>"Los errores han llevado a cambios positivos aquí"</i>	20	4	4	28
<i>"Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad. se vuelvan a cometer"</i>	20	4	4	28
TOTAL	66	9	9	84
Frecuencia relativa de respuestas	79%	11%	11%	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 27. Dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

En el resultado global de la dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua, se evidenció que es una fortaleza de los profesores de la Facultad de Enfermería, dado que las afirmaciones positivas (79%), superaron el 75%.

5.1.12 Trabajo en equipo en la unidad/servicio: En esta dimensión se valoran las siguientes afirmaciones: *"La gente se apoya una a la otra en esta unidad"*, *"Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo"*, *"En*

esta unidad, el personal se trata con respeto” y, “Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada otras le ayudan”.

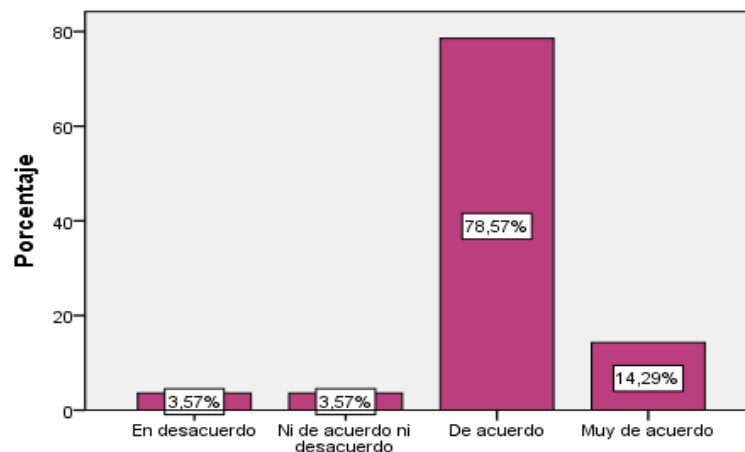
Tabla 33.

La gente se apoya una a la otra en esta unidad.

La gente se apoya una a la otra en esta unidad	Frecuencia	Porcentaje
<i>En desacuerdo</i>	1	3.6%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	1	3.6%
<i>De acuerdo</i>	22	78.6%
<i>Muy de acuerdo</i>	4	14.3%
Total	28	100%

Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Figura 28. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.



Fuente: “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los encuestados, el 78.57% (22) respondió estar de acuerdo con la afirmación “*la gente se apoya una a la otra en esta unidad*”, el 3.57% (1) respondió que están en desacuerdo con que “*la gente se apoya una a la otra en la unidad*”; así mismo otro 3.57% (1) afirmó que no está ni de acuerdo ni desacuerdo con que “*la gente se apoya una a la otra en la unidad*”. Los resultados reflejan la percepción positiva de los profesores frente al apoyo de la gente en su unidad/sitio de práctica, lo que contribuye significativamente a la seguridad del paciente.

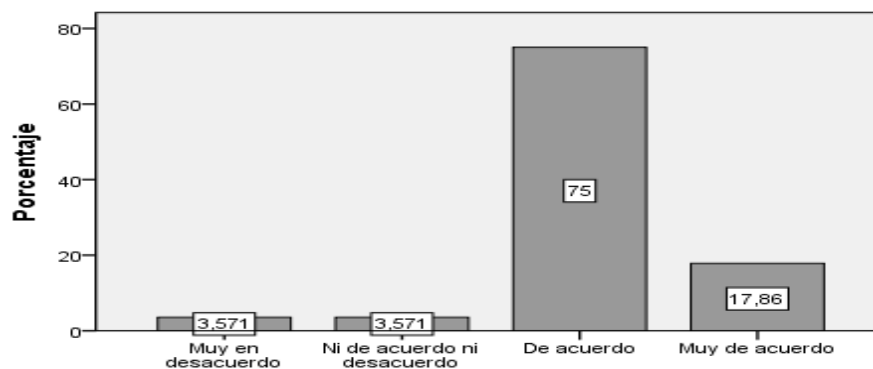
Tabla 34.

Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo.

Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo	Frecuencia	Porcentaje
<i>Muy en desacuerdo</i>	1	3.6%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	1	3.6%
<i>De acuerdo</i>	21	75%
<i>Muy de acuerdo</i>	5	17.9%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 29. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los profesores encuestados, 75% (21) respondió estar de acuerdo con la afirmación "*Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo*". En menor proporción, el 3.57% (1) afirmó que está muy en desacuerdo con la sentencia "*cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo*", así mismo otro 3.57% (1) contestó que no está ni de acuerdo ni desacuerdo con dicha afirmación. Los resultados evidencian la apreciación positiva sobre el trabajo en equipo en sus sitios de práctica, lo que incidirá positivamente en la seguridad del paciente.

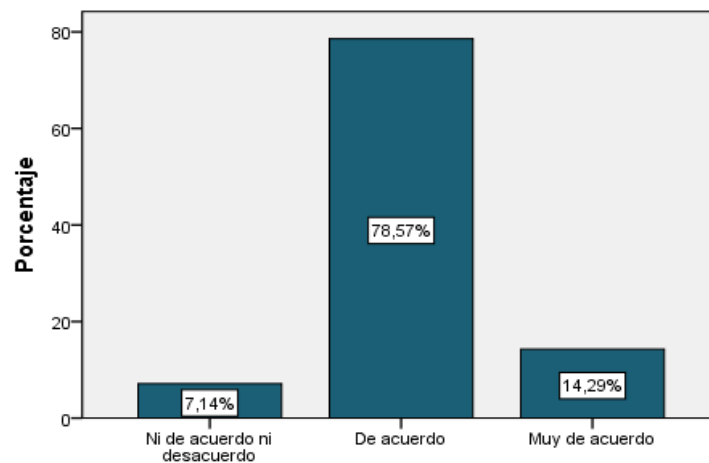
Tabla 35.

En esta unidad, el personal se trata con respeto.

En esta unidad, el personal se trata con respeto	Frecuencia	Porcentaje
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	2	7.1%
<i>De acuerdo</i>	22	78.6%
<i>Muy de acuerdo</i>	4	14.3%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 30. En esta unidad, el personal se trata con respeto.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Del 100% (28) de los encuestados, la mayor proporción correspondió al 78.57% (22) que afirmó estar de acuerdo con que "*el personal se trata con respeto en su unidad*". El 7.14% (2) dijo no estar ni de acuerdo ni desacuerdo con la afirmación "*el personal se trata con respeto en su unidad*". Este ítem no tuvo respuestas negativas (en desacuerdo, muy en desacuerdo). Los resultados arrojan que la percepción de los profesores es positiva hacia el trato respetuoso del personal en su unidad o sitio de práctica, lo que impacta efectivamente la seguridad del paciente.

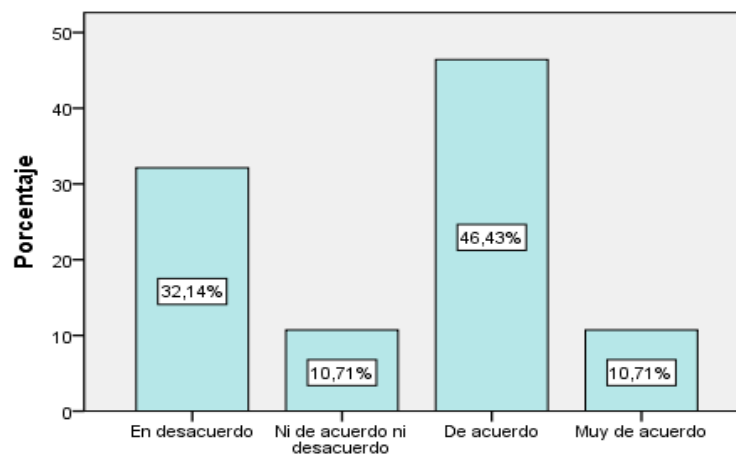
Tabla 36.

Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada otras le ayudan.

Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada otras le ayudan	Frecuencia	Porcentaje
<i>En desacuerdo</i>	9	32.1%
<i>Ni de acuerdo ni desacuerdo</i>	3	10.7%
<i>De acuerdo</i>	13	46.4%
<i>Muy de acuerdo</i>	3	10.7%
Total	28	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 31. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada otras le ayudan.



Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018)

Del 100% (28) de los profesores encuestados, el 46.43% (13), respondió que está de acuerdo con la afirmación: "*Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada otras le ayudan*"; el 10.71% (3) contestó que está muy de acuerdo con la sentencia "*Cuando un área está realmente ocupada otras le ayudan*", otro 10.71% se inclinó a responder que no están ni de acuerdo ni desacuerdo con la afirmación. Los profesores tienen una percepción aceptable del apoyo entre unidades clínicas, lo que ciertamente impactará la seguridad de los pacientes.

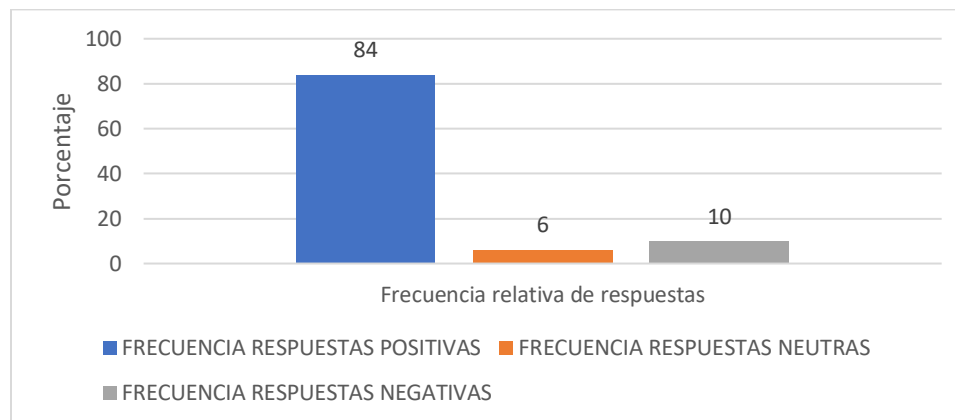
Dimensión Trabajo en equipo en la unidad/servicio:

Tabla 37.

Dimensión trabajo en equipo en la unidad/servicio.

PREGUNTA	FRECUENCIA RESPUESTAS POSITIVAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEUTRAS	FRECUENCIA RESPUESTAS NEGATIVAS	TOTAL, RESPUESTAS ITEM
<i>"La gente se apoya una a la otra en esta unidad"</i>	26	1	1	28
<i>"Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo"</i>	26	1	1	28
<i>"En esta unidad, el personal se trata con respeto"</i>	26	2	0	28
<i>"Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada otras le ayudan"</i>	16	3	9	28
TOTAL	94	7	11	112
Frecuencia relativa de respuestas	84%	6%	10%	100%

Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Figura 32. Dimensión trabajo en equipo.










Fuente: "Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales" (AHQR, 2018).

Analizando el resultado global de la dimensión Trabajo en equipo, esta se evidencia como una fortaleza de los profesores de la Facultad de Enfermería, ya que la frecuencia relativa de las afirmaciones positivas fue del 84%.

5.2 Estrategia de transferencia de resultados

La difusión de los resultados se hará con diferentes productos originados del estudio, primero se buscará realizar publicación de un artículo científico en una revista indexada de alto impacto, catalogada en SCOPUS Q2 o Q3; se socializarán los resultados al interior de la Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta, así como en eventos científicos nacionales e internacionales.

5.3 Cronograma

Actividades/ Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Revisión instrumento								
Estudio piloto								
Análisis piloto								
Rediseño								
Muestreo								
Aplicación de instrumento								
Procesamiento de datos								
Análisis								
Informe final								

Fuente: Luz Karinne Gonzalez Julio, maestrante en Ciencias de la Enfermería, 2018.

Programado 

Ejecutado 

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusión

El problema que se quería responder en la presente investigación era: ¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente en los profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Marta en el año 2018?

Luego del análisis de resultados se logró evidenciar que la CSP no es una fortaleza en los profesores de la Facultad de Enfermería. Sus respuestas a los interrogantes apuntaron más a respuestas negativas y neutras. Solo el 46% de las respuestas fueron positivas, lo que hace notoria la necesidad de reforzar los conocimientos y aplicabilidad del reporte de EA; así como lo imperioso de trabajar en la percepción de la seguridad que tienen los profesores. Maxime cuando en investigaciones como la realizada por Achury, en México, Argentina y Colombia se demostró que, de 1163 EA, 34% de ellos estaban relacionados con el cuidado. Esto se convierte en un aspecto relevante puesto que estos profesores objeto del estudio, son formadores de profesionales de Enfermería, y asalta la duda sobre los conocimientos sobre SP que están impartiendo a sus estudiantes.

A la vez, estos resultados son similares a la investigación realizado por Castañeda-Hidalgo et al en el año 2013, donde *“la cultura de la seguridad no fue percibida como una fortaleza en el personal de enfermería”*.(Hortensia Castañeda-Hidalgo, Rosalinda Garza Hernández et al., 2013)

Dando respuesta a la pregunta secundaria sobre ¿cuáles son las variables sociodemográficas que caracterizan a los profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Marta?, se evidencio por la encuesta que la totalidad de la población encuestada 100% (28) pertenecía al sexo femenino. Su principal área de trabajo era el servicio clínico de medicina (No quirúrgica) con 17.9% (5), siguiéndole muy de cerca las Unidades de cuidado intensivo con un 14.3% (4).

En cuanto al tiempo que llevan trabajando en su actual especialidad o profesión el 28.6% llevan 21 años trabajando, lo que evidencia la experticia que tienen en el cuidado. A la vez se analizó cuanto tiempo llevaban laborando en la institución donde la mayoría 46.34% (13) tiene entre 1 y 5 años de laborar en la Universidad.

Es llamativo que la mayoría de los profesores tengan poco tiempo de laborar con la Universidad, comparado con los años de experticia, que indica que, aunque hay mucha experiencia laboral, son noveles en el ejercicio docente. El nivel de escolaridad de los profesores de la Facultad esta mayormente representado por especialistas con un 64.3% (18).

Dentro de las limitaciones que se tuvieron y que obstaculizaron en cierta medida el desarrollo de esta investigación, fue la poca colaboración de los profesores al momento de diligenciar el cuestionario, por lo que se tomó más tiempo del proyectado en la aplicación del instrumento.

5.1.1 Discusión

Los resultados de esta investigación llevan a aceptar la hipótesis nula propuesta: *“La cultura de seguridad del paciente no es una fortaleza en los profesores de la Facultad de Enfermería”*. Esto rechaza la hipótesis alternativa *“La cultura de la seguridad del paciente es una fortaleza en los profesores de la Facultad de Enfermería”* que era el resultado que esperaba probar la investigadora.

Esto revela que las altas cualificaciones de los profesores y sus años de experiencia no son factores protectores ante los EA que puedan ocurrirle a un paciente, ni generan influencia importante en la CSP.

Esto es una muestra de la complejidad de la CSP y, hace necesario investigar qué factores en este tipo de población, inciden positivamente en la prevención de los EA y por ende en la CSP; y cuales la influyen negativamente, si es que los hubiera.

Al aceptar la hipótesis nula, se pone de manifiesto que la CSP requiere de una formación continua con retroalimentación, que, aunque se aborde en la formación de pregrado y de posgrados en salud; para mantener el nivel de calidad óptimo en su conceptualización y aplicación, es necesario realizar actividades educativas tendientes a mantener y/o fortalecer y/o crear la CSP.

Esta investigación hace reflexionar sobre cuán importante es en las entidades de educación superior, que son formadoras de profesionales de la salud; el realizar el abordaje constante sobre la Seguridad del paciente, no solo en los estudiantes, sino también en el cuerpo profesoral, siendo este último el que al final de cuentas termina integrando la academia con el ejercicio práctico de la enfermería.

CAPÍTULO VI. PROPUESTAS

6.1 Propuestas

A la luz de los resultados obtenidos en la presente investigación, la investigadora realiza de manera respetuosa, las siguientes recomendaciones para ser consideradas su viabilidad, pertinencia y aplicación:

1. Se sugiere realizar socializaciones con los profesores en las que se aborde la importancia de reportar EA e incidentes, y la manera apropiada de hacerlo; con el fin de compartirlas como lecciones aprendidas.
2. Se recomienda realizar talleres de comunicación asertiva, con el fin de poder expresar abiertamente errores, incidentes, EA y situaciones de riesgo, sin ningún tipo de coacción y enlazarla con la importancia de la franqueza de la comunicación en la seguridad del paciente.
3. Se sugiere establecer convenios entre Instituciones prestadoras de salud (IPS) y la Facultad de Enfermería con el fin de crear una Escuela de seguridad del paciente, que permita la retroalimentación de errores como lecciones aprendidas, con un enfoque teórico práctico, que permita a todos los integrantes del equipo de salud y externos como los profesores, el hacer la correcta aplicación de los lineamientos en seguridad del paciente.
4. Se sugiere aplicar evaluaciones diagnósticas referentes a la Seguridad del paciente a los profesores de la Facultad de Enfermería, que desarrollen sus actividades en prácticas clínicas formativas, con el fin de generar un plan de educación que permita fortalecer sus competencias en Seguridad del paciente.
5. Se recomienda el evaluar diagnóstica y sumativamente a los estudiantes sobre Seguridad del paciente; esto aumenta en ellos su compromiso con este tema e incide directamente en la preparación de los profesores sobre este aspecto lo que contribuiría a la disminución y/o eliminación de EA.

6. Se sugiere realizar una investigación sobre la CSP en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de IV a VIII nivel, aplicando el cuestionario AHQR, u otro que a bien deseen aplicar; con el fin de generar un plan de acción sobre las dimensiones que se detecten como oportunidad de mejora y que permitan mantener las dimensiones que se consideren fortalezas.
7. Se recomendaría, el emular la investigación en la población de egresados, con el fin de determinar necesidades sentidas en las dimensiones de la CSP, y poder aplicar con base a ello ajustes al programa curricular, que redunden en profesionales integrales y comprometidos con la Seguridad del paciente.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

1. Achury, D., Rodríguez, S., Díaz, J., Zarate, R., Vargas, R., De las Salas, R., & Cavallo, E. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*, 42, 17. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/administracion2.pdf>
2. Aguilar Albán, A. E. (2018). *Cultura de Seguridad del paciente segun percepcion de las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia - ESSALUD Piura Febrero 2018a* (Universidad Nacional de Piura). Retrieved from <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1148/CIE-AGU-ALB-18.pdf?cv=1&isAllowed=y&sequence=1>
3. AHQR. (2018). *Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (AHQR) - aplicado a Profesores de enfermería*. 1–12.
4. Barrera Luna, R. (2013). El concepto de la cultura: Definiciones, debates y usos sociales. *Claseshistoria*, 343, 1–13. Retrieved from <http://www.claseshistoria.com/revista/2013/articulos/dolgopol-comentario-libro.pdf>
5. Buitrago Orozco, S. D., & Arango Zuluaga, J. (2016). *Evaluación de la cultura de la seguridad del paciente en el Hopsital San Vicente de paul E.S.E en Fresno Tolima* (Universidad Católica de Manizales). Retrieved from <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1555/SilviaBuitragoOrozco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Camacho Rodríguez, D. E., & Jaimes Carvajal, N. E. (2018). Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1). Retrieved from <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245/323>
7. Cernadas, J. M. (2009). La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". *Archivos Argentinos Fr Pediatrís*, 385–386. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/262444787_La_OMS_y_su_iniciativa_Alianza_Mundial_para_la_Seguridad_del_Paciente
8. Cpsi. (2009). The Safety Competencies. In *Canadian Patient Safety Institute*.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000148>

9. Da Silva Gama, Z. A., Souza Oliveira, A. C., & Saturno Hernández, P. J. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*, 29(2), 283–293. Retrieved from [http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Cultura seguridad del paciente.pdf](http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Cultura%20seguridad%20del%20paciente.pdf)
10. Diccionario Oxford. (n.d.). enseñanza | Definición de enseñanza en español de Oxford Dictionaries. Retrieved December 2, 2017, from <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/ensenanza>
11. Gluck, P. A. (2008). Teoría del error médico. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35, 11–17. [https://doi.org/10.1016/S1885-9070\(08\)35002-1](https://doi.org/10.1016/S1885-9070(08)35002-1)
12. Gomez Ramírez, O., Soto Gamez, A., Arenas Gutierrez, A., Garzón Salamanca, J., Gonzalez Vega, A., Mateus Galeano, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances En Enfermería*, 29(2), 363–374.
13. Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA PATIENT SAFETY CULTURE OF NURSING STAFF IN BOGOTÁ, COLOMBIA. *Ciencia y Enfermería*, XVII (3), 97–111. Retrieved from <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>
14. González, D. B., & Olarte Cortes, J. C. (2013). *Medición de los costos asistenciales de no calidad por los eventos adversos ocurridos en hospitalización, en la IPS Comfamiliar Risarada, durante el año 2012.*
15. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de La Investigación* (5th ed.; M. Hill, Ed.). México.
16. Hortensia Castañeda-Hidalgo, Rosalinda Garza Hernández, J. F. G. S., Zúñiga, M. P., Porras, G. A., & Pérez, A. A. (2013). PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA NURSING. *Ciencia Y Enfermería* Xix, 19(2), 77–88. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>
17. Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety; Page A, E. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work*

- Environment of Nurses*. <https://doi.org/10.17226/10851>
18. Júlvez, T. G. (2013). *Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón*. 1–318.
 19. Kelley, E., & Aranaz, J. M. (2007). Safety Data for safer care: The importance of international consensus and action. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(6), 317–326. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(07\)71240-X](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(07)71240-X)
 20. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. <https://doi.org/10.17226/9728>
 21. León Vanegas, Y. L. (2012). *APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE RESTRICCIONES EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE* (Universidad del Rosario). Retrieved from <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4312/53043159-2013.pdf>
 22. Martínez, A., Montoro, C., & María, G. (2010). Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18, 42–49. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007>
 23. Mella Laborde, M. (2017). *Análisis de la cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios en un hospital universitario* (Universitas Miguel Hernández). Retrieved from [http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4079/1/TD Mella Laborde%2C Mario.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4079/1/TD%20Mella%20Laborde%20Mario.pdf)
 24. Milos, P., & Larraín, A. I. (2015). La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichán*, 15, 141–153. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.13>
 25. Ministerio de la Protección social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. , 1 Minsalud § (2008).
 26. Ministerio de la Protección Social. (2010). Seguridad del paciente y la atención segura. *Minsalud*, 2, 18. <https://doi.org/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

27. Ministerio de la Protección Social y Salud. (2010). *Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. Paquetes Instruccionales Buenas Prácticas para la Atención en Salud*. 51. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
28. Ministerio de salud y Protección Social. (2017). Seguridad del paciente. Retrieved May 17, 2019, from <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 123 del 26 de enero 2012*. , (2012).
30. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
31. Ministerio de Sanidad y Consumo, & Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). (2005). *CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: versión española del Hospital Survey on Patient Safety*. Retrieved from <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
32. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *ESTUDIO IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Retrieved from www.mspsi.es
33. Ministerio, E., Salud, D., & Social, P. (2014). *Seguridad del Paciente: Hilo conductor del Sistema Único de Habilitación La interdependencia y transitoriedad en la habilitación Autoevaluación Termómetro: Una habilitación nacional*. (28), 28–30. Retrieved from www.minsalud.gov.co;
34. Mir-Abellán, R., Falcó-Pegueroles, A., María, Y., & De La Puente-Martorell, L. (2017). Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gac Sanit*, 31(2), 145–149. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019>
35. Munera, H. D. (2015). *TEORÍA DE LAS RESTRICCIONES*. Retrieved from <http://imagenes.uniremington.edu.co/moodle/Módulos de aprendizaje/Teoria de>

las restricciones/modulo teoria_de_las_restricciones 2016.pdf

36. Nogueira, F., Raja, M. G., Escuer, M. I., & Mourín, L. V. (2011). *Seguridad del paciente. Documento básico*. 16–20.
37. OPS/OMS. (2012). *Resultados Del Estudio - Ambeas- Ops/Oms*. 1–30.
38. Real academia Española. (2018). Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. Retrieved May 3, 2019, from <https://dle.rae.es/?id=UICA2EZ>
39. Rose Guadalupe Barcelos, C., Danilo Lunardi, W., Lerch, G., Silveira, da, Silva, R., Cristina Soares, M., & Osório, M. (2016). Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas Safety culture: The perception of intensivist nurses. *Enfermería Global*, 41. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/administracion3.pdf>
40. Tobias, C., Bezerra, Q., Lúcia, A., Branquinho, S., Cecília, N., Camargo Silva, D., ... en Enfermería Docente, D. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico Culture of Patient Safety in health care: a bibliometric study. *Enfermería Global*, 33. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision1.pdf>
41. Urbina Laza, O. (2011). Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3), 239–247.
42. Villarreal Cantillo, E. (2007). Seguridad de los pacientes. The patient ' s safety. *Salud Uninorte*, 23(1), 112–119.
43. World Health Organization. (2007). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. In *Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente*.
44. Zárate-Grajales, R. A., Salcedo-Álvarez, R. A., Olvera-Arreola, S. S., Hernández-Corral, S., Barrientos-Sánchez, J., Pérez-López, M. T., ... Terrazas-Ruíz, C. I. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>

ANEXOS



**CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS
HOSPITALES**

**Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales de la Agencia para la
Investigación y Calidad en la Atención de la Salud (Agency for Healthcare Research and
Quality - AHQR) – versión española**

Para obtener título de Magister en Ciencias de la Enfermería

Aplicado por la alumna:

Luz Karinne Gonzalez Julio

2018

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (AHQR)

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su sitio de práctica, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo. Un "incidente" es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no. "Seguridad del paciente" se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultados de los procesos de cuidados de salud otorgados. El objetivo de esta investigación es describir la cultura de seguridad del paciente en los profesores de la Facultad de enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Marta.

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, mediante este documento doy fe de que me fueron presentados para consentimiento informado los objetivos del estudio "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROFESORES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SECCIONAL SANTA MARTA, 2018". Se me ha informado que mi participación es voluntaria y que aun después de iniciada la misma puedo rehusarme a responder cualquier pregunta; que laboralmente no me verá afectado(a) debido a que se guardaran los principios éticos necesarios, que no se me identificara en forma alguna; entendiéndolo que no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación, pero indirectamente seré beneficiado(a) con las acciones derivadas de los resultados del mismo. La información que se obtendrá será totalmente confidencial y exclusiva para los fines pertinentes de la presente investigación. Con base en la declaración escrita anteriormente firmo digitalmente el presente oficio:

Sección A: Su área/unidad de trabajo

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

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

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
 b. Medicina (No-quirúrgica)
 c. Cirugía
 d. Obstetricia
 e. Pediatría
 f. Departamento de emergencias
 g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
 h. Salud mental/Psiquiatría
 i. Rehabilitación
 j. Farmacia
 k. Laboratorio
 l. Radiología
 m. Anestesiología
 n. Otro, por favor, especifique:

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 sitio de práctica.

	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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tiene suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, se trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Usan más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tienen problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección B: Su supervisor/director

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

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. El supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando la presión se incrementa, el supervisor/director quiere que trabajen más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. El supervisor/director o no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección C: Comunicación

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

	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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

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

	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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección E: Grado de seguridad del paciente

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

	A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección F: Su hospital

8. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital/sitio de práctica. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro

	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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección G: Número de incidentes reportados

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

Marque UNA respuesta.

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

Sección H: Información general

10. 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/sitio de práctica?

- 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

11. 2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad? Piense en su sitio de práctica.

- 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

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

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

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

- a. Enfermera registrada
- b. Asistente Médico/Enfermera Profesional
- c. Enfermera Vocacional con Licencia/Enfermera Practicante con Licencia (LVN/LPN)
- d. Asistente de Cuidado de Pacientes/Pareja de Cuidados
- e. Médico (con entrenamiento completado)
- f. Médico Residente/Médico en Entrenamiento
- g. Farmacéutico
- h. Dietético
- i. Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria
- j. Terapeuta Respiratorio
- k. Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- l. Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)
- m. Administración/Dirección
- n. Otro, por favor especifique

14. 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.

15. ¿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

Sección I: Sus comentarios

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

**17. Sexo del encuestado**

- Femenino
- Masculino

18. Edad en años cumplidos

- De 20 a 30 años
- De 31 a 40 años
- de 41 a 50 años
- 51 años o más

19. Estado civil del encuestado:

- Soltero
- Casado
- Unión marital de hecho
- Divorciado

20. Nivel de escolaridad: (maximo nivel de estudio titulado al momento contestar la encuesta).

- Pregrado
- Especialista
- Magister
- Doctor

21. Tiempo laborado en la Universidad:

- < a 1 año
- 1 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- 16 a 20 años
- 21 a 25 años
- 26 años

22. ¿Tiene hijos?

- Si
- No

23. Hospital o clinica donde desarrolla o desarrolló Practicas formativas:
