

PROGRAMAS DE SEGURIDAD HOSPITALARIA: BARRERAS CULTURALES A VENCER

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

La seguridad de los pacientes es uno de los objetivos centrales de cualquier organización de salud. Conscientes de esto, numerosas instituciones han comenzado a adoptar medidas que minimicen la posibilidad de daños a los mismos creando comités específicamente abocados a esta tarea. Sin embargo, los progresos en este sentido suelen ser muy lentos y muchas de las acciones son tomadas sin comprender en profundidad los determinantes culturales que favorecen o dificultan los procesos de reporte y prevención del error y el mejoramiento continuo de la seguridad de los pacientes.

La cultura de una organización se define básicamente por el conjunto de valores, creencias y normas que modelan su conducta. Cualquier herramienta técnica (sistemas de reporte, análisis de incidentes, etc.) fracasará si no se encuentra enmarcada en una cultura que favorezca su desarrollo.

La cultura organizacional puede evaluarse mediante encuestas o grupos focales en los cuales suelen preguntarse aspectos vinculados al liderazgo, las normas y procedimientos, la composición de la fuerza de trabajo, la comunicación y el reporte de errores, etc. Los dos modelos de encuestas más difundidos son los preparados por la Agencia de Investigación y Calidad en Salud (AHRQ, 2007) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y el desarrollado por la Universidad de Texas (Sexton, 2003). En el apéndice de este artículo encontrará el formato de la encuesta de la AHRQ.

Como hemos visto en algún trabajo anterior, suelen describirse tres tipos de culturas organizacionales:

Cultura Organizacional Patológica:

No hay interés por conocer los errores ni sus causas, se "mata al mensajero", no se asume la responsabilidad. En esta cultura el error es casti-

gado severamente o bien es consentido y se desalienta cualquier nueva idea.

Cultura Organizacional Burocrática:

Quienes tienen que tomar decisiones generalmente no se enteran de los errores. Cuando finalmente el mensajero llega, la responsabilidad está compartimentalizada. En esta cultura las fallas llevan a arreglos de coyuntura, locales, y las nuevas ideas generalmente representan un problema.

Cultura Organizacional Generadora:

Se busca conocer activamente los errores y sus causas, se entrena y recompensa a los mensajeros y la responsabilidad es compartida. En esta cultura las fallas llevan a reformas de largo alcance y las nuevas ideas son bienvenidas.

Más concretamente estas organizaciones: (Pizzi, 2001)

- Reconocen la naturaleza misma de la actividad que desarrollan como propensa a la ocurrencia de errores o accidentes.
- Estimulan un ámbito de análisis del error no centrado en el individuo, en el que su reporte no se acompañe automáticamente de una penalidad o castigo.
- Promueven la colaboración a distintos niveles para corregir aspectos vulnerables
- Destinan recursos para mejorar la seguridad en forma sostenida

BARRERAS CULTURALES A VENCER

Para implementar programas de seguridad es necesario vencer una serie de barreras muy arraigadas en nuestro sistema de salud:

1.Falta de compromiso y liderazgo de los dirigentes:

¿Qué lugar ocupa la seguridad de los pacientes en la agenda de trabajo de todos los días? En general en muchas instituciones se encuentran personas que comienzan a estudiar el tema y a proponer cambios, pero muchas veces chocan con quienes deben tomar las decisiones a nivel gerencial o en el directorio. La seguridad hospitalaria necesita de líderes en el máximo nivel de la organización. Los mayores avances en la Argentina se debieron al liderazgo de la Academia Nacional de Medicina y al impulso dado por el académico Dr. Alberto Agrest al Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.

2.Privilegio de la productividad por sobre la seguridad

Aquellos sistemas que privilegian la productividad por sobre la seguridad son por definición inseguros. Seguirán cometándose errores si las condiciones de trabajo obligan a que los médicos deban atender un volumen inapropiado de pacientes por hora, si faltan enfermeros/as, si los honorarios están pauperizados y los profesionales están obligados a ir de guardia en guardia, sin descanso. Está comprobado que las principales causas de errores son la fatiga, la ansiedad y la falta de personal. Se observa en muchas instituciones una gran resistencia a atacar los problemas de fondo (condiciones de trabajo, procesos deficientes, capacitación del personal, diseño y mantenimiento de equipos). Hay decisiones tomadas por financiadores, administrativos y jefes que afectan los márgenes de seguridad de la primera línea de atención. Quienes toman estas decisiones deberían sentirse tan responsables como quien cometió la última falla en la cadena

3.Resistencia a invertir tiempo y dinero

Obviamente, para obtener resultados en seguridad hay que invertir. La inversión inicial en investigaciones de seguridad de los pacientes del Departamento de Salud de los EE.UU fue de aproximadamente 50 millones de dólares, con: (US Department of Health & Human Services, 2001)

- 24 proyectos sobre identificación, recolección y análisis de errores médicos (U\$S 24,7 M)

- 22 proyectos sobre el impacto de la tecnología en la prevención de errores (U\$S 5,3 M)

- 8 proyectos sobre el impacto de las condiciones de trabajo en la seguridad de los pacientes (U\$S 3 M)

- 23 proyectos de investigación y desarrollo de actividades innovadoras para mejorar la seguridad (U\$S 8 M)

- 7 proyectos sobre capacitación de los profesionales en seguridad (2,4 M)

- 10 proyectos de investigación en seguridad adicionales (U\$S 6,4)

4.Escepticismo

La inmensa mayoría de los profesionales de la salud no creen en la magnitud del problema. No creen realmente que el tema de los errores sea serio, por más que haya un cuerpo de conocimientos que avale esto.

Al respecto resulta interesante el estudio Validar, realizado en 107 hospitales y centros de salud privados de la Argentina. (Programa Validar, Ministerio de Salud)

El estudio permitió calcular que, si se contara con un programa activo de control de infecciones podrían evitarse 530 muertes por año y 3000 episodios infecciosos y se ahorrarían 7 millones de pesos, sólo en UTI. Si se considera la totalidad de los hospitales públicos y privados que hay en el país (3196), las cifras ascienden a 17.000 muertes y 96.000 episodios infecciosos anuales, representando un ahorro de 224 M.

Muchos de los datos que se dan al hablar de error no se conciben con la experiencia personal de los médicos, quienes ven a los eventos adversos como eventos marginales en su actividad. La "tiranía" de los pequeños números impide ver por ejemplo la cantidad total de fracturas de cadera por caídas de la cama o errores de lado o de medicación.

Por otro lado el concepto de fallas de sistemas aparece frente a los médicos como algo vago y complicado, ya que va en contra de todo lo que nos enseñaron y ofende nuestro sentido de libertad y de responsabilidad frente a los pacientes. Hay una tendencia a pensar que culpar al sistema significa evadirnos de la responsabilidad individual que tenemos como médicos de hacer lo mejor para nuestros pacientes con el menor margen de error posible. Ambas cosas son necesarias: la búsqueda de la excelencia a nivel individual y los cambios en el sistema para poder aprender de los errores y minimizar el daño.

5. Individualismo

La complejidad de la práctica de la medicina en nuestros días nos hace totalmente interdependientes y es imposible crear un ambiente seguro si no se trabaja en equipo. La seguridad depende más de la armonía dinámica entre los actores que de la excelencia a nivel individual.

La transición que se requiere para avanzar en seguridad es muy difícil. Implica ceder algo de protagonismo para transformarse en un componente más del equipo, aún siendo el más importante. Es difícil porque atenta contra el ego y la imagen que el médico tiene de sí mismo.

Obviamente hay límites. La ultraestandarización y el principio de actores equivalentes requieren de condiciones estables. Estas condiciones son alcanzadas más fácilmente en algunos ámbitos de la medicina, como en radiología, farmacia, laboratorio y anestesia programada. Hay otros ámbitos en donde esto es mucho más difícil, como en guardia o en cirugía de urgencia.

6. Discrecionalidad

Cualquier sistema que permite que sus integrantes trabajen en forma ilimitada tomando decisiones autónomas sin mayor regulación ni imposición de límites es altamente inseguro. Hoy la acreditación y certificación médica no es lo rigurosa que debiera y se observan falta de límites y control. Hoy con el título de especialista el límite lo determina el propio profesional. Un cirujano puede estar operando todo el tiempo que él considere necesario, un médico puede salir de 24 hs de guardia e ir a operar a otro hospital, etc. El sistema no contempla muchas veces un freno a estas actitudes, dependiendo del criterio individual.

Está comprobado que los mayores niveles de inseguridad no se deben a incompetencia. En ámbitos complejos los mayores riesgos suelen correrlos quienes desafían los límites de su propio desempeño.

Los sistemas de seguridad desarrollados niegan aún a los más experimentados la absoluta discrecionalidad. El profesional medio generalmente se siente incómodo cuando se le imponen límites, regulaciones o evaluaciones de desempeño. Si se quiere avanzar, los profesionales deberán ceder algo de autonomía en pos de la seguridad del sistema.

7. Temor

Todavía está muy arraigada entre los profesio-

ales de la salud la cultura del castigo. Esto hace muy difícil que los mismos notifiquen errores y sólo salen a la luz aquellos errores que produjeron daños graves y que son inocultables. Se pierde entonces la oportunidad de aprender a partir de los mismos.

La excesiva verticalidad de nuestro sistema establece barreras jerárquicas que hacen inimaginable a una enfermera notificando un error de un médico o a un residente notificando el error de un jefe. Tampoco es imaginable la discusión abierta de un error en un servicio. En general, cuando esto sucede, como en algunos ateneos, las discusiones tienen carácter netamente inculpativo y el esfuerzo mayor está puesto en deslindar responsabilidades más que en el estudio de las raíces del problema.

Por otra parte, la facilidad para entablar juicios millonarios en nuestro sistema legal desalienta cualquier intento de discutir abiertamente los errores. El sistema de responsabilidad civil y penal del médico tiene un abordaje necesariamente individual, punitivo y confrontacional, buscando establecer culpas. Este sistema pareciera oponerse a los sistemas de seguridad en donde la culpa no es el eje, el abordaje es necesariamente sistémico y no punitivo. La resolución del problema no es fácil y en algunos países ha determinado la protección legal del incidente denunciado impidiendo que se constituya en prueba en casos de responsabilidad profesional.

8. Tolerancia

Muchos profesionales se han acostumbrado a convivir con el error y condiciones de seguridad deficientes. Los errores son tomados muchas veces como fatalidades del destino o hechos fortuitos. ¿Se equivocó de lado?. Le puede pasar a cualquiera... ¿Se cayó de la camilla? Son cosas que pasan. En los sistemas punitivos hay menos tolerancia con quien cometió el error que con el error en sí mismo.

No debieran asumirse como inevitables o inherentes a la práctica habitual hechos que no debemos permitir que pasen. Reconocer que los errores son frecuentes y que van a ocurrir porque somos humanos no debe llevarnos a una insensibilización que nos paralice. Debemos estudiarlos y buscar la forma de minimizarlos.

9. Falta de consenso

Uno de los principales obstáculos para la implementación de planes de seguridad de pacientes es la falta de consenso entre los especialistas en la materia y los profesionales asistenciales acerca de lo que es relevante. Por ejemplo, de acuerdo a una encuesta del 2002 (Blendon 2002), la mayoría de los médicos asistenciales sólo consideran como muy efectivos para la prevención de errores dos abordajes:

- Que los hospitales desarrollen sistemas para evitar el error médico (55%)
- Aumentar el personal de enfermería (50%)

Menos médicos consideran que otras medidas, importantes para quienes manejan riesgos, sean efectivas.

- Sólo el 40% piensa que sería efectivo limitar procedimientos de alto riesgo a centros con elevado volumen de los mismos.
- Sólo el 34% piensa que sería efectivo que sólo hubiera especialistas en terapia intensiva en dichas unidades
- Sólo el 23% piensa que sería efectivo aumentar los sistemas de prescripción electrónica
- Sólo el 19% piensa que la historia clínica electrónica sería efectiva para disminuir los errores.

Reflexión Final:

El error médico y la seguridad de los pacientes ocupan desde hace algunos años el centro de la escena de quienes tienen la responsabilidad de pensar los sistemas de salud en todo el mundo. Como con los programas de calidad en la atención, los programas de seguridad del paciente requieren el compromiso y liderazgo de los más altos niveles de las organizaciones (directores, jefes de servicio). Ningún cambio será posible sin su apoyo.

Si las instituciones de salud quieren realmente tomar medidas efectivas para reducir sus errores y aumentar la seguridad de los pacientes deberán asumir el desafío del cambio cultural. Los profesionales de la salud deberán aceptar la noción de que el error es un componente inevitable de la condición humana, aún tratándose de buenos profesionales acostumbrados a altos estándares de desempeño. Los errores deberán

ser aceptados como evidencias de fallas de sistemas y no de carácter. Mientras no se den estas condiciones es poco probable que puedan implementarse progresos significativos. No haremos un sistema más seguro hasta que no decidamos realmente hacerlo.

Parafraseando a James Reason, investigador en seguridad de la Universidad de Manchester: "No podemos cambiar la condición humana, pero sí podemos cambiar los sistemas en los cuales los humanos trabajan"

BIBLIOGRAFÍA:

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). , Rockville, MD. Patient Safety Culture Surveys April, 2007. www.ahrq.gov/qual/hospculture/
2. Sexton J., Thomas E. The Safety Climate Survey: Psychometric and Benchmarking Properties Technical Report 03-03. The University of Texas. Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice
3. Pizzi L., Goldfarb N., Nash D. Promoting a Culture of Safety . Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services. Making Healthcare Safer: A critical analysis of Patient Safety Practices. Borrada, 2001: 447-57
4. Ortiz, Z. y col. Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes. Salud Investigativa, 2007. 1ra ed.
5. United States Department of Health & Human Services. HHS announces \$50 million investment to improve patient safety. Press Release, Thursday, Oct 11, 2001. www.hhs.gov/news/press/2001pres/20011011.html
6. Blendon J., DesRoches C., Brodie M., et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. New Engl J Med 2002, 2002: 347: 1933-9

APÉNDICE

MODELO DE ENCUESTA PARA EVALUAR LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN EN TEMAS DE SEGURIDAD

(Adaptada del "Hospital Survey on Patient Safety" Agency for Healthcare Research and Quality" (AHRQ) www.ahrq.gov)

Encuesta sobre la Seguridad del Paciente

Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 10 minutos completarla.

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

Definiciones:

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

Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

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

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

Ambito hospitalario

- a. Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Área de Urgencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otros, por favor, especifique: _____

Ambito Atención Primaria

- ñ. Medicina de Familia
- o. Pediatría de Familia
- p. Enfermería Comunitaria
- q. Otros, por favor especifique: _____

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov (Financiado por el FIS: 06/1875) Página 1 de 8

Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo de su centro....	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov (Financiado por el FIS: 06/1875) Página 2 de 6

Piense en su servicio/unidad/área de trabajo de su centro....	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección B: Su Jefe/Supervisor

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección C: Comunicación

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

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov (Financiado por el FIS: 06/1875) Página 3 de 8

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección D: Frecuencia de Sucesos Notificados

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

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

Sección E: Grado de Seguridad del Paciente

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

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

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov (Financiado por el FIS: 06/1875) Página 4 de 8

Sección F: Su Centro (Hospital/ Área, Comarca, etc en el caso de Atención Primaria)

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

Plense en su centro...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección G: Número de Sucesos Notificados

1. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?

- a. Si b. No

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.aahrq.gov (Financiado por el FIS: 08/1875) Página 5 de 8

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Ninguna notificación | <input type="checkbox"/> d. De 6 a 10 notificaciones |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 2 notificaciones | <input type="checkbox"/> e. De 11 a 20 notificaciones |
| <input type="checkbox"/> c. De 3 a 5 notificaciones | <input type="checkbox"/> f. 21 notificaciones o más |

Sección H: Características de los encuestados

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

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

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

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

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

3. Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?

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

4. ¿A qué estamento pertenece?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a. Enfermera | <input type="checkbox"/> b. Médico |
|---------------------------------------|------------------------------------|

5. En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o contacto con los pacientes?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

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

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

Sección I: Sus Comentarios

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos en su centro (puede añadir más páginas si lo necesita)

Gracias por completar este cuestionario,
Su ayuda será muy útil para saber más sobre la seguridad de los pacientes.

Persona de contacto para cualquier aclaración: Carmen Silvestre (Investigadora Principal) msilvesb@yahoo.es

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov (Financiado por el FIS: 06/1875) Página 8 de 8