



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

**EVALUACIÓN DEL CLIMA DE TRABAJO Y SU RELACIÓN
CON LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN
LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UN
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL, ESTADO DE MÉXICO
2020**

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

BRIANDA ROSALES SUAREZ

TUTOR ACADÉMICO

DR. EN C.S IHOSVANY BASSET MACHADO

TUTOR ADJUNTO

DR. EN C. S RAFAEL ESTÉVEZ RAMOS

TUTORA ADJUNTA

M.EN S.F.C ELIA CHAMORRO VAZQUEZ

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO AGOSTO 2020



CUVCH

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. ESTADO DEL ARTE	9
Capítulo 1. Evaluación.....	9
1.1 Surgimiento del término evaluación.....	9
1.2 Definiciones sobre evaluación	10
1.3 La evaluación en salud.....	11
1.4 Tipos de evaluación en salud	12
1.5 Evaluación en los programas de salud en México.....	13
Capítulo 2. Clima laboral	14
2.1 Surgimiento del término.....	14
2.2 Definiciones.....	15
2.3 Elementos del clima laboral.....	16
2.3.1 Elementos objetivos:.....	17
2.3.2 Elementos subjetivos:.....	17
2.4 Clima laboral en salud	18
2.4.1 Características de un clima laboral sano	19
2.4.2 Características de un clima laboral no favorable	20
2.4.3 Evaluación del clima laboral	20
Capítulo 3. Cultura.....	21
3.1 Surgimiento del término.....	21
3.2 Definiciones	22
3.3 Tipos de cultura	23

3.3.1 Cultura de acuerdo a su extensión	23
3.3.2 Cultura conforme a su desarrollo.....	23
3.3.3Cultura acorde al carácter dominante.....	24
3.3.4Cultura en conformidad a su dirección	25
3.3.5 Otros tipos de cultura.....	26
3.4 La cultura en salud	26
Capítulo 4. Seguridad del paciente.....	27
4.1 Historia de la seguridad del paciente.....	27
4.1.1 Albores de la civilización en Lejano y Medio Oriente: Mesopotamia, India y China.....	27
4.1.2 Periodos Helenistas y romano en el Oriente	29
4.1.3Humanismo renacimiento hacia la revolución Industrial	29
4.1.4. Era del control estadístico de la calidad durante el siglo XX	31
4.1.5 Publicación “Errar es humano”, lanzamiento de los primeros retos globales de la OMS y estudio IBEAS durante el siglo XXI.	32
4.2 Definiciones sobre seguridad del paciente	33
4.3 Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente	34
4.4 Metas internacionales sobre la seguridad del paciente	38
4.4.1 Meta Internacional 1	38
4.4.2 Meta Internacional 2	39
4.4.3 Meta Internacional 3	40
4.4.4 Meta Internacional 4	40
4.4.5 Meta Internacional 5	41
4.4.6 Meta Internacional 6	42
4.5 Acciones esenciales sobre seguridad del paciente	42
4.5.1 Acción Esencial 1	43
4.5.2 Acción esencial 2.....	45
4.5.3Acción Esencial 3	51

4.5.4 Acción Esencial 4	56
4.5.5 Acción Esencial Acción Esencial 5	57
4.5.6 Acción Esencial 6	60
4.5.7 Acción Esencial 7	64
4.5.8 Acción Esencial 8	65
Capítulo 5. Enfermería	66
5.1 Historia de la enfermería	66
5.1.1 Origen de los cuidados	66
5.1.2 En la Edad antigua	67
5.1.3 En la Edad Media	68
5.1.4 En la Edad Moderna	68
5.1.5 En la Edad Contemporánea	69
5.1.6 Enfermería en México, una profesión con historia.....	69
5.2 Definiciones del término enfermería	71
III.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	73
IV.JUSTIFICACIÓN.....	75
V.OBJETIVOS.....	77
5.1 Objetivo general	77
5.2 Objetivos específicos.....	77
VI.METODOLOGÍA	78
VII.RESULTADOS	80
VIII.DISCUSIÓN.....	94
IX. CONCLUSIÓN.....	97
X.BIBLIOGRAFÍA.....	99

I. INTRODUCCIÓN

Toda organización tiene características distintivas del resto, rasgos que la hacen comprender sus actividades laborales como primordiales y empleados que se sienten identificados con un sistema. Dentro de este contexto, el clima de trabajo es una variable que actúa en su más amplio sentido en la conducta de los miembros, intentando racionalizar qué sensaciones experimentan en el desarrollo de sus actividades, así mismo la cultura de una organización al ser un “conjunto de valores, creencias, conocimientos y formas de pensar compartidos por un grupo” (Hernández, A. 2016), busca crear un vínculo entre estos y la práctica para lograr los objetivos del conjunto.

En el ámbito de la salud, el paciente es la persona que obtiene el resultado del clima laboral y la cultura organizacional, los miembros del equipo deben guiarse por la satisfacción del usuario y la seguridad del paciente es un pilar.

En la seguridad del paciente se busca garantizar que la persona no experimente daño innecesario en la atención a la salud, utilizando los conocimientos y actitudes necesarios y de calidad para la prevención de daños evitables. Aquellas organizaciones que tienen herramientas precisas, verificables y sólidas para medir la cultura en seguridad del paciente, han mostrado una mejora en los procesos así como en los resultados, a nivel nacional en 2008 se adaptó al español la encuesta original de la AHRQ (Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad), en 2009 la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) adaptó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture y en 2015 la DGCES (Dirección General de Calidad y Educación en Salud) lo adaptó nuevamente en sus 12 dimensiones.

La calidad es un proceso dinámico y un proyecto interminable en donde se detectan disfunciones tan pronto como sea posible procurando evitar que ocurran. La OMS (2016) define a la Calidad de la asistencia sanitaria como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y

terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso", de tal modo que gestionar la calidad en salud requiere de aplicar principios fundamentales como son: prácticas centradas en la seguridad del paciente, liderazgo, equipos de trabajo efectivos, identificación de procesos claves y superación de las barreras existentes, así como la toma de decisiones basadas en evidencias.

De acuerdo a la OMS, en los países en vía de desarrollo el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros(Gómez, O. 2017).En países desarrollados, se estima que hasta 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños asociado al proceso de la atención recibida (Arenas, W. 2017).En México, el 8% de los pacientes hospitalizados sufre algún tipo de daño y de este porcentaje 2% fallece debido a complicaciones en la atención de la salud, siendo la población más afectada la económicamente activa generando repercusiones sociales, y el 62% de los efectos adversos ocurridos en 2017 eran prevenibles realizando una adecuada atención a la salud (DOF, 2017).

La seguridad del paciente como indicador de calidad, debe ser fortalecida y numerosos organismos han desarrollado planes para hacerlo tales como: la Iniciativa en seguridad del paciente de la Secretaria de Salud en 2002, la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente en 2004 por la OMS, las Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente en 2007 por la OMS y publicación de buenas prácticas por la Joint Commission Internacional a partir de 2008; todo esto con el objetivo de reducir el riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, mediante la reformulación de los procedimientos de asistencia al enfermo para evitar los errores humanos y hacerlos más seguros.

Actualmente las Acciones esenciales para la seguridad del paciente forman parte del Modelo de Gestión de Calidad y son guía en los establecimientos para el desarrollo y maduración de los procedimientos y así puedan alcanzar estándares de acreditación y certificación. El Modelo de Gestión de Calidad califica: Salud en la población, Acceso efectivo a los servicios de salud, organizaciones confiables y seguras, experiencia satisfactoria al transitar por el sistema y costos razonables.

Garantizar la seguridad de paciente es asegurar su satisfacción y hablará de una atención brindada por los servicios de salud de calidad, misma que engloba un clima laboral efectivo y excelente cultura organizacional.

El presente trabajo busca determinar si existe relación entre el clima laboral y la cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del instrumento denominado “Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en Hospitales de México” en un hospital de segundo nivel del Estado de México.

II. ESTADO DEL ARTE

Capítulo 1. Evaluación

1.1 Surgimiento del término evaluación

El concepto de “evaluación” surge como disciplina durante el siglo XIX en Estados Unidos, durante el proceso de industrialización que se llevaba a cabo occidente.

La evaluación se amplió en el campo de la educación, en donde se incorporan términos como la tecnología de la educación, diseño curricular, objetivos de aprendizaje o evaluación educativa. Para otros autores el término evaluación comienza en la sociedad, en donde siempre se ha buscado dar juicios de valor a las acciones y actitudes en los estudiantes. La evaluación como disciplina ha tenido diversas transformaciones conceptuales y funcionales a lo largo de la historia en los siglos XX y XXI (Martínez, 2016).

Se considera al padre de la evaluación educativa es Tyler por ser el primero en tener una visión metódica sobre el concepto de evaluación, desde el conductismo plantea la necesidad de una evaluación complementaria que sirva para perfeccionar la calidad de la educación. Actualmente, la evaluación desde ya no es visto como una simple medición ya que supone un juicio de valor.

Mejía (2014) menciona que evaluar debería estar vinculado en tres aspectos: la recolección de datos fidedignos para su procesamiento, el análisis escrupuloso de estos y la estimación de logros y elaboración de juicios de valor.

La evaluación permite tener un mejor control de los resultados en las distintas áreas de su interés, así mismo permite retroalimentar los procesos y así tomar decisiones que conduzcan a la mejoría.

Edith Litwin (2015) desde el enfoque didáctico, plantea que los docentes deberían de recuperar de la evaluación la calidad del enfoque de enseñanza con

el fin de tomar conciencia de que los aprendizajes adquiridos puedan generar buenos o malos rendimientos. A esto, Perrenoud (2015) menciona que esta distribución de buenos y malos rendimientos en los alumnos es producto de los procedimientos ordinarios de evaluación.

“La evaluación está caracterizada porque se pregunta aquello que se conoce y en las situaciones de exámenes orales las preguntas solo pueden responderse de manera rápida dejando de lado los tiempos de maduración de una idea o simplemente de reflexión” (Litwin, 2015).

1.2 Definiciones sobre evaluación

La Real Academia Española (2018) define la evaluación como la “acción y efecto de evaluar”, o, de “estimar, apreciar, señalar el valor de algo”, en donde lo podemos vincular con el proceso escolar y educativo.

Caballas (2015) menciona que evaluar es "medir" un fenómeno o el desempeño de un proceso, donde compararan los resultados obtenidos con criterios preestablecidos, haciendo un juicio de valores tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia.

Rosales (2015) la define como “una reflexión crítica sobre todos los momentos y factores que intervienen en el proceso didáctico a fin de determinar cuáles pueden ser, están o han sido los resultados del mismo”.

Pedro Lafourcade (2015) la entiende como “una etapa del proceso educacional que tiene por fin comprobar de modo sistemático que en medidas se han logrado los resultados previstos en los objetivos que se hubieran especificado con antelación”.

Rodríguez (2015) menciona que la evaluación es una “actividad sistemática continuada e integrada en el proceso educativo cuya finalidad es el mejoramiento del mismo”.

Según García (2015) “es una actividad o proceso de identificación, recogida y tratamiento de datos sobre los elementos y hechos educativos con el objetivo de valorarlos primero y sobre dicha valoración tomar decisiones”.

1.3 La evaluación en salud

Rossi y Freeman (2017) consideran a la evaluación en salud como la “aplicación sistemática de procedimientos de investigación que determina la conceptualización, diseño e implementación y su utilización en los programas de salud”.

Patton (2017) la define como “recopilación sistemática de información relacionada con las características y resultados de programas implementados en poblaciones específicas para mejorar su efectividad del programa, así como facilitar la toma de decisiones”.

Cronbach (2017) la describe por la “compilación y uso de información que facilita la toma de decisiones en un programa específico”.

De acuerdo a la Real academia (2018) la evaluación de la ciencia médica ha experimentado un gran avance ya que actualmente tiene dos finalidades: la gestión y la investigación, pretendiendo evaluar un sistema de salud, es indispensable mencionar los tres niveles en los cuales se describe lo que se está evaluando: programa, proyecto e intervención.

La OMS (2018) menciona y define a la evaluación en salud como un “proceso facilita que las personas aumenten su control en salud y de este modo mejoren”, esto mediante propuestas por el movimiento de la salud, políticas públicas saludables y el refuerzo de la participación comunitaria.

1.4 Tipos de evaluación en salud

De acuerdo a Gutiérrez (2018) en la evaluación se califican diferentes ámbitos, clasificándola en: formativa, de proceso, de resultados y del impacto.

La evaluación formativa es la más común y pretende medir los puntos fuertes y débiles de los componentes de la intervención antes de su implementación, se busca el rango de opiniones mediante medios de difusión como folletos o representativos en formatos que puedan adaptarse al tipo de población para su comprensión en donde el material a reproducir sea atractivo, sus resultados permiten obtener resultados en los profesionales de la salud y en los gestores de salud para poder mejorar estrategias de salud.

La evaluación del proceso examina la cantidad y calidad de la población diana, en donde permite elegir indicadores que valoran un proceso, por ejemplo: la cobertura o proporción alcanzada de la población diana, los componentes del programa que recibe cada participante, la satisfacción de los participantes y su fidelidad a lo programado ya establecido, con apoyo de materiales como encuesta post-sesión, observaciones o grabaciones.

La evaluación de resultados mide los cambios de la población diana en un tiempo determinado, observando conductas, cambios organizativos, conocimientos y habilidades, siendo medidas por instrumentos que califican los objetivos generales y operativos del programa establecido comparándolo con lo anterior disponible para tomar decisiones de acuerdo al recurso disponible, a mayor especificación de la consecución de los objetivos más información sobre su eficacia del programa.

La evaluación del impacto en salud es la más global y deseable que se pretende alcanzar en un estudio en donde muestra los resultados a largo plazo, mide los cambios en salud, social y económico; Lo realizan los organismos internacionales o universidades en donde se menciona su efectividad en la

promoción de la salud presentando una revisión de su impacto con diferentes intervenciones.

1.5 Evaluación en los programas de salud en México

A finales de los noventa surge el concepto de “evaluación del desempeño en los sistemas de salud” por parte de la OMS en el año 2000, mencionando que la evaluación se refiere al desempeño global de los sistemas y es el resultado de una combinación en la aplicación de políticas en la marcha de los programas y los resultados de las acciones de salud. La evaluación de los sistemas de salud se realiza en dos niveles:

- Primer nivel o evaluación de programas y servicios: donde se encuentran los procesos que el sistema establece en forma de programas y servicios de salud.
- Segundo nivel o evaluación del desempeño del sistema de salud: las grandes políticas.

Entonces cuando se evalúa el desempeño en los sistemas, se evalúan las condiciones generales de salud que han alcanzado dentro de un país, la brecha sanitaria que existe entre los grupos sociales, el trato que proporciona el sistema a sus usuarios y el grado de eficiencia alcanzado al aplicar los recursos disponibles para atender las necesidades actuales y futuras en salud.

El CENAPRECE (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades) es un el órgano responsable en México de conducir e implementar a nivel nacional 18 programas sustantivos para la prevención y control de enfermedades en la población mexicana. Dichos programas son:

1. Atención al envejecimiento
2. Prevención y control de la Diabetes Mellitus
3. Prevención y control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular

4. Eliminación de la lepra
5. Prevención y control de la tuberculosis
6. Prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza
7. Atención de urgencias epidemiológicas y desastres
8. Prevención de las enfermedades diarreicas
9. Prevención y control del dengue
10. Eliminación de la oncocercosis
11. Prevención y control de la enfermedad de Chagas
12. Prevención y control de la intoxicación por picadura de Alacrán
13. Prevención y control de las Leishmaniasis
14. Prevención y control del Paludismo
15. Prevención y control de la Brucelosis
16. Prevención y control de la Rickettsiosis
17. Prevención y control de la Rabia Humana
18. Prevención, detección y control de los problemas de salud bucal.

Capítulo 2. Clima laboral

2.1 Surgimiento del término

El concepto de clima laboral comienza a surgir en mayo de 1924 con la interrogante acerca de los elementos para poder mejorar el bienestar productivo de las organizaciones, durante 10 años (1924-1933) la investigadora Western E. centró su investigación en el estudio del comportamiento de los trabajadores de una organización ante situaciones de problemas continuos. Los llamados

estudios de “Hawthorne” fueron realizados en una zona industrial de la ciudad de Chicago, Estados Unidos en donde encontró una serie de variables que dependiendo de lo encontrado podían repercutir en el estado emocional de las personas y esto a su vez en resultados económicos en la organización (Álvarez, G. 2016).

Los primeros conceptos sobre el clima organizacional se enfocan a una perspectiva psicológica, en donde se encuentran los trabajos de Lewin et al. (1939). En 1953 Fishman retoma la interpretación psicologista y habla del concepto de clima, ligándolo al de liderazgo desde una perspectiva académica (Álvarez, G. 2016).

Desde dichos inicios, numerosos investigadores han intentado caracterizar el mundo del clima laboral y aun actualmente no hay un grado de consenso sobre una definición (Parker et al., 2010).

Tratando de definirlo entonces, el clima laboral es una variable que actúa entre el contexto organizativo y la conducta que representan los miembros de la comunidad laboral, en donde racionalizan las sensaciones que experimentan los individuos en el desarrollo de las actividades en el entorno laboral (Patterson et al. 2015).

2.2 Definiciones

Flickr (2020) define el clima laboral como el “conjunto de cualidades en los cuales los atributos y propiedades son un ambiente de trabajo concreto que pueden ser percibidas, sentidas o experimentadas, las personas que pertenecen a una organización son influenciadas en su conducta.

Gahn (2015) dice que es “la suma de todas las percepciones en que los trabajadores tienen sobre el medio humano y físico en donde se desarrollan las actividades de la organización”.

Robins (2019) menciona que es un “conjunto de variables que inciden en la percepción que tienen las personas del lugar donde desarrollan su actividad laboral. Las variables pueden ser objetivadas y matematizadas, pero la percepción es una ecuación personal de características cien por cien subjetivas. Las personas toman en cuenta una situación de totalidad, sin tener en claro o en la conciencia los aspectos parciales”.

Para Baguer (2005) el clima laboral es “un ambiente humano en donde se desarrollan las actividades del talento humano dentro de una organización o en las características de un ambiente de trabajo que pueden ser percibidas por empleados y que están influyen en su conducta”.

López (2016) menciona que el clima laboral evoluciona según las dinámicas que se manifiestan dentro de las dependencias en donde los procesos de percepción básicos son la credibilidad de la fuente, así como los procesos selectivos de donde llega la información.

2.3 Elementos del clima laboral

Dentro del contexto influyen múltiples factores que intervienen en el entorno laboral: los de tipo objetivo se dirigen a situaciones concretas que pueden ser observadas y cuantificables, o subjetivas que dependen del punto de vista de cada persona y que se basa en la percepción de una realidad.

Los elementos objetivos y subjetivos constituyen el clima laboral se describen a continuación:

2.3.1 Elementos objetivos:

Se refiere a aspectos que se pueden revelar con facilidad ante la observación de una realidad:

- Estructura: Grado en que las reglas, procedimientos, tramites u otros aspectos determinan que la organización enfatice su labor en la burocracia o en el trabajo libre.
- Remuneración: La retribución económica del trabajo durante un periodo de tiempo de acuerdo a su contratación.
- Estándares: Énfasis en las organizaciones, metas y objetivos para su desempeño y la calidad en sus productos.
- Recompensas: Retribución de un trabajo correcto y el logro de resultados.

2.3.2 Elementos subjetivos:

Aspectos resultantes de las percepciones e interpretaciones del sujeto:

- Desafío: Actitud que tienen las personas ante los desafíos que enfrenta en su área laboral.
- Cooperación: Sentimiento sobre la existencia de un espíritu por parte de los directivos o miembro de un grupo de apoyo mutuo.
- Responsabilidad: Percepción de la autonomía en la toma de decisiones relacionadas al área laboral.
- Identidad: Es el acercamiento de la persona con los objetivos personales de la organización.
- Relaciones: Percepción acerca del ambiente interno y de las relaciones sociales tanto en directivos o colaboradores.
- Desarrollo: relación autónoma de las actividades laborales y su puesto de trabajo.

- Comunicación: Interacción dinámica entre las relaciones laborales e interpersonales.
- Conflictos: Manejo de los conflictos por los miembros de la organización, como superiores, aceptación de las opiniones discrepantes.

2.4 Clima laboral en salud

Actualmente en las organizaciones de salud pública o privada, se desarrollan actividades en entornos dinámicos y competitivos que exigen al día transformaciones constantes del entorno interno y externo, así como que sus integrantes se adapten a los cambios.

Los estudios sobre el clima laboral en salud permiten obtener información acerca de percepciones de los trabajadores en relación a factores de la organización que a la vez influyen en el desempeño. A nivel nacional e internacional se han realizado numerosos estudios sobre el tema, diagnosticando el impacto en la calidad de los servicios de salud (Bernal, Pedraza y Sánchez, 2015).

A nivel hospitalario y en los servicios de salud, se han estudiado los efectos del clima laboral en la satisfacción de las personas y como este influye en la calidad de la atención. Desde una perspectiva del contexto interno se ha confirmado que el ambiente laboral es la base del desarrollo y mejora continúa de las organizaciones médicas complejas, demostrando que por medio de indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios se mejora la calidad.

Burke y Litwin, citados por Furnham en 2014, propusieron un modelo que sugiere que las fuerzas externas tales como aspectos sociales, políticos, económicos y de salud, determinan cuál será el estilo de liderazgo, quién es el líder, cuál será la misión y las estrategias de la organización, prácticas laborales específicas y alternativas, sanciones y cambios positivos, creando con todo ello

un clima laboral con características claramente definidas y únicas que hacen a la organización diferente a las demás.

2.4.1 Características de un clima laboral sano

Se considera un clima laboral sano a la combinación de múltiples factores como:

- Características de una estructura organizativa
- Estilo de liderazgo
- Cultura organizacional
- Niveles de participación en la toma de decisiones, su naturaleza y la comunicación
- Vínculos estrechos de los trabajadores
- La remuneración recibida
- Satisfacción
- Oportunidades de desarrollo profesional y ocupacional
- Expectativas e intereses
- Factores de personalidad (Conte, J. 2015).

Por su parte Mullins (2009) menciona que un clima laboral sano cuenta con características como:

- Integración de objetivos organizacionales y personales
- Estructura flexible con una red de autoridad y control
- Estilos de liderazgo acorde a las condiciones laborales
- Apoyos mutuos entre los diferentes niveles de la organización
- Reconocimiento de los atributos, necesidades y expectativas de sus trabajadores
- Atención a la calidad de vida laboral
- Sentimiento de identidad y lealtad con la organización
- Sistemas para la atención de conflictos orientado a la conciliación.

2.4.2 Características de un clima laboral no favorable

Sucede cuando la estructura organizativa:

- Tiene una comunicación vertical
- Las políticas, normas y procedimientos son rígidos
- Estilo de liderazgo autocrático
- Carga de trabajo excesiva, con actividades simples, monótonas y repetitivas
- Responsabilidades en donde los trabajadores no observan claro su grado de contribución en el logro de metas o lo perciben como poco significativo

Lo anterior son condiciones que caracterizan un clima laboral poco favorable para los trabajadores y dichas características se ven reflejadas en altos índices de ausentismo, pasividad, actitudes negativas, insatisfacción por el trabajo, bajo desempeño y poca productividad.

2.4.3 Evaluación del clima laboral

La evaluación del clima laboral ha evolucionado en diferentes etapas debido a la multitud de propuestas hechas por diferentes estudiosos e investigadores. Entre ellas se encuentran:

- La categórica: consiste en clasificar a las organizaciones en tipos teóricos preexistentes.
- La dimensional: dirigida a clasificar a las organizaciones en base a sus características acerca del clima laboral y el proceso de donde se obtienen resultados.
- La documental: consiste en recopilar información de diversas fuentes para identificar el tipo y características del clima laboral organizacional.

La manera más usual de evaluar el clima laboral es mediante el Método de cuestionario, el cual se trata de una serie de preguntas acerca de factores, componentes o indicadores acerca del tema.

Capítulo 3. Cultura

3.1 Surgimiento del término

La palabra cultura proviene del latín cultus derivado de la voz colere que significa “cuidado del campo o del ganado”, durante el siglo XIII el término se utilizó para designar a una parcela cultivada. Pasaron tres siglos para que se le cambiara el sentido de “estado de una cosa”, a la propia “acción que lleva a dicho estado”: lo que es el cultivo de la tierra o el cuidado del ganado, actualmente se emplea en el español derivados como las palabras agricultura, apicultura, piscicultura entre otros(Douglas, 2010).

En el siglo XVIII o siglo de las Luces le encontraron sentido el término cultura hacia lo espiritual y con el término “cultivo del espíritu” se establece que Cultura no solo se restringe a el cultivo de tierras o ganado, sino que puede inmiscuirse en numerosos ámbitos y poco a poco va apareciendo en artículos de literatura, pintura, filosofía y en las ciencias. Al pasar el tiempo el término cultura se entenderá en la formación de la mente, donde se resignifica al estado de la mente humana (Douglas, 2010).

En el periodo de la clásica oposición, se da un encuentro entre cultura y naturaleza. En 1798el Diccionario incluyó una acepción sobre el término cultura como el “espíritu natural”. Algunos de los pensadores de la época, como Jean Jacques Rousseau pensaban que el término cultura es distintivo entre los seres humanos y los coloca en una posición diferente al resto de animales, definiéndolo como el “conjunto de conocimientos y saberes acumulados por la humanidad a lo largo de la historia” así mismo como una característica universal donde se utiliza un lenguaje singular y se agrupan todas las sociedades sin distinción de etnias, ubicación geográfica o momento histórico.

3.2 Definiciones

Aguirre (2014) define el concepto de cultura como un “sistema de conocimiento de un modelo en el cual se le da sentido al comportamiento”. Se conforma por elementos interactivos y fundamentales generados por una organización eficaz en donde se alcanzan los objetivos que se identifican y que pueden ser transmitidos a sus nuevos miembros.

Chiavenato (2009) menciona que cultura es como una actitud, códigos de conducta y expectativas en común, donde se definen subconscientemente ciertas normas de comportamiento, cada persona se va identificando y acumulando gradualmente elementos de la cultura por medio de procesos educativos y sociales.

Terry (2010) Menciona que la cultura es el “conjunto de valores, costumbres y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico”.

Edward, T. (2016) dice que la cultura “es como un iceberg” donde la parte oculta, lo que no se ve o interna engloba conductas, creencias y valores de la organización y que determina o motiva la conducta cultural enfocada más a los sentimientos que a las ideas; la cultura externa es lo que se ve, lo que interactúa con el ambiente y se desea dar a conocer, tales como productos, metas, objetivos y formas de trabajo.

Williams menciona que la cultura es de gran ayuda para las dificultades, busca la total perfección mediante el conocimiento de todos los asuntos que conciernen a la organización, lo mejor que ha sido pensado y dicho en el mundo.

Para Kroeber (2017) es un conjunto de valores, creencias orientadoras, entendimientos y maneras de pensar compartidas por miembros internos, constituyendo las normas no escritas e informales de una organización.

3.3 Tipos de cultura

3.3.1 Cultura de acuerdo a su extensión

Dependiendo de la extensión y lo complejo de la cultura, podemos encontrar a tribus, pueblos, civilizaciones y estados. De acuerdo a esta característica se clasifica en:

- Universal: Se entiende por lo que se comparte dentro de las sociedades en el mundo, permitiendo predecir y coordinar una actividad social, como lo son: simbología de los colores, símbolos de seguridad, clasificaciones demográficas, líderes, música, tecnología y sus derivados.
- Total: Compuesta por rasgos en particulares en una misma sociedad, ejemplo como la cultura de un determinado país.
- Particular: Integrada por determinado grupo de personas en un mismo sistema de creencias y comportamientos que marcan la diferencia del resto de las diversas culturas que posee una nación. En esta misma clasificación está la subcultura, que realiza connotaciones modistas y suelen formación de grupos por particulares, ejemplo: punks, hippies, góticos, emos, metaleros, entre otros.

3.3.2 Cultura conforme a su desarrollo

De acuerdo a los recursos en donde las sociedades emplean su impulso en el desarrollo obteniendo un bienestar social, así como un reconocimiento por la creación y producción de nuevas tecnologías o ideas creativas. Dentro de ellos, tenemos:

- Primitiva: Caracterizada por ser conservadora, mantiene rasgos que no impulsan a la innovación tecnológica o su desarrollo en la economía. En esta categoría encontramos a algunas tribus africanas que conservan costumbres milenarias y su desarrollo técnico es precario.

- **Civilizado:** En contraposición, aquí se producen y crean elementos que permiten el desarrollo dentro de una sociedad. Su progreso industrial puede contribuir a una buena prosperidad social y su medio ambiente, destacando que en las sociedades modernas existe una cultura industrial donde se ofrecen bienes y servicios. Una nación civilizada, no es sinónimo de culta, sino decente y protectora de la libertad con respeto, bondad y justicia.
- **Analfabeta:** Se manifiesta precario su sistema de escritura, manejando solo el lenguaje oral, ejemplo de muchas tribus primitivas. Engloba donde el analfabetismo digital que consiste en no tener las habilidades necesarias para actuar dentro de la nueva tecnología, como el internet.
- **Alfabeta:** Definida como la incorporación del lenguaje escrito y oral como parte de una sociedad que la integra. Civilizaciones importantes a lo largo de la historia han sido mencionadas como ejemplos, tales como las civilizaciones egipcias, griega, romana y la mayor parte de las culturas actuales.

3.3.3 Cultura acorde al carácter dominante

Esta característica se puede expresar por valores centrales en donde se comparte la gran mayor parte de una población, personificando todas las experiencias y conocimientos que las personas han acumulado a través del tiempo. Se divide en:

- **Sensista:** Se determina con la administración y uso de los sentidos como lo son: la vista, oído, olfato, tacto y gusto, para así crear experiencias que refuerzan su patrimonio, tales como la gastronomía, música, cine, video juegos.
- **Racional:** Compuesta por el uso de la razón y lo tangible, hay una realidad objetiva de todos los hechos históricos y sociales heredados, mostrando ser algo palpable, por ejemplo: un monumento.

- Ideal: Combinación de todas las anteriores, su fundamento está en la práctica y su defensa de los valores olvidados por la sociedad, por ejemplo, el hábito y orden en una sociedad anarquista.

3.3.4 Cultura en conformidad a su dirección

En este tipo el paso del tiempo es una de las mayores fuentes de intercambio cultural en donde los jóvenes manifiestan rebeldía colectiva y se manifiestan cambios de un profundo desajuste en las estructuras de autoridad y valores de los adultos. En este tipo encontramos:

- Pos figurativo: Aquí se asientan costumbres pasadas que son repetitivas en el presente sin variación alguna, donde actúan siempre las tres generaciones desde abuelos, padres e hijos. Dicha conducta generacional ocurre habitualmente en pueblos primitivos.
- Configurativa: Modelo sobre la conducta de un grupo contemporáneo el cual es notorio ante las generaciones más antañanas al diferir mucho con estas.
- Pre figurativo: Proyectada en pautas y comportamientos innovadores, las nuevas generaciones aprenden acerca de las costumbres de sus antecesores y estos se muestran incapaces de comprender un nuevo mundo en donde no fue como el de su juventud. Mao Tse Tung utilizó este modelo para promover la revolución proletaria en China como acción comunista, inculcando el odio al pasado.

3.3.5 Otros tipos de cultura

- Ciudadana: Conjunto de valores y tradiciones donde la población cumple con sus derechos y obligaciones civiles. La calidad de esta cultura está determinada en el tipo de convivencia.
- Organizacional: Constituida por actitudes, experiencias, creencias y valores compartidos por personas o grupos de pertenencia de una organización. Inculcar el estilo con el que se mueve el grupo, marca un rasgo distintivo que también se proyecta hacia el exterior.
- De paz: Existen espacios armónicos donde los valores, actitudes y pensamientos que manifiesten paz son primordiales y un derecho ciudadano. Se busca transformar o prevenir conflictos con el fin de no generar violencia y ganar confianza en las poblaciones. Tiene gran funcionalidad en países que emergen de una guerra.
- Política: Comprende valores, creencias y conductas de la sociedad ante un proceso político. Esta cultura es esencial para la estabilidad, profundidad y calidad a nivel económico, social e internacional.
- Ambiental: Comprendida como lo más valioso de la vida, ya que permite preservar y cuidar del medio ambiente. Generalmente sus integrantes buscan estrategias o acciones para difundirla desde la niñez.

3.4 La cultura en salud

La interrelación de cultura y salud constituye todo un reto para todas las sociedades, ya que la salud se va a entender diferente por cada comunidad existente en un territorio y las acciones deben ser personalizadas de acuerdo al tipo de cultura en salud predominante.

En diversas comunidades donde se han realizado investigaciones acerca de la cultura y el ámbito salud, se identificaron variables que afectan el estado a una persona aumentando el riesgo de enfermar y morir, estilos de vida como: fumar, beber alcohol, el tipo de alimentación y la realización de ejercicio.

En México, la salud es garantizada mediante el artículo 4^{to} de la Ley General de Salud en donde menciona que “toda persona tiene derecho al acceso y a la protección de la salud, con la garantía de recibir el suministro básico de medicamentos” pero ¿Que tan grande puede ser la cobertura en salud de un sistema que ve de manera general a los que reciben la atención?

Capítulo 4. Seguridad del paciente

4.1 Historia de la seguridad del paciente

La historia marca 5 grandes etapas en la seguridad del paciente desde los inicios de la civilización hasta la actualidad: Albores de la civilización en Lejano y Medio Oriente, Períodos helenista y romano en el Occidente, Humanismo y renacimiento hacia la revolución Industrial, Era del control estadístico de la calidad durante el siglo XX y Publicación “Errar es humano” donde se lanzan, los primeros retos globales de la OMS, y el Estudio IBEAS durante el siglo XXI.

4.1.1 Albores de la civilización en Lejano y Medio Oriente: Mesopotamia, India y China.

En los periodos de albor de estas antiguas civilizaciones se encuentran los primeros escritos médicos y las primeras leyes o normas establecidas para brindar una atención más segura hacia los enfermos.

Mediante el uso de la escritura se pudieron a dar a conocer conocimientos y tratamientos de la época entre colegas, mismo que genero una mejor calidad en la atención y mejoramiento continuo. El Código de Hammurabi resguardado en el Museo del Louvre en París y escrito por el rey babilonio Hammurabi (1810-1750 a. C.), plantea 282 leyes de las cuales once de estas leyes se refieren al acto médico, en particular se toma como el origen de la “ley del Talión” o 218 que dice: “Si un médico realizó una operación grave con un bisturí de bronce y ha

hecho morir a la persona, o bien si operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de la persona, se le cortarían sus manos. La “ley del Tali3n constituía un boceto de justicia ante el da3o recibido, castigándolo de manera cruel. El término Tali3n significa: “idéntico o semejante” (Rivera C. 2018).

En la Antigua Mesopotamia no existían escuelas de medicina, salvo la formación desierto experto, sacerdote, mago, médico o “Ashipu” en los templos del reino, los demás sanadores eran practicantes empíricos que por desgracia causaban más da3os al ejercer la cirugía que beneficios, principalmente la oftálmica. La ley del Tali3n funcionó para hacer justicia y contribuy3o a la seguridad del paciente a partir de un estímulo punitivo.

En una civilizaci3n hindú muy antigua, dejó también plasmados escritos médicos referentes a la seguridad del paciente, textos védicos que datan de aproximadamente 2000 a3os a. C, siendo el más conocido es el “Ayurveda” que determina como el estudiante y practicante del arte de sanar se deben consagrar “alma y cuerpo” al bien del enfermo. Dentro de Ayurveda, se hace énfasis en el manejo de líquidos venenos que puedan da3ar al paciente, cuidado con la traici3n a su propio arte curativo y advertencia al sanador de evitar revelar datos de identidad del enfermo o familia, dando lugar así al inicio de la seguridad del paciente como acci3n meramente profesional vocacional.

La cultura china fue otro pionero en la seguridad del paciente con su medicina tradicional y remedios curativos desde hace unos 1400 a. C. de antigüedad. El Yi Jing o Libro de las Mutaciones es su texto más antiguo conocido hasta la actualidad y algunos a3os antes también se encontraron los tratados médicos del emperador amarillo Huangdi, en específico el Su Wen Neijing datados en el a3o 206 d. C. donde también ya hay referencias al deber de buen actuar del sanador y su compromiso con la recuperaci3n de la salud del débil.

4.1.2 Periodos Helenistas y romano en el Oriente

Las civilizaciones helénicas más antiguas datan de los años 1200 a. C. dejando sus más grandes aportaciones dentro del campo de la medicina. Pudieron dejar a un poco a lado lo místico, religioso y mítico, para dar paso a la razón donde se sentaron las causas de varias enfermedades y se mejoraron los tratamientos. En esta época surge el examen físico mediante el análisis racional de signos y síntomas, método usado hasta nuestros días y que sigue siendo de gran utilidad.

Hipócrates (c. 460-370 a. C.) fue un representante digno de la época, destacándose por su sabiduría y el impulso de su escuela en el Corpus Hippocraticum con su enfoque “Primum Non Nocere”, donde sienta que el acto médico no debería de causar daño alguno; Dicha frase se encontró en el libro I, sección II, Numero V “Epidemias”, mencionándose así también el primer juramento hipocrático que funge como orientación normativa y ética, posterior a su aparición se esparció por varios países y culturas, pasando por Alejandría y Roma, mismo donde se desarrolla la frase “Dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y abstenerme de toda maldad y daño” (Hipócrates). Una contribución romana a la seguridad del paciente es el ejercicio de la medicina de manera oficial y el emperador Alejandro Severo (225-235d. C. gobierno) decreta la educación en medicina para asegurar la practica en Roma.

4.1.3 Humanismo renacimiento hacia la revolución Industrial

Entre el año de 476 d.C. cuando Roma cae ante Occidente a 476-1453 o era de la edad media y fundamentalismo religioso, la medicina presento un significativo estancamiento en el avance del conocimiento. Quienes despertaron nuevamente el deseo de conocimientos en la medicina fueron los árabes con Avicena (c. 980-1037) y los principios de la medicina, después con el

renacimiento y el humanismo la medicina se dirige hacia el lado de la ciencia y ética con la seguridad de los actos médicos, retomando prácticas de anatomía humana siendo Andrés Vesalio (1514-1564) quien apertura los cambios de la ciencia con la fisiología, histología, patología, entre otras.

Los médicos tuvieron la oportunidad de ser introspectivos, tomaban nota de los errores cometidos y los evitaban en un futuro durante la praxis, obteniendo una mejor formación de la profesión. La perfección era buscada constantemente, ejemplo de ello con Ambroise Paré (1509-1590) quien fue considerado el padre de la cirugía al verificar los resultados nocivos de la cauterización durante la batalla de Vilaine.

Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) fue un notable médico del cual sus enseñanzas nos siguen hasta nuestros días. Después de estudiar la mortalidad materna por fiebre puerperal en las salas de obstetricia del Hospital de Viena, en 1847 mediante un acto arriesgado propone que la alta mortalidad se debió a poca higiene durante las revisiones médicas, comparando los resultados con los de la sala contigua donde las mujeres eran atendidas por parteras, indico lavar las manos con soluciones antisépticas después de cada revisión, y posterior a este procedimiento se disminuyó la tasa de mortalidad, sentando así las bases modernas del Lavado de manos y Bacteremias Cero. En 1861 se publicó el libro titulado “De la etiología, el concepto y la profilaxis de la fiebre puerperal” mismo que resumió sus investigaciones y teorías.

Florence Nightingale (1820-1910) contribuyó claramente en el tema de seguridad del paciente cuando establece sus principios de la técnica aséptica durante la atención de los heridos de guerra en Crimea en los años 1853-1856

Joseph Lister en 1867 hizo mención del uso de antisépticos en la limpieza del instrumental, en el lavado de manos quirúrgico y de las heridas, demostrando que estas medidas disminuyeron las muertes por infección.

4.1.4. Era del control estadístico de la calidad durante el siglo XX

Ernest Codman (1869-1940) fue un cirujano y considerado el padre de la calidad asistencial al publicar en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales, mencionando que se deben hacer públicos los resultados ya sean positivos o negativos de los estudios realizados para poder compararlos con los de otros hospitales y mejorar los procesos.

Mientras en el American College of Surgeons, con el aumento de quejas y demandas debido a resultados negativos en la atención de la salud en hospitales de los Estados Unidos de América, se optó por tomar las estrategias de Codman para poder exigir el cumplimiento en estándares de calidad en los centros de salud.

Walter Shewhart, matemático que en 1924 propone el “control estadístico de la calidad”, utilizándolo como un método científico para poder controlarla calidad en los productos o resultados industriales. William Edwards Deming aplicó este mismo método pero en la industria bélica que travesaba en ese entonces Estados Unidos en la segunda guerra mundial, poniendo en moda y aprendizaje la aplicación de metodologías para mejorar los procesos.

Un caso notable y dentro de la seguridad del paciente, fue el ocurrido en 1964 con el gastroenterólogo y profesor de Yale Elihu M. Schimmel, quien publicó su artículo “Los peligros de la hospitalización”, enfatizando en los daños por iatrogenias ocurridos en un hospital que audito, concluyendo que el 20% de los pacientes ingresados presentaban lesiones que pudieron ser evitadas y que los daños graves tejían una correlación con varias variables que invitaban al daño.

La promoción de la investigación, generó numerosos estudios de relevancia que evidenciaron resultados negativos en la salud y mediante ello se propusieron mejoras. El análisis estadístico, la calidad y el liderazgo tomaron importancia en las organizaciones al enmarcarse como precursores de una inadecuada seguridad del paciente.

4.1.5 Publicación “Errar es humano”, lanzamiento de los primeros retos globales de la OMS y estudio IBEAS durante el siglo XXI.

Derivado de investigaciones acerca de eventos adversos y su impacto en hospitales durante el año 1999, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos publicó en su informe “Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro” donde determina que la opinión pública de líderes políticos y administrativos fue quienes consideraron a la seguridad del paciente como un principio fundamental en el proceso de la atención sanitaria, obteniendo en respuesta por parte de las organizaciones que cuidan de la salud una exigencia de mejores controles de calidad.

Durante 55ª Asamblea Mundial de la Salud llevada a cabo en el 2002 en Ginebra en Suiza, la OMS propone desarrollar mejores estrategias conjuntas para erradicar las deficiencias en la atención de la salud, Resultando en 2004 la propuesta de fundación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, viéndose culminada la creación en 2005. En ese mismo año se lanzó el primer reto global de atención segura de acuerdo a la OPS/OMS, llamado “Atención Limpia es una atención segura”, después llegó el segundo reto o “Cirugía segura” y en 2018 se lanza el tercer reto de “Medicación sin daños”.

En 2007 en América Latina, se realizó un estudio IBEAS en conjunto con la OMS/OPS y que trata sobre la prevalencia de los efectos adversos en hospitales latinoamericanos, en él se incluyeron 11.379 pacientes de 58 hospitales en cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Los resultados resaltaron una tasa de eventos adversos de 10,5% versus ingreso hospitalario, y del total de eventos adversos el 60% se consideraron evitables, así como un 6% de las muertes.

Tuvieron que pasar casi dos siglos para que los estudiosos e investigadores promovieran nuevamente el lavado de manos como arma

protectora ante una situación mundial de crisis en salud y, así evitar daños a la propia salud y de los demás.

El 17 de septiembre de 2020 la OMS, los socios internacionales y todos los países celebrarán el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, iniciando con el lema “Personal sanitario seguro, pacientes seguros”. Los objetivos generales de esta jornada son:

- Fomentar la comprensión mundial en torno a la seguridad del paciente
- Aumentar la participación pública en la seguridad de la atención de la salud
- Promover acciones mundiales para mejorar la seguridad y evitar daños a los pacientes.

La OMS insta a los Estados Miembros y asociados a “Defender la seguridad del personal sanitario” mediante la proporción de insumos necesarios para la higiene de manos y capacitación continua.

4.2 Definiciones sobre seguridad del paciente

Brennan (2012) menciona que es un “conjunto de las estructuras, procesos y resultados organizacionales en donde se reducen al máximo y se previene la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud de los usuarios”.

Según la OMS (2010) la seguridad del paciente es la “reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable”.

Vincent (2012) la define como “evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria”.

La RAE (2016) menciona que “es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente

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

Gutiérrez (2017) dice que la seguridad del paciente es “la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica”.

Cabe destacar entonces que la seguridad del paciente no es un evento reciente, pero hasta hace algunos años se comenzó a retomar su importancia y a analizar la problemática en salud.

4.3 Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente

Subdividiendo el término:

Paciente, es la persona que recibe atención sanitaria, al ser un servicio se debería llamar cliente, residente o consumidor, pero se le ha designado de esta manera.

Atención sanitaria, a como se ofrece un servicio a la persona y la forma de recibirlo para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Incluye el cuidado de la salud por unos mismo. La OMS define salud como: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (2009). Derivado de esto:

Seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, incluyendo nociones colectivas de los conocimientos, recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención.

Peligro a aquella circunstancia, agente o acción que puede causar daño, que puede influir en un evento o en varios a la misma vez (WHO, 2009).

Evento es algo que ocurre a una persona o que le atañe, cualquier agente que actúa para producir cambios.

Derivado de esto:

Seguridad del paciente es la “Reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (WHO, 2009)”.

Daño, asociado a la atención sanitaria que deriva de los planes o medidas brindados durante la prestación de atención sanitaria asociados a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Incidente que se relaciona con la seguridad del paciente, es considerado un evento o circunstancia que podría o pudo ocasionar un daño innecesario a un paciente, algo adverso. En el contexto de la Seguridad del Paciente, los incidentes relacionados se denominarán simplemente “incidentes”, ya sea por error, infracción, maltrato o actos poco seguros, ya que el mismo termino sobreentiende que se debió a la ausencia de una buena atención de salud. Puede haber actos intencionados tales como las infracciones que si son intencionadas, pero raramente maliciosas, más si no se evitan, se suelen hacer rutina en algunos contextos.

Error, o hecho de no llevar a cabo una acción prevista de acuerdo al plan o hacerlo de manera incorrecta. Pueden manifestarse al omitir o al no hacer lo correcto durante las fases de planificación o ejecución. Incidente será la circunstancia notificable (poco personal), un cuasi incidente (equipos que no servían y no sabíamos de ello y que pudo ocasionar retraso en el tratamiento de un paciente), un incidente sin daños o con daños (evento adverso).

Cuasi incidente que no alcanza al paciente ni ejerce daños. Un incidente sin daños alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable. Un incidente con daños (evento adverso) alcanza y daña al paciente (WHO, 2009). Se considera daño a la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo

efecto perjudicial derivado de ella. La lesión es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

Sufrimiento, es la experiencia de algo desagradable que comprende dolor, malestar general, náuseas, depresión, agitación, alarma, miedo y aflicción.

Discapacidad, cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente. Lo puede propiciar una circunstancia, acción o influencia desencadenante y que aumenta el riesgo. Los factores contribuyentes pueden ser externos, de la organización, relacionados con un factor del personal, un mal trabajo en equipo o relacionados con un factor del paciente (WHO, 2009).

Los incidentes se clasifican por compartir características, constituyendo una categoría “parental” en la cual se agrupan muchos conceptos. Los tipos de incidentes comprenden:

- Administración clínica
- Proceso clínico/procedimiento
- Documentación
- Infección asociada a la atención sanitaria
- Medicación/líquidos para administración IV
- Sangre/productos sanguíneos
- Nutrición
- Oxígeno/gases/vapores
- Dispositivos/equipos médicos
- Comportamiento
- Accidentes del paciente
- Infraestructuras/locales/instalaciones
- Recursos/gestión de la organización.

La clasificación de acuerdo a las características del paciente es llevada de acuerdo a atributos de la persona como:

- Datos sociodemográficos
- Motivo de consulta

Cuando se habla de un agente, hablamos de una reacción adversa un daño imprevisto derivado de un tratamiento justificado. El número de veces que vuelva a ocurrir en un tiempo, puede ser prevenible (evitable) y detectable (descubrimiento).

En el contexto del marco conceptual de la CISP, el grado de daño se califica de la siguiente manera:

- Ninguno: el resultado del daño fue asintomático o muy pocos y no hace falta más tratamiento.
- Leve: el resultado para el paciente es sintomático leve con daños mínimos o intermedios, pero de corta duración y las intervenciones a realizar son mínimas.
- Moderado: el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir ya sea de manera quirúrgica o con tratamiento y ameritara prolongar la estancia hospitalaria o tratar a largo plazo.
- Grave: resultado sintomático que exige una intervención o procedimiento quirúrgico que le salve la vida a una persona. Usualmente van ligados a tratamientos de larga duración.
- Muerte: el incidente es muy probable que haya causado la muerte instantánea o a corto plazo. Hay una afectación a nivel institucional para el logro de sus objetivos.

Para evitarlas, se establecen medidas de mejora que se adoptan para reducir riesgos, evitar incidentes, reparar daños o reducir pedidas.

Las acciones de mejora pueden ser:

- Proactivas: Medidas técnicas
- Reactivas: Se adoptan en medida de los conocimientos adquiridos tras un accidente.

4.4 Metas internacionales sobre la seguridad del paciente

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificados en políticas globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica.

La implementación de acciones que aseguren y den prioridad a los procesos de atención médica, reducirán la ocurrencia de eventos adversos, esto mediante estrategias que veremos a continuación (Joint Comisión 2018):

4.4.1 Meta Internacional 1

“Identificar correctamente a los pacientes antes de cada procedimiento”

Objetivo de la meta 1: Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

- Dos identificadores para identificar correctamente a los pacientes
- Nombres y Apellidos completos correctos.
- Número de identificación.
- Revisar los datos anteriores previo a:
 - Administrar medicamentos.
 - Transfusiones sanguíneas
 - Extraer sangre u otras muestras para análisis clínico.
 - Realizar procedimientos.

- Evitar: identificar a los pacientes por su ubicación, número de habitación o cubículo.
- Identificamos toda documentación de la paciente relacionada con la historia clínica.

4.4.2 Meta Internacional 2

“Mejorar la comunicación efectiva”

Objetivo de la meta 2: Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

- No cumplir órdenes médicas verbales, sólo en casos de emergencia clínica, salas de cirugía y/o procedimientos.
- Protocolo establecido de órdenes médicas verbales en: emergencias clínicas del paciente, en salas de cirugía y/o procedimientos.
- Aplicar protocolo de comunicación redundante en el informe telefónico de resultados de diagnósticos críticos, de la siguiente manera:
 - El servicio de diagnóstico informa el resultado crítico del paciente.
 - El servicio asistencial que recibe el mensaje y registra la información en el expediente personal.
 - El servicio diagnóstico solicita al servicio asistencial que repita el resultado que fue informado.
 - El servicio de diagnóstico verifica que la información recibida es correcta.
- Atención: la información recibida por el servicio asistencial es inmediatamente presentada al médico tratante del paciente.
- Se fortalece la comunicación efectiva en las entregas de turno, en los traslados de pacientes, entre servicios y en las remisiones de los pacientes a otras instituciones.

4.4.3 Meta Internacional 3

“Mejorar la Seguridad en los medicamentos de alto riesgo”.

Objetivo de la meta 3: Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.

- Los medicamentos son clasificados de acuerdo a su riesgo:
 - Rojo: Medicamento de alto riesgo.
 - Amarillo: Medicamento similar.
 - Azul: Medicamento de alto riesgo y similar.
- Aplicar siempre los ocho correctos en el uso de medicamentos.
- Los pacientes con alergias son identificados con sticker naranja.
- Los medicamentos que son preparados en diluciones para su administración deben estar correctamente rotulados según los datos requeridos en el sticker.
- Los medicamentos de alto riesgo envasados por fuera de su empaque original deben de estar correctamente rotulados y controlados.
- Los electrolitos que se almacenan en las unidades de atención al paciente están clasificados con sticker rojo y se almacenan de forma controlada.
- Los medicamentos de control especial preparados en diluciones para su administración deben de estar rotulados y bajo su custodia del personal de enfermería.

4.4.4 Meta Internacional 4

“Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento y paciente correcto”.

Objetivo de la meta 4: Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto.

- Se verifica siempre previamente a la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, el paciente correcto y la lateralidad correcta.
- Identificamos la lateralidad correcta a intervenir con la palabra SI.
- En la realización de cirugías y procedimientos de nuestros pacientes, aplicamos listas de chequeo de seguridad del paciente, en este caso la “Hoja de cirugía segura” en los tres tiempos quirúrgicos: ingreso a la sala, antes del procedimiento y antes de la salida de la sala.
- El equipo médico completo debe de llevar a cabo y documentar la lista de chequeo de seguridad operatoria y/o de procedimientos, la cual incluye el tiempo fuera o “Time-Out” antes de comenzar el procedimiento para conversar acerca de tratamientos o inconvenientes que pudiesen surgir en la cirugía.

4.4.5 Meta Internacional 5

“Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud”.

Objetivo de la meta 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un Programa efectivo de lavado de manos.

- Cumplimiento del Programa de Higiene de Manos y la realización de dos campañas anuales para fortalecer su práctica segura.
- Prevención de las infecciones asociadas al uso de dispositivos invasivos con el cumplimiento de guías y protocolos establecidos para la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
- Cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el manejo clínico de pacientes como lo establece el Programa de Salud Ocupacional.

4.4.6 Meta Internacional 6

“Reducir el riesgo de daños al paciente causado por caídas”.

Objetivo de la meta 6: Identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes.

- Identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes.
- Identificar al paciente con riesgo de caída desde su evaluación inicial y reevaluarlo constantemente y de acuerdo a su estado clínico.
- Se colocará un sticker lila que identifique al paciente con riesgo de caída.
- Aplicación de medidas preventivas para evitar caídas de pacientes, principalmente la educación al paciente y la familia.

4.5 Acciones esenciales sobre seguridad del paciente

La elección de estas acciones es el resultado de excelentes frutos en la implementación de 8 barreras de seguridad en el cuidado del paciente, el aprendizaje a base del análisis de errores del personal en los establecimientos de salud y la medición de la percepción de la cultura de seguridad del paciente.

La inserción de estas acciones sienta las bases para la toma de decisiones y dirige los recursos y esfuerzos a la mejora de los servicios, así como a la percepción de la cultura de seguridad del paciente, impactando directamente en la calidad de atención en salud. Las acciones esenciales siguen el Modelo de Gestión de Calidad, apegándose a organizaciones confiables y seguras.

Con su publicación no sólo se cumple con una de las funciones del Consejo de Salubridad General que es “Participar en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud”, sino que se demuestra un alto compromiso organización con una cultura donde la máxima hipocrática de "primero no dañar" es una prioridad (DOF: 08/09/2017).

4.5.1 Acción Esencial 1

“Identificación del paciente”

Objetivo general: Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado (DOF, 2017).

- Acción esencial 1 A: De la identificación general del paciente

El personal de salud identificara al paciente desde el momento que pide atención con al menos dos datos identificadores inequívocos: nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año).

No deberá incluirse el número de cama, número de habitación o servicio en el que se encuentre el paciente, horario de atención o diagnóstico.

- Acción esencial 1 B: De la estandarización

Como elementos útiles para estandarizar la identificación al paciente se encuentran:

- Tarjeta de cabecera o a pie de cama: Los datos de identificación inequívocos tendrán un tamaño en una proporción, respecto al resto de la información y se registrarán con un color contrastante con el del medio para facilitar la identificación de manera visual.

- Brazaletes o pulseras: Colocarlas en pacientes hospitalizados y los que acuden para tratamiento en unidades de tratamiento como hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia. Debe contener nombre completo y fecha de nacimiento como mínimo. Se informará que su uso es importante y no debe retirarlo hasta egresar de la unidad, mencionarlo al paciente y a su familiar. En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación. En pacientes en calidad de desconocidos o que no tengan datos se deben colocar identificadores observables tales como género, edad aparente, seña particular, fecha y hora de ingreso y algún dato sobre la forma en que ingresó, por ejemplo: Ministerio Público, patrulla, Averiguación Previa, etcétera.

- Acción esencial 1 C: De la identificación de la paciente previa a la realización de procedimientos:
 - Administración de todo tipo de medicamentos
 - Administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
 - Transfusión de hemoderivados
 - Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos
 - Procedimientos médicos o quirúrgicos.
 - Traslados dentro o fuera del establecimiento.
 - Antes de la dotación de dietas.
 - Antes del inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
 - Identificación de cadáveres
 - Antes de la vacunación.

En caso de que el paciente esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos deben validarse con su acompañante.

- Acción esencial 1 D: De la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos

El personal de salud deberá registrar los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), nombre de la solución y/o componentes, frecuencia de administración, fecha y hora de inicio y término, y nombre completo de quien instaló y, en su caso, de quien lo retira. (DOF: 08/09/2017)

En sondas y catéteres se debe colocar un membrete con los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora de instalación y nombre completo de quien instaló.

- Acción esencial 1 E: De la identificación en estudios de imagenología, laboratorio clínico y patología.

De igual manera, se utilizará el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento en el momento previo a los momentos críticos para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado.

4.5.2 Acción esencial 2

“Comunicación efectiva”

Objetivo general: Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la

emisión de órdenes verbales y/o telefónicas, mediante el uso del protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir-Confirmar y Verificar (DOF, 2017).

Se busca reducir los errores durante el traslado de pacientes, enlaces de turno y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, de forma que proporcionen información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención al paciente mediante el uso de la herramienta SBAR.

- Acción Esencial 2 A: Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico:

Se deberá contar con una bitácora de Comunicación efectiva en la central de enfermería, allí se registrarán ordenes verbales o telefónicas relacionadas con la atención del paciente y que no puedan ser anotadas en su momento en las indicaciones médicas.

- Acción Esencial 2 B: De la emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete.
- Acción Esencial 2 B 1: Del proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar-transcribir-confirmar y verificar.

En la bitácora de comunicación efectiva se anotarán los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), nombre, cargo y firma de la persona que la emitió y de la que recibió la orden, y la fecha y hora en la que se recibió la orden. El circuito de comunicación será el siguiente:

- a) La persona que recibe la orden escucha atentamente.
- b) La persona que recibe la orden la escribe correctamente en la bitácora.
- c) La persona que recibe la orden lee la orden a la persona que la emitió.
- d) La persona que emitió la orden debe confirmar si la información es correcta.

e) La persona que recibió la orden debe transcribirla de la bitácora al expediente.

f) La persona que emitió la orden debe confirmarla y verificar que se encuentra en el expediente clínico, firmándola en un plazo no mayor a 24 horas cuando labore entre semana o no más de 72 horas en turnos especiales. En caso de ausencia del médico tratante, el jefe del servicio debe firmar la indicación.(DOF: 08/09/2017)

- Acción Esencial 2 B 2: De la emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias con el proceso de escuchar-repetir-confirmar-transcribir:

a) La persona recibe la orden, escuchándola atentamente.

b) La persona que recibe la orden repite la orden en voz alta.

c) La persona que emitió la orden confirma que la información es correcta.

d) La persona que recibió la orden debe transcribirla a la bitácora después de haber atendido al paciente.

- Acción Esencial 2 C: De la comunicación durante la transferencia de pacientes:

Hay información que no se debe perder cuando un profesional le transfiere a un paciente a otra unidad, servicio o turno. Dichos datos podrían resultar de gran importancia para el manejo y tratamiento de la enfermedad y es por lo que se deben comunicar.

Situación:

- El personal de salud debe presentarse por nombre, cargo y lugar de trabajo.

- Mencionar el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento y otros datos de identificación relevantes.

- Servicio en el que se encuentra.

- Describa brevemente el problema del paciente, su condición actual, aspectos clínicos relevantes incluyendo signos vitales.

Antecedentes:

- Motivo y fecha de ingreso.
- Datos significativos de la historia clínica.
- Diagnóstico principal de ingreso.
- Procedimientos realizados.
- Medicación administrada.
- Líquidos administrados.
- Alergias.
- Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes.
- Dispositivos invasivos.
- Cualquier otra información clínica útil.
-

Evaluación:

- El personal de salud debe comunicar cómo considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente.
 - Se recomienda tomar en cuenta el estado de conciencia, la evolución durante la jornada o turno y escalas de valoración como son la de riesgo de caídas y de dolor.
-
- Acción Esencial 2 D: De las prescripciones médicas y de las anotaciones en documentos que forman parte del expediente clínico del paciente, como las indicaciones médicas, o cualquier documento relacionado con la atención del paciente, tanto manuscritos o en medios electrónicos:
 - Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación.

Especialmente en aquellos medicamentos que tengan la terminación "tol" se deberá, mantener un espacio visible entre éste y la dosis, ya que puede prestarse a confusión con números "01".

- Cuando la dosis es un número entero, nunca debe escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej. Correcto 30, incorrecto 30.0).
- Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis.
- Cuando la dosis es un número superior a 1,000, siempre debe utilizar "comas" (,) para separar los millares, o utilizar las palabras "Mil" o "1 millón"
- Nunca deben abreviarse las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, por razón necesaria, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, más, durante y por. (DOF: 08/09/2017)
- Acción Esencial 2 E: De la notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete:

Los responsables del laboratorio, patología o gabinete notifican directamente al médico responsable del paciente, los médicos residentes o enfermeras, quienes podrán recibir la información de los valores críticos para informar de manera inmediata al médico responsable. En pacientes ambulatorios cada se debe contar con un procedimiento para comunicar los resultados críticos a los pacientes.

- Acción Esencial 2 F: De la referencia y/o contra referencia del paciente.

La hoja deberá ir correctamente requisitada con los siguientes datos:

- a) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
- b) Copia del resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado.

- c) Datos de identificación del establecimiento que envía y del establecimiento receptor.
- d) Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.
- e) Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.

El establecimiento debe disponer de un directorio de unidades disponibles a las que puede diferir a pacientes, debe contener el tipo de pacientes que recibe, requisitos y nombre del contacto.

- Acción Esencial 2 G: Del egreso del paciente.

Debe elaborarlo el médico y contener:

- a) Datos de identificación del paciente.
- b) Fecha de ingreso/egreso.
- c) Motivo del egreso.
- d) Diagnósticos finales.
- e) Resumen de la evolución y el estado actual.
- f) Manejo durante la estancia hospitalaria, incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención.
- g) Problemas clínicos pendientes.
- h) Plan de manejo y tratamiento.
- i) Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria.
- j) Atención de factores de riesgo.
- k) Pronóstico.

Es de suma importancia que cada organización identifique las áreas donde están implementadas acciones para desarrollar la comunicación efectiva así como que se esté realizando correctamente y de manera oportuna para evitar que ocurran eventos adversos o centinela.

También se implementará un mecanismo estructurado de comunicación que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones de acuerdo al siguiente orden: Situación actual,

antecedentes que circunscriben la situación actual del paciente, evaluaciones, recomendaciones y actividades pendientes.

4.5.3 Acción Esencial 3

“Seguridad en el proceso de medicación”

Objetivo general: Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes, derivados del proceso de medicación en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

- Acción Esencial 3 A: De la adquisición y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo y electrolitos concentrados.
- Acción Esencial 3 A 1: De la adquisición de electrolitos concentrados, etiquetándose de la siguiente manera:
 - a) Color azul para bicarbonato de sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
 - f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
- Acción Esencial 3 A 2: De la alerta visual para medicamentos de alto riesgo.

Deberán estar etiquetados con un círculo rojo y resguardado como alto riesgo.

- Acción Esencial 3 A 3: Del almacenamiento general de los medicamentos y electrolitos concentrados.

Los medicamentos y electrolitos concentrados deben ser almacenados en un lugar seguro que cuente con las condiciones ambientales indicadas. El personal responsable del almacenamiento se asegurará que el etiquetado y resguardo sea correcto.

- Acción Esencial 3 B: Receta medica

La prescripción médica deberá estar sentada en el expediente del paciente y en la receta médica con letra clara, legible y sin abreviar. La receta debe contener:

- a) Impreso el nombre y domicilio del establecimiento.
- b) El nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe.
- c) Fecha de elaboración.
- d) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
- e) Nombre genérico del medicamento.
- f) Dosis y presentación del medicamento.
- g) Frecuencia y vía de administración.
- h) Duración del tratamiento.
- i) Indicaciones completas y claras para su administración.
- j) No debe tener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico.

- Acción Esencial 3 C: De la transcripción.

El personal de enfermería transcribirá en la hoja de enfermería los medicamentos e indicaciones médicas sin modificar la prescripción original. En caso de duda, aclararlas inmediatamente.

La solicitud que realice el personal de enfermería a farmacia debe ser clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras.

- Acción Esencial 3 D: De la dispensación.

El personal de la farmacia verificará la solicitud de medicamento y en caso de duda no lo entregara sin antes consultar al médico que prescribió.

El personal de farmacia entregará el medicamento, realizando previamente la verificación de los medicamentos prescritos y brindará indicaciones.

- Acción Esencial 3 E: De la recepción y almacenamiento de los medicamentos.

El medicamento debe rotularse con los datos inequívocos de identificación, correspondiendo a los prescritos por el personal médico.

- Acción Esencial 3 F: De la administración

Sólo el personal autorizado podrá preparar y administrar los medicamentos.

No se administrarán aquellos medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando sean ilegibles.

Siempre se debe corroborar la presencia de alergias y verificar los datos de identificación personal antes de la administración de algún medicamento o hemoderivado. Lo que se debe corroborar será:

- a) Paciente correcto, corroborando nombre completo, fecha de nacimiento y que éstos coincidan con los señalados en el identificador.

- b) Medicamento correcto, identificándolo al retirarlo de la zona de almacenamiento, con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería.
- c) Dosis correcta, comprobada en los registros del expediente y en la hoja de enfermería.
- d) Vía correcta confirmando: vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería.
- e) Horario correcto, confirmar en expediente clínico y en hoja de enfermería con los intervalos indicados correctos.
- f) Registro correcto de los medicamentos, inmediatamente después de su administración tanto en el expediente clínico y en la hoja de enfermería, registrando: nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien la administró.

Los medicamentos que el paciente trae de casa deben ser resguardados por enfermería y, en su caso, solicitar indicaciones del médico para aplicarlos.

Los medicamentos que por indicación médica se suspende su administración, deben ser entregados a farmacia.

La requisición de Nutrición Parenteral Total (NPT) deberá contar mínimo con lo siguiente:

- a) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
- b) Peso del paciente.
- c) Número de expediente.
- d) Servicio que solicita.
- e) Fecha y hora de solicitud.
- f) Componentes de la mezcla.
- g) Glucosa kilo minuto.
- h) Concentración de la mezcla.
- i) Calorías Totales.

- j) Kilocalorías.
- k) Nombre del médico solicitante.
- l) Cédula profesional de quien la solicita.

En caso de que se omita administrar un medicamento, debe registrarse en el expediente clínico y en la hoja de enfermería, especificando porque no se administró.

- Acción Esencial 3 G: De los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA).

Tendrán alertas visuales tanto en la prescripción y/o transcripción para hacer evidente su diferencia, ejemplo: DIGOXINA (En mayúsculas) y Dioxina (En minúsculas). Habrá alertas visuales en el almacenamiento y prescripción de los medicamentos LASA, corroborando enteramente las barreras de seguridad.

- Acción Esencial 3 H: De la doble verificación durante la preparación y administración de al menos: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos. Verificar doblemente se hará en los siguientes momentos:

- a) El proceso de preparación
- b) El proceso de administración

Cada organización e incluso área debe implementar medidas de barrera en la seguridad de la administración de medicamentos, ya sean guías de observación o doble verificación, con el fin de evitar errores de medicación.

- Acción Esencial 3 I: De la notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas relacionadas con la medicación.

Posterior a la estabilización del paciente y verificación de estado, se hará el reporte del caso si es que no hay un segundo profesional que ya lo haya realizado. Se buscará la causa probable de error en medicación o transfusión.

4.5.4 Acción Esencial 4

“Seguridad en los procedimientos”

Objetivo general: Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano por medio de la aplicación del Protocolo Universal en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. (DOF, 2017).

- Acción Esencial 4 A: Acciones para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro la sala quirúrgica.
- Acción Esencial 4 A 1: Del marcado del sitio quirúrgico.

Deberá realizarse sobre la piel del paciente, previo al ingreso a la sala quirúrgica y de tal manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.

Indiscutible cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.

El marcaje del sitio se realizará en presencia de un familiar en el caso de que el paciente no se encuentre consciente, sea menor de edad o que tenga alguna discapacidad.

Está indicado utilizar una señal tipo diana y fuera del círculo de marcado quirúrgico mayor las iniciales del cirujano.

Estará permitido realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel.

En situaciones de urgencia y en lesiones visibles se puede omitir.

- Acción Esencial 4 A 2: De la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para su llenado, se recomienda y usualmente es el circulante de sala ya que observa todo lo acontecido fuera del lugar quirúrgico.

Se aplicará en todos los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico dentro o fuera de la sala de operaciones, así como en los procedimientos invasivos y de alto riesgo que el establecimiento defina.

- Acción Esencial 4 B: Del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano.

Recordar que el Time out o Tiempo Fuera se realiza con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, realizarlo al paciente correcto y en el sitio correcto, realizándose justo antes de iniciar y al menos con los siguientes procedimientos:

- Transfusión de sangre y hemo componentes (paciente, procedimientos, acceso vascular, grupo y Rh y hemo componente correcto).
- Radioterapia (paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).
- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, (procedimientos, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).

4.5.5 Acción Esencial 5

“Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)”

Objetivo general: Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

- Acción Esencial 5 A: De las acciones generales de la organización para reducir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

Los encargados de promover la capacitación y acciones en educación a la comunidad deben:

- Implementar programas de capacitación continua para todo el personal del establecimiento, incluyendo estudiantes, pacientes, familiares y visitantes, en temas de prevención de IAAS y uso racional de antimicrobianos.

El Área Administrativa del establecimiento debe asegurar el abastecimiento y mantenimiento de material y equipo primordial para lavado de manos, así como vigilar que la calidad del agua sea la adecuada.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente deberá:

- a) Coadyuvar a la prevención y reducción de la morbi-mortalidad causada por las IAAS mediante la implantación de un modelo de gestión de riesgos y las acciones de seguridad del paciente.
 - b) Conocer las acciones y propuestas de mejora planteadas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) y el Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (CODECIN), fomentando el trabajo en equipo.
 - c) Cada organización deberá implementar un programa integral de higiene de manos, principalmente para el personal clínico con la técnica establecida por la OMS y en los cinco momentos.
- Acción Esencial 5 B: Del programa integral de Higiene de Manos.

El personal de salud deberá:

- Realizar la higiene de manos de acuerdo a los 5 momentos propuestos por la OMS y técnicas establecidas:
 - a) Antes de tocar al paciente.
 - b) Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
 - c) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
 - d) Después de tocar al paciente.

e) Después del contacto con el entorno del paciente.

- Procurar las uñas cortas y limpias.
- Evitar utilizar alhajas durante la jornada laboral.
- Evitar la higiene de manos con agua y jabón inmediatamente antes o después de frotar las manos con una solución de base alcohólica.
- Realizar la higiene de manos con agua y jabón simple o con solución alcoholada antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
- Realizar la higiene de manos antes de utilizar guantes, preferentemente con una solución de base alcohol. Cuando las manos se encuentren visiblemente sucias, realizar la higiene de manos con agua y jabón.
- En caso de utilizar solución de base alcohol, esperar que esta se haya secado completamente antes de colocarse los guantes.
- Utilizar siempre guantes cuando exista contacto con sangre u otro material potencialmente infeccioso, membranas mucosas o piel no intacta.
- Usar obligadamente guantes cuando haya lesiones cutáneas en las manos del profesional.
- Utilizar guantes para manipular objetos, materiales o superficies contaminadas con sangre o fluidos biológicos, así como para realizar cualquier procedimiento invasivo.
- Cambiar a un par nuevo de guantes cuando en un mismo paciente, pasa de una zona del cuerpo contaminada a una zona limpia; o al realizar diferentes procedimientos clínicos, diagnósticos y/o terapéuticos diferentes
- Nunca utilizar el mismo par de guantes para el cuidado de más de un paciente.
- Evitar la higiene de manos con los guantes puestos.
- En todos los establecimientos se debe designar a una persona que se encargue de:

- a) Coordinar las acciones de la higiene de manos.
- b) Difundir material que haga alusión a la higiene de las manos en las diferentes áreas, debe ser visible a personal, pacientes y familiares.
- c) Realizar supervisiones periódicas para verificar la adherencia del personal de salud a las prácticas recomendadas de higiene de las manos.
- d) Realizar autoevaluaciones de higiene de manos por lo menos una vez al año e informar los resultados tanto al personal del establecimiento y a los directivos para apegarlos al programa.
- e) Aplicar la Cédula Única de Gestión de acuerdo al Manual del Programa para la Prevención y Reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (PPRIAAS).
- f) Analizar la información resultante de la Cédula Única de Gestión, para que el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), la CODECIN, el personal de la UVEH y los jefes de servicio, identifiquen áreas de oportunidad.
- g) Verificar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos.
- h) Verificar la calidad del agua

4.5.6 Acción Esencial 6

“Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas”.

Objetivo general: Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas. (DOF, 2017).

- Acción Esencial 6 A: De la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas.

El personal de salud debe evaluar el riesgo de caídas del paciente, utilizando el instrumento o herramienta establecida previamente en la Institución; La evaluación del riesgo de caídas debe realizarse en todos los pacientes

ingresados a servicios ambulatorios, urgencias y en hospitalización. La reevaluación del riesgo de caída en el paciente se hará cada:

- a) Cada cambio de turno.
- b) Cambio de área o servicio.
- c) Cambio en el estado de salud.
- d) Cambio o modificación del tratamiento.

La clasificación, resultado de la evaluación se deberá informar a pacientes y familiares, así como las medidas de seguridad que se aplican para prevenirla.

- Acción Esencial 6 B: De las acciones de seguridad para prevención de caídas.
- Acción Esencial 6 B 1: De las acciones generales para la prevención de caídas.
 - En caso de que el paciente se encuentre en cama o camilla, levantar siempre los barandales.
 - Verificar funcionamiento de barandales en camas, camillas y de los descansabrazos de las sillas de ruedas.
 - Trasladar al paciente en camilla con barandales en alto o en sillas de ruedas, ambos con frenos funcionales.
 - Realizar la sujeción del paciente en caso de ser necesario.
 - Colocar interruptor de timbre y de luz al alcance del paciente.
 - Mantener alguna iluminación nocturna dentro de la habitación del paciente, la mínima necesaria pero presente.
 - Colocar banco de altura para uso inmediato cerca de la cama.
 - Verificar que el paciente use sandalias con suela antiderrapante.
 - Colocar en la regadera una silla de baño para el paciente.
 - Tener cerca del paciente aditamentos de ayuda necesarios (bastones, andadera, silla de ruedas, lentes, entre otros).
 - Evitar realizar cambios posturales bruscos y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo después de postraciones.

- Explicar al paciente y familiar o acompañante, el proceso para movilizar pacientes.
- Acción Esencial 6 B 2: De las acciones para la prevención de caídas en pacientes con agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas.
 - Los aditamentos para seguridad en caídas necesarios, siempre presentes y un familiar permanecerá con el paciente continuamente.
 - Aquel equipo relacionado con la seguridad del paciente que se encuentre con fallas, descomposturas o su ausencia, debe reportarse inmediatamente.
 - En caso de que el paciente sufra una caída, se debe registrar y notificar inmediatamente, siguiendo el protocolo institucional para reporte de eventos adversos.
 - Informar al familiar que para movilizar al paciente requiere la ayuda de un miembro del equipo de salud o de otro familiar.
- Acción Esencial 6 B 3: De las acciones para la prevención de caídas en pacientes pediátricos.

En pacientes pediátricos se debe:

- Informar a familiares que el menor debe permanecer en su cama o cuna siempre, con los barandales en alto y los frenos colocados.
- Informar a los familiares que deben permanecer a lado del menor y si requieren separarse deben avisar al personal de enfermería.
- Procurar que el menor siempre vaya acompañado al baño.
- Mantener acceso abierto a la habitación, para que no se impida su vigilancia.
- Durante la noche, mantener la habitación preferentemente iluminada.
- Reevaluar el riesgo de caída diario.

- Cuando sea necesario retirar al menor la cuna, el personal de salud o un familiar siempre deberá estar presente.
 - Solicitar el retiro de la habitación de equipo o mobiliario que no esté en uso.
- Acción Esencial 6 C: De las acciones de la organización.

Habrà una persona designada verificar los siguientes factores del entorno arquitectónico y que están asociados a riesgo de caídas de pacientes hospitalizados:

- Áreas de baños y regaderas con barras de sujeción, piso y tapetes antiderrapantes.
- Existencia de señalamientos de rutas de evacuación, presencia de escaleras y rampas o desniveles en el suelo y otras cuestiones físicas que puedan intervenir en caídas de pacientes.
- Evitar escalones a la entrada o salida del baño.
- Las escaleras o rampas deben contar con material antiderrapante y barandales, y escalones de misma altura.
- Las áreas de tránsito deben estar libres de obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes.
- El mobiliario tendrá un lugar asignado y con poco o nulo movimiento de lugar.
- Los dispositivos específicos para la de ambulación deben contar siempre con gomas en los puntos de apoyo.
- Todas las áreas de atención al paciente y central de enfermeras deben contar con adecuada iluminación.

El personal de limpieza tendrá especial cuidado en:

- Mantener los pisos secos
- Colocar señalizaciones cuando el suelo esté mojado.

Cada institución tendrá protocolos y planes de acción con el fin de prevenir caídas en todas las áreas hospitalarias, siempre con el fin de cumplimentar lo anterior.

4.5.7 Acción Esencial 7

“Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas”.

Objetivo general: Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia; y a nivel nacional permita emitir alertas para evitar que acontezcan eventos centinela en los establecimientos de atención médica, debe ser una prioridad del Sistema Nacional de Salud.

Los hospitales utilizarán la plataforma del Sistema de Registro de Eventos Adversos que la DGCES elaboró para tal efecto, disponible en la página electrónica de la misma. Se hará de acuerdo al "Proceso Operativo del Sistema de Registro de Eventos Adversos" de forma inmediatamente en cuanto ocurra el evento adverso o tan pronto cuando sean identificados.

Cabe destacar que el registro es anónimo y en el caso de la participación de una unidad hospitalaria, debe ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes.

En todos los eventos centinelas se debe realizar el análisis causa-raíz para identificar el nacimiento del suceso.

Los resultados del registro de eventos adversos se presentarán en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes, con el fin de establecer las acciones de mejora.

Los resultados del análisis de los eventos adversos se presentarán al cuerpo directivo y al personal del hospital en una de sus sesiones generales.

En todos los servicios y por individual se debe informar de los sucesos que ocurrieron para que se evite repetir errores.

Al menos deberán registrarse, reportarse y analizarse lo siguiente:

- a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o motivo de ingreso.
- b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o motivo de ingreso.
- c) Riesgo potencial o inminente de que ocurran los incisos a y/o b.
- d) Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
- e) Muerte materna.
- f) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de transfusión sangre o sus derivados o trasplante de órganos o tejidos.
- g) Suicidio.
- h) Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- i) Entrega de menor de edad equivocado.
- j) Entrega de cadáver equivocado a familiar o representante legal.
- k) Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación e Inmunización.

4.5.8 Acción Esencial 8

“Cultura de seguridad del paciente”

Objetivo general: Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Dentro de las acciones para medir la cultura de seguridad del paciente están:

- Realizar anualmente, la medición de la cultura de seguridad del paciente mediante el cuestionario desarrollado por la AHRQ y adaptado de la DGCES.
- La medición de la cultura de seguridad del paciente se realiza en la plataforma informática que la DGCES elaboró para este fin.
- Participan en la medición el personal médico y de enfermería de todos los turnos que estén en contacto directo con el paciente.
- La participación del hospital en la medición de la cultura de seguridad del paciente debe ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes.
- El proceso de medición se hará de acuerdo al "Proceso Operativo para la Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente" establecido por la DGCES.
- Los resultados de la medición deben utilizarse para establecer las acciones de mejora para las dimensiones con mayor número de resultados negativos.
- Los resultados se presentarán al cuerpo directivo y al personal del hospital en una de sesión general para identificar áreas de oportunidad en mejora.

Capítulo 5. Enfermería

5.1 Historia de la enfermería

5.1.1 Origen de los cuidados

Los orígenes en los cuidados de enfermería datan de hace mucho tiempo desde el comienzo de la humanidad, en las sociedades primitivas el concepto de ayuda en la prehistoria fue conocido como cuidar y curar.

En la prehistoria la actividad de cuidar se analizó como la relación del hombre con el medio, al intentar cubrir sus necesidades básicas y poder perseverar su especie (Gourlay, 2019).

El origen de la práctica del cuidado se ha identificado en las actividades de alimentación y preservación del grupo ya que lo relacionaban con la supervivencia de las tribus, también se halló un lazo estrecho con las peculiaridades biológico-femeninas y la fecundidad.

En la historia surge la medicina vinculada con lo mágico, mítico y religioso, relacionando a la enfermedad como consecuencia de un mal comportamiento o incumplimiento de deberes, los hombres creían que los objetos naturales tenían vida o alma propia (contrariedad espíritu-naturaleza), promoviendo el nacimiento de personas dentro de las tribus que brindaban tratamientos para curar y a los cuales les llamaban magos o curanderos. Se deroga a la mujer la tarea de aplicar los tratamientos que indica el curandero ya sea en casa o en el lugar de la curación.

Surge de manera exprofeso lo que era una madre- enfermera la cual vino del mago-sacerdote y con el tiempo dan lugar al suministrador de medicinas y al cuidador.

5.1.2 En la Edad antigua

Data del año 3500 a. C. hasta el año 476 d. C. donde la relación con la salud, continua con la idea de que las enfermedades son producidas por algo espiritual maligno y un líder religioso era el que se encargaba de curarlos. Durante este periodo aparecen los médicos, que eran sacerdotes dedicados a la cirugía y traumatología.

Hay muy pocos datos de como fue el cuidado a los enfermos ya que no hay suficiente documentación, pero se sabe que las actividades de cuidar eran

desempeñadas mujeres usualmente esclavas. Otro dato peculiar es que la atención del parto era tarea de una mujer llamada comadrona.

5.1.3 En la Edad Media

Periodo del año 476 d. C. a mediados del siglo XV d.C. en donde aparece la imprenta que es la principal difusión de la cultura y conocimiento, mediante esta se constatan algunos hechos de la prestación de cuidados, resaltándolo como importante para el médico de la época ya que tenía mayor éxito en su tratamiento. El cuidado de los enfermeros era casi exclusivo de las órdenes religiosas,

La palabra enfermería era alusivo al interés por el espíritu del alma y brindar atención a los pobres, la caridad y bondad. Esta época fue de formación empírica ya que, si bien hubo mucha vocación, la formación era escasa y solo se seguían órdenes indicadas, de modo que lo que aprendían era solo con la práctica y no por una formación académica.

5.1.4 En la Edad Moderna

En esta época hay dos hechos sumamente relevantes con el descubrimiento de América y la caída de Constantinopla y que generan grandes revoluciones marcadas por guerras tanto bélicas como de pensamiento, inicia el método- científico a partir de la experimentación clínica en donde se descubren nuevas enfermedades y se les da explicación mediante la racionalización.

En 1570 aparece San Vicente de Paul quien fuera precursor de la enfermería moderna al ser uno de los primeros en establecer un programa teórico para formación de enfermeros, e impartidos por médicos de la época y, aunque se basaba en seguir ordenes médicas, les brindaron el conocimiento de cómo realizar adecuadamente los procedimientos.

A partir del siglo XVII las hermanas de San Vicente se dedicaron al cuidado de los enfermos, pero no existía una preparación específica de esas personas, las pocas mujeres que se dedicaban a la enfermería estaban mal consideradas por no ser religiosas y pertenecían a clases bajas con sueldos mínimos.

Las pestes y epidemias fue una preocupación constante, y se comenzó a sentar a la higiene como pilar en el cuidado (Gourlay, 2019).

5.1.5 En la Edad Contemporánea

Inicia en el siglo XVIII con un origen social surge enfermería ante problemas sanitarios existentes, el médico solo no puede curar y necesita ayuda.

En las diferentes etapas de la Revolución industrial y los movimientos de la ilustración, la salud de la población comienza a elevarse en la búsqueda de mejores condiciones de vida e higiene personal y se comienza a hablar sobre el derecho a la salud y que la asistencia sanitaria sea gratuita para sus trabajadores y sus familiares. En 1883 por primera vez en Alemania el canciller Bismark publica una ley de seguridad social donde el concepto de este concepto de hospital es para aquel lugar para enfermos, pobres y desahuciados.

Académicamente también se ve el cambio en los programas educativos, incluso solo con el término de profesional a los cirujanos titulados de la carrera universitaria.

5.1.6 Enfermería en México, una profesión con historia.

En el año de 1933 el Dr. José Castro Villagrana instituye el día 6 de enero en el país como el Día de la Enfermera y del Enfermero, durante su gestión en el Hospital Juárez de México, reconociendo su labor y dedicación.

De acuerdo a cifras de la de la Secretaría de Salud, desde el año 2017 se contaban con registrados de 300 mil enfermeras y enfermeros en el país, representando las mujeres el 85% del recurso humano. La Encuesta sobre la

Percepción Pública de la Ciencia y la Tecnología (ENPECYT) 2017, publicada en el portal del INEGI, se reporta que la enfermería es considerada por la población como una de las profesiones más respetables, posteriormente a los bomberos e inventores, en ese orden (INSP 2021).

El noble trabajo de la enfermería en la cultura azteca también se pudo rastrear a lo largo de diferentes épocas hasta el México precolombino, de acuerdo a las Dras. Patricia Cuevas y Dulce M.

Guillén (citado INSP, 2021) en el artículo "Breve Historia de la Enfermería en México", los heridos de un combate eran atendidos en el tuihuacan (hospital) por enfermeros varones y de forma paralela, las mujeres también practicaban la enfermería, donde realizaban su trabajo como parteras. Fueron llamados por la palabra ticitl, "el hombre o mujer que se dedicaba a la atención de enfermos".

En la época colonial, muchas órdenes religiosas prestaban cuidados a las personas enfermas, principalmente curaciones en hospitales y cárceles, y estas religiosas percibían 50 pesos al año. Como se mencionó antes, se ejercía por vocación ya que para dar cuidados no necesitaban ninguna licencia.

Durante el siglo XIX, las enfermeras obtenían una paga de 8 pesos con 25 centavos, cumpliendo largas jornadas de trabajo durante el día (7 a 20 horas) y en la noche horarios contrarios (20 a 7 horas del día siguiente).

Para el 9 de febrero de 1907 se inauguraba la Escuela de Enfermería por iniciativa del Dr. Eduardo Liceaga, mediante un programa académico incorporado a la escuela de medicina del Hospital General de México.

En la Revolución Mexicana, las enfermeras participaron activamente en la asistencia de los heridos en plena batalla, destacándose personajes como Refugio Estévez Reyes conocida por "Madre Cuca" y quien realizando su deber recibió un balazo en el cuello del lado izquierdo, viviendo con el proyectil el resto de su vida en la región carotídea, a nivel de la cuarta vértebra cervical.

La época moderna del país dio a la enfermería no solo la tarea del cuidado a las personas enfermas y heridas sino también como difusoras de conocimientos para prevenir padecimientos y proteger la salud de la ciudadanía. La Escuela de Salubridad de México fundada en 1922 dio origen a lo que hoy es la Escuela de Salud Pública de México (ESPM) del Instituto Nacional de Salud Pública y se da a conocer la profesionalización desde el punto de vista en la salud pública con el nombre del primer curso de “enfermera visitadora” en el año 1925 con 31 estudiantes (INSP 2021).

Las siguientes generaciones fueron adiestradas para abatir la mortalidad infantil, principalmente con campañas de salud para disminuir las enfermedades infecciosas, por medio de la difusión de medidas de higiene, que no siempre eran bien recibidas por la comunidad.

Durante el siglo XX, el perfil del personal de enfermería se adaptó a dar respuesta a la atención en zonas rurales ya que se presentó un aumento de las enfermedades no transmisibles y ellas reforzaron los servicios de salud en operación y administración, con la formación de nuevos recursos humanos y conocimientos nuevos para brindar mejores resultados.

De esa manera los enfermeros de México han realizado su trabajo dando atención por generaciones.

5.2 Definiciones del término enfermería

De acuerdo a la OMS (2021) el concepto enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprendiendo tareas para la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Jiménez (2016) la define como “el conjunto de estudios para la atención autónoma de cuidado de enfermos, heridos y personas con discapacidad, siguiendo pautas clínicas”

Robles (2018) hacer referencia al concepto como “una profesión que comprende la atención, cuidado autónomo y colaboración de la salud del ser humano”.

El CIE (2019) describe que enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el tema de seguridad del paciente es de gran relevancia a nivel internacional, la OMS (2012) menciona que, en países de ingresos altos, 1 de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria y al año se reportan 134 millones de eventos por una atención poco segura hacia los pacientes.

En México se ha definido la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria y ha sido establecido por el Plan Nacional de Desarrollo en el periodo de 2013-2018, dando lugar a la creación de acciones para la reducción y prevención de eventos adversos, se estima que en el año 2019 se reportaron 11,382 casos y de estos el 50% era prevenible, dato arrojado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y que hace relevante la capacitación continua e implementación de prácticas seguras.

Aunado a esto, investigaciones destacadas han demostrado que el clima laboral tiene relación con la cultura de seguridad del paciente, que puede ser generado por problemas internos en las instituciones de salud, actitudes de las personas que integran el equipo de trabajo, los estilos de dirección de líderes, jefes y la satisfacción de cada persona con la labor que realiza.

Es pertinente evaluar la cultura de seguridad del paciente y el clima laboral en el profesional de enfermería para salvaguardar la integridad y seguridad del paciente en las instituciones de salud. El presente trabajo de investigación pretende evaluar el clima laboral y su relación con la seguridad del paciente que llevan a cabo los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel, cuya unidad menciona en datos estadísticos que en el año de 2019 solo se reportaron 6 casos de eventos adversos.

Derivado de la situación observada en cuanto a la relación del clima de trabajo con una cultura de seguridad del paciente, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la evaluación del clima de trabajo y su relación con la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel del Estado de México, 2020?

IV. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es de vital importancia ya que con los datos que se obtengan, se pretende conocer la percepción acerca de la cultura de seguridad del paciente y su relación con el clima laboral que lleva a cabo el profesional de enfermería dentro del área hospitalaria, la cultura funge como una acción importante dentro de una organización, donde la calidad asistencial es un indicador esencial en su práctica diaria. Es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, que conforma el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros.

La trascendencia epidemiológica que se pretende alcanzar en este trabajo, es identificar qué aspectos influyen en la relación entre el clima laboral y cultura de seguridad del paciente, que se percibe como una incertidumbre en pacientes que requieren de hospitalización y temen por el trato que se lleve cabo por los profesionales de la salud.

La cultura no es una variable constante ya que está influenciada directa e indirectamente por las características de las personas que la generan, y por el tiempo en el que suceden, por tanto, es muy importante que evalúe su clima de seguridad cada determinado tiempo, con el fin de poder evaluar los resultados de los procesos de implementación de política, cultura y prácticas de seguridad del paciente, e identificar cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad, con el fin de mejorar su desarrollo.

El impacto que se pretende alcanzar es sobre la cultura de seguridad del paciente ya que a mayor cultura y mejor clima laboral habrá disminución de eventos adversos, disminución de días cama y así disminución de costos al hospital.

Es Viable porque se puede capacitar al personal de enfermería de las distintas áreas e implementar estrategias para la mejora continua en relación a la cultura de seguridad del paciente, con mejoras de la comunicación para tener una comunicación efectiva y mejorar el clima de seguridad del paciente.

La cultura de seguridad del paciente está afectada por muchas variables y sus procesos de implementación pueden llegar a ser tan diferentes como el número de hospitales existentes. Dado que la cultura define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto es que establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor método para dar respuesta a las particularidades y necesidades específicas de cada institución hospitalaria.

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. Con la realización de este trabajo se pretende evaluar la cultura de seguridad del paciente y el clima laboral para demostrar su relación que tiene por el personal que labora en la institución y de esta manera poder contribuir herramientas que permitan evaluar las acciones desarrolladas para minimizar la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos y para que se puedan emprender acciones que permitan intervenir de manera oportuna en busca de mejorar la calidad de la atención a los usuarios y evitar que se continúe en el desconocimiento de la importancia y trascendencia del tema.

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Evaluar el clima de trabajo y su relación con la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel, del Estado de México, 2020.

5.2 Objetivos específicos

1. Describir las variables sociodemográficas y socio laborales de los profesionales de enfermería.
2. Identificar la percepción de la seguridad del paciente en los profesionales de enfermería.
3. Determinar el grado de acuerdo en relación al comportamiento de supervisor o jefes en los profesionales de enfermería.
4. Constar la cultura de seguridad del paciente a la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería.
5. Determinar el grado de seguridad del paciente percibido por el personal de enfermería.
6. Describir la percepción que existe en relación al clima laboral preponderante en el hospital por los profesionales de enfermería.
7. Relacionar el clima laboral con la seguridad del paciente en los profesionales de enfermería

VI. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Cuantitativo

Diseño de estudio: transversal, prospectivo, observacional y analítico

Universo de estudio: hospital regional de segundo nivel.

Población blanco: profesionales de enfermería adscritos a esa institución.

Muestra: 40 profesionales de enfermería obtenido de la fórmula para el cálculo de la muestra en poblaciones finitas (Daniel, 2009).

Muestreo: aleatorio simple.

Criterios de asignación de la muestra

Inclusión: Personal de enfermería de las áreas de urgencias, hospitalización, quirófano, triage metabólico.

Exclusión: Personal de enfermería que por alguna condición no le permita participar, que se encuentre gozando de alguna prestación.

Eliminación: instrumentos incompletos, personal que desee abandonar el estudio.

Recolección de la información:

Para el levantamiento de la información, se utilizó el instrumento del programa de la secretaría de salud "Si calidad" denominado "**Cuestionario de cultura de seguridad del paciente en hospitales en México**" con un Alpha de Cronbach de 0.91., el cual consta de 6 secciones.

El levantamiento de la información se realizó de manera auto aplicada.

Plan de análisis

Los datos obtenidos fueron transcritos a software para análisis estadístico SPSS Statistics, se obtuvieron medidas de tendencia central para evaluar la frecuencia

de los datos, de correlación de Pearson y de asociación (odds ratio) para analizar la relación entre las variables.

VII.RESULTADOS

De acuerdo al instrumento aplicado, los resultados se muestran en secciones. A continuación, se presentan los resultados de la primera sección.

Sección 1. Perfil laboral

De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de datos, se observó que existe una heterogeneidad de datos laborales y de formación académica entre el profesional de enfermería investigado, lo que conlleva a tener opiniones diferenciadas en cada una de las dimensiones evaluadas (Tabla 1.)

Turno	%	Antigüedad en el hospital	%	Formación académica	%
Matutino	33	Menos de 1 años	2	Enf. Titulada	57
Vespertino	20	De 1 a 5 años	38	Enf. Especialista	38
Nocturno	37	De 6 a 10 años	30	Aux. de Enf.	15
Jornada	10	De 11 a 15 años	20		
		De 16 a 20 años	10		

Tabla N° 1. Perfil laboral del conjunto de la población en estudio

Fuente: Cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020.

En la tabla anterior, se observa que el número de personal de enfermería que labora en el hospital, los servicios de urgencias, cirugía y triage metabólico de los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, sin embargo, los turnos que sobresalieron fueron matutino y nocturno. El 90% (36) de la población no tiene un servicio fijo, sino que, rota por cualquier de las áreas mencionadas, mientras que el 10% (4) menciono que se encuentra en el servicio de urgencias.

El 38% tiene entre 1 y 5 años de antigüedad en el hospital y el 55% ha permanecido entre 1 y 5 años en las mismas áreas, aunque no se especificaron cuáles son. Cerca del 90% labora entre 20 a 39 horas a la semana, conforme los contratos establecidos. Las enfermeras de esta comunidad son en su mayoría enfermeras generales 57% y el 38% son especialistas sin especificar en qué áreas.

El 60% tiene una experiencia profesional de menos de 10 años y el 40% de más de 11 años.

Sección	N	Media	Desviación
Perfil laboral	40	2.3	0.7
Área del trabajo	40	1.9	0.5
Supervisión	40	3.1	0.5
Comunicación	40	2.5	0.3
Frecuencia de eventos reportados	40	4.2	0.4
Grado de seguridad del paciente	40	3.3	0.5
Su hospital (no su área de trabajo)	40	3.6	0.4

Tabla N° 2: Promedio sección de respuestas por sección del instrumento.

Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020.

La tabla 2, describe que, en la muestra de la investigación, se muestra la media más alta fue la frecuencia de eventos reportados, la cual representó el 4.2, la más baja fue la de área de trabajo con 1.9

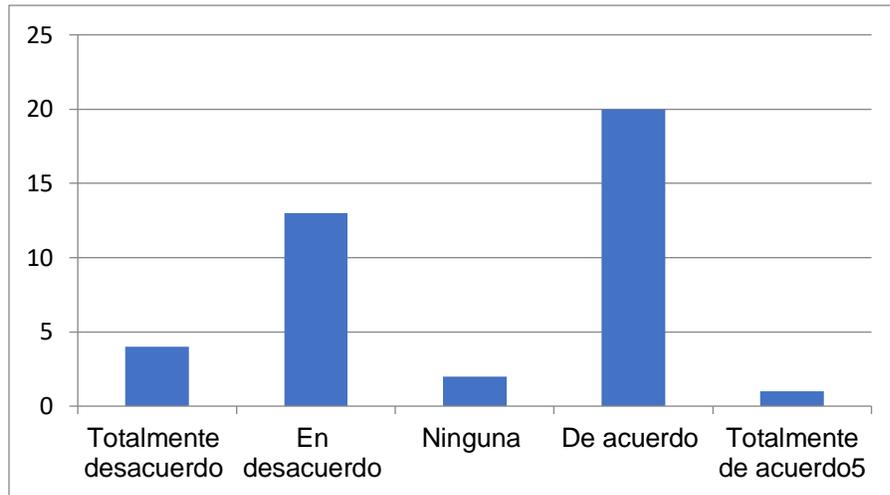
Sección 2. Área de trabajo

Se analizaron las variables que conforman la dimensión área de trabajo, en general los valores de referencia indican que la población se encuentra en un punto intermedio sobre él de acuerdo o desacuerdo de lo que viven en su área de trabajo. Estos resultados pueden interpretarse como un estado de indiferencia, ya que, si fueran bien determinados, el personal lo mencionaría.

Las principales variables con resultados favorables son las del respeto entre compañeros de trabajo, la ausencia de problemas de seguridad de pacientes y la efectividad para prevenir errores que pueden ocurrir.

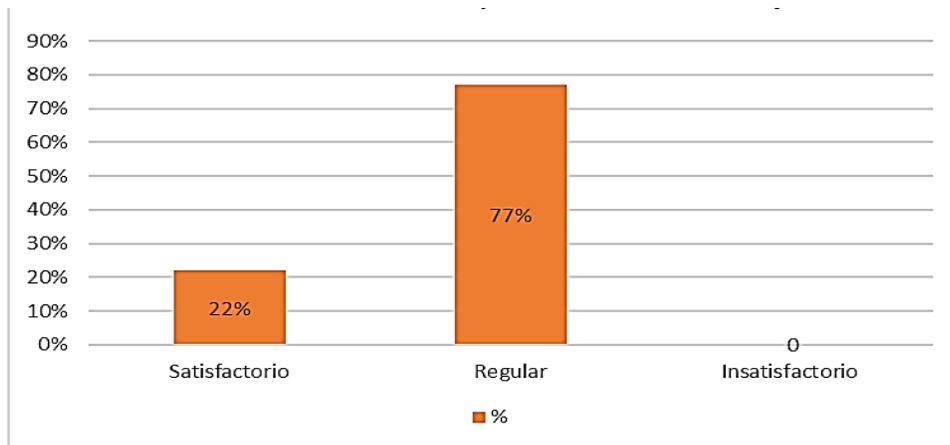
La figura 1, muestra que el 52% de profesional de enfermería está de acuerdo y totalmente de acuerdo con el área de trabajo en la cual se desarrolla, sin embargo, el 48% va de indiferente con su área de trabajo a en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, lo que polariza la percepción que tienen de su entorno laboral. Alguno de las variables que se consideraron para evaluar este rubro fueron: ambiente laboral expresado como la comodidad que siente el profesional al interactuar con el equipo multidisciplinario con el cual se desarrolla, instalaciones apropiadas, las cuales deben cumplir con las medidas mínimas de seguridad, carga de trabajo y complejidad del mismo.

Figura 1. Percepción del profesional de enfermería sobre el área de trabajo.



Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020.

Figura 2. Percepción del profesional de enfermería sobre la satisfacción de su lugar de trabajo.



Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020.

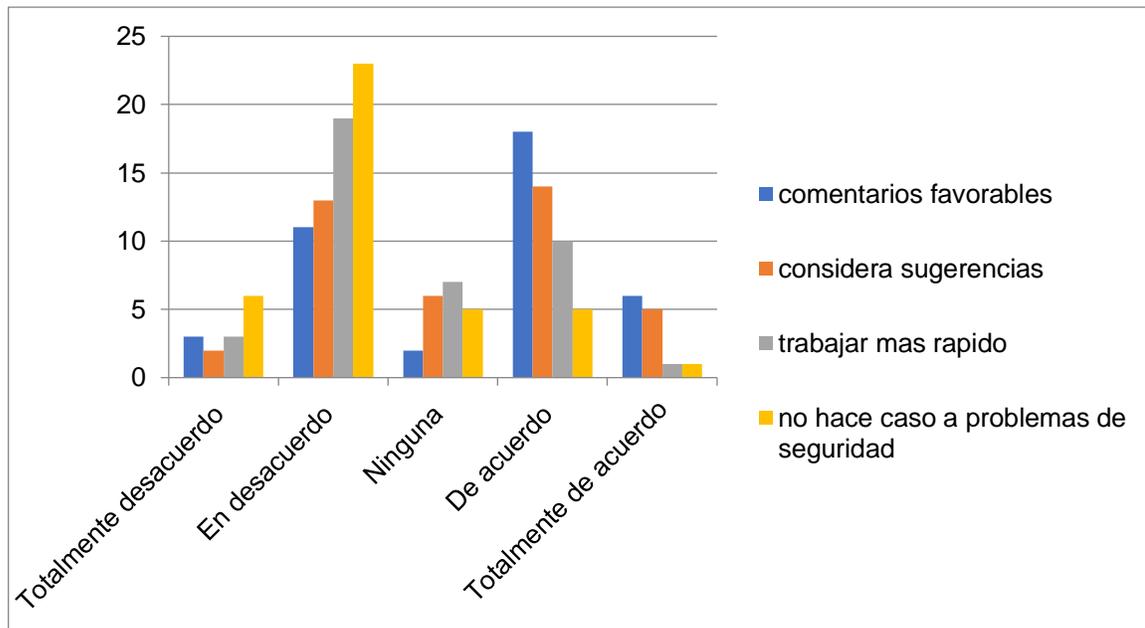
Respecto a la satisfacción que el profesional de percibe sobre su lugar de trabajo, es importante resaltar que el 77% de personal encuestado, lo califica como regular y el resto como satisfactorio, aunque nadie mencionó como insatisfactorio, está claro que la mayor parte no está del todo satisfecha lo que pone de manifiesto que es importante que existan condiciones aptas para que el desarrollo profesional se lleve de la mejor manera posible (figura 2).

Sección 3: Supervisión

En esta sección, se destaca la percepción que el profesional de enfermería tiene de la supervisión de enfermería como parte del desempeño laboral en el área. Se encontró que, de acuerdo a los resultados el supervisor de las áreas es un personaje importante, ya que es el que debe monitorear las condiciones de seguridad de los pacientes, además de tener una visión general del desempeño general que el profesional de enfermería realiza para que es una persona que considera los problemas de seguridad más recurrentes y nunca pasa por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.

Algo que llama la atención es la falta de reconocimiento hacia el personal que realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente, ya para el personal operativo no tiene tanta importancia en este rubro, asimismo el supervisor (a) no considera las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes, tal como se puede ver en la figura 3.

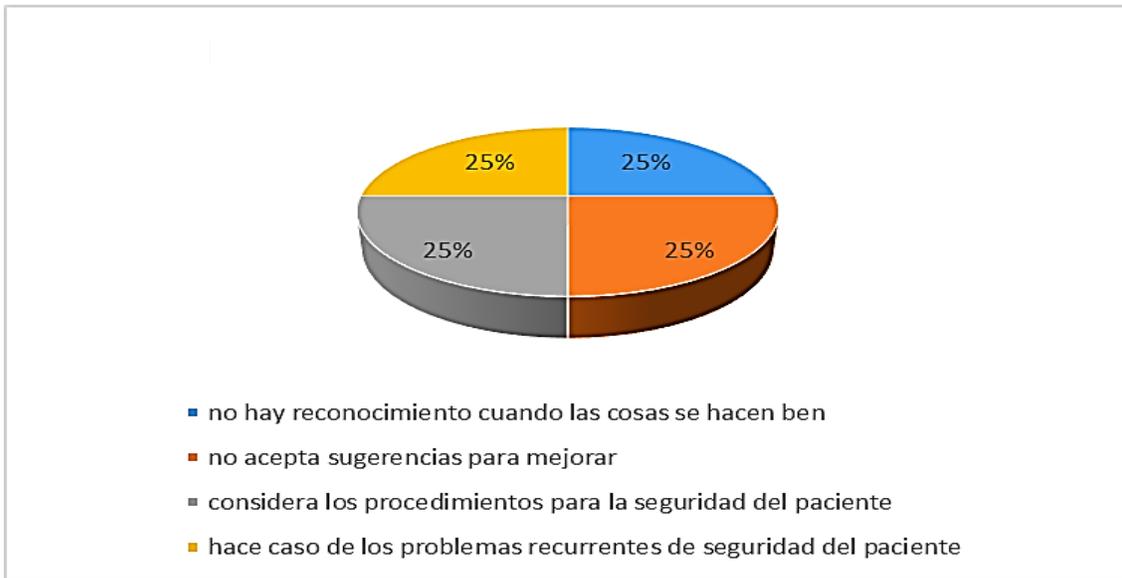
Figura 3. Percepción del profesional de enfermería sobre la función del supervisor de enfermería



Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020.

Paradójicamente, la opinión que el profesional de enfermería tiene de respecto al desempeño del supervisor en relación a la contribución de las funciones del profesional de enfermería, enfocadas en la seguridad del paciente, como se puede ver en la figura 4, esta hace evidente que existen opiniones muy diferenciadas respecto a la función de este profesional de enfermería.

Figura 4. Opiniones sobre el desempeño del supervisor de enfermería



Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020.

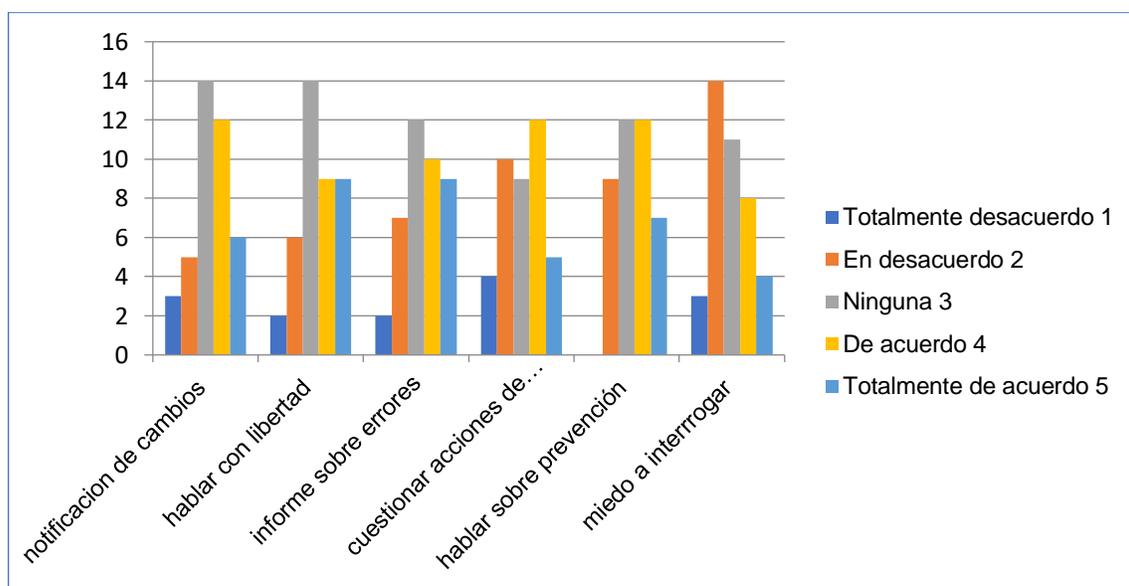
Sección 4: Comunicación

Es importante destacar esta sección como una de las más importantes, ya que la comunicación es parte fundamental en la cultura de seguridad del paciente, por lo que tener elementos que evalúen de manera objetiva este rubro, ya que esto permitirá generar acciones de reforzamiento en mejora de la seguridad del paciente. De acuerdo a lo representado en la figura 5, es importante destacar que la mayoría de los rubros evaluados en esta sección, el profesional de enfermería mostro una postura ni a favor o en contra de las opiniones respecto a la comunicación de los profesionales de enfermería con la seguridad del paciente. En cuanto a los principales problemas que se detectaron fueron, la falta de información de sus autoridades hacia ellos, sobre cambios realizados a partir de incidentes; así como la falta de libertad para hablar sobre algún hecho que pueda evitar la inadecuada atención de los pacientes en materia de seguridad,

por lo tanto, las pocas oportunidades de externar y cuestionar sobre decisiones de las autoridades en temas de seguridad del paciente.

En una baja proporción existe dialogo entre autoridades y personal asistencial. Sin embargo, el personal alguna vez ha llegado a tener temor cuando realiza cuidados de forma incorrecta.

Figura 5. Percepción sobre la comunicación relacionada con la seguridad del paciente



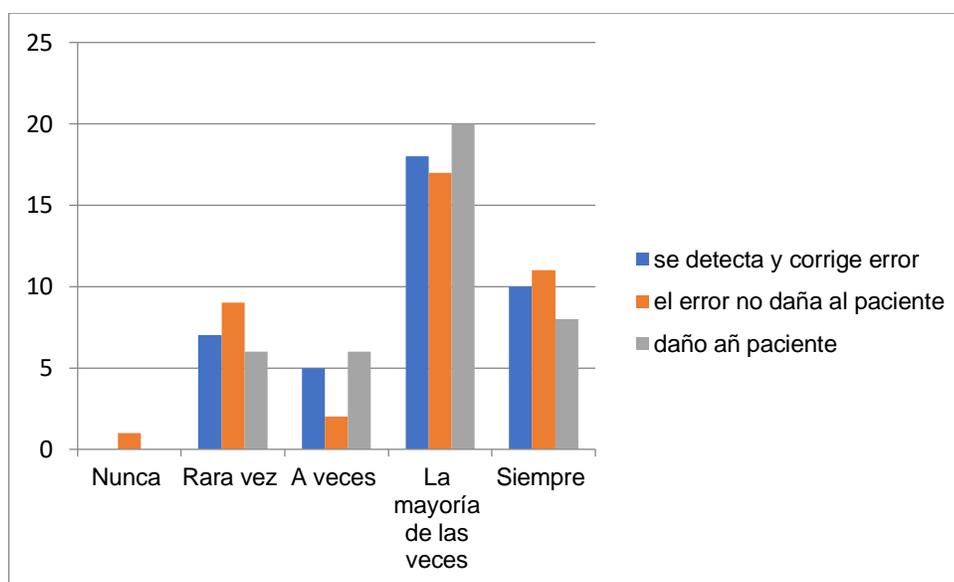
Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020

Sección 5: Frecuencia de eventos reportados

Es importante destacar que esta sección de la investigación, pone de manifiesto que el profesional de enfermería en la mayoría de las veces reporta algún daño al paciente, de igual manera si detecta un error que no daña al paciente y lo corrige, sin embargo aún es importante resaltar que es necesario reforzar la cultura de notificación, ya que gran parte de la población investigada, refirió que reporta a veces y muy rara vez algún evento que pueda dañar la

integridad del paciente La presente dimensión se refiere a la cultura del reporte o notificación por parte del personal, de acuerdo al análisis de resultados, el personal de este hospital alguna vez llega ha llegado a notificar un evento cuasi falla, sin embargo, por el hecho de no haber dañado al paciente, no consideran importante notificarlo. En este sentido lo mismo pasa con el evento adverso.

Figura 6. Reporte de eventos adversos que afectan a los pacientes en área intrahospitalario



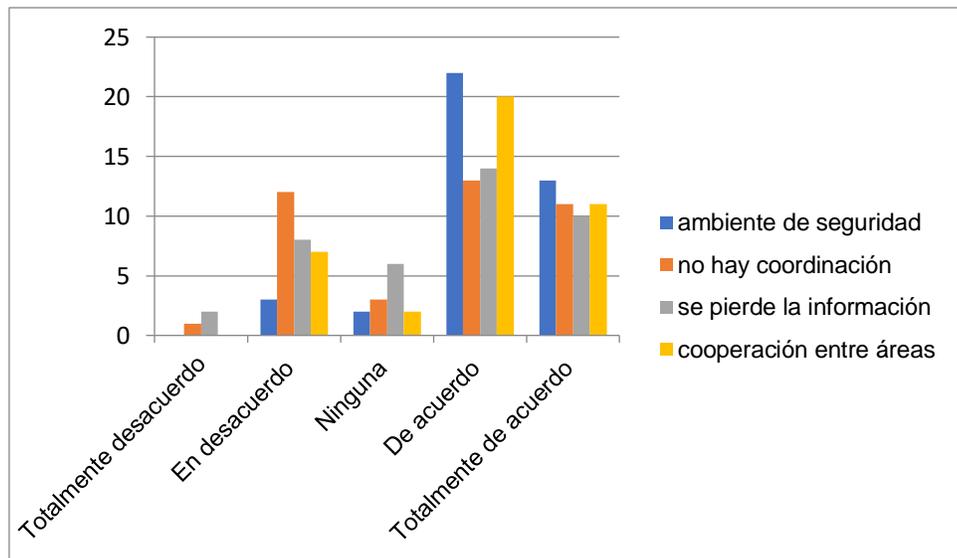
Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020.

Sección 6. Grado de seguridad del paciente

La figura 7, muestra que la frecuencia en la que el profesional de enfermería percibe la seguridad del paciente en general en de acuerdo y totalmente de acuerdo, lo que pone de manifestó que existe una buena percepción sobre la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, sin embargo aunque en menor frecuencia, aún persiste profesionales de enfermería están en

desacuerdo y totalmente en desacuerdo que exista seguridad del paciente, aunado a los que no opinaron ni a favor ni en contra sobre la seguridad del paciente. Es importante resaltar que esta sección es muy importante ya que uno de los indicadores de calidad y las metas internacionales en la atención de los pacientes es precisamente la seguridad, por lo que es imprescindible la evaluación de este rubro.

Figura 7. Percepción del profesional de enfermería sobre la seguridad del paciente

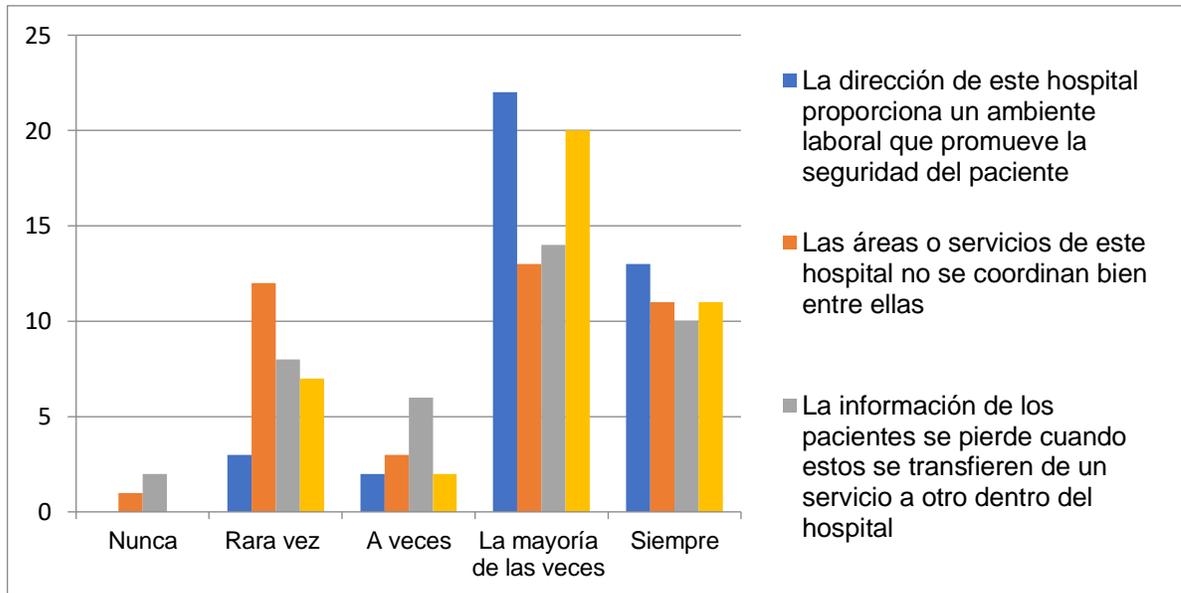


Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020.

Sección 7. Su hospital (no su área de trabajo)

En esta sección se evaluaron la relación que existe entre las diferentes áreas hospitalarias, así como los diferentes servicios y como estos interactúan para proporcionar seguridad al paciente, pero también en cómo su interacción genera ambientes de trabajo óptimos para el ejercicio del profesional de enfermería. La figura 8 muestra que la mayor parte de los profesionales investigados tienen opiniones favorables respecto al ambiente que se genera en el hospital y como este contribuye a una adecuada atención, sin embargo es importante resaltar que, aunque en menor frecuencia no coinciden con lo anterior, eso es de llamar la atención ya que el ambiente y la percepción que tienen del lugar en donde trabajan, es fundamental para el desarrollo adecuado de todas las funciones profesionales que se desarrollen.

Figura 8. Percepción sobre la opinión del hospital donde se desarrolla el profesional de enfermería



Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 202

Análisis Correlacional

Se realizó una segunda parte de análisis de los resultados obtenido en el estudio, para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, con la finalidad de analizar la relación entre los resultados obtenidos de cada sección del instrumento aplicado y con ello establecer el grado de asociación entre el clima de trabajo y la seguridad del paciente.

En este sentido, se observa un grado de asociación significativo entre los puntajes promedio de las secciones “Área de trabajo” ($r_s=0.577$; $p=0.002$), “Lugar de trabajo” ($r_s=0.688$; $p=0.000$), “Comunicación” ($r_s=0.609$; $p=0.001$) y “Frecuencia de eventos reportados” ($r_s=0.587$; $p=0.002$).

Sin embargo, las secciones “Grado de seguridad del paciente” ($r_s=0.236$; $p=0.246$) no se correlaciona significativamente con los puntajes promedio del “Cuestionario de cultura de seguridad del paciente en hospitales en México

En relación con el “Cuestionario de cultura de seguridad del paciente en hospitales en México, los puntajes promedio se asocian significativamente con las secciones “Comunicación” ($r_s=0.821$; $p=0.000$) y “Grado de seguridad del paciente” ($r_s=0.804$; $p=0.000$). Sin embargo, los resultados antes descritos no se correlacionan con la sección “Frecuencia de eventos reportados” ($r_s=0.134$; $p=0.513$).

Cuando se estableció el nivel de correlación entre las secciones “Área de trabajo” con “Grado de seguridad del paciente”, se encontró que existe una correlación significativa entre ambas variables ($r_s=0.446$; $p=0.022$) de la muestra.

La última correlación que se realizó, fue establecer la asociación entre la sección de “Perfil profesional”, para ello se realizaron subescalas correspondientes a los ítems de esa sección (Tabla N° 3), en ellos se encontraron correlaciones significativas entre “Formación académica” y “Grado

de seguridad del paciente”; “Antigüedad” menor de 10 años y “Frecuencia de eventos reportados” y entre la “Formación académica” principalmente con el perfil de licenciadas en enfermería y “Frecuencia de eventos reportados”.

Subescalas (perfil laboral)	Formación académica	Antigüedad
Grado de seguridad del paciente	rs= -0,031 p= 0,879	rs=0,134 p=0,515
Frecuencia de eventos reportados	rs=0,351 p=0,079	rs=0,406** p=0,039

Tabla N° 3: Coeficientes de correlación entre las subescalas de perfil laboral y secciones de seguridad del paciente y frecuencia de eventos reportados.

Fuente: cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, 2020.

Nota. De acuerdo al coeficiente utilizado (Pearson), la correlación está representada por (rs) y la posibilidad asociada es (p), por lo tanto, si probabilidad es igual o menor a $p = 0.05$, el coeficiente es considerado significativo.

Por último, al hacer la asociación por medio del Odds Ratio entre las secciones del instrumento y particularmente la relación que tiene el ambiente de trabajo y la seguridad del paciente, esta evidenció los siguientes resultados:

Un profesional de enfermería que percibe un ambiente de trabajo favorable para su ejercicio profesional, tienes 4 veces más posibilidades de percibir una adecuada seguridad del paciente, por lo que se interpreta como lo siguiente: “el ambiente del trabajo es directamente proporcional a la seguridad del paciente.

Un profesional de enfermería que reporta algún daño al paciente sufrido en el área intrahospitalaria, tiene 6 veces más posibilidades de percibir mayor

seguridad del paciente, lo que pone de manifiesto que quien más reporta eventos adversos es quien más está pendiente de la seguridad del paciente.

VIII.DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en un hospital de segundo nivel, y se aplicó el instrumento denominado "Cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México", esa dependencia solo se cuenta con un solo jefe de enfermeras, pero no cuenta con supervisores en los diferentes turnos ni jefes de piso, por lo que no hay una supervisión en procedimientos realizados, ni un seguimiento en calidad y seguridad hacia el derechohabiente durante su proceso de hospitalización, sin embargo, algo que resulta importante mencionar, es la falta de reconocimiento cuando se realiza una buena acción por parte del profesional de enfermería a los derechohabientes o para la misma institución, lo cual concuerda con Hernández (2015), el cual menciona que las acciones positivas en una práctica hospitalaria son muy poco reconocidas, sin embargo aquellas consideradas como negativas son causa de sanciones en el personal que las ejerce.

Referente a la cultura del reporte o la notificación sobre un evento adverso el presente estudio evidenció que no se cuenta con una cultura del reporte, ya que si llega a ocurrir un evento cuasi falla o adverso, no se notifica si no causó daño al paciente, por no se considerarlo importante, lo anterior se relaciona con el artículo sobre la "Evaluación del clima de seguridad del paciente en un hospital quirúrgico" elaborado por Caldas en 2016, en el cual los resultados establecen que en cuestión a la notificación de eventos adversos, no se realizan porque el 70,3% de los profesionales, no reconocen los medios internos de notificación de ocurrencias relacionadas con la seguridad del paciente, testimonios como: "Yo no conozco los medios adecuados para encaminar las cuestiones relacionadas a la seguridad del paciente en esta área", en ese mismo estudio también se observó que el 77,7% cree que los errores se tratan adecuadamente;

argumentando que no generaron daño al paciente y reiterando que aparentemente para ellos no pasa nada.

Es importante mencionar que la comunicación es un elemento importante para un adecuado clima de trabajo y seguridad del paciente, en ese sentido, el estudio identificó la falta de la comunicación asertiva, ya que existe un bajo porcentaje de personal que establece un dialogo entre autoridades y personal asistencial. Sin embargo, el personal alguna vez a llegado a tener temor cuando realiza cuidados de forma incorrecta, siendo las autoridades una figura con la que no se dirigen para reportar algún evento adverso. En el artículo “Estudio de clima laboral en instituciones de salud pública” realizado por López en 2011, describe que, para que exista una buena cultura deben existir diferentes métodos y medios de comunicación utilizados, dentro de los cuales se destacan los métodos verbal y escrito como los más usados, en menor proporción el uso del teléfono. Cabe mencionar que en ese estudio también se destaca la necesidad de la comunicación entre los diferentes colaboradores de una organización de salud, ya que de eso depende la productividad de la misma y la calidad hacia el paciente.

Algo importante que destacar en el presente estudio, es la cultura de seguridad en el paciente y su asociación con la comunicación, lo cual mostro que la comunicación es directamente proporcional con la seguridad que percibe un paciente, esto coincide con un estudio realizado por el Centro Médico Naval, en el cual se evaluó el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente, elaborado por Cáceres en 2018 con la finalidad de generar alternativas viables que permitan mejorar significativamente la calidad de la atención a los pacientes que atienden en esa institución; los resultados demostraron que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se encuentran relacionados significativamente, igualmente se ha encontrado que los médicos valoran mejor el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que las enfermeras,

lo que concuerda con esta investigación por los resultados obtenidos al realizar la asociación entre las secciones del instrumento y particularmente la relación que tiene el ambiente de trabajo y la seguridad del paciente.

IX. CONCLUSIÓN

El estudio permitió identificar que el tipo de clima organizacional en el ámbito de la salud, específicamente en el personal de enfermería en una Unidad de Segundo Nivel de un Hospital del Estado de México es percibido como débil, ya que arrojan las debilidades que existen y la influencia que sobre éstas ejercen las estructuras organizativas, en los aspectos de fuerzas motivacionales, proceso de comunicación y toma de decisiones, lo cual, imposibilita introducir cambios planificados tanto en las actitudes y conductas, a fin de mejorar el desempeño de enfermería y la cultura de seguridad del paciente por los profesionales de enfermería, hacer una propuesta de mejora donde se puedan capacitar los profesionales para su mejora continua y cambiar su enfoque de la importancia que tiene la seguridad del paciente en su desarrollo profesional es imperativo, las equivocaciones que surgen de la práctica diaria se tiene que ver como un proceso de mejora y no como algo mala que necesariamente requiere una sanción, es por ello la importancia de emplear estrategias que mejoren los resultados en la atención a los pacientes.

Por lo tanto, este trabajo muestra que se cumplieron los objetivos planteados de esta investigación, ya que se analizaron las variables establecidas en la investigación, lo que permitió conocer el clima de trabajo y la cultura de seguridad del paciente. Encontrando como un factor importante que existe poca cultura sobre la seguridad del paciente ya que si al paciente no le sucede nada grave, no es reportado el evento adverso, cuasi falla, por temor a ser vistos como si realizaran mal su trabajo, ya que son puntos importante y pautas para poder

mejorar como profesional de la salud, a su vez poder brindar un cuidado de enfermería con calidad y humanismo.

Es importante mencionar que el ambiente de trabajo está ligado directamente con la seguridad hacia el paciente, ya que el primero influye de manera directa para que pueda ser percibida una buena atención por parte del profesional de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Ara, A. (2019) Teóricas de la historia de enfermería. México. Vol. 1(9), PP. 13-17.
- Aguirre (2014) Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva de trabajo decente. Revista Argentina de Salud Pública. <https://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/12376/1/T-ESPE-049607.pdf>
- Álvarez, G. (2016) Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. Qual Saf Health Care. Vol. 17. PP:1-5.
- Arenas, W. (2017) Clima laboral: qué es, diagnóstico y métodos de investigación. México, Rev. Med. Quir. Vol. 1
- Olaz, A (2005) El clima laboral en cuestión. Revisión bibliográfico-descriptiva y aproximación a un modelo explicativo multivariable. Móstoles, España. Rev. De Cien. Soc. No. : PP 1-5
- Bernal, Pedraza y Sánchez, (2015) El clima en las organizaciones. Teoría, método e intervención. Cali, Colombia.
- Brennan (2012) Breve Historia de la Enfermería en México. México, Rev. Cuidarte Vol. 1.
- Camargo, T. (2016) El Clima organizacional y su incidencia en el desempeño laboral de los trabajadores del MIES.

- Carlos Rosales (2015) Cultura organizacional y el desempeño laboral del personal del área administrativa de una institución educativa privada del distrito de San Isidro.
- CENAPRECE (2017). La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional. España.
- Chiavenato (2009) Perspectiva Transculturales en Enfermería. En: Enfermería Medico quirúrgica
- Conte, J. (2015) Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Filadelfia
- Cronbach (2017) Enfermería Modelos y Teorías de Enfermería. PP34
- Diario Oficial de la Federación (08/09/2017) disponible en <https://www.dof.gob.mx/>
- Douglas (2010) Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gaceta de Antropol.20
- Edward T. (2016) La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. Intervención psicosocial
- Flickr (2020) La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria.
- Furnham (2010). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev. Med. clínica Condes, Vol. 28(5): PP. 785 - 795.
- Furnham, A. (2014) Calidad y seguridad en la atención del paciente. 1st ed. México, Edit. Trillas.
- Gahn (2015) Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Rev. Avances de Enfermería. Vol. 29(2)

- García (2015) Seguridad del paciente en estado crítico. Rev. de actualizaciones en Enfermería. Vol. 28(7): PP. 85-95
- Gómez, O. (2017). La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, Evolución histórica y desarrollo académico de la enfermería en salud pública en México". Perfiles Educativos, Vol. 33, No.133, 174-196
- Gourlay (2019) Evolución histórica de la enfermería.Vol.1 ,123
- Gutiérrez (2017) Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
- Gutiérrez F. (2018) Un reto para la asistencia sanitaria Madrid;
- INSP (2021) Una mirada hacia el pasado. Disponible en:<https://www.insp.mx/>
- Jiménez, E. (2014). Gestión de la Calidad de Cuidados en Enfermería. España: Díaz de Santos.
- Jimmieson, (2016) Enfermería y Seguridad de los pacientes. 1st edición.
- Joint Commission
(2018)https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7257:2012-dia-mundial-corazon-enfermedades-cardiovasculares-causan-1-9-millones-muertes-ano-americas&Itemid=4327&lang=fr
- Kroeber (2017) Gestión sistémica del error: el enfoque del queso suizo en las auditorías. INNOTECH Gestión.
- Litwin (2015) Seguridad del paciente hospitalizado. 1st ed. México: Ed. Médica Panamericana;

- López (2016) Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencias de Enfermería* 19(2): p. 77 - 88.
- Martínez, R. (2016) *Calidad y seguridad en la atención del paciente*. 1st ed. México: Trillas;
- Mateus, E. (2016). *Gerencia de Hospitales e Instituciones de Salud*. 1st ed. Bogotá
- Mullins (2009) *Aprender a trabajar en equipo*. 1st ed. España: Grupo Planeta Spain
- Organización Mundial de la Salud, (2016). ¿Qué es la enfermería? Disponible en: <https://www.who.int/es>
- Parker et al., (2010). Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*. Vol. 9(17):1-5
- Patterson et al. (2015). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *78(6)*: 527-32
- Patterson, E. (2015). . Cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel; *14(1)*: 93-9
- Patton (2017) Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del hospital de Mérida.
- Pedro Lafourcade (2015) *Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales: de las ideas a la acción España*
- Perrenoud (2015) Evaluación. <https://concepto.de/evaluacion/#ixzz6t0fAY9Xh>
- Rivera C. (2018) Investigación, cuidados enfermeros y diversidad cultural. *Index Enferm.* 18(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200900020000

- Robins (2019) Seguridad del paciente y cultura de seguridad. p. 785 -795
- Rodríguez (2015) Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Cuestionario. Madrid.
- Rossi y Freeman (2017) Metodología de la investigación. 5th ed. México: McGraw Hill
- Sarabia, O.(2017) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Supervisión de Enfermería. San Salvador: Dirección de Regulación, Unidad de Enfermería.
- Terry (2018) Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeros de Atención Primaria. 2 da Ed. Colombia: 2018.45p.
- Vincent (2012) Gerencia de Hospitales e Instituciones de Salud. 1st ed. Bogotá;
- WHO,(2009) Norma Técnica Vigilancia de Incidentes y Eventos Adversos

X. ANEXOS



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios.

Instrucciones

Piense en la manera en que se hacen las cosas en su establecimiento de salud y exprese sus opiniones acerca de cuestiones que en general afectan la seguridad y calidad del cuidado de los pacientes en su consultorio.

Considere que en este cuestionario, cuando se menciona **proveedores de atención médica** se refiere a todo personal médico y personal de enfermería en contacto clínico con los pacientes; la palabra **empleados** se refiere a las demás personas que trabajan en el consultorio; así mismo por **personal** se refiere a la totalidad de proveedores de atención médica y empleados.

Si alguna pregunta no corresponde a su situación o no conoce la respuesta, favor de marcar la opción "No aplica o No sabe".

- Un "**incidente**" es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- Un "**evento adverso**" es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- "**Seguridad del paciente**" atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.
- "**Cultura de Seguridad del Paciente**" se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

SECCIÓN A: Lista de cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad.

Los siguientes puntos describen situaciones que pueden suceder en el establecimiento de salud, que afecten la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención médica. **Según su mejor cálculo ¿con qué frecuencia sucedieron las siguientes situaciones en su consultorio médico EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

	Diaria- mente	Semanal- mente	Mensual- mente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos 12 meses	No sucedió en los últimos 12 meses	No aplica o no sabe
Acceso a la atención médica 1. Un paciente no pudo conseguir una cita en un plazo de 48h, para un problema grave o serio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación del paciente 2. Se utilizó la historia clínica equivocada para un paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historias clínicas 3. No estaba disponible la historia clínica de un paciente cuando se necesitaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se archivó, escaneó o ingresó la información médica en la historia clínica que no correspondía al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo médico 5. El equipo médico no funcionaba adecuadamente o necesitaba reparación o remplazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos 6. El equipo de farmacia se comunicó con el consultorio para clarificar o corregir una receta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La lista de medicamentos del paciente no se actualizó al momento de su consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico y pruebas 8. Los resultados de pruebas de laboratorio o de imágenes no estaban disponibles cuando se requerían.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SECCIÓN B: Intercambio de información.

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el establecimiento de salud ha tenido problemas para intercambiar información precisa, completa y oportuna con:

	Problemas diaria- mente	Problemas semanal- mente	Problemas mensual- mente	Problemas varias veces en los últimos 12 meses	Problemas una o dos veces en los últimos 12 meses	No hubo problemas en los últimos 12 meses	No aplica o no sabe
1. Laboratorios o imagenología?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otros servicios clínicos? (Estomatología, Planificación Familiar, Trabajo Social, Vacunación, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Farmacia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hospitales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros servicios no clínicos? (Especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN C: El trabajo en el establecimiento de salud.

¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

	Muy en des-acuerdo	En desa-cuerdo	Ni de acuerdo ni en desa-cuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. Cuando alguien en el área de trabajo está muy ocupado, este recibe ayuda de otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En su área de trabajo hay una buena relación de trabajo entre el personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En el área de trabajo, frecuentemente nos sentimos apresurados cuando estamos atendiendo a los pacientes,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En su área de trabajo se tratan con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En el área de trabajo tenemos demasiados pacientes para la cantidad de proveedores de atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se cuenta con procedimientos de verificación de que se hizo correctamente el trabajo realizado en el área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Al personal de esta área de trabajo se le pide que realice tareas para las cuales no fue capacitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En su área de trabajo se pone énfasis al trabajo en equipo para atender a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En su área de trabajo hay demasiados pacientes para poder manejar todo de manera eficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El personal en su área de trabajo sigue procedimientos estandarizados al hacer el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección D: Comunicación y Seguimiento

¿Con qué frecuencia suceden las siguientes situaciones en su área de trabajo?

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	No aplica o no sabe
1. Los proveedores de atención médica escuchan las ideas de los demás empleados para mejorar los procedimientos de su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>					
2. Se anima al personal a expresar otros puntos de vista en su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>					
3. En la consulta se les recuerda a los pacientes cuando necesitan agendar citas para cuidado preventivo o de rutina.	<input type="checkbox"/>					
4. El personal teme realizar preguntas cuando algo parece estar mal.	<input type="checkbox"/>					
5. En la consulta se lleva el registro de la evolución de los pacientes con enfermedades crónicas incluido el plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/>					
6. El personal cree que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/>					
7. El personal habla abiertamente sobre problemas del funcionamiento del consultorio.	<input type="checkbox"/>					
8. En la consulta se da seguimiento de los pacientes que necesitan monitoreo.	<input type="checkbox"/>					
9. Es difícil expresar desacuerdos en su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>					
10. En su área de trabajo se habla sobre maneras de prevenir que los errores se comenten de nuevo.	<input type="checkbox"/>					
11. El personal está dispuesto a informar los errores que observan en su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>					

Sección E: Apoyo del propietario/socio y/o director/Dirección

¿Usted tiene un puesto directivo y tiene la responsabilidad de tomar decisiones para el establecimiento de salud?

- Sí: Pase a la SECCIÓN F.**
- No: Complete todas las preguntas del cuestionario.**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre la dirección del establecimiento médico?

	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. No invierten suficientes recursos para mejorar la calidad de la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dejan pasar por alto los errores que se cometen una y otra vez en la atención de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le dan alta prioridad a mejorar los procedimientos que se realizan en la atención al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Con demasiada frecuencia sus decisiones se basan en lo que es mejor para el establecimiento de salud y no en lo que es mejor para el paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El director toma acciones para capacitar al personal cuando se establecen procedimientos nuevos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El director toma acciones para que el personal sea capacitado en el puesto que va a desempeñar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección F: Su área de trabajo

¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. Cuando hay un problema en su área de trabajo vemos si es necesario cambiar la manera en que hacemos las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los procedimientos de su área de trabajo son buenos para prevenir errores que puedan afectar a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los errores se cometen más de lo debido en su área de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es sólo por casualidad que no cometemos más errores que podrían afectar a nuestros pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En su área de trabajo son buenos para cambiar los procedimientos para asegurar que los mismos errores no vuelvan a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En su área de trabajo la cantidad de trabajo es más importante que la calidad de la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Después de que en su área de trabajo se realizan cambios para mejorar los procedimientos en atención al paciente, comprobamos si estos cambios funcionaron.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección G: Calificaciones generales.

Calificaciones generales de calidad

1. ¿Cómo calificaría al establecimiento de salud en cada una de las siguientes dimensiones de calidad en la atención de salud?

		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
a. Centrado en el paciente.	Responde a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente.	<input type="checkbox"/>				
b. Eficaz	Logra los objetivos establecidos.	<input type="checkbox"/>				
c. Oportuno	Minimiza las esperas y retrasos potencialmente dañinos.	<input type="checkbox"/>				
d. Eficiente	Asegura una atención rentable (evita desperdicio, abuso y uso incorrecto de servicios).	<input type="checkbox"/>				
e. Equitativo	Brinda la misma calidad de atención a todas las personas sin importar sexo, raza, origen étnico, nivel socioeconómico, idioma, etc.	<input type="checkbox"/>				

Calificación general de seguridad de los pacientes.

2. **¿Cómo calificaría los sistemas y procedimientos clínicos que su consultorio médico tiene establecidos para prevenir, detectar y corregir problemas que tienen el potencial de afectar a los pacientes?**

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
<input type="checkbox"/>				

Sección H: Información general.

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

1. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este establecimiento de salud?**

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

2. **¿Cuántas horas a la SEMANA trabaja usted en el establecimiento de salud?**

<input type="checkbox"/> a. De 1 a 4 horas	<input type="checkbox"/> d. De 25 a 32 horas
<input type="checkbox"/> b. De 5 a 16 horas	<input type="checkbox"/> e. De 33 a 40 horas
<input type="checkbox"/> c. De 17 a 24 horas	<input type="checkbox"/> f. 41 horas o más

3. **¿Cuál es su cargo en el establecimiento de salud?**

a. Médico

b. Personal de enfermería

c. Director

d. Personal de apoyo administrativo

e. Otro cargo; por favor especifique: _____



Sección I: Sus comentarios.

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre la seguridad de los pacientes o la calidad de la atención en el establecimiento de salud.

Gracias por completar este cuestionario.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado derechohabiente de esta unidad del Hospital Regional Valle De Chalco el presente documento es un consentimiento pidiendo su autorización para poder aplicar un cuestionario , el cual tiene como objetivo “Evaluar el clima de trabajo y su relación con la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel, del Estado de México, 2020.”, que forma parte de un proyecto de investigación , el cual está realizado por la Lic. en Enfermería Brianda Rosales Suárez.

El proceso será estrictamente confidencial el cual es de manera anónima. Y usted lo puede dejar de contestar en cualquier momento.

He leído el procedimiento descrito arriba y la investigadora me ha explicado el estudio y he contestado mis preguntas voluntariamente.

Por lo que otorgo mi consentimiento para realizar dicho estudio de investigación.

Nombre: _____

Firma _____

Fecha _____