



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Conocimientos y opiniones sobre seguridad del paciente del personal sanitario en el Área de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias ”

Elena Merchán Marcos

Fecha: 9 Julio de 2.014

Autor: Elena Merchán Marcos  
Tutor: Gonzalo Solís Sánchez  
Cotutor: Andrés Concha Torre

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Conocimientos y opiniones sobre seguridad del paciente del personal sanitario en el Área de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias ”

Trabajo Fin De Máster

Elena Merchán Marcos   Gonzalo Solís Sánchez   Andrés Concha Torre



## **INDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. OBJETIVOS SECUNDARIOS .....</b>	<b>11</b>
<b>3. MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO .....</b>	<b>12</b>
<b>3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....</b>	<b>12</b>
<b>3.3. POBLACIÓN A ESTUDIO.....</b>	<b>12</b>
<b>3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....</b>	<b>12</b>
<b>3.4. RECOGIDA DE DATOS .....</b>	<b>13</b>
<b>3.4.1. DATOS RELACIONADOS CON LAS ENCUESTAS .....</b>	<b>13</b>
<b>3.4.2. VARIABLES ESTUDIADAS (ANEXO I).....</b>	<b>13</b>
<b>3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>14</b>
<b>4. DESARROLLO Y CRONOGRAMA DEL TRABAJO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1. FASE DE ENCUESTACIÓN EN LA UCI PEDIÁTRICA.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2. FASE DE ENCUESTACIÓN EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA</b>	<b>15</b>
<b>4.3. FASE DE ENCUESTACIÓN EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE</b>	
<b>PEDIATRÍA</b>	<b>15</b>
<b>4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4.5. OBTENCIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4.6. REDACCIÓN DE CONCLUSIONES.....</b>	<b>16</b>
<b>5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN GENERAL.....</b>	<b>18</b>
<b>5.1. RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA POR</b>	
<b>DIMENSIONES. ....</b>	<b>18</b>
<b>5.1.1. FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS .....</b>	<b>18</b>



<b>5.1.2.</b>	<b><i>PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD</i></b> .....	<b>19</b>
<b>5.1.3.</b>	<b><i>EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN</i></b> .....	<b>20</b>
<b>5.1.4.</b>	<b><i>APRENDIZAJE, ORGANIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA</i></b> .....	<b>21</b>
<b>5.1.5.</b>	<b><i>TRABAJO EN EQUIPO</i></b> .....	<b>22</b>
<b>5.1.6.</b>	<b><i>FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN</i></b> .....	<b>23</b>
<b>5.1.7.</b>	<b><i>FEEDBACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES</i></b> .....	<b>23</b>
<b>5.1.8.</b>	<b><i>RESPUESTA NO PUNITIVA</i></b> .....	<b>24</b>
<b>5.1.9.</b>	<b><i>DOTACIÓN DE PERSONAL</i></b> .....	<b>25</b>
<b>5.1.10.</b>	<b><i>APOYO DE LA GERENCIA</i></b> .....	<b>26</b>
<b>5.1.11.</b>	<b><i>TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES</i></b> .....	<b>27</b>
<b>5.1.12.</b>	<b><i>PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES</i></b> ...	<b>28</b>
<b>5.2.</b>	<b><i>RESULTADOS POR UNIDADES</i></b> .....	<b>28</b>
<b>5.2.1.</b>	<b><i>FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS</i></b> .....	<b>28</b>
<b>5.2.2.</b>	<b><i>PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD</i></b> .....	<b>30</b>
<b>5.2.3.</b>	<b><i>EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN</i></b> .....	<b>32</b>
<b>5.2.4.</b>	<b><i>APRENDIZAJE, ORGANIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA</i></b> .....	<b>33</b>
<b>5.2.5.</b>	<b><i>TRABAJO EN EQUIPO</i></b> .....	<b>35</b>
<b>5.2.6.</b>	<b><i>FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN</i></b> .....	<b>37</b>
<b>5.2.7.</b>	<b><i>FEEDBACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES</i></b> .....	<b>38</b>
<b>5.2.8.</b>	<b><i>RESPUESTA NO PUNITIVA</i></b> .....	<b>40</b>
<b>5.2.9.</b>	<b><i>DOTACIÓN DE PERSONAL</i></b> .....	<b>42</b>
<b>5.2.10.</b>	<b><i>APOYO DE LA GERENCIA</i></b> .....	<b>44</b>
<b>5.2.11.</b>	<b><i>TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES</i></b> .....	<b>45</b>
<b>5.2.12.</b>	<b><i>PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES</i></b> ...	<b>47</b>
<b>5.3.</b>	<b><i>RESULTADOS POR CATEGORÍAS PROFESIONALES</i></b> .....	<b>49</b>
<b>5.3.1.</b>	<b><i>FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS</i></b> .....	<b>49</b>



5.3.2.	<i>PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD</i> .....	50
5.3.3.	<i>EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN</i> .....	52
5.3.4.	<i>APRENDIZAJE, ORGANIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA</i> .....	53
5.3.5.	<i>TRABAJO EN EQUIPO</i> .....	55
5.3.6.	<i>FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN</i> .....	57
5.3.7.	<i>FEEDBACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES</i> .....	58
5.3.8.	<i>RESPUESTA NO PUNITIVA</i> .....	60
5.3.9.	<i>DOTACIÓN DE PERSONAL</i> .....	62
5.3.10.	<i>APOYO DE LA GERENCIA</i> .....	63
5.3.11.	<i>TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES</i> .....	65
5.3.12.	<i>PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES</i> ...	67
6.	<i>DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES</i> .....	69
7.	<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	74
8.	<i>ANEXOS</i> .....	76
8.1.	<i>CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES</i> .....	77
8.2.	<i>RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA</i> .....	87
8.3.	<i>RESULTADOS DE LA UNIDAD DE UCI PEDIÁTRICA</i> .....	90
8.4.	<i>RESULTADOS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA</i> .....	93
8.5.	<i>RESULTADOS DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS</i>	96
8.6.	<i>RESULTADOS DE LA CATEGORÍA DE ENFERMERO</i> .....	99
8.7.	<i>RESULTADOS DE LA CATEGORÍA DE MÉDICO</i> .....	102
8.8.	<i>RESULTADOS DE LA CATEGORÍA DE AUXILIAR</i> .....	105



## 1. INTRODUCCIÓN

*Errare humanum est* es una expresión latina que significa literalmente: “errar es humano” y que hace hincapié en el concepto de que equivocarse es intrínseco a la naturaleza humana.

La expresión latina completa es: *errare humanum est, sed perseverare diabolicum*; que traducida literalmente significa: "errar es humano, pero perseverar (en el error) es diabólico. El significado es claro: equivocarse es parte de la naturaleza humana; sin embargo, esto no puede ser un factor atenuante para repetir un error, sino un medio para aprender de la experiencia.

Esta reflexión, que data ya de la era precristiana, nos lleva directamente a una fecha más contemporánea, concretamente al año 2000, fecha de la publicación del libro *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América <sup>(1)</sup>, con el cual se produjo un profundo impacto mundial, pues concluyó que cada año tienen lugar entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica. Es por esto que la investigación actual examina tanto el conocimiento como la aplicación de los conceptos relacionados con la seguridad del paciente, determinando con particular interés las actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud, que en últimas constituye la cultura de seguridad del paciente como determinante para una atención segura.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países independientemente de su nivel de desarrollo. Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad <sup>(2)</sup>.

Para entrar en materia comenzaremos definiendo la seguridad en el paciente como la “reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”. De igual manera, definiremos el daño asociado a la atención sanitaria como aquel “daño derivado de planes o medidas



adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos” que no se produce debido a una enfermedad o lesión subyacente <sup>(3)</sup>.

La seguridad en el paciente, y la calidad de atención que se le presta, es una cuestión de destacada importancia internacional, de la que volvió a tomar conciencia, en Octubre 2.004, La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Esta iniciativa fue puesta en marcha por el director general de la Organización Mundial de la Salud <sup>(4)</sup> con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. Es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Busca promover la investigación fomentando proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa, así como la colaboración en la aplicación de los resultados de la investigación con el fin de lograr una mayor seguridad de la atención sanitaria <sup>(3)</sup>. Su programa incluye una serie de medidas para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria <sup>(5)</sup>.

En esa misma línea, el 25 de Junio del 2.008 lanzó, en Washington (EEUU), el “Segundo Desafío Global para la Seguridad del Paciente” <sup>(6)</sup> cuyo objetivo es mejorar la seguridad de las prácticas quirúrgicas a escala mundial.

En España, la Seguridad del Paciente se ha consolidado como una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud Español (SNS), y así es recogida en el Plan de Calidad para el SNS, en el que se explicitan objetivos y acciones para su desarrollo en colaboración con las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas, los pacientes y las instituciones académicas y de investigación. Estos objetivos están orientados a promover nuevas sinergias en la implantación de políticas para la Seguridad del Paciente que permitan ofrecer una asistencia más segura y de mayor calidad en nuestro Sistema de Salud <sup>(7)</sup>. La Estrategia en seguridad del paciente viene desarrollándose desde el año 2.005 en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA), respetando y complementando las acciones que cada una de ellas desarrolla en el ejercicio de sus competencias.



Los principios de esta estrategia se basan en la implicación de todos los factores relacionados con la asistencia sanitaria: CCAA, instituciones académicas y de investigación interesadas en el tema, así como los profesionales y pacientes, que explícitamente firmaron un compromiso de implicación en la estrategia por una asistencia sanitaria más segura a través de sus sociedades científicas o asociaciones respectivamente.

Sus objetivos pasan por <sup>(8)</sup>:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- Implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en 8 áreas específicas.
- Reforzar los sistemas de calidad para los centros y servicios de transfusión.
- Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes.

En nuestro país, en los últimos años se vienen desarrollando investigaciones para poder encontrar las herramientas necesarias para poder detectar <sup>(9)</sup>, identificar, medir y, poder prevenir y controlar la aparición de efectos adversos <sup>(10)</sup>. Así en el año 2009 el Ministerio de Sanidad y Política Social publicó el informe técnico del Proyecto Séneca que desarrolla los “Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del sistema Nacional de Salud” <sup>(11)</sup>.

Como adelantábamos al comienzo de estas líneas, desde la publicación de *To erris human: building a safer health system* <sup>(12)</sup>, se recomienda que las organizaciones sanitarias trabajen para mejorar la cultura sobre seguridad del paciente, la cual se define como el “patrón integrado de comportamiento



individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención” <sup>(3)</sup>. Integra al máximo la frase hipocrática “Primum non nocere”(primero no hacer daño) en su identidad, que la impulsa en las normas y las operaciones de toda una organización, y la considera una misión prioritaria.

En los últimos años, se vienen realizando estudios en distintos países para medir y evaluar “la cultura de seguridad”, “el clima de seguridad”, “las percepciones de seguridad” <sup>(13)</sup> del personal o “las acciones de la gerencia” en relación con la seguridad, etcétera, utilizando distintos instrumentos, con diferentes parámetros y obteniéndose resultados poco comparables. Para solucionar estas inconsistencias, la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ), en 2004, desarrolló una herramienta que pudiera ser útil para evaluar la cultura de seguridad del paciente en los hospitales, dentro del programa Hospital Survey on Patient Safety Culture <sup>(14,15,16)</sup>. Para ello diseñó y validó un cuestionario (anexo I), que fue traducido al español por la Universidad de Murcia <sup>(17)</sup>.

El presente trabajo se ha diseñado en base a esta herramienta, con el ánimo de analizar las opiniones de seguridad del paciente que tiene el personal sanitario del Hospital Universitario Central de Asturias, concretamente el perteneciente al Área de Gestión Clínica de Pediatría.



## 2. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo principal del presente trabajo Fin de Máster es evaluar los conocimientos y opiniones sobre seguridad del paciente del personal sanitario en el Área de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias utilizando como herramienta la versión española del Hospital Survey of on Patient Safety.

### 2.1. OBJETIVOS SECUNDARIOS

Evaluar dichos conocimientos y opiniones en cada grupo de estudio:

- Por Unidades de Atención: Cuidados Intensivos Pediátricos, Neonatología y Urgencias
- Por estamentos sanitarios: Enfermeros, Médicos y Auxiliares



### 3. MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la versión española del Hospital Survey of on Patient Safety.

#### 3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en áreas de gestión clínica de pediatría del antiguo Hospital Universitario Central de Asturias (H.U.C.A) (C/Celestino Villamil) en Oviedo.

El estudio se realizó sobre las siguientes unidades:

- UCI Pediátrica (que comprende la UCI propiamente dicha y la unidad de cuidados intermedios). Ubicada en la 2ª planta del edificio materno-infantil.
- Neonatología (que comprende: UCI neonatal y Unidad de Cuidados intermedios neonatales). Ubicada en la 4ª planta del edificio materno-infantil.
- Urgencias de Pediatría. Ubicada en la planta del edificio materno-infantil.

#### 3.3. POBLACIÓN A ESTUDIO

Como se ha comentado, la encuesta se realizó en las áreas de UCI Pediátrica, Neonatología y Urgencias de Pediatría. La encuesta fue voluntaria. Finalmente, una vez recogidas las encuestas rellenas, la población a estudio está compuesta por 94 profesionales entre médicos, médicos interno residentes, enfermeros y auxiliares de enfermería.

##### 3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal sanitario que ocupa un puesto de trabajo o formativo perteneciente al área de gestión clínica de pediatría (UCI pediátrica, Unidad de neonatología y Urgencias pediátricas) con más de dos meses de experiencia en dicho puesto.

##### 3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN



Personal no sanitario. Personal sanitario eventual que viene realizando sustituciones en cualquiera de los servicios arriba especificados por intervalos cortos de tiempo, siendo la categoría del paciente adulto donde desempeña habitualmente sus funciones. Personal sanitario del área de gestión clínica de pediatría con una experiencia inferior a dos meses en el puesto.

### 3.4. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos necesaria para el estudio se llevó a cabo mediante la versión española del cuestionario sobre seguridad de los pacientes del Hospital Survey on Patient Safety (Anexo I). Se trata de un cuestionario autoadministrado, con 61 preguntas divididas en cuatro secciones correspondientes a: servicio o unidad de trabajo, hospital, comunicación e información complementaria; y un anexo con información adicional.

Se realizó de manera anónima, previa explicación oral y con una copia escrita de las instrucciones a seguir disponible en cada unidad donde se realizó la recogida.

#### 3.4.1. DATOS RELACIONADOS CON LAS ENCUESTAS

Las encuestas incluían en su extremo superior derecho el nombre de la unidad a la que pertenecía el trabajador que la realizaba, de manera que nos permitiese hacer una posterior clasificación por servicios a la hora de analizar los datos.

#### 3.4.2. VARIABLES ESTUDIADAS (ANEXO I)

Las preguntas (variables) del cuestionario original fueron reagrupadas en un total de 12 dimensiones para simplificar la tarea de extracción de resultados en la fase posterior. Con esta reagrupación el análisis de las respuestas cobra sentido tanto para cada ítem en particular, como para cada dimensión en su conjunto.

#### Resultados de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados → preguntas 40, 41 y 42 del cuestionario.
2. Percepción de seguridad → preguntas 10, 15, 17 y 18.



Dimensiones de la cultura de seguridad en la unidad o servicio:

3. Expectativas y acciones de la dirección y/o supervisión en la unidad que favorecen la seguridad → preguntas 19, 20, 21 y 22.
4. Aprendizaje, organización y mejora continua → preguntas 6, 9 y 13.
5. Trabajo en equipo → preguntas 1, 3, 4 y 11.
6. Franqueza en la comunicación → preguntas 35, 37 y 39.
7. Feed-back y comunicación sobre los errores → preguntas 34, 36 y 38.
8. Respuesta no punitiva sobre los errores → preguntas 8,12 y 16.
9. Dotación de personal → preguntas 2, 5, 7 y 14.
10. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente → preguntas 23, 30 y 31.

Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital:

11. Trabajo en equipo entre unidades → preguntas 24, 26, 28 y 32.
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades y servicios → preguntas 25, 27, 29 y 33.

### 3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron introducidos en una base creada para tal fin en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics versión 18, para su posterior análisis.



## 4. DESARROLLO Y CRONOGRAMA DEL TRABAJO

La realización de este trabajo se llevó a cabo en seis fases que se detallan a continuación (Figura 1):

### 4.1. FASE DE ENCUESTACIÓN EN LA UCI PEDIÁTRICA

Comprendida entre los días 20 de Enero y 20 de Febrero de 2.014. Los pasos que se dieron en esta fase de encuestación fueron los siguientes:

- Explicación de los objetivos del trabajo en días y turnos distintos, para llegar a todo el equipo que forma parte del servicio.
- Breve explicación oral de las instrucciones de cumplimentación a aquellas personas que accedieron de forma voluntaria a rellenar el cuestionario,
- Facilitación una copia escrita de las mismas en el control de enfermería de la unidad.

### 4.2. FASE DE ENCUESTACIÓN EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Comprendida entre los días 21 de Febrero a 26 de Marzo de 2.014 siguiendo los mismos pasos que en la fase anterior.

### 4.3. FASE DE ENCUESTACIÓN EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Comprendida entre los días 31 de Marzo a 11 de Abril de 2.014 siguiendo los mismos pasos que las dos fases anteriores.

### 4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Comprendida entre los días 22 de Mayo a 9 de Junio de 2.014. Se fueron introduciendo anualmente en el programa estadístico SPSS todos los datos extraídos de las encuestas. Esta fase se inició introduciendo en primer lugar las encuestas de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, ya que fueron las recogidas en primer término, y finalizó con las encuestas obtenidas en el servicio de Urgencias Pediátricas.

### 4.5. OBTENCIÓN DE RESULTADOS



Comprendida entre los días 1 al 15 de Junio de 2.014 llevándose a cabo simultáneamente con el final del análisis estadístico.

#### 4.6. REDACCIÓN DE CONCLUSIONES

Comprendida entre los días 15 de Junio a 3 de Julio de 2.014.

A continuación se puede observar el cronograma del proyecto:



		CRONOGRAMA DEL PROYECTO																
NOMBRE DEL PROYECTO		SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE PEDIATRÍA																
DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES Y DÍAS		5 MESES Y 14 DÍAS																
N°	ACTIVIDAD	PERÍODO DE TIEMPO																
		20 Enero al 20 Febrero	20 Febrero a 20 Marzo	20 Marzo a 20 Abril	20 Abril a 20 Mayo	20 Mayo a 20 Junio	20 Junio a 20 Julio											
1	Encuestas personal sanitario UCIP	■	■	■														
2	Encuestas personal sanitario Neonatología				■	■	■	■										
3	Encuestas Urgencias Pediátricas						■	■	■									
4	Análisis estadístico de los datos									■	■	■	■					
5	Resultados												■	■				
6	Redacción de conclusiones														■	■	■	



## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN GENERAL

A continuación se muestran los comentarios y las tablas en las que se pueden ver los resultados obtenidos en las encuestas.

### 5.1. RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA POR DIMENSIONES.

#### 5.1.1. FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

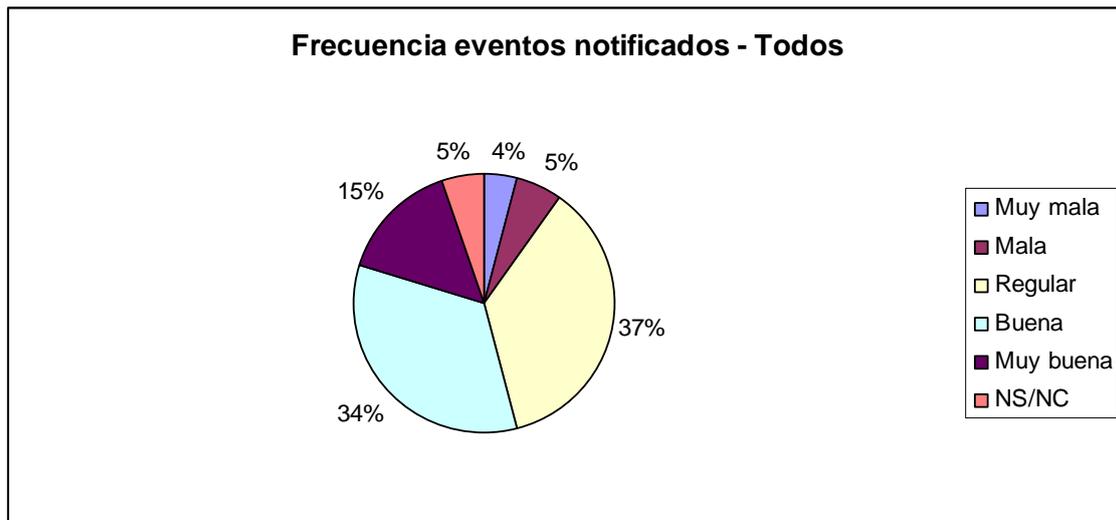
Los datos analizados revelan que casi un 50% de los encuestados opinan que los errores que tienen lugar en la práctica clínica son notificados frecuente (34%) o muy frecuentemente (15%).

Estos errores comprenden los que son descubiertos y corregidos antes de que afecten al paciente, los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente, y los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.

En el otro extremo encontramos que aproximadamente un 10% cree que las notificaciones se realizan de forma errónea. El 36% de la población encuestada se posiciona de manera indiferente en este apartado.

	<b>Muy mala</b>		<b>Mala</b>		<b>Regular</b>		<b>Buena</b>		<b>Muy buena</b>		<b>NS/NC</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Todos</b>	4	4,3	5	5,3	34	36,1	32	34,1	14	14,9	5	5,3

Tabla 1: Frecuencia de eventos notificados



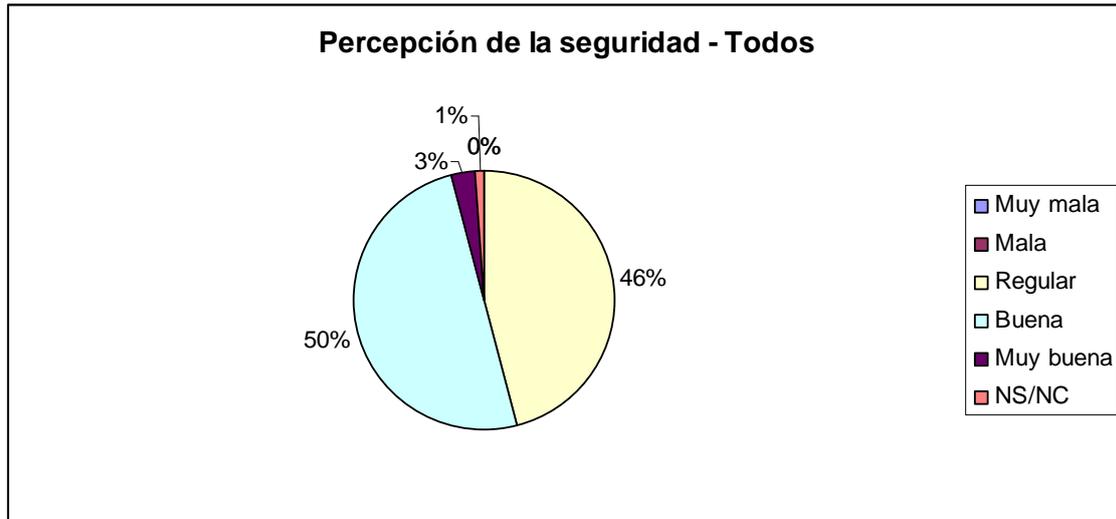
### 5.1.2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

La percepción de seguridad es analizada en la encuesta por el aumento del ritmo de trabajo (aunque implique disminuir la seguridad del paciente), los procedimientos y medios de trabajo, los fallos causales y problemas generales de seguridad del paciente.

En este punto las opiniones del personal son muy homogéneas dividiéndose casi la totalidad de los resultados en una buena percepción de la seguridad (50%) y en una percepción intermedia.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	0	0	0	0	43	45,7	47	50,0	3	3,2	1	1,1

Tabla 2: Percepción de la seguridad



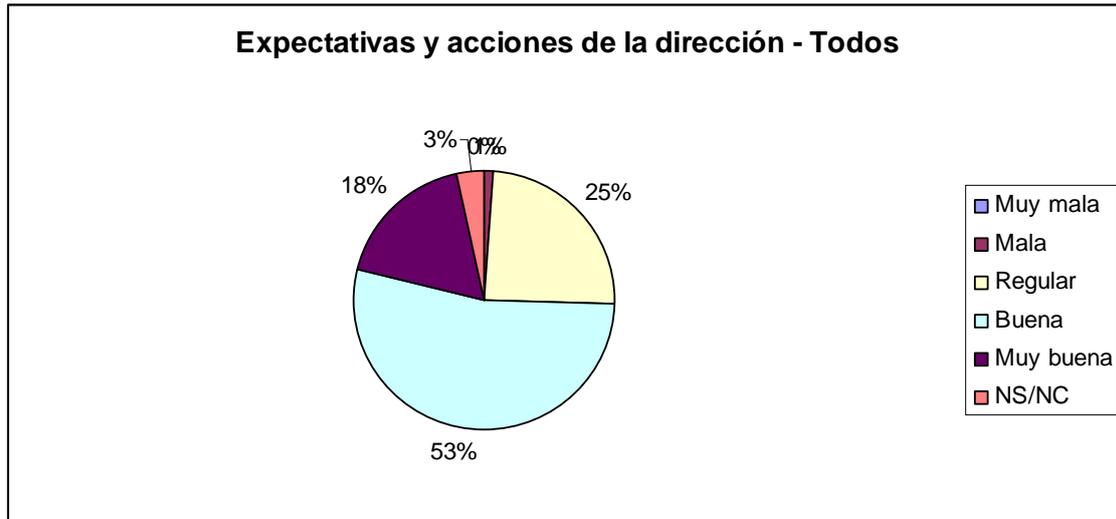
### 5.1.3. EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN

Se entiende por expectativas y acciones de la dirección: la satisfacción manifiesta de los mandos ante conductas de seguridad, la consideración que tienen ante sugerencias que se proponen para mejorarla, y la actitud que adoptan cuando aumenta la presión de trabajo y ante problemas de seguridad.

En este apartado, más del 50% de los encuestados considera que las acciones de la dirección son correctas. Cabe destacar que solo el 1% cree que las acciones de la dirección son malas.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	0	0	1	1,1	23	24,5	50	53,2	17	18,0	3	3,2

Tabla 3: Expectativas y acciones de la dirección



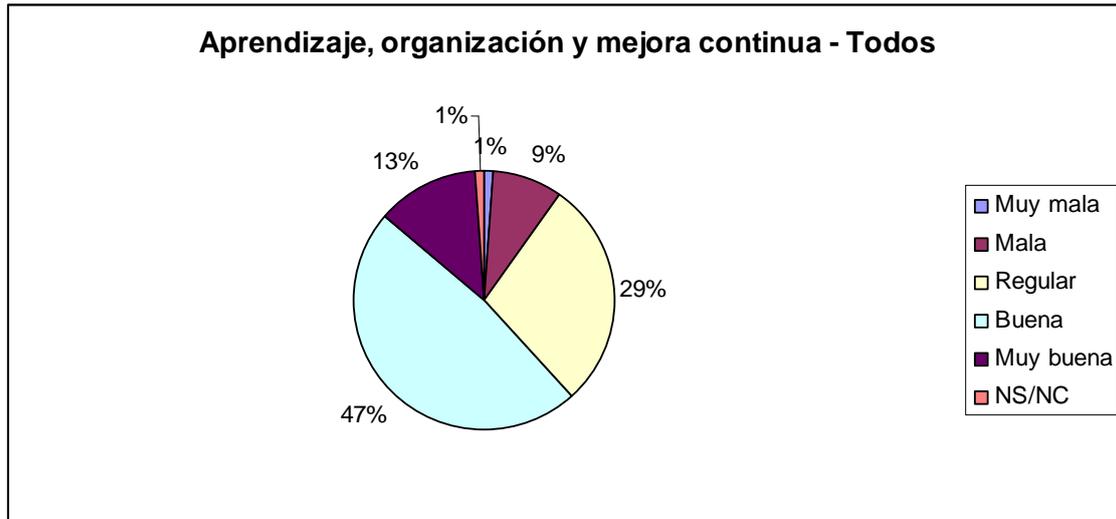
#### 5.1.4. APRENDIZAJE, ORGANIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA

Casi un 48% de los encuestados opina que hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, que se llevan a cabo medidas apropiadas cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente para evitar que ocurra de nuevo y que los cambios realizados para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

Tan sólo un 9% no está de acuerdo con el modo en que se maneja esta dimensión de aprendizaje y mejora continua en su unidad.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	1	1,1	8	8,6	27	28,7	45	47,8	12	12,7	1	1,1

Tabla 4: Aprendizaje, organización y mejora continua

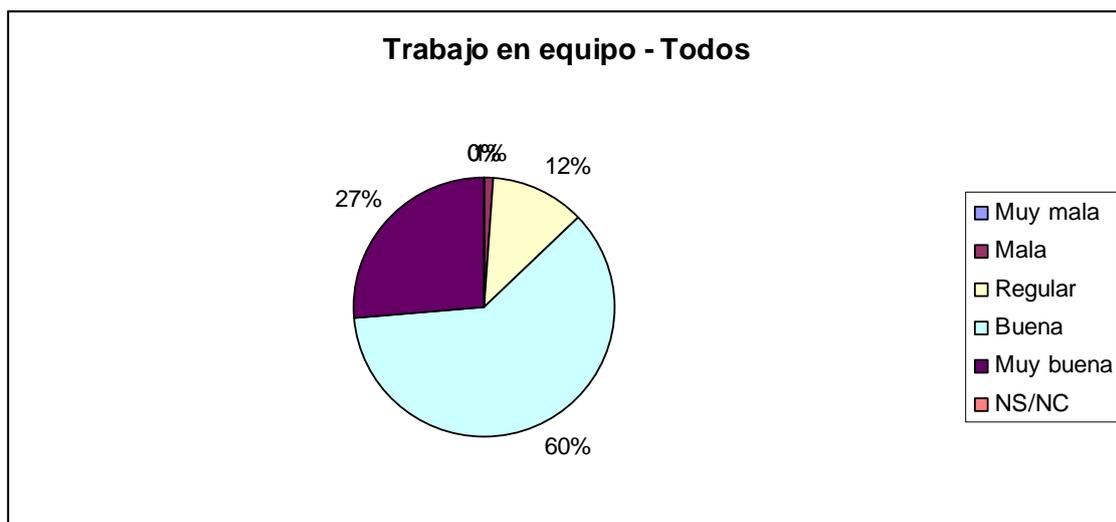


### 5.1.5. TRABAJO EN EQUIPO

Más de un 85% de los resultados avalan la opinión positiva que tienen del trabajo en equipo los encuestados. Ese 85% podemos desglosarlo en un 60% de opiniones buenas y más de un 25% de opiniones muy buenas.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	0	0	1	1,1	11	11,8	57	60,6	25	26,5	0	0

Tabla 5: Trabajo en equipo



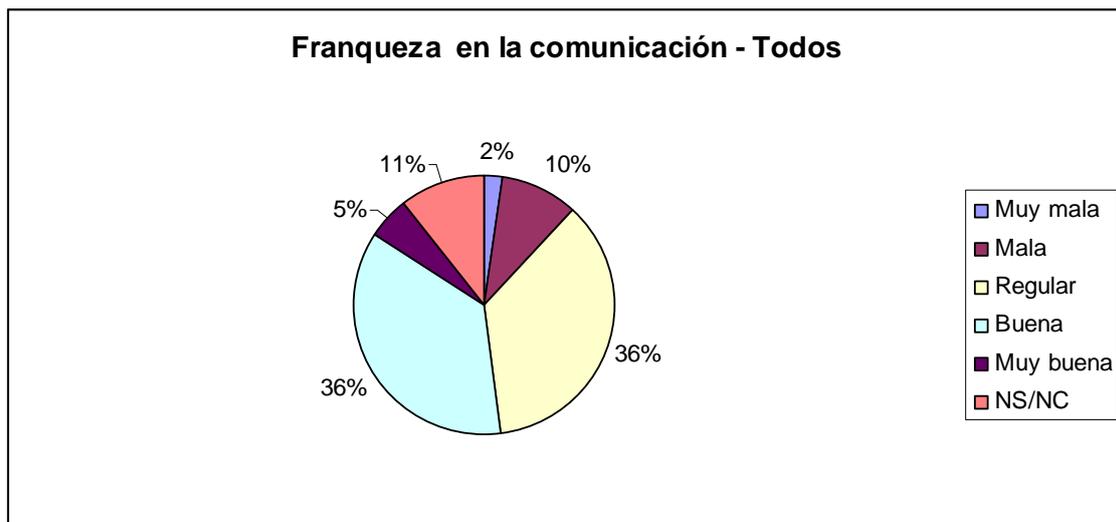


### 5.1.6. FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

¿Puede el personal del área de gestión clínica de pediatría hablar con total libertad de aspectos negativos en la atención al paciente? ¿Y cuestionar las decisiones de sus superiores? El 35% piensa que puede expresarse con franqueza, sin miedo a que eso repercuta en su contra. En cambio más de un 10% opina que no puede emitir valoraciones libremente y otro porcentaje similar evita pronunciarse a este respecto.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	2	2,1	9	9,7	34	36,1	34	36,1	5	5,3	10	10,6

Tabla 6: Franqueza en la comunicación



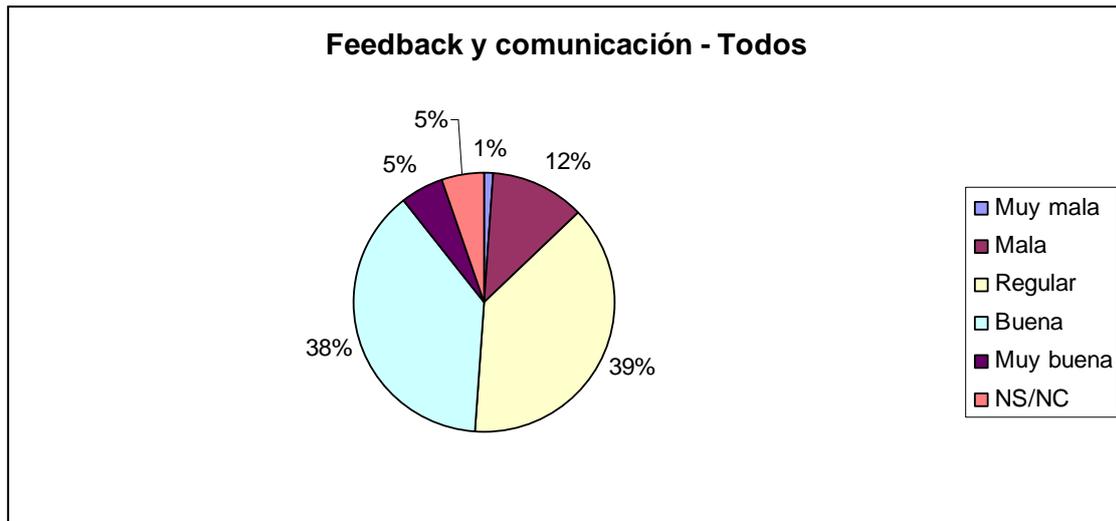
### 5.1.7. FEEDBACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES

El 38% tiene una opinión indiferente de esta dimensión; siendo un porcentaje igual de encuestados el que opina que la comunicación es buena cuando se notifica algún incidente, cuando se informa de los errores que tienen lugar en la unidad y cuando se discute sobre cómo prevenir algún error.



	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	1	1,1	11	11,6	36	38,2	36	38,2	5	5,3	5	5,3

Tabla 7: Feedback y comunicación sobre errores

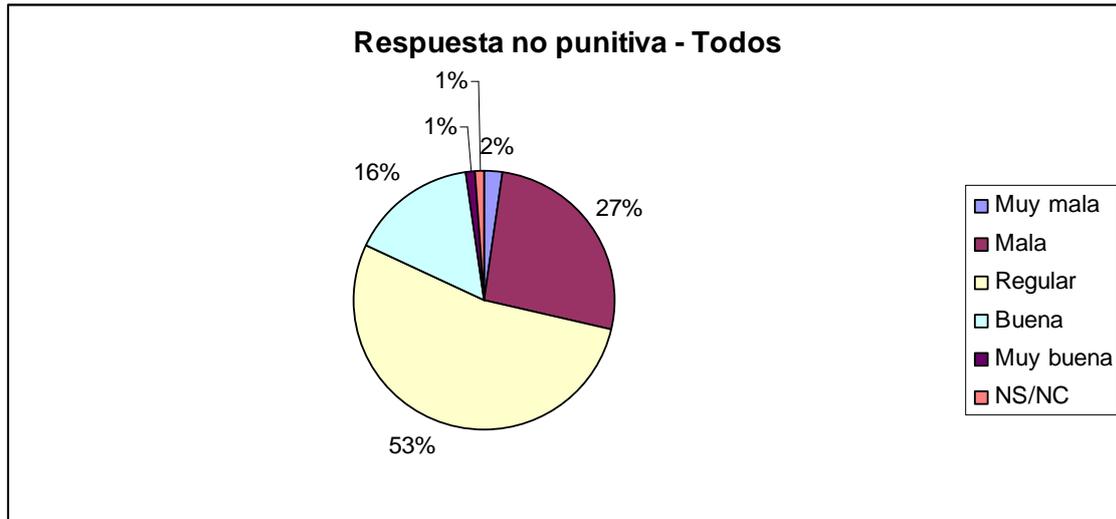


### 5.1.8. RESPUESTA NO PUNITIVA

Los resultados reflejan que más de un 25% de los encuestados considera que si los compañeros o superiores se enteran de que se ha cometido un error se usa en su contra, al igual que se buscan culpables cuando se detecta algún fallo, antes que conocer la causa del mismo. Un 15% opina que no es así, y que en su unidad no hay una respuesta punitiva a los errores, y un 50% se mantiene al margen en esta cuestión.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	2	2,1	25	26,6	50	53,2	15	15,9	1	1,1	1	1,1

Tabla 8: Respuesta no punitiva



### 5.1.9. DOTACIÓN DE PERSONAL

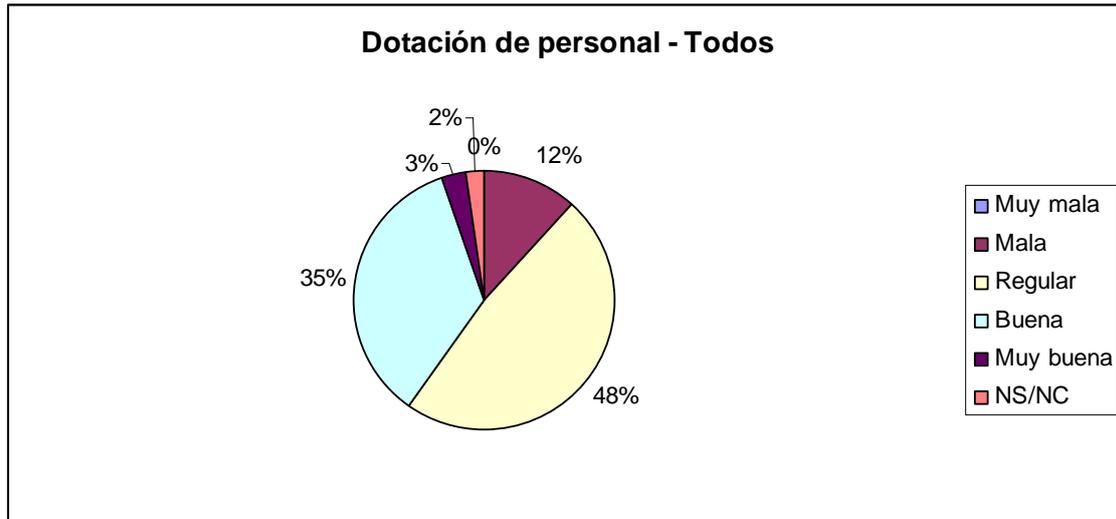
El 35% de los encuestados opina que hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, y no hay demasiado personal eventual o sustituto que propicie que no se dé la mejor atención a los pacientes.

El 11% estaría a favor de aumentar el número de la plantilla, adecuándola a la actual carga de trabajo de su unidad.

Casi un 48% de los encuestados tiene una opinión indiferente en este apartado.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	0	0	11	11,8	45	47,8	33	35,1	3	3,2	2	2,1

Tabla 9: Dotación de personal



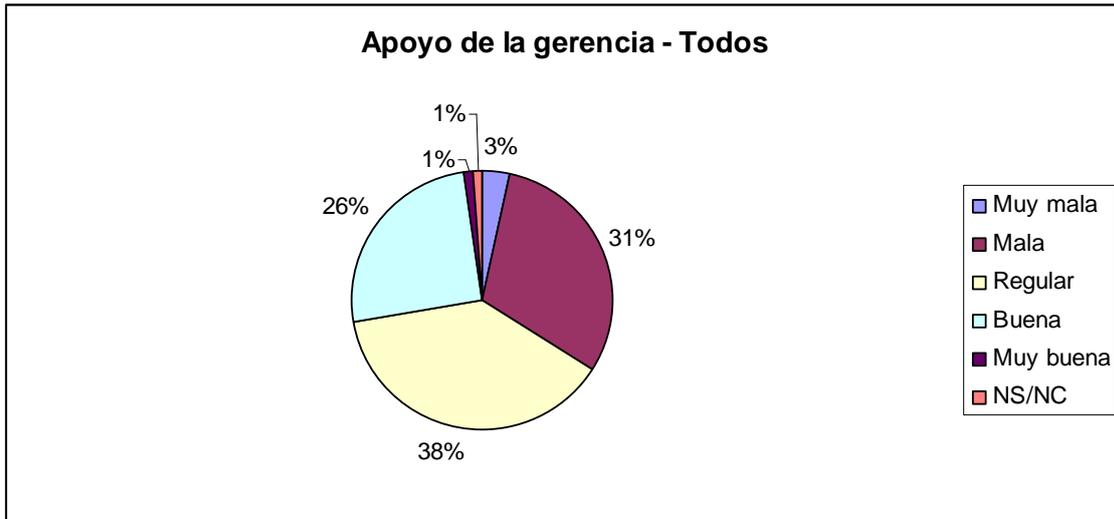
### 5.1.10. APOYO DE LA GERENCIA

En este ámbito los resultados están muy repartidos.

Casi el 31% de los encuestados no cree que la gerencia del hospital facilite un clima laboral que propicie la seguridad del paciente, ni que demuestre con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades. Además opina que sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente. Casi un 40% tiene una opinión de indiferencia; y un 25% se muestra de acuerdo con las acciones de la misma.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	3	3,2	29	30,8	36	38,3	24	25,5	1	1,1	1	1,1

Tabla 10: Apoyo de la gerencia

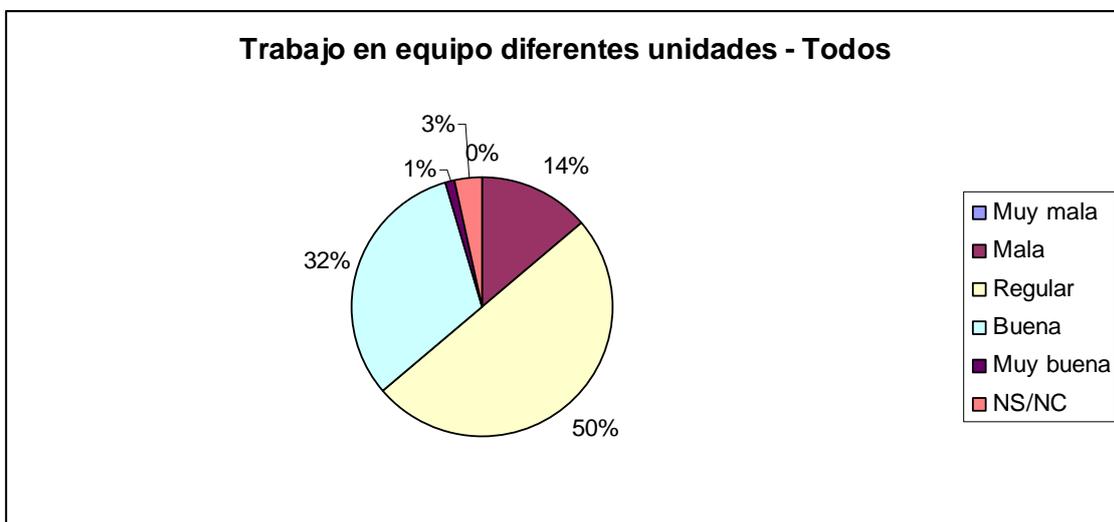


### 5.1.11. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES

Casi el 32% de los encuestados opina que existe una buena coordinación entre las distintas unidades y servicios que tienen que trabajar conjuntamente para prestar la mejor atención al paciente. El 50% tiene una posición neutral mientras que casi un 14% tiene una mala opinión del trabajo en equipo entre unidades.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	0	0	13	13,8	47	50,0	30	31,8	1	1,1	3	3,3

Tabla 11: Trabajo en equipo entre unidades



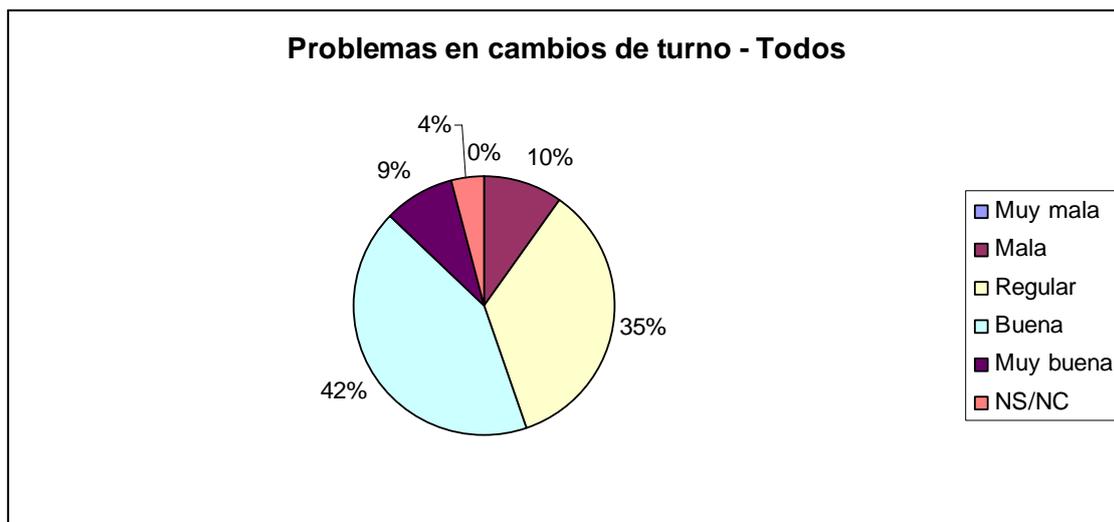


### 5.1.12. PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES

El 43% de los encuestados cree que no hay pérdida de información ni problemas en la atención al paciente durante los cambios de turno que tienen lugar 3 veces al día en las unidades. El 35% de los encuestados tiene una opinión indiferente en esta dimensión, mientras que solo un 10% cree que existen problemas en los cambios de turno y transiciones.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Todos</b>	0	0	9	9,6	33	35,1	40	42,6	8	8,5	4	4,2

Tabla 12: Problemas en cambios de turnos y transiciones



## 5.2. RESULTADOS POR UNIDADES

### 5.2.1. FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

En lo que respecta a la unidad de UCI, un 38% opina que los errores son notificados frecuente o muy frecuentemente. Aproximadamente un 6% cree que las notificaciones se realizan mal; y un 44% tiene una opinión indiferente al respecto.

En la unidad de Urgencias, el 43.5 % opina que las notificaciones se realizan de forma correcta y casi un 18% opina que se realizan de forma excelente. Hay un

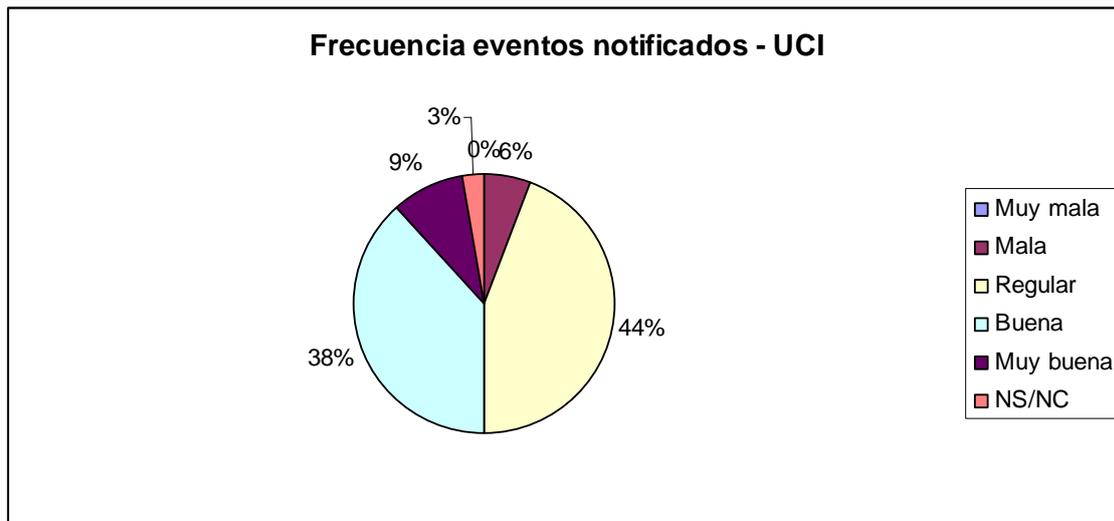


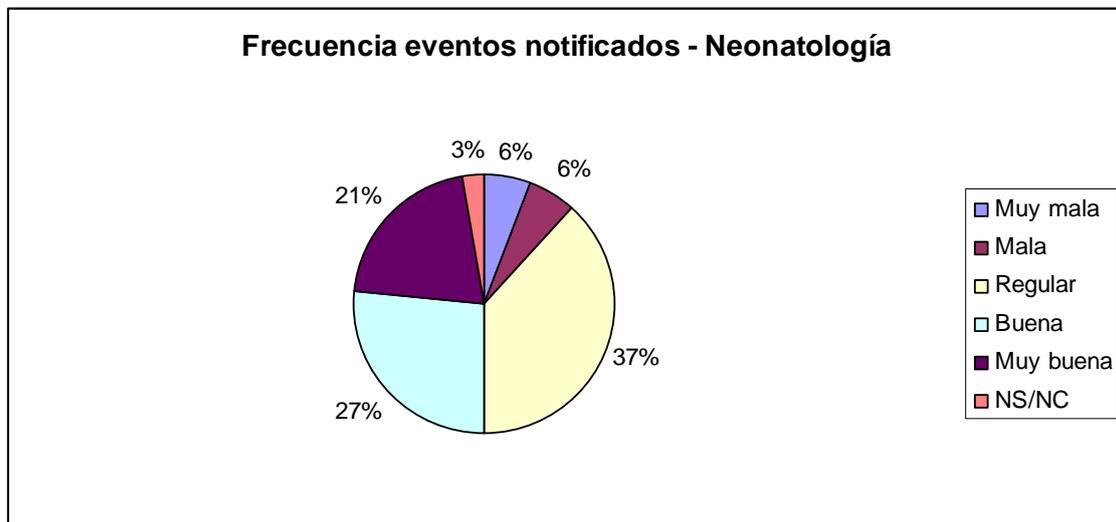
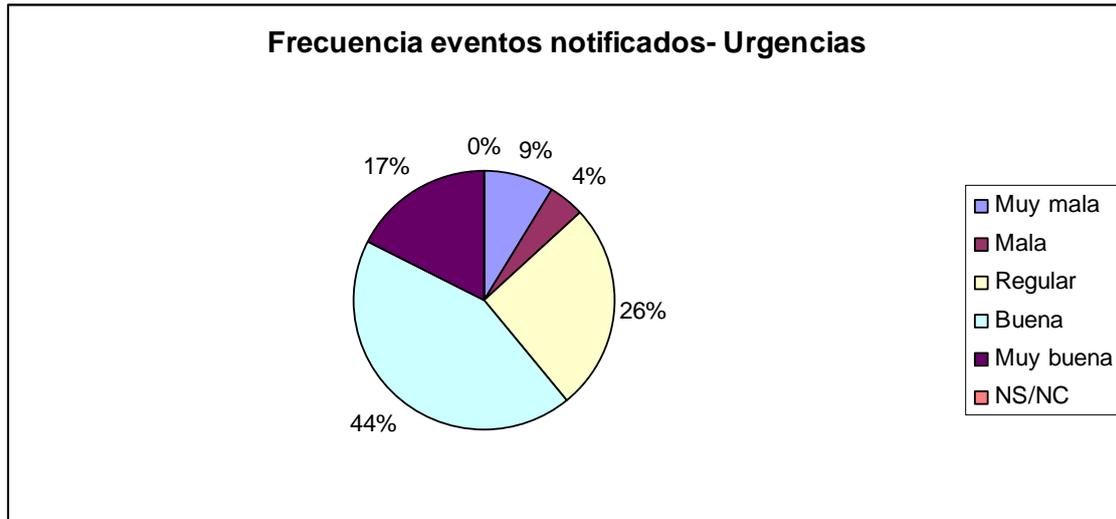
26% que tiene una opinión indiferente al respecto, y el 13% de los encuestados opina que las notificaciones no se hacen como se deberían hacer.

Por último, en el área de Neonatología, el 47% de los encuestados opinan que las notificaciones se hacen de manera correcta mientras que un 12% no está conforme con cómo se realizan dichas notificaciones. Dentro de esta unidad existe casi un 40% que tiene una opinión indiferente al respecto.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	0	0	2	5,8	15	44,2	13	38,3	3	8,8	1	2,9
<b>Urgencias</b>	2	8,7	1	4,3	6	26,1	10	43,5	4	17,4	0	0
<b>Neonatología</b>	2	5,9	2	5,9	13	38,3	9	26,5	7	20,5	1	2,9

Tabla 13: Frecuencia de eventos notificados (por unidades)





## 5.2.2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

Dentro de la UCI Pediátrica, el 53% de tiene una buena percepción de seguridad. Ningún encuestado considera que la percepción sea ni mala ni muy mala ni tampoco excelente. El 47% de los encuestados tiene una opinión de indiferencia, dando a entender que la percepción no es ni buena ni mala.

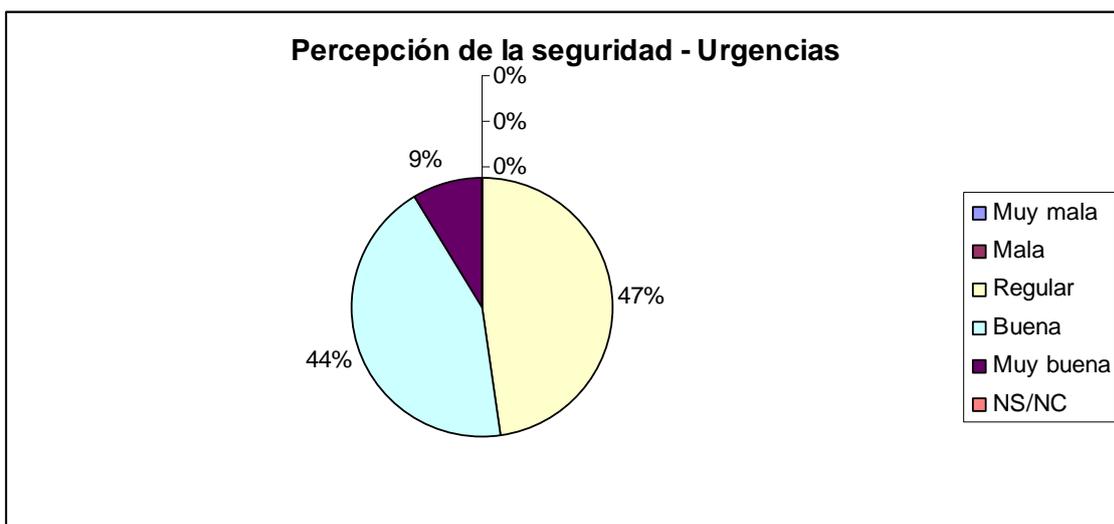
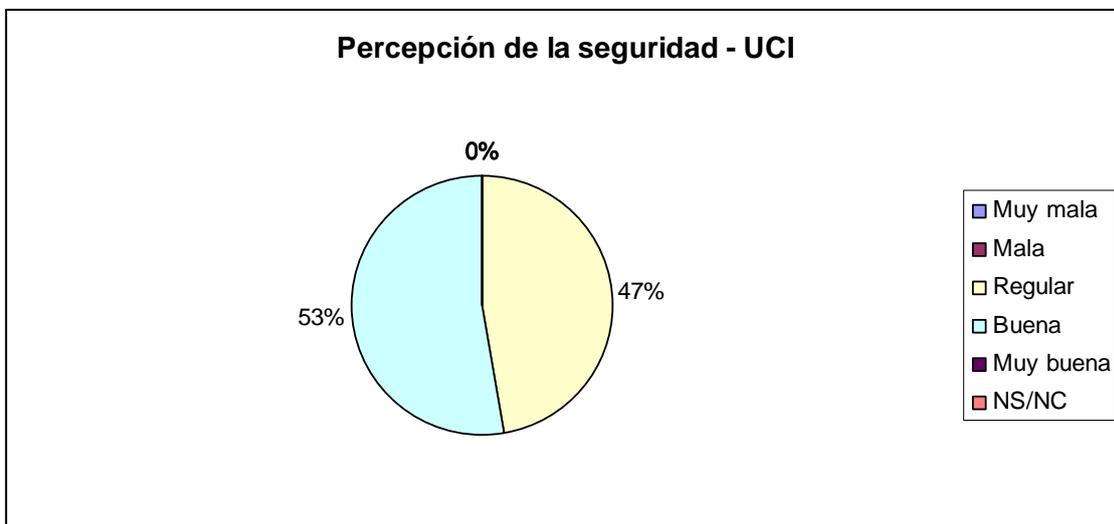
En lo que refiere a Urgencias, el 43.5% refleja una buena percepción de seguridad. Un 9% considera que la percepción de seguridad es excelente, mientras que el 48% tiene una opinión indiferente. Ningún encuestado de esta unidad tiene una percepción mala o muy mala de esta dimensión.

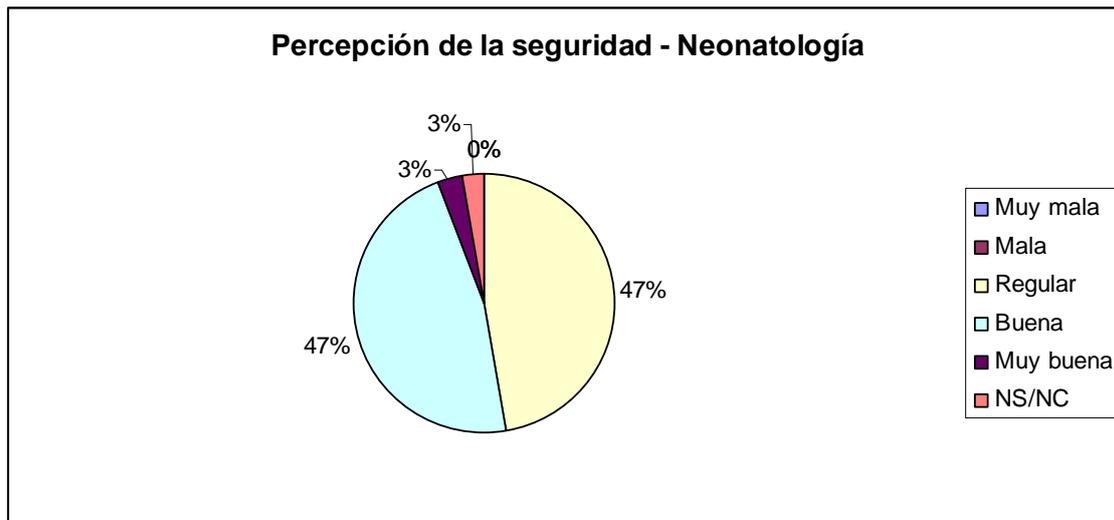


Dentro del área de Neonatología, el 47% tiene una buena percepción de la seguridad en su área. Otro 47% tiene una opinión de indiferencia, mientras que la percepción de seguridad del 3% en su área es perfecta.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	0	0	0	0	16	47,1	18	52,9	0	0	0	0
<b>Urgencias</b>	0	0	0	0	11	47,8	10	43,5	2	8,7	0	0
<b>Neonatología</b>	0	0	0	0	16	47,1	16	47,1	1	2,9	1	2,9

Tabla 14: Percepción de la seguridad (por unidades)





### 5.2.3. EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN

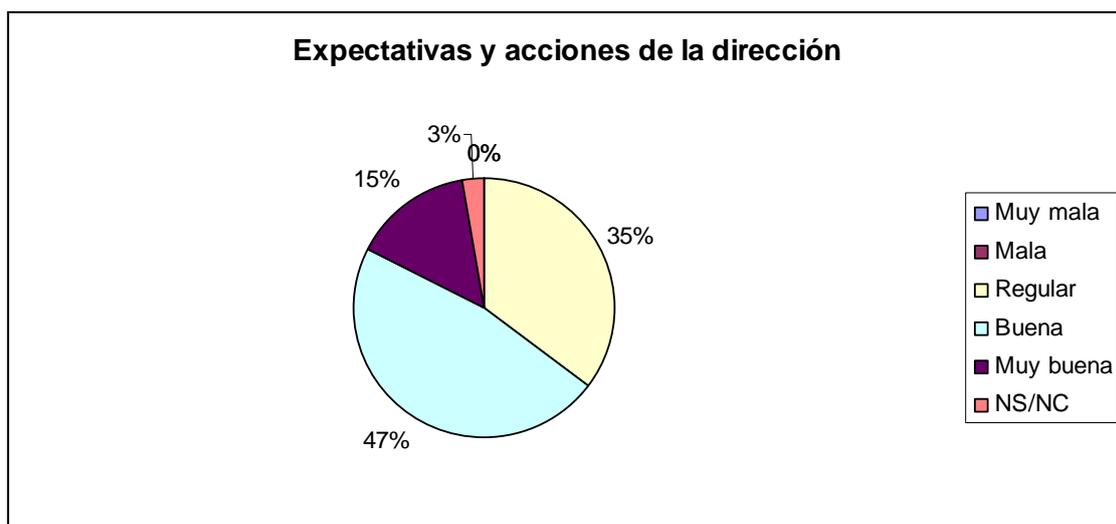
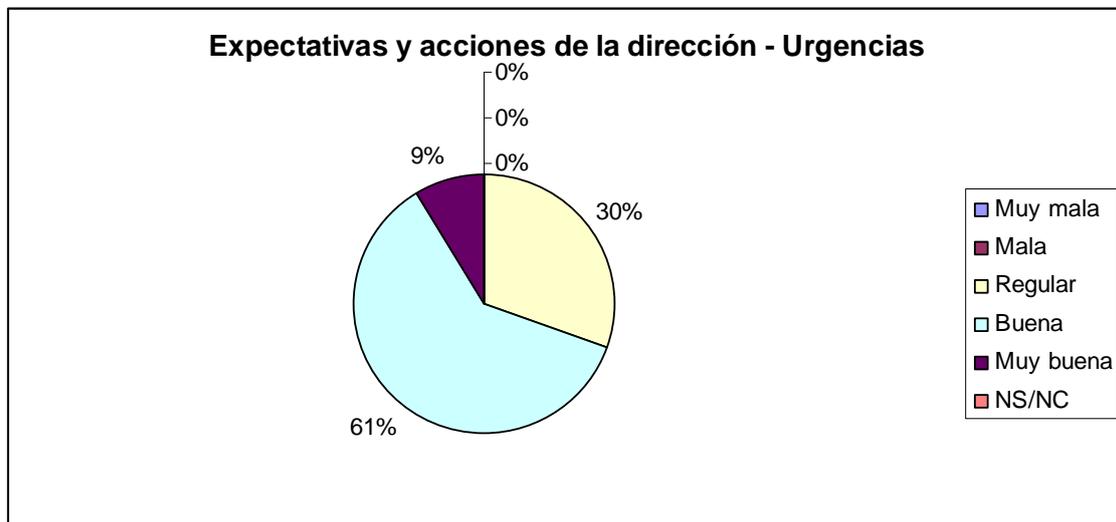
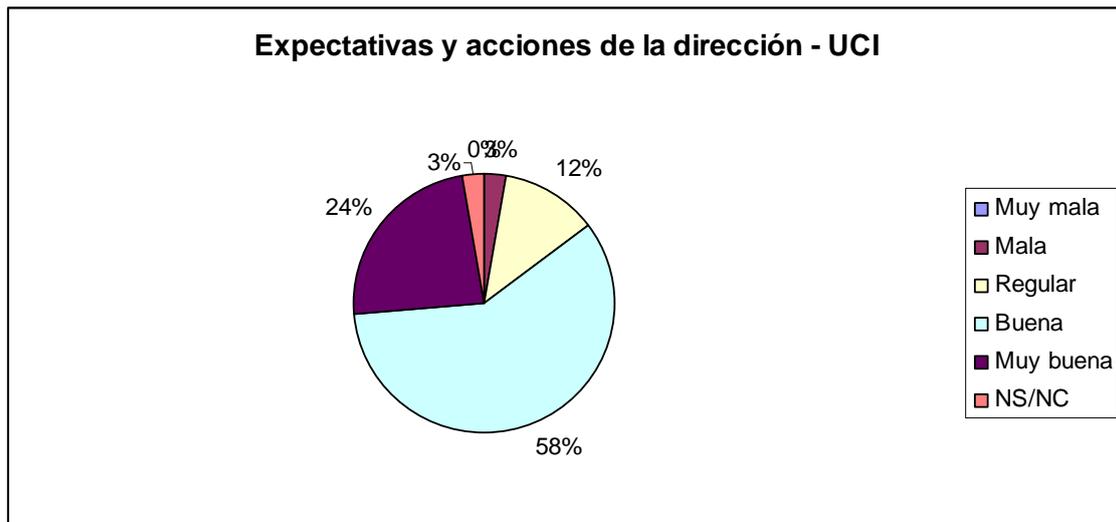
En el área de UCI Pediátrica, más del 80% considera que las acciones que toma la dirección son buenas (casi un 60%) o muy buenas (23%). Existe un 12% de indiferencia, y únicamente el 3% considera que las acciones de la dirección son malas.

En el área de Urgencias, el 61% considera que las acciones de la dirección son buenas y un 8.6% considera que son muy buenas. Dentro de esta área existe un 30% de personal que se declara indiferente al respecto.

Por último, en la unidad de Neonatología, el 47% considera que las acciones son buenas y un 15% que son muy buenas. Hay un 35% de indiferencia y no hay nadie que crea que las acciones sean malas o muy malas.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	0	0	1	2,9	4	11,8	20	58,9	8	23,5	1	2,9
<b>Urgencias</b>	0	0	0	0	7	30,4	14	60,8	2	8,6	0	0
<b>Neonatología</b>	0	0	0	0	12	35,3	16	47,1	5	14,7	1	2,9

Tabla 15: Expectativas y acciones de la dirección (por unidades)



## 5.2.4. APRENDIZAJE, ORGANIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA



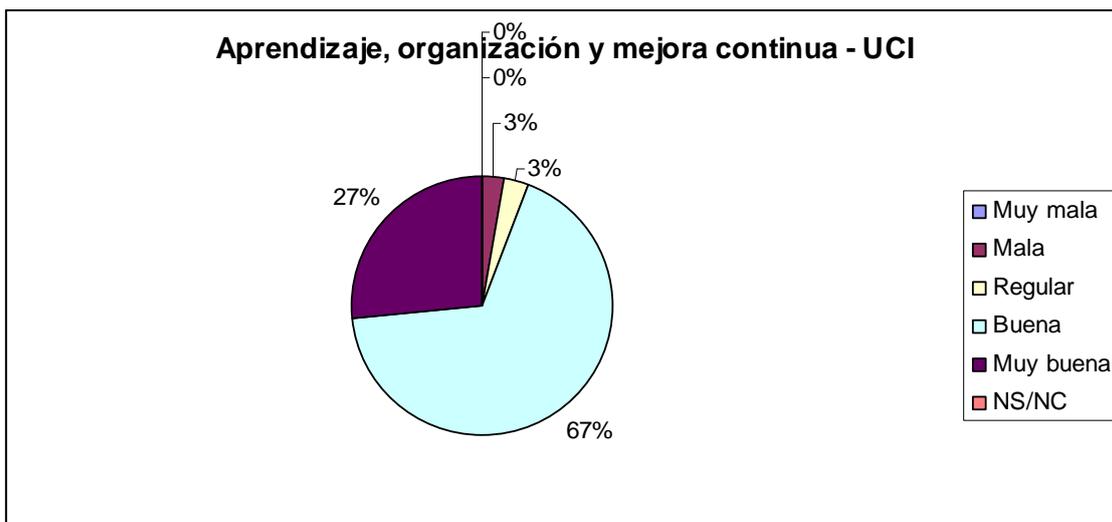
En esta dimensión, dentro de la unidad de UCI Pediátrica, el 68% de los encuestados considera que las acciones que se toman dirigidas a la mejora de la organización y el aprendizaje son buenas, y más del 26% considera que esas mismas medidas son muy buenas. Únicamente un 3% considera que dichas acciones son malas.

En lo que refiere a la unidad de Urgencias, el 48% considera que las acciones que se llevan a cabo en cuanto a aprendizaje, organización y mejora continua son buenas. Existe un 39% de personal que opina que las acciones son regulares y un 13% que cree que dichas acciones son malas.

En la unidad de Neonatología, predomina el personal que cree que las acciones son regulares (44%). El 30% tiene una buena opinión de las acciones que se llevan a cabo y un 14% cree que las acciones que se llevan al respecto no son las adecuadas.

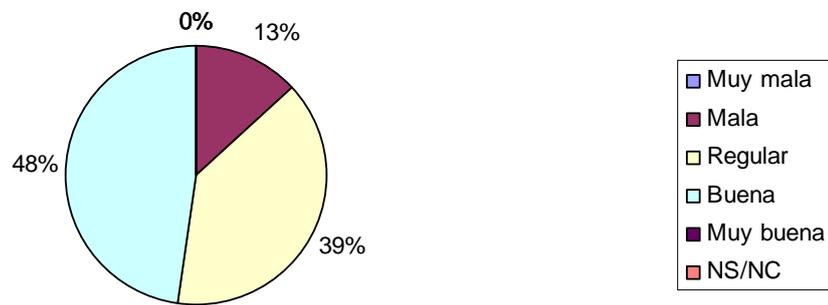
	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	0	0	1	2,9	1	2,9	23	67,6	9	26,6	0	0
<b>Urgencias</b>	0	0	3	13,1	9	39,1	11	47,8	0	0	0	0
<b>Neonatología</b>	1	2,9	4	11,8	15	44,1	10	29,5	3	8,8	1	2,9

Tabla 16: Aprendizaje, organización y mejora continua (por unidades)

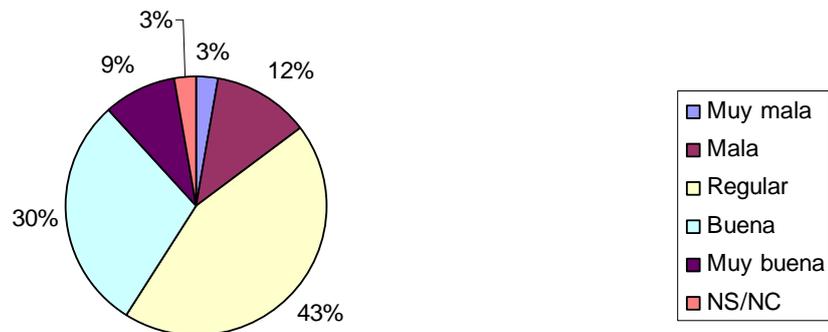




### Aprendizaje, organización y mejora continua - Urgencias



### Aprendizaje, organización y mejora continua



## 5.2.5. TRABAJO EN EQUIPO

Los ítems valorados por la encuesta en la dimensión de trabajo en equipo, incluyen la colaboración cuando la carga de trabajo es elevada y el respeto entre compañeros.

En la unidad de UCI, el 53% tiene una buena opinión del trabajo en equipo, y el 42% tiene una consideración muy buena del mismo.

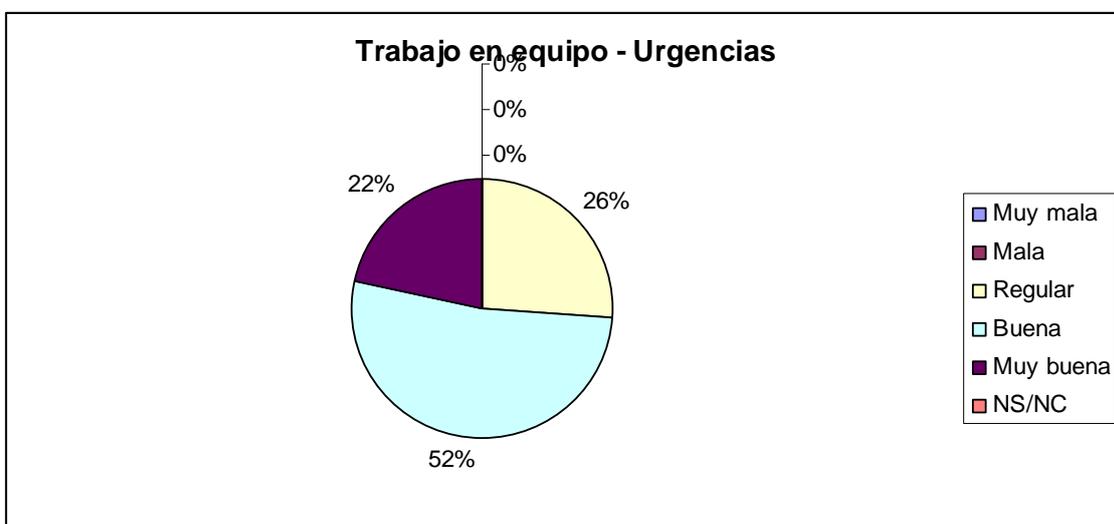
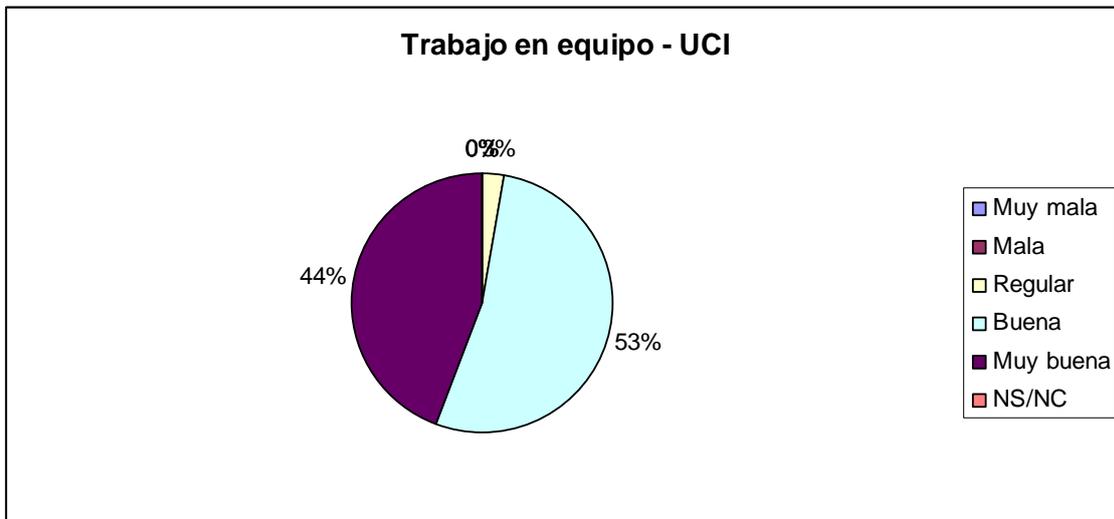
En la unidad de Urgencias, el 52 % tiene una buena opinión del trabajo en equipo, el 22% una opinión muy buena y el 26% una opinión regular.

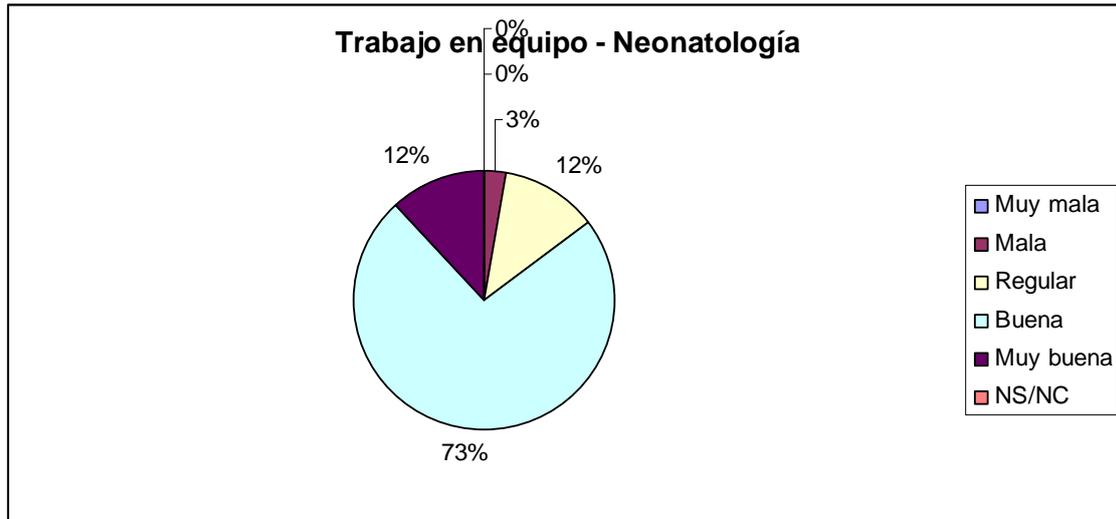


Dentro la unidad de Neonatología, el 73% tiene una opinión buena del trabajo en equipo, un 12% opina tiene una opinión muy buena, otro 12% opina que el trabajo en equipo se lleva a cabo de forma regular y un 3% tiene una mala opinión del trabajo en equipo.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	0	0	0	0	1	2,9	18	52,9	15	44,2	0	0
<b>Urgencias</b>	0	0	0	0	6	26,1	12	52,2	5	21,7	0	0
<b>Neonatología</b>	0	0	1	2,9	4	11,8	25	73,4	4	11,8	0	0

Tabla 17: Trabajo en equipo (por unidades)





### 5.2.6. FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

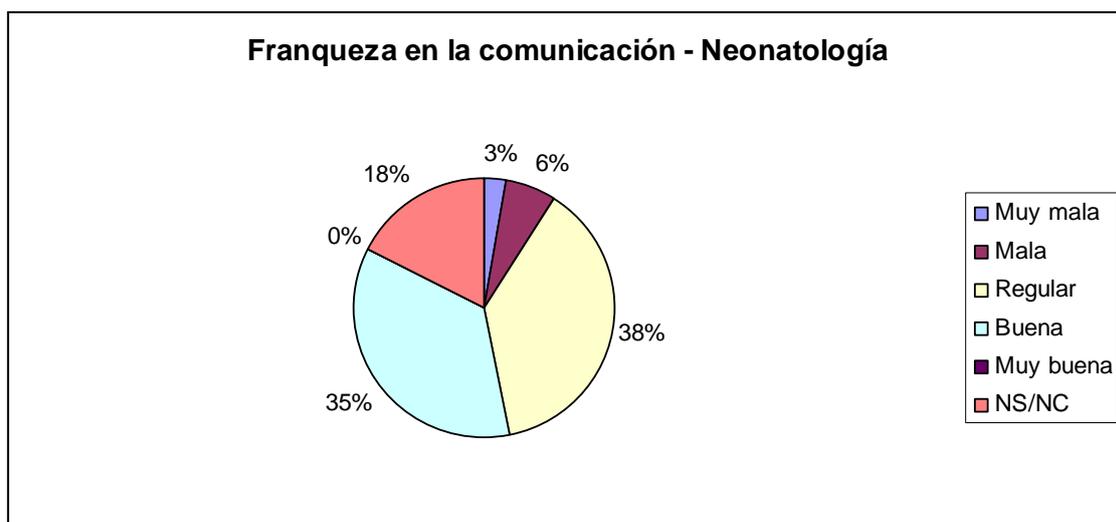
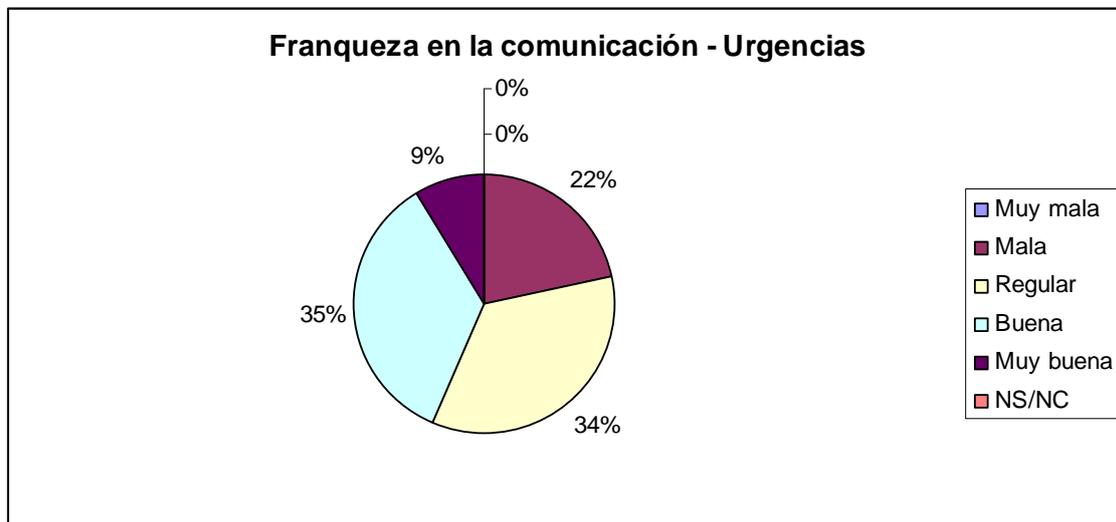
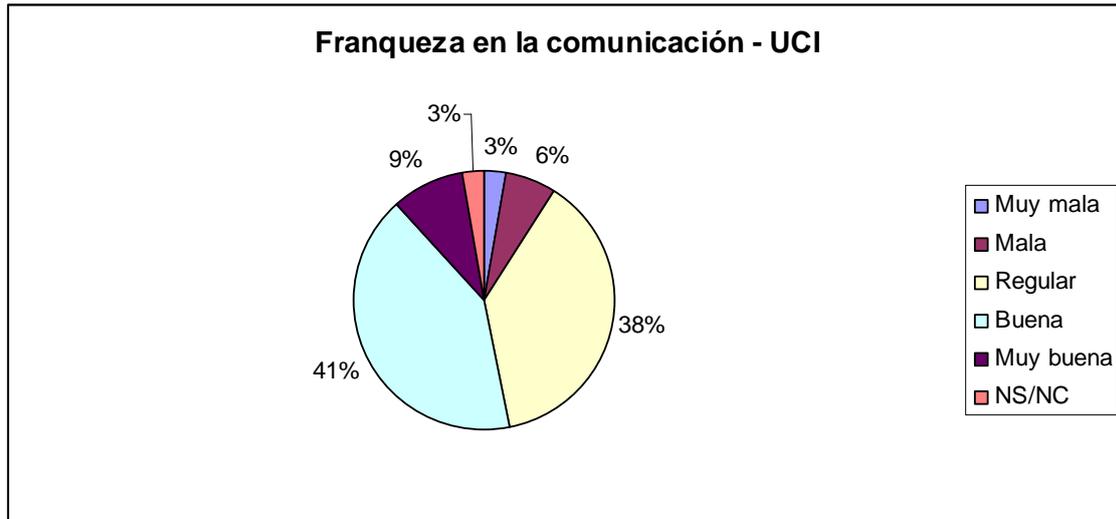
En la unidad de UCI, más del 40% que puede opinar sobre aspectos negativos del cuidado al paciente y cuestionar las decisiones de sus superiores sin que ello repercuta negativamente en su persona. El 9% considera que habría repercusiones negativas tras los hechos que acabamos de mencionar y un 38% tiene una opinión indiferente.

Dentro de la unidad de Urgencias, el 35% considera que se puede ser franco en la comunicación, y un 9% tiene una opinión muy buena al respecto. Existe un 35% de indiferencia y un 22% opina que no se puede ser franco en la comunicación, ya que podría llevar a cabo a represalias.

En lo que respecta a la unidad de Neonatología, el 35% cree que se puede ser franco en el trabajo. El 38% se muestra indiferente al respecto, y un 9% considera que si se tiene franqueza, podrían tener problemas.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	1	2,9	2	5,9	13	38,2	14	41,3	3	8,8	1	2,9
<b>Urgencias</b>	0	0	5	21,7	8	34,8	8	34,8	2	8,7	0	0
<b>Neonatología</b>	1	2,9	2	5,9	13	38,2	12	35,4	0	0	6	17,6

Tabla 18: Franqueza en la comunicación (por unidades)



## 5.2.7. FEEDBACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES



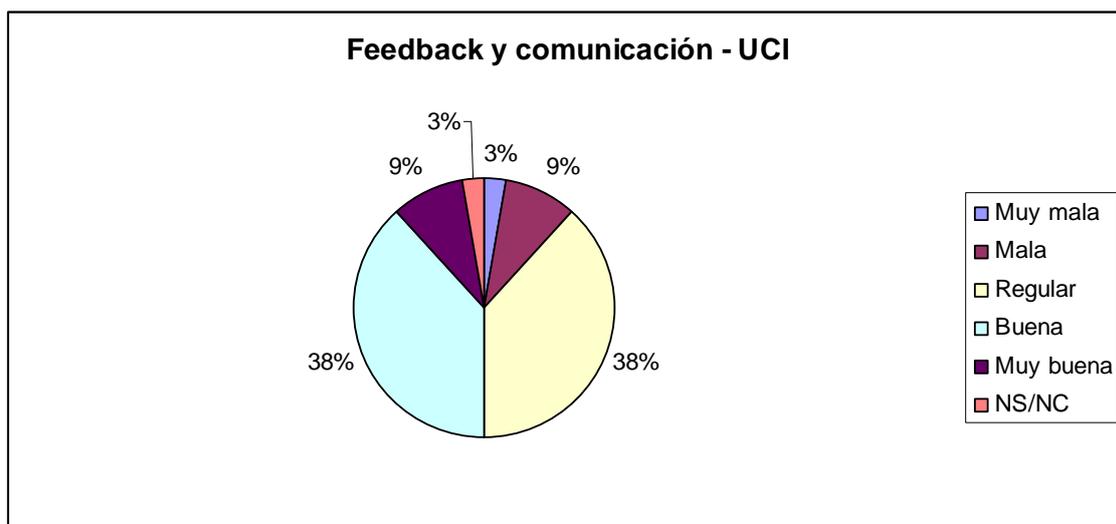
En la unidad de UCI, el 38% opina que la comunicación es buena cuando se notifica algún incidente, se informa de los errores que tienen lugar en la unidad o se discute sobre cómo prevenir algún error. Más del 10% considera que la comunicación es mala y un 38% considera que la comunicación es regular, ni es buena ni es mala.

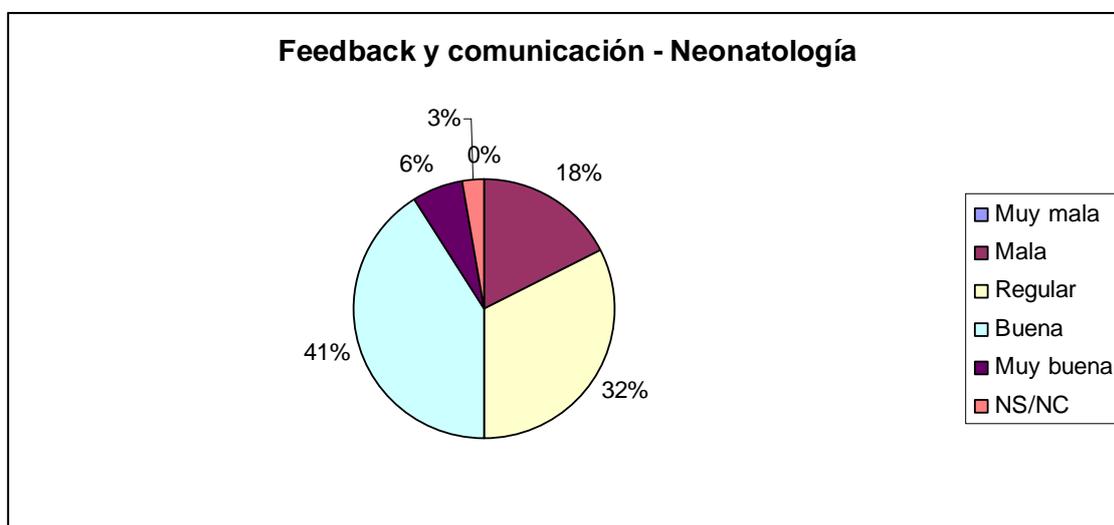
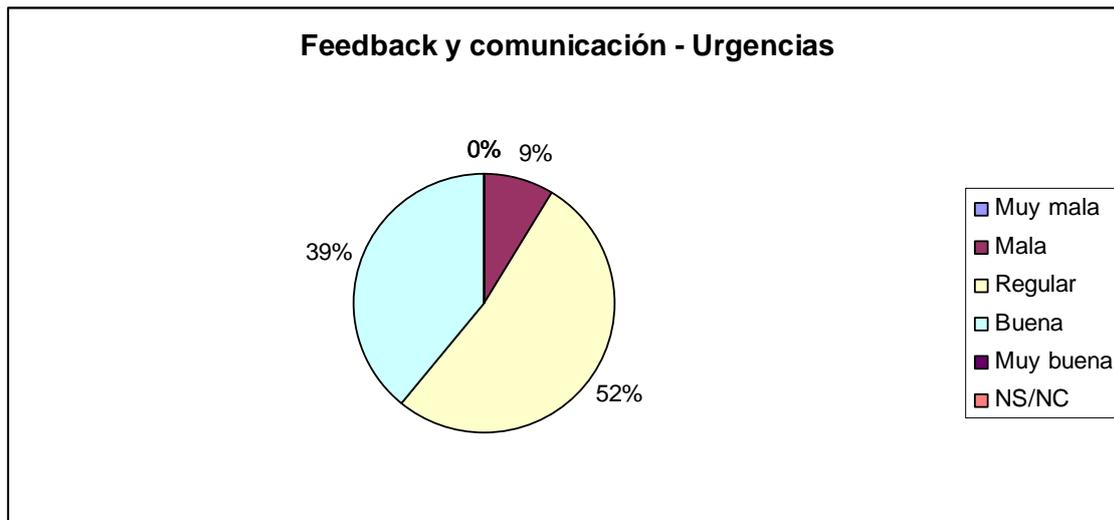
Dentro de la unidad de Urgencias, el 39% considera que la comunicación es buena, y el 52% considera que es regular. El 9% considera que la comunicación no se lleva a cabo como se debiera.

Por último, en lo que respecta a la unidad de Neonatología, el 41% considera que la comunicación es buena, y un 6% muy buena. El 32% cree que es regular, y un 18% considera que la comunicación en su unidad es mala.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	1	2,9	3	8,8	13	38,2	13	38,2	3	8,8	1	2,9
<b>Urgencias</b>	0	0	2	8,7	12	52,2	9	39,1	0	0	0	0
<b>Neonatología</b>	0	0	6	17,6	11	32,4	14	41,2	2	5,9	1	2,9

Tabla 19: Feedback y comunicación sobre errores (por unidades)





#### 5.2.8. RESPUESTA NO PUNITIVA

En la unidad de UCI, el 23.5% considera no existe respuesta punitiva. Otro 23.5% considera que sí hay una respuesta punitiva y el 50% restante se muestra indiferente al respecto.

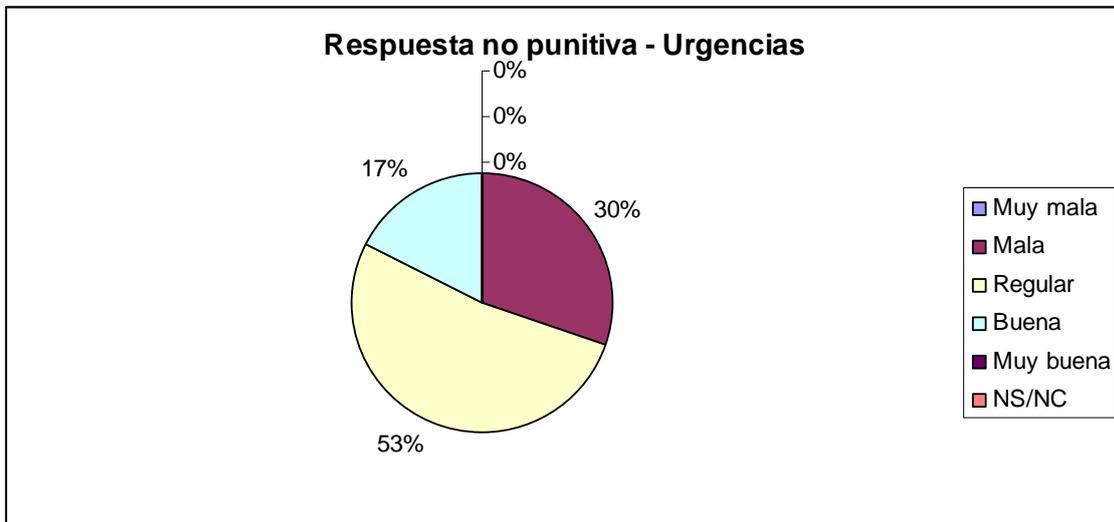
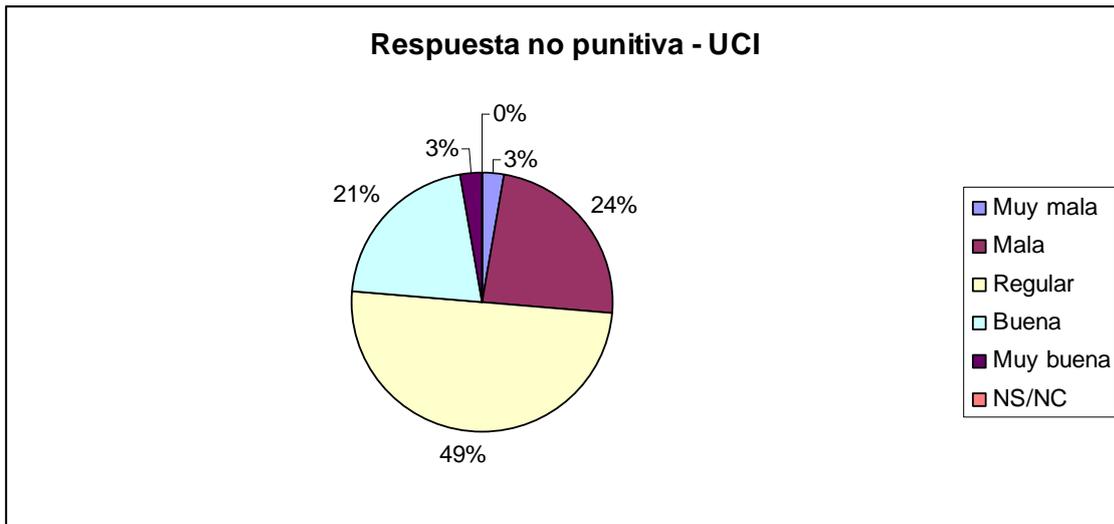
Dentro de la unidad de Urgencias, el 52% se muestra indiferente en este aspecto. El 17% considera que no hay respuesta punitiva ante errores, y el 30% considera que si existe la respuesta punitiva.

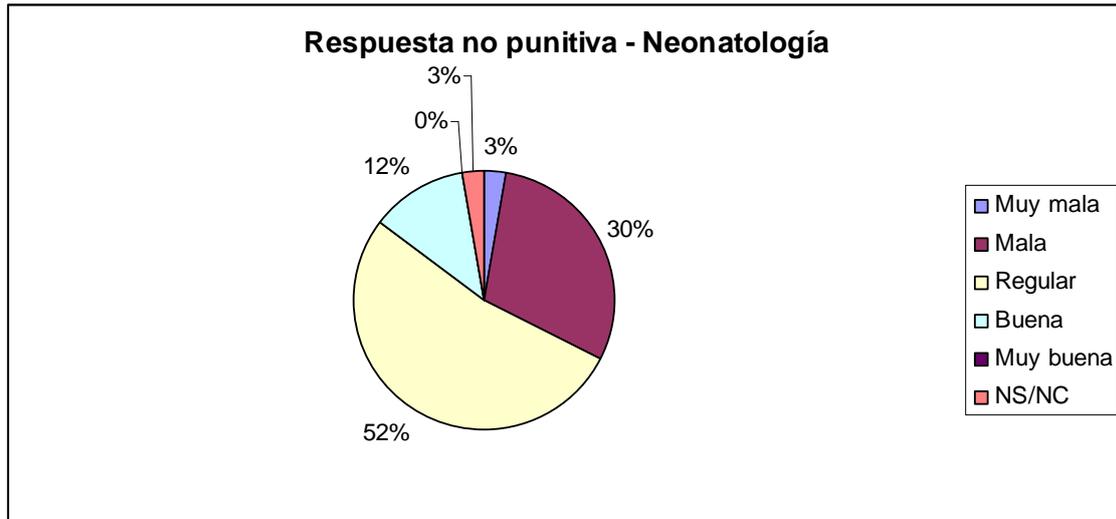
En la unidad de Neonatología, el 53% se muestra indiferente. El 33.5% cree que si existe respuesta punitiva antes los errores mientras que el 12% opina que no existe dicha respuesta punitiva.



	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	1	2,9	8	23,5	17	50,0	7	20,7	1	2,9	0	0
<b>Urgencias</b>	0	0	7	30,4	12	52,2	4	17,4	0	0	0	0
<b>Neonatología</b>	1	2,9	10	29,5	18	52,9	4	11,8	0	0	1	2,9

Tabla 20: Respuesta no punitiva (por unidades)





### 5.2.9. DOTACIÓN DE PERSONAL

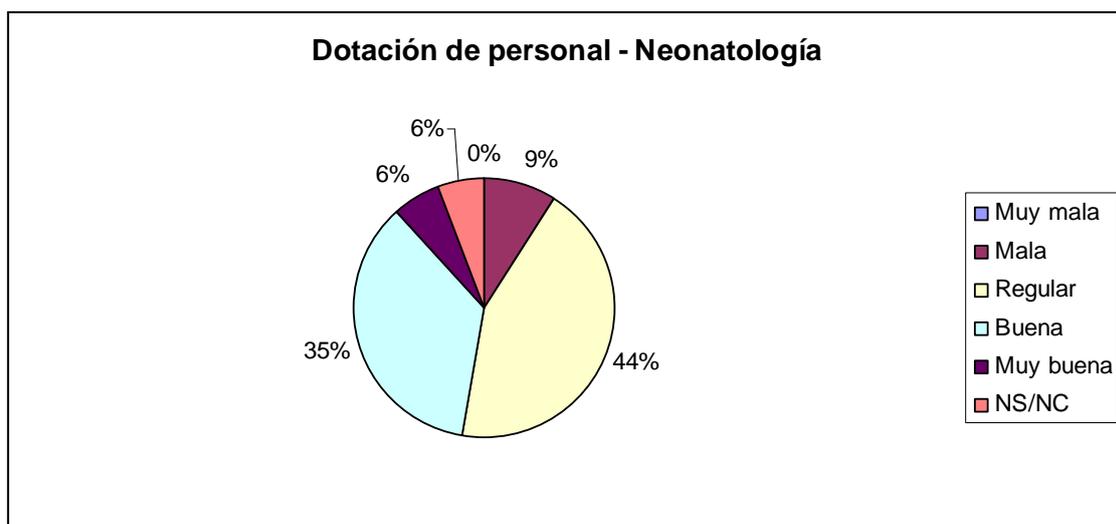
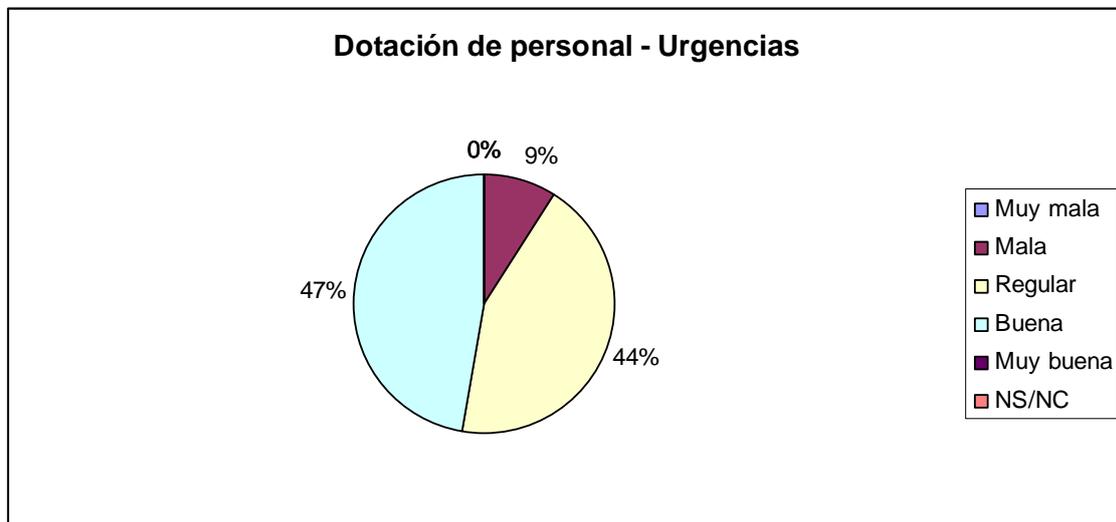
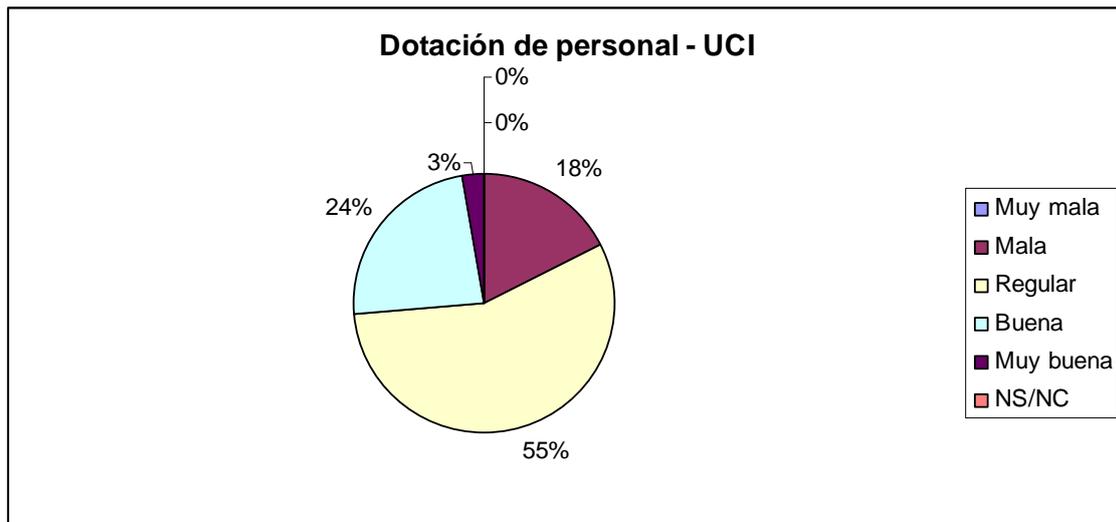
En la unidad de UCI, el 56% considera regular la dotación de personal. El 17% opina que el personal es insuficiente en la unidad y el 26% opina que la dotación es buena (23%) o muy buena (3%).

En la unidad de Urgencias, el 47% considera que existe suficiente personal para llevar a cabo el trabajo. El 9% declara que el personal es insuficiente, y un 43% opina que la dotación de personal es regular.

Por último, en la unidad de Neonatología, el 35% considera que la dotación de personal es buena y un 6% muy buena. El 9% considera que no hay suficiente personal y el 44% que la dotación es regular.

Tabla 21: Dotación de personal (por unidades)

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	0	0	6	17,6	19	55,9	8	23,6	1	2,9	0	0
<b>Urgencias</b>	0	0	2	8,7	10	43,5	11	46,8	0	0	0	0
<b>Neonatología</b>	0	0	3	8,8	15	44,1	12	35,3	2	5,9	2	5,9





### 5.2.10. APOYO DE LA GERENCIA

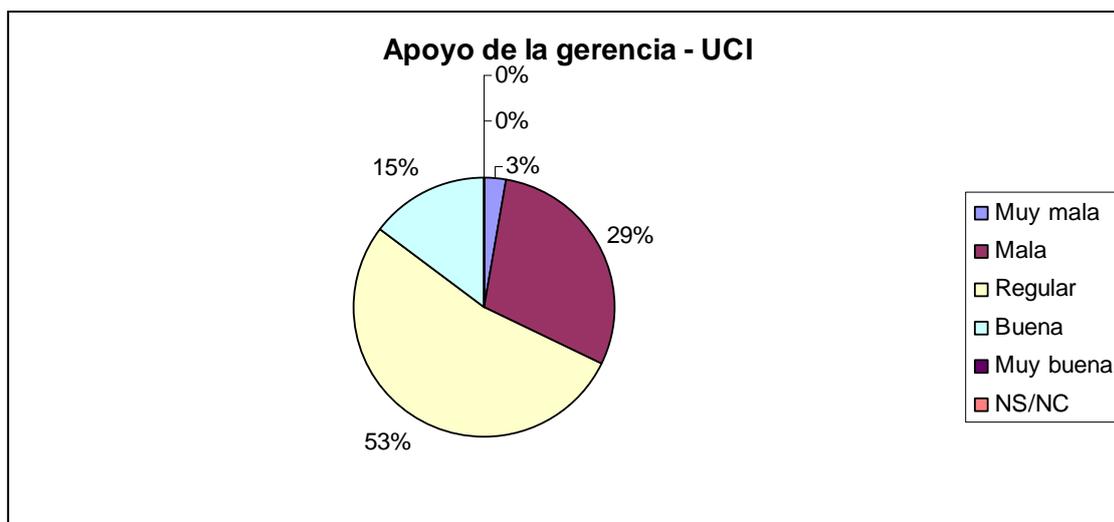
Dentro de la unidad de UCI, el 53% considera regular el apoyo de la gerencia. El 15% considera que el apoyo es bueno, y un 30% que es malo. El 3% considera que no existe para nada apoyo por parte de la gerencia.

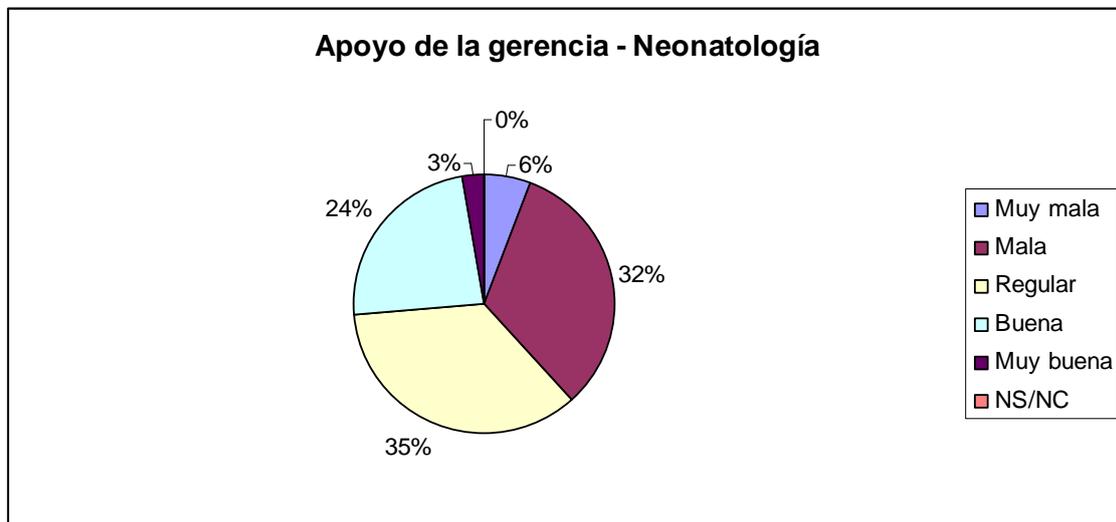
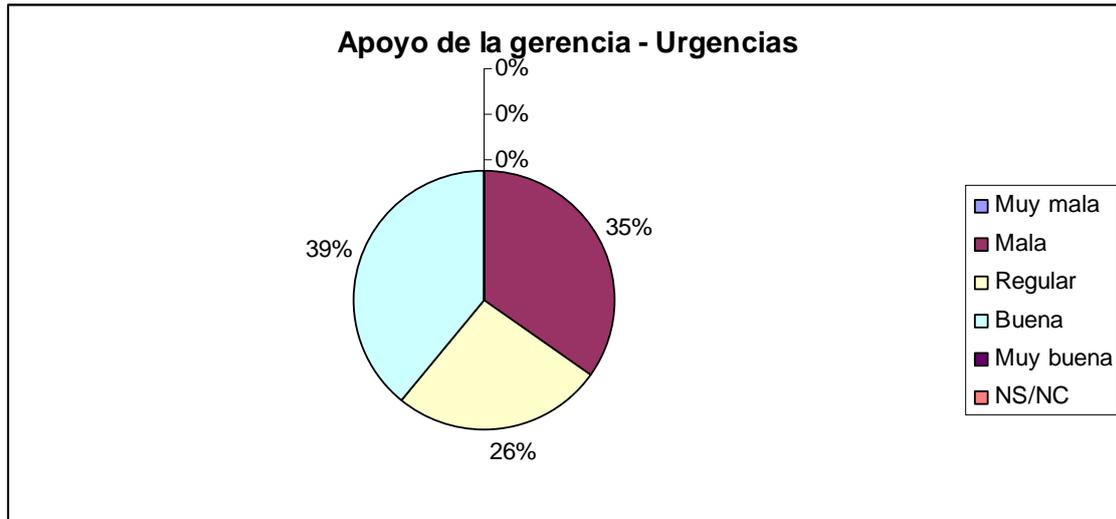
En Urgencias, el 39% considera que si existe apoyo por parte de la gerencia. El 35% opina que no existe dicho apoyo, y el 26% se muestra indiferente.

Dentro de la unidad de Neonatología, el 23% considera que existe apoyo por parte de la gerencia, y un 3% tiene muy buena consideración del apoyo de la gerencia. Por el otro lado, un 6% considera muy negativamente el apoyo de la gerencia, y un 32% malamente. El 35% se declara indiferente.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	1	2,9	10	29,4	18	52,9	5	14,8	0	0	0	0
<b>Urgencias</b>	0	0	8	34,8	6	26,1	9	39,1	0	0	0	0
<b>Neonatología</b>	2	5,9	11	32,3	12	35,4	8	23,5	1	2,9	0	0

Tabla 22: Apoyo de la gerencia (por unidades)





### 5.2.11. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES

En la unidad de UCI, el 35.3% considera que la relación de trabajo en equipo entre diferentes unidades es buena. El 53% considera que el trabajo en equipo entre unidades se lleva a cabo de forma regular, y un 12% considera que se lleva a cabo malamente.

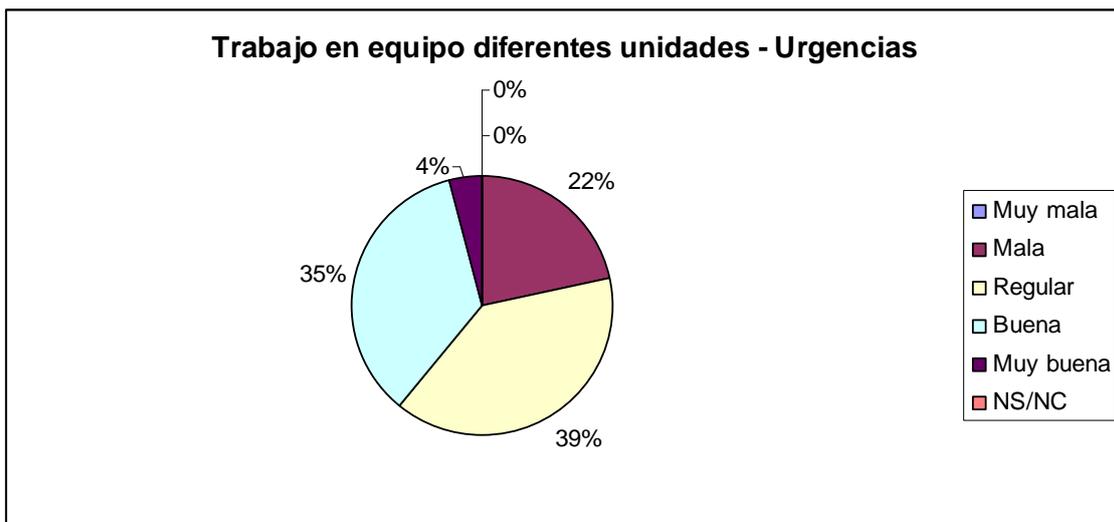
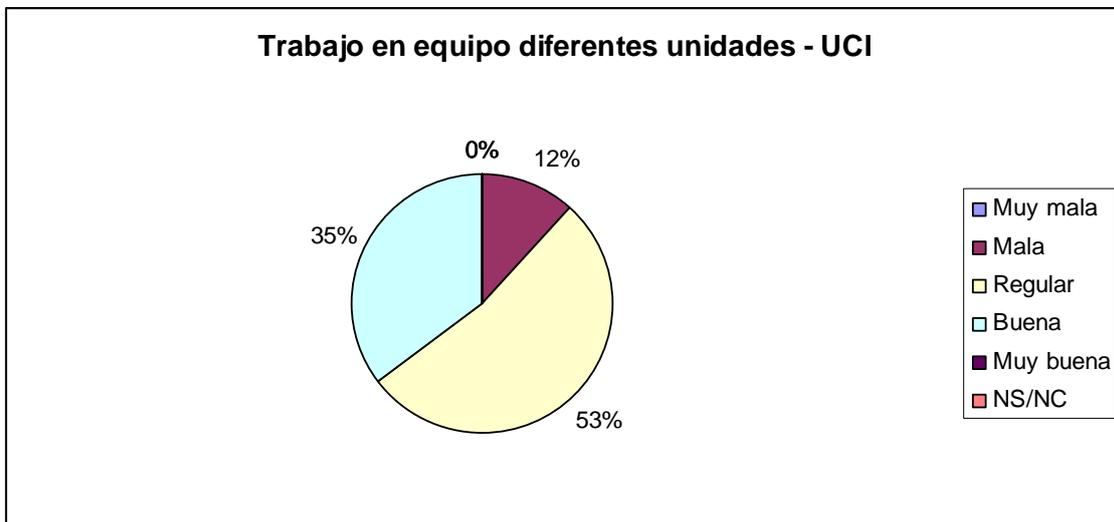
En lo que respecta a la unidad de Urgencias, el 35% considera que la relación de trabajo entre diferentes unidades es buena, el 22% considera que la relación es mala y un 40% cree que la relación es regular.

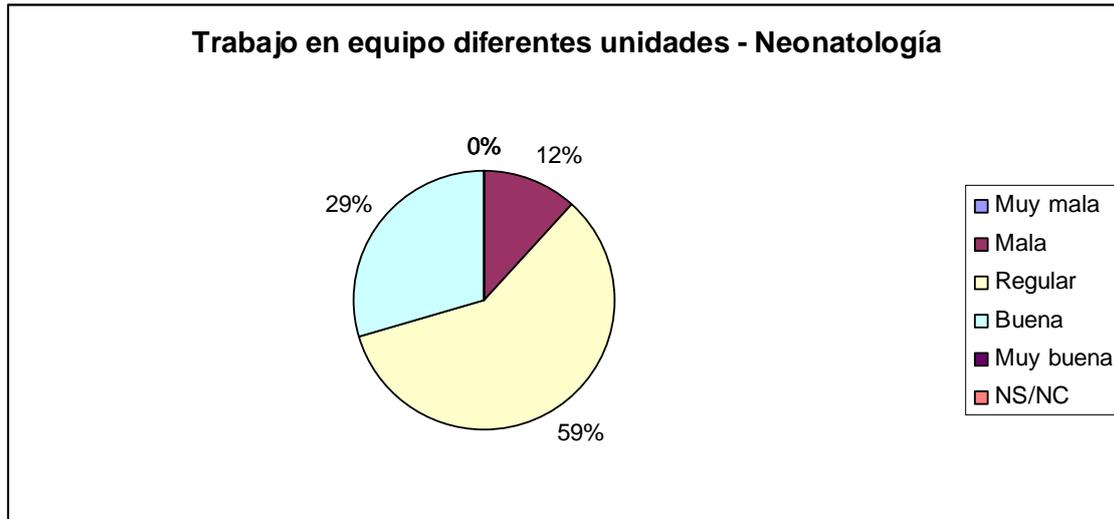


En Neonatología, el 29% considera que la relación es buena, el 12% que es mala, y el 59% regular.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	0	0	4	11,8	18	52,9	12	35,3	0	0	0	0
<b>Urgencias</b>	0	0	5	21,7	9	39,2	8	34,8	1	4,3	0	0
<b>Neonatología</b>	0	0	4	11,8	20	58,8	10	29,4	0	0	0	0

Tabla 23: Trabajo en equipo entre unidades (por unidades)





### 5.2.12. PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES

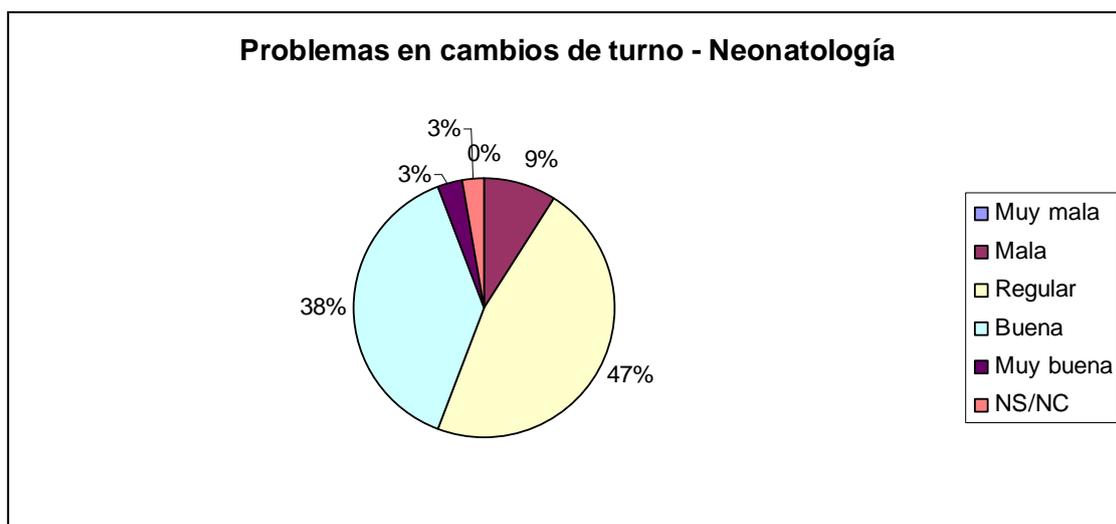
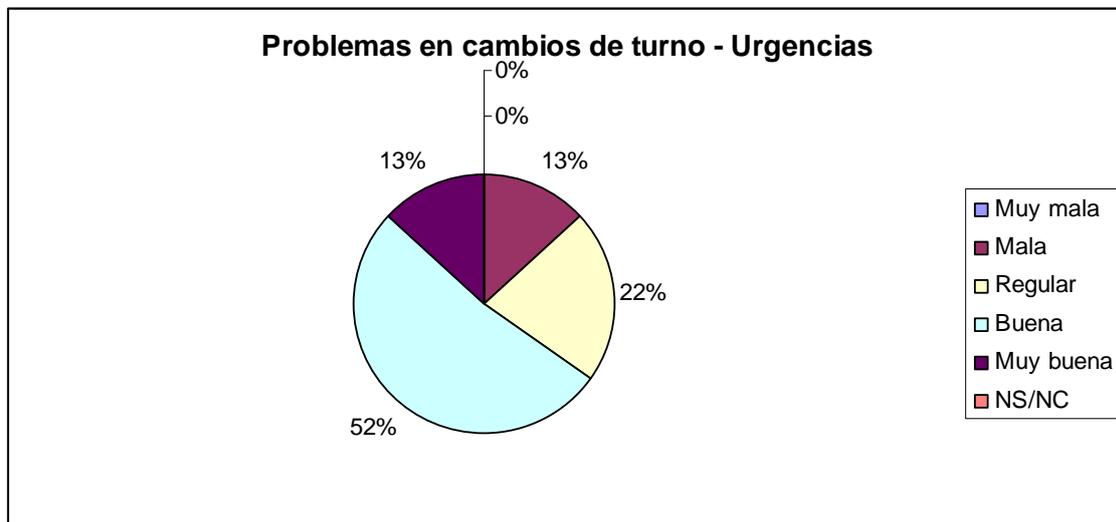
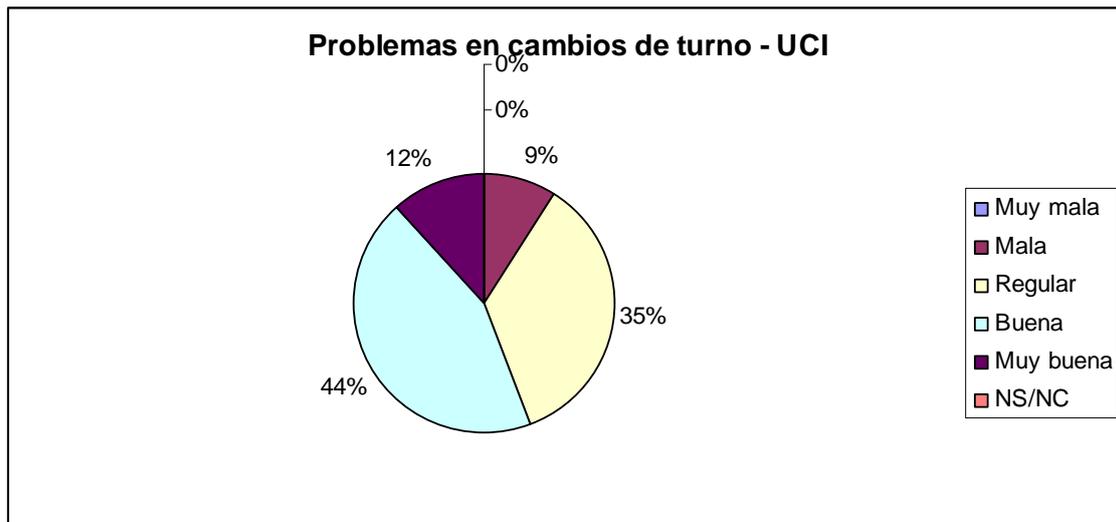
En la unidad de UCI, el 55% considera que no existen problemas en los cambios de turnos y transiciones, un 35% se declara indiferente y el 9% cree que si hay problemas en los cambios de turno.

En Urgencias, el 65% considera que no hay problemas de comunicación en los cambios de turno, el 13% considera que si existen estos problemas y el 22% tiene una opinión de indiferencia al respecto.

En Neonatología, el 41% cree que no existen problemas en los cambios de turno, el 9% considera que si existen problemas y el 47% se mantiene indiferente al respecto.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>UCI</b>	0	0	3	8,8	12	35,3	15	44,1	4	11,8	0	0
<b>Urgencias</b>	0	0	3	13,0	5	21,7	12	52,3	3	13,0	0	0
<b>Neonatología</b>	0	0	3	8,9	16	47,0	13	38,3	1	2,9	1	2,9

Tabla 24: Problemas en cambios de turno y transiciones (por unidades)





### 5.3. RESULTADOS POR CATEGORÍAS PROFESIONALES

#### 5.3.1. FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

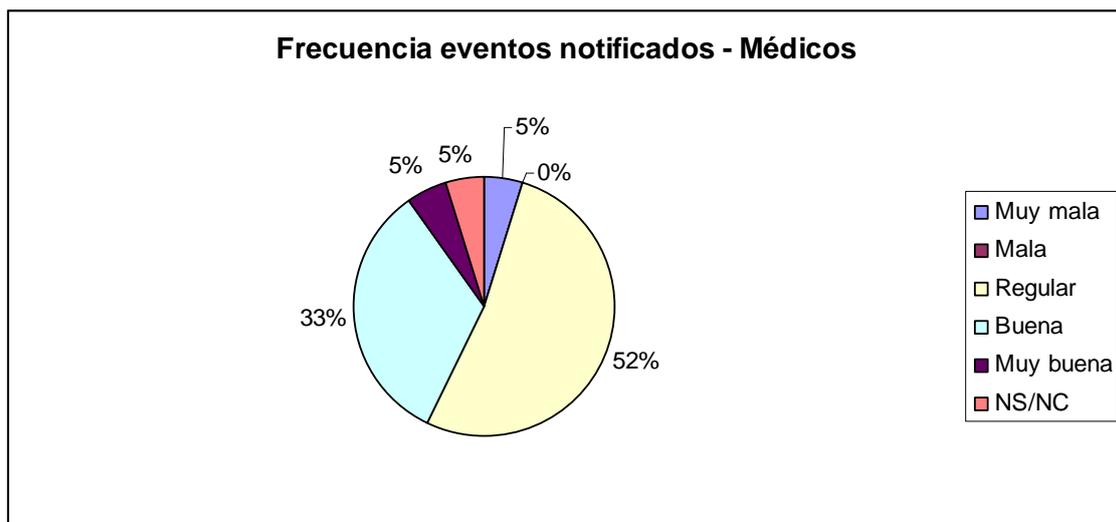
En lo que respecta a los médicos, el 38% tiene una buena opinión de la frecuencia de eventos notificados. El 5% tiene mala opinión de dicha frecuencia, y un 52% considera regular la forma en la que se lleva a cabo las notificaciones.

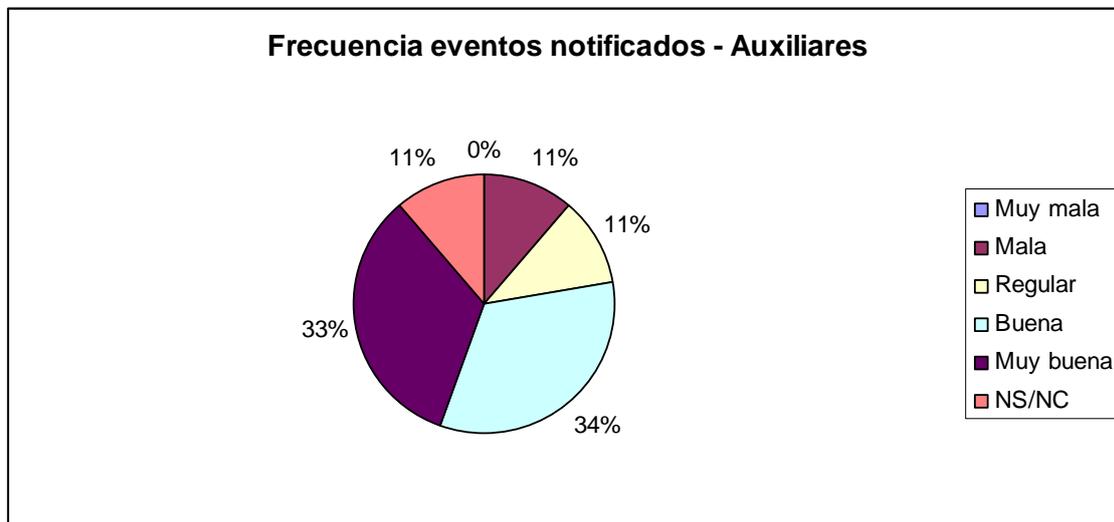
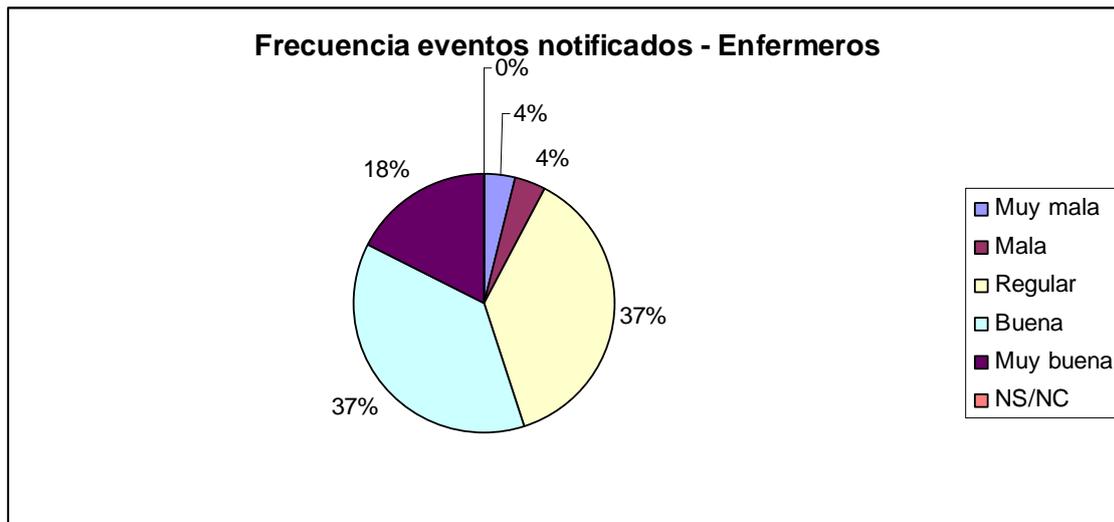
En cuanto a los enfermeros, el 37% tiene una buena opinión de la frecuencia de eventos notificados y el 18% una muy buena opinión. El 8% tiene una opinión mala de la frecuencia y el 37% opina con indiferencia.

Por último, en lo que refiere a auxiliares, el 66% considera que los eventos se notifican de manera correcta, mientras que un 11% considera que la notificación se hace de forma errónea.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	1	4,8	0	0	11	52,4	7	33,3	1	4,8	1	4,8
<b>Enfermeros</b>	2	3,9	2	3,9	19	37,3	19	37,3	9	17,6	0	0
<b>Auxiliares</b>	0	0	1	11,1	1	11,1	3	33,3	3	33,3	1	11,1

Tabla 25: Frecuencia de eventos notificados (por categorías profesionales)





### 5.3.2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

El 52% de los médicos tiene una buena percepción de la seguridad del paciente, y el 43% tiene una percepción regular.

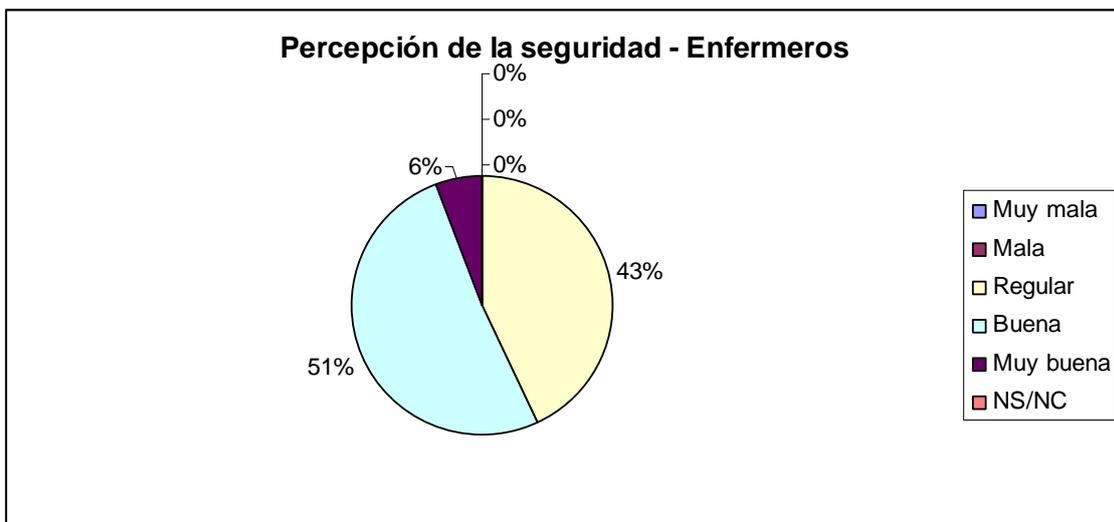
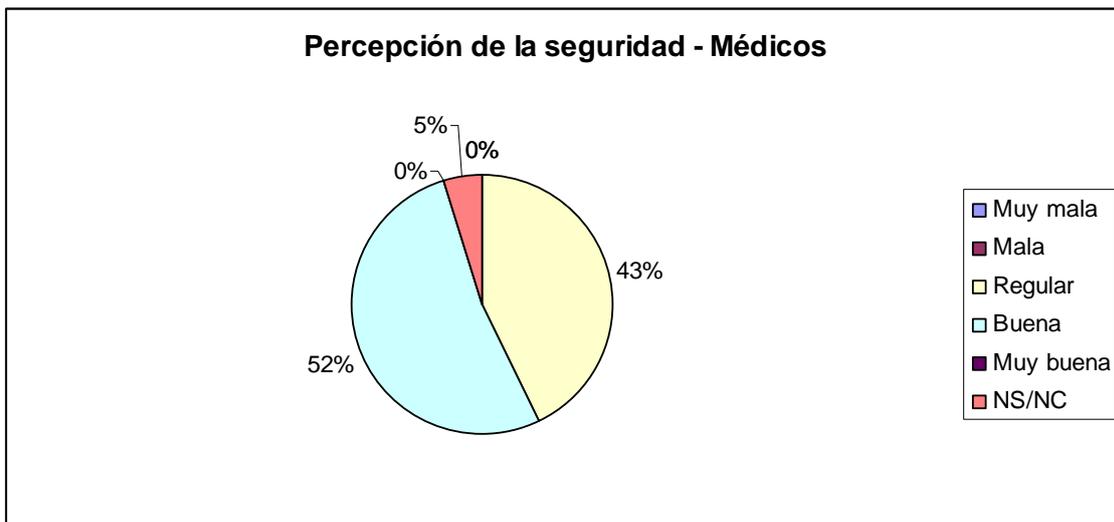
En cuanto a los enfermeros, el 51% tiene una buena opinión de la percepción de seguridad, el 6% muy buena opinión y el 43% considera que la percepción de seguridad es regular.

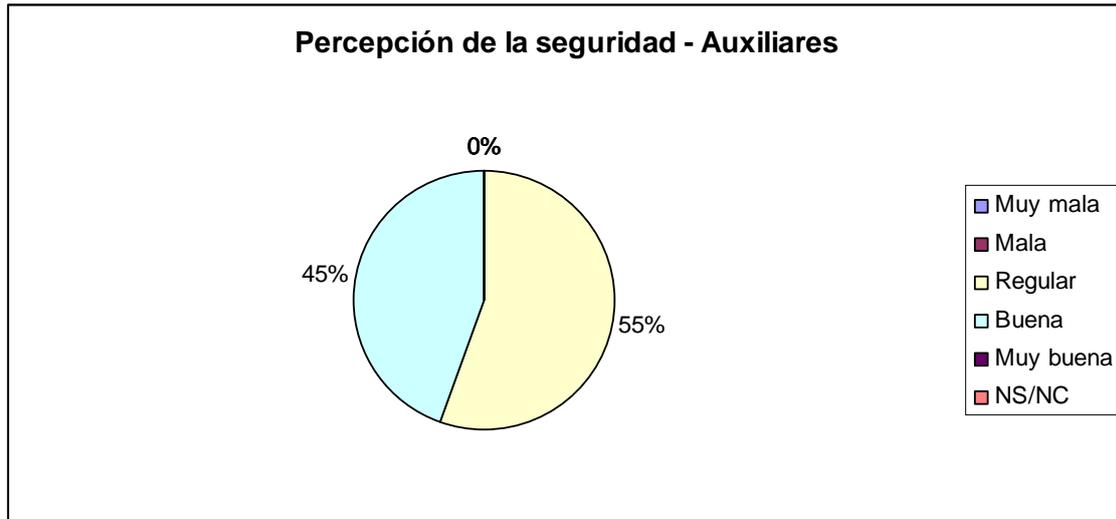
Por último, el 55% de los auxiliares tiene una percepción regular de la seguridad del paciente mientras que el 44% restante cree que la percepción de seguridad es buena.



	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	0	0	0	0	9	42,9	11	52,3	0	0	1	4,8
<b>Enfermeros</b>	0	0	0	0	22	43,1	26	51,0	3	5,9	0	0
<b>Auxiliares</b>	0	0	0	0	5	55,5	4	44,5	0	0	0	0

Tabla 26: Percepción de la seguridad (por categorías profesionales)





### 5.3.3. EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN

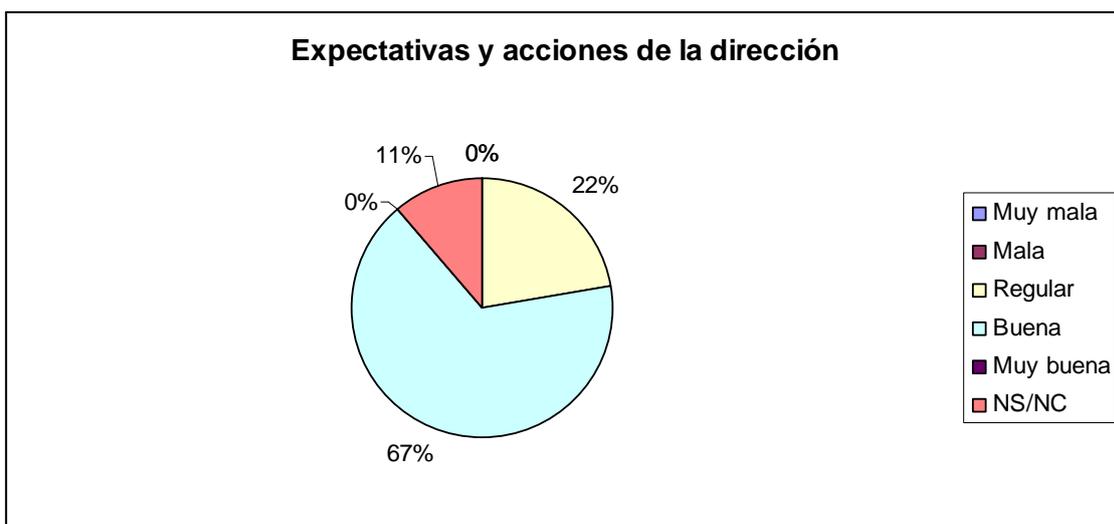
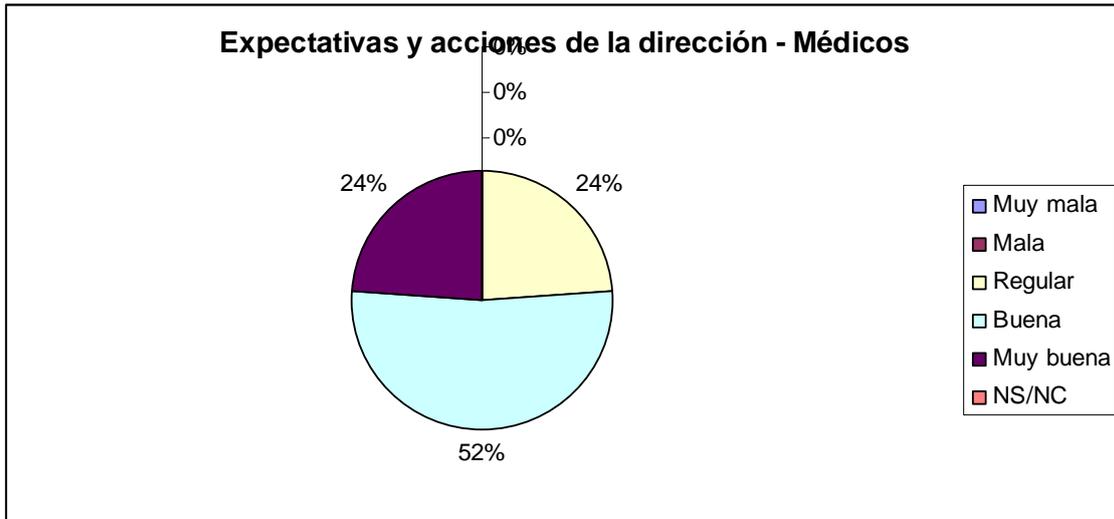
El 52% de los médicos considera buenas las acciones de la dirección y un 24% las considera muy buenas. El 24% restante las considera regulares.

El 57% de los enfermeros considera buenas las acciones de la dirección, el 18% las considera muy buenas y el 23% restante regulares.

En cuanto a los auxiliares, el 66% tiene una buena opinión de las acciones de la dirección, y el 22% las considera regulares

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	0	0	0	0	5	23,8	11	52,4	5	23,8	0	0
<b>Enfermeros</b>	0	0	0	0	12	23,5	29	56,9	9	17,6	1	2,0
<b>Auxiliares</b>	0	0	0	0	2	22,3	6	66,6	0	0	1	11,1

Tabla 27: Expectativas y acciones de la dirección (por categorías profesionales)



#### 5.3.4. APRENDIZAJE, ORGANIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA



El 43% de los médicos considera buenas las acciones que se llevan a cabo para la mejora continua. El 14% considera muy buenas acciones y el 38% las considera regulares. El 5% de los médicos considera muy malas dichas acciones.

El 52% de los enfermeros considera buenas las acciones que se llevan a cabo para la mejora continua, y un 12% las considera muy buenas. El 6% cree que las acciones no están bien dirigidas y el 27 % se muestra indiferente.

En lo que respecta a los auxiliares, el 44% tiene buena opinión de las acciones y un 22% tiene muy buena opinión. El 22% no tiene tan buena opinión de las acciones, y el 1% se muestra indiferente.

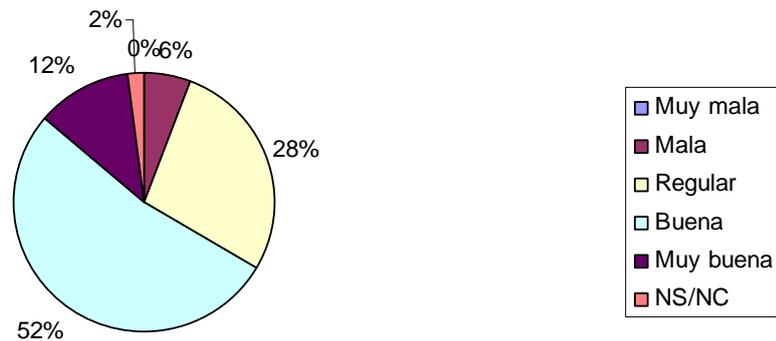
	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	1	4,8	0	0	8	38,1	9	42,8	3	14,3	0	0
<b>Enfermeros</b>	0	0	3	5,9	14	27,5	27	52,8	6	11,8	1	2,0
<b>Auxiliares</b>	0	0	2	22,2	1	11,1	4	44,4	2	22,3	0	0

Tabla 28: Aprendizaje, organización y mejora continua (por categorías profesionales)

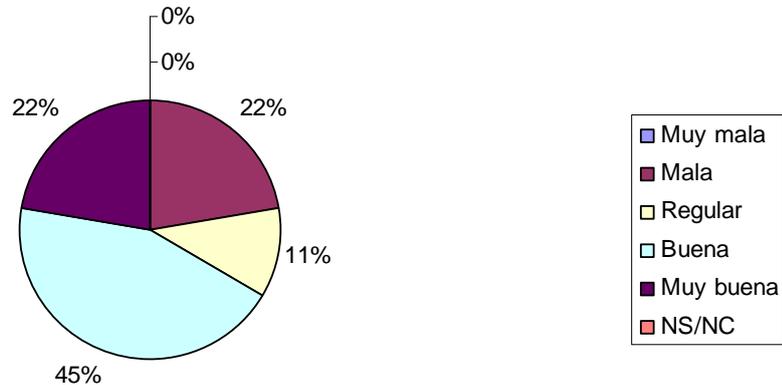




### Aprendizaje, organización y mejora continua - Enfermeros



### Aprendizaje, organización y mejora continua - Auxiliares



#### 5.3.5. TRABAJO EN EQUIPO

El 62% de los médicos tiene buena opinión del trabajo en equipo, y el 29% tiene muy buena opinión del mismo. El 9% considera que el trabajo en equipo se lleva de forma regular.

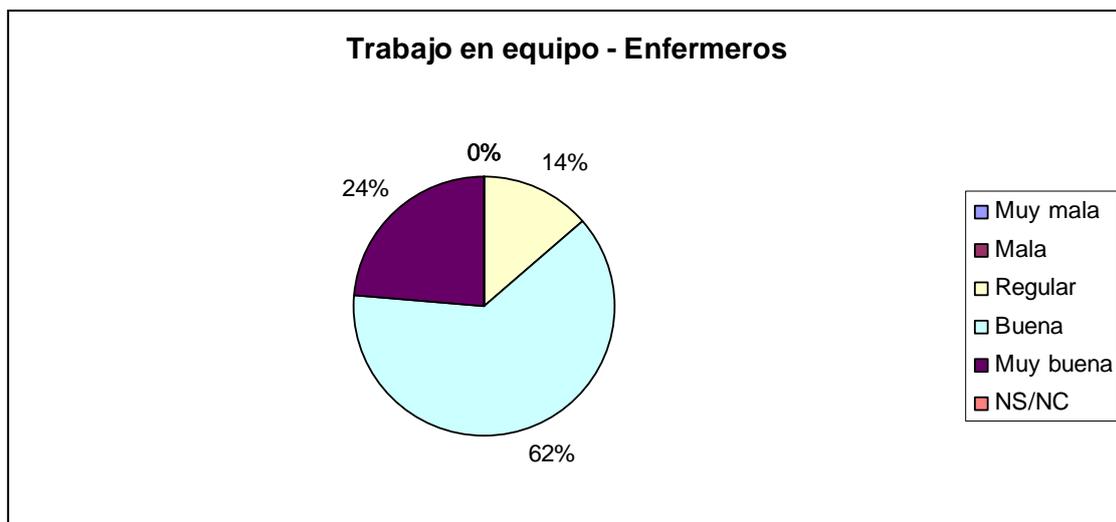
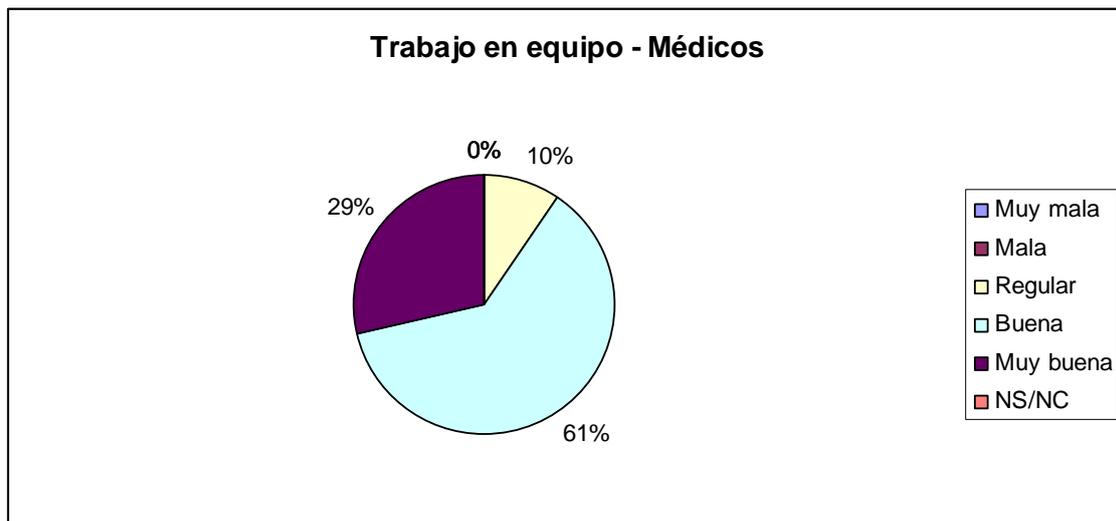
El 63% de los enfermeros tiene en buena consideración el trabajo en equipo, y el 24% tiene muy buena opinión del mismo. El 14% tiene una opinión de indiferencia al respecto.

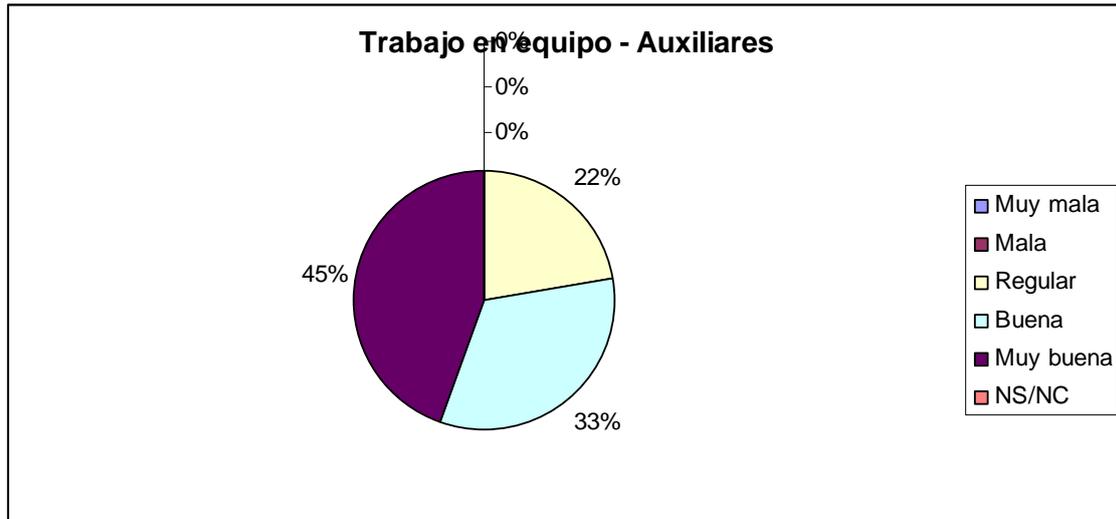
En cuanto a los auxiliares, el 44% tiene muy buena opinión del trabajo en equipo, el 33% tiene buena opinión del mismo y el 22% se muestra indiferente.



	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	0	0	0	0	2	9,5	13	61,9	6	28,6	0	0
<b>Enfermeros</b>	0	0	0	0	7	13,7	32	62,7	12	23,6	0	0
<b>Auxiliares</b>	0	0	0	0	2	22,3	3	33,3	4	44,4	0	0

Tabla 29: Trabajo en equipo (por categorías profesionales)





### 5.3.6. FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

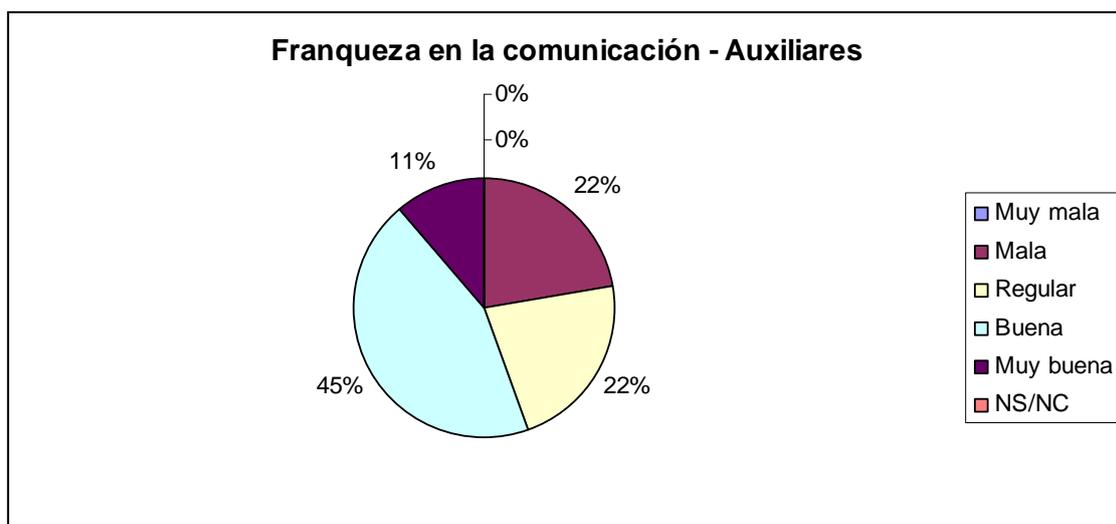
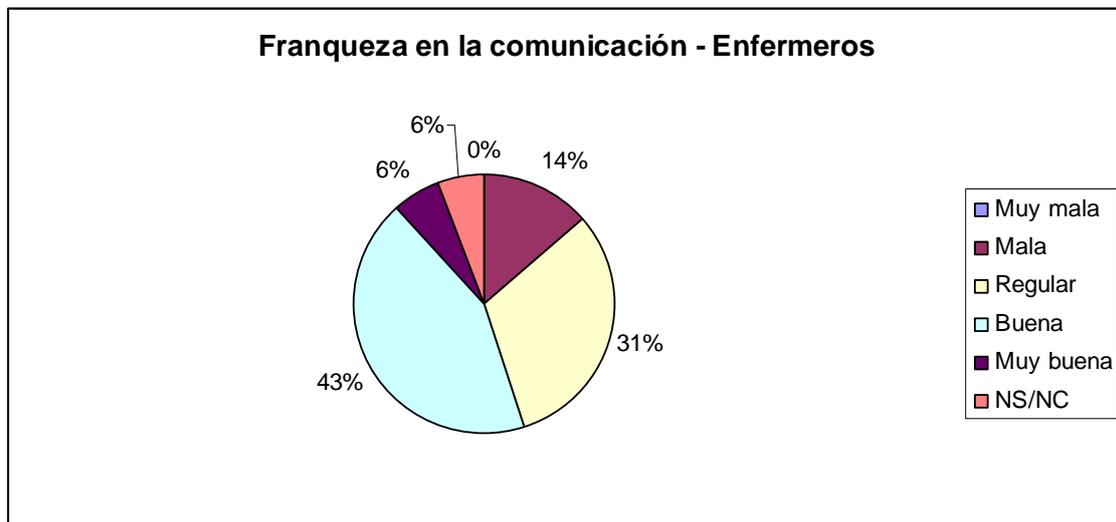
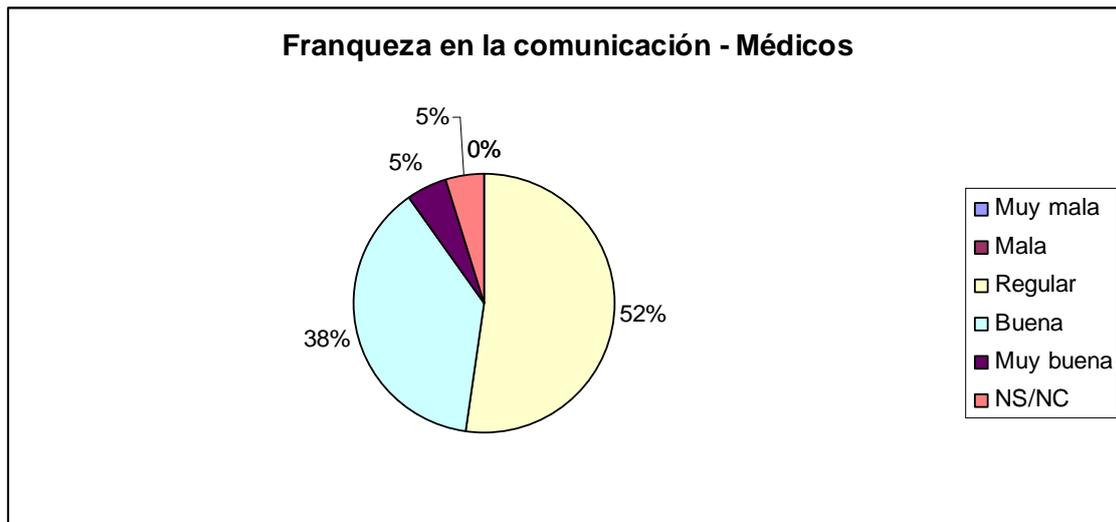
El 43% de los médicos considera que se puede ser franco en la comunicación y el 57% restante tiene una opinión de indiferencia.

El 48% de los enfermeros considera que puede ser franco en su trabajo, un 14% considera que si se es franco se podrían tener repercusiones negativas y el 31% se muestra indiferente.

El 55% de los auxiliares considera que se puede ser franco en la comunicación, un 22% considera que ser franco conllevaría represalias y un 22% se muestra indiferente.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	0	0	0	0	11	52,3	8	38,1	1	4,8	1	4,8
<b>Enfermeros</b>	0	0	7	13,7	16	31,4	22	43,1	3	5,9	3	5,9
<b>Auxiliares</b>	0	0	2	22,2	2	22,2	4	44,4	1	11,1	0	0

Tabla 30: Franqueza en la comunicación (por categorías profesionales)



### 5.3.7. FEEDBACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES



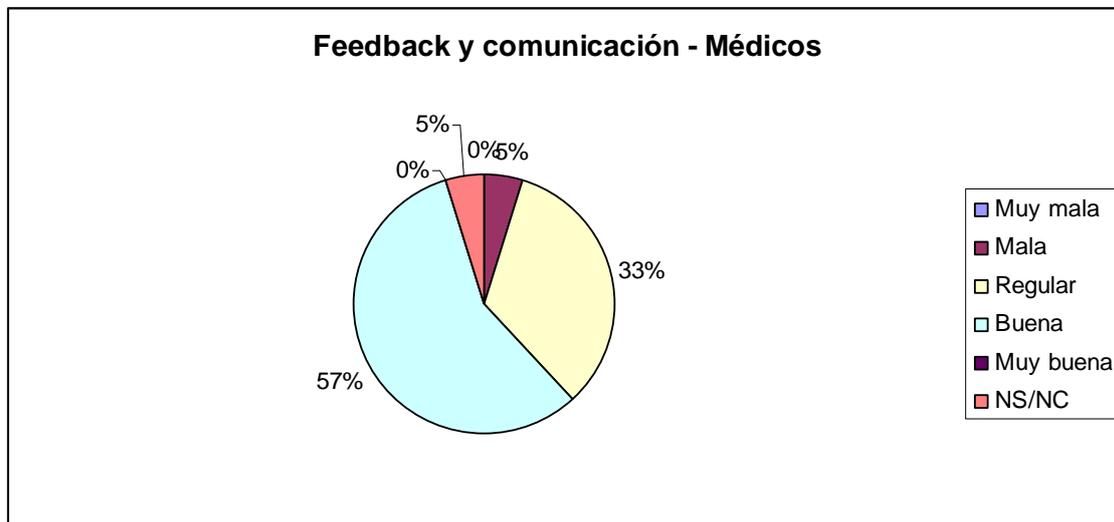
El 57% de los médicos tiene buena opinión de la comunicación acerca de los errores. El 5% tiene mala consideración del mismo, y un 33% se muestra indiferente.

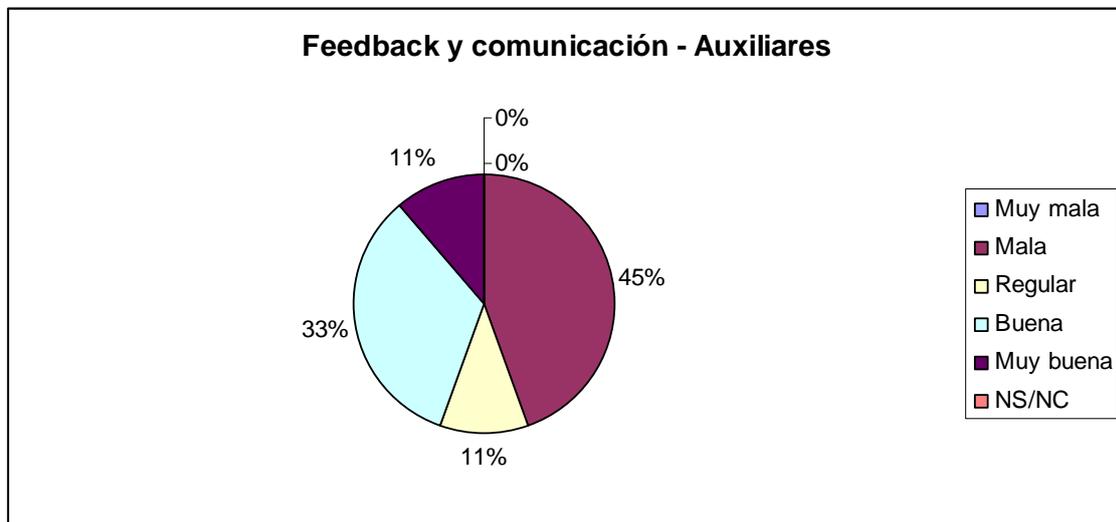
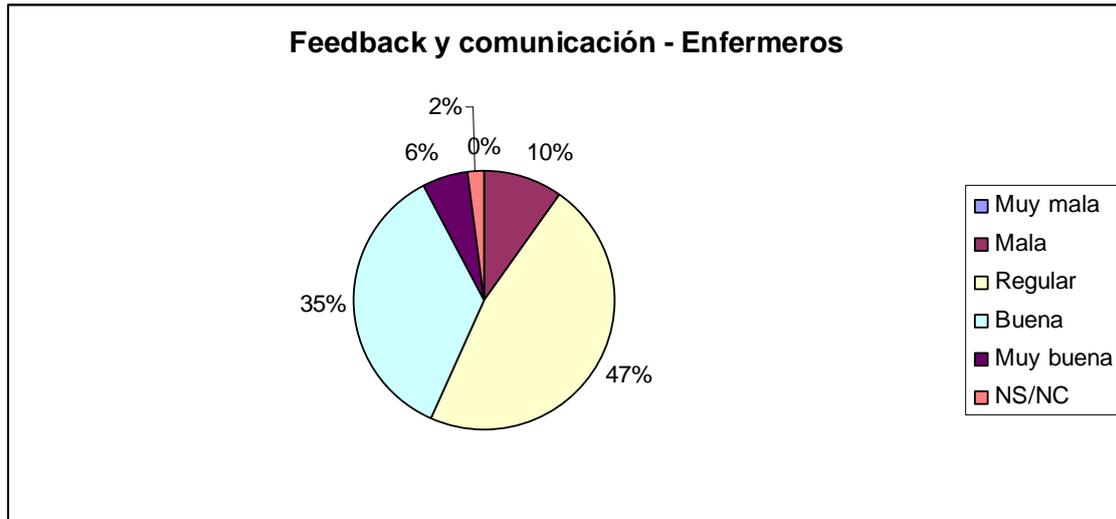
En lo que respecta a los enfermeros, el 47% se muestra indiferente. El 35% tiene en buena consideración la comunicación que se lleva a cabo cuando se cometen errores. Un 10% considera que no existe esta comunicación.

Por último, el 44% de los auxiliares considera que no existe comunicación sobre los errores, mientras que otro 44% considera que si existe esta comunicación y que es correcta. El 12% restante se muestra indiferente.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	0	0	1	4,8	7	33,3	12	57,1	0	0	1	4,8
<b>Enfermeros</b>	0	0	5	9,8	24	47,0	18	35,3	3	5,9	1	2,0
<b>Auxiliares</b>	0	0	4	44,4	1	11,1	3	33,3	1	11,1	0	0

Tabla 31: Feedback y comunicación sobre errores (por categoría profesional)





### 5.3.8. RESPUESTA NO PUNITIVA

El 33.5% de los médicos considera que no existe respuesta punitiva antes los errores. El 5% considera que si existe dicha respuesta y el 62% se muestra indiferente al respecto.

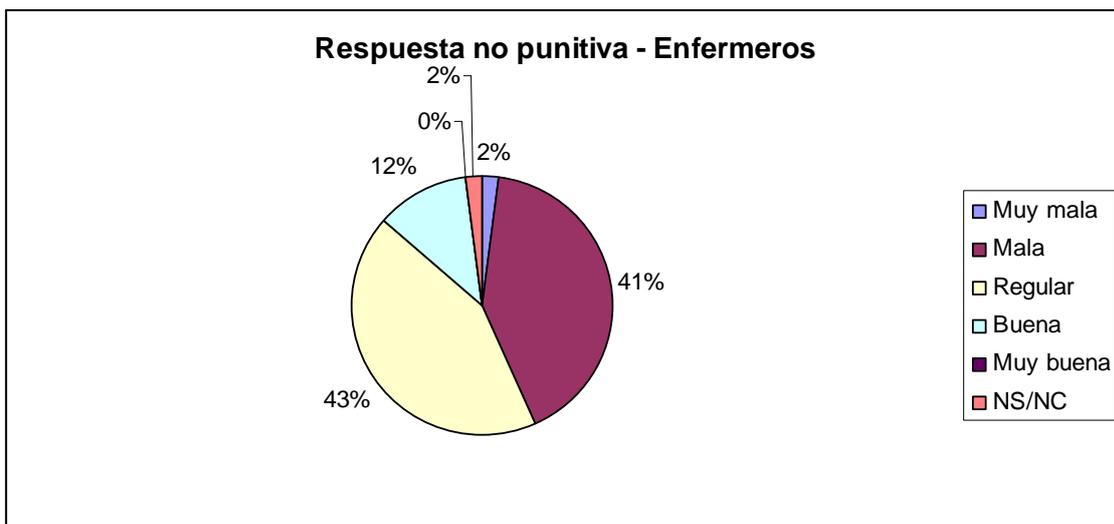
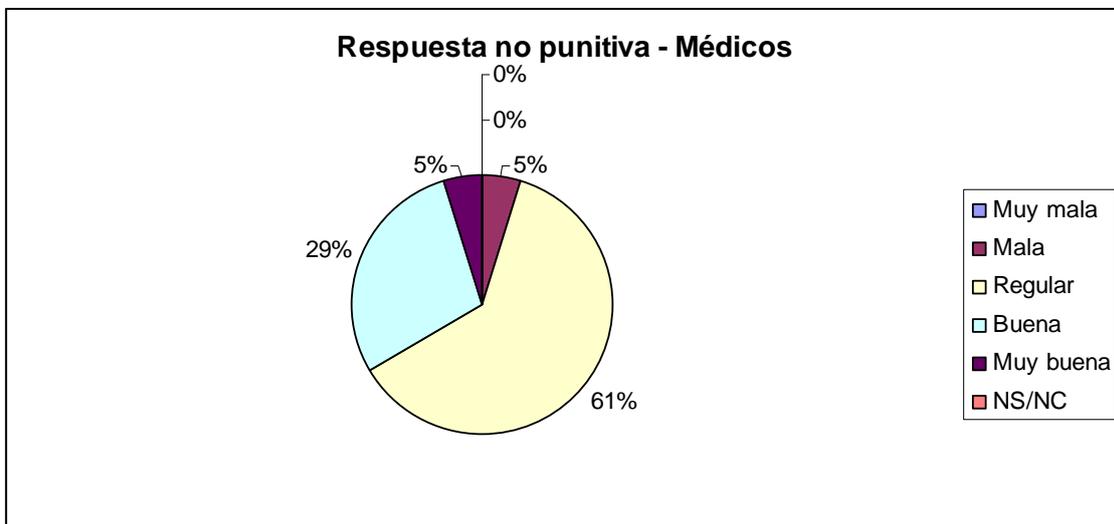
El 43% de los enfermeros considera que si existe respuesta punitiva ante los errores cometidos, otro 43% se muestra indiferente y el 12% piensa que no existe la respuesta punitiva ante los errores.

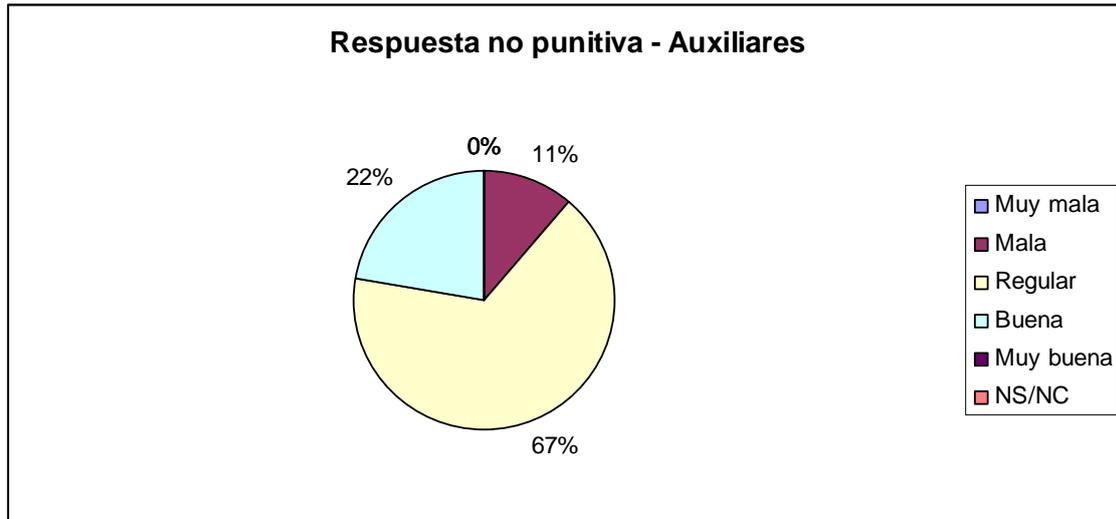


En lo que refiere a auxiliares, el 66% se muestra indiferente, el 22% considera que no existe respuesta punitiva ante los errores y el 11% considera que si existe tal respuesta.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	0	0	1	4,8	13	61,9	6	28,5	1	4,8	0	0
<b>Enfermeros</b>	1	2,0	21	41,2	22	43,1	6	11,7	0	0	1	2,0
<b>Auxiliares</b>	0	0	1	11,1	6	66,6	2	22,3	0	0	0	0

Tabla 32: Respuesta no punitiva (por categorías profesionales)





### 5.3.9. DOTACIÓN DE PERSONAL

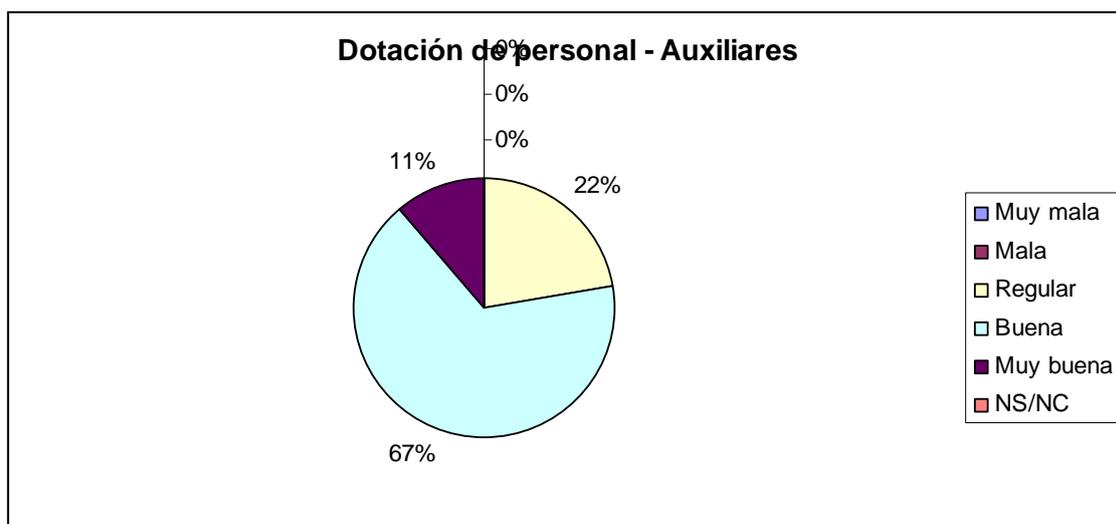
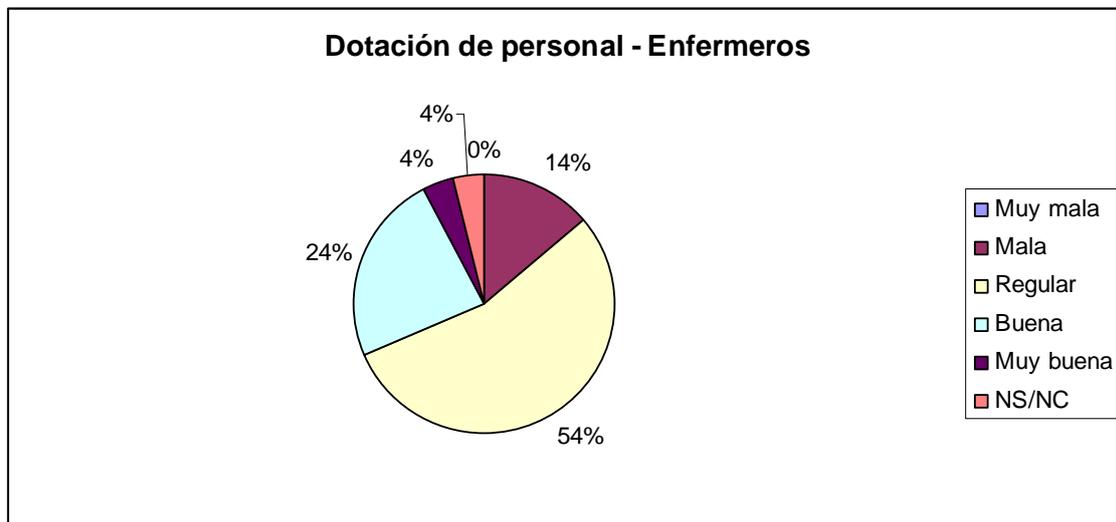
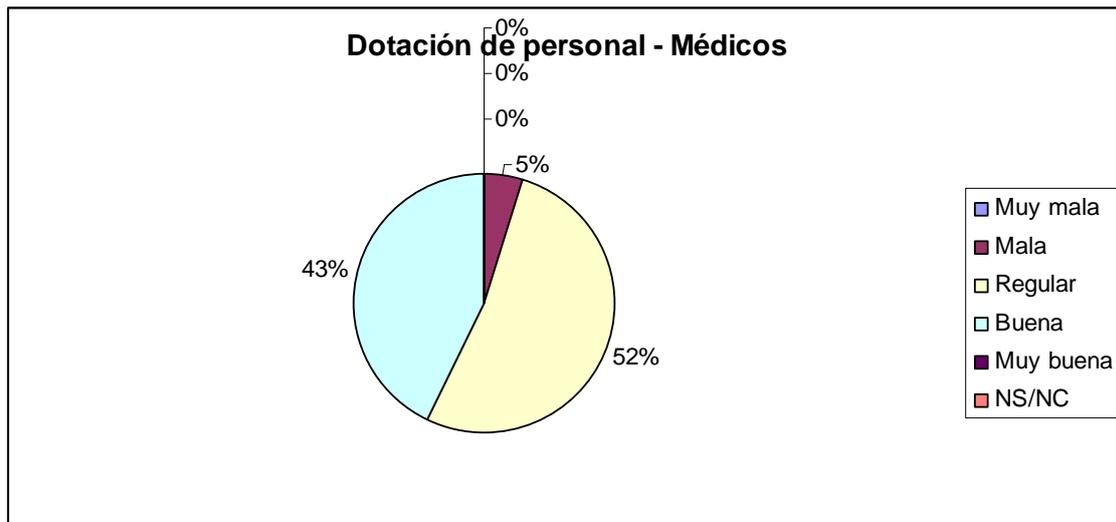
El 43% de los médicos considera buena la dotación de personal existente, el 5% considera que existe poco personal y el 52% se muestra indiferente.

El 55% de los enfermeros se muestra indiferente ante esta cuestión. El 27.5% considera que la dotación es buena, y el 14% considera que existe poco personal.

En lo que respecta a los auxiliares, el 77% considera que la dotación de personal es buena y el 22% restante se muestra indiferente.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	0	0	1	4,8	11	52,4	9	42,8	0	0	0	0
<b>Enfermeros</b>	0	0	7	13,8	28	54,9	12	23,5	2	3,9	2	3,9
<b>Auxiliares</b>	0	0	0	0	2	22,3	6	66,6	1	11,1	0	0

Tabla 33: Dotación de personal (por categorías profesionales)



## 5.3.10. APOYO DE LA GERENCIA



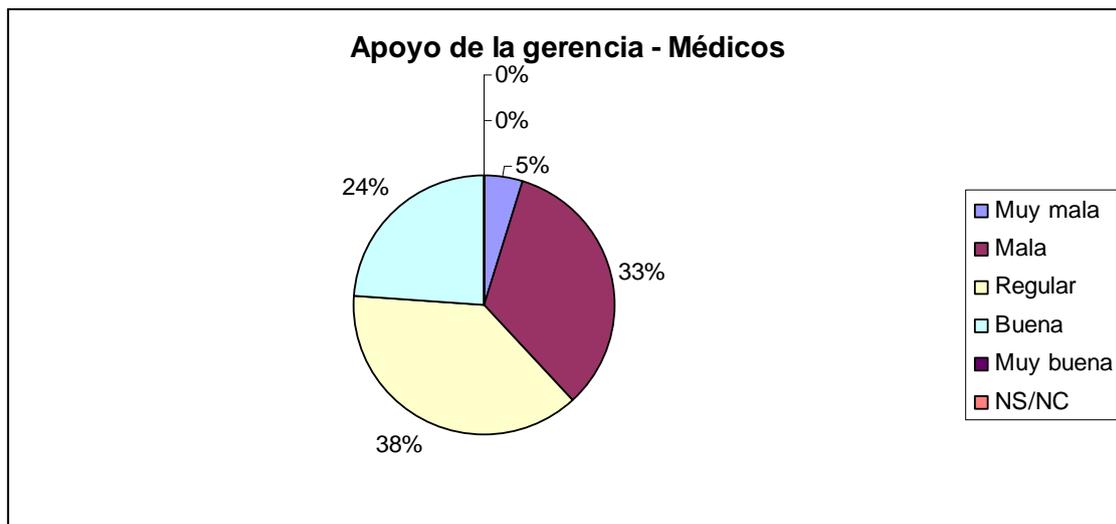
El 24% de los médicos considera bueno el apoyo de la gerencia. El 38% está disconforme con el apoyo de la gerencia y un 38% se muestra indiferente.

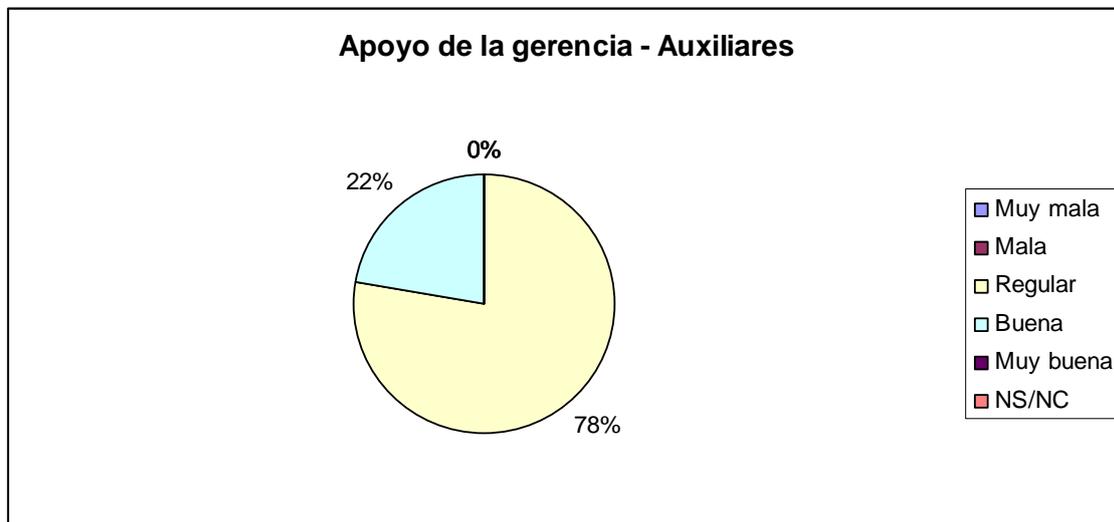
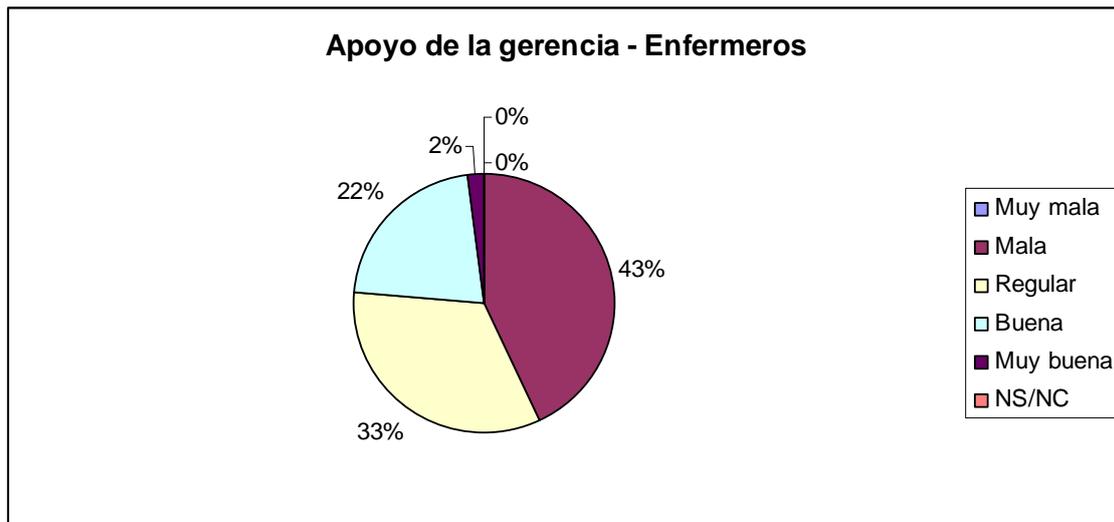
El 23% de los enfermeros está satisfecho con el apoyo de la gerencia. El 43% está disconforme y el 33% se muestran indiferente.

El 78% de los auxiliares se muestra indiferente ante el apoyo de la gerencia. El 22% restante considera positivamente el apoyo de la gerencia.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	1	4,8	7	33,3	8	38,1	5	23,8	0	0	0	0
<b>Enfermeros</b>	0	0	22	43,1	17	33,3	11	21,6	1	2,0	0	0
<b>Auxiliares</b>	0	0	0	0	7	77,7	2	22,3	0	0	0	0

Tabla 34: Apoyo de la gerencia (por categorías profesionales)





### 5.3.11. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES

El 33% de los médicos considera bueno el trabajo en equipo entre las diferentes unidades. El 66% se muestra indiferente.

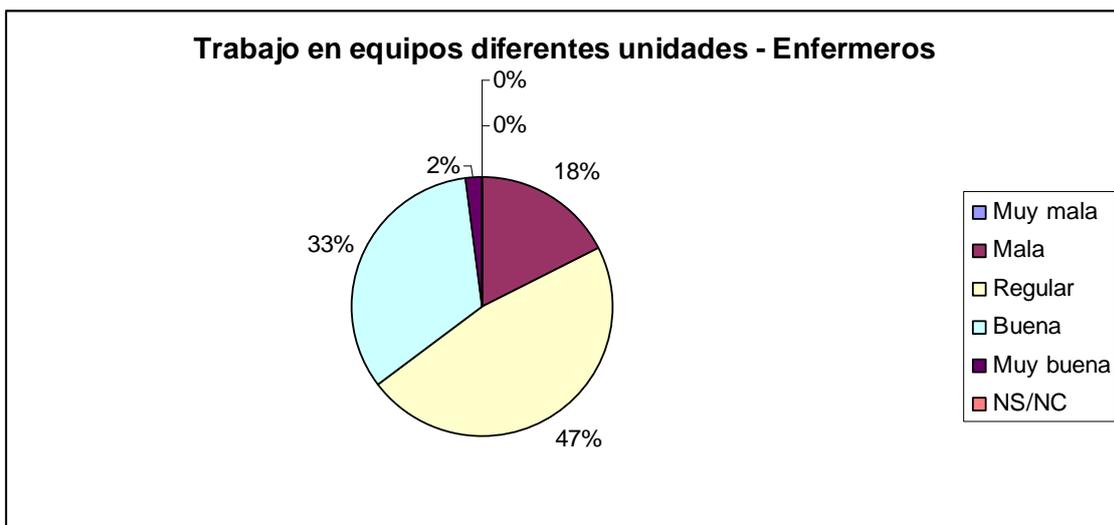
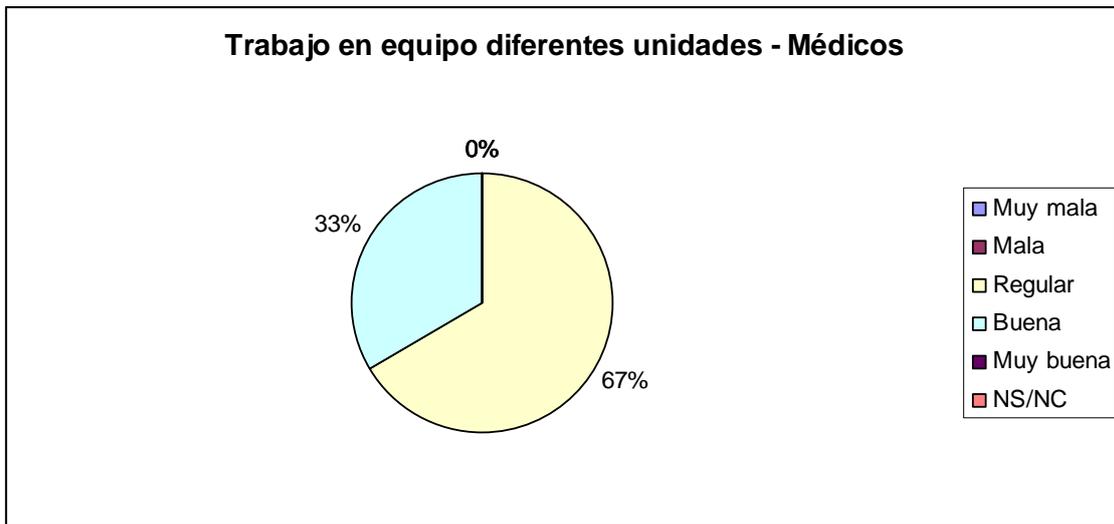
El 47% de los enfermeros se muestra indiferente respecto a este punto. El 33% considera buena la relación de trabajo en equipo entre diferentes unidades y el 18% considera negativamente esta relación.

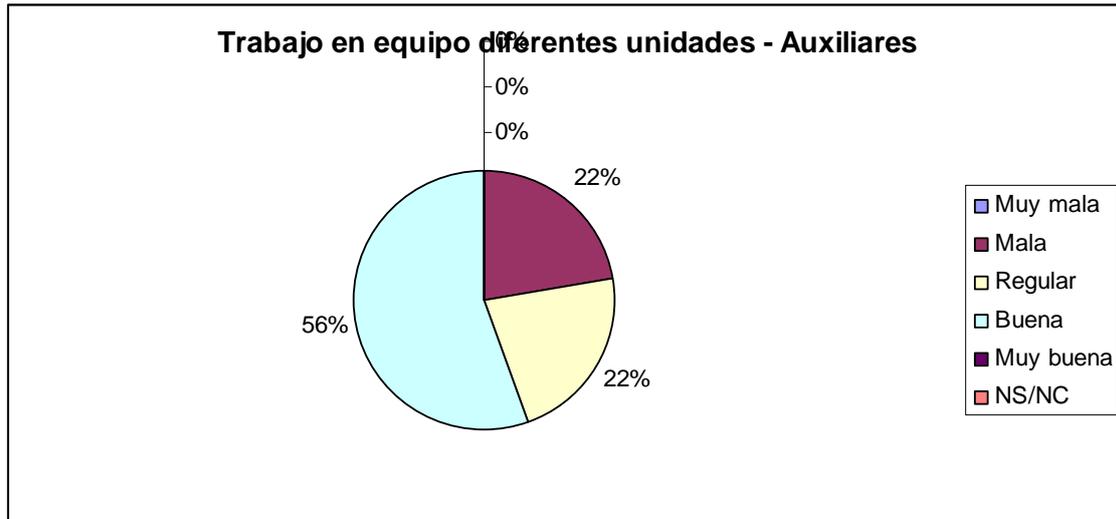
El 55% de los auxiliares cree que la relación de trabajo en equipo entre diferentes unidades es buena. Un 22% considera mala esta relación, y el 22% restante se muestra indiferente.



	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	0	0	0	0	14	66,6	7	33,3	0	0	0	0
<b>Enfermeros</b>	0	0	9	17,6	24	47,1	17	33,3	1	2,0	0	0
<b>Auxiliares</b>	0	0	2	22,2	2	22,2	5	55,6	0	0	0	0

Tabla 35: Trabajo en equipo entre unidades (por categorías profesionales)





### 5.3.12. PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES

El 57% de los médicos considera que no existen problemas en los cambios de turno. El 43% restante se muestran indiferentes al respecto.

El 55% de los enfermeros cree que no existen problemas en los cambios de turno. El 12% opina que si existen problemas, y el 31% se muestra indiferente.

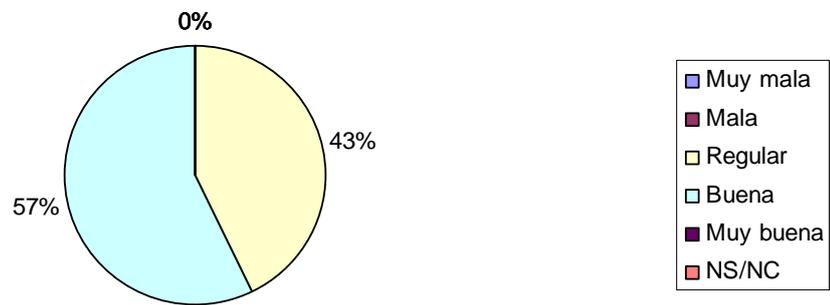
El 56% de los auxiliares considera que no existen problemas en los cambios de turno, un 11% considera que si existen y el 33% restante se mantiene indiferente.

	Muy mala		Mala		Regular		Buena		Muy buena		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Médicos</b>	0	0	0	0	9	42,8	12	57,2	0	0	0	0
<b>Enfermeros</b>	0	0	6	11,8	16	31,4	20	39,2	8	15,6	1	2,0
<b>Auxiliares</b>	0	0	1	11,1	3	33,3	5	55,6	0	0	0	0

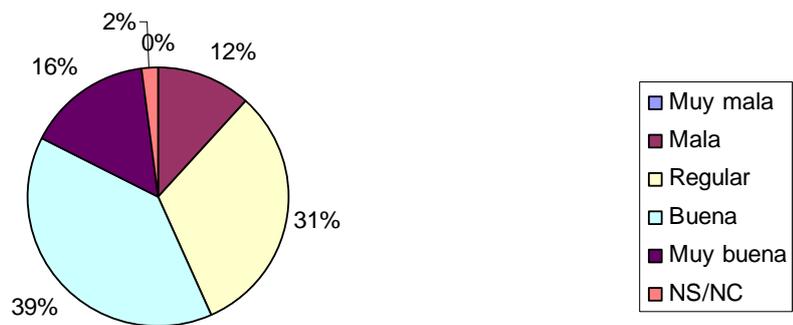
Tabla 36: Problemas en cambios de turno y transiciones (por categorías profesionales)



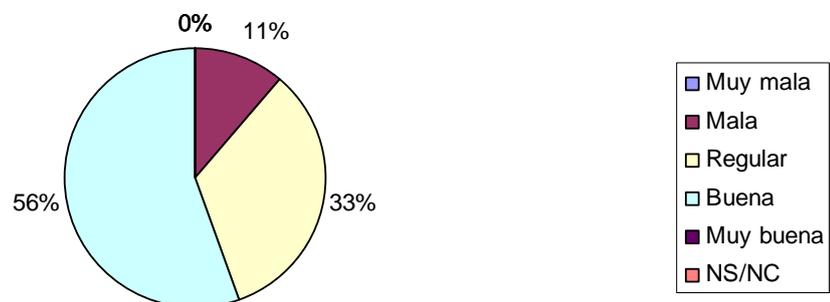
### Problemas en cambios de turnos - Médicos



### Problemas en cambios de turnos - Enfermeros



### Problemas en cambios de turno - Auxiliares





## 6. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES.

En base a una muestra representativa de 94 profesionales sanitarios de 3 unidades del Área de Gestión Clínica de Pediatría del antiguo H.U.C.A, hemos realizado un estudio descriptivo de los conocimientos sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

A nivel global se ha conseguido una buena tasa de representación de tipo profesionales y unidades, aunque la tasa de respuesta fue menor en la categoría de auxiliares de enfermería.

### *Limitaciones.*

Entre las limitaciones de este estudio nos encontramos la elección de una encuesta como herramienta para llevar a cabo este trabajo y el sesgo en la tasa de no respuesta, ambas inherentes a la aplicación autodirigida del cuestionario sobre seguridad de los pacientes (Anexo I).

Como añadidura, durante la ejecución de este trabajo tuvo lugar el cierre del antiguo H.U.C.A, sito en la calle Celestino Villamil de Oviedo, donde se realizó este proyecto. Actualmente se encuentra ubicado en los terrenos de la finca “La Cadellada”. Este cierre supuso el traslado de todos los usuarios del hospital, profesionales, servicios asistenciales, información relativa a los pacientes y la adquisición de nuevos materiales de trabajo y mobiliario. El principal cambio supone la entrada en funcionamiento de un programa informático “*Millenium*”, concebido para hacer desaparecer el uso físico del papel en el ámbito sanitario.

Este hecho supone que el presente trabajo no sea representativo de la actualidad de los servicios del Área de Gestión Clínica de Pediatría del nuevo H.U.C.A.

### *Implicaciones para la investigación.*

Dada sus características, el presente trabajo se conforma como el último que proporciona resultados sobre la seguridad del paciente en el Área de Gestión Clínica de Pediatría del antiguo H.U.C.A. De esta manera se perfila como herramienta comparativa en futuros estudios para discernir cómo y de qué manera ha influido este traslado a las opiniones del personal sanitario en materia de seguridad del paciente.



También es posible su uso en investigaciones retrospectivas, comparándolo con estudios realizados en fecha anterior a la del presente trabajo.

#### *Discusión de los resultados.*

*Diferencias globales entre los distintos ámbitos analizados.* Al analizar en conjunto cada uno de los doce ámbitos estudiados, encontramos que el referido al *Apoyo de la gerencia* destaca significativamente por encima de los demás, con el 33% de respuestas de carácter negativo; seguido muy de cerca por el ámbito de *Respuesta no punitiva a los errores*, con un 28.7% de respuestas negativas.

La dimensión *Trabajo en equipo* destaca claramente identificada como fortaleza, obteniendo un 87.1% de las respuestas positivas.

El ámbito que destaca por su porcentaje de abstenciones en la respuesta es el de *Franqueza en la comunicación*, con un 10.6% de porcentaje global.

*Diferencias según la categoría profesional.* Al considerar separadamente cada tipo de profesional, con independencia del servicio al que pertenecen, obtenemos la mayor tasa de respuestas positivas en la dimensión de *Trabajo en equipo*, como ya pasara con las valoraciones globales. También obtienen resultados positivos las dimensiones *Percepción de la seguridad, Expectativas y acciones de la dirección y Dotación de personal*. Si las comparamos entre ellas obtenemos las siguientes conclusiones:

En la categoría médica encontramos el porcentaje aislado más alto de todo el conjunto de resultados analizados en este trabajo: un 90.5% de respuestas positivas correspondientes a la dimensión *Trabajo en equipo*. También destaca positivamente las *Expectativas y acciones de la dirección*, con un porcentaje del 76.2%. En debilidades destaca un dato: el *Apoyo de la gerencia* con más de un 35% de respuestas negativas. En los 11 ámbitos restantes las respuestas negativas computadas no superan el 5% de respuestas negativas en ningún caso.

La categoría enfermera destaca por sus porcentajes elevados de respuestas negativas al conjunto de ámbitos valorados, aunque mantiene la línea habitual que sitúa los ámbitos 8 y 9 (*Respuesta no punitiva: 43.2%* y *Apoyo*



de la gerencia: 43.1%) como los peor valorados. En esa misma línea se dirigen los resultados positivos, erigiendo como fortaleza el *Trabajo en equipo* con el 86.3% de respuestas positivas (segundo porcentaje más alto de todo el estudio), seguida de *Expectativas y acciones de la dirección* y *Frecuencia de eventos notificados*.

Por último la categoría de auxiliares de enfermería obtiene los mejores resultados en *Dotación de personal* (77.7%), y *Trabajo en equipo* (77.4%); y los peores en *Feedback*, con un 44%.

Además, hay diferencias significativas para cinco de las doce dimensiones, siendo éstas:

*Respuesta no punitiva*, acapara la diferencia más importante, con respecto a las otras categorías analizadas, al obtenerse en el mayor dato de respuestas negativas para esta dimensión por parte de los enfermeros (41.2%), si los comparamos con el 4.8% de la categoría médica y el 11.1% de la categoría de auxiliares.

*Aprendizaje y mejora continua*, siendo éste el peor percibido por los auxiliares con un 22.2% de respuestas negativas, frente al 10% que se obtuvo en el sumatorio de las otras dos categorías.

*Apoyo a la gerencia*, valorado negativamente por parte de las categorías médicas (37%) y enfermeras (43%), aunque no siendo así para los auxiliares en cuya categoría no se contabilizó ninguna respuesta negativa.

*Trabajo en equipo entre unidades*, mejor valorado por la categoría médica, de la que no obtiene ninguna respuesta negativa.

*Diferencias según el tipo de servicio*. Al agrupar a los profesionales según el tipo de servicio en el que trabajan, aparecen algunas diferencias significativas en relación a los siguientes ámbitos:

En la unidad de UCI Pediátrica se perfilan como fortalezas los ámbitos de *Trabajo en equipo*, *Aprendizaje*, *organización y mejora continua* y *Expectativas y acciones de la dirección*; por este orden y con una tasa de respuestas positivas



del 77,1; 74,2 y 62,4 respectivamente. Las debilidades recaen en los ámbitos de *Apoyo a la gerencia* (32.3%) y *Respuesta no punitiva* (26.4%)

En la Unidad de Neonatología nos encontramos con el tercer porcentaje aislado más alto de todo el conjunto del trabajo. Éste pertenece al ámbito de *Trabajo en equipo*, que destaca como fortaleza con el 85.2% de las respuestas positivas. Lo acompañan *Expectativas y acciones de la dirección*, y *Percepción de seguridad*, con un 61.8 y 50% respectivamente. Las debilidades de la Unidad de Neonatología se perfilan sobretodo en los ámbitos *Apoyo de la Gerencia* y *Respuesta no punitiva*, en este orden.

Por último, en la unidad de Urgencias de Pediatría: *Trabajo en equipo* se perfila como fortaleza en esta unidad (73.9% respuestas positivas), seguido de *Expectativas y acciones de la dirección* (69.4%) y *Problemas en cambios de turno y transiciones* (65.3%). A su vez, los ámbitos peor valorados dentro de ella son el *Apoyo percibido de la gerencia*, con un 34.8% de respuestas negativas y *Respuesta no punitiva*, con el 30.4%.

No se aprecian diferencias significativas en la comparativa de respuestas entre unidades.

### Conclusiones

- *Apoyo de la gerencia* es el ámbito peor valorado a nivel global, seguido muy de cerca por el ámbito *Respuesta no punitiva*.
- *Trabajo en equipo* es el ámbito mejor valorado a nivel global.
- Los resultados obtenidos por unidades muestran que los ámbitos mejor y peor valorados coinciden con los reflejados en los resultados globales.
- Los resultados obtenidos para las categorías profesionales de médicos y enfermeros muestran que los ámbitos mejor y peor valorados coinciden con los reflejados en los resultados globales.
- Los resultados obtenidos para la categoría profesional de auxiliar de enfermería muestra diferencias significativas con respecto a las otras dos



categorías analizadas. Aquí, el ámbito mejor valorado corresponde a *Dotación del personal* y el peor a *Feedback y comunicación sobre errores*.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Ramírez O, Soto Gámez A, Arenas Gutierrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A, Mateus Galeano E. Una mirada actual a la cultura de seguridad del paciente. *av.enferm.*, XXIX (2): 363-374, 2011.
- 2."Nueve soluciones para la seguridad del paciente ".Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra. c2007. [cited 12 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>.
- 3.Comite of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. Council of Europe. 2005. [cited 10-15 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>
4. Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra. [cited 16 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
5. García-Barbero, M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Fundación Medicina y humanidades médicas. [Internet]. [Cited 17 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>
6. World Alliance for Patient Safety. The second global patient safety challenge. United states of America: World Health Organization 2008. [Internet]. [Cited 17 Mayo 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge\\_base/SSSL\\_Brochure\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf)
7. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. [Internet]. c2.014. [cited 20 Mayo 2014] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin17/IVseguridadPaciente.pdf>
- 8.Mejorar la seguridad de los pacientes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. [Internet]. c2.014. [cited 20 Mayo 2014] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm>
- 9.Aranaz JM, Vitaller J, y grupo de estudio del proyecto IDEA. Identificación de efectos adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Generalitat Valenciana 2004. Estudio para la salud N°13.



10. Aranz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE "et al". La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Sanit 2006 (Supl 1) 41-7.
11. Ministerio de sanidad y política social. Estándares de Calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Madrid. Centro de publicaciones. Informes, estudios e investigaciones 2009.
12. Steff M.E. To err is human: building a safer health system in 1999. Front Health Serv Manage. 2001;18:1-2.
13. Jeffs L, Law M, Baker G.R. Creating reporting and learning cultures in health-care organizations. Can Nurse. 2007;103:16-7.
14. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. QualSaf Health Care. 2003;12(Suppl 2):ii17-23.
15. User's guide: Hospital survey on patient safety culture [cited 22 MAyo 2014]. Disponible en: [http://www.ahrq.gov/qual/patient\\_safetyculture/usergd.htm](http://www.ahrq.gov/qual/patient_safetyculture/usergd.htm).
16. Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge B.K. AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. J PatientSaf. 2009;5:139-44.
17. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 15 Enero 2014]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>



## 8. ANEXOS.

A continuación se adjuntan los anexos de este Trabajo Fin de Master:

- Anexo I: Cuestionario sobre seguridad del Paciente. Versión española del Hospital Survey on Patient Safety
- Anexo II: resultados SPSS
  - Resultados globales de la encuesta
  - Resultados de la unidad de UCI Pediátrica
  - Resultados de la unidad de Neonatología
  - Resultados de la unidad de Urgencias Pediátricas
  - Resultados de la categoría de enfermero
  - Resultado de la categoría de médico
  - Resultados de la categoría de auxiliar



## 8.1. CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

# CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

## Versión española del Hospital Survey on Patient Safety

Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)



**Universidad de Murcia**  
**Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad**  
Proyecto CUSEP

*Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ- (versión original)*

*Adaptación al español: Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente – CUSEP- (Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López, Arantza González Vicente, José Martínez Mas y M<sup>a</sup> del Mar Saura)*

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

- ▶ Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.
- ▶ La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.



**Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente**

**Sección A: Su Servicio/Unidad**

**Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo**

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo



19. 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
20. 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
21. 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
22. 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

23. 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
24. 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
25. 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
26. 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
27. 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
28. 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
29. 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
30. 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
31. 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
32. 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
33. 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

34. 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
35. 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



36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE

### Sección D: Información complementaria

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

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

44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año ...
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año...
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año...
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?	..... horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?	.....incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Anestesiología/Reanimación	12 <input type="checkbox"/> Pediatría
2 <input type="checkbox"/> Cirugía	13 <input type="checkbox"/> Radiología
3 <input type="checkbox"/> Diversas Unidades	14 <input type="checkbox"/> Rehabilitación
4 <input type="checkbox"/> Farmacia	15 <input type="checkbox"/> Salud Mental/Psiquiatría
5 <input type="checkbox"/> Laboratorio	16 <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias
6 <input type="checkbox"/> Medicina Interna	17 <input type="checkbox"/> UCI (cualquier tipo)
7 <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología	18 <input type="checkbox"/> Neurología
8 <input type="checkbox"/> Admisión	19 <input type="checkbox"/> Traumatología
9 <input type="checkbox"/> Nefrología	20 <input type="checkbox"/> Hemodiálisis
10 <input type="checkbox"/> Urología	21 <input type="checkbox"/> Medicina nuclear
11 <input type="checkbox"/> Oncología	22 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Gerencia/Dirección	7 <input type="checkbox"/> Farmacéutico Residente
2 <input type="checkbox"/> Administración	8 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería	9 <input type="checkbox"/> Médico
4 <input type="checkbox"/> Dietista	10 <input type="checkbox"/> Médico Residente
5 <input type="checkbox"/> Enfermero(a)	11 <input type="checkbox"/> Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología )
6 <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a	12 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....



52. ¿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\***

53. 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
54. 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
55. 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
56. 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
57. 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
58. 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
59. 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.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
60. 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
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

\*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente", disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

*Muchas gracias por su colaboración*



## ITEMS Y DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD QUE MIDE EL CUESTIONARIO

Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 12 dimensiones, cuyo significado, respetando la terminología de la versión original, se describe en la tabla 1. El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto, según se explica más adelante. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos.

**Tabla 1. Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen**

<b>A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD</b>	
1. Frecuencia de eventos notificados.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Preg. 40).</li><li>- Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 41).</li><li>- Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 42).</li></ul>
2. Percepción de seguridad	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15).</li><li>- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18).</li><li>- No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10).</li><li>- En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" (Preg. 17).</li></ul>
<b>B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO</b>	
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19).</li><li>- Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20).</li><li>- Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (Preg. 21).</li><li>- Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22).</li></ul>
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 6).</li><li>- Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9).</li><li>- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13)</li></ul>
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	<ul style="list-style-type: none"><li>- El personal se apoya mutuamente (Preg. 1)</li><li>- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 3).</li><li>- En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4).</li><li>- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11)</li></ul>



6. Franqueza en la comunicación	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35).</li><li>- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37).</li><li>- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39).</li></ul>
7. Feed-back y comunicación sobre errores	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34).</li><li>- Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Preg. 36).</li><li>- En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38).</li></ul>
8. Respuesta no punitiva a los errores	<ul style="list-style-type: none"><li>- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 8).</li><li>- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable" (Preg. 12).</li><li>- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).</li></ul>
9. Dotación de personal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2).</li><li>- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5).</li><li>- En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 7).</li><li>- Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14).</li></ul>
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"><li>- La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23).</li><li>- La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30).</li><li>- La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 31).</li></ul>
<b>C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL</b>	
11. Trabajo en equipo entre unidades	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 26).</li><li>- Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32).</li><li>- Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg. 24).</li><li>- Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (Preg. 28).</li></ul>
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	<ul style="list-style-type: none"><li>- La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfiere desde una unidad /servicio a otra (Preg. 25).</li><li>- En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27).</li><li>- El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 29).</li><li>- Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33).</li></ul>



### **Consistencia interna de las dimensiones del cuestionario**

La consistencia interna de cada una de las dimensiones en la versión en español, calculando el  $\alpha$  de Cronbach, se presenta en la tabla 2. En todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a excelente, a pesar de que el número de ítems que incluye cada dimensión es relativamente pequeño y dado que el  $\alpha$  de Cronbach tiende a aumentar con el número de ítems considerados<sup>1</sup>.

**Tabla 2. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario**

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

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

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. Las formuladas negativamente se presentan en la tabla 3:



**Tabla 3. Ítems formulados negativamente en el cuestionario**

Dimensión	Ítems
Frecuencia de eventos notificados	Ninguno
Percepción global de seguridad	10, 17
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	21, 22
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Ninguno
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Ninguno
Franqueza en la comunicación	39
Feed-back y comunicación sobre errores	Ninguno
Respuesta no punitiva a los errores	8, 12, 16
Dotación de personal	5, 7, 14
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	31
Trabajo en equipo entre unidades	24, 28
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	25, 27, 29, 33

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

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

$$\frac{\sum \text{número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem ó una dimensión como **fortaleza** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” ó “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” ó “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” ó “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.



- $\geq 50\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” ó “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

### **Calificación del clima de seguridad**

La pregunta 43 presenta en una escala de cero a diez, la calificación global del clima de seguridad. Además de este ítem, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad”, son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad.

### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

Más información sobre el cuestionario original de la AHRQ y su metodología de desarrollo y análisis se puede encontrar en la siguiente dirección web (último acceso 7 de noviembre de 2008): <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/#toolkit>

Los resultados de la aplicación del cuestionario a una muestra de hospitales del sistema nacional de salud puede encontrarse entre los documentos que sobre Seguridad del Paciente publica la Agencia de Calidad, con el título “Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español”:

<http://www.msc.es/seguridaddelpaciente.es>



## 8.2. RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA

SECCIÓN A: Su servicio	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Muy de acuerdo		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. El personal se apoya mutuamente:	0	0	5	5,3	18	19,1	53	56,4	18	19,1	0	0
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo:	6	6,4	17	18,1	12	12,8	54	57,4	5	5,3	0	0
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo:	1	1,1	5	5,3	14	14,9	55	58,5	19	22,2	0	0
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto:	0	0	12	12,8	14	14,9	58	61,7	10	12,6	0	0
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora:	4	4,3	26	27,7	14	14,9	47	50,0	2	2,1	1	1,1
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente:	4	4,3	23	24,5	23	24,5	33	35,1	11	11,7	0	0
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal:	1	1,1	24	25,1	27	28,7	34	36,2	7	7,4	1	1,1
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra:	15	16,0	43	45,7	26	27,7	9	9,6	1	1,1	0	0
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo:	3	3,2	8	8,5	20	21,3	48	51,1	14	14,9	1	1,1
10. No se producen más fallos por casualidad:	6	6,4	29	30,9	27	28,7	28	29,8	3	3,2	1	1,1
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros:	0	0	9	9,6	12	12,8	62	66,0	11	11,7	0	0
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable":	4	4,3	37	39,4	25	26,6	25	26,6	2	2,1	1	1,1
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad:	2	2,1	28	29,8	28	29,8	33	35,1	3	3,2	0	0
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa:	1	1,1	28	29,8	23	24,5	36	38,3	6	6,4	0	0
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente:	5	5,3	48	51,1	22	23,4	15	16,2	3	3,2	1	1,1
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente:	1	1,1	18	19,1	28	29,8	44	46,8	3	3,2	0	0
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente":	5	5,3	39	41,5	22	23,4	27	28,7	1	1,1	0	0
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia:	0	0	15	16,0	24	25,5	53	56,4	2	2,1	0	0
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente:	4	4,3	11	11,7	34	36,2	37	39,4	7	7,4	1	1,1
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente:	0	0	12	12,8	27	28,7	49	52,1	5	5,3	1	1,1
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente:	7	7,4	43	45,7	28	29,8	13	13,8	1	1,1	2	2,1
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente:	14	14,9	58	61,7	13	13,8	7	7,4	0	0	2	2,1
<b>SECCIÓN B - Su Hospital</b>												
SECCIÓN B - Su Hospital	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De Acuerdo		Muy de acuerdo		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente:	12	12,8	31	33,0	32	34,0	15	16,0	3	3,2	1	1,1
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas:	0	0	14	14,9	19	20,2	45	47,9	15	16,0	1	1,1
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra:	0	0	35	37,2	11	11,7	40	42,6	7	7,4	1	1,1
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar comúnmente:	4	4,3	29	30,9	30	31,9	28	29,8	2	2,1	1	1,1
27. En los cambios de turno se pierde, con frecuencia, información importante sobre la atención que ha recibido el paciente:	10	10,6	48	51,1	12	12,8	22	23,4	1	1,1	1	1,1
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades:	2	2,1	34	36,2	42	44,7	13	13,8	2	2,1	1	1,1
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático:	1	1,1	34	36,2	32	34,0	26	27,7	0	0	1	1,1
30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades:	8	8,5	39	41,5	20	21,3	25	26,6	1	1,1	1	1,1
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente:	1	1,1	11	11,7	20	21,3	45	47,9	16	17,0	1	1,1
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes:	4	4,3	28	29,8	38	40,4	18	19,1	3	3,2	3	3,2



33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno:	5	5,3	41	43,6	23	24,5	17	18,1	4	4,3	4	4,3
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo :	9	9,6	24	25,5	33	35,1	19	20,2	4	4,3	5	5,3
<b>SECCIÓN C - Comunicación</b>												
	Nunca		Casi Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad:	3	3,2	13	13,8	28	28,8	37	39,4	9	9,6	4	4,3
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad:	8	8,5	9	9,6	46	48,9	23	24,5	4	4,3	4	4,3
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores:	17	18,1	22	23,4	31	33,0	14	14,9	5	5,3	5	5,3
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir:	7	7,4	10	10,6	41	43,6	26	27,7	7	7,4	3	3,2
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta:	6	6,4	21	22,3	42	44,7	12	12,8	5	5,3	8	8,5
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente:	6	6,4	13	13,8	27	28,7	30	31,9	14	14,9	4	4,3
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente:	5	5,3	18	19,1	34	36,2	22	23,4	10	10,6	5	5,3
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente:	5	5,3	9	9,6	37	39,4	29	30,9	9	9,6	5	5,3
	Promedio		Mínimo		Máximo							
43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente de su servicio/unidad:	7,2		2,0		10,0							
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?:	1997		1972		2013							
45. ¿En qué año empezó a trabajar en éste hospital?:	2000		1972		2014							
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?:	2005		1975		2014							
	Rango de horas		N	%								
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?:	<10		1	1,1								
	11-20		0	0								
	21-30		2	2,1								
	31-40		65	69,1								
	41-50		10	10,6								
	51-60		2	2,1								
	61-70		2	2,1								
	NS/NC		12	12,8								
	0		1		2		3		>3		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?:	74	78,7	2	2,1	6	6,4	4	4,3	3	3,3	5	5,3
	Si		No		NS / NC							
	N	%	N	%	N	%						
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?:	87	92,6	1	1,1	6	6,3						
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?	N	%										
UCI	34	36,2										
Urgencias	23	24,5										
Pediatría	34	36,2										
NS / NC	3	3,2										
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?:	N	%										
Enfermero/a	51	54,3										
Auxiliar de Enfermería	9	9,6										
Médico	21	22,3										
NS / NC	13	13,8										



ANEXO - Información adicional	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	3	3,2	12	12,8	26	27,7	25	26,6	22	23,4	6	6,3
54. Se elaboran informes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes Rx, medicación):	25	26,6	30	31,9	23	24,5	5	5,3	2	2,1	9	9,6
55. 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.	0	0	3	3,2	14	14,9	40	42,6	32	34,0	5	5,3
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	0	0	3	3,2	12	12,8	43	45,7	28	29,8	8	8,5
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	0	0	6	6,4	19	20,2	44	46,8	19	20,2	6	6,4
58. 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.	0	0	12	12,8	25	26,6	37	39,4	13	13,8	7	7,4
59. 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.	4	4,3	17	18,1	26	27,7	23	24,5	14	14,9	10	10,6
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital.	1	1,1	2	2,1	14	14,9	15	16,0	17	18,1	45	47,9
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento.	14	14,9	8	8,5	8	8,5	1	1,1	1	1,1	62	66,0

Tabla 1



### 8.3. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE UCI PEDIÁTRICA

SECCIÓN A: Su servicio	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Muy de acuerdo		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. El personal se apoya mutuamente:	0	0	0	0	2	5,9	19	55,9	13	38,2	0	0
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo:	2	5,9	7	20,6	5	14,7	20	58,8	0	0	0	0
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo:	0	0	1	2,9	2	5,9	20	58,8	11	32,4	0	0
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto:	0	0	1	2,9	3	8,8	27	79,4	3	8,8	0	0
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora:	2	5,9	8	23,5	5	14,7	17	50,0	2	5,9	0	0
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente:	2	5,9	0	0	1	2,9	22	64,7	9	26,5	0	0
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal:	0	0	7	20,6	7	20,6	19	55,9	1	2,9	0	0
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra:	8	23,5	13	38,2	12	35,3	1	2,9	0	0	0	0
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo:	0	0	1	2,9	6	17,6	19	55,9	8	23,5	0	0
10. No se producen más fallos por casualidad:	2	5,9	9	26,5	8	23,5	14	41,2	1	2,9	0	0
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros:	0	0	1	2,9	2	5,9	26	76,5	5	14,7	0	0
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable":	3	8,8	14	41,2	12	35,3	4	11,8	1	2,9	0	0
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad:	1	2,9	3	8,8	10	29,4	17	50,0	3	8,8	0	0
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa:	1	2,9	6	17,6	6	17,6	17	50,0	4	11,8	0	0
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente:	3	8,8	16	47,1	10	29,4	3	8,8	2	5,9	0	0
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente:	1	2,9	7	20,6	10	29,4	15	44,1	1	2,9	0	0
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente":	0	0	13	38,2	12	35,3	9	26,5	0	0	0	0
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia:	0	0	3	8,8	7	20,6	24	70,6	0	0	0	0
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente:	1	2,9	2	5,9	6	17,6	20	58,8	5	14,7	0	0
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente:	0	0	3	8,8	7	20,6	21	71,8	3	8,8	0	0
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente:	4	11,8	17	50,0	9	26,5	3	8,8	1	2,9	0	0
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente:	6	17,6	22	64,7	3	8,8	2	5,9	0	0	1	2,9
SECCIÓN B - Su Hospital	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De Acuerdo		Muy de acuerdo		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente:	5	14,7	12	35,3	11	32,4	5	14,7	1	2,9	0	0
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas:	0	0	5	14,7	6	17,6	16	47,1	7	20,6	0	0
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra:	0	0	14	41,2	0	0	16	47,1	4	11,8	0	0
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar comúnmente:	2	5,9	5	14,7	14	41,2	13	38,2	0	0	0	0
27. En los cambios de turno se pierde, con frecuencia, información importante sobre la atención que ha recibido el paciente:	5	14,7	20	58,8	2	5,9	7	20,6	0	0	0	0
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades:	2	5,9	14	41,2	14	41,2	3	8,8	1	2,9	0	0
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático:	0	0	13	38,2	13	38,2	8	23,5	0	0	0	0
30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades:	3	8,8	14	41,2	12	35,3	4	11,8	1	2,9	0	0
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente:	1	2,9	1	2,9	6	17,6	19	55,9	7	20,6	0	0
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes:	1	2,9	12	35,3	12	35,3	9	26,5	0	0	0	0



33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno:	2	5,9	18	52,9	8	23,5	6	17,6	0	0	0	0
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo :	6	17,6	8	23,5	12	35,3	6	17,6	1	2,9	1	2,9
<b>SECCIÓN C - Comunicación</b>												
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad:	1	2,9	4	11,8	10	29,4	17	50,0	2	5,9	0	0
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad:	3	8,8	3	8,8	16	47,1	11	32,4	1	2,9	0	0
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores:	4	11,8	7	20,6	13	38,2	8	23,5	2	5,9	0	0
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir:	1	11,8	3	8,8	13	38,2	14	41,2	3	8,8	0	0
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta:	3	8,8	9	25,6	14	41,2	5	14,7	2	5,9	1	2,9
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente:	0	0	3	8,8	17	50,0	11	32,4	2	5,9	1	2,9
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente:	1	2,9	3	8,8	16	47,1	9	26,5	4	11,8	1	2,9
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente:	1	2,9	3	8,8	16	47,1	11	32,4	2	5,9	1	2,9
	Promedio		Mínimo		Máximo							
43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente de su servicio/unidad:	7,2		3,0		9,5							
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?:	2000		1980		2011							
45. ¿En qué año empezó a trabajar en éste hospital?:	2001		1980		2014							
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?:	2004		1994		2014							
	Rango de horas		N	%								
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?:	<10		1	2,9								
	11-20		0	0								
	21-30		1	2,9								
	31-40		20	58,8								
	41-50		4	11,8								
	51-60		2	5,9								
	61-70		1	2,9								
	NS/NC		5	14,7								
	0		1		2		3		>3		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?:	25	73,5	2	5,9	3	8,8	3	8,8	0	0	1	2,9
	Si		No		NS / NC							
	N	%	N	%	N	%						
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?:	33	97,1	1	2,9	0	0						
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?	N	%										
UCI	34	100										
Urgencias	0	0										
Neonatología	0	0										
NS / NC	0	0										
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?:	N	%										
Enfermero/a	19	55,9										
Auxiliar de Enfermería	4	11,8										
Médico	8	23,5										
NS / NC	3	8,8										



ANEXO - Información adicional	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	1	2,9	1	2,9	11	32,4	9	26,5	10	29,4	2	5,9
54. Se elaboran informes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes Rx, medicación):	8	23,5	11	32,4	9	26,5	2	5,9	1	2,9	3	8,8
55. 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.	0	0	1	2,9	4	11,8	14	41,2	13	38,2	2	5,9
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	0	0	1	2,9	4	11,8	17	50,0	9	26,5	3	8,8
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	0	0	0	0	5	14,7	21	61,8	6	17,6	2	5,9
58. 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.	0	0	1	2,9	8	23,5	17	50,0	6	17,6	2	5,9
59. 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.	1	2,9	5	14,7	7	20,6	11	32,4	4	11,8	6	17,6
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital.	0	0	0	0	4	11,8	10	29,4	8	23,5	12	35,3
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento.	9	26,5	8	23,5	5	14,7	1	2,9	0	0	11	32,4

TABLA 2



### 8.4. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

SECCIÓN A: Su servicio	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Muy de acuerdo		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. El personal se apoya mutuamente:	0	0	5	14,7	8	23,5	20	58,8	1	2,9	0	0
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo:	2	5,9	9	26,5	5	14,7	14	41,2	4	11,8	0	0
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo:	1	2,9	2	5,9	6	17,6	22	64,7	3	8,8	0	0
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto:	0	0	8	23,5	4	11,8	18	52,9	4	11,8	0	0
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora:	2	5,9	14	41,2	1	2,9	16	47,1	0	0	1	2,9
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente:	2	5,9	16	47,1	10	29,4	4	11,8	2	5,9	0	0
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal:	1	2,9	11	32,4	7	20,6	10	29,4	4	11,8	1	2,9
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra:	5	14,7	14	41,2	7	20,6	7	20,6	1	2,9	0	0
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo:	3	8,8	3	8,8	6	17,6	17	50,0	4	11,8	1	2,9
10. No se producen más fallos por casualidad:	0	0	11	32,4	9	26,5	11	32,4	2	5,9	1	2,9
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros:	0	0	3	8,8	6	17,6	23	67,6	2	5,9	0	0
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable":	1	2,9	13	38,2	8	23,5	10	29,4	1	2,9	1	2,9
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad:	1	2,9	16	47,1	9	26,5	8	23,5	0	0	0	0
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa:	0	0	13	38,2	8	23,5	11	32,4	2	5,9	0	0
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente:	2	5,9	21	61,8	4	11,8	5	14,7	1	2,9	1	2,9
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente:	0	0	8	23,5	10	29,4	15	44,1	1	2,9	0	0
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente":	2	5,9	14	41,2	7	20,6	10	29,4	1	2,9	0	0
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia:	0	0	8	23,5	12	35,3	14	41,2	0	0	0	0
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente:	3	8,8	6	17,6	14	41,2	9	26,5	2	5,9	0	0
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente:	0	0	7	20,6	12	35,3	14	41,2	1	2,9	0	0
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente:	3	8,8	11	32,4	11	32,4	8	23,5	0	0	1	2,9
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente:	4	11,8	23	67,6	3	8,8	4	11,8	0	0	0	0
SECCIÓN B - Su Hospital	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De Acuerdo		Muy de acuerdo		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente:	4	11,8	11	32,4	14	41,2	4	11,8	1	2,9	0	0
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas:	0	0	3	8,8	7	20,6	21	61,8	3	8,8	0	0
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra:	0	0	8	23,5	11	32,4	13	38,2	2	5,9	0	0
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar comúnmente:	1	2,9	15	44,1	10	29,4	8	23,5	0	0	0	0
27. En los cambios de turno se pierde, con frecuencia, información importante sobre la atención que ha recibido el paciente:	2	5,9	13	38,2	9	26,5	9	26,5	1	2,9	0	0
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades:	0	0	13	38,2	16	47,1	4	11,8	1	2,9	0	0
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático:	0	0	8	23,5	16	47,1	10	29,4	0	0	0	0
30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades:	3	8,8	17	50,0	6	17,6	8	23,5	0	0	0	0
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente:	0	0	7	20,6	6	17,6	15	44,1	6	17,6	0	0
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes:	1	2,9	9	26,5	17	50,0	6	17,6	1	2,9	0	0



33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno:	0	0	16	47,1	9	26,5	7	20,6	1	2,9	1	2,9
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo :	3	8,8	11	32,4	10	29,4	7	20,6	2	5,9	1	2,9
<b>SECCIÓN C - Comunicación</b>												
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad:	2	5,9	4	11,8	12	35,3	13	38,2	2	5,9	1	2,9
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad:	3	8,8	5	14,7	17	50,0	6	17,6	2	5,9	1	2,9
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores:	6	17,6	9	26,5	10	29,4	5	14,7	2	2,9	2	5,9
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir:	4	11,8	5	14,7	14	41,2	8	23,5	3	8,8	0	0
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta:	1	2,9	6	17,6	18	52,9	4	11,8	1	2,9	4	11,8
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente:	4	11,8	6	17,6	7	20,6	11	32,4	6	17,6	0	0
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente:	2	5,9	10	29,4	11	32,4	6	17,6	4	11,8	1	2,9
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente:	2	5,9	5	14,7	10	29,4	10	29,4	6	17,6	1	2,9
	Promedio		Mínimo		Máximo							
43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente de su servicio/unidad:	7,3		3,0		10,0							
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?:	1993		1972		2013							
45. ¿En qué año empezó a trabajar en éste hospital?:	1997		1972		2014							
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?:	2003		1972		2014							
	Rango de horas		N	%								
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?:	<10		0	0								
	11-20		0	0								
	21-30		1	2,9								
	31-40		26	76,5								
	41-50		4	11,8								
	51-60		0	0								
	61-70		1	2,9								
	NS/NC		2	5,9								
	0		1		2		3		>3		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?:	26	76,5	0	0	3	8,8	1	2,9	3	8,8	1	2,9
	Si		No		NS / NC							
	N	%	N	%	N	%						
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?:	33	97,1	1	2,9	0	0						
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?	N	%										
UCI	0	0										
Urgencias	0	0										
Neonatología	34	100										
NS / NC	0	0										
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?:	N	%										
Enfermero/a	13	38,2										
Auxiliar de Enfermería	3	8,8										
Médico	13	38,2										
NS / NC	5	14,7										



ANEXO - Información adicional	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	2	5,9	3	8,8	9	26,5	10	29,4	9	26,5	1	2,9
54. Se elaboran informes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes Rx, medicación):	11	32,4	11	32,4	8	23,5	2	5,9	1	2,9	1	2,9
55. 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.	0	0	2	5,9	7	20,6	13	38,2	12	35,3	0	0
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	0	0	1	2,9	4	11,8	16	47,1	12	35,3	1	2,9
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	0	0	2	5,9	6	17,6	16	47,1	9	26,5	1	2,9
58. 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.	0	0	4	11,8	10	29,4	14	41,2	5	14,7	1	2,9
59. 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.	2	5,9	6	17,6	14	41,2	6	17,6	5	14,7	1	2,9
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital.	1	2,9	2	5,9	0	0	4	11,8	4	11,8	20	58,8
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento.	3	8,8	0	0	2	5,9	0	0	1	2,9	28	82,4

Tabla 3



### 8.5. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

SECCIÓN A: Su servicio	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Muy de acuerdo		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. El personal se apoya mutuamente:	0	0	0	0	8	34,8	12	52,2	3	13,0	0	0
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo:	2	8,7	1	4,3	2	8,7	17	73,9	1	4,3	0	0
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo:	0	0	2	8,7	6	26,1	10	43,5	5	21,7	0	0
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto:	0	0	3	13,0	5	21,7	12	52,2	3	13,0	0	0
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora:	0	0	4	17,4	6	25,1	13	56,5	0	0	0	0
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente:	0	0	7	30,4	10	43,5	6	26,1	0	0	0	0
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal:	0	0	6	25,1	10	43,5	5	21,7	2	8,7	0	0
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra:	2	8,7	13	56,5	7	30,4	1	4,3	0	0	0	0
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo:	0	0	4	17,4	8	34,8	9	39,1	2	8,7	0	0
10. No se producen más fallos por casualidad:	2	8,7	9	39,1	9	39,1	3	13,0	0	0	0	0
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros:	0	0	5	21,7	4	17,4	10	43,5	4	17,4	0	0
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable":	0	0	10	43,5	4	17,4	9	39,1	0	0	0	0
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad:	0	0	7	30,4	9	39,1	7	30,4	0	0	0	0
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa:	0	0	9	39,1	7	30,4	7	30,4	0	0	0	0
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente:	0	0	10	43,5	8	34,8	5	21,7	0	0	0	0
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente:	0	0	3	13,0	5	21,7	14	60,9	1	4,3	0	0
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente":	3	13,0	10	43,5	2	8,7	8	34,8	0	0	0	0
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia:	0	0	4	17,4	5	21,7	12	52,2	2	8,7	0	0
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente:	0	0	3	13,0	14	60,9	6	26,1	0	0	0	0
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente:	0	0	2	8,7	8	34,8	12	52,2	1	4,3	0	0
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente:	0	0	13	56,5	8	34,8	2	8,7	0	0	0	0
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente:	2	8,7	13	56,5	7	30,4	1	4,3	0	0	0	0
SECCIÓN B - Su Hospital	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De Acuerdo		Muy de acuerdo		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente:	3	13,0	5	21,7	8	34,8	6	26,1	1	4,3	0	0
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas:	0	0	6	26,1	4	17,3	8	34,8	5	21,7	0	0
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra:	0	0	13	56,5	0	0	9	39,1	1	4,3	0	0
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar comúnmente:	1	4,3	7	30,4	6	26,1	7	30,4	2	8,7	0	0
27. En los cambios de turno se pierde, con frecuencia, información importante sobre la atención que ha recibido el paciente:	3	13,0	15	65,2	1	4,3	4	17,3	0	0	0	0
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades:	0	0	7	30,4	10	43,5	6	26,1	0	0	0	0
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático:	1	4,3	13	56,5	3	13,0	6	26,1	0	0	0	0
30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades:	2	8,7	8	34,8	2	8,7	11	47,8	0	0	0	0
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente:	0	0	3	13,0	6	26,1	11	47,8	3	13,0	0	0
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes:	2	8,7	7	30,4	9	39,1	3	13,0	2	8,7	0	0



33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno:	3	13,0	7	30,4	6	26,1	4	17,3	3	13,0	0	0
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo :	0	0	5	21,7	11	47,8	6	26,1	1	4,3	0	0
<b>SECCIÓN C - Comunicación</b>	<b>Nunca</b>		<b>Casi nunca</b>		<b>A veces</b>		<b>Casi siempre</b>		<b>Siempre</b>		<b>NS/NC</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad:	0	0	5	21,7	6	26,1	7	30,4	5	21,7	0	0
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad:	2	8,7	1	4,3	13	56,5	6	26,1	1	4,3	0	0
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores:	7	30,4	6	26,1	8	34,8	1	4,3	1	4,3	0	0
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir:	2	8,7	2	8,7	14	60,9	4	17,4	1	4,3	0	0
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta:	2	8,7	6	26,1	10	43,5	3	13,0	2	8,7	0	0
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente:	2	8,7	4	17,4	3	13,0	8	34,8	6	26,1	0	0
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente:	2	8,7	5	21,7	7	30,4	7	30,4	2	8,7	0	0
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente:	2	8,7	1	4,3	11	47,8	8	34,8	1	4,3	0	0
	<b>Promedio</b>		<b>Mínimo</b>		<b>Máximo</b>							
43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente de su servicio/unidad:	7,1		2,0		9,5							
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?:	1999		1980		2012							
45. ¿En qué año empezó a trabajar en éste hospital?:	2003		1978		2014							
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?:	2010		1983		2014							
	<b>Rango de horas</b>		<b>N</b>	<b>%</b>								
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?:	<10		0	0								
	11-20		0	0								
	21-30		0	0								
	31-40		19	82,6								
	41-50		2	8,7								
	51-60		0	0								
	61-70		0	0								
	NS/NC		2	8,7								
	<b>0</b>		<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>&gt;3</b>		<b>NS/NC</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?:	23	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>NS / NC</b>							
	N	%	N	%	N	%						
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?:	21	91,3	2	8,7	0	0						
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?	N	%										
UCI	0	0										
Urgencias	23	100										
Neonatología	0	0										
NS / NC	0	0										
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?:	N	%										
Enfermero/a	19	82,6										
Auxiliar de Enfermería	2	8,7										
Médico	0	0										
NS / NC	2	8,7										



ANEXO - Información adicional	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	0	0	8	34,8	6	26,1	6	26,1	3	13,0	0	0
54. Se elaboran informes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes Rx, medicación):	6	26,1	8	34,8	6	26,1	1	4,3	0	0	2	8,7
55. 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.	0	0	0	0	3	13,0	13	56,5	7	30,4	0	0
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	0	0	1	4,3	4	17,4	10	43,5	7	30,4	1	4,3
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	0	0	4	17,4	8	34,8	7	30,4	4	17,4	0	0
58. 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.	0	0	7	30,4	7	30,4	6	26,1	2	8,7	1	4,3
59. 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.	1	4,3	6	26,1	5	21,7	6	26,1	5	21,7	0	0
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital.	0	0	0	0	6	26,1	1	4,3	6	26,1	10	43,5
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento.	2	8,7	0	0	1	4,3	0	0	0	0	20	87,0

Tabla 4



## 8.6. RESULTADOS DE LA CATEGORÍA DE ENFERMERO

SECCIÓN A: Su servicio	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Muy de acuerdo		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. El personal se apoya mutuamente:	0	0	2	3,9	11	21,6	29	56,9	9	17,6	0	0
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo:	4	7,8	8	15,7	6	11,8	30	58,8	3	5,9	0	0
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo:	0	0	3	5,9	10	19,6	28	54,9	10	19,6	0	0
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto:	0	0	6	11,8	5	9,8	37	72,5	3	5,9	0	0
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora:	1	2,0	11	21,6	4	7,8	33	64,7	1	2,0	1	2,0
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente:	0	0	12	23,5	13	25,5	22	43,1	4	7,8	0	0
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal:	0	0	13	25,5	17	33,3	15	29,4	5	9,8	1	2,0
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra:	5	9,8	23	45,1	16	31,4	6	11,8	1	2,0	0	0
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo:	0	0	6	11,8	12	23,5	26	51,0	6	11,8	1	2,0
10. No se producen más fallos por casualidad:	3	5,9	16	31,4	17	33,3	15	29,4	0	0	0	0
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros:	0	0	5	9,8	7	13,7	33	64,7	6	11,8	0	0
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable":	0	0	18	35,3	13	25,5	19	37,3	0	0	1	0
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad:	0	0	12	23,5	19	37,3	17	33,3	3	5,9	0	2,0
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa:	1	2,0	13	25,5	11	21,6	23	45,1	3	5,9	0	0
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente:	2	3,9	25	49,0	15	29,4	7	13,7	2	3,9	0	0
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente:	0	0	8	15,7	11	21,6	30	58,8	2	3,9	0	0
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente":	4	7,8	25	49,0	9	17,6	13	25,5	0	0	0	0
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia:	0	0	7	13,7	15	29,4	27	52,9	2	3,9	0	0
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente:	1	2,0	3	5,9	23	45,1	21	41,2	3	5,9	0	0
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente:	0	0	5	9,8	19	37,3	24	47,1	3	5,9	0	0
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente:	4	7,8	22	43,1	17	33,3	7	13,7	0	0	1	2,0
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente:	8	15,7	31	60,8	9	17,6	3	5,9	0	0	0	0
<b>SECCIÓN B - Su Hospital</b>												
SECCIÓN B - Su Hospital	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De Acuerdo		Muy de acuerdo		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente:	7	13,7	18	35,3	14	27,5	9	17,6	3	5,9	0	0
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas:	0	0	9	17,6	9	17,6	24	47,1	9	17,6	0	0
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra:	0	0	24	47,1	5	9,8	19	37,3	3	5,9	0	0
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar comúnmente:	3	5,9	14	27,5	18	35,3	14	27,5	2	3,9	0	0
27. En los cambios de turno se pierde, con frecuencia, información importante sobre la atención que ha recibido el paciente:	8	15,7	24	47,1	8	15,7	10	19,6	1	2,0	0	0
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades:	0	0	20	39,2	22	43,1	7	13,7	2	3,9	0	0
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático:	1	2,0	20	39,2	17	33,3	13	25,5	0	0	0	0
30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades:	4	7,8	27	52,9	7	13,7	12	23,5	1	2,0	0	0
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente:	1	2,0	3	5,9	11	21,6	28	54,9	8	15,7	0	0
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes:	4	7,8	15	29,4	20	39,2	9	17,6	3	5,9	0	0



33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno:	5	9,8	22	43,1	12	23,5	9	17,6	2	3,9	1	2,0
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo :	3	5,9	12	23,5	23	45,1	10	19,6	2	3,9	1	2,0
<b>SECCIÓN C - Comunicación</b>												
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad:	0	0	6	11,8	16	31,4	23	45,1	5	9,8	1	2,0
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad:	5	9,8	2	3,9	32	62,7	8	15,7	3	5,9	1	2,0
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores:	9	17,6	10	19,6	23	45,1	6	11,8	3	5,9	0	0
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir:	3	5,9	7	13,7	25	49,0	12	23,5	4	7,8	0	0
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta:	3	5,9	15	29,4	19	37,3	10	19,6	2	3,9	2	3,9
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente:	2	3,9	7	13,7	15	29,4	18	35,3	9	17,6	0	0
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente:	2	3,9	7	13,7	23	45,1	12	23,5	7	13,7	0	0
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente:	3	5,9	3	5,9	25	49,0	13	25,5	7	13,7	0	0
	Promedio		Mínimo		Máximo							
43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente de su servicio/unidad:	7,1		2,0		9,5							
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?:	1997		1972		2012							
45. ¿En qué año empezó a trabajar en éste hospital?:	2000		1972		2014							
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?:	2005		1975		2014							
	Rango de horas		N	%								
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?:	<10		0	0								
	11-20		0	0								
	21-30		0	0								
	31-40		38	74,5								
	41-50		5	9,8								
	51-60		0	0								
	61-70		0	0								
	NS/NC		8	15,7								
	0		1		2		3		>3		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?:	41	80,4	1	2,0	2	3,9	3	5,9	3	5,9	1	2,0
	Si		No		NS / NC							
	N	%	N	%	N	%						
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?:	50	98,0	1	2,0	0	0						
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?	N	%										
UCI	19	37,3										
Urgencias	19	37,3										
Neonatología	13	25,5										
NS / NC	0	0										
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?:	N	%										
Enfermero/a	51	100										
Auxiliar de Enfermería	0	0										
Médico	0	0										
NS / NC	0	0										



ANEXO - Información adicional	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	1	2,0	7	13,7	13	25,5	14	27,5	15	29,4	1	2,0
54. Se elaboran informes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes Rx, medicación):	14	27,5	14	27,5	16	31,4	2	3,9	1	2,0	4	7,8
55. 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.	0	0	0	0	4	7,8	26	51,0	20	39,2	1	2,0
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	0	0	1	2,0	9	17,6	23	45,1	15	29,4	3	5,9
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	0	0	4	7,8	13	25,5	22	43,1	11	21,6	1	2,0
58. 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.	0	0	6	11,8	20	39,2	16	31,4	7	13,7	2	3,9
59. 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.	2	3,9	12	23,5	17	33,3	11	21,6	5	9,8	4	7,8
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital.	0	0	2	3,9	12	23,5	8	15,7	7	13,7	22	43,1
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento.	10	19,6	4	7,8	6	11,8	1	2,0	0	0	30	58,8

Tabla 5



### 8.7. RESULTADOS DE LA CATEGORÍA DE MÉDICO

SECCIÓN A: Su servicio	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Muy de acuerdo		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. El personal se apoya mutuamente:	0	0	2	9,5	1	4,8	14	66,7	4	19,0	0	0
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo:	0	0	7	33,3	5	23,8	8	38,1	1	4,8	0	0
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo:	0	0	2	9,5	2	9,5	14	66,7	3	14,3	0	0
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto:	0	0	1	4,8	5	23,8	10	47,6	5	23,8	0	0
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora:	2	9,5	9	42,9	2	9,5	7	33,3	1	4,8	0	0
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente:	1	4,8	5	23,8	5	23,8	5	23,8	5	23,8	0	0
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal:	0	0	3	14,3	6	28,6	11	52,4	1	4,8	0	0
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra:	8	38,1	11	52,4	2	9,5	0	0	0	0	0	0
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo:	1	4,8	0	0	6	28,6	11	52,4	3	14,3	0	0
10. No se producen más fallos por casualidad:	1	4,8	5	23,8	6	28,6	7	33,3	1	4,8	1	4,8
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros:	0	0	1	4,8	4	19,0	14	66,7	2	9,5	0	0
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable":	3	14,3	10	47,6	7	33,3	1	4,8	0	0	0	0
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad:	1	4,8	8	38,1	5	23,8	7	33,3	0	0	0	0
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa:	0	0	6	28,6	6	28,6	8	38,1	1	4,8	0	0
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente:	0	0	13	61,9	5	23,8	2	9,5	0	0	1	4,8
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente:	1	4,8	6	28,6	6	28,6	8	38,1	0	0	0	0
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente":	1	4,8	6	28,6	7	33,3	6	28,6	1	4,8	0	0
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia:	0	0	5	23,8	6	28,6	10	47,6	0	0	0	0
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente:	1	4,8	2	9,5	8	38,1	6	28,6	4	19,0	0	0
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente:	0	0	3	14,3	6	28,6	10	47,6	2	9,5	0	0
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente:	3	14,3	8	38,1	6	28,6	4	19,0	0	0	0	0
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente:	3	14,3	15	71,4	1	4,8	2	9,5	0	0	0	0
SECCIÓN B - Su Hospital	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De Acuerdo		Muy de acuerdo		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente:	3	14,3	8	38,1	9	42,9	1	4,8	0	0	0	0
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas:	0	0	2	9,5	5	23,8	11	52,4	3	14,3	0	0
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra:	0	0	6	28,6	6	28,6	7	33,3	2	9,5	0	0
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar comúnmente:	0	0	5	23,8	9	42,9	7	33,3	0	0	0	0
27. En los cambios de turno se pierde, con frecuencia, información importante sobre la atención que ha recibido el paciente:	2	9,5	12	57,1	2	9,5	5	23,8	0	0	0	0
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades:	0	0	11	52,4	10	47,6	0	0	0	0	0	0
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático:	0	0	7	33,3	10	47,6	4	19,0	0	0	0	0
30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades:	2	9,5	9	42,9	6	28,6	4	19,0	0	0	0	0
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente:	0	0	4	19,0	4	19,0	8	38,1	5	23,8	0	0
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes:	0	0	6	28,6	11	52,4	4	19,0	0	0	0	0



33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno:	0	0	12	57,1	7	33,3	2	9,5	0	0	0	0
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo :	1	4,8	6	28,6	9	42,9	4	19,0	0	0	1	4,8
<b>SECCIÓN C - Comunicación</b>												
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad:	0	0	5	23,8	7	33,3	8	38,1	1	4,8	0	0
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad:	0	0	4	19,0	9	42,9	8	38,1	0	0	0	0
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores:	0	0	8	38,1	6	28,6	6	28,6	1	4,8	0	0
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir:	1	4,8	0	0	9	42,9	9	42,9	2	9,5	0	0
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta:	2	9,5	3	14,3	14	66,7	1	4,8	0	0	1	4,8
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente:	1	4,8	4	19,0	6	28,6	8	38,1	1	4,8	1	4,8
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente:	1	4,8	6	28,6	7	33,3	5	23,8	1	4,8	1	4,8
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente:	1	4,8	3	14,3	7	33,3	9	42,9	0	0	1	4,8
	Promedio		Mínimo		Máximo							
43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente de su servicio/unidad:	7,2		5,0		9,0							
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?:	2001		1980		2013							
45. ¿En qué año empezó a trabajar en éste hospital?:	2004		1975		2013							
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?:	2006		1976		2013							
	Rango de horas		N	%								
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?:	<10		1	4,8								
	11-20		0	0								
	21-30		1	4,8								
	31-40		12	57,1								
	41-50		3	14,3								
	51-60		2	9,5								
	61-70		2	9,5								
	NS/NC		0	0								
	0		1		2		3		>3		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?:	15	71,4	1	4,8	4	19,0	1	4,8	0	0	0	0
	Si		No		NS / NC							
	N	%	N	%	N	%						
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?:	20	95,2	1	4,8	0	0						
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?	N	%										
UCI	8	38,1										
Urgencias	0	0										
Neonatología	13	61,9										
NS / NC	0	0										
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?:	N	%										
Enfermero/a	0	0										
Auxiliar de Enfermería	0	0										
Médico	21	100										
NS / NC	0	0										



ANEXO - Información adicional	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	2	9,5	2	9,5	9	42,9	5	23,8	2	9,5	1	4,8
54. Se elaboran informes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes Rx, medicación):	6	28,6	10	47,6	5	23,8	0	0	0	0	0	0
55. 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.	0	0	1	4,8	5	23,8	11	52,4	4	19,0	0	0
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	0	0	1	4,8	2	9,5	13	61,9	5	23,8	0	0
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	0	0	0	0	4	19,0	12	57,1	5	23,8	0	0
58. 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.	0	0	1	4,8	3	14,3	15	71,4	2	9,5	0	0
59. 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.	1	4,8	4	19,0	4	19,0	8	38,1	4	19,0	0	0
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital.	1	4,8	0	0	1	4,8	5	23,8	2	9,5	12	57,1
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento.	2	9,5	4	19,0	0	0	0	0	0	0	15	71,4

Tabla 6



### 8.8. RESULTADOS DE LA CATEGORÍA DE AUXILIAR

SECCIÓN A: Su servicio	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Muy de acuerdo		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. El personal se apoya mutuamente:	0	0	1	11,1	1	11,1	5	55,6	2	22,2	0	0
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo:	0	0	0	0	0	0	9	100	0	0	0	0
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo:	0	0	0	0	2	22,2	3	33,3	4	44,4	0	0
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto:	0	0	2	22,2	1	11,1	4	44,4	2	22,2	0	0
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora:	1	11,1	5	55,6	3	33,3	0	0	0	0	0	0
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente:	2	22,2	1	11,1	1	11,1	4	44,4	1	11,1	0	0
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal:	1	11,1	4	44,4	0	0	4	44,4	0	0	0	0
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra:	1	11,1	3	33,3	4	44,4	1	11,1	0	0	0	0
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo:	1	11,1	0	0	1	11,1	5	55,6	2	22,2	0	0
10. No se producen más fallos por casualidad:	0	0	6	66,7	1	11,1	1	11,1	1	11,1	0	0
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros:	0	0	2	22,2	0	0	7	77,8	0	0	0	0
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable":	0	0	4	44,4	3	33,3	2	22,2	0	0	0	0
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad:	1	11,1	2	22,2	2	22,2	4	44,4	0	0	0	0
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa:	0	0	4	44,4	4	44,4	1	11,1	0	0	0	0
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente:	1	11,1	3	33,3	2	22,2	2	22,2	1	11,1	0	0
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente:	0	0	3	33,3	4	44,4	2	22,2	0	0	0	0
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente":	0	0	3	33,3	3	33,3	3	33,3	0	0	0	0
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia:	0	0	1	11,1	1	11,1	7	77,8	0	0	0	0
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente:	0	0	5	55,6	2	22,2	2	22,2	0	0	0	0
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente:	0	0	2	22,2	1	11,1	6	66,7	0	0	0	0
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente:	0	0	5	55,6	3	33,3	1	11,1	0	0	0	0
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente:	0	0	6	66,7	2	22,2	0	0	0	0	1	11,1
<b>SECCIÓN B - Su Hospital</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>		<b>En desacuerdo</b>		<b>Indiferente</b>		<b>De Acuerdo</b>		<b>Muy de acuerdo</b>		<b>NS/NC</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente:	0	0	3	33,3	5	55,6	1	11,1	0	0	0	0
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas:	0	0	2	22,2	3	33,3	4	44,4	0	0	0	0
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra:	0	0	5	55,6	0	0	4	44,4	0	0	0	0
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar comúnmente:	0	0	4	44,4	2	22,2	3	33,3	0	0	0	0
27. En los cambios de turno se pierde, con frecuencia, información importante sobre la atención que ha recibido el paciente:	0	0	6	66,7	0	0	3	33,3	0	0	0	0
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades:	1	11,1	2	22,2	4	44,4	2	22,2	0	0	0	0
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático:	0	0	4	44,4	3	33,3	2	22,2	0	0	0	0
30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades:	0	0	2	22,2	4	44,4	3	33,3	0	0	0	0
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente:	0	0	3	33,3	1	11,1	4	44,4	1	11,1	0	0



32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes:	0	0	3	33,3	3	33,3	3	33,3	0	0	0	0
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno:	0	0	3	33,3	1	11,1	3	33,3	2	22,2	0	0
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo :	2	22,2	3	33,3	1	11,1	2	22,2	1	11,1	0	0
<b>SECCIÓN C - Comunicación</b>												
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad:	1	11,1	1	11,1	3	33,3	2	22,2	2	22,2	0	0
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad:	2	22,2	1	11,1	2	22,2	4	44,4	0	0	0	0
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores:	3	33,3	3	33,3	1	11,1	2	22,2	0	0	0	0
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir:	2	22,2	1	11,1	2	22,2	4	44,4	0	0	0	0
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta:	1	11,1	3	33,3	3	33,3	1	11,1	1	11,1	0	0
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente:	2	22,2	0	0	2	22,2	2	22,2	3	33,3	0	0
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente:	0	0	1	11,1	2	22,2	4	44,4	1	11,1	1	11,1
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente:	0	0	0	0	3	33,3	4	44,4	1	11,1	1	11,1
	Promedio		Mínimo		Máximo							
43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente de su servicio/unidad:	7,7		4,0		9,0							
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?:	1996		1976		2008							
45. ¿En qué año empezó a trabajar en éste hospital?:	1999		1976		2013							
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?:	2010		2003		2013							
	Rango de horas		N	%								
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?:	<10		0	0								
	11-20		0	0								
	21-30		0	0								
	31-40		8	88,9								
	41-50		1	11,1								
	51-60		0	0								
	61-70		0	0								
	NS/NC		0	0								
	0		1		2		3		>3		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?:	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Si		No		NS / NC							
	N	%	N	%	N	%						
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?:	9	100	0	0	0	0						
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital?	N	%										
UCI	4	44,4										
Urgencias	2	22,2										
Neonatología	3	33,3										
NS / NC	0	0										
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?:	N	%										
Enfermero/a	0	0										
Auxiliar de Enfermería	9	100										
Médico	0	0										



NS / NC	0	0										
ANEXO - Información adicional	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		NS / NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	0	0	0	0	1	11,1	5	55,6	2	22,2	1	11,1
54. Se elaboran informes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes Rx, medicación):	2	22,2	1	11,1	1	11,1	2	22,2	1	11,1	2	22,2
55. 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.	0	0	0	0	1	11,1	2	22,2	5	55,6	1	11,1
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	0	0	0	0	1	11,1	2	22,2	5	55,6	1	11,1
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	0	0	1	11,1	1	11,1	4	44,4	2	22,2	1	11,1
58. 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.	0	0	4	44,4	1	11,1	3	33,3	0	0	1	11,1
59. 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.	0	0	0	0	4	44,4	1	11,1	3	33,3	1	11,1
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital.	0	0	0	0	0	0	1	11,1	3	33,3	5	55,6
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento.	0	0	0	0	1	11,1	0	0	0	0	8	88,89

Tabla7