



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

FACULTAD DE MEDICINA

Carrera de Licenciatura en Enfermería

Cátedra Metodología de la Investigación en Enfermería

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

Autor: Machuca Torres Yohana Belén

Corrientes, octubre 2020

Título de la Investigación

Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral en el año 2020.

Autor

- Machuca Torres Yohana Belén

Lugar y fecha: Corrientes, noviembre 2020

Firma de Docentes:

-----El abajo firmante: -----

Machuca Torres Yohana Belén

Autorizo a que la investigación titulada:

“Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana F Cabral. Corrientes. Año 2020”

se disponga por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, para ser consultado en la Biblioteca de la misma, sin que ello genere reclamo alguno de mi parte. --

----- A tal efecto suscribo lo manifestado ut supra. -----

Firma y aclaración:

Índice	Pág.
Asesores de la Investigación	5
Autor	6
Título de la Investigación	7
Planteamiento del Problema	8

Justificación	11
Objetivos	12
Marco Referencial	13
Diseño Metodológico	23
Operacionalización de las Variables	24
Instrumento de recolección de datos	26
Análisis de datos	27
Contexto. Población y Muestra	28
Autorizaciones y avales éticos	30
Resultados	32
Discusión	43
Conclusiones	45
Resumen de la Investigación	47
Referencias Bibliográficas	49
Anexos	52

Asesores de la Investigación

Asesor de Contenido

Lic. Smiak Nancy Vicenta

Cátedra a la que pertenece.

Enfermería Básica

Cargo que desempeña.

JTP Dedicación Semi exclusiva

Institución en que trabaja.

Instituto de Cardiología Juana Francisca Cabral. Facultad de Medicina. UNNE.

Firma y sello.

Asesor Metodológico

Apellido y Nombre: Lic. Sánchez, Lucia Inés

Cátedra a la que pertenece: Metodología de la Investigación en Enfermería

Cargo que desempeña: Licenciada en Enfermería. Jefe de Trabajos Prácticos

Institución en que trabaja: Hospital José Ramón Vidal – Facultad de Medicina UNNE

Autor

Machuca Torres Yohana Belén.

Enfermera Profesional

Función que desempeña: Enfermera asistencial

Correo electrónico: yohana_mt@hotmail.com.ar.

1. TITULO DE LA INVESTIGACION

Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral en el año 2020.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

a. Tema: Seguridad del paciente.

Subtema: Percepción de la cultura de la seguridad del paciente.

b. La calidad y seguridad de la atención, es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. El principio Primum Non Nocere, que nos recuerda que lo primero, ante todo, es no hacer daño, nos induce a asumir como principio fundamental, que cada profesional es un sujeto competente y responsable que tiene como base de su actuación no generar daño. La seguridad del paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente, causadas por la asistencia, es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria¹.

La seguridad del paciente se define como un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias².

Con el objetivo de garantizar la seguridad de la atención al paciente, las instituciones de salud han puesto en marcha diversas políticas, programas y procedimientos; no obstante, una de las principales recomendaciones es la implementación de una cultura de seguridad del paciente, entendida como la suma del conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo, que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud y que impulsa al personal a hacerse responsable de sus actos a través de un liderazgo proactivo, investigando la ocurrencia de los eventos adversos y tomando las medidas necesarias en casos que lo requieran. La cultura de la seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones, en la que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo³.

En la literatura, algunos instrumentos han sido desarrollados con objeto de mensurar la cultura de seguridad del paciente, mediante la percepción del clima de seguridad por los profesionales de salud. Este clima refleja la percepción de los profesionales sobre las cuestiones de seguridad, en determinado momento, en su área de trabajo. Estudios muestran que percepciones positivas sobre el clima de seguridad están asociadas a la adopción de comportamientos seguros, mejoras en la comunicación, realización de programas de

capacitación, reducción de eventos adversos, entre otros, contribuyendo hacia prácticas seguras en el cuidado del paciente⁴.

En Argentina, los estudios sobre la cultura de la seguridad aún son incipientes y escasos, hallándose uno de la Subcomisión de Calidad y Seguridad del Paciente de la Sociedad Argentina de Pediatría y Programa Nacional de Actualización Pediátrica, quienes elaboraron una encuesta sobre seguridad del paciente y prevención de errores (datos poblacionales, 9 dimensiones para internación, 5 para atención ambulatoria). Su objetivo fue conocer las actitudes, prácticas y condiciones de seguridad del paciente pediátrico en Argentina. El instrumento fue enviado a los alumnos de Programa Nacional de Actualización Pediátrica 2013, distribuidos en todo el país. La encuesta administrada a 7438 alumnos; respondida por 6424 (86%), edad: 42% de 30 a 40 años. Mujeres: 80%. Residencia/concurrencia en Pediatría: 83%, dio como resultados que la formación en seguridad del paciente: 30%. En Internación, el 15% respondió que la institución donde trabajaba tenía Comité de Seguridad, el 74% carecía de sistemas de reporte de eventos; 70% no tenía identificación de pacientes; 32% debía prescribir según vademécum; 27% tenía programas de control de infecciones; 28% aplicaba la lista de verificación quirúrgica. En el área ambulatoria, el 62% respondió que había lavatorios; 56%, que había jabón; y 63%, gel alcohólico disponible. El 70% contestó que los niños con enfermedades exantemáticas esperaban en lugares comunes. Este trabajo muestra que gran parte de los pediatras argentinos encuestados trabaja en condiciones en las que no se prioriza la seguridad del paciente, tanto en pediatría ambulatoria como de internación⁵.

Otro estudio descriptivo del año 2015, que tuvo como objetivo determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud del Hospital Privado de Córdoba, en la que se aplicó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. Las áreas de fortaleza identificadas fueron aprendizaje organizacional, mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal. En ese sentido, la percepción de que no hay personal suficiente cuando la carga de trabajo es excesiva interfiere para que se brinde atención de una manera óptima a los pacientes del hospital⁶.

Otro estudio, realizado en el 2018, en la ciudad de Corrientes, capital, en el Hospital Geriátrico Juana F. Cabral, sobre seguridad de paciente tuvo como objetivo de identificar las debilidades y fortalezas en el área de enfermería, donde los participantes opinaron que los factores que favorecían a una cultura de seguridad, eran la formación y desarrollo profesional, fomento de la cultura de seguridad, investigación sobre seguridad; detectando como barreras o limitaciones del entorno que afectarían la estrategia de seguridad, la escasez de recursos

humanos, falta de capacitación en seguridad, escasez de recursos materiales, nivel de formación profesional y falta de comunicación interpersonal⁷.

En este contexto, en el año 2018, el Hospital Geriátrico Juana F Cabral de la ciudad de Corrientes capital, por Disposición Interna N.º 054/18 crea el Comité de seguridad de paciente, cuyos integrantes son referentes de cada una de las áreas de la institución. Se conforma la Comisión Directiva, elabora un Manual de Procedimientos, se realizan reuniones mensuales, capacitaciones a sus integrantes, con la asignación de funciones específicas, a través de un liderazgo proactivo; mientras se trabaja paralelamente la implementación de la cultura de la seguridad. Esta situación si bien se viene realizando hace dos años, presenta una serie de dificultades, cuyos motivos deberían ser indagados, de manera tal, que se pueda contar con información actualizada para la formulación de estrategias de intervención acorde a la situación actual.

c. Objeto de estudio: percepción de los profesionales de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

d. Pregunta: ¿Cuál es la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana F. Cabral en los meses de agosto a septiembre del año 2020?

3. JUSTIFICACIÓN

La realización de esta investigación permitirá contar con información actualizada sobre la cultura de seguridad del paciente, y la percepción de los profesionales de salud, punto importante dentro de los estándares de calidad de atención en los servicios de salud. En este contexto, se considera que los profesionales de salud deben propiciar y fortalecer la seguridad del paciente, previniendo incidentes y eventos adversos en la atención que brindan a los adultos mayores, en los diferentes servicios de la institución.

A partir de la información obtenida sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente, se podrá continuar favoreciendo las áreas de fortalezas y/o implementar estrategias de mejoras en aquellos puntos débiles, con la participación activa de los trabajadores de la institución.

4. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral en el año 2020.

4.1. Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los profesionales de salud.
- Caracterizar las dimensiones de Servicio/Unidad- Hospital- Comunicación- Información complementaria en relación a la cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del Cuestionario Versión española del Hospital Survey on Patient Safety.
- Detectar las debilidades y fortalezas de la cultura de seguridad según las percepciones de los profesionales de la salud.

5. MARCO REFERENCIAL

Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas, por un lado la Teoría del Error de Reason, el cual asume que el ser humano es falible, por lo que pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, y por otro la Cultura de Seguridad, que es una cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar¹.

Según Halligan, existen cinco teorías que explican la cultura de seguridad, en primer lugar: el Modelo de Madurez Cultural, el cual define las etapas por la que atraviesa el estado de la cultura de la seguridad desde un nivel menos maduro o patológico a otro más maduro o generador, y a través del cual podemos diagnosticar el estado de nuestra organización permitiendo a su vez implementar medidas correctivas necesarias para pasar al siguiente nivel. Otro es el Modelo de Donabedian, el cual describen las organizaciones sanitarias en término de estructura, proceso y resultado. La estructura hace referencia a las condiciones en que se imparten cuidados, desde recursos humanos hasta materiales; el proceso el tipo de actividades que hay que desarrollar para que se puedan aplicar los cuidados, y por último el resultado que, muestran los cambios que se han producido en relación a los cuidados suministrados. Otra es la Teoría de la Alta Confiabilidad en la Organización, la cual define los sistemas de atención y de gestión, como complejos y que los riesgos derivados de los mismos se pueden prevenir mediante la correcta organización de los recursos de esa organización. Otra es la Teoría Organizacional, la cual entiende la cultura corporativa con una serie de rasgos que la definen como son, ambiente de trabajo, lenguaje cotidiano, entendimiento común y las actitudes de los empleados hacia la organización. Por último, está la Teoría de Sistemas, donde las vías para alcanzar los éxitos en materia de seguridad de paciente pueden lograrse desde organizaciones con distintas propiedades culturales⁸.

En el año 2002 se celebró en Ginebra la 55^a Asamblea Mundial de la Salud, y aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de paciente (SP) y a establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica, necesarios para mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. En el 2004, la 57^a Asamblea Mundial de la Salud, dio como fruto la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, actualmente llamada Programa para la Seguridad del Paciente, que sería un paso importante para el desarrollo de la SP de los Estados Miembros.

Su objetivo puede resumirse en el lema ante todo, no hacer daño, y sus propósitos, acciones y retos fundamentales se reflejan en programas de riesgo significativo y los retos del programa de seguridad del paciente de la OMS (Organización Mundial de la Salud), quien define qué seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable, siendo el gran objetivo de la seguridad del paciente, reducir el daño y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana¹.

Según el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, una de las acepciones de la palabra cultura (del latín: cultura) refiere al conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico o industrial, en una época y en un grupo social. El término seguridad (del latín: securitas-ātis), alude a una cualidad de seguro, a la certeza de un conocimiento, a un mecanismo que asegura un buen funcionamiento de algo, previniendo fallas.

La cultura de la seguridad entonces, es el conjunto de características y actitudes de las organizaciones y las personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad. Para analizar la cultura de la seguridad existen dimensiones tales como, frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la Dirección y Supervisión de la Unidad o Servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional y mejora continua, trabajo en equipo en la Unidad o Servicio, franqueza de las comunicaciones, retroalimentación 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 o servicios, problemas en cambios de turno y transiciones entre Unidades o Servicios. En todos los estudios y experiencias que involucran a la seguridad de los pacientes, surgen como elementos ineludibles estos aspectos organizacionales que evidencian la importancia de la cultura de la organización para garantizar la seguridad. Teniendo en cuenta que la cultura de la seguridad se basa tanto en estructuras como en costumbres y hábitos, se hace indispensable la utilización de medidas apropiadas (como la percepción), para poder evaluar los elementos intangibles a través de manifestaciones tangibles, por medio de procedimientos que permitan evaluar las cualidades que subyacen⁹.

Cada organización posee una cultura que es lo que la diferencia de las demás y ésta se define como el conjunto de normas y valores de aquellos que la integran, Schein la define como el patrón de supuestos básicos que un determinado grupo ha inventado, descubierto o desarrollado en el proceso de aprender a resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna y que funcionaron suficientemente bien a punto de ser consideradas válidas

y, por ende, de ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con estos problemas.

Guldenmund, propone tres tipos de aproximación dentro de la cultura de seguridad de una organización: la académica, la analítica y la pragmática. La primera de ellas refleja la historia de la organización y ésta es un elemento que influye en el presente de la cultura organizativa, teniendo como objetivo describir y entender la cultura de seguridad. La analítica, considera la cultura como inherente a la organización, y se define como un constructo multidimensional que se mide para obtener información relativa a los diferentes ítems y dimensiones. De algún modo, lo que pretende es transformar la cultura organizativa. Por último, el enfoque pragmático se centra en el desempeño de la organización, donde se piensa que aquellas que posean un buen rendimiento, tendrán una buena cultura de seguridad. Este tipo de enfoque es el que se asume cuando se pretende hacer algún cambio o desarrollo organizativo⁸.

En resumen, podemos decir que, a pesar del desarrollo de estrategias específicas en seguridad del paciente, la cultura de seguridad no ha calado suficientemente en las organizaciones sanitarias. Los eventos adversos, cuando se producen, siguen siendo analizados desde la perspectiva de la culpabilidad y no del análisis del sistema para aprender a prevenirlos. En esta situación, los profesionales sanitarios, al no verse protegidos de posibles demandas, en ocasiones reaccionan practicando una medicina defensiva y ocultando los posibles errores detectados. En el marco de una sanidad cada vez más globalizada, nos enfrentamos al reto de ofrecer una atención sanitaria más segura, donde la comunicación efectiva entre profesionales y de éstos con los pacientes para aprender de los errores, se imponen como una herramienta clave de mejora ⁹.

En relación a las investigaciones realizadas, en España, en el año 2006, se realizó el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) en su informe, se revisaron 5624 historias clínicas, en distintos hospitales españoles. Los autores detectaron un 8.4% de eventos adversos de los cuales 42.8% se consideraron evitables y se contabilizó un 4.4% de muertes, extrapolando estos porcentajes a los 4.6 millones de hospitalizaciones para el año del estudio, arrojó 7.388 muertes evitables al año en España.

En Iberoamérica, en el año 2011, se repitió la experiencia y se realizó el estudio IBEAS (Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica), este incluyó 11.379 pacientes de 58 hospitales, de 5 países de Iberoamérica, en el cual la tasa de eventos adversos fue de 10.5%, de los cuales 60% se consideraron evitables, al igual que el 6% de muertes, también evitables¹.

En un estudio observacional, seccional y cuantitativo, realizado en un hospital público, de enseñanza y gran tamaño de Brasil en el 2015, cuyo objetivo fue verificar la asociación entre los scores de seguridad del paciente y las variables sociodemográficas y profesionales. Fue utilizado el instrumento Safety Attitudes Questionnaire, traducido y validado para Brasil. Como resultados arrojo que la mayoría de los participantes eran mujeres, personal de enfermería, trabajaban en la atención directa a pacientes adultos en áreas críticas, no tenía graduados, ni otro empleo. La puntuación total media y la mediana del instrumento fueron 61,8 (DE=13,7) y 63,3 respectivamente. Se encontró como factor asociado con el clima de seguridad la variable desempeño profesional para el dominio percepción de la gestión de la Unidad y del hospital ($p=0,01$), y en donde la identificación de los factores asociados con el entorno de seguridad permite la construcción de estrategias para las prácticas seguras en los hospitales ⁴.

En otro estudio realizado en Colombia, sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de cuatro instituciones de primer y segundo nivel de atención, los datos se recolectaron mediante Hospital Survey on Patient , durante el segundo semestre de 2015, el mayor porcentaje correspondía a auxiliares de enfermería, (Institución I) el 86,7%; la IPS Universitaria Adventista (Institución II) el 87,5%; E.S.E Hospital San Luis Beltrán (Institución III) el 88,8% y la Fundación Clínica Noel (Institución IV) el 66,7%. Un porcentaje menor eran profesionales de enfermería, la Institución I, el 13,3%; Institución II el 12,5%; Institución III el 11,1% e Institución IV el 33,3%. En cuanto al tiempo de experiencia en la profesión u oficio, en las instituciones I y III, el 53,3% y 44,4% respectivamente, del personal de enfermería tenía más de 10 años de experiencia, mientras que en las instituciones II y IV, el 93,8% y 66,6% en su orden, eran auxiliares de enfermería o enfermeros desde hace seis años o menos. En lo que respecta a la antigüedad en las organizaciones, se evidenció que en la institución III el 55,5 % del personal de enfermería laboraba en ella desde hace más de siete años. Por el contrario, en la I (60%), II (92,9%) y IV (66,7%), el personal tenía tres años o menos de trabajar en ellas, deduciéndose que hubo mayor práctica de la profesión en la institución III. Los servicios en los que laboraba el mayor número de los encuestados fueron: cirugía (66,7% para la Institución I); urgencias (44,4% en la institución III y 43,8% en la institución II); hospitalización (44,4% en la institución III) y consulta externa (100% del personal de la institución IV). El grupo con mayor experiencia en su servicio (más de siete años), se encontró en el E.S.E Hospital San Luis Beltrán, con el 55,5%, contrastando con el 60%, 93,6% y 66,7% del personal de enfermería de las instituciones I, II y IV respectivamente, que tenían menos de seis años laborando en el servicio. Al analizar el número de horas trabajadas por semana se pudo inferir con preocupación que un porcentaje considerable del personal de

enfermería de las cuatro instituciones aseguraron hacerlo más de 48 horas a la semana (la I con el 26,7%, la II con el 37,5%, la III con el 44,4% y la IV con el 66,7%), lo cual se constituye en un factor de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos si se tiene en cuenta, además, que todos los encuestados tenían contacto directo con el paciente. En general, los participantes tuvieron valoraciones muy diversas al calificar el grado de seguridad de sus organizaciones. En la institución I, el 60,1% del personal de enfermería lo percibe entre 3 y 7 puntos sobre 10; en el Hospital II el 62,6% del personal la calificación oscila entre 5 y 7 puntos sobre 10; y en las instituciones III y IV, el 33,3% del personal manifestó que el nivel de seguridad de su servicio es de 6 y 7 puntos sobre 10, y el 66% entre 8 y 9 puntos sobre 10. Lo anterior significa que en estas instituciones se percibe un mayor grado de seguridad, aunque por supuesto, todas precisan seguir trabajando en ello. El aprendizaje organizacional/mejora continua, logró un 77,8% de opiniones favorables en las instituciones I y IV y un 85,2% en el hospital III. El trabajo en equipo en la unidad, obtuvo el 79,8% de opiniones favorables en la organización II y el 75,1% en la institución IV, para esta última, el trabajo en equipo entre las unidades consiguió el 83,4%, el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente alcanzó un 77,8% de respuestas favorables. También, la adherencia a las acciones en seguridad de medicamentos fue una fortaleza contundente para las organizaciones III y IV, con un 87,5% de respuestas positivas en cada una de ellas. Las dimensiones consideradas como oportunidades de mejora fueron la frecuencia en la notificación de eventos adversos con un 58,4% y la dotación del personal con un 50% de respuestas negativas, se constituyeron en oportunidades de mejora para la institución II; mientras que la retroalimentación y comunicación sobre errores, con un 66,7%, y la franqueza en la comunicación, con un 55,6%, de opiniones negativas lo fueron para la organización IV².

Otro estudio realizado en el 2015, en un Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, en Sant Boi de Llobregat (Barcelona) tuvo como objetivo describir las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de un hospital y la influencia de variables socios demográficos y profesionales. En una muestra de profesionales y auxiliares de enfermería se administró el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Cultura. Se consideró como fortaleza más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas. El 59% (n = 123) calificó la seguridad entre 7 y 8. El 53% (n = 103) no realizó ninguna declaración de incidente en el último año. Como fortaleza se identificó trabajo en equipo en la unidad, y como oportunidad de mejora, dotación de personal. Se obtuvo una cultura de seguridad más positiva en los servicios ambulatorios, en profesionales de enfermería y en contratación a jornada parcial. El estudio ha permitido medir la cultura de la

seguridad, hecho que facilitará su seguimiento orientará las estrategias de mejora trabajando los puntos débiles y reforzando los potenciales¹⁰.

Otro estudio comparativo (2015) sobre cultura de seguridad del paciente utilizando la encuesta HSOPSC en cinco momentos y poblaciones de trabajadores de la salud, en la cual se efectuó una búsqueda en bases de datos especializadas en medicina, libros de Instituciones y presentaciones relacionadas con la seguridad del paciente. Se encontraron cinco trabajos realizados en México, que utilizaron la encuesta HSOPSC, se analizaron las encuestas en 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Se obtuvo la fiabilidad de cada dimensión en los cinco trabajos, siendo la de menor fiabilidad la suficiencia de personal y la percepción de seguridad; la de mayor fiabilidad fue la frecuencia de reporte de eventos y el trabajo en equipo dentro de la Unidad/Servicio¹¹.

Otro estudio, de tipo observacional, descriptivo, corte transversal, tuvo como objetivo conocer la percepción de los profesionales de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell, Barcelona, en relación a la cultura de seguridad del paciente, en el participaron profesionales sanitarios de las siguientes categorías: Gerentes/Directores, médicos, auxiliares de enfermería, enfermeros y técnicos, fisioterapeutas, etc. Para medir la cultura de la seguridad se utilizó el cuestionario de 61 ítems publicado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en 2004 y validado por el Ministerio de Sanidad. El cuestionario se puso a disposición de los participantes a través de la web del hospital junto con una nota que invitaba a la participación. El periodo de estudio fue de septiembre del 2014 a abril de 2015. Se recogieron un total de 331 cuestionarios (tasa global de respuesta 14%). La dimensión trabajo en equipo fue una de las mejores valoradas con un 65% de respuestas positivas, mientras que dos de las cuatro preguntas que evaluaban la dimensión dotación de personal fue valorada negativamente en más de un 70 %. Teniendo en cuenta la baja participación junto a los resultados obtenidos se puede concluir que existe una baja cultura de seguridad y que sería una importante área de mejora¹².

Otro estudio, de tipo descriptivo transversal, en el 2015, con el objetivo de determinar la percepción de los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la cultura de seguridad del paciente en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Tabasco, México. Para ello se utilizó el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture" (MOSPSC). Los resultados dieron que: las dimensiones con mayor puntuación fueron trabajo en equipo (65%) y seguimiento del cuidado del paciente (63%), no así presión y ritmo de trabajo (29%), comunicación y receptividad (30%) y apoyo de la dirección para la seguridad del paciente (30%). Este estudio permitió identificar áreas de oportunidad en lo

referente a la cultura de seguridad del paciente y también ayudó a planificar, diseñar e implementar estrategias a su favor¹³.

En otra investigación con el objetivo de analizar los factores de la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería del Hospital de la Mujer (SSA) Puebla, que permita definir acciones para mejorar la Cultura de Seguridad del Paciente. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, y no experimental, realizado de octubre a noviembre 2017. La metodología de la aplicación del cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México. Se realiza el cálculo de la muestra al 95% de confianza, siendo un resultado para la aplicación del instrumento a 72 enfermeras de los diferentes turnos. Se realizó cada una de las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México, a través del sistema SPSS versión 21. Debido a que el personal, responde de manera negativa en cada una de las dimensiones, siendo lo siguiente: en su área de trabajo con un 40%, en su supervisor/jefe con un 51%, comunicación con un 30%, frecuencia de eventos adversos reportados 36%, concluyendo un puntaje de 32 en grado de seguridad aceptable, en su hospital cumple con el 44% de acuerdo, los resultados no se consideran una fortaleza debido a que ninguna de las dimensiones cubren mayor del 75% de las respuestas positivas los criterios no se cumplen, por lo tanto todas las dimensiones se consideran como oportunidad de mejora¹⁴.

En otro estudio transversal y descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al español para determinar la percepción de seguridad que tienen los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as; el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades; y evaluación de las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras. La tasa de respuesta fue del 35,36%, el colectivo con mayor participación fue el médico (32,3%), y el servicio más implicado, el de urgencias (9%). El 86,4% tuvo contacto con el paciente. El 50% de los/las trabajadores/as calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos. El 82,8% no notificó ningún evento adverso en el último año. Los profesionales con mayor cultura de seguridad fueron los farmacéuticos, y los que tuvieron peor cultura, los celadores. No se identificó ninguna fortaleza de manera global. Hubo dos dimensiones que se comportaron como una debilidad: la dotación de personal y el apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, cambios de turno y transición entre servicios, y percepción de seguridad. La percepción sobre seguridad del paciente es buena, aunque mejorable.¹⁵.

Según otro estudio sobre la cultura de la seguridad del paciente en hospitales de los servicios de salud del Estado de Colima, México en el 2018, para conocer su nivel e identificar las dimensiones con los resultados más negativos, para proponer e implementar acciones de mejora. Se realizó una encuesta prospectiva aplicada a 167 integrantes del personal médico y de enfermería de los hospitales dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Colima utilizando una versión on-line del Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales modificado de la AHRQ. Las dimensiones que alcanzaron las más bajas puntuaciones, fueron: respuesta no punitiva a los errores (51.2%); personal, dotación, suficiencia y gestión (52.8%); percepción general de la seguridad del paciente (61.3%); problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/ servicios (62.0%); apoyo de la dirección del hospital y frecuencia de eventos adversos reportados, ambos con 63.3%. Se concluye que el nivel de cultura de seguridad del paciente es bajo, como también es baja la percepción del grado de seguridad del paciente en la Institución, por lo que resulta evidente la necesidad de realizar acciones tendientes a su mejora¹⁶.

En línea general, la cultura de seguridad del paciente, puede ser medida con diferentes instrumentos de medición, y en donde el cuestionario ha demostrado ser un método eficaz para obtener información sobre las percepciones y creencias generales de los miembros de una organización. Dicha información puede ser utilizada para comprender como las personas perciben los aspectos de la cultura de su organización. Los ocho instrumentos más frecuentemente utilizados para evaluar la cultura de seguridad de paciente son: Hospital Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ (HSOPS) de los EEUU, Manchester Patient Safety Assessment Framework de la Universidad de Manchester en el Reino Unido y Safety Attitudes Questionnaire de las Universidades de Texas y Johns Hopkins de los EEUU. Los otros cinco cuestionarios son: Safety Climate Survey (SCS), Culture of Safety Survey (CSS), Patient Safety Culture in Healthcare Organizations (PSCHO), Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHA PSCQ), Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS). Las revisiones coinciden en que los mejores cuestionarios para medir la CSP, son el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) y el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

En España, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI), financió en el año 2008 la aplicación del HSOPS en el ámbito hospitalario mediante la traducción, adaptación y validación del cuestionario de la AHRQ que fue realizada por el grupo de Saturno de la Universidad de Murcia.

Posteriormente, en el año 2010 el MSSI colaboró junto con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) en la traducción, adaptación y validación del

Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPS) en el ámbito Atención Primaria con el objetivo de facilitar a los Centros de Salud una herramienta que les permitiera medir la CSP además de facilitar el trabajo en equipo, la discusión abierta sobre los errores y crear un clima de aprendizaje y mejora continua. Ambos cuestionarios (HSOPS y MOSPS) permiten su evaluación, monitorización y la comparación tanto interna como externa¹⁷.

Por lo tanto, si la cultura de la seguridad es importante para una organización y si la organización realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes, colaboradores y equipo de salud. Hay un consenso de que algunos atributos culturales de la organización contribuyen a la seguridad del paciente, tales como el trabajo en equipo, el soporte de los líderes y la comunicación. Teniendo en cuenta esto, la utilización de herramientas para evaluación de esa cultura se hace necesaria para comprender las actitudes y comportamientos de los profesionales en relación a la seguridad del paciente. Investigaciones de evaluación deben tener en cuenta la interacción entre factores organizacionales e individuales, lo que permite una mejor comprensión de la dinámica del equipo y de las actitudes individuales en relación a la cultura de seguridad del paciente.

Investigar la cultura de seguridad no es sólo identificar la presencia o ausencia de determinadas variables concretas, sino examinar las relaciones individuo-trabajo-organización involucrada en ellas. Esto puede profundizar el conocimiento sobre la cultura de seguridad de una institución con un enfoque en la gestión del riesgo. Por lo tanto, es pertinente y oportuno conocer y reflexionar sobre la seguridad de la paciente relacionada con la gestión de la seguridad y la cultura organizacional, ya que esto afecta directamente la práctica profesional. El análisis y diagnóstico, proporcionado por la investigación son herramientas valiosas para conocer lo que se han investigado en ese tema y comprender la evolución de los resultados y soluciones que enfatizan un cuidado seguro para la calidad de la atención¹⁸.

En conclusión, debemos asumir que la cultura organizacional es la personalidad de la organización y, como tal, se manifiesta en sus políticas, decisiones para su funcionamiento diario, en las formas con que las personas interaccionan entre sí, cómo hacen su trabajo y comunican entre sí. Con el análisis de la cultura organizacional, es posible identificar cómo es la institución, lo que pretende ser y lo que su gestión es capaz de realizar con sus fuerzas y debilidades para lograr la calidad y desarrollar una cultura centrada en la seguridad del paciente.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

a. Segundo la estrategia general

Según Sampieri, el enfoque cuantitativo describe cómo o por qué suceden los fenómenos; mide cuantitativamente las variables; emplea la estadística (descriptiva e inferencial) para el análisis de los datos recopilados y tiene como propósito la generalización de los resultados obtenidos a la población de la que fue extraída la muestra¹⁸. Esta investigación es cuantitativa ya que busca analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis

estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado, en este caso la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente.

b. Según los objetivos

Sampieri considera que los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. Este estudio es de tipo descriptivo ya que intentará describir la percepción de la cultura de seguridad del paciente, según sexo, edad, profesión, área de trabajo, antigüedad en el puesto de trabajo y registro de datos específicos que conforman el cuestionario.

c. Según el número de mediciones de las variables

El diseño no experimental son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Para Sampieri, se divide tomando en cuenta el tiempo durante el cual se recolectan los datos, en el diseño transversal se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado. Este estudio es de tipo transversal porque estudia las variables en un momento dado con el propósito de describirlas.

d. Según la intervención del investigador

Es observacional porque la variable dependiente se produce espontáneamente. Este trabajo es observacional ya que no se producen cambios en las variables, sino solamente reflejan la evolución natural del evento estudiado.

7.2 OPERAZIONALIZACION DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

-EDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD

Definición operacional: Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: De razón.

Valores: Años cumplidos.

Indicador: años referidos por el profesional al momento de la aplicación del cuestionario.

-SEXO DEL PROFESIONAL DE SALUD

Definición operacional: Características anatómicas y funcionales que distinguen al varón de la mujer.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Valores: Femenino- Masculino.

Indicador: sexo indicado por el profesional de salud.

-PROFESION

Definición operacional: Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Valores: Medico/a. Kinesiólogo/a. Enfermero/a. Bioquímico/a. Asistente Social. Nutricionista. Odontólogo/a. Psicólogo/a. Psiquiatra. Lic. en Sistemas. Contador/a. Lic. en Comunicación. Ingeniero/a.

Indicador: actividad referida por el profesional.

PERCEPCION DE CULTURA DE SEGURIDAD SEGÚN CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, VERSIÓN ESPAÑOLA DEL HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY.

Definición operacional: conjunto de elementos intangibles, de carácter subjetivo, que de todas formas dan como resultado manifestaciones y resultados tangibles.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Valores: Secciones A Su Servicio/Unidad y B Su Hospital y Secciones C Comunicación en su Servicio/Unidad y D Información complementaria.

Indicador: Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula.

7.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio se utilizó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia concebido como una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la seguridad del paciente, y permite obtener información acerca de la cultura de seguridad y posteriormente identificar fortalezas y debilidades. Se trata de un cuestionario auto-administrado, que consta de preguntas abiertas y cerradas. La valoración de cada ítem se realiza por medio de una escala de Likert, en 5 grados de acuerdo a cada sección, para las secciones **A y B**: 1 muy en

desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo, y para las secciones **C y D**: 1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre. Inicialmente agrupa las preguntas bajo cuatro criterios: Su Servicio/Unidad, Su Hospital, Comunicación en su Servicio/Unidad e Información Complementaria.

Al cuestionario original se le agregaron variables sociodemográficas en relación a la edad, sexo, profesión. Cabe señalar que, en la VH50, en relación a cuál es su principal Servicio o Unidad de trabajo en su hospital, se le agrega la opción de otros, especifique y la VH51. Cuál es su posición laboral en su Servicio/Unidad, se agrega las opciones de Dirección, Jefatura de Departamento, Jefatura de Servicio, Otros, Especifique. Con los resultados de este cuestionario, los hospitales obtienen información sobre la cultura de seguridad del paciente de su personal, así como las fortalezas y oportunidades para mejorarla.

El citado instrumento, que se presenta en el Anexo en formato papel, se utilizó en formato digital, diseñado a través de la aplicación google forms y enviado por correo electrónico a los profesionales que participaron en el estudio de investigación.

7.4 ANALISIS DE DATOS

Los datos fueron analizados luego de volcarlos en la matriz de datos, utilizando para ello, el programa Microsoft Excel 2013, que es una aplicación que permite realizar hojas de cálculo que se encuentra integrada en el conjunto informático de programas Microsoft Office. Esta hoja de cálculo sirve para trabajar con números de forma sencilla e intuitiva.

En el análisis descriptivo se presentan las variables cualitativas mediante porcentajes mientras que las cuantitativas se presentaran a través de medidas de centralización y dispersión según proceda, determinando los porcentajes y dando valor numérico al total de resultados negativos y positivos, dependiendo de si son reactivos positivos o negativos para la cultura. El

cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo: Muy en desacuerdo- En desacuerdo- Nunca- Raramente.

Neutral: Ni de acuerdo- Ni en desacuerdo- A veces.

Positivo: De acuerdo- Muy de acuerdo- Casi siempre- Siempre.

Con los resultados obtenidos y de acuerdo a la metodología propuesta por el AHRQ se identificaron las fortalezas y debilidades teniendo en cuenta los siguientes criterios:

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

≥ 75% de respuestas positivas a las preguntas formuladas en positivo.

≥ 75% de respuestas negativas a las preguntas formuladas en negativo.

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

≥ 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo.

≥ 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

7.5 CONTEXTO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Contexto: El trabajo se llevó a cabo en el Hospital Geriátrico de Agudos “Juana F. Cabral” ubicado en la calle Belgrano al 1353 de la ciudad de Corrientes. La institución inicio sus actividades en la especialidad geriátrica el 31 de octubre de 1985.

Es un establecimiento público dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia y es Centro de Referencia de la Región, de complejidad VI.

En el año 2006 incorporó la Residencia médica, en la especialidad Geriatría, con el objetivo de formar recursos humanos especializados en la atención de Adultos Mayores,

posteriormente, en el año 2011 se crea la Residencia de Enfermería en el Cuidado del Adulto mayor y, en el 2013 la Residencia de Kinesiología Gerontogeriátrica.

La asistencia que se brinda es integral, ya que cumple con todo el ciclo de recuperación el paciente, desde su etapa crítica en UTI, pasando por salas de agudos y completando su recuperación en el Centro de Día. También se cuenta con los anexos de Atención e Internación domiciliaria y Servicio de Rehabilitación Neurocognitiva.

En la actualidad se encuentran activo dos comités internos del Hospital que son: Comité de Seguridad del Paciente y Comité de Ética, los cuales tienen como objetivo principal optimizar el trabajo del equipo institucional con el enfoque centrado en la calidad de atención al paciente, familia y comunidad.

Su ubicación actual, permite la accesibilidad a toda la comunidad incluyendo los barrios más alejados, a través de simples transportes urbanos, ya que todos ellos confluyen en el casco céntrico.

Población blanco: profesionales de la salud.

Población accesible: profesionales de todas las disciplinas pertenecientes al equipo de salud del Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral en los meses de agosto a septiembre de 2020.

Población elegible: profesionales de todas las disciplinas pertenecientes al equipo de salud del Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral, que en el periodo agosto a octubre 2020, cumplan con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión: profesionales de salud de varias disciplinas de ambos sexos contratados o de planta permanente, profesionales que deseen participar de la encuesta, profesionales de todos los turnos que se encuentren trabajando.

Criterios de exclusión: profesionales de salud que no estén activos laboralmente, profesionales de salud que no acepten participar del estudio.

Criterios de eliminación: profesionales de salud que no sean contratados o de planta permanente, profesionales becarios, residentes, pasantes o concurrentes a la institución.

Cálculo del tamaño de la muestra: según datos estadísticos extraídos de la institución, a la fecha la cantidad total de empleados es en N° de 263, de los cuales 155 son profesionales de las diferentes disciplinas, y 89, reúnen los criterios de inclusión, para formar parte del presente estudio de investigación.

Tamaño de muestra. Proporción: Datos:

- Tamaño de población: 89.
- Proporción esperada: 50,000 %

- Nivel de confianza: 95,0 %
- Efecto de diseño: 1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de muestra
5,000	73
6,000	67
7,000	62
8,000	56
9,000	51
10,000	47

Se utilizó el programa Epidat 4.2 para establecer el tamaño muestral, el cual arrojó una muestra (n) = 47; con un nivel de confianza de 95% y una proporción 5% (p=0,5).

Muestra: En el presente estudio se trabajó con los profesionales de salud del Hospital Geriátrico de Agudos Juana Francisca Cabral de la ciudad de Corrientes, que cumplan con los criterios mencionados.

Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple. Este método es uno de los más sencillos de aplicar, se caracteriza porque cada unidad que compone la población tiene la misma posibilidad de ser seleccionado. El método utilizado consistió en un sorteo entre las unidades de análisis, hasta completar el tamaño muestral, que es de n=47.

Unidad de análisis: Profesionales de salud.

7.6 AUTORIZACIONES PARA ACCEDER A LA POBLACIÓN Y AVALES ÉTICOS

- a. Se contó con una amplia posibilidad de acceder a la población de estudio, dado que la Dirección de la institución hospitalaria elegida para realizar el trabajo de investigación es un lugar que siempre autoriza las solicitudes de estudiantes de la Carrera de Licenciatura en enfermería.
- b. Se elevó nota a la asesora de contenido, se elaboró y elevó la solicitud de autorización a la Dirección de Docencia e Investigación conjuntamente con el pedido de aval del Comité de Ética de la institución.
- c. Se recibió autorización del Área de Docencia e Investigación, aval del Comité de Ética, Acuerdo de confidencialidad de la institución y nómina de profesionales de la institución.

d. Ver en anexos.

La autora del presente estudio se compromete a resguardar la confidencialidad de toda la información recabada para el mismo procedente de los instrumentos oportunamente mencionados u otras fuentes. Las informaciones serán en su totalidad anónima y serán utilizadas exclusivamente para producir trabajos científicos a ser publicados o comunicados en medios o reuniones científicas. Será entregada una copia del trabajo producido al Comité de Ética de la Investigación del Hospital Geriátrico de Agudos Juana F. Cabral previo a su publicación o comunicación.

El presente proyecto atenderá a las consideraciones éticas del respeto al carácter anónimo y desinteresado de todos sus participantes; por ello, la participación será en todo momento libre y voluntaria.

Los datos obtenidos serán tratados respetando la normativa en vigor sobre la protección de datos de carácter personal Ley Nacional 25326 y las Guías de Buenas Prácticas Clínicas. Es por ello que el consentimiento informado que acompaña al cuestionario del presente proyecto, informa a los profesionales participantes que el estudio cumple escrupulosamente la ley.

Se asegura, del mismo modo, que los datos facilitados y los resultados obtenidos garantizan el anonimato de los participantes y serán utilizados única y exclusivamente para los fines descritos en la investigación. Estos datos tendrán un carácter absolutamente reservado. Los miembros del equipo de investigación se comprometen, por tanto, a la declaración explícita de ausencia de conflicto de intereses con cualquier entidad, ya sea pública o privada; y se comprometen a adoptar el código deontológico de buenas prácticas en la investigación.

Se desea y espera una libre, voluntaria y responsable colaboración por parte del personal de enfermería que será encuestado con el objetivo de conseguir la mayor y mejor fiabilidad de los resultados del mismo.

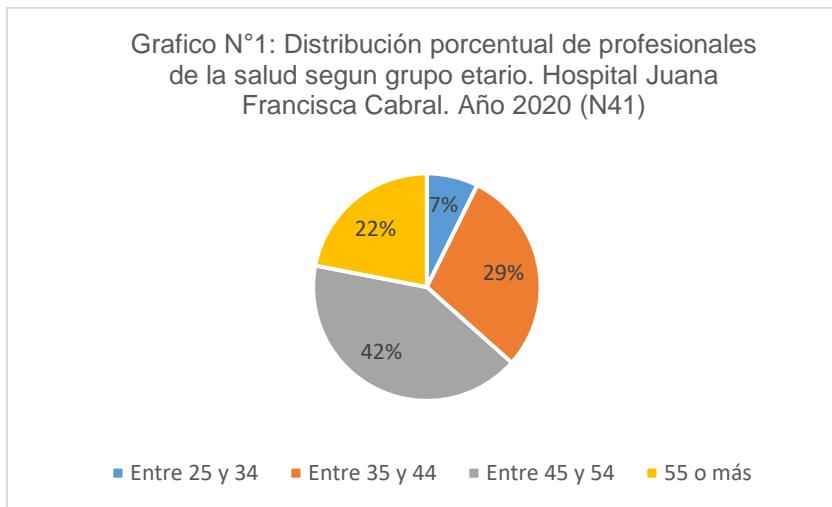
8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se llevó a cabo una investigación sobre la cultura de seguridad de pacientes con el objetivo de determinar la percepción que tienen los profesionales de salud del Hospital Geriátrico de Agudos Juana F Cabral, para ello se aplicó el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture con el agregado de las variables de sexo, edad y profesión.

La muestra a utilizar tendría que estar conformada por (n=47) unidades de análisis, pero debido a la falta de respuestas de 6 (seis) encuestas, correspondientes a profesionales médicos, la misma se redujo a (n=41).

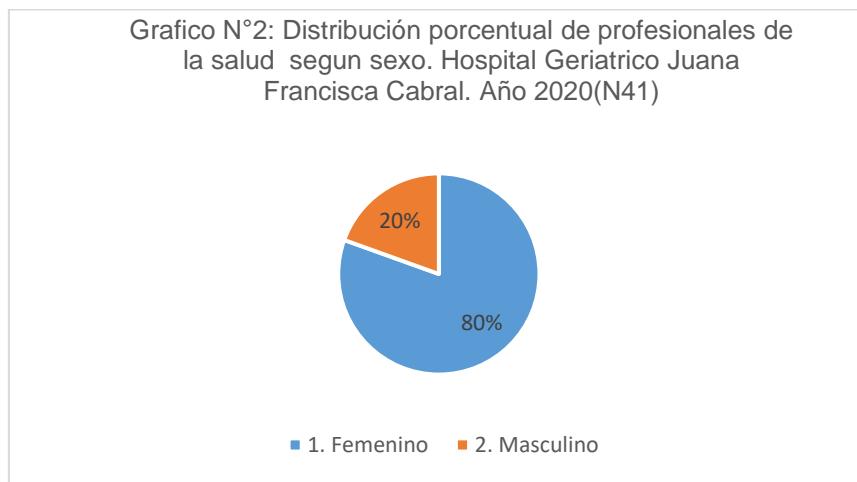
Para la elaboración de las encuestas; se utilizó la aplicación Google Forms, las cuales luego de la invitación y posterior aceptación de los profesionales seleccionados a participar, fueron enviadas a estos a través de su correo personal. Al finalizar la recolección de datos, estos se volcaron en una matriz con el fin de analizar los resultados que se presentan a continuación.

En la muestra estudiada (n=41), se observó en los profesionales un promedio de edad de 46,7 años, media de 48, DE 9,077, IC al 95% Límite inferior 43,95 y superior 49,51, a los efectos del estudio se separaron las edades en grupos donde predominó el rango de 45 a 54 años con 42%, seguido por el de 35 a 44 (29%) y 55 y más (22%) por último los más jóvenes con 7% (ver gráfico N°1).



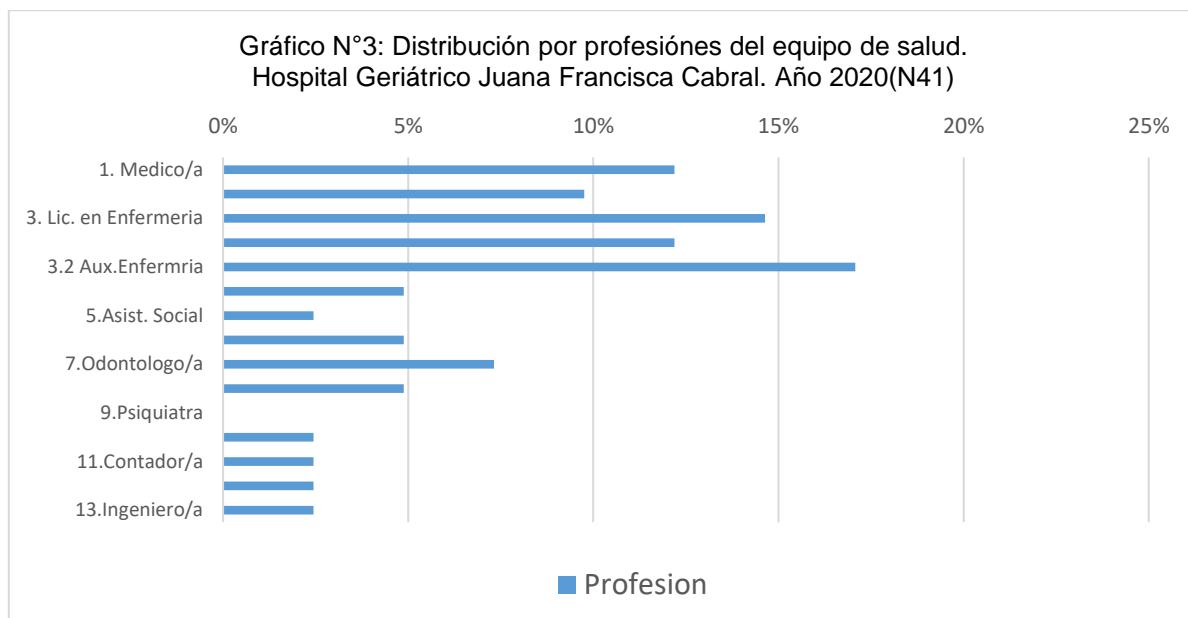
Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

En cuanto al sexo, el 80% (33) correspondía al femenino y 20% (8) al masculino (ver gráfico N°2).



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey en Patient Safety Culture.

Respecto a la profesión el 12.2% (5) eran médicos, 9.8% (4) kinesiólogos, licenciados en enfermería 14.6% (6), enfermeros 12.2% (5), auxiliares de enfermería 17.1% (7), bioquímicos 4.9% (2), asistente social 2.4% (1), nutricionista 4.9% (2), odontólogos 7.3% (3), psicólogos 4.9% (2), licenciados en sistemas 2.4% (1), contador 2.4% (1), licenciados en comunicación social 2.4% (1) e ingeniero electrónico 2.4% (1) (ver gráfico N°3).

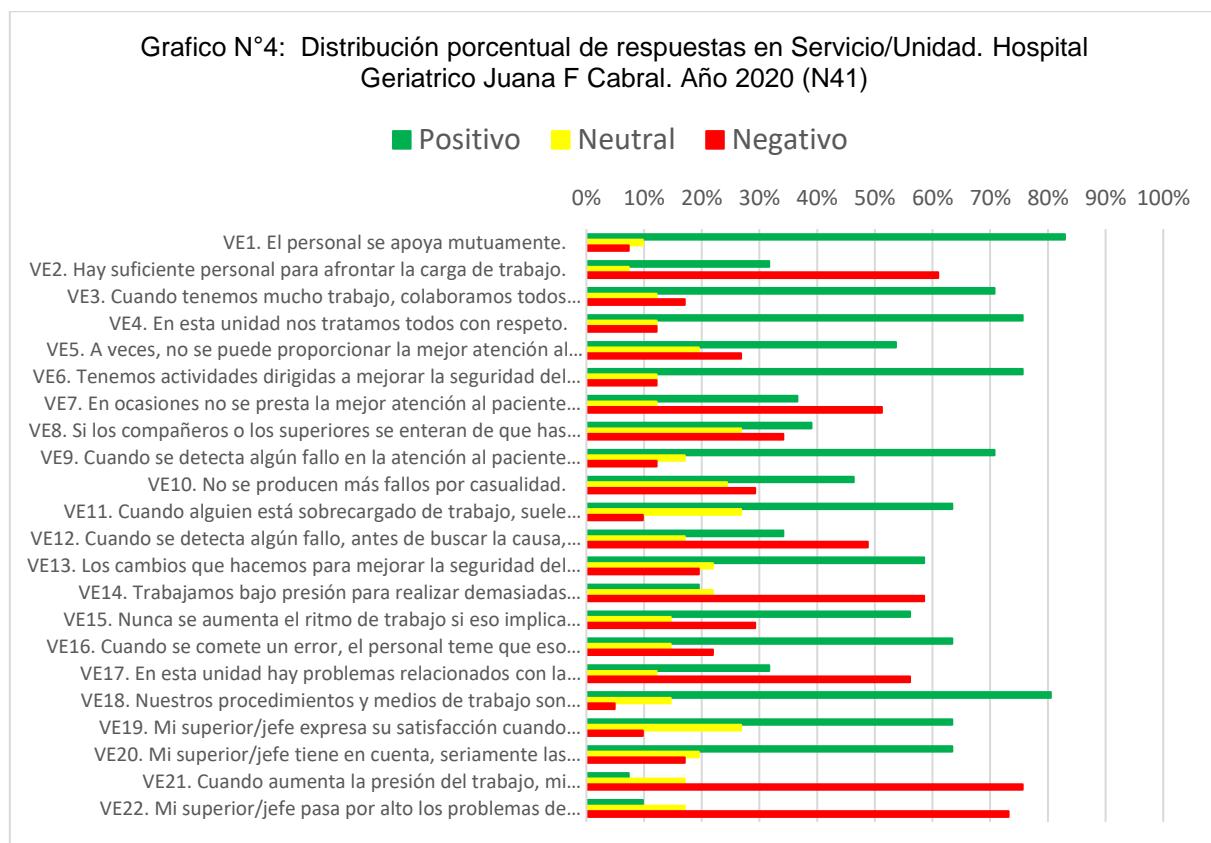


Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey en Patient Safety Culture.

En relación a las respuestas de la **Sección A: Su Servicio/Unidad** están de acuerdo en que el personal se apoya mutuamente 63.4 % (26), ante la carga de trabajo colaboran todos para terminarlo 39 % (16), se tratan con respeto 46.3 % (19), tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad de paciente 46.3 % (19), los compañeros o superiores al enterarse de un error lo utilizan en contra el 31.7 % (13), cuando un personal esta sobrecargado encuentra ayuda el 39% (16), los cambios realizados para mejorar la seguridad del paciente son evaluados para comprobar su efectividad el 31.7 % (13), cuando se comete un error el personal teme que quede en su expediente el 43.9 % (18), los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia el 48.8% (20), el superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente el 34.1% (14) y tiene en cuenta las sugerencias para mejorar la seguridad del paciente el 36.6 % (15). También están de acuerdo

que no se puede brindar la mejor atención porque la jornada es agotadora 46.3 % (19), no se producen más fallos por casualidad el 39% (16), cuando se detectan fallos se toman medidas para que no vuelvan a ocurrir el 46.3 % (19), nunca se aumenta el ritmo de trabajo si implica sacrificar la seguridad del paciente el 41.5 %(17).

Por otro lado están en desacuerdo que hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo el 56.1 % (23), si se detectan fallos antes de buscar la causa buscan el culpable el 34.1 % (14), se trabaja bajo presión para realizar demasiadas cosas de prisa el 43.9 % (18), hay problemas relacionados con la seguridad del paciente el 36.6 % (15), cuando aumenta la presión del trabajo pretende que trabajemos más rápido sin tener en cuenta la seguridad del paciente el 58.5 % (24), se pasa por alto los problemas de seguridad que ocurren habitualmente el 56.1 % (23) y en ocasiones no se presta la mejor atención por existencia de personal temporal o sustituto el 31.7 % (13) (ver gráfico N°4).

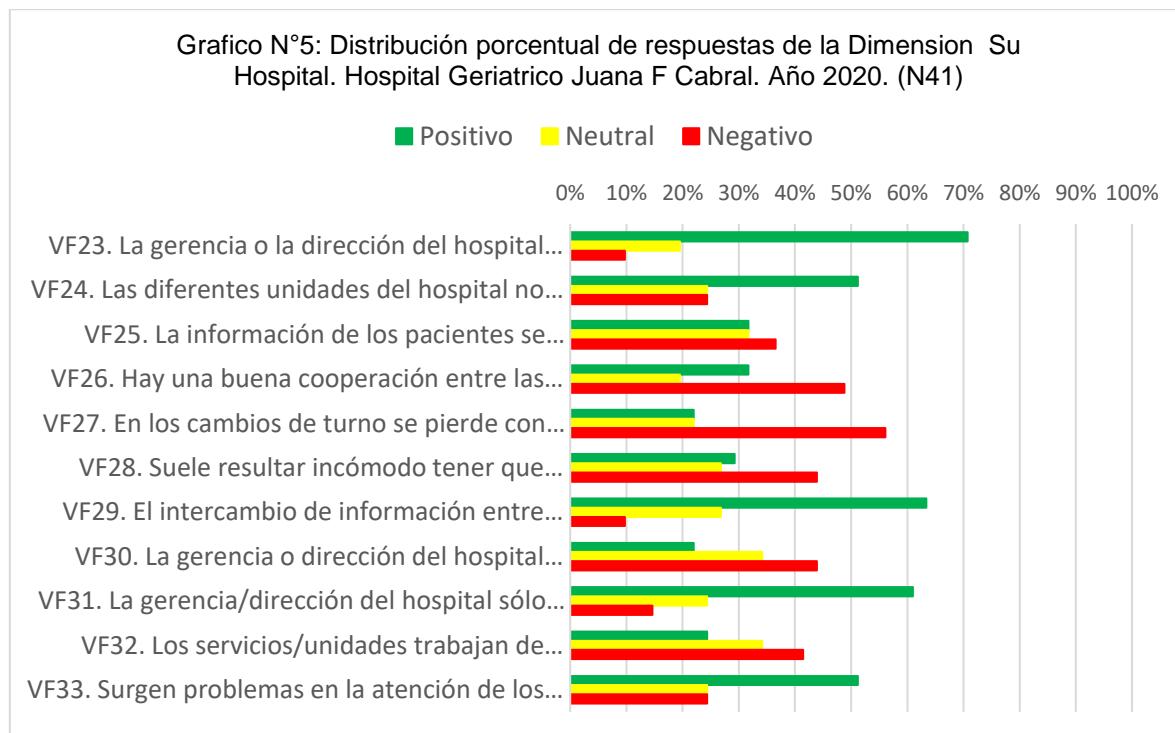


Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

En relación a la Sección **B: Su Hospital** están de acuerdo que la Gerencia o Dirección facilita el clima laboral sobre la seguridad del paciente el 51.2 % (21), la información del paciente se

pierde en las transferencias de servicios el 31.7 % (16), hay una buena cooperación entre unidades que deben trabajar conjuntamente el 39 % (16), la Dirección muestra con hechos que la seguridad de pacientes es una prioridad el 41.5 % (17), los Servicios trabajan en forma coordinada para proporcionar la mejor atención el 46.3 % (19) y las diferentes unidades no se coordinan bien entre ellas el 34.1 % (14).

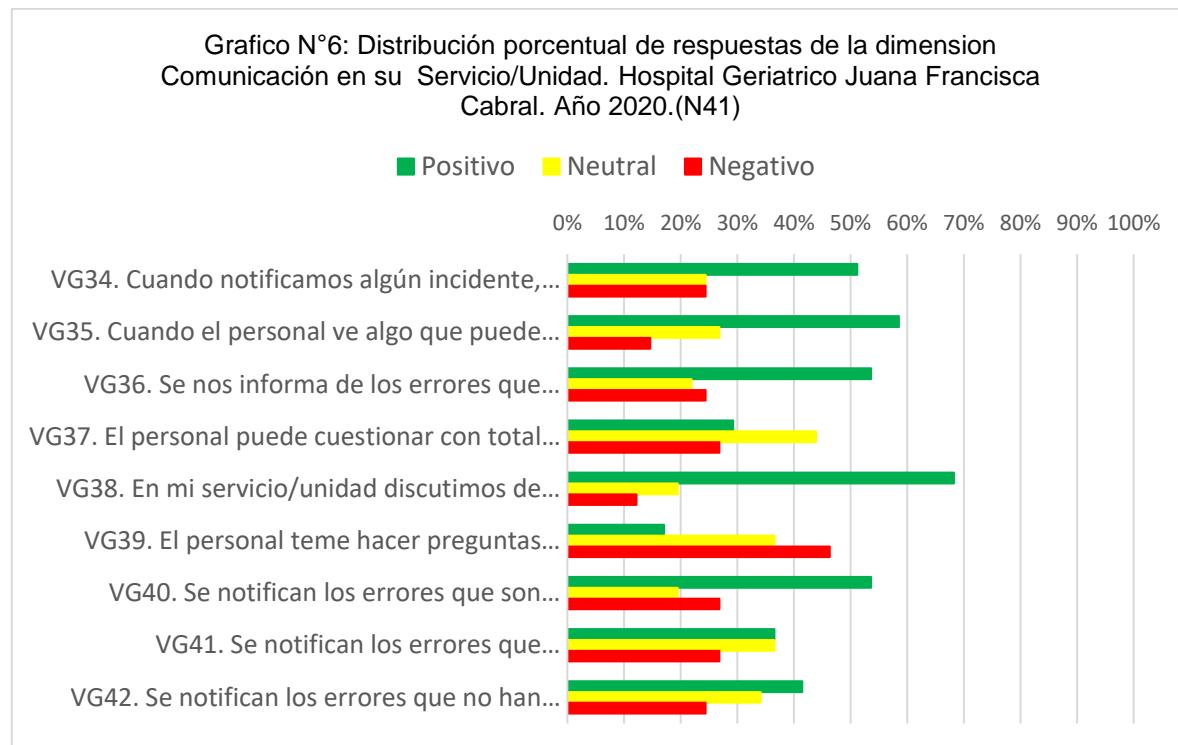
Están en desacuerdo, que en los cambios de turno se pierde información importante con respecto al paciente el 39% (16), suele resultar incómodo trabajar con personal de otro servicio el 39% (16), el intercambio de información entre servicios es problemático el 39% (16), solo le interesa cuando ha ocurrido un evento adverso el 34.1 % (14) e indiferente otro 34.1% (14), surgen problemas en la atención como consecuencia de los cambios de turno, indiferente el 34.1 % (14) (ver gráfico N°5)



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

En la **Sección C: La comunicación de su Servicio/unidad**, se obtuvo las siguientes respuestas, cuando se notifican incidentes se informan que tipo de actuaciones se llevan a cabo, a veces y casi siempre el 24.4% (10), cuando el personal observa algo que puede afectar negativamente la seguridad del paciente puede hablar de ello con total libertad, siempre

y casi siempre el 29.3 % (12), se informa de los errores que ocurren en el servicio, siempre el 34.1% (14), el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores, a veces el 43.9 % (18), se discute en el servicio de qué manera evitar que el error vuelva a ocurrir, siempre el 39 % (16), el personal teme hacer preguntas sobre lo que se ha hecho de manera incorrecta, a veces el 36.6 % (15); se notifican los errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, siempre el 36.6 % (15) ; se notifican errores que no van a dañar al paciente a veces el 36.6 % (15); se notifican errores que no han tenido consecuencias adversas, a veces 34.1 % (14). (ver gráfico N°6)



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

En la **Sección D: De información complementaria**, el grado de seguridad del 0 al 10 fue calificado en 8, con el 32% (13), cuya calificación determina una máxima seguridad (63%) (Ver gráficos N°7 y N°8).

Grafico N° 7: Distribución porcentual del grado de seguridad del paciente. Hospital Geriatrico Juana Francisca Cabral. Año 2020. (N41)

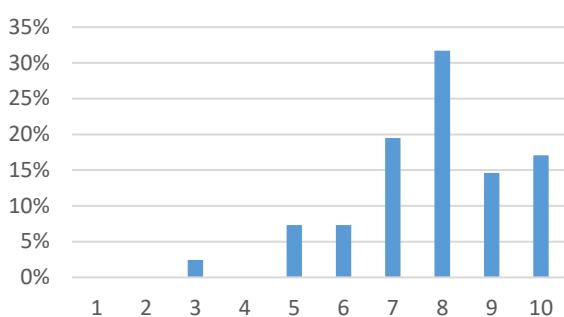
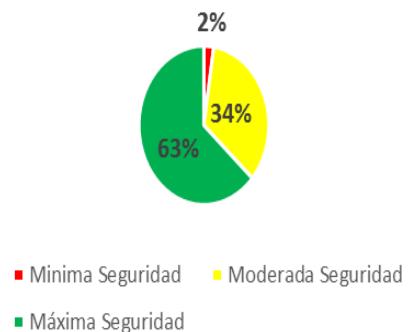


Gráfico N°8: Distribucion porcentual del grado de seguridad del paciente.Hospital Geriátrico Juana F. Cabral. Año 2020 (N41)

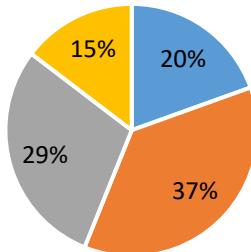


Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

En relación a los años de profesión de los miembros del equipo de salud el 20% (8) están en un rango de 0-9 años, 37% (15) de 10-19 años, 29% (12) de 20-29 y el 15 % (6) de 30-39 años. (Ver gráfico N°9).

Gráfico N° 9: Distribución porcentual según años en la profesión. Hospital Geriátrico Juana F. Cabral. Año 2020. (N41)

■ 0-9 ■ 10-19 ■ 20-29 ■ 30-39

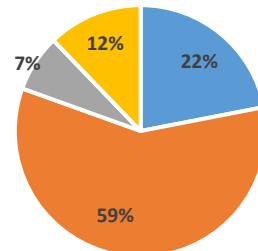


Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

En relación a la antigüedad laboral el 22 % (9), están en un rango de 0-9 años, el 59% (24) de 10-19, el 7% (3) de 20-29 y el 12% (5) de 30-39 años con un promedio de 7.73 %, y un DE 9,20% (ver gráfico N°10).

Gráfico N° 10: Distribución porcentual según años de antigüedad. Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral. Año 2020(N41)

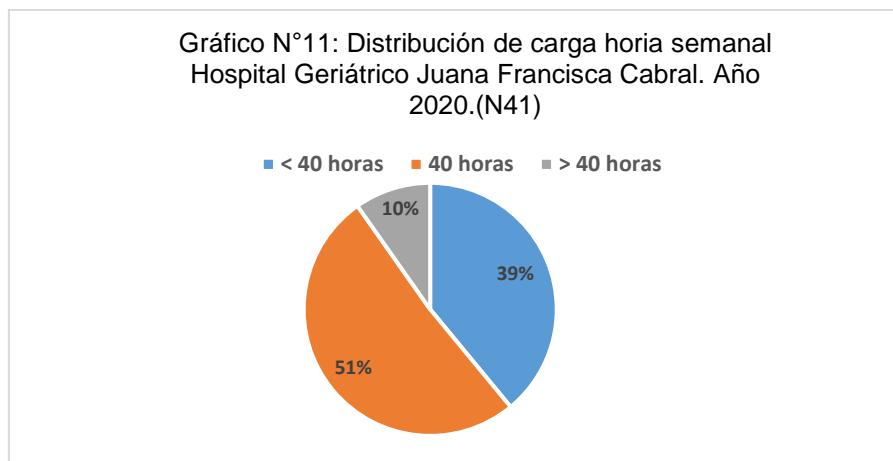
■ 0-9 ■ 10-19 ■ 20-29 ■ 30-39



. Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture

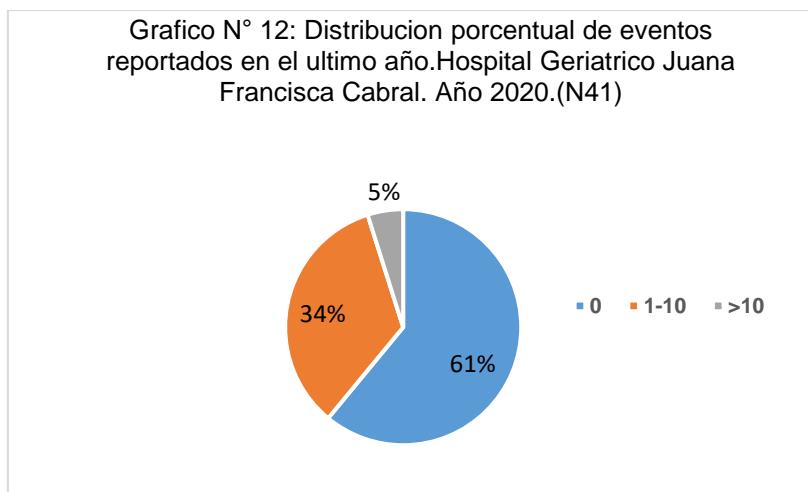
Respecto a los años que llevan trabajando en el Servicio, el 14.6 % (6) de 20 a 33 años, el 43.9 % (18) de 9 a 17 años y el 5 % (17) de 7 a 1 año. Con respecto a la carga horaria semanal

39 % (16) es menor a 40 hs semanales, 51% (21) trabaja 40 hs semanales y mayor a 40 hs semanal el 10 % (4) (ver gráfico N° 11).



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

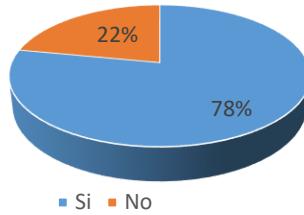
En relación a la notificación de incidentes reportados por escrito en el último año, no realizan ningún reporte el 61% (25), entre 1 y 10 reporte el 34% (14) y más de 10 reportes el 5% (2) (ver gráfico N°12).



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture

El número de profesionales encuestados que mantienen contacto directo con pacientes es representativo en la población estudiada 78% (32) (ver gráfico N° 13)

Grafico N° 13: Personal que mantiene contacto directo con el paciente. Hospital Geriatrico Juana Francisca Cabral. Año 2020(N41)



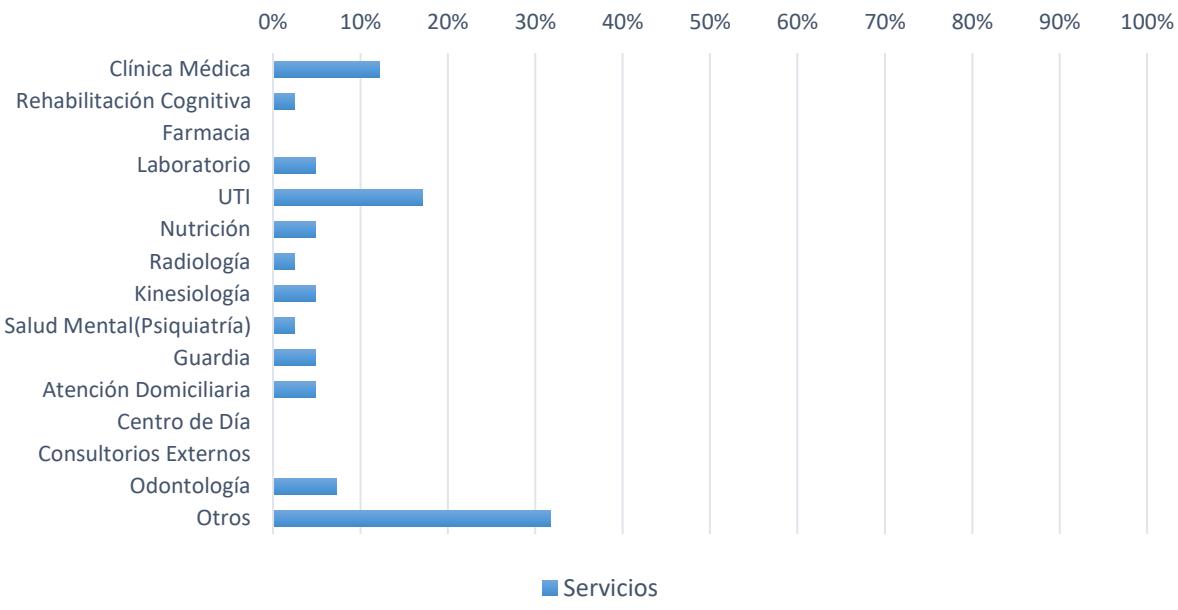
Fuente:
mediante

Datos obtenidos
instrumento

modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture

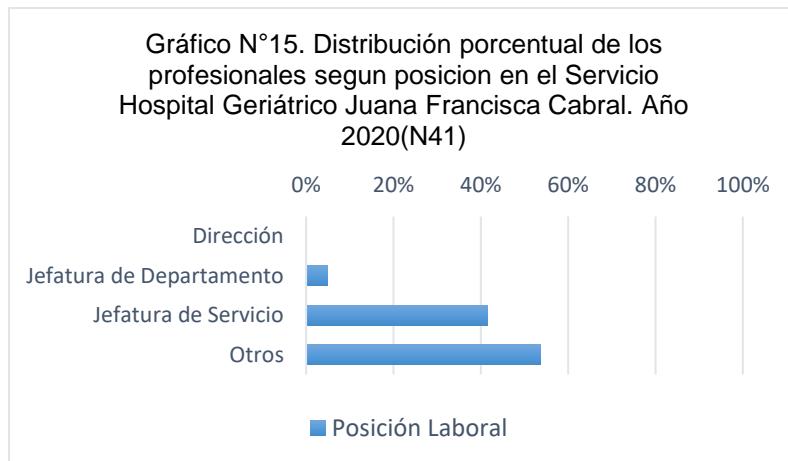
La mayoría de los servicios de la institución, participaron en el estudio, teniendo mayor representación el personal que trabaja en la UTI, o bien realiza funciones directamente relacionado con el mismo. (Ver gráfico N°14).

Gráfico N°14. Servicios que participan en el estudio.
Hospital Geriátrico Juana F. Cabral. Año 2020(N41)



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture

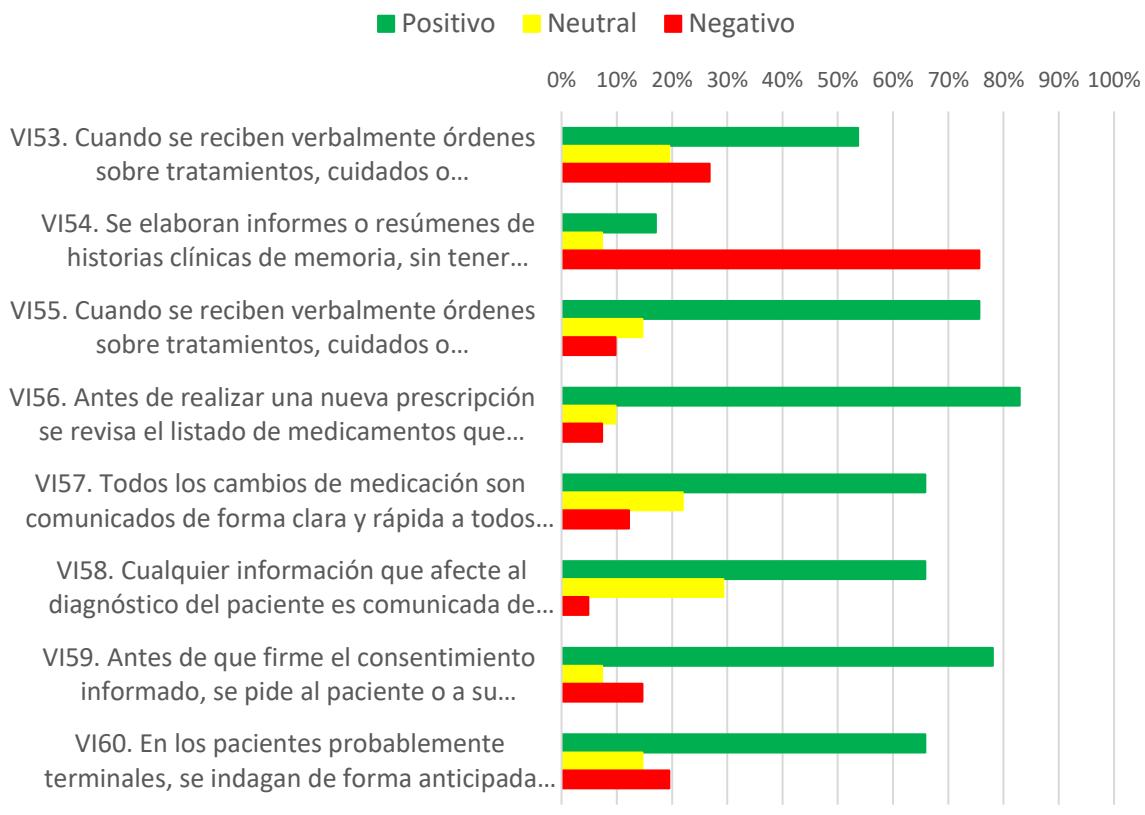
En cuanto a la posición laboral al haber una diversidad de disciplinas y puestos de trabajo de los encuestados, se obtuvo información acerca de la percepción de los profesionales desde diferentes posiciones, contándose con Jefes de Departamento, el 5% (2), Jefatura de Servicio el 41%(17) y otros el 54% (22) (ver gráfico N°15).



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture

En el **Anexo- Información adicional** refirieron que siempre cuando reciben órdenes verbales el personal anota en el documento clínico del paciente el 43.9 %(18), antes de una nueva prescripción revisan el listado de medicamentos que recibe el paciente el 56.1 % (23); los cambios de medicación son informados claramente el 36.6 % (15), la información que afecte el diagnóstico del paciente es informada a todos los profesionales involucrados en la atención del paciente el 41.5 % (17); antes de firmar el consentimiento informado se verifica que el paciente o representante entendió los posibles riesgos o complicaciones el 58.5 %(24); en pacientes terminales se indaga la voluntad anticipada el 65.8 % (27), casi siempre, cuando reciben órdenes verbales se aseguran de haber comprendido repitiendo la orden en voz alta el 31.7 %(13),nunca elaboran historias clínicas de memoria sin contar con resultados diagnósticos el 51.2 %(21) (ver gráfico N° 16).

Grafico N° 16: Distribución porcentual de Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad .Hospital Geriatrico Juana Francisca Cabral. Año 2020 (N41)



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture

9. DISCUSIÓN

Los resultados de varios estudios realizados sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente que tiene el personal de salud, incluido el presente son similares, la mayoría utilizan el mismo instrumento para la recolección de datos, el cuestionario Hospital Survey on Patient, observándose que seleccionan diversas unidades de análisis, dado que algunos se enfocan solo al personal de enfermería, mientras que otros toman a diferentes profesionales de la salud, en su mayoría a nivel hospitalario y unos pocos al personal de instituciones privadas y centros de salud.

En la mayoría de los estudios sobre cultura de seguridad de paciente se describen las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de hospitales y la influencia de variables socios demográficos y profesionales, al igual que en nuestro estudio de investigación, donde se agregaron al cuestionario original, las variables de edad, sexo y profesión.

Entre los valores positivos detectados en el presente estudio se encuentra la dimensión de trabajo en equipo en la unidad, que obtuvo un alto porcentaje de opiniones favorables, el personal se apoya mutuamente en un 83% y que el trato es con respeto en el 76%, similares a los resultados obtenidos en los estudios de Martínez-Reyes², Mir-Abellán¹⁰, Flores-González¹³, Torres-Ornelas¹⁶ y Hernández- Magide¹²

En relación a la frecuencia de eventos notificados, se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente en un 54%, se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente en un 37%, se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente en un 41%, aun así, el 61 % no notificó por escrito ningún evento adverso en el último año, a diferencia de Mella-Laborde M¹⁵ que refirió haber notificado en el último año un 82,8%, y del estudio García-Castilla¹⁴ con eventos adversos reportados del 36%.

La dotación del personal refirió más del 50% de respuestas negativas, las cuales se constituyeron en oportunidades de mejora para la institución, similar al estudio de Martínez-Reyes², Mir-Abellán¹⁰, Hernández-Magide¹², Flores-González¹³, Torres-Ornelas¹⁶ y sin embargo en este último difiere en la dimensión dotación de personal, valorada negativamente en más de un 70 %.

El clima de seguridad de la presente investigación fue muy bueno, obteniendo una calificación de 8, similar al estudio de Mir-Abellán¹⁰ y diferente al de Martínez-Reyes² que fue entre 3 y 8 en las diferentes instituciones colombianas, coincidente con los resultados el estudio de Mella-Laborde M¹⁵ con una calificación de 5 a 8. Lo anterior refleja que en todas las instituciones se percibe un mayor grado de seguridad, aunque por supuesto precisan seguir trabajando en ello.

La tasa de respuesta en este estudio fue del 87.23 %, el personal de enfermería con mayor participación (44 %), el Servicio de UTI con mayor representación (17%), el 78 % tiene contacto directo con el paciente a diferencia de Mella-Laborde M¹⁵ en cuyo estudio la tasa de respuesta fue de 32.5 %, el colectivo con mayor participación el médico (32,3%), el Servicio más implicado, el de Urgencias (9%), y el 86,4% tuvo contacto directo con el paciente y a diferencia del estudio de Hernández- Magide¹² con una tasa global de respuesta de solo el 14%.

En relación a la percepción de seguridad se destaca que nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente y que en la unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente en un 56 %, siguiendo la tendencia con el estudio de Torres-Ornelas¹⁶ con una percepción general de la seguridad del paciente del 61.3%.

Respecto a los procedimientos y sistemas para manejar la seguridad del paciente se aprecia que son buenos para evitar errores en la asistencia en un 80 % y en las expectativas y acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la SP, es respondida negativamente a que cuando aumenta la presión del trabajo, el Superior/Jefe pretende que se trabaje más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente en un 76% y que pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente en un 73%, a diferencia del estudio de García-Castilla¹⁴, donde el personal también responde de manera negativa en cada una de las dimensiones, pero en relación al Supervisor/Jefe es de un 51%.

En relación a problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicios/Unidades, alegan que se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente en un 56 % con una leve diferencia a los obtenido de Torres-Ornelas¹⁶ que presenta problemas en cambios de turno y transiciones entre Departamentos/ Servicios en un 62.0% .

10. CONCLUSIONES

En el presente estudio se ha alcanzado el objetivo general planteado, referido a determinar la percepción de los profesionales de la salud sobre la cultura de seguridad de paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral.

La principal limitación del estudio fue la dificultad para obtener la respuesta de los encuestados, si bien algunos respondieron inmediatamente, hubo otros profesionales que se les tuvo que enviar varias veces un recordatorio y, aun así, quedaron 6 médicos sin participar en el estudio. Se considera como posible causa de la no participación el momento en que se estaba transitando relacionado a la pandemia y que coincidió con la aparición de casos activos de Covid 19 en el personal de la institución.

Del análisis de las variables en estudio se obtuvo una tasa de respuesta del 87. 23 %, con una muestra estudiada (N 41), los profesionales presentaron un promedio de edad de 46,7 años, media de 48, DE 9,077, IC al 95%, el 12.2% (5) eran médicos, 9.8% (4) kinesiólogos, licenciados en enfermería 14.6% (6), enfermeros 12.2% (5), auxiliares de enfermería 17.1% (7), bioquímicos 4.9% (2), asistente social 2.4% (1), nutricionista 4.9% (2), odontólogos 7.3% (3), psicólogos 4.9% (2), licenciados en sistemas 2.4 % (1), contador 2.4% (1), licenciados en comunicación social 2.4% (1) e ingeniero electrónico 2.4%.

Las dimensiones con mayores resultados positivos, que puede considerarse como fortalezas fueron trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, donde se destaca que el personal se apoya mutuamente (83%) y se tratan con respeto (76%); en aprendizaje organizacional-mejora continua, se cuenta con actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (76%); en percepción de seguridad los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (80%); en expectativas y acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la SP, cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente(76%) de los encuestados niegan esta situación; en el feed-back y comunicación sobre errores sostienen que se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (85%). En información adicional, sobre si, se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.), el (76%) descarta la realización de esta práctica médica, cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde(76%), antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente (83%) y antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado(78%).

El grado de seguridad fue calificado en 8, considerando que existe máxima seguridad en la atención del paciente (63%) y la Dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (71 %).

Por otra parte, puede observarse como debilidad u oportunidad de mejora en las siguientes dimensiones; en dotación de personal, que no hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (56.1%), a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (54%), trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa (59%) y nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (56 %). Otra debilidad es que la unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente (56%); en el trabajo en equipo, las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (51%); hay problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, donde se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (56%) y en la frecuencia de eventos, hay falta de reportes por escrito de incidentes en el último año (58.5 %), siendo en la frecuencia de eventos notificados, los errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (54%), se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (37%) y se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas (41%).

A partir de lo expuesto se destaca que los resultados obtenidos permitieron identificar fortalezas, áreas de mejora y obtener un punto de partida para elaborar estrategias de intervención para fortalecer y mejorar la seguridad de los pacientes, existiendo aspectos por mejorar que requieren ser trabajados en corto plazo para lograr prestar atención de calidad y dentro de esta conseguir que la cultura de seguridad del paciente sea realmente conocida e implementada por todo el personal que trabaja en la institución.

11. RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

Introducción: La seguridad del paciente se define como un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente

probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La cultura de la seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones, en la que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo.

Objetivos: Determinar la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral en el año 2020.

Material y métodos: estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 41 profesionales de salud. Se utilizó el cuestionario sobre la seguridad de los pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Las variables en estudios son sexo, edad, profesión, percepción de la cultura de seguridad de paciente durante el mes de septiembre del 2020.

Resultados: La tasa de respuesta en este estudio fue del 87.23 %, el personal de enfermería tuvo mayor participación (44 %) y el Servicio de UTI mayor representación (17%) donde el 78 % tiene contacto directo con el paciente.

Entre las fortalezas detectadas se encuentran la dimensión de trabajo en equipo en la unidad/servicio, donde el personal se apoya mutuamente (83%), se tratan con respeto (76%), en aprendizaje organizacional-mejora continua, se cuenta con actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (76%), la percepción de seguridad (80%) dado que poseen procedimientos y medios de trabajo buenos para evitar errores en la asistencia. En cuanto al Feed-back y comunicación sobre errores se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (85%), antes de que firme el consentimiento informado el paciente o representante se verifica la comprensión de las explicaciones dadas (78%), contando además con el apoyo de la Dirección institucional que facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (71 %).

Entre las debilidades- oportunidad de mejora se encuentran la dotación de personal, dado que no hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, hay algunos problemas relacionados con la seguridad del paciente (56%) en el trabajo en equipo entre unidades no se coordinan bien entre ellas y en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (56%).

En relación a la frecuencia de eventos notificados, el 61 % no notificó por escrito ningún evento adverso en el último año, el 32 % del personal calificó a la seguridad con una puntuación de 8 y el 63 % de los encuestados con un grado máximo a la seguridad.

Discusión: los resultados de varios estudios realizados en la temática, incluido el presente son similares, utilizan el cuestionario Hospital Survey on Patient, pero se observa la selección de diferentes unidades de análisis y contextos para la realización de estudios en la temática, en los que se describen las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de hospitales y la influencia de variables socios demográficos y profesionales. Según resultados obtenidos presentan puntos de concordancia en la fortaleza de trabajo en equipo y debilidad en la dotación de personal, notificación de eventos adversos y comunicación referente a los pacientes en las instancias de trasladados y/o pase de guardia.

Conclusiones: A partir de los resultados obtenidos, podemos afirmar que la cultura de seguridad en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral percibido por los profesionales de salud es alta, lográndose identificar como fortaleza las dimensiones de trabajo en equipo, aprendizaje organizacional-mejora continua, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la Dirección/Supervisión, feed-back y comunicación sobre errores, y como debilidades u oportunidad de mejora, las dimensiones de dotación de personal, percepción de seguridad, trabajo en equipo entre unidades y problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades en el manejo de la coordinación y comunicación, todas estas constituyen un punto de partida para elaborar estrategias de intervención para fortalecer y mejorar la seguridad de los pacientes.

Palabras clave Seguridad. Cultura. Percepción.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet].2017. [Citado 2020 abril 01]; 28(5): 785-795.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clínica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

2- Martínez-Reyes C R, Agudelo-Durango J, Areiza-Correa S M, Giraldo-Palacio D M. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar* [online]. 2017, vol.17, n.33 Cien Soc. y Hum. [Internet].2016. [Citado 2020 abril 01]; 17 (33): 277-291.

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532017000200277&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1657-8953. <http://dx.doi.org/10.22518/usergioa/jour/ccsh/2017.2/a17>.

3-Camacho-Rodríguez D E, Jaimes-Carvajal N E. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Rev. Cub Enf.* [Internet]. 2018 [citado 14 Abr 2020];34(1): 1-14.

Disponible en: <http://rever enfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>.

4- Raissa B L, De Asis-Simoes A L, Barichello E, Barboza M H. Factores asociados con el clima de seguridad en un hospital de enseñanza. *Rev. Lat. Ame.* [Internet].2015. [Citado 2014 feb 21]; 23(5): 880-887.

Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

5- Arpía L B. Panattieria N D. Godioa C. Sabio-Paza V. Dackiewicza N. Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal Educación médica. [Internet].2017. [Citado 2017 feb 12];115(1):82-88.

Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n1a27.pdf>

6- Ramos F, Coca S M, Aveldaño R A. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Art Cien.* [Internet].2016. [Citado 2017 ene 12];14(1):47-53.

Disponible en: <file:///C:/Users/pc/Downloads/1-s2.0-S1665706316300720-main.pdf>.

7- Rodríguez L, Gómez F, García-Camacho S. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente en hospitales públicos. *Col. Rev. Fac. Med.* [Internet]. 2018.[Citado 2020 abril 01]; 1: 5-9.

Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rem/article/view/2951>.

8- Laborde M. Análisis de las culturas de seguridad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios en un Hospital Universitario. [Tesis doctoral]. España: Hospital Universitario de España; 2017

Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4079/1/TD%20Mella%20Laborde%2C%20Mario.pdf>

<http://dspace.umh.es/handle/11000/537>

- 9-** Cometto M C, Gómez P F, Marcon Dal Sasso G T, Zárate-Grajales R A, De Bortoli-Cassiani S H, Carmen Falconí-Morales C. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D C: [Internet].2011
- 10-** Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, De la Puente-Martorell M L. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. [Internet]. 2017.[Citado 2020 abril 05]; 31(2):145-149.
Disponible <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301777>
- 11-** Pérez-Castro-Vázquez J A, Rodríguez-Tanguma E D. Recio-España F I. Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México. Rev. Conamed. [Internet]. 2016.[Citado 2020 abril 09]; 21 (3): 109-119.
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con163b.pdf>
- 12-** Hernández- Magide C, Partera- Luque M C, Caro- Miquela A, Rus- García M, Valls -García M, Fernández- Iruela D. Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios. Metas Enferm feb 2017; 20(1): 6-15.
Disponible en: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081016>
- 13-** Flores-González M T, Cruz-León A, Morales-Ramón F. Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2019 [citado 2020 May 27];27(1):14-22.
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2019/eim191c.pdf>
- 14-** García-Castilla M, Larios-Gómez E. La Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital de la Mujer en Puebla. Fac Cien Eco Emp. [Internet]. 2019.[citado 2019 oct 01]; 19 (2):115 – 124.
Disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/FACE/article/view/3702/2098
- 15-** Mella-Laborde M, Velázquez M T G, Aranaz-Andrés J M, Ramos-Forner G. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. [Internet]. 2018.[Citado 2020 May 26]; 10 (4): 1-14.
Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-analisis-cultura-seguridad-del-paciente-avance-S0213911118302395>
- 16-**Torres-Ornelas P. Cultura de la seguridad del paciente en hospitales de los servicios de salud del estado de Colima. Bol Con OPS. [Internet]. 2018.[Citado 2020 May 11]; 18 (3): 12-14. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin18/cultura_seguridad.pdf

17- Hernández- Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista L P. Metodología de la Investigación. Mc Graw-Hill, México, 2006, 850 p.

18- Camargo-Tobías G, Queiroz-Bezerra A L, Silvestre-Branquinho N C, Silva A E.B. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Ene [citado 2020 May 18] ;13(33): 336-348.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017

19- Hernández-Sampieri R. Fernández - Collado C. Baptista L. Metodología de la Investigación quinta edición. ISBN: 978-607-15-0291-9 (ISBN edición anterior: 978-970-10-5753-7).

ANEXOS

Corrientes, 16 de junio de 2020

Lic Nancy V. Smiak

S / D.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de solicitarle tenga bien, aceptar ser la asesor/a de contenido de la Investigación que se llevará a cabo durante el año 2020, para lo cual se adjunta un resumen del mismo:

Título: Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana F Cabral. Año 2020.

Esta investigación permitirá contar con información actualizada sobre la cultura de seguridad del paciente al conocer la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente, lo que a su vez propiciará, implementar estrategias que busquen fortalecer la cultura, en aquello puntos débiles, con la participación activa de los trabajadores.

Objetivo general: Determinar la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral en el año 2020.

Objetivos Específicos:

Identificar las características sociodemográficas de los profesionales de salud.

Caracterizar las dimensiones de Servicio/Unidad- Hospital. Comunicación- Información complementaria en relación a la cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del Cuestionario Versión española del Hospital Survey on Patient Safety.

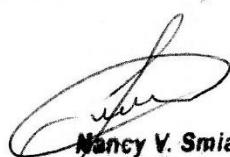
Detectar las debilidades y fortalezas de la cultura de seguridad según las percepciones de los profesionales de la salud.

Esta investigación es de tipo cuantitativa descriptiva, transversal.

La misma forma parte de las exigencias de la Asignatura Metodología de la Investigación en Enfermería para obtener el título de Licenciados en Enfermería de la Facultad de Medicina de la UNNE.

A la espera de contar con una pronta y favorable respuesta aprovecho la oportunidad para saludarle con consideración y respeto.

Recibido 17/06/20


Nancy V. Smiak
M.P. 086
LICENCIADA

Yohana Belén Machuca Torres

Corrientes, 23 de julio de 2020

A la Dirección del área de Docencia e Investigación

Dr. Humberto Azulay

S / D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. y por su digno intermedio ante quien corresponda, para solicitar el aval del Comité de Ética de la institución y la correspondiente autorización para llevar a cabo la recolección de datos entre los profesionales, con el fin de obtener información en el marco de la Investigación: Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana F Cabral. Año 2020. Esta investigación permitirá contar con información actualizada sobre la cultura de seguridad del paciente al conocer la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente, lo que a su vez propiciará, implementar estrategias que busquen fortalecer la cultura, en aquello puntos débiles, con la participación activa de los trabajadores. Objetivo general: Determinar la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral en el año 2020.

Objetivos Específicos:

Identificar las características sociodemográficas de los profesionales de salud.

Caracterizar las dimensiones de Servicio/Unidad- Hospital. Comunicación- Información complementaria en relación a la cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del Cuestionario Versión española del Hospital Survey on Patient Safety.

Detectar las debilidades y fortalezas de la cultura de seguridad según las percepciones de los profesionales de la salud.

Esta investigación es de tipo cuantitativa descriptiva, transversal.

La misma forma parte de las exigencias de la Asignatura Metodología de la Investigación en Enfermería para obtener el título de Licenciados en Enfermería de la Facultad de Medicina de la UNNE.

A la espera de contar con una pronta y favorable respuesta aprovecho la oportunidad para saludarle con consideración y respeto.

Yohana Belén Machuca Torres

Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral. Año 2020.

Sr/ra Profesional:

Usted está siendo invitado a participar en un estudio de investigación que permitirá contar con información actualizada sobre la cultura de seguridad del paciente en su institución.

Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos. Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. Version Española del Hospital Survey on Patient Safety.
Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

Fecha

Datos Profesionales

VA. Edad **VB. Sexo** 1.Femenino 2.Masculino

VC. Profesión 1. Médico/a 2. Kinesiólogo/a 3. Lic. Enfermería 3.1Enfermero/a 3.2 Auxiliar de Enf. 4. Bioquímico/a 5. Asistente Social 6.Nutricionista 7.Odontólogo 8. Psicólogo/a 9. Psiquiatra 10. Lic. en Sistemas 11. Contador/a 12. Comunicación 13.Ingeniero/a.

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo. Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente.

VE1. El personal se apoya mutuamente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE10. No se producen más fallos por casualidad.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VE22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo.

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

VF23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

VF33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.

1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Indiferente 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

VG34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre

VG35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre

VG36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre

VG37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre

VG38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre

VG39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre

VG40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre

VG41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre

VG42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre

Sección D: Información complementaria

VH43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

MÍNIMA SEGURIDAD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **MÁXIMA SEGURIDAD**

VH44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?.....

VH45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?

VH46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?

VH47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?.....

VH48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?.....

VH49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? Si No

VH50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

1. Clínica Médica 2. Rehabilitación Cognitiva 3. Farmacia 4. Laboratorio 5. UTI 6. Nutrición

7. Radiología 8. Kinesiología 9. Salud Mental(Psiquiatría) 10. Guardia 11. Atención Domiciliaria

12.Centro de día 13. Consultorios Externos 14. Odontología 15. Otro, especifique:

VH51. ¿Cuál es su posición laboral en su Servicio/Unidad. Marque una sola respuesta.

1. Dirección 2. Jefatura de Departamento 3. Jefatura de Servicio 4. Otro, especifique:

VH52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

.....

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad

VI53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4. Casi siempre 5.Siempre

VI54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.).

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4. Casi siempre 5.Siempre

VI55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4. Casi siempre 5.Siempre

VI56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4. Casi siempre 5.Siempre

VI57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4. Casi siempre 5.Siempre

VI58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4. Casi siempre 5.Siempre

VI59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones.

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4. Casi siempre 5.Siempre

VI60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).

1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4. Casi siempre 5.Siempre

MATRIZ DE DATOS

Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana F Cabral. Año 2020.

UA	VA	VB	VC	VE1	VE2	VE3	VE4	VE5	VE6	VE7	VE8	VE9	VE10	VE11	VE12	VE13	VE14	VE15	VE16	VE17	VE18	VE19	VE20	VE21	VE22
1	40	1	10	5	2	5	5	4	3	2	3	4	4	5	1	4	4	4	4	1	5	4	4	2	2
2	58	1	3	2	2	3	5	4	4	5	3	2	5	3	3	3	4	2	4	1	4	5	5	2	2
3	50	1	1	4	2	5	4	4	5	1	5	5	4	3	5	5	4	4	5	2	5	5	5	2	2
4	47	1	2	3	2	4	2	2	3	4	3	3	4	4	5	3	2	4	2	4	4	3	4	2	2
5	62	1	4	4	4	5	3	3	5	4	4	4	4	4	4	4	2	5	2	1	5	3	2	1	2
6	48	2	3.1	3	4	3	2	4	2	5	4	2	4	3	4	3	3	2	2	4	4	2	1	2	2
7	36	1	3	4	2	4	4	1	5	1	2	5	2	5	2	5	2	4	4	4	3	5	5	1	1
8	41	1	3.2	4	4	5	5	3	5	3	4	5	4	5	3	5	3	5	4	3	5	5	5	3	4
9	61	1	6	4	4	5	4	4	4	4	3	4	3	1	4	4	1	4	2	5	4	4	2	2	
10	56	1	3.2	4	2	4	4	4	5	2	2	4	5	4	2	5	1	2	4	1	5	5	4	2	1
11	45	2	3.2	4	2	5	4	4	2	5	5	3	2	4	4	3	3	2	5	5	3	4	4	3	2
12	51	2	1	4	2	4	2	4	4	2	4	3	4	2	4	2	2	2	2	4	3	4	2	2	
13	48	2	7	2	3	2	3	2	3	3	4	3	4	3	3	2	3	4	4	4	3	3	3	3	
14	27	1	6	4	4	4	4	5	2	2	3	4	3	5	3	4	3	4	5	4	5	3	3	3	
15	54	1	2	4	2	4	4	2	4	2	2	4	2	4	1	4	1	4	4	2	4	4	4	2	
16	55	1	3.1	4	2	4	5	4	3	4	2	4	4	2	4	2	2	2	2	4	4	3	2	2	
17	38	1	3.2	4	2	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	
18	51	1	3.2	5	5	5	1	5	5	1	5	3	5	1	5	1	5	5	1	5	5	5	1	1	
19	33	1	2	4	2	2	3	4	4	4	3	3	2	4	4	4	2	4	3	2	4	4	4	2	
20	38	1	4	4	2	4	2	1	4	1	5	4	3	4	5	2	5	1	5	1	5	1	1	5	
21	42	1	3	4	2	4	4	2	4	2	2	5	4	4	2	5	2	4	4	4	4	4	4	2	
22	35	1	3.2	4	2	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	3	4	3	4	2	3	2	4	4	
23	35	1	3.2	4	2	2	4	4	3	3	3	2	2	4	4	2	4	2	4	4	3	2	3	4	
24	59	1	7	5	4	4	4	3	4	2	3	4	2	3	2	3	2	4	3	2	4	4	4	2	

25	30	1	3	5	4	4	4	3	4	2	3	4	2	3	2	3	2	4	3	2	4	4	4	2	2
26	49	1	1	4	4	5	5	3	4	1	2	5	3	5	2	4	1	3	3	4	5	5	5	1	1
27	39	1	8	3	4	4	5	1	4	1	4	5	3	5	3	5	3	5	5	1	5	3	3	2	2
28	38	1	13	4	2	2	5	3	4	2	4	4	3	2	5	2	3	3	5	4	4	4	3	3	3
29	40	2	3.1	4	2	2	1	5	4	5	4	4	3	2	4	4	2	4	4	2	4	4	4	2	2
30	33	1	5	5	2	5	5	5	5	2	1	5	1	5	1	5	2	5	1	1	5	5	5	1	1
31	55	1	11	4	2	4	4	4	2	4	4	3	5	3	5	3	4	3	4	3	2	3	3	3	3
32	47	1	8	5	3	4	5	3	2	2	2	4	3	3	2	2	2	4	3	3	3	4	3	2	2
33	35	1	3.1	4	3	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	4	2	4	2	4	2	2
34	54	2	3.1	4	2	5	4	4	4	1	2	4	4	4	2	4	4	2	2	2	4	5	5	2	2
35	51	1	3	5	4	5	4	1	5	1	1	4	4	5	1	5	1	5	1	1	2	5	5	1	1
36	46	2	1	2	2	1	2	4	4	2	4	2	4	2	3	3	2	3	5	3	4	5	3	2	2
37	54	1	3	3	4	3	4	4	5	5	3	4	4	3	4	5	3	2	4	5	4	3	2	4	3
38	62	2	1	5	1	5	5	2	5	4	2	5	4	5	2	5	3	4	2	2	4	5	5	2	2
39	49	1	2	4	2	3	4	4	2	4	4	4	2	4	2	4	2	1	4	2	4	4	4	1	1
40	46	1	12	4	4	2	3	4	4	4	4	2	4	4	2	2	4	4	4	4	2	4	2	4	
41	49	1	3	4	1	5	5	5	5	2	4	5	2	2	2	1	2	4	2	2	4	4	5	5	2

UA	VF23	VF24	VF25	VF26	VF27	VF28	VF29	VF30	VF31	VF32	VF33	VG34	VG35	VG36	VG37	VG38	VG39	VG40	VG41	VG42
1	4	4	2	4	2	2	4	5	3	4	2	5	5	5	5	5	1	5	4	3
2	5	5	5	1	5	4	4	5	2	1	5	1	3	1	3	5	3	1	3	3
3	4	2	3	4	3	2	4	4	3	4	4	3	3	1	3	4	5	1	5	3
4	3	4	2	3	4	1	2	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	2	2	2
5	4	4	2	4	4	2	2	4	2	4	2	2	3	3	2	4	3	4	2	5
6	4	4	4	2	4	2	4	3	3	2	3	2	3	3	2	2	4	3	3	3
7	5	2	1	5	2	2	2	5	1	5	2	5	5	5	5	5	1	5	1	5
8	5	2	3	3	4	3	4	5	3	5	3	5	5	3	3	5	3	5	4	4
9	4	5	3	2	3	2	4	4	4	1	3	3	4	4	2	4	3	3	3	3

10	5	3	2	4	2	2	2	4	1	4	2	5	4	5	3	4	2	5	5	4
11	2	2	2	4	2	5	2	2	5	4	4	2	5	2	2	3	2	1	2	1
12	4	3	2	4	2	3	2	4	2	4	2	3	4	3	4	4	2	4	3	2
13	4	3	2	4	2	3	2	4	2	3	2	2	2	3	3	1	4	1	1	1
14	4	2	3	4	2	3	2	5	3	5	4	4	4	4	2	4	3	2	3	1
15	4	3	2	4	2	2	2	4	2	3	2	3	4	2	2	3	4	2	3	3
16	3	4	2	3	2	3	4	3	4	4	2	5	4	5	3	5	3	5	3	4
17	2	3	3	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	5	2	2	5	1	1	2	5	1	5	1	5	5	5	5	5	1	5	3	5
19	3	4	4	3	4	2	3	4	3	3	2	4	4	4	3	4	2	4	5	4
20	4	3	4	3	1	1	1	3	4	4	2	2	5	1	1	5	5	5	5	5
21	4	2	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	5	3	5	3	5	4	5
22	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23	3	4	3	4	3	4	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
24	4	4	3	3	4	3	3	4	2	4	3	3	3	4	2	3	2	4	4	3
25	4	4	3	3	4	3	3	4	2	3	3	3	3	4	4	3	2	3	4	3
26	5	5	4	3	2	2	2	4	3	3	1	3	5	5	3	5	2	4	3	4
27	5	5	5	3	2	1	3	5	2	4	1	4	3	5	5	5	3	4	3	3
28	4	4	3	4	3	2	2	4	2	4	3	2	2	5	3	4	2	3	3	4
29	4	4	5	1	4	2	4	5	2	1	4	4	4	4	5	5	1	5	4	4
30	3	3	3	4	1	1	3	3	3	5	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5
31	3	3	4	2	3	4	4	3	4	3	3	1	2	2	3	2	4	1	1	1
32	4	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	4	4	2	3	4	3	3	2	2
33	4	2	2	3	2	2	2	4	2	4	3	4	5	5	3	5	3	5	4	4
34	4	2	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	5	3	3	3	3
35	5	1	1	5	1	1	1	5	1	5	2	5	5	5	4	4	1	5	4	4
36	2	5	2	1	4	1	4	3	3	1	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3
37	3	3	4	4	4	3	3	3	5	4	3	2	3	2	4	3	3	3	2	3
38	4	4	3	4	2	4	3	4	2	4	2	5	5	5	4	5	1	5	4	5

39	4	5	4	4	2	4	3	4	2	3	5	5	3	4	4	4	2	5	3	2
40	4	4	4	3	3	4	4	2	2	4	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3
41	2	5	5	1	5	4	4	2	4	1	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5

UA	VH43	VH44	VH45	VH46	VH47	VH48	VH49	VH50	VH51	VH52	VI53	VI54	VI55	VI56	VI57	VI58	VI59	VI60
1	10	2004	2006	2006	25	3	2	15	3	2	3	2	5	3	3	3	5	5
2	6	2003	2003	2018	40	0	1	15	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3
3	10	2003	2008	2008	40	0	1	15	3	2	4	1	3	5	2	2	5	5
4	7	1999	2004	2004	60	0	1	5	1	2	2	2	5	4	5	3	3	5
5	8	1985	1996	1996	24	3	1	4	3	2	5	1	4	5	3	4	3	1
6	6	2000	2015	2015	35	0	1	5	4	2	1	4	3	4	2	3	2	3
7	10	2008	2008	2016	40	5	1	15	3	2	4	1	1	5	5	5	5	5
8	10	2002	2010	2010	32	0	1	1	4	2	5	1	5	5	5	5	5	4
9	7	1985	2007	5007	40	0	1	6	3	2	1	1	5	5	4	4	5	4
10	8	1991	1991	2008	40	4	2	15	4	2	3	1	1	5	5	5	5	4
11	3	1998	2007	2007	40	0	1	5	4	1	3	3	5	5	5	5	4	4
12	9	1994	1994	1999	60	2	1	5	3	2	4	1	5	5	5	5	5	4
13	5	2000	2002	2002	40	1	1	14	4	2	3	1	3	3	3	3	1	1
14	10	2018	2019	2019	8	0	1	6	4	2	3	4	5	5	4	4	5	5
15	7	1991	2012	2012	40	2	1	8	4	2	3	1	4	4	3	4	2	4
16	9	1990	1990	1990	8	0	1	10	4	2	1	1	1	5	5	5	5	4
17	7	2002	2007	2007	40	2	1	5	4	2	2	1	4	3	3	3	2	3
18	10	1992	2004	2004	40	0	1	15	4	2	5	1	5	5	5	5	5	5
19	7	2012	2016	2018	35	0	1	1	4	2	4	1	3	4	4	4	5	5
20	9	2010	2013	2013	40	0	1	4	4	2	1	1	1	1	1	5	5	1
21	8	2018	2007	2018	40	12	2	1	3	2	4	1	5	5	5	5	5	5
22	5	2002	2002	2016	40	2	2	15	4	1	5	5	4	4	4	4	5	5

23	5	2002	2002	2016	40	2	2	15	4	2	4	2	4	5	4	4	5	5
24	8	1986	1986	1986	6	2	1	14	3	1	4	2	4	4	4	3	2	1
25	8	2016	2016	2016	7	0	1	5	1	1	4	2	4	4	4	3	2	1
26	8	2002	2006	2006	40	1	1	7	3	1	2	4	5	1	1	5	5	1
27	10	2005	2006	2006	35	1	1	2	4	2	1	1	5	5	5	5	5	5
28	8	2013	2014	2016	38	0	2	15	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4
29	8	2004	2004	2004	48	0	1	1	4	2	4	5	5	1	1	1	4	4
30	9	2010	2010	2010	30	0	1	11	4	2	5	1	5	5	5	5	5	3
31	7	1998	2002	2002	30	0	2	15	3	2	1	1	4	5	4	3	4	4
32	7	2006	2007	2007	30	0	1	9	4	2	3	2	5	5	3	3	4	2
33	8	2012	2012	2012	40	0	1	5	3	2	4	2	3	5	4	5	4	4
34	9	1988	1988	2010	56	0	1	11	3	0	4	4	5	5	5	5	5	5
35	8	2014	2007	2014	40	0	1	10	3	2	5	1	5	5	5	5	5	5
36	6	2011	2014	2014	24	0	1	1	4	2	5	2	4	4	4	4	5	3
37	7	2013	2004	2013	40	20	2	15	4	1	3	3	4	5	4	4	5	5
38	9	1998	1987	1998	40	0	1	5	3	2	5	1	5	5	5	5	5	3
39	8	1997	2004	2004	30	2	1	8	3	2	2	2	4	4	3	3	4	4
40	8	2005	2017	2017	30	1	2	15	4	2	4	2	4	4	3	3	4	4
41	8	1992	2007	2017	40	5	1	15	3	1	5	1	5	5	5	5	5	1

Referencias:

VA. Edad: Valor de años en números enteros

VB. Sexo. 1. Femenino 2. Masculino

VC. Profesión 1. Medico/a 2. Kinesiólogo/a 3. Lic. En Enf. 3.1 Enfermero/a 3.2 Aux. Enf. 4. Bioquímico/a 5. Asistente social 6. Nutricionista 7. Odontólogo/a 8. Psicólogo/a 9. Psiquiatra 10. Lic. Sistemas 11. Contador/a 12. Lic. Comunicación 13. Ingeniero/a

Sección A: Su Servicio/Unidad. 1. Muy en desacuerdo.2. En desacuerdo. 3. Indiferente.4. De acuerdo. 5. Muy de acuerdo.

VE1. ¿El personal se apoya mutuamente?

VE2. ¿Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo?

VE3. ¿Cuándo tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo?

- VE4. ¿En esta unidad nos tratamos todos con respeto?
- VE5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.
- VE6. ¿Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente?
- VE7. En ocasiones no se presta la mejor atención porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.
- VE8. ¿Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra?
- VE9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.?
- VE10. No se producen más fallos por casualidad?
- VE11. ¿Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros?
- VE12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, ¿buscan un culpable?
- VE13. ¿Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad?
- VE14. ¿Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa?
- VE15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente?
- VE16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.?
- VE17. ¿En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente?
- VE18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia?
- VE19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente?
- VE20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la SP?
- VE21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la SP?
- VE22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de SP que ocurren habitualmente?
- Sección B. Su Hospital.** 1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo
- VF23. ¿La gerencia o dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la SP?
- VF24. ¿Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas?
- VF25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra
- VF26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente?
- VF27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente?
- VF28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades?
- VF29. ¿El intercambio de información entre los diferentes servicios son habitualmente problemático?
- VF30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la SP es una de sus prioridades?
- VF31. La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la SP cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso?
- VF32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes?
- VF33. ¿Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno?

Sección C: Comunicación en su servicio/unidad. 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre

VG34. Cuando notificamos algún incidente, ¿nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo?

VG35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, ¿habla de ello con total libertad?

VG36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad?

VG37. ¿El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores?

VG38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir?

VG39. ¿El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta?

VG40. ¿Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente?

VG41. ¿Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente?

VG42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente?

Sección D: Información complementaria

VH43. Califique de 0 a 10 el grado de SP en su servicio/unidad 0 a 4. Mínima seguridad 5 a 7: Moderada seguridad 8 a 10. Máxima seguridad

VH44. En qué año empezó a desempeñar su actual profesión: Valor de años en números enteros

VH45. En qué año empezó a trabajar en este hospital: Valor de años en números enteros

VH46. En qué año empezó a trabajar en su servicio: Valor de años en números enteros

VH47. Cuantas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital: Horas semanales en números enteros

VH48. ¿Durante el último año cuantos incidentes ha notificado por escrito?: Números de eventos reportados por escrito

VH49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes? 1. Si 2. No

VH50. Cuál es su principal servicio/unidad de trabajo en su hospital? 1. Clínica Médica 2. Rehabilitación cognitiva 3. Farmacia 4. Laboratorio 5. UTI

6. Nutrición 7. Radiología 8. Kinesiología 9. Psiquiatría 10. Servicio de Urgencias 11. Atención domiciliaria 12. Centro de día 13. C. Externos 14.

Odontología 15. Otros. Especifique

VH51. Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad 1. Dirección 2. Jefatura de Departamento 3. Jefatura de Servicio 4. Otros. Especifique

VH52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

ANEXO: Información adicional sobre su servicio/unidad 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre

VI53. Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamiento, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta para asegurarse que ha sido bien comprendida

VI54. Se elaboran informes o resúmenes de H Clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación, informes radiológicos, medicación administrada, etc.

VI55. Cuando se reciben verbalmente ordenes sobre tratamiento, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde

- VI56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente
- VI57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente
- VI58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente
- VI59. Antes de que firme el consentimiento informado se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento
- VI60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital.



AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJOS DE INVESTIGACION

Resolución Ministerial N°687/09

Título del trabajo de Investigación: Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana F Cabral. Corrientes. Año 2020.

Autor: Machuca Torres Yohana Belén.

PARA SER COMPLETADO POR EL COMITÉ DE ETICA EN LA INVESTIGACION

De acuerdo al contenido de la propuesta se toma la siguiente acción:

- Se autoriza la realización del Proyecto en el Departamento, ya que cumple con los criterios establecidos en el "Procedimiento para Realizar Investigaciones, Entrevistas o Encuestas"
- No se autoriza la realización del proyecto en el Departamento, ya que no cumple con los criterios establecidos en el "Procedimiento para Realizar Investigaciones, Entrevistas o Encuestas.

Fecha de autorización: 18/08/2020

Dirección del Área de Docencia e Investigación

Sub- Coordinadora de CEI

Coordinador de CEI



DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA DE INFORMACIÓN

El abajo firmante declaro bajo juramento:

Asumir el total compromiso de asegurar el respeto al ser humano y a su entorno basando mis criterios en la corriente bioética de los principios. Asegurando que la metodología de recolección de datos no representa riesgo alguno para los involucrados siendo acordes al principio de no maleficencia. Aseverando que el único fin es el de generar conocimiento científico útil a nivel nacional e internacional basados en el principio de beneficencia. Y siguiendo métodos de estudio ya establecidos y no direccionados respetando el principio de justicia.

Así mismo, me comprometo a guardar reserva y confidencialidad respecto a toda la información a la que tendré acceso de ser aprobado y autorizado el perfil o proyecto de investigación y me comprometo; por ello, a no informar, publicar, registrar o comunicar, total o parcialmente, por cualquier medio, el contenido de los documentos recibidos, reservándome el derecho de utilizar los datos que se me otorgan con fines netamente científicos salvaguardando la integridad, privacidad y anonimato de los involucrados.

Además, me comprometo a adoptar las medidas de bioseguridad necesarias con la diligencia debida, para evitar que toda o parte de la información sean observadas, reproducidas o manipuladas por personas no autorizadas al desarrollo del perfil o proyecto de investigación aprobado y autorizado; caso contrario asumiré la responsabilidad de las consecuencias legales y administrativas por el incumplimiento de estas medidas, falta ética o mala conducta en investigación antes y durante la ejecución del mismo.

Por lo tanto, declaro que los datos contenidos en esta declaración jurada son verdaderos sometiéndome a las sanciones respectivas en caso de comprobarse falsedad o incumplimiento del compromiso.

Corrientes, 01 de septiembre de 2020

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/a Profesional

Usted está siendo invitado a participar en el estudio de investigación **Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana F Cabral. Año 2020.** Esta investigación permitirá contar con información actualizada sobre la cultura de seguridad del paciente, punto importante dentro de los estándares de calidad de atención en los servicios de salud, lo que permitirá implementar estrategias que buscan fortalecer la cultura en la temática abordada, con la participación activa de los trabajadores.

Objetivo general:

Determinar la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral en el año 2020.

Objetivos Específicos:

Identificar las características sociodemográficas de los profesionales de salud.

Caracterizar las dimensiones de Servicio/Unidad- Hospital. Comunicación- Información complementaria en relación a la cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del Cuestionario Versión española del Hospital Survey on Patient Safety.

Detectar las debilidades y fortalezas de la cultura de seguridad según las percepciones de los profesionales de la salud.

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará que responda, un cuestionario, que contiene preguntas sobre la seguridad de pacientes, específicamente sobre su percepción en la temática abordada, el cuestionario en sí le tomará aproximadamente 15 minutos.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, estos datos serán organizados con un número asignado a cada participante y el análisis estará a cargo de la responsable de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas.

De participar de todo el estudio los beneficios directos que recibirá usted son los resultados de las evaluaciones y la posibilidad de ayudar a desarrollar programas de intervención con propuestas de mejora en relación a la calidad de atención de la institución. Cualquier consulta podrá contactar a la Investigadora principal Yohana Machuca Torres. Alumna de la cátedra de Metodología de la Investigación de la Carrera de Licenciatura en Enfermería. UNNE. Correo electrónico: yohana_mt@hotmail.com.ar, o al Comité de Ética de Investigación del Hospital Geriátrico Juana F Cabral. e-mail: Comitedeeticahtal@gmail.com.

De aceptar participar del presente trabajo, solicito enviar su dirección de correo para remitir la respectiva encuesta. Saludos cordiales.