

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES -
CHICLAYO, PERÚ - 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTOR

ERIC IVAN NUÑEZ SAMANIEGO

ASESORA

Mgr. MURO EXEBIO ILIANA DEL ROSARIO

Chiclayo, 2020

RESUMEN

El incremento de eventos adversos en el Hospital Regional Docente las Mercedes, donde enfermería es el principal eslabón en la cadena de seguridad del paciente por ser la principal responsable del cuidado brindado a los usuarios, resulta relevante investigar acerca de cultura y seguridad del paciente. El objetivo fue determinar la Cultura de seguridad del paciente e identificar fortalezas y oportunidades de mejora en los resultados de Cultura Seguridad, cultura de seguridad a nivel de la unidad/servicio y hospitalario. Se utilizó la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality” versión española por cumplir con criterios de validez y confiabilidad, se consideraron los criterios de Belmont. La muestra censal estuvo conformada por 121 enfermeras que cumplían con criterios de inclusión. La Cultura de seguridad del paciente fue considerada debilidad (44.31%), en Dimensión Resultados de cultura de seguridad del paciente se identificaron como oportunidad de mejora: frecuencia de eventos adversos (51.24%) como debilidad: percepción global (33.47%). En Dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio identificaron como oportunidad de mejora: trabajo en equipo (68.80%), aprendizaje organizacional/mejora continua (61.43%), expectativas y acciones de dirección/supervisión de unidades/servicio (53.31%), y feedback y comunicación sobre errores (51.79%) como debilidad: respuestas no punitivas a errores (40.77%), comunicación franca (39.12%), apoyo de la gerencia (34.44%) y dotación del personal (29.96%). En Dimensión Cultura de seguridad a nivel hospitalario identificaron como debilidad: trabajo en equipo entre unidades (36.57%) problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades (34.09%).

Palabras claves: seguridad del paciente y cultura organizacional

ABSTRACT

The increase in adverse events at the Las Mercedes Regional Teaching Hospital, where nursing is the main link in the patient safety chain because it is the main responsible for the care provided to users, it is relevant to investigate about patient culture and safety. The objective was to determine the Culture of patient safety and identify strengths and opportunities for improvement in the results of Safety Culture, safety culture at the unit / service and hospital level. The "Hospital Survey on Patient Safety Culture of the Agency for Healthcare Research and Quality" Spanish version was used to meet validity and reliability criteria, the Belmont criteria were considered. The census sample consisted of 121 nurses who met the inclusion criteria. The Culture of patient safety was considered weakness (44.31%), in Dimension Results of patient safety culture were identified as an opportunity for improvement: frequency of adverse events (51.24%) as weakness: global perception (33.47%). In Dimension culture of security at the unit / service level identified as an opportunity for improvement: teamwork (68.80%), organizational learning / continuous improvement (61.43%), expectations and management actions / supervision of units / service (53.31%) , and feedback and communication about errors (51.79%) as weakness: non-punitive responses to errors (40.77%), frank communication (39.12%), management support (34.44%) and staffing (29.96%). In Dimension Culture of safety at the hospital level, we identified as weakness: teamwork between units (36.57%) problems of shift change and transitions between services and units (34.09%).

Keywords: patient safety and organizational culture

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
I.- INTRODUCCIÓN.....	5
II.- REVISIÓN DE LITERATURA / MARCO TEÓRICO.....	10
III.- MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:	25
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	25
3.3. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO.....	25
3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
3.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.6. PROCEDIMIENTOS	29
3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	30
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICA	30
IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	32
4.1 RESULTADOS	32
4.1.1. <i>DIMENSIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN</i> <i>ENFERMERAS.....</i>	33
4.1.2. <i>DIMENSIÓN RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD.....</i>	34
4.1.3. <i>DIMENSIÓN CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE LA UNIDAD/ SERVICIO ...</i>	35
4.1.4 <i>DIMENSIÓN CULTURA DESEGURIDAD A NIVEL DEL HOSPITAL.....</i>	43
4.2. DISCUSIÓN	45
V.- CONCLUSIONES.....	68
VI.- RECOMENDACIONES	69
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
VIII. ANEXOS.....	75
Anexo N°1: Instrumentos de recolección de datos	75
Anexo N°2: alfa de cronbach.....	83
Anexo N°3: Resolución de Comité de Ética.....	84
Anexo N°4: Permiso de Institución (hospital)	85

I.- INTRODUCCIÓN

La inquietud por la Seguridad del Paciente (SP) surge a partir de la ocurrencia de diferentes eventos adversos (EA) que afectan de manera negativa la calidad de la atención de Enfermería. La atención sanitaria que proporcionan las instituciones de salud, se centran en tratar de lograr la mejoría o amenorar los padecimientos y las complicaciones de salud de las personas. En este importante intercambio participan una gran cantidad de servicios de Enfermería. No obstante, la acrecentada complejidad de los servicios que brindan los profesionales de salud, se convierte en un factor coadyuvante en la ocurrencia indiscriminada tanto de errores en la práctica clínica como de efectos adversos; por tanto es necesario que el personal sanitario pueda conocerlos con el propósito de proponer y aplicar estrategias que puedan minimizarlos y evitar su incidencia (1).

Al hablar de la praxis de enfermería, surge tácitamente la noción de eventos adversos en el cuidado brindado haciendo alusión a las bases de la profesión y sus raíces humanistas, en las que la principal preocupación es la persona o personas sujetos del cuidado (2). Desde la época de Florence Nightingale, Enfermería se ha caracterizado por demostrar siempre su compromiso y destreza con la seguridad del paciente, siendo la misma Nightingale la que afirmó que es posible modificar las leyes de la enfermedad mediante la confrontación del tratamiento con los resultados derivados de este (2). Lamentablemente y debido principalmente a que no existe una unanimidad en el significado del término seguridad del paciente; ya que cada profesional de la salud le otorga una conceptualización diferente generando una dispersión en la revisión conceptual del término en la práctica clínica; es que la implementación de estrategias e iniciativas concernientes con la SP se ha visto obstaculizada (3).

En los últimos años las instituciones de salud se muestran cada vez más interesadas en la instauración de una cultura institucional que permitan la oferta de mejores prácticas sanitarias y de calidad en la atención a los usuarios. Este fenómeno nacido en la mitad de los años noventa se deriva del análisis y documentación de los eventos adversos en hospitales y se fundamenta en las observaciones de los resultados de investigaciones como “Harvard Medical Practice Study” en 1991, el Quality in Australian Health Study(QAHCS) (Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica) en 1995 y e“To Err is Human: building a safer health system” en 1999, todos

ellos cuantificaron, catalogaron y demostraron el impacto de los eventos adversos, convirtiéndolos en un indicador de seguridad clínica para el rastreo de problemas de salud pública (4).

El abordaje de esta problemática a nivel internacional es función de la organización mundial de la salud (OMS), la misma que alienta los países integrantes de la organización a que encaucen su atención y esfuerzos al problema de la seguridad del paciente, empezando por el establecimiento y consolidación de sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de los servicios de salud. Igualmente, estos países tienen la encomienda de realizar propuestas y socializar lineamientos de cuidado, mediante la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la misma que desde su funcionamiento en 2004, representa una fuerte estrategia de interacciones e intercambio de conocimientos, facilitando el desarrollo de nuevas estrategias y políticas destinadas a la reducción de las estadísticas de eventos adversos productos de la atención sanitaria, especialmente porque las deficiencias en la seguridad del paciente se ha convertido en un problema global de salud pública afectando a todos los países sin importar su desarrollo (3).

El conocimiento sobre la manera de cómo evitar las incidencias adversas y optimar en la atención viene de los países más adelantados. Igualmente, también en los países latinoamericanos se han ejecutado investigaciones importantes con el objetivo de determinar las tasas de eventos adversos en la atención sanitaria. Uno de ellos es el Estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS) realizado en 2007, el cual reportó una tasa de prevalencia EA en América Latina de 10,5%, el mismo estudio reportó para el Perú una la prevalencia de 11.2%. Los eventos de mayor prevalencia fueron los relacionados con infecciones nosocomiales (36.9%), los relacionados con una táctica (28.9%) y Los coherentes con el diagnostico (10,8%). La prevalencia de eventos adversos según área de hospitalización coloca a la atención obstétrica en el primer lugar (24,9%), seguida de los cuidados intensivos y afines (21,4%), y en tercer lugar a la atención en pediatría con 10,2%. El 58,8 % de estos eventos eran evitables. Según su gravedad 65,3 % de los | fue moderada y 16,8 % fueron EA graves. El evento adverso más habitual fue la Neumonía Nosocomial (5).

En nuestro país, la situación y perspectiva de la seguridad del paciente tiende a niveles críticos, desde ambientes con problemas de infraestructura, falta de equipamiento u obsolescencia

de los equipos, problemas en la distribución y entrega de medicamentos además de la cuestionabilidad de la calidad de los mismos, infecciones intrahospitalarias, desempeño deficiente del personal ocasionado por la desmotivación laboral, compromiso, limitaciones en los conocimientos científicos y técnicos y la álgida escasez producto de un inadecuado financiamiento y presupuesto asignado para el funcionamiento de los servicios de salud; cada uno de estos factores se sinergia para producir las condiciones propicias para que el incremento de eventos adversos en comparación con países más prósperos que el nuestro. Esta situación se corresponde con los informes realizados por la organización de la salud (OMS) que indican que 77% del total de casos de falsificación de medicamentos o de calidad menor a la norma establecida es propia de países en vías de desarrollo, en cuanto al equipamiento, identificaron que al menos el 50% de este, no se puede utilizar o tiene un uso parcialmente limitado, incrementando el riesgo a iatrogenias para el paciente y daños a los trabajadores de salud (6).

La disciplina de enfermería se centra en el arte del cuidado humano, el mismo que es conceptualizado como los actos de ayuda dirigidos a otro ser humano o grupo que les permita mejorar o aliviar diversas situaciones de su vida derivadas de la insatisfacción de necesidades reales o potenciales (7).

Todos los actos implicados en el cuidado de un usuario hospitalizado se focalizan en asegurar que la atención brindada sea de calidad, aunque hay ocasiones en las que la calidad del cuidado se afecta negativamente por una serie de incidentes o errores, actualmente conocidos como eventos adversos y que hacen referencia a la lesión producto del actuar de los servicios de salud, producto de la movilización de los recursos, el bagaje de conocimientos y prácticas sanitarias del personal así como de las relaciones y comunicación dentro de equipo de salud, generando una atención inapropiada y poniendo en peligro la seguridad y bienestar de los usuarios de los servicios (7).

Asegurar la calidad del cuidado de enfermería implica que el profesional de enfermería como integrante del equipo multidisciplinario de salud reflexione constantemente sobre su actuación, evaluando permanentemente el desempeño de sus labores, asegurando la identificación de fortalezas y debilidades que contribuyan a la elaboración de un plan de análisis, prevención y manejo adecuado de los eventos adversos cuando estos se presenten en el contexto sanitario (7).

Al interactuar con las enfermeras, durante el progreso de las prácticas pre profesionales en Hospital Regional Docente Las Mercedes, se observó que ellas realizan múltiples acciones de cuidado a la persona hospitalizada; sin embargo se identificaron situaciones en las que las enfermeras corren el riesgo de brindar cuidados poco seguros al paciente, según apreciación del investigador, se debería a que en dicho nosocomio no es suficiente el personal de salud para brindar cuidado especializado en algunas áreas; así mismo los insumos y materiales son insuficientes, los equipos son obsoletos o se encuentran inoperativos. Por otro lado, la comunicación que establecen las enfermeras con otras enfermeras o con otros profesionales del equipo de salud es poco efectiva, manifestándose sustancialmente en la entrega del reporte, condicionando a que se pierda información relevante respecto al cuidado del paciente y pone en riesgo su seguridad.

Así mismo; el nosocomio sujeto de investigación cuenta con un equipo de Gestión de la Calidad, a cargo de una Licenciada. de Enfermería especialista en el área, dicha instancia es la responsable de supervisar que los diversos servicios y personal cumplan con la normativa vigente respecto a la seguridad del paciente emitida por el Ministerio de Salud, dentro de estas acciones figuran el monitoreo de la notificación de eventos adversos realizado por el personal de salud de los otros servicios del hospital, siendo los de mayor frecuencia y los eventos adversos más notificados: las caídas de pacientes y quemaduras por medicamentos, en lo que va del año 2018 se han presentado 37 casos. Dicha información es el punto de inicio para la propuesta en implementación de estrategias de mejora continua de la aptitud del cuidado de enfermería; sin embargo, esta es una de las pocas acciones que se han implementado en torno a seguridad del paciente y con poco éxito.

La investigación tiene real importancia porque la problemática seleccionada involucra la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, tema actualmente impulsado por la OMS(6), sobre todo en países en vías de progreso como el nuestro que aporte averiguación y ofrezcan una serie de herramientas que permitan la adopción de medidas para garantizar la seguridad en la atención al paciente. Los eventos adversos incrementan la morbimortalidad de los pacientes, aumentan los tiempos de hospitalización y costos de la estancia, además de propiciar mayores niveles de estrés en el paciente, familia y personal de salud, afectando el desarrollo profesional, por esto la seguridad

del paciente compone una ventaja y se convierte en un referente a la calidad de atención en salud, de la cual enfermería no puede quedarse al margen.

Por ello, es necesario estimar las fortalezas y áreas de mejora de la cultura de seguridad del paciente para posteriormente establecer planes de acción que aborden esta problemática para que los enfermeros puedan dar los primeros pasos en la transformación de su profesión mediante el progreso de los conocimientos y liderazgo que enfermería tiene y debe defender frente a la seguridad del paciente y brindar así cuidado con calidad lo cual redundará en la reducción de costos sociales y económicos para el usuario y la institución.

Es imperativo para la profesión de enfermería la realización de estudios que proporcionen evidencia científica valiosa, documentando las situaciones y las causas que impactan positiva o negativamente en el ambiente de seguridad hacia la promoción de la calidad en el cuidado enfermero.

Por lo antes mencionado se expresó la sucesiva pregunta de investigación relacionado con la realidad expuesta. ¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú - 2018? Siendo el objetivo general determinar la Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú-2018. Y como objetivos específicos: identificar las fortalezas y oportunidades de mejora en los resultados de la Cultura Seguridad, identificar las fortalezas y oportunidades de mejora en la cultura de seguridad a nivel de la unidad/servicio e Identificar las fortalezas y oportunidades de mejora en la cultura de seguridad a nivel del hospital.

II.- REVISIÓN DE LITERATURA / MARCO TEÓRICO

Desde la década de los 50 se ha venido suscitado la preocupación por la seguridad del paciente, es en el año 1999 con el libro *To Err is Human* que la seguridad del paciente y la gestión de los riesgos se transforman en el tema central de la política sanitaria escalando a niveles mundiales. La primera definición como seguridad del paciente aparece definida por la separación de accidentes, producidas como consecuencias del cuidado recibido (8).

Posteriormente se han acuñado múltiples definiciones del término seguridad del paciente entre las que se hallan las entidades internacionales como la organización mundial de la salud (OMS), para quienes la seguridad del paciente es la disminución del peligro relacionado con la atención en salud a niveles mínimos aceptables (9). A su vez la organización panamericana de la salud (OPS), define ausencia de riesgo o daño potencial con la vigilancia sanitaria, y se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia seriamente probadas, con el objetivo de reducir el riesgo de sufrir un eventos adversos en el proceso de cuidado de salud o de atenuar sus consecuencias (10) (11).

La Agency for Healthcare Quality and Research (Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica) define el termino seguridad del paciente como la serie de distribuciones o métodos que las instituciones de salud aplican para reducir la posibilidad de eventos adversos por efecto de la exposición a los cuidados de enfermería durante el proceso de enfermedad y los procedimientos derivados del tratamiento (12).

La seguridad del paciente es consecuencia de la interacción y el equilibrio intacto, por una serie de situaciones ocultas que comprenden la cantidad y la calidad de los recursos, conocida como cultura de la seguridad y aspectos organizacionales de los centros sanitarios. Aunque la seguridad del paciente, se centraliza en la suspicacia de los incidentes y eventos adversos, resultado de la vigilancia recibida, Constituyen una amenaza para la misma, dado que aumentan la debilidad del paciente (13).

La seguridad del paciente es la separación, desconfianza y avance de resultados adversos causados como secuela de la vigilancia sanitaria que requiere estrategias a tres niveles, profesional,

institucional y políticos (14). En la presente investigación la seguridad del paciente es la ausencia de riesgo o daño potencial asociado a la atención sanitaria, basada en un conjunto de técnicas organizacionales orientadas a minimizar los riesgos de sufrir eventos adversos durante la atención que brinda la enfermera o de mitigar sus consecuencias (15).

Por otro lado, la cultura de seguridad del paciente se ha empezado a instaurar en distintos organismos sanitarios nacionales e internacionales con la finalidad de evitar errores en las intervenciones sanitarias, como garantía para los pacientes. Esto ha tomado un gran impulso al ser asumidos por la OMS como objetivo para todos los estados miembros (15).

Se define cultura de seguridad del paciente a la integración de los valores y modelos conductuales tanto personales como grupales que establecen el nivel de compromiso y capacidad de la organización para poder gestionar eficazmente la seguridad institucional, si la cultura de seguridad es positiva, la comunicación se establecerá desde la libertad solidaria, participando de la clarividencia de la calidad de la seguridad y cuyos miembros muestran confianza en la eficacia de las acciones preventivas, también las personas al igual que la institución tienden a ser capaces de examinar sus fallos, aprender de ellos e implementar medidas para rectificarlos (16).

Podemos afirmar que la cultura de seguridad del paciente desde cualquiera de los diversos niveles de atención, es la base en la que descansan las instituciones, ya que en ella se manifiestan las fortalezas y debilidades que son integradas a los paradigmas conceptuales de sus miembros, sus modelos de comportamiento y hasta en el modo en que abandonan sus labores; esta cultura favorece la creación de la identidad y el establecimiento de lazos entre los integrantes de la organización (17).

Otro atributo de la cultura de seguridad del paciente es que esta debe ser no punitiva, ya que parte del sentido de compromiso de los trabajadores y las organizaciones con la seguridad, promoviendo la ejecución de mejores prácticas y estándares, contando con un clima que favorece la confianza interpersonal, rescatando el error como medio de aprendizaje y no como la manera de culpabilizar (18).

Consecuentemente, analizar la cultura de la seguridad del paciente en el personal de enfermería en el contexto de la presente investigación, consiste en determinar los puntos fuertes y oportunidades que permitan la mejora continua a través del establecimiento de planes de intervención que funcionen como guías para la implementación de los cuidados seguros y de calidad, generalizándolos en aras de favorecer a los pacientes y así minimizando las secuelas de eventos adversos (19).

En las instituciones de salud, es una prueba contante porque se manifiesta riesgos para la atención de salud. Es evidente que los profesionales de salud no tienen como fundamento de su actuación el ocasionar daño, por el contrario, por elementos relacionados con su vocación de servicio y bajo parámetro ético, hacer el bien es lo constitutivo de la relación humana. Sin embargo, incidentes, accidentes, hechos inseguros y demás relaciones que se presentan comúnmente, por ello la seguridad del paciente se constituye en una política intrahospitalaria que impacta en la estructura administrativa y asistencial; su protección básica es instaurar una cultura segura funcional que tiene la seguridad en la atención científica, básica y especializada en todas las áreas de atención (20).

La actuación de las enfermeras en la presente investigación no se encuentra exenta de riesgos y es evidente que los daños que pudieran ocasionarse están exentos de intenciones; sin embargo para que las enfermeras puedan prestar un cuidado con el menor riesgo posible es necesario que el hospital se impregne de una política que garantice la seguridad del paciente, partiendo desde la organización estructural y administrativa que certifique la seguridad del paciente a todo nivel (21).

En nuestro país cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud siendo uno de sus componentes el de Mejora y Garantía de la Calidad, es en este último donde se considera a la seguridad del paciente (RM N° 519-2006/MINSA: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud), a partir de esta normativa los hospitales del país cuentan con una unidad de Misión de la Aptitud que busca impregnar a los hospitales de la seguridad del paciente en todos los procesos asistenciales y administrativos en busca del mayor beneficio para el paciente (21).

La mejor manera de reducir la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos, entre del sistema de atención de salud es hacer una gestión adecuada de los mismos. Entendiéndose por

gestión del riesgo a los procesos destinados a desarrollar mejoras en la aptitud y la seguridad de los servicios de atención sanitaria identificando las circunstancias y oportunidades que constituyen un riesgo de daño y actuando para prevenir o controlar esos riesgos de la atención sanitaria, por ende brindar una atención segura (22).

Las instituciones de salud se irritan por la eventualidad de que se presenten fallas que generen daños materiales, pérdida de usuarios y deterioren su imagen ante la sociedad. Una gestión de los riesgos en la atención sanitaria centrada en el sistema es mucho más beneficiosa que una gestión del riesgo centrada en las personas, puesto que esta última tiende a culpabilizar al recurso humano (23).

Se asume que el principio de los eventos adversos está en la interacción de factores sistémicos, por lo que sería mucho más beneficioso hacer una gestión centrada en este último, la Teoría del Queso Suizo contribuye a analizar el riesgo desde dicha perspectiva. En este modelo se ven los errores propios de la conducta humana y otros que necesitan ser observados y tratados adecuadamente. (24).

Según Reason el autor del Modelo del Queso Suizo, las organizaciones impiden que las amenazas exteriores al sistema sanitario puedan llegar a ocasionar daño formando barreras de manera natural. Estas barreras pueden describirse como láminas de queso con agujeros dentro de los procesos de la organización. Estos agujeros corresponden a los errores ya sea activos o latentes que se forman en el desarrollo de los procesos, y que al estarse abriendo, cerrando o cambiando de lugar en forma continua generan condiciones latentes desembocando en efectos adversos (24).

Estas condiciones latentes pueden ser identificadas y corregidas antes de un de la ocurrencia de un evento perjudicial. Es justamente la comprensión de esta perspectiva la que nos lleva a gestionar el riesgo proactivamente (enfoque preventivo) en vez de reaccionar ante el evento (enfoque correctivo) (24).

Aun así en el desarrollo de estos procesos se pueden dar peligros que no han sido identificados a tiempo y riesgos que no se han gestionado correctamente y las asumimos como

consecuencias naturales sin darnos cuenta que son condiciones latentes del sistema presentes antes del surgimiento del accidente o falla del proceso. Por lo tanto, el sistema necesita fortalecerse con barreras que protejan a los usuarios de la aparición de estas situaciones y frente a la falla del proceso, debemos analizar la manera y causas que ocasionaron el error en vez de entablar acciones punitivas hacia los culpables (24).

La enfermería en la cultura de seguridad del paciente es esencial, ya que en las mayorías de las tácticas y apreciaciones se observan indicadores que trasgreden claramente en el cuidado de enfermería. Actualmente, la calidad de enfermería busca la excelencia en la administración de los cuidados; cada profesional debe ser responsable de evaluar periódicamente sus actividades, detectando sus falencias y las causas originarias de ellas para poder implantar las acciones necesarias para conservar los estándares en niveles óptimos (25).

La cultura de seguridad del paciente ha sido medida por diversos instrumentos como la encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente, tiene 12 dimensiones las cuales se detallan a continuación:

La primera dimensión es la **Frecuencia de los eventos notificados**. El Ministerio de Salud peruano ha formalizado la existencia de un régimen de atención en el que cualquier trabajador de salud que detecte un evento adverso, debe notificarlo, supeditando el reporte al grado de conocimiento que este tenga respecto a hermanar dicho eventos adversos. Así mismo, va a depender de la experiencia del trabajador frente a circunstancias no ansiados a la atención. Y de una cultura no correctiva del trabajador cuando se revela un error (14).

En el interior de las entidades de salud la Dirección de Calidad en Salud busca emprender y generar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente con el objetivo de instaurar técnicas no punitivas para la comunicación de los eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente (14).

En los países desarrollados evitan errores en la asistencia sanitaria a través de procedimientos y medios de trabajo buenos mientras que en los países en vías de desarrollo

observamos con preocupación que el 1% de los pacientes sufre durante su estancia en el hospital un evento adverso. En este sentido los enfermeros deberían formular herramienta que avale la calidad del cuidado durante la atención (14).

El Ministerio de Salud cuenta con un proceso estandarizado de investigación y reporte de sucesos y eventos adversos para los establecimientos de salud del país, para lo cual se cuenta con una Ficha de Registro y reporte de eventos adversos y el Formato para el afianzamiento de eventos adversos. Es usual que un eventos adversos se llegue a confundir con un incidente, sin embargo este último es usualmente un hecho que no genera daño aunque si puede provocarlo en otras condiciones o favorece la incidencia de un eventos adversos (26).

Al hablar de un evento adverso hacemos referencia a cualquier lesión o resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, que se presenta como producto de problemas en la práctica sanitaria, la administración de medicamentos o la ejecución de procedimientos realizados más que por la enfermedad subyacente del paciente. Mientras que eventos adversos centinela, es un incidente o suceso que ocasiona la muerte o serias secuelas físicas como la pérdida de una parte o función del cuerpo o psicológicas, o el riesgo de éstas. Definitivamente es un acontecimiento que no debiera ocurrir (26).

Se puede asumir que el punto de partida de la implementación de una cultura de seguridad es el informe sobre los problemas de seguridad en el hospital, así como de los eventos adversos acontecidos durante el cuidado que se brindara al paciente porque son el punto de partida para la mejora continua.

La segunda dimensión se denomina **Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad**. La seguridad del paciente requiere de la participación de todos los grupos de asistencia sanitaria. Así, las partes adoptarían como su propósito explícito reducir la carga de enfermedades, lesiones y discapacidades, y mejorar la salud. Las partes también adoptarían una visión compartida de seis objetivos específicos para la mejora de la atención sanitaria (27).

Estos objetivos surgen de la necesidad central de que la atención sanitaria sea segura, evitando el daño a los pacientes del cuidado que está destinado a ayudar. Para ello, la atención debe suministrar servicios fundamentados científicamente, cuyo eje y centro sea el paciente, y que sea respetuosa a las necesidades individuales del paciente hospitalizado (27).

Un servicio de salud que logre ganancias importantes en estas seis áreas sería mucho más efectivo en la satisfacción de las necesidades del paciente. Los usuarios del servicio experimentarían una atención más segura. El personal sanitario también se beneficia a través de su mayor satisfacción de estar en mejores condiciones de hacer su trabajo y por lo tanto brindar una mejor atención de salud, menos dolor y sufrimiento, y una mayor productividad personal para quienes reciben su cuidado (27).

Las estrategias orientadas a mejorar la seguridad del paciente que deben asumir los gestores en los servicios de salud deben contemplar como aspectos fundamentales el fomento de la cultura de seguridad y el liderazgo, la efectividad en el trabajo en equipo y la comunicación, la implementación de prácticas seguras de efectividad demostrada y el involucramiento de los pacientes y familiares.

La tercera Dimensión es el **aprendizaje organizacional/mejora continua**. Nos referimos a la habilidad de crear información para generar nuevo conocimiento, el mismo que se empleará en el desarrollo de nuevas capacidades, incremento de la oferta existente a través del diseño de nuevos productos y servicios así como a mejorar los procesos; esta dimensión implica que la organización debe renovar sus estructuras y esquemas mentales e incorporar nuevos saberes y conocimientos en todos sus niveles (28).

Individualmente estamos ante un proceso de modificación de la estructura mentales, para integrar conocimientos, habilidades y actitudes, con la finalidad de resolver situaciones problemáticas tanto del que aprende como del grupo al que pertenece. Organizacionalmente, se refiere a la adquisición y aplicación de conocimientos y actitudes que incrementan la conservación y el desarrollo de una organización (28).

En el Modelo de Aprendizaje organizacional en el Sector Salud, se considera a la organización como un sistema donde el aprendizaje se da entre sus diferentes niveles, y en el que cada integrante es dueño de su propio bagaje de conocimiento. A la inversa, el conocimiento es de tipo exploratorio, tratando de buscar soluciones a problemas que surgen o un compartir que cada uno de los integrantes posee (28).

Así mismo, la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras requiere que exista en el servicio o unidad hospitalaria una tendencia hacia el aprendizaje organizacional en la que los profesionales de enfermería participen activamente en la mejora de sus conocimientos en pro de la mejora de la cultura de seguridad del paciente incorporando nuevos conocimientos que le permitan reducir el número de errores.

La cuarta dimensión se denomina **trabajo en equipo en las unidades/servicios**. El trabajo en equipo es más que una obligación entre los profesionales de la salud. Es obvio que si el personal de un hospital no trabaja en equipo para el tratamiento de los pacientes, la calidad de los cuidados se verá menoscabada. Conforme transcurren los años se ha incrementado la complejidad de los cuidados que se dan al paciente requiriéndose de un trabajo en equipo eficaz y multidisciplinario. (29).

Trabajo en equipo en una institución de salud, es un técnica de que permite la realización de actividades en un grupo coordinado, en el que los participantes intercambian sus experiencias, respetando sus funciones, para desarrollar una tarea conjunta para la seguridad del paciente (29). Parte del trabajo de los profesionales de enfermería es facilitar cuidados de manera unida, por lo que compartimos el mismo objetivo con los demás profesionales de la salud convirtiéndonos en compañeros, que deben trabajar en equipo para brindar seguridad en el cuidado (29). El cumplimiento de esta condición precisa que se los integrantes puedan poner en práctica una serie de destrezas emocionales comúnmente conocidas como las 5 C's, que son: Complementariedad, Comunicación, Coordinación, Confianza y Compromiso (29).

El trabajo en equipo de enfermería requiere de apoyo mutuo y coordinación en las acciones, gracias a este requerimiento es que los turnos laborables de los enfermeros se organizan en matutino, vespertino y nocturno. Sin embargo, estos turnos precisan de una adecuada coordinación que permita la continuidad en los cuidados; y así se obtengan buenos resultados como es la recuperación del paciente en el menor tiempo posible dentro de la institución de salud (30).

El trabajo en equipo de la unidad o servicio de enfermería es otro aspecto que contribuye en la generación de una cultura de seguridad del paciente, puesto que el reporte, el apoyo mutuo para actuar de manera coordinada entre enfermeras y con otros integrantes del equipo de salud. Ya que es imposible que el trabajo independiente de enfermería de buenos resultados y consecuentemente se logre obtener la recuperación del paciente.

La quinta dimensión es **Apertura de la comunicación**. Hablar de comunicación es referirnos a un proceso de transmisión de información empleando códigos orales, escritos u otro tipo de señales que se da entre dos o más personas o entidades. Sin importar el tipo de comunicación se necesita de un emisor, un mensaje y un receptor. En el campo hospitalario, la comunicación es el pilar que permite el establecimiento de la relación enfermero - paciente; por lo que es imperativo de las organizaciones que se implemente eficientemente y sea confiable como medio de mejorar la calidad en la atención hospitalaria y más aún la seguridad del paciente (31).

La generación de la empatía de la enfermera hacia el paciente se da desde el primer acercamiento, ayudándola a recolectar con más facilidad la información necesaria para establecer la seguridad del paciente. Una comunicación que reúna las características de ser clara, abierta y adecuada, facilitará la obtención de la confianza del paciente. También debemos internalizar que toda la información proporcionada al sujeto de atención debe ser explicada haciendo uso de léxicos y términos que faciliten su comprensión y entendimiento. En el caso de prescripciones o recomendaciones, su explicación debe ser clara y minuciosa, dado que el paciente puede confundirlas generando como consecuencias un tratamiento inefectivo o errores que afecten su salud (31).

El nuevo concepto de la profesión en enfermería incluye numerosos compromisos, entre los más importantes están: conservar la competencia profesional, actuar éticamente, actuando con honestidad y respetando a los pacientes, garantizar la confidencialidad, otorgar una atención de excelencia y manejar una comunicación adecuada con los pacientes y familiares. Faltar a este principio ocasiona conflictos, errores y más grave aún compromete la seguridad del paciente (31).

Las habilidades comunicacionales se convierten en parte integral de todo el proceso de enfermería, ya que una buena técnica de comunicación debe proporcionar seguridad del paciente, disminuyendo la vacilación de los pacientes en momentos estresantes. La prestación de la enfermera durante el momento de la comunicación debe crear seguridad del paciente.

La sexta dimensión plantea que la **Comunicación de errores**. Es otra dimensión de la seguridad del paciente, dado que la comunicación está presente en todo el proceso asistencial, conviene que las enfermeras dispongan de conocimiento específicos de comunicación que les ayude a desempeñar mejor su trabajo, por otro lado el personal de salud muestra temor a preguntar sobre aquellas acciones que parecen ser hechas de forma incorrecta y tiene miedo de informar, para llegar hacer comunicadores eficaces deben adquirir habilidades comunicativas que les permitan expresar sus dificultades, por un lado desarrollar bien su trabajo (32).

Establecer una comunicación clara y efectiva ha demostrado ser esencial para la prestación de atención de alta calidad y además es una garantía de mayor seguridad para el paciente. El incumplimiento de sus principios produce errores en la atención y muchas veces compromete la seguridad y la vida del paciente. En un servicio de salud debe ser continuo y proactivo y conllevar una formación de los portavoces como profesionales de enfermería que deben llevar a cabo la seguridad del paciente. Un plan de comunicación es necesario para garantizar un mayor cumplimiento de los objetivos tanto a nivel de servicios generales como de las unidades de enfermería en los hospitales y con ellos dar una mejor atención en la seguridad del paciente (32).

Los errores en la comunicación usualmente se producen durante la transición asistencial, en el registro de la documentación clínica o transmitiendo información. Es importante que el

personal pueda emplear estrategias que le permitan hablar e intercambiar información entre los miembros del equipo de forma efectiva. Se recomiendan diversas técnicas de comunicación estructurada como el Identificar, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación (ISBAR) para prevenir los errores de comunicación, Identificación: Nombre, cargo, localización. Solicitar hablar con la persona adecuada. Aportar detalles de identificación del paciente. Informar sobre historia clínica y que se piensa de lo que está pasando (20).

La estrategia de la seguridad del paciente es actuar proactivamente previniendo y tratando los errores, sin embargo, muchas veces, el enfoque centrado en las personas tiende a culpabilizar y castigar, como efecto de la respuesta primaria humana a buscar culpables. Sin embargo, esto no nos libera de la ocurrencia de situaciones similares de daño a un individuo ya sea simultáneas en otro escenario clínico o la repetición del error en un futuro próximo (20).

La séptima trata sobre Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades. El cambio de turno, es un proceso comunicacional en el que el personal de enfermería entrante y saliente de un turno intercambia información relevante sobre la situación clínica y el plan de cuidados de enfermería de los pacientes bajo su responsabilidad y de las condiciones existentes en el servicio. El objetivo es garantizar la continuidad del cuidado de enfermería durante las 24 horas y mantener informado al personal de enfermería sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, el Plan de Atención de Enfermería y los aspectos específicos de cada uno que faciliten una mayor calidad en el cuidado (33).

El personal de enfermería entrante debe presentarse al servicio respectivo listo y uniformado de acuerdo a los horarios que determinan el inicio de los respectivos turnos determinados por el establecimiento de salud. Es norma que todo el personal de enfermería entrante y saliente se encuentre presente a la hora del cambio de turno y permanezca durante todo este procedimiento, excepto cuando las circunstancias lo impidan a criterio del respectivo Jefe de Enfermería de servicio (33).

El cambio de turno es una estancia primordial para mantener la continuidad del cuidado de los pacientes en un recinto hospitalario, en donde se trasmite de forma oportuna y efectiva, información relevante para el accionar de los profesionales. La entrega de turno es una acción por medio de la cual el personal responsable, trasmite información, escrita o verbal, a través de una comunicación estandarizada con un lenguaje formal y se realiza en todos los servicios donde se encuentra el paciente (33).

Para la entrega de turno el profesional reunirá toda la información necesaria a transmitir con la intención de asegurar la continuidad de los cuidados y tratamientos. Debe ser precisa, clara, ordenada y respetuosa, evitando interrupciones o comentarios innecesarios. La entrega de turno será la instancia para aclarar las dudas que se generan de la información entregada. Una vez concluida esta actividad la enfermera asume la responsabilidad del cuidado seguridad del paciente (33).

La octava dimensión trata sobre la **Percepción global de la seguridad**. Ya hemos establecido que la seguridad del paciente se trata de un tema de gran complejidad que se enmarca en políticas y estrategias de salud impulsadas por la OMS para que los países la incluyan en su agenda y se generalice a las de las instituciones, organizaciones y sistemas de salud, los cuales deben conocer y aprender a reconocer errores además de la adopción de estrategias para evitarlos ya que estos pueden llegar a generar daños en los pacientes (12).

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios de salud ha adquirido una connotación a nivel mundial, despertando la atención de profesionales y gestores de la salud, y buscando facilitar un cambio de cultura organizacional que permita una mayor seguridad para los pacientes, ya que la atención sanitaria lleva inherente el riesgo de aparición de eventos adversos que pueden ocasionar lesiones, discapacidades e incluso la muerte (12).

La seguridad del paciente debe ser considerada como prioritaria en los servicios de salud, ya que la complejidad de la asistencia sanitaria actual está involucrando la generación de nuevos riesgos adicionales y potenciales tanto para el que recibe la atención como el prestador de la misma. Podemos afirmar que los beneficios de la implementación de la cultura de la seguridad impactan

positivamente en la organización, permitiendo la evolución hacia la mejora continua de la calidad, a partir de la búsqueda del error, la justicia en el trato al personal, el apoyo ante la presencia de eventos adversos e impulsando la práctica de la responsabilidad a través de un liderazgo proactivo. (12).

Seguridad es la ausencia o la confianza en algo o en alguien a quien la persona se siente sin despreocupación o sin temor a preocuparse, durante la administración o algún procedimiento que se le aplique.

La novena dimensión trata de **respuesta no punitiva a los errores**; los errores son todas aquellas acciones u omisiones que terminan afectando el proceso de atención. Frente a ellos, las personas guardan silencio, demostrando miedo y vergüenza asociados al hecho de hacer públicos los errores, por lo que no siempre hay una franca y abierta discusión de los mismos además desconfiar en que su revelación vaya a generar medidas de mejora continua de la calidad en vez de advertencias (8).

Aunque las partes de una institución consigan asimilar intelectualmente una orientación no punitiva del sistema, la tendencia a buscar culpables (práctica muy enraizada en la sociedad) y aplicar un castigo hace que ésta quede anulada frente a situaciones difíciles. El primer camino para conformar una nueva razón cultural debe ser la ayuda de un nuevo lenguaje que incluya los esfuerzos de seguridad del paciente y excluya la culpabilidad (8).

Error es todo diagnóstico no tenido en cuenta o no detectado, incorrecto o tardío, que podría haberse evitado a través de correctas interpretaciones de un hallazgo o maniobra clínica, o por la práctica de una prueba diagnóstica apropiada.

La décima dimensión trata sobre **Dotación del personal**. El personal sanitario son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como vital fin promover la salud. Las enfermeras son el eje de los sistemas de salud, desempeñando un papel crucial en los diversos niveles de atención, por lo que este grupo profesional representa casi la mitad del total de trabajadores

sanitarios en todo el mundo. La insuficiente dotación de personal sigue siendo un problema álgido para el sistema de salud en nuestro país (34).

La dotación del personal de enfermería, así como su distribución, son aptitudes de la administración de enfermería, que no siempre se ajusta a poder satisfacer las necesidades del paciente con eficacia. Ya que en ocasiones no se proporciona la mejor atención al paciente porque el personal es escaso para el número de pacientes por servicio lo que impide que se dispensen los mejores cuidados al paciente y endureciendo la jornada laboral del personal de enfermería (34).

Es el cálculo de dotación del personal de enfermería se entiende como la operación para determinar el número y tipo de personal de enfermería en diferentes puestos necesario para brindar una seguridad del paciente y brindar una calidad de atención a cada paciente las 24 horas del día los 365 días del año.

En la decimoprimera dimensión trata sobre **Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente**. La administración es esencial en toda organización, le corresponde ejercer al director del centro hospitalario, quien lidera la participación de los miembros de la organización, quienes desde sus roles se encargan del cumplimiento de los objetivos organizacionales, sus metas y sus estrategias. Los gerentes de servicios de salud son responsables de la prestación eficiente y eficaz de los servicios de salud a la población, también gestionan proyectos y recursos, incluyendo personal, financiación, equipos y edificios (35).

En un hospital existen diferentes profesionales con distintas funciones, todos girando a ofrecer una atención de calidad al paciente. El gerente del hospital o de un departamento determina objetivos y establecen las prioridades y los métodos para alcanzar cada objetivo, el tiempo de los procesos, fija estrategias para la acción, establece los parámetros para la planeación estratégica institucional, el costo y decide sobre necesidades para movilizar esfuerzos y recursos. Debe implementar todo el proceso y los recursos para realizar planeación estratégica de la entidad, con sus funciones y con su total aprobación. Es función del gerente del hospital o de un departamento de salud, es examinar los procesos básicos de trabajo por unidad acordados con los

jefes de departamento o gerentes de área. En coordinación con recursos humanos debe determinar las necesidades del personal y elaborar un plan de selección y administración del personal, que promueva un clima institucional que pueda favorecer la seguridad del paciente (35).

En la decimosegunda dimensión trata sobre **Trabajo en equipo entre unidades**. Hemos recalcado que el cuidado del paciente se ha vuelto cada vez más complejo por lo que requiere de un equipo que sea capaz de trabajar en forma eficaz y que esté conformado por muchos profesionales de la salud. Esta es la causa de la importancia que se le viene dando a la organización del trabajo en equipos multidisciplinarios en las instituciones sanitarias. Entonces el personal de enfermería debe saber desenvolverse dentro de estos equipos, integrándose y colaborando eficientemente, fundamentada en la necesidad y el deber de disminuir el error de enfermería y cuidar a los pacientes. El trabajo en equipo aumenta la seguridad del paciente, mejora el desempeño laboral y optimiza los costos en salud (36).

DEFINICION DE TERMINOS

Seguridad del paciente (SP):

Es todo daño potencial relacionado con prestación de la atención sanitaria, basada en un grupo de procesos organizacionales orientados a minimizar los riesgos de sufrir eventos adversos durante el cuidado que brinda la enfermera o de mitigar sus consecuencias (37).

Cultura y seguridad (CS):

Sistema de valores y reglas comunes a los miembros que conforman una organización, involucra la adopción de un modelo mental compartido que enfoca la seguridad como la meta a conseguir (37).

Cultura de seguridad del paciente de las enfermeras (CSPE):

Suma de valores, actividades, percepciones, competencia y patrones de conducta individual y grupal de las enfermeras que van a establecer el estilo, las competencias y el compromiso de la gestión con la seguridad en el hospital escenario de la investigación (37).

III.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación se caracteriza por ser de naturaleza cuantitativa, ya que permite la cuantificación y medición numérica de la variable cultura de seguridad del paciente de las enfermeras.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño metodológico correspondió al tipo descriptivo, porque permitió describir el comportamiento de la cultura de seguridad del paciente tal como se presenta en la entidad nosocomial escenario de la investigación. Así mismo, el estudio es de corte transversal porque la información de la variable se obtuvo en un determinado espacio y tiempo.

3.3. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

POBLACIÓN: se constituyó por las 121 enfermeras que vienen laborando en el nosocomio. Según referencia de la Oficina de Gestión del Talento Humano del Hospital Regional Docente las Mercedes.

MUESTRA: Se trabajó con todas las Licenciadas en Enfermería, por tanto, se trató de una muestra censal, toda vez que el estudio del problema así lo amerita.

MUESTREO: Por conveniencia

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Licenciadas de enfermería que se encontraron laborando por un tiempo no menor de seis meses en el hospital.
- Licenciadas de enfermería de cualquier modalidad contractual en el hospital.

Criterios de exclusión:

- Licenciada de enfermería que se encontraron realizando pasantías o que tan solo estén rotando por el servicio.

- Licenciada de enfermería que se encontraron de vacaciones o en licencia por enfermedad

Criterios de eliminación:

- Licenciadas de enfermería que no hayan contestado 2 a más preguntas del test.

3.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la recolección de los datos se hizo uso de la técnica de encuesta mediante la aplicación del cuestionario como instrumento de recolección de datos aplicado a las enfermeras denominado Cuestionario sobre seguridad de los pacientes, es decir la Versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture, adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia, concebido como una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la seguridad del paciente, y permite obtener información acerca de la cultura de seguridad y posteriormente identificar fortalezas y debilidades (38).

El Cuestionario Hospitalario para la Cultura de Seguridad del Paciente fue diseñado para medir lo siguiente: Dos resultados generales de seguridad del paciente: el número de eventos reportados y el Grado general de seguridad del paciente y Doce dimensiones de cultura relacionadas con la seguridad del paciente: Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio; Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad; Aprendizaje organizacional/mejora continua; Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; Percepción global de seguridad; Retroalimentación y comunicación sobre errores; Franqueza en la comunicación; Notificación de eventos relacionados con la seguridad; Trabajo en equipo entre unidades; Dotación de personal; Transferencias y transiciones y Respuesta punitiva al error. Contiene un total de 61 ítems(38).

La valoración de cada ítem se realizó por medio de la escala de Likert, en 5 grados de acuerdo a la sección, las secciones A: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo. Inicialmente agrupa las preguntas bajo cuatro criterios: "Su Servicio/Unidad", "su hospital", "comunicación en su servicio/unidad" e "información complementaria".

Definiciones de positivo, neutro y negativo: Positivo es el porcentaje de respuestas calificadas 4 o 5 (De acuerdo/Muy de acuerdo) para las preguntas redactadas en forma positiva y, 1 o 2 (En Desacuerdo/Muy En Desacuerdo) para preguntas redactadas negativamente. Neutro es el porcentaje de respuestas que se han clasificado como un 3 (Ni De Acuerdo, Ni En Desacuerdo) para cualquier pregunta. Negativo es el porcentaje de respuestas calificadas 1 o 2 (En Desacuerdo/Muy En Desacuerdo) para las preguntas redactadas en forma positiva, o un 4 o 5 (De Acuerdo/Muy De Acuerdo) para preguntas redactadas negativamente(38).

Definición de los resultados por componentes: Los resultados o los puntajes por componente miden 12 diferentes áreas de la cultura de seguridad del paciente. Se calculan promediando el porcentaje de respuestas positivas a las preguntas de un componente. Por ejemplo, para un componente de 3-preguntas, si los porcentajes de respuestas positivas por pregunta fueron 50%, 55%, y 60%, la respuesta porcentual positiva de ese componente del hospital, sería la media de estos tres porcentajes, es decir, 55% positivo(38).

Explicación de cómo se calculó las puntuaciones por componente. En primer lugar fue necesario calcular el porcentaje de respuestas positivas por pregunta en cada dimensión de la cultura de seguridad. El porcentaje de respuestas positivas por pregunta, se calculó dividiendo en primer lugar el número de respuestas positivas por el número total de respuestas positivas, neutras y negativas de los elementos (excepto las respuestas faltantes) en cada pregunta de una dimensión. La puntuación por componente de una dimensión es simplemente el porcentaje promedio general de respuesta positiva a cada pregunta de una dimensión(38).

Escalas de respuesta de la encuesta. Los encuestados usan una escala de respuesta de 5 puntos para responder a las preguntas: · Concordancia o Muy De Acuerdo y De Acuerdo (se combinan) o Ni De Acuerdo, Ni En Desacuerdo o En Desacuerdo y Muy En Desacuerdo (se combinan) · Frecuencia o Siempre y Casi Siempre (se combinan) o A veces o Rara Vez y Nunca (se combinan) Las respuestas faltantes se excluyen al presentar los porcentajes de respuesta a las preguntas de la encuesta. Se utilizaron las preguntas formuladas positivamente y negativamente.

Con esta codificación se calculó las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para

cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones, se calculó aplicando la siguiente fórmula:

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

Para casificar una dimensión como fortaleza se empleó los siguientes criterios:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo / muy de acuerdo”), a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo / muy en desacuerdo”), a preguntas formuladas en negativo.
- Para clasificar una dimensión como oportunidad de mejora se empleó los siguientes criterios:
 - $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo / muy en desacuerdo”), a preguntas formuladas en positivo.
 - $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo / muy de acuerdo”), a preguntas formuladas en negativo.

Calidad del instrumento

Según Hernández S. Para que el instrumento de medición pueda ser óptimo al momento de la aplicación es necesario que cumpla los siguientes principios (50).

Validez:

La validez del instrumento que se utilizó en la investigación se calculó en base al Análisis Factorial el total de factores y el porcentaje de variabilidad que explican dichos factores es de 67.2%.

Confiabilidad:

La consistencia interna de cada una de las dimensiones de la versión española del

instrumento que se pretendió analizar se calculó en base al Alfa de Crombrach que fluctuó en 0.98%. En todos los casos la fiabilidad del instrumento a utilizar es excelente. Cuando se dispone de un instrumento ya diseñado y revisado por los expertos (es decir validado) está en condiciones de aplicarlo. En consecuencia, el instrumento que se utilizó en la presente investigación, se aplicó previamente a una muestra piloto de 20 enfermeras que cumplan con los criterios establecidos en la presente investigación y en un hospital de similares características, con la finalidad de probar su confiabilidad. Se utilizó la prueba de Alfa de Crombrach. Obteniendo, un valor de 0.98 con lo que la confiabilidad del instrumento quedo comprobada.

3.6. PROCEDIMIENTOS

En primer lugar, se procedió al registro del proyecto de investigación en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería de la USAT, a continuación, dicho proyecto fue presentado ante el comité metodológico de dicha Escuela para que procedan a realizar observaciones o sugerencias que puedan mejorarlo. Después, se elevó el proyecto al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina - USAT, para su aprobación. Previo a la ejecución, se solicitó a la Dirección del nosocomio la aprobación del proyecto de investigación, seguidamente se solicitó permiso a la enfermera Jefa del Departamento de Enfermería y a las enfermeras jefes de servicio para aplicar el instrumento propuesto en el presente estudio a las enfermeras del hospital. Se ubicó un ambiente acogedor y privado para la aplicación del instrumento.

Para la aplicación del Cuestionario, se utilizó la modalidad auto administrada, se realizó en físico previa explicación del objetivo de la investigación, del instrumento y lectura de la hoja informativa (Anexo 1) donde se comunicaron las condiciones en las que su participación tendrá lugar. El instrumento se aplicó en presencia del investigador, durante la jornada laboral, en horarios previamente coordinados con la Unidad de Investigación del nosocomio.

En todo momento se garantizó el anonimato de las participantes y se respetaron los principios de ética de la investigación, el tiempo estimado de aplicación del instrumento fue 25 minutos; así los datos serán de fuente directa y de datos primarios. Con la supervisión del investigador, el cuestionario fue inmediatamente revisado y se solicitó a la entrevistada completar si hubiera alguna pregunta sin respuesta.

El instrumento fue calificado de acuerdo a lo establecido a nivel de puntuación de la herramienta y subsiguientemente los datos se registraron en una base de datos con una supervisión de un estadístico.

3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Con la información recopilada de los cuestionarios se procedió a la construcción de una base de datos usando las hojas de cálculo del programa Excel. Se elaboraron tablas de una o dos entradas y para el análisis se utilizaron las medidas de tendencia central que corresponden a la estadística descriptiva. El análisis de la información se realizó utilizando las medidas de tendencias centrales que responden a la estadística descriptiva tales como el promedio.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de esta investigación se tomaron en consideración los principios éticos fundamentales, los mismos que según Belmont son: (39).

Los sujetos de estudio decidieron voluntariamente participar, ya que en ningún momento fueron coaccionados física o verbalmente, el personal investigador les brindó información, especificando que ellos podían ser partícipes de manera voluntaria, y que también podrán retirarse voluntariamente del estudio si ese era su deseo (39).

Esta investigación enfoca al personal profesional de enfermería, como un individuo inteligente, con valores y principios, por lo que se garantizó el anonimato como medio de protección de su identidad además de considerar su autonomía de participación en la presente investigación (39).

Se brindó un trato equitativo y apropiado a cada uno de los sujetos del estudio de la investigación y todos los que cumplían con los criterios de selección tendrían la posibilidad de participar durante el estudio de investigación. Además, se le explico que no existían favores directos, pero si la congruencia de ayudar a corregir algunos actividades llevadas a cabo durante el cuidado al paciente (39).

IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

4.1.1.- DIMENSIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS

TABLA N° 01:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEMS	726	1591	2317	5082
%			44.31	

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018

Interpretación: El 44.31% de respuestas afirmativas y negativas de la cultura de seguridad del paciente muestra que menos de la mitad de las encuestadas tienen una apreciación completa de la seguridad.

4.1.2. DIMENSIÓN RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

TABLA N° 02:
FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS EN LA CULTURA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 40 Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	0	65	65	121
ITEM 41 Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	0	64	64	121
ITEM 42 Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	0	57	57	121
TOTAL	N°		186	363
	%		51.24	

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: El 51.24 % de respuesta positiva en esta dimensión muestra que más de la parte de las licenciadas encuestadas reportan faltas de seguridad.

TABLA N° 03:

PERCEPCION GLOBAL DE LA SEGURIDAD EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

PERCEPCION GLOBAL DE LA SEGURIDAD	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 15 Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	0	35	35	121
ITEM 18 Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	0	72	72	121
ITEM 10 No se producen más fallos por casualidad.	29		29	121
ITEM 17 En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	26		26	121
TOTAL			162	484
			33.47	

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: El 33.47 % de respuestas afirmativas y negativas en la percepción global de la seguridad muestra que menos de la mitad de las licenciadas encuestadas tienen una apreciación completa de la seguridad efectiva.

4.1.3 DIMENSIÓN CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE LA UNIDAD/SERVICIO

TABLA N° 04:
EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCION/SUPERVICION DE LA UNIDAD/SERVICIO QUE FAVORECE LA SEGURIDAD EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCION/SUPERVICION DE LA UNIDAD/SERVICIO QUE FAVORESE LA SEGURIDAD	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 19 Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	0	69	69	121
ITEM 20 Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	0	66	66	121
ITEM 21 Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	57		57	121
ITEM 22 Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	66		66	121
TOTAL			258	484
	N°			
	%		53.31	

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: El 53.31% de respuesta positiva en esta dimensión muestra que más de la mitad de las licenciadas encuestadas reportan expectativas y acciones de la dirección /supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad del paciente.

TABLA N° 05:

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL/MEJORA CONTINUA EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL/MEJORA CONTINUA	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 6 Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	0	90	90	121
ITEM 9 Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	0	70	70	121
ITEM 13 Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	0	63	63	121
TOTAL	N°		223	363
	%		61.43	

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: El 61.43 % de las enfermeras participantes presentaron una respuesta positiva para esta categoría, siendo indicativo que más de la mitad de las encuestadas refieren tener un aprendizaje organizacional/relacionado con mejora perenne de los procesos coherentes con la seguridad del paciente.

TABLA N° 06:

TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD/SERVICIO EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD/SERVICIO	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 1 El personal se apoya mutuamente.	0	92	92	121
ITEM 3 Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	0	72	72	121
ITEM 4 En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	0	93	93	121
ITEM 11 Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	0	76	76	121
TOTAL	N°		333	484
	%		68.80	

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: El 68.80 % de las licenciadas de enfermería reportan trabajo en equipo en su unidad/servicio.

TABLA N° 07:

**COMUNICACIÓN FRANCA EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES,
CHICLAYO 2018**

COMUNICACIÓN FRANCA	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 35 Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	0	67	67	121
ITEM 37 El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	0	46	46	121
ITEM 39 El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	29		29	121
TOTAL			142	363
	N°		39.12	
	%			

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: El 39.12% de las licenciadas de enfermería participantes tuvieron una respuesta afirmativa siendo indicativo de que menos del 50% de los encuestadas manifiestan la comunicación franca dentro del equipo de salud que favorezca la seguridad del paciente.

TABLA N° 08:

FEED BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

FREE BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 34 Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	0	62	62	121
ITEM 36 Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	0	62	62	121
ITEM 38 En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	0	64	64	121
TOTAL			188	363
	N°		51.79	
	%			

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: el 51.79 % de las encuestadas con afirmaciones positivas demuestra que mayormente los personales de enfermería reportan feed back y comunicación sobre faltas relacionados con la seguridad del paciente.

TABLA N° 09:

RESPUESTA NO PUNITIVAS A LOS ERRORES EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

RESPUESTA NO PUNITIVAS A LOS ERRORES	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 8 Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	53		53	121
ITEM 12 Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”	63		63	121
ITEM 16 Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	32		32	121
TOTAL			148	363
	N°			
	%		40.77	

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: El 40.77% de respuesta negativas nos señala que menos de la mitad de las licenciadas encuestadas refirieron que la falta en la seguridad del paciente genera respuesta no punitiva cuando estos se producen.

TABLA N° 10:

**DOTACION DEL PERSONAL EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES,
CHICLAYO 2018**

DOTACION DEL PERSONAL	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramen te)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 2 Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	0	35	35	121
ITEM 5 A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	25		25	121
ITEM 7 En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	45		45	121
ITEM 14 Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	40		40	121
TOTAL			145	484
	N°		29.96	
	%			

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: se observa que 29.96% de las participantes del estudio tuvieron respuesta tanto positiva como negativa, estos resultados ponen de manifiesto que minoritariamente las encuestadas refieren que la dotación del personal es un aspecto que contribuye tener una seguridad del paciente óptimo.

TABLA N° 11:

APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 23 La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	0	42	42	121
ITEM 30 La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	0	50	50	121
ITEM 31 La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	33		33	121
TOTAL			125	363
	N°			
	%		34.44	

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: Los porcentajes de 34.44% tanto para las respuestas positivas como negativas nos indican que las encuestadas de forma minoritaria reportan el apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.

4.1.4 DIMENSIÓN CULTURA DESEGURIDAD A NIVEL DEL HOSPITAL

TABLA N° 12:
TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 24 Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	21		21	121
ITEM 26 Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	0	57	57	121
ITEM 28 Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	42		42	121
ITEM 32 Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	0	57	57	121
TOTAL			177	484
	N°			
	%		36.57	

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: El 36.57% de respuesta positiva y negativas nos permite observar que menos de la mitad de las encuestadas refieren que entre las unidades del hospital existe un verdadero trabajo en equipo que contribuya al logro de la seguridad del paciente.

TABLA N° 13:

PROBLEMAS DE CAMBIO DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS Y UNIDADES EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS- HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018

PROBLEMAS DE CAMBIO DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS Y UNIDADES	N° Respuestas para preguntas en negativo (nunca/raramente)	N° Respuestas positivas para preguntas en positivo (la mayoría/siempre)	N° total de respuestas positivas	N° Total de respuestas del ítem
ITEM 25 La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	28		28	121
ITEM 27 En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	40		40	121
ITEM 29 El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	51		51	121
ITEM 33 Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	46		46	121
TOTAL			165	484
	N°		34.09	
	%			

Fuente: Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú- 2018.

Interpretación: El 34.09% de los profesionales de enfermería expresaron respuestas negativas, por lo que los resultados nos revelan que poco menos del 50% de las encuestadas han reportado problemas relacionado con el cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades, los mismos que pueden ser un factor de dificultades con la seguridad del paciente.

4.2. DISCUSIÓN

La cultura de seguridad del paciente es coherente con las afirmaciones y modos asumidos por las personas en su capacidad para certificar que no comparten ni avalan la realización de cualquier detrimento, menoscabo o daños en el paciente que no sean necesarios o potenciales relacionados con la vigilancia en salud (17). Por lo que es meritorio empezar el estudio de la Cultura de seguridad del paciente teniendo en cuenta cada una de sus dimensiones

En la **Tabla N° 01** se muestra que del 100% de enfermeras entrevistadas del Hospital Regional Docente las Mercedes 44.31% tienen la percepción una cultura de seguridad del paciente débil, estos resultados son cercanamente similares a los reportados por Martínez en Hospital Nacional Dos de Mayo, donde 51,1% tuvieron una cultura fuerte, mientras que un 48,9% tuvieron una cultura débil; así mismo, son disimiles a los reportados en el Instituto Nacional Cardiovascular INCOR – EsSALUD en donde el mayor porcentaje de enfermeras refiere que la cultura de seguridad es una debilidad fue 60%, y a los reportados por Castañeda en un hospital de Méjico, quien reportó que el indicador global de la cultura de la seguridad no fue percibido como fortaleza por el personal de enfermería con un 54,53%. Armonizando este trabajo de investigación con otras investigaciones nos damos cuenta que no son muy diferente los resultados, coincidiendo que se deberían de tomar precauciones prontas al respecto para no tener un incremento en errores y complicaciones con los pacientes por causa del accionar del profesional de la salud como en este caso las enfermeras(24)(52)(53).

Cultura de seguridad corresponde a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (52).

El personal de enfermería está presente en todas las fases del proceso asistencial, directo e indirectamente en la atención a los pacientes, que tienen el contacto más estrecho con este último durante sus estancias en unidades hospitalarias. En este contexto, existe una necesidad urgente de investigación que describe los factores asociados a los recursos humanos en enfermería, que positiva o negativamente afectan la seguridad del paciente en el contexto hospitalario, con el objetivo de mejorar el direccionamiento y la puesta en práctica de las intervenciones educativas con el fin de mejorar la calidad de la atención y entrever su trabajo profesional. El equipo de enfermería que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud, este estudio caracterizó la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras en su institución del hospital regional docente las Mercedes, se identificaron algunos de los aspectos más favorables y problemáticos, que forman parte fundamental de esta cultura de seguridad (51).

La Dimensión Resultados de la seguridad del paciente se valoró en base a las sub dimensiones Frecuencia de eventos notificados y percepción global de la seguridad.

En la **Tabla N° 02** se muestra que 51.24 % de las enfermeras encuestadas refieren haber notificado errores o eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente, lo cual podría ser explicado porque respondieron de manera positiva ante situaciones como la notificación de los errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente; también incluyen notificar los errores que posiblemente no generen un daño en el paciente al igual que aquellos que no han tenido consecuencias adversas, aunque exista la posibilidad de generar un daño al paciente. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje mayor del 50% de respuestas positivas por lo que se considera como una oportunidad de mejora para la institución y el departamento de Enfermería.

Estos resultados emanados en la vigente investigación son inferiores a los reportados por Castañeda quien afirma que 70% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron reportar eventos adversos; López en un Hospital Público de Bogotá, reportó que 56% de las enfermeras refieren notificar eventos adversos. Así mismo, los resultados reportados en esta investigación son ligeramente mayores a lo reportado por Orkaizagirre, en

un hospital Colombia quien reportó que 45.2% de las enfermeras refieren notificar dichos errores (8) (9) (18).

En relación a la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente se tiene que un suceso coherente con la seguridad del paciente es un evento o suceso que es coadyuvante a que un paciente sufra una lesión. La notificación de eventos es un asunto traído para probar los episodios que no se incumben con lo que es usual en el trabajo del hospital o la vigilancia a los pacientes. Este método se ha establecido en muchas entidades de salud como medio de recopilación y notificación de incidencias adversas que afectan a los pacientes, entre ellas tenemos los errores en la prescripción y/o administración medicamentosa, los fallos de equipos. Empleando como base el informe individual de incidentes. Debemos especificar que las incidencias modificable, son divididas en varios tipos acorde a la gravedad de las mismas, tales como: eventos centinela, lesiones de los pacientes, cuasi incidentes y problemas de seguridad (40).

La comunicación de eventos es una estrategia de optimización de la atención dispensada a un paciente, además que permite igualar y reprender fallos de los sistemas, previniendo que estos eventos sean susceptibles de ser repetidos, ayuda en la creación de una base de datos situada a la gestión de riesgos y la mejora de la aptitud, ofertando entornos seguros para la atención de los pacientes, registra el evento y consigue consejo de enfermería y asesoramiento jurídico inmediatos. La eficacia de la comunicación de incidentes muchas veces es limitada por diversas razones, siendo las más frecuentes el temor a un posible castigo y el desconocimiento del personal de salud respecto a que es un suceso notificable, y la falta de turno para los trámites (40).

Se considera fundamental que el profesional de Enfermería del contexto investigado internalicen que la notificación de todos los eventos relacionados con la seguridad del paciente es sumamente importante debido a que, se encuentran brindando servicios de salud con una alta probabilidad de ocurrencia de eventos relacionados con la seguridad del paciente, por ende son responsables de emprender las medidas preventivas necesarias, lo cual puede alcanzarse a partir de la notificación individual de todos los incidentes acontecidos durante la atención

sanitaria, más aun cuando la magnitud del daño al paciente es evidente o previsible (40).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir que la notificación de eventos adversos es una oportunidad de mejora en el contexto investigado desde la percepción de las enfermeras entrevistadas, lo cual amerita la intervención pronta u oportuna a fin de revertir esta situación e incorporar en la cultura de seguridad del paciente este aspecto mediante estrategias que permitan crear una cultura en el que el personal profesional de enfermería informe sobre los problemas y errores suscitados, comunicando a los entes encargados para que se adopten las acciones pertinentes que permitan la reducción en la presentación de estos peligros. Se ha demostrado que si la cultura del equipo de trabajo está sensibilizada y consciente de la importancia de la seguridad en las atenciones, se agranda el número de avisos de errores.

En la **Tabla N° 03** se muestra que 46.90% de las enfermeras encuestadas refieren tener una percepción global de la seguridad, lo cual podría ser explicado porque respondieron positivamente que nunca se produce un incremento en el ritmo de trabajo si su consecuencia es disminución de la seguridad del paciente, por ello, el servicio ha implementado procedimientos y medios de trabajo adecuados con la finalidad de evitar la ocurrencia de errores en el momento de la administración de los cuidados; sin embargo, también reconocen que en su unidad/servicio existen problemas asociados a la seguridad del paciente y que estos no se producen por eventualidad. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje menor del 50% de respuestas positivas por tanto se puede considerar como una debilidad de la cultura de seguridad del paciente en el nosocomio investigado.

Los resultados logrados en la vigente investigación son inferiores a los reportados por Castañeda respecto a la percepción de seguridad del paciente quien reporto 62% de los colaboradores reconoció estar dificultoso con este propósito. Por otro lado, López en un Hospital Público de Bogotá reportó 56% de licenciadas de enfermería con una percepción global positiva de la seguridad del paciente en el hospital público. Mientras que Orkaizagirre en un hospital de Colombia reportó 45.2% de licenciadas de enfermería con percepción global de la seguridad de paciente positiva (41).

La carga laboral y la estructura organizacional del trabajo del equipo de enfermería son consideradas factores del entorno laboral asociado a la calidad y seguridad del cuidado otorgado. En ese sentido se ha demostrado una relación inversa entre el cociente enfermera-paciente y efectos negativos para pacientes y enfermeras. Así mismo, el gran exceso asistencial que se causa en sanidad además tiene eventos adversos sobre el personal de enfermería, ya que puede hacer acrecentar las tasas de burnout o las bajas laborales (41).

Los errores y las fallas relacionados con la seguridad del paciente están escondidas en todos los sistemas de salud. Según el Modelo de “queso suizo” relacionado con el error, existen dos abordajes que contribuyen en la aparición de errores. De acuerdo con los factores centrados en las personas, se considera que un error aparece cuando se han ejecutado acciones y procedimientos sin tomar en cuenta las medidas pertinentes de seguridad o estas transgresiones son efecto de situaciones como desmotivación laboral, sobrecarga de trabajo, agotamiento, estrés, falta de atención y negligencia. Mientras que el modelo centrado en el sistema, explica que los errores de las personas son producto de las deficiencias presentes en las organizaciones de salud (41).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir que las enfermeras entrevistadas poseen de manera minoritaria una percepción global positiva de la seguridad del paciente, lo cual implica que es imperante la promoción de cambios en la cultura organizacional, empezando por el fomento de la realización de investigaciones que analicen las causas de eventos adversos así como las mejores estrategias para prevenirlos. Este cambio de cultura se lograra con actuaciones sostenidas sobre los diversos grupos profesionales, enfatizando la práctica del trabajo en equipo, el mejoramiento de los sistemas, procesos y servicios, la inclusión y adecuación de normas que promuevan la seguridad del paciente con la finalidad de obtener reducción en los índices de los riesgos del eventos adversos, asumiendo que los eventos adversos obedecen a una multicausalidad se deberían establecer barreras que puedan detener la ejecución de una acción hacia un eventos adversos.

La Cultura de seguridad a nivel de la unidad/ servicio se valoró en base a las siguientes 8 sub dimensiones:

En la **Tabla N° 04** observamos que 53.31% de las enfermeras encuestadas refieren que las expectativas y acciones de la dirección y/o supervisión, de las unidades/servicio favorecen la seguridad del paciente, lo cual podría ser explicado porque estuvieron de acuerdo en que ante situaciones como la expresión de satisfacción de los supervisores por la evitación de riesgos en la seguridad del paciente, se toman en consideración las sugerencias con las que el personal contribuye al mejoramiento de la misma, pero también sus resultados arrojan una alerta ya que estos mismos supervisores dan prioridad a la rapidez en la realización del trabajo aunque se vuelva un factor de riesgo para la seguridad del paciente, si es que se produce un aumento en la presión del trabajo, y manifestaron que en ocasiones el superior/jefe ha obviado los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente; lo que nos hace presuponer que los supervisores y/o jefes de servicio a pesar de que reconocen la importancia de la seguridad del paciente en la atención sanitaria, prefieren centrarse en el desempeño entendido como cantidad de pacientes atendidos/horas de trabajo. Los puntajes de respuestas positivas mayor del 50% nos señala que estamos ante una oportunidad de mejora en la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras entrevistadas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son lejanos a lo reportado por López en un Hospital Público de Bogotá, quien reporta que 63% de las enfermeras refieren que las expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de las unidades /servicio favorece la seguridad; por otro lado Castañeda afirma que 74.1% de las enfermeras de un Hospital General de Medellín refirieron reportar expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del área/ servicio que favorecen la seguridad; al igual que Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital de Colombia, reportó que solo 68.3% de las enfermeras refieren sobre expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad del paciente (18) (9) (8)

Esta dimensión resalta la importancia del posicionamiento del jefe o supervisor respecto a la seguridad del paciente desde esta perspectiva puede convertirse en catalizador de la seguridad del paciente o todo lo contrario. Si bien es cierto que la función de garantizar la seguridad a nuestros pacientes debe ser compartida por todos los integrantes de la organización, es responsabilidad de los jefes y directivos que las iniciativas sobre la seguridad sean promovidas, socializadas y supervisadas. En este sentido, los directivos tienen una gran responsabilidad pues ellos garantizan y lideran el emprendimiento de dichas iniciativas,

además de generar espacios de formación y capacitación institucional en seguridad del paciente, sin que nos olvidemos que estas mismas cualidades sean adoptadas de manera general por todos los miembros de la entidad sanitaria (42).

Por ello, las supervisoras/jefes de Enfermería desempeñan un rol clave en el establecimiento y mantenimiento de la cultura de seguridad del paciente, desde los servicios o unidades hasta la totalidad de los centros de atención, de su accionar va a depender que las enfermeras se involucren en el proceso de implementación de la cultura de seguridad del paciente, es necesario que la supervisora guíe y motive al personal a participar activamente en el proceso y a adaptarse al cambio, generando situaciones en las que las enfermeras se sientan motivadas y satisfechas. Esto se evidencia en diferentes contextos, en los que el apoyo de la supervisora al igual que los jefes de servicio son factores que inciden en la satisfacción laboral del profesional de enfermería y la calidad de los cuidados a los pacientes (43).

En todos los hospitales, sin importar el nivel de atención al que pertenezca, es necesaria la supervisión de los servicios de enfermería; realizadas con el propósito de verificar que en cada uno de ellos se estén proporcionando cuidados con las características de eficiencia, eficacia, calidad, calidez y equidad en la seguridad del paciente. El cumplimiento de esta función requiere que se establezcan y mantengan relaciones efectivas con otras disciplinas, además de poder tomar decisiones administrativas relevantes que permitan una respuesta inmediata acorde con las necesidades que se presentan y tratando en lo posible que estas decisiones sean acertadas para que no alteren el buen funcionamiento del hospital (43).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir que en las expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad del paciente, según lo referido por las enfermeras entrevistadas, constituye una oportunidad de mejora en el escenario investigado. Debido que el éxito de las acciones de mejora, en cuanto a la seguridad del paciente, implementadas en una unidad/ servicio, dependen del grado de involucramiento de los jefes o directivos, dados que en ellos recae la función de promover y supervisar el cumplimiento de las iniciativas de seguridad, convirtiéndose en un aspecto relevante para la reducción de riesgos y consiguientemente alcanzar la seguridad del paciente.

En la **Tabla N° 05** se muestra que 61.43% las enfermeras encuestadas refieren que el servicio donde laboran poseen un aprendizaje organizacional/mejora continua que favorece la seguridad del paciente, lo cual podría ser explicado porque respondieron de manera positiva aseverando que en los servicios tenían actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, realizaban medidas correctivas ante la detección de fallos en la atención del paciente para evitar la ocurrencia de estos en el futuro, además de especificar que cualquier cambio implementado en la mejora de la seguridad del paciente es evaluado para comprobar su efectividad. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje mayor del 50% de respuestas positivas con lo que se le califica como una oportunidad de mejora.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son cercanamente similares a los reportados por Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital Colombia, reportó que 61.9% de las enfermeras respondieron positivamente acerca del aprendizaje organizacional/ mejora continua. Igualmente se encontró que López en un Hospital Público de Bogotá reportó que 82% de las enfermeras refieren que su servicio posee aprendizaje organizacional/mejora continua que favorece la seguridad del paciente, así mismo; Castañeda afirma que 86.3% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron reportar aprendizaje organizacional/mejora continua (9) (8) (18).

La seguridad es el producto del proceso de aprendizaje organizacional con la participación de todos los miembros de la institución; en este aprendizaje, las personas desarrollan sus capacidades de crear, adquirir y poder transmitir sus conocimientos, además de modificar sus patrones de conducta para que puedan reflejar los nuevos conocimientos e ideas. La consecuencia de altos niveles de calidad y competitividad requiere que en todos los servicios de salud exista un adecuado enfoque hacia el aprendizaje organizacional y mejora continua y además se encuentra implícito en el modelo que gobierna el funcionamiento de un hospital (44).

El proceso de mejora debe ser internalizado como parte del trabajo diario de todos los estamentos hospitalarios, con acciones dirigidas a buscar y eliminar los problemas desde su origen, también se identificarán aquellas situaciones que devengan en oportunidades que permitan un mejor modo de hacer las cosas, rescatando la riqueza que proviene de las ideas de los empleados, así la mejora continua en la seguridad del paciente, pueden traducirse en

aumento del valor añadido que se le da a los clientes, el desarrollo de nuevas oportunidades de mejora, disminución de errores y daños, mayor flexibilidad, eficiencia y efectividad para mejora de un hospital, a cambio se obtendrá una serie de beneficios como son el disponer de empleados más satisfechos y versátiles en el desempeño de los diferentes puestos de trabajos; así como, mayores oportunidades de aprendizaje a través de las distintas funciones (44).

Entonces, la organización de un hospital requiere una adecuada planificación y manejo de los procesos para la mejora continua del sistema de gestión de calidad, facilitándolos mediante el uso de la política de calidad, los objetivos, los resultados de la auditoría interna, el análisis de datos, la acción correctiva y preventiva y la revisión de la gestión (44).

El enfoque principal para la mejora de la calidad y seguridad está orientado a acciones permanentes de reducción de riesgos para el paciente y el personal, que puedan encontrarse tanto en los procesos clínicos como en el entorno físico. Definitivamente, la implementación de la mejora continua de la calidad parte desde una adecuada organización, planificación, diseño, control, análisis y evaluación de los procesos clínicos y de gestión implementados, además de necesitar de un claro liderazgo con el fin de obtener los máximos beneficios; por tanto, estos esfuerzos deben estar guiados, orientados y supervisados por el comité de calidad y seguridad del paciente. Es importante recalcar que el plan o mejora de calidad y seguridad del paciente es dirigido por líderes, impacta en la cultura de seguridad de la organización, identificando y reduciendo los riesgos en forma proactiva usando los datos para definir y atender prioridades y demuestra mejoras sostenidas (17).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir que en el aprendizaje organizacional/mejora continua es un aspecto relevante para la disminución de riesgos y consiguientemente alcanzar la seguridad del paciente, lo cual según lo referido por las enfermeras entrevistadas es una oportunidad de mejora en el escenario investigado. Lo cual requiere que se implementen acciones que se encaminen al mejoramiento de la SP, con medidas destinadas a corregir el error y su ocurrencia y aplicar procesos evaluativos de estos cambios para comprobar el impacto de la seguridad del paciente en la organización.

En la **Tabla N° 06** se muestra que 68.80% las enfermeras encuestadas refieren que el trabajo en equipo en la unidad/servicio es un aspecto que favorece la seguridad del paciente, lo cual podría ser explicado porque respondieron de manera positiva ante situaciones de apoyo mutuo por la carga de trabajo, la colaboración para poder terminar una tarea y el trato respetuoso entre miembros del servicio. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje mayor del 50% de respuestas positivas con lo que se le califica como una oportunidad de mejora.

De manera similar, López reportó que en un Hospital Público de Bogotá, el 65% de las enfermeras refieren que existe trabajo en equipo en su unidad/servicio, por otro lado Castañeda quien afirma que 73.3% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron reportar trabajo en equipo en área/servicio; al igual que Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital Colombia, reportó que solo 78.9% de las enfermeras refieren trabajo en equipo dentro de las unidades (8) (9) (18) (41).

Innegablemente, el trabajo en equipo para la atención del paciente debe superar los límites y roles profesionales, es más, esta colaboración y comunicación interdisciplinaria es un mecanismo esencial que permite la disminución del error en cultura de seguridad. Este modelo de asistencia colaborativa fomenta el análisis profesional de las acciones y decisiones tomadas al interior del equipo de trabajo, así se equilibra las relaciones de poder, igualándolas y limando las jerarquías; esta relación puede extenderse hasta incluir a los pacientes, dándoles una participación más activa en la planificación de la atención sanitaria (42).

Otra característica del trabajo en equipo es la comunicación entre estos, la que debe ser abierta y respetuosa, así se facilitarán los procesos de planificación, formulación de objetivos, la toma de decisiones y los mecanismos de resolución de problemas, promoviendo la responsabilidad compartida por la atención del paciente. Los resultados de esta colaboración son siempre positivos y beneficiosos para el paciente. Generalmente, las instituciones sanitarias con una seguridad del paciente positiva poseen un estilo comunicacional cuya piedra angular es la confianza, producto de la sinergia en las interacciones de los equipos de trabajo y la apertura de canales comunicacionales (42).

El enfoque de trabajo en equipo en el proceso de atención al paciente es ampliamente reconocido por ser un valioso instrumento de seguridad y gestión del riesgo, que se pone a

prueba, especialmente en situaciones clínicas intensas que exigen que el personal sea capaz de tomar decisiones difíciles, ejecute tareas diversas y complejas, exigiendo un grado de implicación y niveles de responsabilidad altos. Por estos motivos, el trabajo en equipo multidisciplinario tiende a aumentar la seguridad del paciente, mengua los errores en la atención, incrementa los niveles de satisfacción laboral así como el desempeño del personal de salud y económicamente, reduce los gastos derivados de una mala práctica sanitaria y las complicaciones acompañantes; sin embargo, la implementación del trabajo en equipos es muy complicada y en muchas ocasiones es un sueño utópico especialmente en países como el nuestro que cuenta con escasos recursos destinados a la salud (45).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir que en el trabajo en equipo es un aspecto relevante para la reducción de riesgos y consecuentemente alcanzar progresivamente un cuidado de enfermería más seguro al paciente, lo cual según lo referido por las enfermeras entrevistadas está en una oportunidad de mejora. Siendo relevante la participación de las enfermeras en equipos multidisciplinarios, una necesidad de los actores del sistema de salud. Ya que el personal se apoya mutuamente cuando tienen mucho trabajo, todos colaboran como un equipo para poder terminarlo, se tratan con respeto y cuando alguien está sobrecargado de trabajo suele encontrar ayuda en los compañeros. El trabajo en equipo aumenta la SP, mejora el desarrollo de los clientes y optimiza los costos en salud.

En la **Tabla N° 07** se muestra que solo 39.12% las enfermeras encuestadas refieren que en su servicio existe una comunicación franca que favorece la seguridad del paciente, lo cual podría ser explicado porque respondieron de manera positiva ante situaciones como que la libertad para poder hablar ante observaciones de situaciones que puedan afectar negativamente a la atención que recibe el paciente o que pueden cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores, en contraposición, aún existe el temor de hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje menor del 50% de respuestas positivas por tanto se puede considerar como una debilidad de la cultura de seguridad del paciente en el nosocomio investigados.

Estos resultados observados en la presente investigación son cercanamente similares a los reportados por López en un Hospital Público de Bogotá, quien reporta que el 48% de las enfermeras opinaron que existe una comunicación franca en sus servicios, por otro lado

Castañeda quien afirma que 59% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron reportar franqueza en la comunicación; al igual que Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital Colombia, reportó que solo 42.5% de las enfermeras refieren franqueza en la comunicación (8) (9) (18).

De acuerdo con las normas establecidas por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO), las organizaciones deben supervisar su funcionamiento en lo relativo a los procesos y resultados esenciales para la consecución de los objetivos de su misión corporativa. A través de la revisión de determinada información, es posible establecer como el grado de cumplimiento de los objetivos como los que están relacionados con la seguridad del paciente; la misma norma recomienda que las entidades nosocomiales consideren la posibilidad de esta recolección de datos como las necesidades de sus usuarios, el tipo de percepción de los riesgos que tiene el paciente y las sugerencias para poder fortalecer la seguridad del paciente, mediante la creación de espacios para recabar información sobre la problemática de la seguridad del paciente (42).

Igualmente, las instituciones pueden emplear una serie de métodos que les permita la obtención de la opinión sincera y abierta de su personal sobre sus preocupaciones, además de incluir las discusiones generadas en sesiones orientativas y de formación sobre seguridad del paciente, sesiones clínicas de seguridad del paciente institucionales y también otras formas de inspección visual más informales, éstas últimas se pueden efectuar independientemente por los diferentes departamentos, como los de gestión de riesgos de eventos adversos(42).

Asimismo, se señala la importancia de las encuestas sobre asuntos de cultura organizacional como un reflejo de la percepción del personal en cuanto al clima de seguridad de la organización. Favorecer la participación de los trabajadores en el análisis de las causas raíz de los eventos adversos y en los proyectos de mejora de la calidad destinados a la solución de los problemas de seguridad, se convierten igualmente en mecanismos efectivos para obtener sus opiniones. Recalamos que debemos recabar la opinión del paciente, esta se puede generar durante la realización actividades de relación formal con el paciente, la integración en grupos de discusión o mediante la aplicación de encuestas sobre la satisfacción del usuario además de los formularios de sugerencias y quejas. Todos los comentarios se pueden integrar posteriormente a nivel institucional. Solo de esta manera el equipo de salud entre el que

encontramos a las enfermeras tienen la posibilidad de comunicar de manera explícita los aspectos relacionados con la seguridad del paciente (42).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir que desde la percepción de las enfermeras entrevistadas la comunicación franca que favorece la seguridad del paciente es una debilidad, a pesar de ser un aspecto relevante para la reducción de riesgos y consiguientemente alcanzar la seguridad del paciente. Entendiendo que la comunicación franca, favorece la seguridad del paciente, implica crear espacios y estrategias para que el personal pueda hablar libremente respecto a situaciones que podrían estar afectando negativamente al paciente, o pueda cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores, o realice preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta es lo que requieren las enfermeras para comunicar continuamente la identificación y descenso de eventos adversos y riesgos inesperados en seguridad del paciente y el personal de salud.

En la **Tabla N° 08** se muestra que 51.79% las enfermeras encuestadas refieren que en el hospital existe el feed back y comunicación sobre errores que pudieran cometerse en el servicio, lo cual podría ser explicado porque respondieron de manera positiva ante situaciones como cuando se notifica algún incidente se informan qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo, se informa de los errores que ocurren en el servicio/unidad, se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje mayor del 50% de respuestas positivas con lo que se le califica como una oportunidad de mejora.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son inferiores a los reportados por López, López en un Hospital Público de Bogotá, quien reporta que el 63% de las enfermeras percibe que se realiza free back, por otro lado Castañeda quien afirma que 79.1% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron reportar retroalimentación y comunicación sobre errores; al igual que Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital Colombia, reportó que solo 41.1% de las enfermeras refieren comunicación sobre errores (8) (9) (18).

El objetivo principal de la recolección de información sobre los riesgos y sucesos que acontecen con los pacientes en el ámbito hospitalario es poder aprender del error, eliminando la probabilidad o evitando que se vuelvan a dar, es decir retroalimentación a partir de los

errores cometidos. Una de las estrategias utilizadas es el análisis de las generatrices de los problemas, una metodología útil para la caracterización de los factores causales basados en las fluctuaciones de rendimiento asociadas a los eventos adversos e intentos de incidente. Desde este enfoque se analiza retrospectivamente los orígenes y evolución de tales eventos buscando responder al porqué de su incidencia y descubrir sus raíces (42).

Luego de haber establecido el plan de acción a seguir, debemos enfocarnos en la socialización de nuestras conclusiones y difundir el plan trazado que corregirá los procesos y sistemas que sean necesario. El primer grupo que llevara a la culminación este plan es aquel en el que el incidente se presentó originalmente, el conocimiento de su reacción ante la propuesta a seguir y las estrategias que se implementarán como medidas correctivas constituye una valiosa fuente de datos para todo el equipo; igualmente hacemos hincapié en que la información recabada debe ser compartida mediante publicaciones científicas como medio de ampliar el campo de estrategias de mejora de la seguridad del paciente (42).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir feed back y comunicación sobre errores es un aspecto relevante para la reducción de riesgos y consiguientemente alcanzar la seguridad del paciente, lo cual según lo referido por las enfermeras entrevistadas está en un nivel de oportunidad de mejora. Implicando que la institución debe contar con mecanismos que permitan el aprendizaje a partir de los errores e incidentes relacionados con la seguridad del pacientes, cuando se notifica algún incidente se informan qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo, se informa de los errores que ocurren en el servicio/unidad, se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir, para esto la mala comunicación trae más problemas de eventos adversos y riesgos inesperados en seguridad del paciente y el personal de salud.

En la **Tabla N° 09** se muestra que 40.77% las enfermeras encuestadas asume que los errores relacionados con la seguridad del paciente general no respuestas punitivas, lo cual podría ser explicado porque respondieron de manera negativa ante situaciones como: si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra, cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable y cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje de respuestas positivas menor del 50% con lo que se califica una

debilidad en la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras entrevistadas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son inferiores a lo reportado por López en un Hospital Público de Bogotá, quien reporta que el 25% de las enfermeras perciben respuestas no punitivas a los errores, por otro lado Castañeda quien afirma que 46.8% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron reportar respuestas no punitivas a los errores; al igual que Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital Colombia, reportó que solo 49.2% de las enfermeras refieren respuestas no punitivas a los errores (8) (9) (18).

Varios profesionales pueden ver a un mismo paciente, con una o varias dolencias, en infinidad de escenarios clínicos. Para su estudio, se usa tecnología complicada. Para su diagnóstico y terapia, pueden existir varias opciones. En el Tratamiento se usan fármacos poderosos y técnicas delicadas que pueden por sí mismas provocar graves lesiones, casi siempre bajo presión, falta de tiempo y con una alta carga emocional de pacientes y familiares (42).

Tal vez el reto más urgente de la enfermería actual es doble: por un lado, combinar la sostenibilidad y la equidad social y por otro, poner a nuestro paciente como el centro y eje de las atenciones en todas sus dimensiones. Se trata de una crisis de crecimiento, en la que estudiar y gestionar los errores permite hacer más humanos a los que trabajan en el sistema de salud. Por este motivo se revisan los errores en la seguridad del paciente, haciendo énfasis en que la mayoría son profesionales de la salud y trabajan en un hospital (46).

Es importante para conocer la frecuencia y las características de los errores, lo que posibilitará desarrollar medidas eficaces de prevención y que aprendan tanto la organización como el profesional de enfermería. La idea principal es crear un proceso donde sea imposible que haya errores. Es conveniente disponer de un responsable que coordine y dinamice, un sistema de registro, un plan de análisis, objetivos específicos e indicadores de evaluación. Distintas herramientas básicas de calidad ayudarían a implantar este proceso, monitorizarlo y solucionar cualquier problema en la seguridad del paciente (46).

El análisis de dichos problemas relacionados con la seguridad del paciente debe darse

en el marco de respeto a las personas involucradas, favoreciendo el diálogo y la argumentación en una atmosfera que predisponga al intercambio de ideas (42).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir que la respuesta no punitiva a los errores es un aspecto relevante para la reducción de riesgos y consiguientemente alcanzar la seguridad del paciente, lo cual según lo referido por las enfermeras entrevistadas está en un nivel de debilidad. Siendo relevante implementar estrategias que permitan mejorar aspectos como que los compañeros o los superiores utilicen en contra la información respecto a algún error cometido, el énfasis en la búsqueda de culpables o el temor a que este error se convierta en un demérito en el legajo del personal.

En la **Tabla N° 10** se muestra que 29.96% las enfermeras encuestadas refieren que las dotación del personal es un aspecto que favorece la seguridad del paciente en el hospital, lo cual podría ser explicado porque respondieron de manera positiva y negativa ante situaciones como los servicios cuentan con personal suficiente para afrontar la carga de trabajo, sin embargo, a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora, y que en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal, las enfermeras resaltan que en varias ocasiones trabajan bajo presión para realizar demasiadas cosas en el menor tiempo posible. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje menor del 50% de respuestas positivas por tanto se puede considerar como una debilidad de la cultura de seguridad del paciente en el nosocomio investigados.

Estos porcentajes obtenidos en la presente investigación son cercanamente similares a los reportados por López en un Hospital Público de Bogotá, quien reporta que 36% de las enfermeras entrevistadas asume que la dotación del personal es un aspecto que se relaciona con la seguridad del paciente, por otro lado Castañeda quien afirma que 48.3% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron reportar dotación del personal; al igual que Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital Colombia, reportó que solo 18.2% de las enfermeras refieren que hay dotación del personal (8) (9) (18).

El propósito general del Departamento de Servicios de Enfermería de cualquier hospital es poder atender a la demandas y necesidades de cuidados de enfermería de la población sujeto

de atención, es responsabilidad de la administradora o jefa del departamento de enfermería conseguir la cantidad y categorías de personal de enfermería que puedan satisfacer las necesidades de los servicios, garantizando que estos cuenten con personal durante las 24 horas del día de todas las semanas (47).

Actualmente la prestación de servicios de enfermería es el producto de un complejo conjunto de elementos del sistema de atención en salud, con las características de los pacientes, distribución del personal de enfermería por especialidades y carga laboral. Usualmente, la dotación del personal de enfermería en los diferentes servicios nosocomiales se rige tradicionalmente de acuerdo con la planeación y decisión del personal administrativo frente al personal de enfermería que dispone la institución (47).

La dotación de personal y carga de trabajo conforman un componente de gestión de los servicios de salud. El personal de enfermería establece la carga de trabajo y distribución de pacientes, en consonancia con la clasificación de la dirección respecto a la prestación de los cuidados y la producción y recursos financieros, planificados en base a la previsión de los recursos humanos en salud. Diversas investigaciones han evidenciado que los servicios de enfermería de la mayoría de los países, enfrentan una gran crisis ocasionada por el desequilibrio entre la exigua oferta de enfermeros que no puede hacer frente a la demanda excesiva de pacientes, sumado a las precarias condiciones laborales, el incremento del riesgo laboral del personal, la falta de posicionamiento de esta disciplina y participación en la toma de decisiones del sector salud que desde luego, repercute en el cuidado enfermero (47).

Debido a que la enfermera tiene mayor contacto con el pacientes es que se observa que los mayores índices de reportes de eventos adversos frecuente se dan por este grupo profesional; también, el personal de enfermería es más efectivo en la prevención de eventos adversos tales como infecciones nosocomiales, úlceras por presión y otras consecuencias asociadas a los cuidados de enfermería. Cada servicio debería contar con un equipo adecuado de enfermeras que puedan monitorear y supervisar efectivamente la detección y tratamiento de las complicaciones asociadas a la terapia (47).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir que dotación del personal es un aspecto relevante para la reducción de riesgos y consiguientemente alcanzar la seguridad del paciente, lo cual según lo referido por las enfermeras entrevistadas está en una debilidad. Debiéndose implementar estrategias dirigidas a mejorar el número asignado de personal para afrontar la carga de trabajo, de tal forma que se proporcione la mejor atención sin implicar que la jornada laboral sea agotadora, reducir el personal sustituto o temporal en los servicios, la presión por realizar muchas actividades apuradas, ya que la dotación del personal aumenta la seguridad del paciente, mejora la actuación del trabajador y optimiza los costos en salud.

En la **Tabla N° 11** se muestra que 34.44% las enfermeras encuestadas refieren que en el hospital existe apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente, lo cual podría ser explicado porque respondieron de manera positiva ante situaciones como la gerencia o la dirección del hospital: mantiene un clima organizacional que coadyuva en la seguridad del paciente, demuestra fácticamente que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, pero también las enfermeras señalan que la gerencia sólo parece interesarse por la SP cuando ya ha ocurrido algún eventos adversos en un paciente. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje de respuestas positivas menor del 50% con lo que se califica una debilidad en la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras entrevistadas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son inferiores a los reportados por López en un Hospital Público de Bogotá, quien reporta que el 78% de las enfermeras perciben que existe apoyo de la gerencia del hospital para la seguridad del paciente. Por otro lado Castañeda quien afirma que 91.6% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron reportar apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente; al igual que Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital Colombia, reportó que solo 15.9% de las enfermeras refieren ayuda de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente(8) (9) (18).

Este apoyo también se percibe en la manera en que los directivos y gerentes procuran un clima laboral que beneficie a la seguridad del paciente. Sin embargo, las enfermeras muestran descontento ante las políticas de la gerencia y la gestión de personal, las mismas que son percibidas negativamente para la seguridad del paciente (41).

Hablar de gestión, es referirnos a las acciones que se coordinan y se orientan hacia la consecución de los objetivos y metas de la institución, utilizando de la mejor manera posible los diversos recursos de los que dispone la organización, para la obtención de resultados. El trabajo de gestión inicia con la evaluación de las necesidades, el establecimiento de metas, la selección de cursos de acción apropiados tratando de disminuir las incertidumbres, la ejecución de acciones proactivas o correctivas, la evaluación de los procesos y la motivación de las enfermeras hacia el logro en la seguridad del paciente (42).

Para el logro de la seguridad del paciente, debemos reconocer que el personal de supervisión actúa como un eficaz catalizador en el desarrollo del clima laboral. Las evidencias apuntan a que son los servicios cuyos supervisores animan al análisis abierto y sin juicios de los errores, dentro de un ambiente de respeto e igualdad quienes consiguen una mayor tasa de detección de errores. Si la cultura laboral está en consonancia con la seguridad, se produce un incremento en el número de notificaciones de errores, también se ha demostrado que las interacciones del grupo se correlacionan con el espíritu de equipo y en la motivación del personal para dar lo mejor de sí mismo, interesándose por ofrecer una atención de calidad en el cuidado al paciente (42).

Si se quiere desarrollar una cultura de seguridad efectiva, las organizaciones deben encontrar nuevas formas de superar la brecha existente entre directivos y personal de atención al paciente. Los primeros necesitan ser capaces de generar confianza y credibilidad en el personal de salud, conocer los problemas de primera mano, mientras que el personal de atención requiere de un canal que le permita poder expresar sus inquietudes por los temas de seguridad y para facilitar el cambio a través de ciclos de mejora rápidos (42).

A partir de lo antes mencionado se puede inferir que en el apoyo de la gerencia es un aspecto relevante para la reducción de riesgos y consiguientemente alcanzar la seguridad del paciente, lo cual según lo referido por las enfermeras entrevistadas es una debilidad. Debido que el éxito de las acciones de mejora, en cuanto a la seguridad del paciente, implementadas en el servicio, dependen del grado de involucramiento de los gerentes, dados que en ellos recae la función de facilitar y supervisar el cumplimiento de la seguridad, convirtiéndose en un aspecto relevante para la reducción de riesgos en el paciente.

La Dimensión sobre cultura de seguridad a nivel del hospital se valoró en base a 2 sub dimensiones.

En la **Tabla N° 12** se muestra que 36.57% de las enfermeras encuestadas refieren que existe los trabajo en equipo entre unidades que favorece la seguridad del paciente, lo cual podría ser explicado porque respondieron de manera positiva y negativa ante situaciones como, hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente, los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí, para proporcionar la mejor atención posible y respondieron negativamente ante situaciones como, las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas, suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades. Esta sub dimensión obtuvo un porcentaje de respuestas positivas menor del 50% con lo que se califica una debilidad en la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras entrevistadas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son inferiores a los reportados por López en un Hospital Público de Bogotá, quien reporta que 55% de las enfermeras afirma que existe trabajo en equipo entre unidades del hospital; por otro lado Castañeda quien afirma que 71.3% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron trabajo en equipo entre áreas; así mismo Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital de Colombia reportó 68% de las enfermeras refieren trabajo en equipo entre las unidades (8) (9) (18).

La mayor parte de las organizaciones reconocen la importancia del trabajo en equipo debido a que facilita una mayor implicación, motivación y capacidad de los profesionales de salud para solucionar sus problemas y además, origina una mayor calidad en los servicios de salud y una mejor orientación hacia los resultados. Crear un equipo eficaz es una herramienta poderosa tanto para el desarrollo y crecimiento de la organización como de cada uno de las personas que componen un equipo de trabajo. Un tema clave para conseguir la eficacia de un equipo es la comunicación, dominar esta técnica y aprender del entorno y de los integrantes del equipo constituye la base de la relación profesional (48).

Trabajar en equipo es compartir las actividades ayudándose mutuamente unos a otros para solucionar los procedimientos que se presentan a diario y así poder lograr un buen resultado laboral y un desarrollo profesional de cada integrante del equipo de salud, se

considera fundamental que los licenciados de enfermería trabajen en equipo entre unidades dentro de un hospital, demostrando este hecho tener una repercusión directa en la calidad y en la eficacia del cuidado, proporcionado un cuidado con el mínimo de riesgos.

A partir de lo antes mencionado puede inferirse que son una minoría las enfermeras entrevistadas quienes refieren que existe cooperación y trabajo conjunto entre las áreas y/o servicios del Hospital, con lo que podría asumirse que la implicación, motivación y capacidad de los profesionales de enfermería para solucionar problemas relacionados con el cuidado que se brinda al paciente son deficientes. Consecuentemente se vería afectada calidad en los servicios prestados y la obtención de los resultados deseados de la atención sanitaria se lograría difícilmente, con lo que el riesgo de que las personas a su cuidado sufran eventos adversos es muy alto, hecho que requiere una atención inmediata ya que con el porcentaje alcanzado de respuestas positivas (< 50%) es considerado una debilidad que debe revertirse.

En la **Tabla N° 13** se muestra que solo 34.09% de las enfermeras encuestadas reconocen que los procesos de cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades son efectivos, lo cual es un aspecto que favorece la generación de errores en la atención del paciente, hecho que podría ser explicado porque respondieron de manera negativa ante situaciones como la información de los paciente se pierde cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra, en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente, el intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático y por ultimo surgen molestias en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno. Esta sub dimensión obtuvo un puntaje menor del 50% por lo que se considera como una debilidad de la cultura organizacional que es necesario revertir.

El resultado obtenido en la presente investigación es inferior al reportado por López en un Hospital Público de Bogotá, quien reporta que 45% de las enfermeras perciben que existen problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades; por otro lado Castañeda quien afirma que 61.9% de las enfermeras de un hospital general de Medellín refirieron Problemas en cambios de turno y transiciones entre áreas/servicios; por otro lado, Orkaizagirre, en su investigación realizada en un hospital de Colombia, reportó que 40% de las enfermeras refieren dificultades de cambio de turno y evoluciones entre bienes y unidades

(8) (9) (18).

Sexton recalca la importancia del cambio de turno como el medio por el que el personal hace intercambio de información para asegurar y mantener la continuidad y la calidad de la atención en pro de la seguridad del paciente, dentro de un marco que legaliza la práctica profesional. También menciona como una falencia la falta de estructura y forma del reporte de enfermería, generando que la información transmitida sea irrelevante, repetitiva y especulativa, llegando a comprometer este proceso por la ausencia de una directriz establecida. Mientras que para Terry, las transiciones son una responsabilidad laboral en que se rinden cuentas del cuidado administrado a un paciente, que se traslada de una enfermera a otra (49).

Por ello, el cambio de turno es ante todo un momento en que la comunicación establecida entre el personal tiende a la promoción del cuidado, la seguridad y la selección de las mejores prácticas que permitan la eliminación o disminución de los riesgos para el paciente, además de ser un espacio que permite la socialización con el paciente y su familia, permitiéndole al personal poder vincularse con el paciente, su familia y el resto del personal, para resolver en equipo aquellas dificultades presentadas en el transcurso del turno, y así compartir las soluciones y las actividades que han quedado pendientes (49).

Lamentablemente, la presencia de barreras como problemas comunicacionales, dificultades generadas por el número de pacientes o la poca disponibilidad del tiempo, muchas veces actúan en contra impidiendo que se realice una adecuada transferencia y generando que la información se sesgue llegando incompleta; estas barreras constituyen una de las principales causas de la aparición de eventos centinela, tales como errores de medicación, estancias hospitalarias más prolongadas toma de pruebas de diagnóstico innecesarias, e insatisfacción del paciente (49).

Otro factor a considerar es el horario de trabajo de las enfermeras, el mismo que puede alterar la eficacia de la entrega del turno, podemos observar que en los horarios de inicio y finalización del trabajo se da una superposición de apenas 10 minutos entre los turnos, generando un tiempo insuficiente para poder reportar adecuadamente e influenciado negativamente en el desempeño de enfermería, como emisor de la información y en consecuencia, se desarrollan implicaciones tanto para la asistencia como para la gestión del

servicio (49).

En función de lo antes mencionado se puede inferir que el bajo porcentaje de enfermeras que reconocen la efectividad de los procesos de cambio de turno y transiciones entre servicios pone en relieve que en su gran mayoría es considerado como ineficiente, aun cuando es un proceso importante de intercambio de información para asegurar y mantener la continuidad y la calidad de la atención en pro de la seguridad del paciente. En el contexto investigado, la situación antes descrita, podría estar condicionada por problemas comunicacionales, escasa disponibilidad de tiempo, dificultades por la complejidad y el gran número de pacientes, entre otros que amerita ser intervenido mediante estrategias de capacitación, supervisión y la estandarización de la comunicación entre el personal durante la entrega del reporte de enfermería y el cambio de turno.

V.- CONCLUSIONES

1. Respecto a la Cultura de seguridad del paciente 44.31% de enfermeras entrevistadas consideraron que es una debilidad; por tanto requiere reflexionar acerca la necesidad de ajustes en las estrategias de gestión y acciones para mejorar el grado de seguridad del paciente en el hospital.
2. Respecto a la Dimensión Resultados de la cultura de seguridad del paciente las enfermeras entrevistadas identificaron como oportunidad de mejora a la frecuencia de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente notificados (51.24) % y como una debilidad a la percepción global de la seguridad del paciente (33.47%).
3. Respecto a la Dimensión cultura de seguridad a nivel de la unidad/servicio las enfermeras entrevistadas identificaron como oportunidad de mejora a el trabajo en equipo en la unidad/servicio (68.80%), aprendizaje organizacional/mejora continua (61.43%), la expectativas y acciones de la dirección/supervisión de las unidades/servicio que favorecen la seguridad del paciente (53.31%), y feed back y comunicación sobre errores que pudieran cometerse en el servicio (51.79%). Y como debilidad identificaron a respuestas no punitivas a los errores (40.77), comunicación franca que favorece la seguridad del paciente (39.12%), apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente (34.44%) y dotación del personal es un aspecto que favorece la seguridad del paciente en el hospital (29.96%).
4. Respecto a la Dimensión Cultura de seguridad a nivel del hospital que las enfermeras entrevistadas identificaron como debilidad al trabajo en equipo entre unidades que favorece la seguridad del paciente (36.57%) problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades (34.09%).

VI.- RECOMENDACIONES

- 1.** A las instituciones de salud pública y privada se les recomienda realizar estudios que profundicen en aspectos de la cultura de seguridad del paciente, tales como los factores que condicionan su comportamiento en los servicios de enfermería abordándola de manera cualitativa.
- 2.** Se recomienda la difusión de los resultados de este estudio entre el personal de enfermería para que analicen y reflexionen sobre su práctica asistencial, tratando de implementar estrategias de gestión que incidan en la supervisión y en los procesos de entrega de pacientes para mejorar los cuidados que repercutan en la seguridad del paciente.
- 3.** Fomentar la educación continuada de las licenciadas de enfermería del Hospital Regional Docente las Mercedes, por medio de las capacitaciones en base a temas relacionados con trabajo en equipo, comunicación sobre errores, generación de la cultura de la seguridad del paciente, para lograr alcanzar conocimientos globales en la aplicación de acciones seguras en la atención de sus usuarios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranaz J, Aibar C, Limón R, Amarilla A, Restrepo F, Urroz O, et al. Diseño del estudio IBE. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista de Calidad Asistencial* 2011; 26(3): p. 194-200.
2. Ortega C, Suárez M, Jiménez M, Añorve G, Cruz C, Cruz A. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación México, DF: Editorial Médica Panamericana; 2009.
3. Ramírez O, Gámez A, Gutiérrez A, Salamanca J, Vega A, Galeano M. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Rev. Avances de Enfermería*. 2011; 29(2).
4. Achuri D, Bernal D, Zea N. Seguridad del paciente en estado crítico. *Revista de actualizaciones en Enfermería*. 2017; 28(7): p. 85-95.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
6. Salud OMD. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud., Consejo Ejecutivo.
7. Bernal D, Garzón N. Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos 2008. Tesis de Especialista. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería. Especialización en cuidado crítico.
8. Aibar C, Obón B, Moliner J, Gutiérrez I. Seguridad del paciente: En el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. 1st ed. España: Universidad de Zaragoza; 2015.
9. Merino M. Seguridad del paciente: Un reto para la asistencia sanitaria Madrid; 2012.
10. Ayuso D, Begoña A. Gestión de la Calidad de Cuidados en Enfermería. España: Díaz de Santos; 2015.

11. Cometto M, Gómez P, Marcon G, Zarate R, De Bortoli S, Falconi C. Enfermería y Seguridad de los pacientes. 1st ed. Washington: Paltex; 2011.
12. Meléndez C, Garza R, González J, Castillo S, González S, Ruiz E. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en. *Rev Cuid.* 2014; 5(2): p. 74-81.
13. Ruelas E, Sanabria O, Tobar W. Seguridad del paciente hospitalizado. 1st ed. México: Ed. Médica Panamericana; 2014.
14. Quesada A, Rabanal J. Procedimientos técnicos en: urgencia, medicina crítica y pacientes de riesgo. 1st ed. Madrid: Majadahonda; 2012.
15. Paz F, Serrano D. Enfermería en descripción uso y manejo de fármacos y productos sanitarios España: Díaz de santos; 2014.
16. Olivera G, Agra Y. Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria Medical: Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). Madrid; 2010.
17. Moreno M, Interrial G. Calidad y seguridad en la atención del paciente. 1st ed. México: Trillas; 2016.
18. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista médica clinica Condes.* 2017; 28(5): p. 785 - 795.
19. Castañeda H, Garza R, González J, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencias de Enfermería.* 2013; 19(2): p. 77 - 88.
20. Achury M, Achury F, Rodríguez M, Díaz C. Fundamentos enfermeros en el proceso de administración de medicamentos. 1st ed. Bogotá; 2013.
21. RM N° 519-2006/MINSA. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Resolución Ministerial. Ministerio de Salud.

22. HRDLM. Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de La Seguridad de la Cirugía.
23. WHO. Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide..
24. Martínez A. Gestión sistémica del error: el enfoque del queso suizo en las auditorías. INNOTEC Gestión. 2012;(4).
25. Vasco I. Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del hospital de Mérida. Tesis Doctoral. Mérida: Universidad de Extremadura.
26. MINSA. Norma Técnica Vigilancia de Incidentes y Eventos Adversos. Norma Técnica. MINSA.
27. Medicine Tlo. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. USA.
28. Garzón M, Vargas E. El aprendizaje organizacional en las empresas sociales del Estado, adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá. 2005; 4(9): p. 139 - 158.
29. Moreno M, Rodríguez L. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería España; 2014.
30. Alvarado A. Administración y mejora continua en enfermería. 1st ed. México; 2012.
31. Ramírez A, Ocampo L, Pérez P, Velásquez T, Yarza S. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. Acta Médica. 2011; 9(3).
32. Medina P, González T. Comunicación hospitalaria: un plan para el siglo XXI. Madrid; 2013.
33. Tisne L. Protocolo sistemas de entrega de turno en las unidades clínicas. Hospital Santiago del Oriente.
34. Ferrer M, Camaño R. Dotación de enfermeras en los hospitales españoles: análisis comparativo. Index Enferm. 2017; 26(3).

35. Álvarez F, Faizal E. Gerencia de Hospitales e Instituciones de Salud. 1st ed. Bogotá; 2013.
36. Redondo A, Tejado A, Rodríguez B. El celador y el trabajo en equipo. 1st ed. España; 2012.
37. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. 2017; p. 785 -795.
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Cuestionario. Madrid.
39. Hernández S. Metodología de la investigación. 5th ed. México: McGraw Hill; 2010.
40. Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición. Informe Belmont. México D.F.
41. Orkaizagirre A. La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza.
42. Vargas M, Recio M. Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales: de las ideas a la acción España; 2008.
43. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Supervisión de Enfermería. San Salvador: Dirección de Regulación, Unidad de Enfermería.
44. Membrano J. Innovación y mejora continua según el modelo de excelencia. 2nd ed. España; 2002.
45. Rando A. Trabajo en equipo ¿es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? 2016; 32(1): p. 59 - 67.
46. Jiménez V. Errores de seguridad en Atención Primaria. 2016.
47. Meza M. Dotación de recursos humanos en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados. 2009; 17(3): p. 153 - 157.
48. Cuadros C, Grillo P, Toffoletto C, Henriquez C, Canales J. Ocurrencia de Incidentes de Seguridad del Paciente y Carga de Trabajo de Enfermería. Am. Enfermagem. 2017; 10(25): p. 8.

49. Martínez M, Salvador M. Aprender a trabajar en equipo. 1st ed. España: Grupo Planeta Spain; 2011.
50. Hernández S. Metodología de la investigación. 5ta Ed. México: McGRAW- HILL; 2010.105p.
51. Esperanza D. Carvajal N. Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeros de Atención Primaria. 2 da Ed. Colombia: 2018.45p.
52. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J. Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá, Colombia. Cienc. enferm. [Internet]. 2015 Dic [citado 2020 Feb 09]; 17(3): 97-111.
53. Molina A. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR - EsSALUD. Lima, Perú. [Internet]. 2017 Dic [citado 2020 Feb 09]; 17(3): 97-111.

VIII. ANEXOS

Anexo N°1: Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: VERSIÓN ESPAÑOLA DEL HOSPITAL SURVEYON PATIENT SAFETY.

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 25 minutos.

Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.

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

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

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

Muy de acuerdo	MA = 5
De acuerdo	A= 4
Muy indiferente o intermedia	I= 3
En desacuerdo	D= 2
Muy en Desacuerdo	MD= 1

Sección A: Su Servicio/Unidad

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

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección B: Su Hospital

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

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

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

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad. Mínima seguridad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máxima seguridad	
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año:
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año:
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año:
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	

1 Anestesiología/Reanimación <input type="checkbox"/>	12 Pediatría <input type="checkbox"/>
2 Cirugía <input type="checkbox"/>	
	16 Emergencia <input type="checkbox"/>
6 Medicina Interna <input type="checkbox"/>	17 UCI (cualquier tipo) <input type="checkbox"/>
7 Obstetricia y Ginecología <input type="checkbox"/>	18 Neurología <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	19 Traumatología <input type="checkbox"/>
9 Nefrología <input type="checkbox"/>	20 Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
11 Oncología <input type="checkbox"/>	22 Otro, por favor, especifique.....
52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?	

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad

53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.					
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	1	2	3	4	5
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	1	2	3	4	5
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	1	2	3	4	5

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems.

Tabla 3. Ítems formulados negativamente en el cuestionario

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

Anexo N°2: alfa de cronbach

❖ Determinación del Grado de Confiabilidad (ALFA DE CRONBACH)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left| 1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right|$$

$K = \#$ de ítems

$\sum Vi =$ Sumatoria Varianza Individual

$Vt =$ Varianza Total

$$\alpha = \frac{61}{61-1} \left| 1 - \frac{594.2}{16,244.2} \right|$$

$$\alpha = 1.0167 | 0.9634 |$$

$$\alpha = 0.98$$

El grado de confiabilidad es 0.98 es un grado muy alto.

❖ Determinación de la muestra

$$n = \frac{z^2 p^* q^* N}{E^2 (N-1) + z^2 p^* q}$$

<i>Grado de Confiabilidad</i>	α	0.98
<i>Distribución Normal estandarizada</i>	Z	1.98
<i>Si tiene características de Interés</i>	p	0.50
<i>No tiene características de interés</i>	q	0.50
<i>Error</i>	E	0.05
<i>Tamaño de la población</i>	N	176

$$n = \frac{1.98^2 * 0.5 * 0.5 * 176}{0.05^2 (176-1) + 1.98^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 121$$

Por lo tanto, se debería aplicar un número total de **121** encuestas.

Anexo N°3: Resolución de Comité de Ética



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 547-2018-USAT-FMED
Chiclayo, 11 de setiembre de 2018

Vista la solicitud N° 153759 de fecha 10 de setiembre de 2018 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación del estudiante Núñez Samaniego Eric Iván, de la Escuela de Enfermería.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: **Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, Perú - 2018**, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Disponer que el estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA
FACULTAD DE MEDICINA

MSc. Blgo. Antero Enrique Yacarini-Martínez
Secretario Académico
Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

Méd. Jorge Luis Lino Liza
Decano (e)
Facultad de Medicina

Anexo N°4: Permiso de Institución (hospital)



GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
Gerencia Regional de Salud
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES"
CHICLAYO



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES

N° 401/18

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes", autoriza a:

NUÑEZ SAMANIEGO, ERIC IVAN

Estudiante de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para que realice la Ejecución del Proyecto de Tesis Titulado: **"CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS DEL HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES- CHICLAYO, 2018"**, en el Departamento de Enfermería de este Nosocomio, durante el periodo de Setiembre - Diciembre del presente año.

Chiclayo, Setiembre del 2018.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP. REG./DOC. "LAS MERCEDES" - CHICLAYO

Dr. Alfredo Enrique Teque
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
C.M.P. 39058 - R.N.E. 21598

Tradición que protege tu salud!!!