



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de
los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud-2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de Salud

AUTOR:

Br. Laura Amparo Mercado Yupanqui

ASESOR:

Mgtr. Castañeda Núñez Eliana

SECCIÓN

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

PERÚ - 2018

Dra. Jessica Palacios Garay
Presidente

Dra. Karen Zevallos Delgado
Secretario (a)

Mgtr. Eliana Castañeda Núñez
Vocal

Dedicatoria

A Dios, por protegerme y acompañarme en todo momento, por haberme dado salud, iluminando mi camino y brindarme fortaleza para superar dificultades.

A mis queridos padres Segundo y Virginia, por ser el pilar fundamental en mi vida y brindarme todo su amor, fortaleza, apoyo, confianza y entrega para poder cumplir todos mis sueños. Gracias por formarme con buenos sentimientos y valores.

Agradecimiento

A la profesora y asesora de Tesis, Mgtr. Eliana Castañeda Núñez, por su sabiduría, paciencia y constancia en cada asesoría, a quien le agradezco el hecho de haber culminado ésta tesis; además por la motivación, confianza y el tiempo incondicional brindado en el presente trabajo de investigación.

Al Hospital II Ramón Castilla EsSalud, y al Personal de Salud, por su apoyo y tiempo brindado para la ejecución de la investigación.

Declaración de Autoría

Yo, **Laura Amparo Mercado Yupanqui**, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “**Cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017**”, presentada, en 92 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 24 de marzo del 2017

Laura Amparo Mercado Yupanqui

DNI: 42747686

Presentación

Señores miembros del jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017”; con la finalidad de determinar la situación actual de la Cultura de Seguridad del paciente por Personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud.

Esta investigación es un trabajo desarrollado por ser un problema grave en todo el mundo ya que siempre ha existido una clara preocupación por los efectos negativos que puedan ocasionar en la atención sanitaria; por eso, el tema de seguridad de los pacientes ha captado la atención de todos los involucrados en la atención de la salud a nivel internacional, ya que muchas personas mueren en los hospitales como resultado de los eventos adversos cifras que superan la mortalidad en los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA.

La investigación consta de 7 capítulos estructuralmente interrelacionados en forma secuencial determinados por la Universidad César Vallejo en su reglamento, como son: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Marco metodológico, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusiones, Capítulo V: Conclusiones, Capítulo VI: Recomendaciones, Capítulo VII: Referencias y VIII Anexos.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La autora.

Lista de contenido

	página
Páginas Preliminares	
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Lista de contenidos	vii
Lista de Tablas	ix
Lista de Figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	13
1.1 Antecedentes	14
1.2 Fundamentación de la cultura de seguridad	19
1.3 Justificación	32
1.4 Problema	35
1.5 Objetivos	36
II. Marco metodológico	38
2.1. Variables	39
2.2. Operacionalización de variables	39
2.3. Metodología	40
2.4. Tipos de estudio	40
2.5. Diseño de Investigación	41
2.6. Población, muestra y muestreo	41
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
2.8. Validación y la confiabilidad	45
2.9. Métodos de análisis de datos	46
III. Resultados	47
IV. Discusión	55
V. Conclusiones	58
VI. Recomendaciones	60

VII.	Referencias bibliográficas	62
VIII.	Anexos	66
	Anexo A. Matriz de Consistencia	67
	Anexo B. Matriz de datos	70
	Anexo C. Instrumento	73
	Anexo D. Artículo Científico	77
	Anexo E. Autorización para ejecución de proyectos de Tesis	85
	Anexo F. Formato de validación de instrumento	86

Lista de Tablas

		página
Tabla 1.	Matriz de Operacionalización de la Variable Cultura de Seguridad	39
Tabla 2.	Distribución del personal según la estructura orgánica del Hospital II Ramón Castilla	41
Tabla 3.	Distribución del personal de órgano de línea según servicio que labora del Hospital II Ramón Castilla	42
Tabla 4.	Distribución de la muestra que participaron en el estudio	43
Tabla 5.	Descripción de la Ficha Técnica	44
Tabla 6.	Consolidación de Juicio de Expertos	45
Tabla 7.	Consolidación de Confiabilidad	46
Tabla 8.	Interpretación de coeficiente de confiabilidad	46
Tabla 9.	Distribución de los niveles de Cultura de Seguridad	48
Tabla 10.	Distribución de los niveles en la dimensión satisfacción laboral	49
Tabla 11.	Distribución de los niveles en la dimensión trabajo en equipo	50
Tabla 12.	Distribución de los niveles en la dimensión organización, dirección del servicio y el hospital	51
Tabla 13.	Distribución de los niveles en la dimensión clima de seguridad	52
Tabla 14.	Distribución de los niveles en la dimensión condición de trabajo	53
Tabla 15.	Distribución de los niveles en la dimensión reconocimiento del nivel de estrés	54

Lista de Figuras

	página
Figura 1. Distribución de los niveles de Cultura de Seguridad	48
Figura 2. Distribución de los niveles en la dimensión satisfacción laboral	49
Figura 3. Distribución de los niveles en la dimensión de trabajo en equipo	50
Figura 4. Distribución de los niveles en la dimensión organización, dirección del servicio y el hospital	51
Figura 5. Distribución de los niveles en la dimensión clima de seguridad	52
Figura 6. Distribución de los niveles en la dimensión condición de trabajo	53
Figura 7. Distribución de los niveles en la dimensión reconocimiento del nivel de estrés	54

Resumen

El presente trabajo de investigación descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la situación actual de la Cultura de Seguridad del paciente por Personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017; se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, se trabajó con una muestra de 50 personas que laboran en los servicios de Medicina, Cirugía y Emergencia. Los datos fueron recolectados aplicando la técnica de la encuesta sobre Cultura de seguridad (alfa de Cronbach 0,8).

Los resultados obtenidos indicaron que el nivel de cultura de seguridad que percibe el personal de salud obtuvo un nivel alto representado por 56%, el 16% tuvo un nivel medio y el 28% percibió un nivel bajo. En las dimensiones: satisfacción laboral el 78% percibe un nivel de cultura de seguridad alto; trabajo en equipo el 68% presento un nivel alto; percepción de la organización, dirección del servicio y el hospital el 64% presentó un nivel alto; clima de seguridad el 52% presentó un nivel medio; condición de trabajo el 44% presentó un nivel alto y reconocimiento del nivel de estrés el 76% presentó un nivel de cultura de seguridad alto.

Se concluyó que: El nivel de cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla fue alto, así como en las dimensiones satisfacción laboral, trabajo en equipo, percepción de la organización, dirección del servicio; condición de trabajo y reconocimiento del nivel de estrés; sin embargo en la dimensión clima de seguridad el nivel de cultura de seguridad fue medio.

Palabras clave: Cultura, seguridad del paciente, encuesta de seguridad, incidente, error, falla.

Abstract

The present descriptive research work, with non-experimental cross-sectional design, aimed to determine the current situation of the Patient Safety Culture by Health Personnel of the Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017; non-probabilistic sampling was used for convenience, we worked with a sample of 50 people working in the services of Medicine, Surgery and Emergency. Data were collected using the Safety Culture Survey (Crombach's alpha 0.8) technique.

The results indicated that the level of safety culture perceived by health personnel was high, represented by 56%, 16% had an average level and 28% perceived a low level. In the dimensions: job satisfaction, 78% perceived a high level of safety culture; teamwork 68% had a high level; perception of the organization, management of the service and the hospital 64% presented a high level; security climate 52% showed an average level; working condition 44% presented a high level and recognition of the stress level 76% presented a high level of safety culture.

It was concluded that: The level of safety culture of the patient by the health personnel of the Hospital II Ramón Castilla services was high, as well as in the dimensions of job satisfaction, teamwork, perception of the organization, direction of the service; work condition and recognition of the level of stress; however in the security climate dimension the level of safety culture was medium.

Keywords: Culture, patient safety, safety survey, incident, error, failure

I. Introducción

1.4. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes Internacionales.

Olivera (2017) en su investigación *Análisis de la cultura de Seguridad del Paciente en los profesionales de atención primaria del sistema Nacional de Salud para optar el grado de doctor por la Universidad Rey Juan Carlos, España*, cuyo objetivo fue determinar la percepción que tienen los profesionales de los centros de atención primaria (CAP) en España sobre la cultura de seguridad del paciente. Empleó un estudio de nivel descriptivo, transversal; la técnica empleada para recolectar la información fue el cuestionario. La muestra estuvo constituida por 7410 profesionales. Llegó a las siguientes conclusiones: (a) La percepción que tienen los profesionales que trabajan en el ámbito de atención primaria acerca de la seguridad del paciente es considerada como buena, (b) siendo más positiva en aquellas dimensiones que implican aspectos relacionados con el trabajo diario y el seguimiento de los pacientes en el CAP; así mismo las puntuaciones más bajas se obtuvieron en ritmo y carga de trabajo.

Lima *et. al* (2017) en su estudio titulado *Evaluación de la cultura de seguridad en hospitales públicos en Brasil*, cuyo objetivo fue evaluar la cultura de seguridad en tres hospitales públicos. Empleo un estudio descriptivo de corte transversal; utilizó para recolectar información el cuestionario Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). La muestra estuvo constituida por 573 profesionales entre técnicos, enfermeros, médicos y otros profesionales. Llegaron a las siguientes conclusiones: (a) El nivel de cultura de seguridad encontrado se encuentra debajo de lo ideal y (b) Las acciones administrativas son consideradas como el principal contribuyente para la fragilidad de la cultura, entretanto los profesionales se demostraron satisfechos con el trabajo.

Vasco (2017) en su estudio titulado *Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente de la Enfermería del Hospital de Mérida* para optar el grado de doctor en Enfermería por la Universidad de Extremadura, España, cuyo objetivo fue analizar la Cultura de Seguridad del paciente de la Enfermería del Hospital de Mérida. Empleó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal; la herramienta utilizada para recolectar información fue el cuestionario. Llegó a las

siguientes conclusiones: (a) La Enfermería del HM tiene una percepción positiva con respecto a la cultura de seguridad en general y (b) las dimensiones detectadas como fortalezas fueron el trabajo en equipo, la labor de los supervisores en la seguridad del paciente, así mismo las dimensiones consideradas debilidades fueron la dotación de personal y el apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente.

Orkaizagirre (2016) en su investigación titulada *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias* para optar el grado de doctor en Enfermería por la Universidad de Zaragoza, España, cuyo objetivo fue conocer si las enfermeras noveles en unidades médicas y quirúrgicas del Hospital Universitario Donostia (HUD) cometen eventos adversos y notifican incidentes y la influencia de los factores sociodemográficos y aquellos contemplados dentro de la cultura de seguridad que podrían favorecerlos. Empleó un estudio observacional, de nivel descriptivo; de diseño no experimental: transversal. La técnica empleada para recolectar información fue el cuestionario CEHSP (Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre seguridad del paciente). La muestra estuvo constituida por 247 enfermeras que trabajan en contacto directo con los pacientes en unidades médico-quirúrgicas del HUD. Llegó a la siguiente conclusión: (a) En las unidades hospitalarias médicas y quirúrgicas las enfermeras noveles cometen más eventos adversos (errores de medicación y caídas) y notifican más incidentes que las enfermeras con mayor experiencia que ellas no se ha podido corroborar ya que quienes más incidentes notifican son las enfermeras competentes que llevan en la unidad un mínimo de un año. Quienes más errores de medicación cometen son las enfermeras eficientes que cuentan con una experiencia entre 3 y 5 años en la unidad. En cuanto a las caídas, son las enfermeras principiantes, con una experiencia de entre 3 meses a 1 año, quienes más eventos adversos de este tipo han indicado.

Giménez (2013) en su investigación sobre *Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón*; para optar el grado de doctor en Medicina por la Universidad de Zaragoza, España, cuyo objetivo fue determinar la cultura de

seguridad del paciente entre el personal que se desempeña en el área orientada hacia la dirección y gestión en el sector de salud público de la comunidad autónoma de Aragón. Empleó un estudio de nivel descriptivo; de diseño no experimental: transversal. La población estuvo conformada por 175 profesionales, entre puestos directivos y de gestión; las técnicas empleadas para recolectar información fueron un cuestionario y las entrevistas semiestructuradas. Llegó a las siguientes conclusiones: (a) La evaluación de la cultura y el discurso de directivos y gestores en relación con la seguridad del paciente facilita identificar aspectos claves como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras y (b) el análisis de la cultura de seguridad es necesario para lograr un despliegue eficaz de estrategias de seguridad del paciente en la institución donde realizan tareas de dirección.

Wegner y Rubim (2012) en su estudio cualitativo titulado *La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil* para obtener el grado de doctor en Enfermería por la Universidad Federal de Río Grande del Sur, Brasil, donde su objetivo fue determinar cómo los acompañantes/cuidadoras y profesionales de la salud reconocen los eventos adversos en las situaciones de cuidado. La muestra estuvo formada por 15 acompañantes/cuidadores y 23 profesionales de salud de las unidades de hospitalización de pediatría. La técnica empleada para recolectar información fue entrevista semi-estructurada. Llegaron a la siguiente conclusión: los eventos adversos resultan de atenciones no seguras, que proviene de errores en la planificación, colaboración, ejecución, evaluación y monitoreo de las intervenciones que sobrepasan los límites de los profesionales envueltos en la atención a la salud del niño y también del cuidado de la familia.

Fernández, Skodová y Velasco (2011) elaboraron un estudio titulado *Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel*, España, cuyo objetivo fue identificar la cultura sobre seguridad del paciente (SP) percibida por los profesionales sanitarios del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUNV) de Granada. Emplearon el tipo de investigación sustantiva de nivel descriptivo, de diseño no experimental:

transversal. La muestra fue de 476 profesionales sanitarios. Llegaron a las siguientes conclusiones: (a) La percepción global de seguridad del paciente en el HUVN es buena, encontrando que la comunicación sobre errores es deficiente y (b) La principal área de mejora es la comunicación abierta sobre los errores.

Bruno, Da Rosa, De León y López (2011) realizaron la investigación *Cultura de seguridad del paciente* para obtener el grado de licenciado en Enfermería por la Universidad de la República, Uruguay, cuyo objetivo fue conocer la opinión de los profesionales y auxiliares de enfermería que trabajan en un centro de tratamiento intensivo, acerca de la seguridad del paciente. Emplearon una investigación de nivel descriptivo; de enfoque cuantitativo; de diseño no experimental: transversal. La muestra estuvo formada por 40 funcionarios. La recolección de datos fue mediante un cuestionario. Concluyeron: (a) El grado de seguridad de los pacientes según los profesionales y auxiliares del centro es aceptable, mientras que refieren que la dirección no muestra estrategias a priorizar relacionadas con la seguridad del paciente.

Arboleya, Fajardo, Hernández, Rodríguez, Rojano y Santacruz (2010) desarrollaron la investigación titulada *Cultura sobre seguridad del paciente entre los profesionales de la salud*, México, y que plantearon como objetivo evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud. Emplearon un estudio de nivel descriptivo; de diseño no experimental: transversal. La muestra fue de 174 profesionales de salud, la técnica empleada para recolectar información fue la encuesta sobre seguridad del paciente. Llegaron a la conclusión de que la percepción global es baja sobre la seguridad del paciente indica una necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla.

1.1.2. Antecedentes nacionales.

Martínez (2016) realizó la investigación titulada *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015* para obtener el grado de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico por la Universidad Nacional Mayor de San

Marcos, Perú, cuyo objetivo fue determinar la Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras que laboran en el servicio de Centro quirúrgico y recuperación. Empleo una investigación de nivel descriptivo, enfoque cuantitativo. La muestra estuvo formada por 45 enfermeras. La recolección de datos se obtuvo mediante encuesta. Llegó a la conclusión que los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son el “grado de apertura de la comunicación”, la “comunicación e información personal sobre los errores de la unidad”, el “personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”.

Alvarado (2014) desarrolló el estudio titulado *Relación entre clima organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval*, a fin de obtener el grado de Magíster en Economía con Mención en Gestión de Salud, Perú, en este estudio se analizó la relación que existe entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que asiste al Centro Médico Naval. Con una muestra total de 234 personas (médico y enfermeras), y se utilizó la técnica para recolectar información fue la escala de Clima organizacional y el cuestionario sobre seguridad de los pacientes de la versión española del Hospital Surveyon Patient Safety. Madrid. Las conclusiones a las que llegaron fueron: (a) El análisis correlacional entre el Clima Organizacional y la Cultura de seguridad del paciente, indican que existen correlaciones significativas entre los totales de estas variables; (b) El análisis de correlación entre las dimensiones de clima organizacional y las dimensiones de la Cultura de seguridad del paciente, les indicaron que existen correlaciones significativas y positivas en el estudio.

Cosavalente (2013) desarrolló la investigación titulada *La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el Servicio de Cirugía – Hospital EsSalud Naylamp, Chiclayo.2013*; para obtener el grado de Licenciado en Enfermería por la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú, el mismo cuyo objetivo fue describir y analizar la seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada en el servicio de cirugía del Hospital Naylamp de EsSalud. La recolección de datos fue mediante la entrevista semiestructurada la cual fue aplicada a los participantes

del estudio y los informantes de la investigación. Se concluyó que la seguridad en el cuidado del paciente es desarrollado con sustento científico en la práctica, considerando la identificación y notificación de eventos adversos como el primer paso para mejorar la seguridad durante el cuidado brindado al paciente.

1.2. Fundamentación de la Cultura de seguridad

1.2.1. Cultura de seguridad del paciente

Según la Agencia para Investigación y Calidad del Cuidado a la Salud (2013) la cultura de seguridad es “el producto individual o colectivo de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamientos que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización de salud en la promoción de la seguridad”. Asimismo, nos indica que sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente. Según el estudio de Seguridad del paciente en 7 pasos, de la Agencia Nacional para Seguridad del paciente (NPSA), para “desarrollar una cultura de seguridad del paciente”, es necesario que el personal de salud, reconozca: su responsabilidad con la seguridad del paciente, se esfuerce por optimizar el cuidado que brinda y recuerde que durante los procesos asistenciales pueden ocurrir fallas; no obstante, si ésta es sólida, el personal de salud comunicará sobre los errores e incidentes que sucedan (NPSA, 2005).

También propone tres principios para edificar una cultura de seguridad del paciente, las cuales son: (a) impulsar en el personal una conciencia activa y vigilante para identificar las fallas e incidentes, aprender de éstos y planear acciones de mejora continua, (b) una cultura abierta y justa, en donde se comparte información con los pacientes y su familia, promoviendo un trato justo para el personal de salud cuando sucede un incidente no esperado y (c) un enfoque sistémico de seguridad donde establecen que las causas de un incidente de seguridad del paciente no deben ser atribuidas solamente a las actividades individuales del personal de salud involucrado en el cuidado. Todas las eventualidades de seguridad del paciente se relacionan directamente con el sistema en el que el personal de salud se encuentra trabajando.

Se puede afirmar que hay cultura de seguridad, cuando se analiza que falló en el sistema, esto sirve a las instituciones de salud a tomar acciones correctivas

y así disminuir las probabilidades de recurrencia del incidente.

Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente.

Según Helmreich, Sexton y Thomas (2006), la seguridad del paciente se clasifica en las siguientes dimensiones:

Dimensión 1: Satisfacción laboral

Es una dimensión actitudinal, que se define como un vasto conjunto de actitudes y reacciones emocionales positivas que la persona muestra frente al trabajo que desarrolla, elaboradas al comparar entre los resultados esperados y los que obtuvo directamente del trabajo (Topa *et al.*, 2004)

Morillo (2006) considera la satisfacción laboral como la percepción favorable que tienen las personas sobre su trabajo, manifestado a través del grado de correlación que hay entre las expectativas que tiene las personas con relación al trabajo, los beneficios ofrecidos, las relaciones interpersonales y el manejo de la gerencia. Ayestarán (2002) concluye que la satisfacción laboral será mayor en aquellas instituciones donde haya trabajo en equipo a diferencia de donde se realice de forma individual.

Dimensión 2: Clima de trabajo en equipo

Según Helmreich *et. al.* (2006) es la calidad percibida de la colaboración entre el personal. Las personas que laboran en el sector de servicios de salud, sin importar las actividades que desarrollen, presentan un elemento común: el trabajo en equipo. Todos los profesionales de la salud necesitan coordinar mutuamente sus acciones de cuidado porque lo principal es brindar una atención segura y eficiente al paciente. Aunque la gran mayoría de los procesos en salud necesitan de equipos de salud multidisciplinarios, el personal no practica juntos, y casi siempre proceden de diferentes especialidades y programas de educación. Debido al rasgo multidisciplinario del trabajo y la necesidad de colaboración entre el personal, el trabajo en equipo ocupa un rol relevante para asegurar la seguridad del paciente y no cometer equivocaciones durante el cuidado de la salud. Como equipo la probabilidad de cometer errores es menor que cuando se trabaja individualmente, así también cuando cada integrante del equipo sabe

cuáles son sus propios deberes y las del resto equipo. No obstante, sólo la conformación de una estructura de equipo no garantiza inmediatamente que el trabajo será eficaz; ya que el trabajo en equipo no es el resultado inmediato de juntar a las personas en un mismo lugar, se necesita de la voluntad de cooperación entre el personal para lograr objetivos comunes en beneficio del paciente.

Dimensión 3: Percepción de la Organización y dirección del servicio y hospital

Según Helmreich *et. al.* (2006), es la aprobación de las acciones que realizan los gestores de la organización; ya que para producir cambios significativos en una institución es necesario la capacidad, compromiso y ejemplo de conducción de sus directivos. Un liderazgo contemporáneo establece las expectativas y pautas de la institución precisando la visión de la necesidad de “hacer las cosas como es debido” como prioridad de la institución. Los líderes contemporáneos enseñan a través del ejemplo y alcanzan las metas de seguridad mostrando ellos mismos la conducta esperada en los diferentes integrantes de la institución. Para garantizar la seguridad en la organización, se necesita una buena capacidad de liderazgo, ya sea en la actividad sanitaria como en la administrativa, es un requisito primordial para transformar la cultura de una institución (Kotter, 1997).

Dimensión 4: Clima de seguridad

Según Helmreich *et. al.* (2006), es la percepción de que la organización es fuerte, proactiva y comprometida con la seguridad. Para mejorar la seguridad del paciente, las instituciones deben tener la capacidad de identificar y afrontar velozmente las dificultades y causas que favorecen que se presenten las fallas o errores del sistema. La forma más sencilla para reconocer éstos factores, es a través de la inspección y la indagación de los errores que notifica el personal.

Los sistemas de registro son herramientas que ayudan a enriquecer la cultura de seguridad, ésta se ve perjudicada por todos los componentes del ambiente que la comprenden. La cultura de seguridad del paciente es el resultado de las cualidades de cada individuo y de grupo, las actitudes, percepciones, competencias y objetos que señalan la magnitud del compromiso que tienen las

instituciones para minimizar el daño al usuario. Los sistemas de notificación, la información que tiene relación a esos sistemas compartidos y la forma de resolver los problemas ayudan a las instituciones a reconocer y asimilar de las experiencias, asimismo a cambiar los procesos.

El crecimiento de una cultura donde el personal reporte los eventos y accidentes ocurridos es complicado, ya que en la mayoría de instituciones hay una inclinación insistente a reaccionar hacia las fallas buscando al culpable. Seguir de una cultura de culpa, a otra donde no se castigue; que comprenda el uso de reportes y que se oriente por los principios éticos, es una labor ardua y demanda el compromiso de todos los líderes de la institución. Al mismo tiempo es necesario la formación de un ambiente, que incentive al personal de salud “levantar la mano” para identificar sus fallas sin miedo a castigos. Comunicar sobre un incidente debe conllevar a investigar un proceso que se centre en buscar y revelar las fallas del sistema puesto que se consideran elementos contribuyentes y no en las fallas de los individuos.

Dimensión 5: Condiciones de trabajo

Es la calidad percibida del entorno de trabajo y del apoyo logístico (personal, equipo, etc.). Las condiciones de trabajo se brindan para que el trabajador pueda cumplir los servicios contratados, ya sea porque son imprescindibles y esencial o porque facilitan la prestación de servicios. Lo que se brinda al trabajador para que realice sus servicios a cabalidad; ya que, si el trabajador no cuenta con estos factores no podría cumplir con sus labores en la forma y con la calidad esperada por la institución. Debido a que los servicios que presta el personal, es un medio que el empleador usa para lograr las metas por las cuales éste formó una empresa, brindar las condiciones de trabajo es un compromiso para el empleador. Para que el trabajador labore en una forma eficiente necesita tener aquellos elementos que son considerados necesarios, de lo contrario no sería su responsabilidad el cumplimiento parcial de sus labores (Helmreich *et. al.*, 2006)

Dimensión 6: Reconocimiento del nivel de estrés

Ivancevich y Matteson (1987) refieren que el estrés es la “respuesta fisiológica, psicológica y conductual de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a las

presiones internas y externas en las emergencias”. Existen muchos factores de riesgo que causan estrés; entre los cuales tenemos: el contenido de trabajo, el grado de responsabilidad, el conflicto, la ambigüedad del rol, los contactos sociales, el clima de la institución, el contacto con pacientes, la carga de trabajo, la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una cualificación profesional, los horarios irregulares, la violencia hacia el personal de salud, el ambiente físico en donde se realiza el trabajo, la falta de oportunidad para informar las quejas y necesidades en el trabajo.

Chuchón (1999) afirma que la falta de personal y el mínimo tiempo con el que éstos cuentan para realizar sus labores son los elementos más estresantes; así mismo refiere que realizar trabajo en exceso es negativo, más aún cuando hayuco quehacer o cuando el trabajo es difícil. El personal de salud que tiende a subestimar las consecuencias del estrés y el cansancio en su rendimiento, es decir, niegan la influencia de éstas condiciones, tienen menos posibilidades de usar tácticas que disminuyan las fallas. Aun cuando es imprescindible confiar en nuestras competencias laborales para ejecutar un conjunto de procedimientos complicados; así mismo es importante conocer nuestras limitaciones. Algunos estudios en psicología cognitiva manifiestan que tener un nivel alto de estrés limita el proceso de reflexión y la capacidad de atención. Por otra parte el cansancio y el estrés desvían nuestras capacidades cognoscitivas encargadas de evitar las posibilidades de cometer fallas.

Beneficios de la cultura de seguridad

Entre los beneficios de un sistema de salud más seguro están: (a) reducción en la recurrencia y la gravedad de eventos adversos: diferentes estudios indican que se pueden reducir hasta la mitad de los eventos adversos causados por los errores médicos si se usan los protocolos establecidos y las prácticas basadas en la evidencia, (b) disminución del daño físico y psicológico que los pacientes puedan padecer: se podrían producir 260 000 incidentes menos con resultado de incapacidad permanente, y 95 000 muertes menos por año. Cuando se habla de eventos adversos no debemos olvidar que detrás de las cifras hay pacientes y familias que sufren las consecuencias de cada uno de estos eventos adversos, (c) reducción del sufrimiento de los profesionales de salud: el personal de salud es

considerado la “segunda víctima” de un error por la conciencia de haber perjudicado a un paciente, (d) aumento de la satisfacción de los pacientes y profesionales: dentro de una organización cuya mayor prioridad es la seguridad de los pacientes, estos adquieren una mayor participación en todo su proceso. Los profesionales tendrán la capacidad para aprender y evitar que se produzcan eventos adversos, lo que supondrá un progreso en la calidad del cuidado sanitario, y en consecuencia de la satisfacción laboral.

Por otra parte, los mecanismos de responsabilidad no culpabilizadora facilitan el diálogo más abierto sobre la existencia de eventos adversos; (e) reducción de los costes directos, provocados por tratamiento y terapia extraordinaria. Se considera que podría lograrse una reducción de más de 3.2 millones de días de hospitalización y (f) reducción de los costes indirectos, abarcando pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.

La Seguridad del Paciente

En la actualidad muchos pacientes son tratados con éxito en la práctica diaria, también los adelantos tecnológicos y los conocimientos actuales determinan una asistencia de salud más efectiva pero también mucho más compleja. Esta complejidad supone peligros, y la práctica en el proceso de salud afirma que existen los errores durante el cuidado y que los eventos adversos se presentan y continuaran afectando a los sistemas de salud. Los pacientes a veces resultan perjudicados aun cuando el personal trabaja con entrega y profesionalidad. La prestación de servicios durante la atención en salud enfrenta el riesgo de un amplio matiz de problemas de seguridad. Esta situación hace necesaria una transformación en la cultura como la gestión adecuada de los riesgos asistenciales. La seguridad del paciente se ha convertido en una de las dimensiones de la calidad asistencial más valorada en la actualidad por usuarios y profesionales.

Es de vital importancia que el personal de salud disponga de los instrumentos y guías de conocimientos que determinen y favorezcan el desarrollo y consolidación de las tácticas o métodos de la seguridad del paciente en el entorno que desarrollan sus actividades cotidianas. La OMS nos refiere que la seguridad del paciente es: “la reducción del riesgo de daños innecesarios

asociados con la asistencia médica a un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas del conocimiento de los recursos disponibles y el contexto en el cual el cuidado fue entregado, pesado contra el riesgo de no tratamiento u otro tratamiento”. Asimismo, el diccionario de la Seguridad del Paciente de Canadá (2003) ha definido la seguridad del paciente como “la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de asistencia médica; así como el empleo de las mejores prácticas mostradas para concluir a resultados óptimos en la atención de los pacientes”.

Factores determinantes de la seguridad del paciente

Un cuidado de la salud correcto supondría, por lo menos una organización asistencial bien gestionada y dotada de la tecnología “a prueba de errores” disponible, con profesionales bien formados y entrenados en técnicas y procedimientos, cohesionados y capaces de trabajar en equipo, una excelente coordinación asistencial entre servicios y niveles asistenciales, una buena comunicación entre profesionales y pacientes.

El mundo real, sin embargo, es diferente: todas las personas cometen errores, la organización del sistema de salud tiene fallas y es mejorable, la disponibilidad de recursos es siempre limitada y factores como el envejecimiento poblacional y las expectativas de los pacientes en relación con la salud individual y la atención a recibir, condicionan una situación cada vez más compleja. Sin embargo, la ética profesional nos obliga a trabajar todos los involucrados en el sistema de salud en la línea de la mejora y el perfeccionamiento. Los elementos que establecen la seguridad del paciente pueden agruparse en tres categorías: factores individuales del personal de salud, relacionados con el sistema de salud y referido a los usuarios.

Factores individuales: los errores

La multiplicidad de frases hechas y refranes relativos al error son muestra de la frecuencia del mismo y de la preocupación que su prevención ha generado a lo largo de la historia en todas las facetas de la actividad humana. En relación con la seguridad del paciente un error es una acción de equivocación o descuido en la práctica del personal de salud que contribuye a que suceda un evento adverso.

Asumir que cometemos equivocaciones porque somos despistados, olvidadizos, poco inteligentes o que los errores los cometen únicamente los malos profesionales es fácil, pero contribuye poco a cambiar la situación; ya que, ante tal supuesto, el reproche, la culpabilidad y el castigo por las consecuencias de los errores serían las únicas posibilidades de actuación para disminuir la probabilidad de repetición futura.

Los errores los cometemos todos los profesionales y cuanto más intensa y compleja es la actividad asistencial que se realiza, mayores son las probabilidades de cometer errores. Sin embargo, los errores nos son aleatorios y sabemos que circunstancias como la urgencia para tomar decisiones, el estrés, el cansancio, la mala comunicación con el equipo de trabajo y factores ambientales como el ruido y las interrupciones favorecen su aparición.

Desde que nos planteamos la posibilidad de realizar una acción (ejemplo: una prescripción, una intervención quirúrgica, una recomendación sobre el estilo de vida, etc.) hasta que esa acción se lleva a la práctica, las posibilidades de error son múltiples: (a) la primera posibilidad de error está relacionada con la falta de formación o entrenamiento sobre la situación a desarrollar. En cualquier caso, es la más fácil de prevenir en el futuro a través de la formación continuada, la supervisión de tareas y el entrenamiento; (b) los errores de omisión, debidos al “no hacer” son más difíciles de reconocer que los errores de comisión, debido a la dificultad de establecer criterios de definición de los mismos; (c) una tercera categoría de errores lo integran las llamadas acciones no intencionales. Olvido, faltas de atención y descuidos forman parte de la condición humana, son difícilmente evitables individualmente y precisan acciones a nivel organizativo (listados de verificación, protocolos, etc.) y soluciones tecnológicas para reducir su probabilidad; (d) las llamadas acciones intencionales erróneas son aquellas que, aun cuando se sabe lo que se quiere hacer y cómo hacerlo, la actuación se desarrolla incorrectamente, bien debido a una errada valoración de la situación (ejemplo: administración de quimioprofilaxis peri operatoria bien indicada por la evidencia disponible, de un antibiótico al que un paciente es alérgico), bien porque la pauta de actuación a desarrollar es incorrecta (ejemplo: solicitud de unja prueba diagnóstica de imagen redundante e innecesaria por estar incluida en un protocolo sin fundamento científico); (e) el incumplimiento de guías clínicas,

protocolos y procedimientos constituye, a diferencia de las categorías anteriores, una desviación intencional de la manera que, aparentemente, es la más apropiada para realizar una acción.

Aunque en sentido estricto pudieran no entrar en el concepto de error, sus consecuencias sí que pueden estar relacionadas con la aparición de eventos adversos. Su existencia tiene relación con cualidades personales, motivación y ambiente de trabajo. Por lo tanto, se pueden apreciar tres tipos de incumplimientos: (a) rutinarias, las cuales suceden cuando la capacidad, experiencia o categoría de un profesional le hace suponer que puede ignorar, o que no les son aplicables, las reglas generales; (b) circunstanciales, cuando frente a determinadas situaciones, como urgencia o existencia de otras prioridades, es necesario no cumplir una norma y (c) excepcionales, cuando ocurren situaciones donde no puede aplicarse la norma existente.

Además de las condiciones citadas, deben tenerse en cuenta dos categorías más de situaciones próximas al error: los llamados casi errores y las acciones absurdas: (a) los casi-errores son una categoría mal definida que incluyen situaciones donde el error ha estado a punto de ocurrir pero ha sido evitado por poco o hechos que, en otras ocasiones pueden tener terribles consecuencias, por ejemplo un despiste al administrar una medicación por vía intravenosa, evitado casi en el momento de proceder a la misma por la llamada atención del paciente o de un compañero de trabajo y (b) las decisiones absurdas son aquellas que por un error de razonamiento, una pérdida de sentido, la presión ambiental de superiores o medios de comunicación, o un análisis de la situación sesgado o insuficiente, van contra el fin y objetivos deseados pudiendo determinar accidentes o malos resultados.

Todas las condiciones referidas no son excluyentes no colectivamente exhaustivas, pero son útiles como marco de referencia para examinar las probabilidades de fallas asociadas con el proceso de cuidado. El sistema como factor causal de los incidentes. La función de la cultura de seguridad en la prevención de los eventos adversos. Las personas cometen errores, pero el sistema en el que trabajan tiene fallos, los cuales contribuyen a que la probabilidad de cometer errores sea mayor y sus consecuencias de mayor gravedad.

Utilizando una metáfora clínica, podría afirmarse que el sistema en el que trabajamos es un “paciente” crónico, con pluripatología compleja y multicausal, que podríamos considerar como fallos del sistema, con posibilidades terapéuticas limitadas. Se entiende por fallo del sistema un desperfecto, perturbación o disfunción en las técnicas operativas, procesos, o infraestructura de la institución de salud (dispositivos médicos, organización de tareas, etc.). A diferencia de los errores activos, generalmente fácilmente detectables cuando ocurren y, en una parte importante, poco predecibles, los fallos del sistema permanecen latentes y pueden pasar inadvertidos. Un análisis puede permitir su identificación y su eliminación antes de que puedan ocasionar daños para el paciente.

Es en este contexto en el que cobra especial importancia, para mejorar la seguridad del paciente y prevenir los eventos adversos con el fin de fortalecer la cultura de seguridad, entendida como el modo de pensar, sentir y, sobre todo, hacer las cosas por todos los profesionales que forman parte de una institución. Un modelo teórico que contribuye a analizar los fallos del sistema y su repercusión sobre la seguridad del paciente es el conocido como queso suizo. De acuerdo al modelo, el sistema coloca mecanismos de protección y seguridad, entendidos como barreras y obstáculos con el propósito de evitar daños para los pacientes. Estas barreras están simbolizadas por filetes de queso; a veces estas barreras presentan fallos, simbolizados por los agujeros del queso.

Son ejemplo de barreras: la organización del trabajo (turnos, equipos, supervisión, etc.), los dispositivos de seguridad (alarmas, mecanismos a prueba de fallos), la capacitación y entrenamiento de los profesionales en su área de trabajo. La alineación de diferentes “agujeros de seguridad” da lugar a la aparición de una sucesión de fallos que, separados no tendrían importancia, pero juntos pueden formar una cadena que no sea capaz de limitar los peligros asistenciales y que cause daño al paciente.

Consecuencias de la falla de seguridad del paciente

Además de las que afectan al paciente, las consecuencias de la falta de seguridad van más allá afectando al sistema en cuanto a costes, prestigio institucional y a los profesionales sanitarios: (a) los costes de la seguridad: una revisión reciente centrada en la evaluación económica en estudios de la seguridad

del paciente ha puesto de manifiesto una gran heterogeneidad de estudios y un conocimiento insuficiente de la relación coste beneficio y coste utilidad de las prácticas encaminadas a fortalecer la seguridad del paciente, ya que la calidad de las fuentes de datos son insuficientes y son precisos diseños metodológicos complejos y costosos. Una revisión realizada sobre los costes ocasionados por los eventos adversos más comunes sobre la base de los datos proporcionados por el estudio ENEAS, muestra indicios claros de que los problemas relacionados con procedimientos quirúrgicos, las infecciones asociadas a la atención sanitaria y los eventos adversos relacionados con la medicación repercuten en los costes asistenciales debido a la prolongación de la estancia hospitalaria, la realización de pruebas diagnósticas adicionales para detección, control y seguimiento del problema y el tratamiento prescrito para su solución, de modo que los costes anuales aumentan considerablemente y (b) los profesionales sanitarios como segundas víctimas de la falta de seguridad. De ahí que se haya acuñado el concepto de “segundas víctimas” para referirse a los profesionales de salud que se ven involucrados directa o indirectamente en un evento adverso y por esto tienen que hacer frente a sus consecuencias.

El término de “segundas víctimas” fue introducido por el Dr. Wu, de la Universidad Johns Hopkins para referirse a los profesionales de salud que se ven involucrados en un evento adverso. Sin embargo, aunque el trabajo del Dr. Wu es el más conocido y el que ha puesto a la luz esta problemática, no debemos olvidar el valor del Dr. D. Hilfiker, quien a principios de la década de los 80 expuso su vivencia personal en el *New England Journal of Medicine*, destacando la falta de capacidad de los profesionales de salud para reconocer sus errores y de cómo estos, en vez de ser afrontados y analizados de forma sosegada se convierten en chismes, críticas despiadadas entre profesionales y, a veces, en objeto de otro tipo de análisis en los tribunales de justicia.

Importancia de la formación en la Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente es definida como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones que son evitables, producidas como consecuencia de la atención recibida por el personal de salud. La seguridad del paciente, es un componente clave de la calidad asistencial de salud, esta ha adquirido gran relevancia en los

últimos años tanto para los pacientes como para sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos por el personal de salud, y también para los gestores y profesionales de salud que desean ofrecer una asistencia asistencial segura, efectiva y eficiente.

Los efectos no deseados en la atención asistencial representan una causa de elevada morbimortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad. Los daños involuntarios que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito de salud y el coste que suponen son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa y diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica asistencial.

Modelo Explicativo de la Seguridad del Paciente

De manera general, la seguridad del paciente se valora comúnmente a través de un indicador negativo o indicador de daño, conocido como Tasa de eventos adversos, el cual, al centrarse en el daño y no en los riesgos, tiene una utilidad limitada para gestionar acciones de prevención dirigidas a reducir o atenuar condiciones adversas del sistema de atención que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Cuando se analizan los eventos adversos se puede identificar que éstos se deben a fallas o errores, cuyo abordaje puede efectuarse bajo dos enfoques o puntos de vista: uno centrado en la persona y, el otro, centrado en el sistema. En el enfoque centrado en la persona, el incidente o evento adverso es percibido como una falla o error ocasionado por una persona o individuo, a quien se le atribuirá la culpabilidad del daño ocasionado al paciente. En el enfoque centrado en el sistema, se asume que si bien en el incidente participan personas, las fallas son del sistema de atención o del sistema de salud, es decir, se asume que es una falla sistémica.

Reason (1990) propuso el modelo de queso suizo, éste propone que los sistemas de atención cuentan con diversas barreras que impiden que los riesgos inherentes a la atención médica ocasionen daño a los pacientes. Estas barreras son los sistemas de selección de personal, los programas de capacitación continua, los sistemas de supervisión, la definición y descripción de procesos de atención, y los programas específicos de calidad y seguridad del paciente, por citar algunos ejemplos. El grado de permeabilidad de dichas barreras dependerá de la forma como realmente funcionen; entre mejor sea su funcionamiento, la permeabilidad será menor y así será la posibilidad de eventos adversos o daño a los pacientes. Sin embargo, estas barreras habitualmente no son infalibles o impermeables y tienen agujeros, como si se tratara de rebanadas de un queso suizo, por lo que la probabilidad de daño a los pacientes existe en todo sistema de atención.

El modelo de Reason también propone dos tipos de fallas, a unas las denomina fallas activas y se refieren a errores visibles de omisión o comisión de una persona o profesional de salud, que se relaciona directamente con el daño al paciente. Por ejemplo, el uso de un fármaco equivocado por parte de una enfermera, la cirugía en sitio equivocado por un cirujano o la caída de un paciente que es trasladado por un técnico de Enfermería.

Al segundo tipo de fallas las denomina fallas o condiciones latentes y se refieren a problemas generalmente ocultos y que son propios del diseño y funcionamiento del sistema de atención. Por ejemplo, personal mal capacitado, inadecuada supervisión del personal, identificación inapropiada de pacientes, omisión sistemática de la lista de verificación quirúrgica o del lavado de manos, insuficiente cultura organizacional de seguridad del paciente, etc. En un evento adverso siempre existen ambos tipos de fallas, de modo que centrar su análisis con fines de aprendizaje y prevención sólo en las fallas activas, no sólo es insuficiente sino que resulta inapropiado.

Aun cuando es habitual que las barreras no sean perfectas o impermeables y presenten agujeros, también es cierto que por lo general los agujeros de esas barreras no están alineados, por lo que la falla en una barrera del sistema es contrarrestada por alguna o algunas otras barreras, de modo que los riesgos, representados en el modelo por una flecha, no llegan a dañar al paciente. Sin

embargo, cuando dichas fallas o agujeros se alinean, permiten el paso de la flecha (el riesgo o los riesgos) y ello ocasiona el daño al paciente, al que se le denomina evento adverso. En otras ocasiones falla una o más de una barrera, pero el hecho de que otras se mantengan impermeables, de modo que la falla o fallas no logren causar daño, resulta sólo en un incidente denominado cuasi-falla. Entonces, el problema no es que ocurra una falla en el sistema, sino que concurren muchas fallas. Esto es lo que en realidad ocurre cuando se presenta un evento adverso, ya que éste es el resultado de una cadena de acontecimientos desafortunados y más que una falla aislada es una serie de fallas del sistema que es necesario analizar y corregir.

El término fallas latentes fue utilizado, entre otros investigadores, por Thomas y Petersen (2003), quienes las definen como “condiciones o defectos de los sistemas de salud que en cualquier momento pueden dar lugar a errores en la atención” y que muchas veces están presentes por meses o años sin que nadie se ocupe de corregir. Podemos ver como ejemplos a los siguientes: organización diseñada deficientemente, a la instalación incorrecta de equipos, un deficiente sistema de adquisiciones, las fallas en el mantenimiento, el personal inadecuado, entre otros. Es decir, fallas de carácter estructural de los sistemas de atención. Estos defectos de los sistemas de salud, desde el punto de vista epidemiológico, constituyen mayor riesgo para la salud, ya que con su presencia existe la probabilidad de que ocurra un evento, generalmente desfavorable para la salud de los pacientes (lesión, enfermedad, fallecimiento).

1.3 Justificación

Justificación teórica

La cultura de seguridad del paciente es un tema de gran valor para el cuidado de la salud con una visión de calidad y excelencia; lo que es de vital importancia documentar en el país y en el ámbito institucional a fin de consolidar las bases teóricas que propicien acciones para lograr el máximo de bienestar de los pacientes y trabajadores de la salud. Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones asistenciales de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva.

Los resultados que se obtengan de esta investigación podrán ser utilizados por las autoridades del Hospital para realizar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente asegurado y reducir el riesgo de recurrencia con el propósito principal de garantizar la cultura de seguridad del paciente ofreciendo un servicio de calidad. También, podrá ser útil a los jefes de servicio, para fomentar la seguridad del paciente entre sus miembros a fin de que no se presenten eventos adversos durante el proceso de cuidado.

Justificación práctica

La seguridad de los pacientes es un tema complejo en el que participan e interactúan múltiples disciplinas y procesos, los cuales requieren de un enfoque integrado que permita mejorarla para evitar que los daños en los usuarios y en el personal de salud; para ello es indispensable conocer las fortalezas y oportunidades de mejora con el fin de priorizar, aprender y crear una Cultura de Seguridad en las organizaciones de salud. Es así que de la monitorización de mejoras en los procesos en el marco de la seguridad del paciente contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo. El análisis de los datos obtenidos nos permitirá revelar tendencias y riesgos que requieren la atención, igualmente permite recomendar “buenas prácticas” a seguir y ser implementadas en el Hospital II Ramón Castilla EsSalud.

Justificación metodológica

El estudio al ser realizado aplicando los procedimientos del método científico, los resultados que se obtengan se constituirán en un aporte al conocimiento de la investigación en seguridad del paciente y podrán ser utilizados como base teórica para la elaboración de otros estudios; además el instrumento por ser válido, confiable y adaptado a nuestro medio podrá ser usado en otras investigaciones similares; ya que los incidentes indeseados que afectan la salud del paciente, los denominados eventos adversos y la magnitud e impacto de los mismos es tan significativo que atraen la atención de los investigadores en un grado cada vez mayor.

1.4 Problema

La seguridad del paciente es un problema que afecta a todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que sin importar el desarrollo socioeconómico de los países, muchos pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de la atención insegura que reciben en las instituciones de salud, por tal motivo, en los últimos años la seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas de salud. (OMS, 2014, julio). Si bien el problema de los eventos adversos no es nuevo, siempre ha existido una clara preocupación por los efectos negativos que puedan ocasionar en la atención sanitaria; por eso, el tema de seguridad de los pacientes ha captado la atención de todos los involucrados en la atención de la salud a nivel internacional, ya que muchas personas mueren en los hospitales como resultado de los eventos adversos cifras que superan la mortalidad en los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA. (Bandrés y Delgado, 2009, p.917).

La intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades; pero en ocasiones la atención sanitaria causa daño a sus usuarios. Algunas infecciones, lesiones producidas por intervenciones médicas, amputaciones de órganos o miembros equivocados, intoxicaciones o incluso la muerte por la utilización de dosis equivocadas de un fármaco, se deben a incidentes o eventos adversos ocurridos en la atención sanitaria.

La seguridad de los usuarios es un aspecto de la calidad que debe ser encarado por los profesionales de las instituciones. La creciente importancia de la seguridad del paciente se debe no sólo a la relevancia que tiene en la salud de los usuarios, sino también a la disminución de costos para las instituciones hospitalarias. El estudio de la cultura de la seguridad del paciente es actualmente un tema obligado que puede facilitar la retroalimentación de los sistemas de salud, con la posibilidad de implantar medidas de mejora basadas en la determinación de problemas concretos. La cultura de la seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones, en la que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo.

Además de las repercusiones en el paciente por los efectos adversos se suma el aspecto económico. Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos, generan un coste económico adicional muy elevado. Por otro lado, los errores asistenciales erosionan la confianza de los enfermos en el sistema, dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios, convirtiendo a estos últimos, sin duda alguna, en su “segunda víctima”.

En nuestro país los problemas de inseguridad hospitalaria son cada vez más apremiantes, tanto que hasta los propios médicos denuncian estas dificultades. Por ejemplo los Médicos del hospital Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud han denunciado que el servicio de Emergencias de Adultos se ha convertido en un peligroso foco de contagio de tuberculosis (TBC).

Una cultura de seguridad lleva a un cambio de hábitos en todos los procesos, la idea es transmitir los riesgos en forma específica para cada paciente y en cada contexto explicando por qué y qué se realizará, quedando plasmado en un consentimiento esclarecido y no sólo informado. Este ambiente de seguridad genera confianza en los procesos operativos, en los usuarios, sus familias, los especialistas del equipo y en los profesionales.

Es por eso que la creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, lleva a la implementación de prácticas seguras y un trabajo continuo y constante para el mejoramiento de la calidad y la prevención de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud; por lo tanto, la seguridad de los pacientes es un compromiso de todos para un servicio de calidad y se constituye en una prioridad en la gestión.

1.4.1 Problema general

¿Cuál es la situación actual de la Cultura de Seguridad del paciente que tiene el Personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?

1.4.2 Problemas Específicos

Problema Específico 1

¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en la satisfacción

laboral del personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?

Problema Específico 2

¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en el clima de trabajo del personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?

Problema Específico 3

¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en la percepción de la organización, dirección del servicio y el hospital que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?

Problema Específico 4:

¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en el clima de seguridad que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?

Problema Específico 5:

¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en las condiciones de trabajo que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?

Problema Específico 6:

¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en el reconocimiento del nivel de estrés que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la situación actual de la Cultura de Seguridad del paciente por personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017.

1.5.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en la satisfacción laboral del personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017

Objetivo específico 2

Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en el clima de trabajo del personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017

Objetivo específico 3

Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en la percepción de la organización, dirección del servicio y el hospital que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017.

Objetivo específico 4

Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en el clima de seguridad que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017.

Objetivo específico 5

Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en las condiciones de trabajo que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017.

Objetivo específico 6

Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en el reconocimiento del nivel de estrés que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017.

II. Marco Metodológico

2.1. Variables

Definición conceptual de cultura de seguridad

Según la Agencia para Investigación y Calidad del Cuidado a la Salud (2013) la cultura de seguridad es “el producto individual o colectivo de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamientos que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización de salud en la promoción de la seguridad”.

2.2. Operacionalización de variable

Se aplicó un Instrumento de 68 preguntas con 5 escalas de respuesta para valorar el grado de acuerdo que el encuestado tuvo con la pregunta, dividido en seis dimensiones e indicadores, cada dimensión cuenta con sus propios ítems; el primero tiene 6 ítems, el segundo 12 ítems, el tercero 11 ítems, el cuarto 28 ítems, el quinto 3 ítems y el sexto 8 ítems.

Tabla 1

Matriz de Operacionalización de la variable Cultura de Seguridad

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Nivel y rangos
Satisfacción laboral	Satisfacción laboral	1,2,3,4,5,6		Alta: 24 - 30 Media: 13 - 23 Baja: 0 - 12
Clima de trabajo en equipo	Protocolo de actuación	7,8,9,10,11,12	Total desacuerdo(1) Desacuerdo parcial(2) Sin opinión definida(3) Parcialmente de acuerdo (4) Totalmente de acuerdo (5)	Alta: 48 - 60 Media: 25- 47 Baja: 0 - 24
	Sistema de reconocimiento y recompensa	13,14,15,16,17,18		
Percepción de la Organización y dirección del servicio y el hospital	Política de recursos humanos	19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29		Alta: 44 - 55 Media: 23 - 43 Baja: 0 - 22
Clima de Seguridad	Notificación de eventos adversos	30,31,32,33,34,35		Alta: 72 - 140 Media: 57 - 71 Baja: 0 - 56
	Evaluación del desempeño	36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51		
	Quejas, reclamos judiciales y demandas	52,53,54,55,56,57		
Condiciones de trabajo	Programa de formación continuada	58,59,60		Alta: 12 - 15 Media: 7 - 11 Baja: 0 - 6
Reconocimiento del nivel de estrés	Percepción sobre carga de trabajo	61,62,63,64,65,66,67,68		Alta: 32 - 40 Media: 17 - 31 Baja: 0 - 16

La encuesta total fue valorada, con los siguientes parámetros:

Nivel de cultura de seguridad bajo : 0 – 136 puntos

Nivel de cultura de seguridad medio : 137 – 271 puntos

Nivel de cultura de seguridad alto : 272 – 340 puntos

Así mismo el instrumento permitió valorar que dimensiones pueden ser consideradas fortalezas o debilidades (oportunidades de mejora):

Fortaleza: $\geq 75\%$ de respuestas positivas
 $\geq 75\%$ de respuestas negativas

Oportunidad de mejora: $\geq 50\%$ de respuestas negativas
 $\geq 50\%$ de respuestas positivas

2.3. Metodología

Se utilizó el método descriptivo el cual describe, analiza e interpreta sistemáticamente un conjunto de hechos o fenómenos y sus variables que les caracterizan de manera tal como se da en el presente. A través de este método se identifica y conoce la naturaleza de una situación sin control para manipular y su propósito es describir como se presenta y que existe con respecto a las variables o condiciones en una situación. (Sánchez, 2015. p.64).

2.4. Tipo de estudio

La investigación realizada fue de tipo sustantivo de nivel descriptivo, la cual se define como aquella que trata de responder a los problemas sustanciales y está orientada a describir, explicar, predecir o retrodecir la realidad con la cual se va en búsqueda de principios y leyes generales que permita organizar una teoría científica. (Sánchez, 2015. p.45). En este sentido, podemos afirmar que la investigación sustantiva al perseguir la verdad nos encamina hacia la investigación básica o pura.

2.5. Diseño

La presente investigación fue no experimental de corte transversal de modelo descriptivo. Según Hernández (2014, p.152), es así debido a que observaremos fenómenos en un grupo de personas identificados por una característica en común, tal como se dan en su contexto natural para posteriormente analizarlos es decir se observan situaciones ya existentes no provocadas intencionadamente en la investigación por quien la realiza, se caracteriza además porque se recolectan datos en un tiempo único.

$$M \longrightarrow O_1$$

Donde:

M: Personal de salud

O₁: Observación

2.6. Población, muestra y muestreo

La población definida de este Estudio fue el personal de salud que labora en el Hospital II Ramón Castilla EsSalud.

Según Tamayo (2002, p.36), define población, al conjunto de unidades de elementos donde se desarrolla la investigación y a donde se quiere extrapolar los resultados del estudio.

Tabla 2

Distribución del personal según Estructura Orgánica del Hospital II Ramón Castilla

ÓRGANO	N° COLABORADORES
Órgano de Dirección	3
Órgano de asesoramiento	20
Órganos de apoyo	15
Órgano de Línea	220
Total	258

Nota. ROF – Elaboración propia

Debo mencionar que debido a la naturaleza del trabajo sólo se trabajó con la unidad Órgano de línea; ya que es la única que cuenta con personal del área asistencial. A continuación se presenta la distribución del personal según el área asistencial.

Tabla 3

Distribución del personal de órgano de Línea según servicio en que labora

SERVICIOS	N° COLABORADORES	REPORTE EVENTOS ADVERSOS 2016
Emergencia	16	SI
Medicina	20	SI
Cirugía	14	SI
Pediatría	14	NO
Neonatología	8	NO
Centro quirúrgico	22	NO
Obstetricia	14	NO
Consulta externa	112	NO
Total	220	

Nota. ROF – Elaboración propia

Tamayo (2002, p.37) nos dice que la muestra representa una parte de la población de estudio, seleccionada para poder participar en un estudio de investigación cuyos resultados van a ser generalizados o extrapolados a dicha población de estudio. La muestra del presente estudio estuvo constituida por 50 personas asistenciales que laboran en los servicios de Medicina, Emergencia y Cirugía del Hospital II Ramón Castilla EsSalud en el año 2017, toda vez que fueron los servicios que presentaron reporte de eventos adversos durante el año 2016, ver Tabla 3.

Tamaño de la muestra: todos los trabajadores asistenciales que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Siendo que para el presente estudio la muestra fue de 50 trabajadores del Hospital II Ramón Castilla, tal como se indica a continuación.

Tabla 4
Distribución de la muestra que participaron en el estudio

Servicios Hospital II Ramón Castilla	f	%
Medicina	20	40
Cirugía	14	28
Emergencia	16	32
Total	50	100

Tamayo (2002, p.38) nos indica que el muestreo es el proceso de obtención de la muestra de una población de estudio, mediante métodos estadísticos apropiados.

Para este estudio el método de muestreo es no probabilístico por conveniencia, ya que no se conoce la probabilidad o posibilidad de cada uno de los elementos de una población de poder ser seleccionado en una muestra, además de ser más conveniente por el hecho de que se dispone de ellas en el momento de la recopilación de los datos.

Criterios de inclusión y exclusión para el estudio

Se tuvo los siguientes criterios de inclusión:

- Personal del área asistencial del Hospital II Ramón Castilla.
- Personal de los servicios del Hospital Ramón Castilla que hayan reportado eventos adversos en el año 2016.

Criterios de exclusión:

- Personal asistencial que pertenezca a servicios que no reportaron eventos adversos en el periodo 2016.
- Personal que no sea propio del servicio y se encuentre realizando horas extras.
- Personal asistencial que no desee participar del estudio.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó la técnica de la encuesta, la misma que consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionado por ellos mismos, sobre opiniones,

conocimientos, actitudes o sugerencias (Tamayo, 2002, p.56)

Bernardo y Calderero (2000), consideran que un instrumento es un recurso del que puede valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información.

Tabla 5

Descripción de la Ficha Técnica

Ficha Técnica

Título de la tesis: Cultura de Seguridad del paciente por el Personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla, 2017

Nombre del instrumento: Encuesta sobre Cultura de Seguridad del Paciente

Nombre del autor: Helmreich, Sexton y Thomas (2006)

Nombre del traductor: Isabel Gutiérrez Cía *et al*

Nombre del que adapta el instrumento: Laura Mercado Yupanqui

Aplicación: Se aplicó la encuesta a cada personal de salud en un tiempo promedio de 15 minutos, cada uno, respetando los principios éticos.

Descripción: Instrumento de 68 preguntas con 5 escalas de respuesta para valorar el grado de acuerdo que el encuestado tendrá con la pregunta, dividido en seis dimensiones, cada una cuenta con sus propios ítems; el primero tiene 6 ítems, el segundo 12 ítems, el tercero 11 ítems, el cuarto 28 ítems, el quinto 3 ítems y el sexto 8 ítems.

Escala:

Total desacuerdo : 1

Desacuerdo parcial : 2

Sin opinión definida : 3

Parcialmente de acuerdo : 4

Totalmente de acuerdo : 5

2.8. Validación y la confiabilidad

2.8.1 Validez.

Polit y Hungler (2000, p 399) definen que “la validez constituye el segundo criterio de importancia para evaluar la idoneidad de un instrumento, denota el grado en que el instrumento mide lo que se supone que debe medir”.

En este estudio la validez del instrumento se determinó mediante el juicio de expertos, que se define como el conjunto de opiniones que pueden brindar profesionales expertos en un área relacionado al proyecto que se está ejecutando y se realizó mediante documento para validar el instrumento de medición (encuesta) a utilizar para el presente trabajo.

Tabla 6

Consolidado de Juicios de expertos

Instrumento	Mgtr. Eliana Castañeda Núñez	Resultado final
Encuesta de Cultura de Seguridad del paciente	Aplicable	Aplicable

2.8.2 Confiabilidad.

La confiabilidad de un instrumento constituye un criterio importante para evaluar calidad e idoneidad, es el grado de congruencia con que se mide el atributo para el que está diseñado. Así tenemos que, a menor variación en las mediciones repetidas de un instrumento, mayor la confiabilidad por lo que podemos desprender de esto que la confiabilidad es equiparable a la estabilidad, congruencia o fiabilidad del instrumento de medición (Polit y Hungler, 2000 p. 393). La confiabilidad estadística de la encuesta sobre Cultura de seguridad, se realizó a través de una prueba piloto, en la cual se calculó el coeficiente del Alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0.889, lo que indica que hay una buena consistencia interna entre los ítems analizados.

Tabla 7

Consolidado de Confiabilidad

Nº de Elementos	Alfa de Cronbach
68	0,889

Tabla 8

Interpretación del coeficiente de confiabilidad según la escala sugerida por Palella y Martins (2006)

Rango	Confiabilidad/Dimensión
De 0.0 a 0.20	Muy baja (rehacer instrumento)
De 0.21 a 0.40	Baja (revisión de reactivos)
De 0.41 a 0.60	Media (instrumento poco confiable)
De 0.61 a 0.80	Alta (instrumento confiable y aceptable)
De 0.81 a 1	Muy alta (instrumento altamente confiable)

2.9. Métodos de análisis de datos

Los datos se codificaron en una matriz de tabulación empleando el Software especializado de estadística The Package Sottisfical for Sciences (SPSS) versión 23.0. Con el mismo software se analizaron los resultados aplicando la estadística descriptiva para calcular frecuencia relativa y simple. Los resultados fueron presentados en tablas bidimensionales y en gráficos de barras, utilizando el software Office Excel 2010.

III. Resultados

3.1. Resultados

3.1.1. Descripción de los resultados de la Variable Cultura de Seguridad

Tabla 9

Distribución de los niveles de Cultura de Seguridad

Niveles de Cultura de Seguridad	f	%
Alta	28	56
Media	8	16
Baja	14	28
Total	50	100

Fuente: Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente

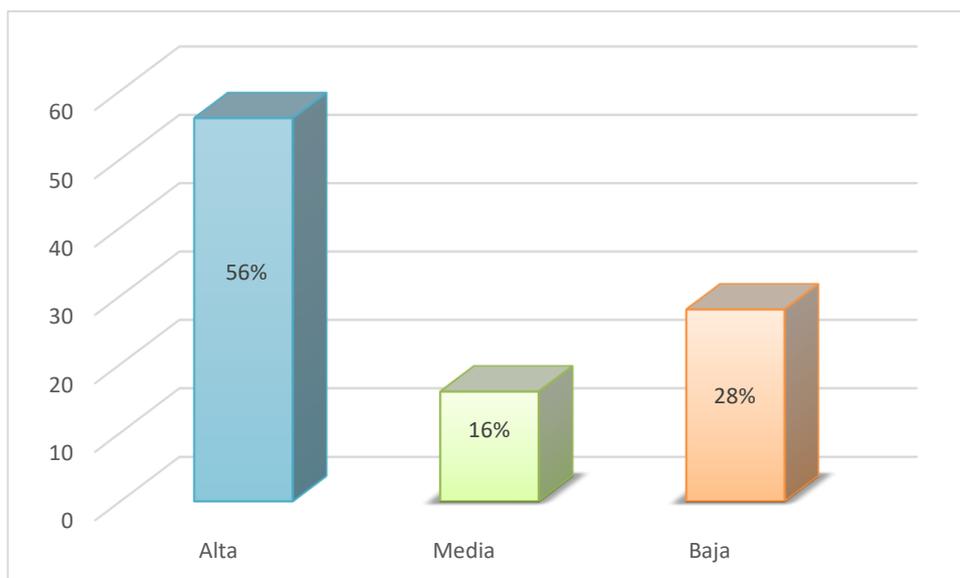


Figura 1. Distribución de los niveles de Cultura de Seguridad

En la Figura 1, se observa que un 56% del personal encuestado percibió un nivel de cultura de seguridad alto, el 16% un nivel medio y el 28% un nivel bajo.

3.1.2. Descripción de las Dimensiones de Cultura de Seguridad

Dimensión Ambiente de trabajo

Tabla 10

Distribución de los niveles en la dimensión satisfacción laboral

Niveles de Cultura de Seguridad	f	%
Alta	39	78
Media	8	16
Baja	3	6
Total	50	100

Fuente: Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente

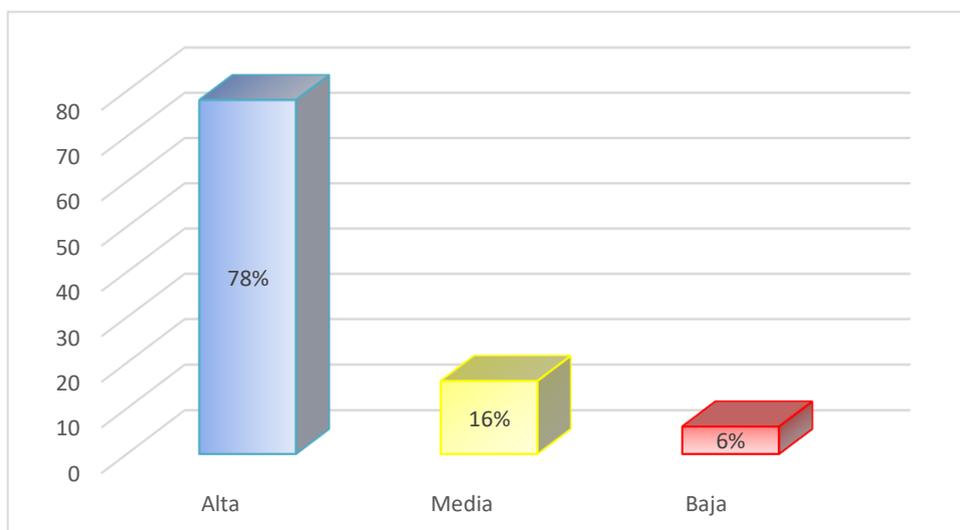


Figura 2. Distribución de los niveles en la dimensión satisfacción laboral

Como se puede ver en la Figura 2, el 78% del total de personas encuestadas percibieron un nivel de seguridad alto, el 16% un nivel medio y sólo el 6% un nivel bajo; la dimensión satisfacción laboral se muestra como una fortaleza.

Dimensión Trabajo en equipo

Tabla 11

Distribución de los niveles en la dimensión trabajo en equipo

Niveles de Cultura de Seguridad	f	%
Alta	34	68
Media	7	14
Baja	9	18
Total	50	100

Fuente: Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente

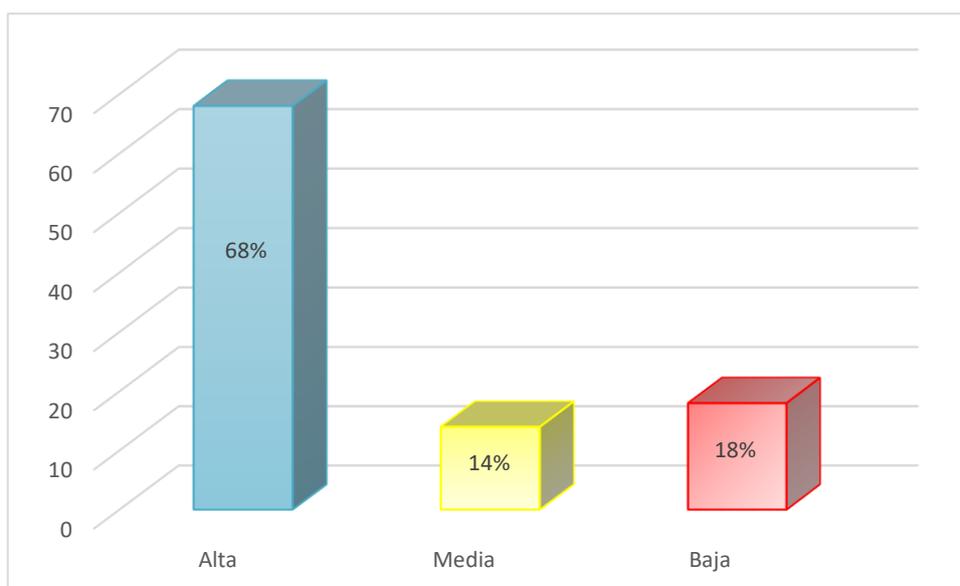


Figura 3. Distribución de los niveles en la dimensión trabajo en equipo

En la Figura 3, se observa que para la dimensión trabajo en equipo el 68% del total de personas encuestadas percibió un nivel alto de cultura de seguridad, el 18% un nivel bajo y el 14% un nivel medio; sin embargo por el porcentaje obtenido esta dimensión es una oportunidad de mejora.

Dimensión organización, dirección del servicio y el hospital

Tabla 12

Distribución de los niveles en la dimensión organización, dirección del servicio y el hospital

Niveles de Cultura de Seguridad	f	%
Alta	32	64
Media	8	16
Baja	10	20
Total	50	100

Fuente: Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente

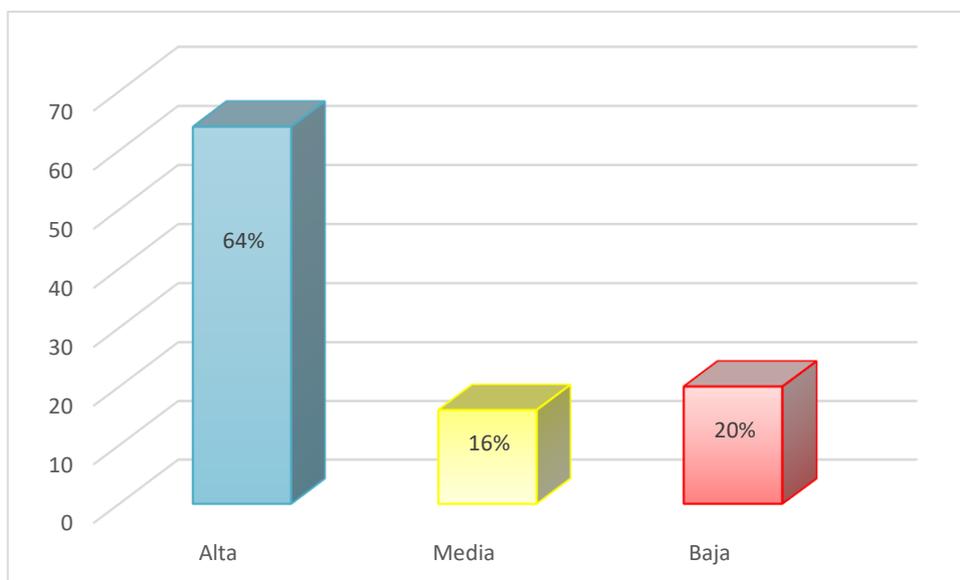


Figura 4. Distribución de los niveles de Cultura de Seguridad según dimensión organización, dirección del servicio y el hospital

En la Figura 4, para esta dimensión el 64% de las personas encuestadas percibió un nivel de cultura de seguridad alto, el 16% un nivel medio y el 20% un nivel bajo. Esta dimensión se considera una oportunidad de mejora.

Dimensión Clima de seguridad

Tabla 13

Distribución de los niveles en la dimensión clima de seguridad

Niveles de Cultura de Seguridad	f	%
Alta	20	40
Media	26	52
Baja	4	8
Total	50	100

Fuente: Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente

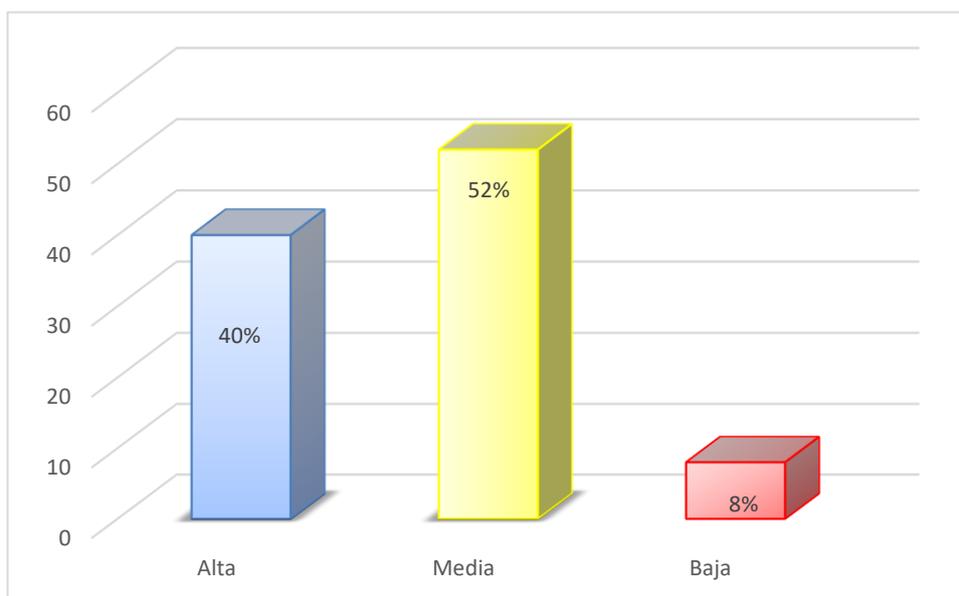


Figura 5. Distribución de los niveles de Cultura de Seguridad según dimensión clima de seguridad

La Figura 5, nos muestra que el 40% del total de personas encuestadas percibió un nivel alto de cultura de seguridad, el 52% presentó un nivel medio y el 7% un nivel bajo.

Dimensión condición de trabajo

Tabla 14

Distribución de los niveles en la dimensión condición de trabajo

Niveles de Cultura de Seguridad	f	%
Alta	22	44
Media	14	28
Baja	14	28
Total	50	100

Fuente: Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente

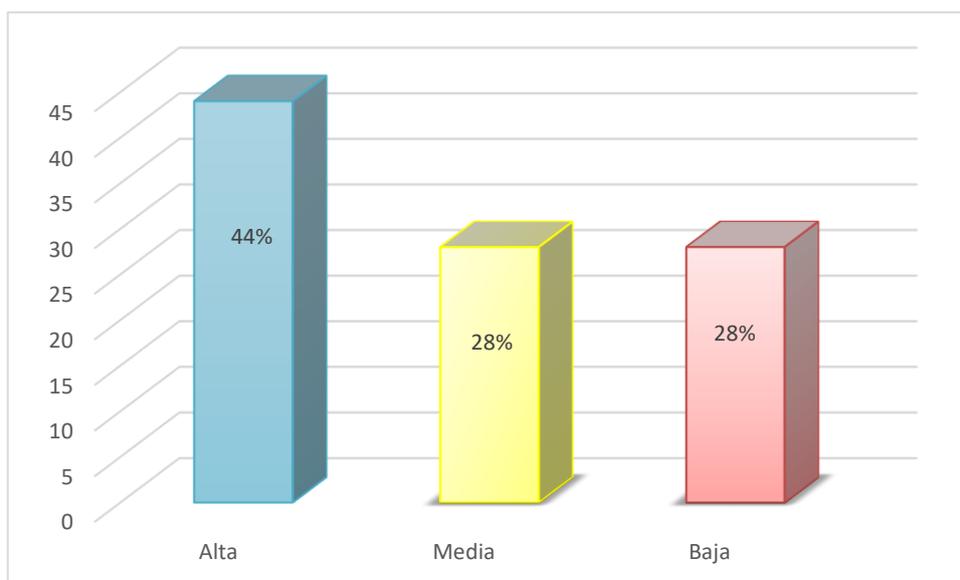


Figura 6. Distribución de los niveles en la dimensión condición de trabajo

En la Figura 6, podemos observar que el 44% de las personas encuestadas percibió un nivel de cultura de seguridad alto, mientras que el 28% presentaron un nivel medio y bajo.

Dimensión reconocimiento del nivel de estrés

Tabla 15

Distribución de los niveles en la dimensión reconocimiento del nivel de estrés

Niveles de Cultura de Seguridad	f	%
Alta	38	76
Media	5	10
Baja	7	14
Total	50	100

Fuente: Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente

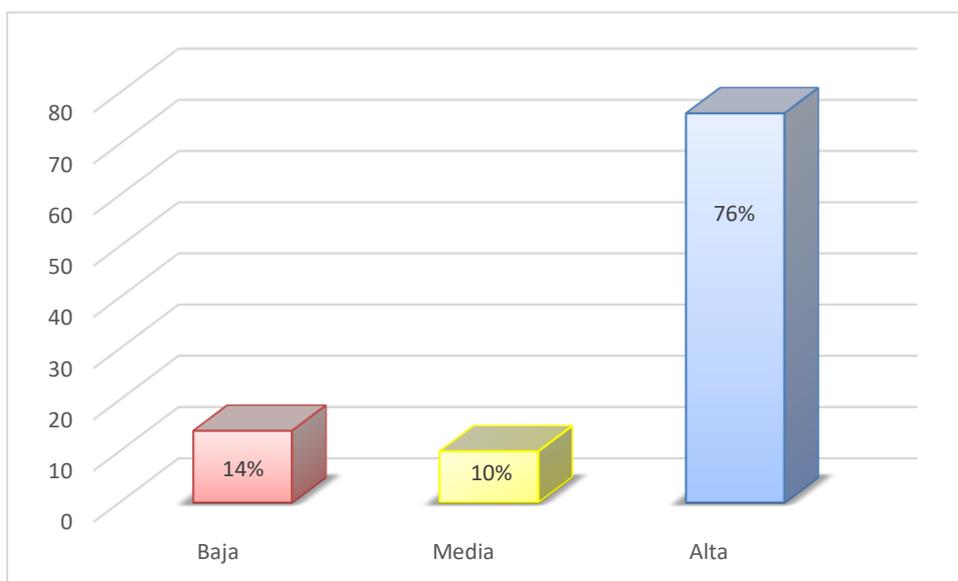


Figura 7. Distribución de los niveles en la dimensión reconocimiento del nivel de estrés

En la Figura 7 podemos observar que para esta dimensión el 76% del total de encuestados percibieron un nivel de cultura de seguridad alto, el 14% presentaron un nivel medio y el 10% bajo. Por lo tanto esta dimensión es considerada como una fortaleza.

IV. Discusión

El nivel de cultura de seguridad que percibe el personal de salud obtuvo un nivel alto representado por 56%, el 16% tuvo un nivel medio y el 28% percibió un nivel bajo. Estos resultados discrepan con los reportados por Arboleya, Fajardo, Hernández, Rodríguez, Rojano y Santacruz (2010) quienes reportaron en su investigación que la percepción global sobre la seguridad del paciente es baja.

En la dimensión satisfacción laboral el 78% del total de personas encuestadas percibieron un nivel de cultura de seguridad alto, el 16% un nivel medio y sólo el 6% un nivel bajo. Estos resultados son similares a los reportados por Lima *et. al* (2017) en su estudio titulado “Evaluación de la cultura de seguridad en hospitales públicos en Brasil ” donde encontró que los profesionales se demostraron satisfechos con el trabajo.

Igualmente Soria (2012), quien encontró que la mayoría de personal médicos y enfermeras tienen una percepción de 82% y 92% respectivamente hacia su ambiente de trabajo, este sentimiento de pertenencia que tiene el personal de salud es una fortaleza en la cual se deberán apoyar las acciones sobre seguridad del paciente.

En cuanto a la dimensión trabajo en equipo, en la Figura 5, se observa que para la dimensión trabajo en equipo el 68% del total de personas encuestadas percibió un nivel alto de cultura de seguridad, el 18 % un nivel bajo y el 14% un nivel medio; esta dimensión es una oportunidad de mejora.

Estos datos difieren de lo reportado por Vasco (2017) en su estudio titulado “Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente de la Enfermería del Hospital de Mérida” donde concluyó que las dimensiones detectadas como fortalezas fueron el trabajo en equipo y la labor de los supervisores en la seguridad del paciente.

En la Figura 6 respecto a la dimensión organización, dirección del servicio y el hospital, el 64% de las personas encuestadas percibió un nivel de cultura de seguridad alto, el 16% un nivel medio y el 20% un nivel bajo, esta dimensión se considera una oportunidad de mejora.

Estos resultados son similares a los reportados por Vasco (2017), donde concluyó que la dimensión apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente es una debilidad (oportunidad de mejora).

Igualmente Bruno, Da Rosa, De León y López (2011) en su investigación “Cultura de seguridad del paciente” reportó que la dirección no muestra estrategias a

priorizar relacionadas con la seguridad del paciente.

En la dimensión clima de seguridad, nos muestra que el 40% del total de personas encuestadas percibió un nivel alto de cultura de seguridad y un 52% presentó un nivel medio y el 8% un nivel bajo.

Igualmente Fernández, Skodová y Velasco (2011) en su estudio “Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel” encontraron que la comunicación sobre errores es deficiente.

Asimismo Martínez (2015) en su estudio “Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015” reportó que los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son el “grado de apertura de la comunicación”, la “comunicación e información personal sobre los errores de la unidad”, el “personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”.

En la dimensión condición de trabajo, el 44% de las personas encuestadas percibió un nivel de cultura de seguridad alto, mientras que el 28% presentaron tanto un nivel medio y bajo.

En la dimensión reconocimiento del nivel de estrés, el 76% del total de encuestados percibieron un nivel de cultura de seguridad alto, el 14% presentaron un nivel medio y el 10% bajo. Por lo tanto esta dimensión es considerada como una fortaleza.

Los datos obtenidos difieren de los obtenidos por Olivera (2017) en su investigación “Análisis de la cultura de Seguridad del Paciente en los profesionales de atención primaria del sistema Nacional de Salud” donde reportó que las puntuaciones más bajas se obtuvieron en ritmo y carga de trabajo.

V. Conclusión

- Primera** En el presente estudio de investigación se concluye que el nivel de cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla fue alto.
- Segunda** El nivel de cultura de seguridad del paciente en la dimensión satisfacción laboral fue alta en el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla., asimismo esta dimensión fue considerada una fortaleza para la institución.
- Tercera** El nivel de cultura de seguridad del paciente en la dimensión trabajo en equipo fue alta en el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla.
- Cuarta** El nivel de cultura de seguridad del paciente en la dimensión percepción de la organización, dirección del servicio y el hospital fue alta en el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla.
- Quinta** El nivel de cultura de seguridad del paciente en la dimensión clima de seguridad fue media por lo tanto se deberá priorizar acciones para esta dimensión puesto que es considerada el corazón de la cultura de seguridad.
- Sexta** El nivel de cultura de seguridad del paciente en la dimensión condición de trabajo fue alto en el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla.
- Séptima** El nivel de cultura de seguridad del paciente en la dimensión reconocimiento del nivel de estrés fue alta en el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla, el cual afecta la seguridad del paciente sobre todo si la carga de trabajo es elevada; sin embargo la seguridad del paciente no solo depende de la oferta de trabajo sino de la situación personal de los que brindan cuidado.

VI. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados del estudio de la investigación se puede plantear las siguientes recomendaciones:

- Primera** Se sugiere a los directivos del Hospital II Ramón Castilla que incluyan en su plan estratégico la aplicación de la encuesta cultura de seguridad, para garantizar que la institución mejoró en las debilidades encontradas, de tal forma
- Segunda** Participación activa en los procesos de capacitación e investigación que conlleven a mejorar la cultura de seguridad del paciente.
- Tercera** Programar sesiones de coaching para los colaboradores de tal forma que se fomente el trabajo en equipo entre personal de diferentes servicios.
- Tercera** Sugerir la implementación de un Comité multidisciplinario de eventos adversos no punitivo, para mejorar la seguridad del paciente. Asimismo dar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se puedan ver sometidos.
- Cuarta** Difundir una actitud proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la dirección, puede trabajarse con la proclamación del día de la Seguridad del Paciente.
- Quinta** Implementar y fortalecer el desarrollo de la pausa activa dentro de los servicios del Hospital, para que sirva como una estrategia que ayude a disminuir el nivel de estrés de los colaboradores.

VII. Referencias

- Agencia para investigación y Calidad del Cuidado a la Salud. (2013). *Uma Reflexao Teorica Aplicada a Prática*. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
- Alvarado, C. (2014). *Relación entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú).
- Arboleña, H., Fajardo, G., Hernández, F., Rodríguez, J., Rojano, C. y Santacruz, J. (2010). *Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud*, 78 (6). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106j.pdf>
- Ayestarán, S. (2002). *Formación de equipos de trabajo, conductas de manejo de conflicto y cambio cultural en las organizaciones*. Revista de Psicología Social. Vol. 52, 1999, p. 203-217.
- Bandrés, F. y Delgado, S. (2009). *Biomedicina y Derecho Sanitario*. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=YYO7pH6KH8YC&pg=PA917&dq=Este+informe+del+IOM+estim%C3%B3+que+entre+44.000>
- Bernardo y Calderero (2000). *Aprendo a Investigar en educación*. Madrid: Editorial Rialp, SA. Recuperado de: http://infantil.unir.net/cursos/lecciones/ARCHIVOS_COMUNES/versiones_no_imprimir/GMEI27/t4_como_estudiar4.pdf
- Bruno, Da Rosa, De León y López (2011). *Cultura de seguridad del paciente*. (Tesis de licenciado, Universidad de la República. Uruguay)
- Cosavalente, Y. (2013). *La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de Cirugía – Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo*. (Tesis de licenciado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú).
- Chuchón, L. (1999). *Factores Institucionales y Nivel de Estrés en las Enfermeras que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos del hospital Cayetano Heredia y Edgardo Rebagliatti*. (Tesis de licenciado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú).
- Fernández, M., Skodová, M. y Velasco, M. (2011). *Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel*. *Revista de Calidad Asistencial*. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-opinion-los-profesionales-sanitarios-sobre-S1134282X10001478>
- Giménez, T. (2013). *Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón*. (Tesis de doctor, Universidad de Zaragoza, España).

- Helmreich, R. Sexton, J., Thomas, E. y (2006). *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research*. Recuperado de: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-6-44?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>
- Hernández, S. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6.a ed.). México: Mc Graw Hill Education
- Ivancevich, J. y Matteson, M. (1987). *Control del estrés laboral. Estrategias eficaces de recursos humanos y gestión*. San Francisco: Editorial Jossey – Bass
- Kotter, J. (1997). *El líder del cambio*. México. Editorial McGrawHill.
- Landeau, R. (2007). *Elaboración de trabajos de Investigación*. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=M_N1CzTB2D4C&pg=PA53&dq=tipos+de+investigacion+segun+finalidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiCk4
- Lima, R., Lopes, R., Parente, A., Pinheiro, N., Pinto, A. y Silva, M.(2017). *Evaluación de la cultura de seguridad en hospitales públicos en Brasil*. Revista Latino- Americana de Enfermagen. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf
- Luengo, M. (2013). *Estrategia de Seguridad de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos*. Recuperado de: <http://www.uciseguras.com/wp/?p=1455>
- Martínez, V. (2016). *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio del Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015*. (Tesis de especialista, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú)
- Morillo, I. (2006). *Clima Organizacional y Satisfacción Laboral en el departamento de Geografía e Historia del Instituto Pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez*. Revista Educare. Vol.10 (2)
- Olivera, G. (2017). *Análisis de la cultura de Seguridad del Paciente en los profesionales de atención primaria del sistema Nacional de Salud*. (Tesis de doctor, Universidad Rey Juan Carlos, España)
- Organización Mundial de la Salud. (Julio, 2014). *OMS concientiza sobre la seguridad del paciente*. Revista *el Hospital*. Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.elhospital.com/temas/OMS-concientiza-sobre-la-seguridad-del-paciente-en-los-hospitales+98779?pagina=1>
- Orkaizagirre, A. (2016). *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*. (Tesis de doctor, Universidad de Zaragoza, España).

- Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (6.a ed.). Mexico: Mc Graw Hill Interamericana.
- Reason, James (1990). The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. 327: 475–484.
- Sánchez, H. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. (5.a ed.). Lima: Business Support Aneth SRL.
- Topa, G. et al. (2004). *La relación de la cultura de los grupos con la satisfacción y el compromiso de sus miembros: un análisis multi-grupo*. *Revista Psicothema*, Vol. 16 (3), pp. 363-368
- Vasco, I. (2017). *Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente de la Enfermería del Hospital de Mérida*. (Tesis de doctor, Universidad de Extremadura, España)
- Wegner, W. y Rubim, E. (2012). *La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil*. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Brasil. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf

VIII. Anexos

Anexo A: Formato Matriz de Consistencia
FORMATO: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES				
Problema General ¿Cuál es la situación actual de la Cultura de Seguridad del paciente que tiene el Personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017? Problemas Específicos - ¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en la satisfacción laboral del personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017? ¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en el clima de trabajo del personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?	Objetivo General Determinar la situación actual de la Cultura de Seguridad del paciente por personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017 Objetivos Específicos Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en la satisfacción laboral del personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017 Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en el clima de trabajo del personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón	Hipótesis General No se plantea hipótesis por tratarse de un diseño descriptivo de tipo transversal.	Variable 1: Cultura de seguridad del paciente				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango
			Satisfacción laboral	Satisfacción laboral.	1,2,3,4,5,6	Total desacuerdo (1) Desacuerdo parcial(2) Sin opinión definida (3) Parcialmente de acuerdo(4) Totalmente de acuerdo (5)	Alta: 24 - 30 Media: 13 - 23 Baja:0 - 12
Clima de trabajo en equipo	Protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes. Sistema de reconocimiento y	7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18		Alta: 48 - 60 Media: 25- 47 Baja:0 - 24			

<p>- ¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en la percepción de la organización, dirección del servicio y el hospital que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?</p> <p>- ¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en el clima de seguridad que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?</p> <p>-¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en las condiciones de trabajo que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón</p>	<p>Castilla EsSalud, 2017</p> <p>Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en la percepción de la organización, dirección del servicio y el hospital que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017</p> <p>Determinar la situación actual percibida de la organización, dirección del servicio y el hospital que tiene el personal de salud de los diferentes servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017.</p> <p>Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en el clima de seguridad que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II</p>		<p>Percepción de la Organización y dirección del servicio y el hospital</p> <p>Clima de seguridad</p> <p>Condiciones de Trabajo</p>	<p>recompensas.</p> <p>Política de Recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</p> <p>Notificación de eventos adversos. Evaluación del desempeño. Quejas, reclamos judiciales y demandas presentadas por pacientes, familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia</p> <p>Programa de formación continuada sobre seguridad del paciente</p>	<p>19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29</p> <p>30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57</p> <p>58,59,60</p>	<p>Alta: 44 - 55 Media: 23 - 43 Baja:0 – 22</p> <p>Alta: 72 - 140 Media: 57 - 71 Baja:0 - 56</p> <p>Alta: 12 - 15 Media: 7 - 11 Baja: 0 – 6</p>
--	---	--	---	--	--	---

<p>Castilla EsSalud, 2017?</p> <p>¿Cuál es la situación de la cultura de seguridad del paciente en el reconocimiento del nivel de estrés que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?</p>	<p>Ramón Castilla EsSalud, 2017</p> <p>Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en las condiciones de trabajo que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017</p> <p>Describir la situación de la cultura de seguridad del paciente en el reconocimiento del nivel de estrés que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017</p>		<p>Reconocimiento del nivel de estrés</p>	<p>Percepción sobre carga de trabajo.</p>	<p>61,62,63,64,65,66,67,68</p>		<p>Alta: 32 - 40 Media: 17 - 31 Baja: 0 - 16</p>
--	--	--	---	---	--------------------------------	--	--

METODOLOGÍA

Tipo de investigación: Sustantiva

Diseño: No experimental de corte transversal de modelo descriptivo

Método: Descriptivo

Alcance: Descriptiva

Población: Personal de salud que laboran en el Hospital II Ramón Castilla Essalud, 2017

Muestra: Personal de salud de los servicios de Emergencia, Medicina y Cirugía del Hospital II Ramón Castilla Essalud, 2017

Muestreo:

Anexo B: Matriz de Datos

*BASE LAURA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

32 : Cargo 3 Visible: 79 de 79 variables

	Servicio	Tiempo	Condicion	Cargo	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	D1	D2	D3	D4	D5	
1	2	3	2	3	5	4	4	4	5	5	4	4	2	1	5	4	4	4	4	5	5	5	1	3	2	2	2	4	2	2	2	2	2	1	5	5	4	4	
2	3	1	2	3	4	4	4	4	4	3	3	5	5	3	2	4	4	4	4	5	3	3	3	2	3	2	4	3	3	2	3	2	2	2	1	4	4	4	4
3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	5	4	4	4	4	4	5	4	4	3	4	3	4	4	
4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5	5	5	5	4	5	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	3	4	3	4	4
5	1	3	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5	4	5	5	4	5	4	4	4	3	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	3	3	3	4	4
6	2	3	2	3	4	5	4	4	4	5	4	3	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	3	3	3	3	4
7	2	3	2	3	4	5	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	3	4	3	3	4
8	1	4	3	1	5	5	2	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
9	2	4	3	3	5	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	5	3	2	2	2	2	2	2	3	2
10	2	4	3	3	5	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	5	3	2	2	2	2	2	3	3
11	2	3	2	3	4	3	2	4	4	3	2	3	2	2	4	2	3	4	2	3	2	2	3	2	4	4	2	3	2	4	3	2	2	3	3	3	3	3	4
12	1	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
13	1	3	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14	3	4	3	1	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
15	1	3	2	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
16	1	4	3	3	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
17	3	3	2	4	4	3	2	4	5	3	2	3	2	2	4	4	4	4	2	3	2	2	3	2	4	4	2	3	2	4	3	2	2	3	3	3	3	2	4
18	3	2	2	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	
19	1	4	4	2	4	3	3	4	5	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4
20	2	2	2	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
21	2	4	4	3	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
22	2	3	2	2	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
23	1	3	2	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

*BASE LAURA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

32 : Cargo 3 Visible: 79 de 79 variables

	Servicio	Tiempo	Condicion	Cargo	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	D1	D2	D3	D4	D5
24	1	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	2	2	2	3	3
25	1	2	3	2	4	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	3
26	2	2	3	4	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	3	
27	2	2	2	6	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
28	2	2	2	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	
29	3	3	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	
30	3	4	3	1	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
31	3	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
32	1	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
33	1	4	3	1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
34	1	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
35	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
36	3	3	2	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	
37	3	4	3	3	5	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	4	4	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	5	3	3	3	3	3	3	2	
38	2	2	3	1	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	
39	2	3	2	1	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	
40	1	4	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	2	4	4	3	1	5	5	5	5	
41	1	4	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	4	2	5	5	5	5	5	1	3	4	5	1	4	4	4	4	5	4	5	5	
42	1	4	2	4	5	5	4	4	2	4	4	5	2	2	5	4	5	3	2	5	5	5	3	2	3	5	3	2	2	3	3	4	5	5	5	4	3	
43	1	4	2	3	5	4	5	5	5	5	5	4	1	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	
44	1	4	1	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	3	5	4	3	4	5	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	
45	3	4	2	3	4	3	4	5	4	5	4	4	4	4	4	3	4	5	4	5	4	4	3	4	3	4	2	1	4	2	1	1	1	4	4	3	5	
46	2	4	2	3	4	5	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	2	2	2	2	4	2	2	2	2	4	4	4	4	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

*BASE LAURA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

32 : Cargo 3 Visible: 79 de 79 variables

	Servicio	Tiempo	Condicion	Cargo	A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	D1	D2	D3	D4	D5	
40	1	4	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	2	4	4	3	1	5	5	5	4	5	
41	1	4	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	4	2	5	5	5	5	5	1	3	4	5	1	4	4	4	4	5	4	5	5	5	
42	1	4	2	4	5	5	4	4	2	4	4	5	2	2	5	4	5	3	2	5	5	5	3	2	3	5	3	2	2	3	3	4	5	5	5	4	3	3	
43	1	4	2	3	5	4	5	5	5	5	5	4	4	1	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5		
44	1	4	1	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	3	5	4	3	4	5	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	
45	3	4	2	3	4	3	4	5	4	5	4	4	4	4	4	3	4	5	4	5	4	4	3	4	3	4	4	2	1	4	2	1	1	4	4	3	5	5	
46	2	4	2	3	4	5	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	2	2	2	2	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	
47	2	3	2	4	5	5	4	4	5	5	5	3	2	5	4	4	5	5	5	5	5	5	1	3	3	4	4	4	1	2	3	3	3	5	5	5	5	5	
48	2	4	2	3	4	4	5	5	4	4	4	4	3	2	5	4	2	3	1	5	4	5	4	4	3	3	3	3	1	1	1	3	4	3	4	1	3	3	
49	1	4	2	3	5	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	3	1	1	1	5	2	4	4	2	1	1	5	1	2	3	3	3	3	4	3	4	2	
50	2	4	2	3	5	5	4	5	4	4	4	4	1	1	4	4	5	4	4	4	5	5	1	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	
51																																							
52																																							
53																																							
54																																							
55																																							
56																																							
57																																							
58																																							
59																																							
60																																							
61																																							
62																																							

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Anexo C: Instrumento

ENCUESTA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

FECHA:

I. INSTITUCION:

1. Hospital II Ramón Castilla

II. SERVICIO EN EL QUE LABORA:

1. Emergencia

2. Medicina

3. Cirugía

III. TIEMPO DE SERVICIO:

1. 0 a 6 meses

2. 7 a 11 meses

3. 1 a 4 años

4. 5 años a más

IV. CONDICIÓN LABORAL:

1. Nombrada 3. 728

2. CAS 4. 276

V. CARGO:

1. Médico

4. Técnico de Enfermería

2. Médico Residente

5. Interno de Medicina

3. Enfermera

INTRODUCCION:

Este test es anónimo y tiene como objetivo determinar la cultura de seguridad del paciente.

INSTRUCCIONES:

Marque con una (x) la respuesta que Ud. elija para cada ítem

Total desacuerdo	Desacuerdo parcial	Sin opinión definida	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

La investigadora agradece por su colaboración.

Items	Respuestas				
	1	2	3	4	5
D1: Ambiente en su lugar de trabajo					
Me gusta mi trabajo					
Trabajar en este hospital es como formar parte de una gran familia					
Este hospital es un buen sitio para trabajar					
Me siento orgulloso de trabajar en este hospital					
En este servicio se trabaja según principios éticos					
En este servicio estamos haciendo un buen trabajo					
D2: Clima de trabajo en equipo					
Los médicos, enfermeras y técnicos de este Servicio trabajamos coordinadamente formando un buen equipo					
Las iniciativas de las enfermeras son bien recibidas					
En este Servicio es difícil decir lo que pienso cuando detecto un problema en los cuidados del paciente					
Con frecuencia tengo miedo de expresar mi desacuerdo con mis compañeros de trabajo					
Las personas que trabajamos en este Servicio no tenemos miedo de preguntar cuando hay algo que no sabemos					
Cuando existen desacuerdos entre los profesionales en cuanto al manejo de los pacientes, sabemos resolverlos adecuadamente					
Tengo el apoyo que necesito de otras personas para tratar adecuadamente a los enfermos					
En las situaciones de urgencia, cada persona sabe exactamente lo que se debe hacer					
Durante las situaciones de emergencia, mi trabajo no se ve afectado por trabajar con personas con poca experiencia o poca capacitación					
Considero que un buen profesional es capaz de dejar sus problemas personales al otro lado de la puerta cuando vienen a trabajar					
Conozco nombre y apellidos de todas las personas que trabajaron conmigo en mi último turno o guardia					
Las cuestiones importantes se comunican adecuadamente durante los cambios de turno					
D3: Percepción de la Organización y dirección del servicio y el hospital	1	2	3	4	5
En este Servicio contamos con el personal suficiente para atender adecuadamente a los pacientes					
Creo que la dirección del hospital está haciendo un buen trabajo					
La dirección del hospital apoya y reconoce mi esfuerzo diario en el trabajo					
Este hospital estimula el trabajo en equipo y la colaboración entre las personas					
Recibo información adecuada y puntual sobre los acontecimientos que ocurren en el hospital y que pueden afectar a mi trabajo					
Las relaciones en este Servicio son transversales y no jerárquicas					
Las actividades de este hospital no están seriamente comprometidas con la seguridad del paciente					
Los jefes y directivos de mi hospital me escuchan y se preocupan					

por mis problemas					
El jefe del servicio me escucha y se preocupa por mis problemas					
Estoy satisfecho con la disponibilidad del jefe de servicio					
Estoy satisfecho con la disponibilidad de la supervisor/a de Enfermería					
D4: Clima de Seguridad					
Me sentiría seguro si ingresara en este Servicio como paciente					
Los acontecimientos adversos son manejados adecuadamente en este Servicio					
En este Servicio nos sentimos libres para discutir los acontecimientos adversos					
Los profesionales no son sancionados por comunicar acontecimientos adversos a través de los canales adecuados (p. ej., sistemas de declaración voluntaria, etc.)					
En este Servicio se promueve la declaración de acontecimientos adversos					
Tendría miedo de utilizar un sistema de declaración de acontecimientos adversos por temor a ser identificado					
Un sistema anónimo de declaración de acontecimientos adversos resulta de utilidad para mejorar la seguridad del paciente					
Creo que la información obtenida a través de la declaración de acontecimientos adversos será utilizada para mejorar la seguridad del paciente en este Servicio					
Conozco los canales adecuados para tratar cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente					
Las sesiones (a propósito de los pacientes en los cambios de turno o de guardia) son importantes para la seguridad de los pacientes					
Las sesiones minuciosas y exhaustivas son frecuentes en este servicio					
Todo el personal de este Servicio se siente responsable de la seguridad de los pacientes					
La seguridad del paciente es reforzada como una prioridad en este Servicio					
El equipo directivo nos dirige para ser una institución centrada en la seguridad					
Mis sugerencias sobre seguridad podrían ser llevadas a la práctica si las comunico al jefe de servicio o a la dirección					
Esta institución hace más por la seguridad del paciente ahora que hace un año					
No creo que la seguridad del paciente se vea afectada porque me interrumpen en mi trabajo					
Con frecuencia se producen retrasos en la atención a los pacientes por problemas de comunicación entre los profesionales					
Los problemas en la continuidad asistencial (p. ej., al pasar el paciente de planta al Servicio) afectan negativamente a la seguridad del paciente					

Con frecuencia los problemas de comunicación entre los profesionales del Servicio afectan negativamente al paciente					
He visto a gente cometer errores que podrían haber causado daño a los pacientes					
He cometido errores que han podido causar daño al paciente					
El ambiente en este Servicio hace fácil aprender de los errores de otros					
Mis compañeros me animan a comentar cualquier preocupación que pueda tener a propósito de la seguridad de los pacientes					
En general, en este Servicio se siguen las directrices de las guías de práctica clínica y se siguen criterios basados en la evidencia					
El personal con frecuencia incumple las reglas y las guías establecidas en este Servicio					
Creo que la mayor parte de los acontecimientos adversos son atribuibles a múltiples fallos del sistema, más que a errores de personas concretas					
Recibo un adecuado feedback respecto a mi trabajo					
D5: Condiciones de trabajo					
Toda la información necesaria para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas se encuentra disponible de forma habitual					
El hospital imparte adecuada formación al personal de nueva incorporación					
Los residentes están adecuadamente supervisados					
D6.Reconocimiento del nivel de estrés					
Cuando hay exceso de trabajo, la calidad de mi trabajo empeora					
Trabajo peor cuando estoy cansado					
Es más frecuente que cometa errores en situaciones de tensión o cuando el ambiente es hostil					
El cansancio perjudica mi trabajo en situaciones de emergencia					
El cansancio perjudica mi trabajo habitual					
El estrés por situaciones personales puede afectar negativamente a mi trabajo					
El exceso de trabajo me estimula a trabajar mejor					
En este Servicio la carga de trabajo es elevada					

Anexo D: Artículo científico**Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud**

Laura Mercado Yupanqui

**Escuela de Postgrado
Universidad César Vallejo Filial Lima****Resumen**

El presente trabajo de investigación descriptiva, no experimental de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la situación actual de la Cultura de Seguridad del paciente por Personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017; se trabajó en una muestra de 50 personas que laboran en los servicios de Medicina, Cirugía y Emergencia. Los datos fueron recolectados aplicando la técnica de la encuesta sobre Cultura de seguridad (alfa de Crombach 0,8). Los resultados obtenidos indicaron que el nivel de cultura de seguridad que percibe el personal de salud obtuvo un nivel alto representado por 56%, el 16% tuvo un nivel medio y el 28% percibió un nivel bajo. En base al análisis de los resultados se concluyó que: El nivel de cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla fue alto.

Abstract

Descriptive cross-sectional research aimed to determine the current situation of the Patient Safety Culture by Health Personnel of the Hospital II Ramón Castilla EsSalud Hospital, 2017; We worked on a census sample of 40 people working at the hospital. Data were collected using the interview technique and using the Safety Culture survey (Crombach's alpha 0.9) as an instrument. Based on the analysis of the results it was concluded that: The general perception of the health personnel about the Safety Culture was positive, obtaining a greater percentage of strengths, In the work environment dimension, the perception of personnel was 72.5%, considered as a strength., In the climate dimension of teamwork is perceived as a strength by the staff with 60%.

La seguridad del paciente es un problema que afecta a todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que sin importar el desarrollo socioeconómico de los países, muchos pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de la atención insegura que reciben en las instituciones de salud, por tal motivo, en los últimos años la seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas de salud. (OMS, 2014, julio). La intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades; pero en ocasiones la atención en salud causa daño a sus usuarios. Algunas infecciones, lesiones producidas por intervenciones médicas, amputaciones de órganos o miembros equivocados, intoxicaciones o incluso la muerte por la utilización de dosis equivocadas de un fármaco, se deben a incidentes o eventos adversos ocurridos en la atención sanitaria.

Orkaizagirre (2016) en su investigación titulada “La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias”, España, cuyo objetivo fue conocer si las enfermeras noveles en unidades médicas y quirúrgicas del Hospital Universitario Donostia (HUD) cometen eventos adversos y notifican incidentes y la influencia de los factores sociodemográficos y aquellos contemplados dentro de la cultura de seguridad que podrían favorecerlos. Empleó un estudio observacional, de nivel descriptivo; de diseño no experimental: transversal. La muestra estuvo constituida por 247 enfermeras que trabajan en contacto directo con los pacientes en unidades médico-quirúrgicas del HUD. Llegó a la siguiente conclusión: (a) En las unidades hospitalarias médicas y quirúrgicas las enfermeras noveles cometen más eventos adversos (errores de medicación y caídas) y notifican más incidentes que las enfermeras con mayor experiencia que ellas.

Giménez (2013) en su investigación sobre “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón”; España, cuyo objetivo fue determinar la cultura de seguridad del paciente entre el personal que se desempeña en el área orientada hacia la dirección y gestión en el sector de salud público de la comunidad autónoma de Aragón. Empleo un estudio de nivel descriptivo; de diseño no experimental: transversal. (a) La evaluación de la cultura y el discurso de

directivos y gestores en relación con la seguridad el paciente permite identificar aspectos clave como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras.

Fernández, Skodová y Velasco (2011) elaboraron un estudio titulado “Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel, España, cuyo objetivo fue identificar la cultura sobre seguridad del paciente (SP) percibida por los profesionales sanitarios del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada. La muestra fue de 476 profesionales sanitarios. Llegaron a las siguientes conclusiones: (a) La percepción global de seguridad del paciente en el HUVN es buena, encontrando que la comunicación sobre errores es deficiente y (b) La principal área de mejora es la comunicación abierta sobre los errores.

La agencia para la investigación y calidad en salud de los Estados Unidos (Agency for Healthcare Research and Quality, 2004), define la cultura de seguridad como el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar, el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Asimismo, nos indica que sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

Para el Departamento de Salud Británico (2000): “Una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar, y son capaces de aprender de lo que ha fallado para poder corregirlo”. La OMS nos refiere que la seguridad del paciente es: "la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia médica a un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas del conocimiento de los recursos disponibles y el contexto en el cual el cuidado fue entregado, pesado contra el riesgo de no tratamiento u otro tratamiento”.

Se formula el siguiente problema general ¿Cuál es la situación actual sobre Cultura de Seguridad del paciente que tiene el Personal de Salud de los diferentes servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017? Asimismo, se plantearon los siguientes problemas específicos: ¿Cuál es la situación actual percibido del ambiente de trabajo que tiene el Personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?, ¿Cuál es la situación actual

percibida del trabajo en equipo que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?, ¿Cuál es la situación actual percibida de la organización, dirección del servicio y el hospital que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?, ¿Cuál es la percepción del clima de seguridad que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?, ¿Cuál es la percepción sobre las condiciones de trabajo que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017? y ¿Cuál es la percepción sobre el reconocimiento del nivel de estrés que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017?. El objetivo general planteado fue determinar la situación actual de la Cultura de Seguridad del paciente por Personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017 y los objetivos específicos fueron los siguientes: describir la situación actual percibida del ambiente de trabajo que tiene el personal de Salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017; describir la situación actual percibida del trabajo en equipo que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017; describir la situación actual percibida de la organización, dirección del servicio y el hospital que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017; Describir la percepción del clima de seguridad que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017; Describir la situación actual sobre las condiciones de trabajo que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017 y Describir la percepción sobre el reconocimiento del nivel de estrés que tiene el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud, 2017.

Se utilizó el método analítico – sintético porque se estudió los hechos, partiendo de la descomposición de la cultura de seguridad en cada una de sus dimensiones para estudiarlas en forma individual. La presente investigación fue no experimental de corte transversal de modelo descriptivo. La muestra estuvo constituida por 40 personas que laboran en los servicios de Medicina, Emergencia y Cirugía del Hospital II Ramón Castilla EsSalud en el año 2017. Se tomó una muestra censal; es decir, la totalidad de la población dado que la muestra es pequeña y finita. El instrumento fue aplicado a cada personal de salud en un

tiempo promedio de 15 minutos, cada uno, respetando los principios éticos. El instrumento contaba con 68 preguntas con 5 escalas de respuesta para valorar el grado de acuerdo que el encuestado tendrá con la pregunta, dividido en seis dimensiones, cada una cuenta con sus propios ítems; el primero tiene 6 ítems, el segundo 12 ítems, el tercero 11 ítems, el cuarto 28 ítems, el quinto 3 ítems y el sexto 8 ítems, se midió a través de la siguiente escala; Total desacuerdo: 1, Desacuerdo parcial: 2, Sin opinión definida: 3, Parcialmente de acuerdo: 4 y Totalmente de acuerdo: 5

La confiabilidad estadística de la encuesta sobre Cultura de seguridad, se realizó a través de una prueba piloto, en la cual se calculó el coeficiente del Alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0.98, lo que indica que hay una buena consistencia interna entre los ítems analizados. Los resultados obtenidos fueron codificados en una matriz de tabulación empleando el Software especializado de estadística The Package Sottisfical for Sciences (SPSS) versión 23.0. Con el mismo software se analizaron los resultados aplicando la estadística descriptiva para calcular frecuencia relativa y simple.

La percepción del personal de salud sobre la cultura de seguridad fue positiva alcanzo un porcentaje de 67.5% considerándose una fortaleza, a diferencia de la oportunidad de mejora con un 32.5%; sobre los cuales se tendrá que trabajar para convertir en fortalezas para el personal de salud. La dimensión ambiente de trabajo alcanzó un 72.5%, la que se distingue como fortaleza para la institución.

El trabajo en equipo es considerado una fortaleza obtuvo un 60% a diferencia de la oportunidad de mejora con 40%. La dimensión organización, dirección del servicio y el hospital también es una fortaleza para la institución en el 60% del personal de salud, aún hay un 40% que se debe trabajar para que cambien a fortalezas. La dimensión clima de seguridad es una fortaleza con 77.5%; siendo esta dimensión el corazón de la cultura e de seguridad y la dimensión reconocimiento del nivel estrés es una oportunidad de mejora con un 57.5%, en ésta se debe trabajar para poder mejorarla.

En este estudio se ha evidenciado que el personal de salud presentó una percepción de la dimensión ambiente de trabajo de 72.5% como una fortaleza para su servicio (Gráfica N° 02), este resultado es semejante al obtenido por Soria (2012), quien encontró que la mayoría de personal médicos y enfermeras tienen

una percepción de 82% y 92% respectivamente hacia su ambiente de trabajo, este sentimiento de pertenencia que tiene el personal de salud es una fortaleza en la cual se deberán apoyar las acciones sobre seguridad del paciente. En cuanto a la dimensión ambiente de trabajo, en la Gráfica 03, se observa que es una fortaleza en el 60% de personal de salud; así como también, en la Tabla 04 respecto a la dimensión organización, dirección del servicio y el hospital es una fortaleza en el 60% del personal de salud. En la dimensión clima de seguridad la percepción del personal de salud fue de 77.5% la cual la identifican como fortaleza; ya que cuentan con lo necesario para trabajar, tomar decisiones, son las fortalezas con las que se debe trabajar para solidificar el trabajo en equipo; ya que esta dimensión es el corazón de la cultura de seguridad.

En base al análisis de los resultados sobre la Cultura de seguridad del paciente por personal de salud, se concluyó que: De acuerdo a los datos estadísticos obtenidos la percepción general del personal de salud acerca de la Cultura de seguridad fue positiva, obteniéndose un mayor porcentaje de fortalezas, La percepción del personal de salud en la dimensión ambiente de trabajo es una fortaleza lo cual debe seguir reforzándose a través de ambientes físicos adecuados para realizar un trabajo eficiente, La dimensión clima de trabajo en equipo es percibida como una fortaleza por el personal la cual se puede reforzar a través de programas de coaching, La percepción del personal de salud en la dimensión clima de seguridad es una fortaleza, se deberá priorizar acciones para esta dimensión puesto que es considerada el corazón de la cultura de seguridad, La percepción del personal de salud en la dimensión condiciones de trabajo es una fortaleza, lo cual es un sentimiento de pertenencia que tiene el trabajador y el personal de salud no reconoce que el nivel de estrés afecta la seguridad del paciente sobre todo si la carga de trabajo es elevada; sin embargo la seguridad del paciente no solo depende de la oferta de trabajo sino de la situación personal de los que brindan cuidado.

Se recomienda a los directivos del Hospital II Ramón Castilla que según nuestros resultados existe un alto nivel de fortalezas sobre cultura de seguridad del paciente, asimismo hay un nivel de oportunidades de mejora en menor porcentaje que se deben transformar a fortalezas, El personal necesita desarrollar un sentimiento de pertenencia sobre todo en el área de comunicación para que se

logre alcanzar la misión y visión de la institución, El clima de seguridad en una institución es la manifestación de la interrelación de sus miembros, con sus particulares intereses, costumbres, valores, creencias, lenguaje, compromisos y objetivos, conocer los comportamientos y actitudes en referencia a la seguridad del paciente que la caracterizan, son la base para llevar a cabo un plan estratégico que permita gestionar la seguridad de los pacientes, Para disminuir el error y mejorar la seguridad del paciente es imprescindible que los que asisten a los pacientes acepten que se equivocan y comuniquen el error, porque de estas conductas se puede aprender y tomar medidas preventivas, La oficina de capacitación ocupe un papel preponderante ya que debe velar porque todos el personal sin importar la condición de contrato tenga capacitaciones constantes que le permitan estar actualizados e Implementar la pausa activa dentro de los servicios del Hospital, para que sirva como una estrategia que ayude a disminuir el estrés.

Referencias

- Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. (2005). *La Seguridad del Paciente en 7 pasos*. Reino Unido. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
- Alvarado, C. (2014). *Relación entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú).
- Arbolea, H., Fajardo, G., Hernández, F., Rodríguez, J., Rojano, C. y Santacruz, J. (2010). *Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106j.pdf>
- Ayestarán, S. (2002). *Formación de equipos de trabajo, conductas de manejo de conflicto y cambio cultural en las organizaciones*. Revista de Psicología Social. Volumen 52, 1999, p. 203-217.
- Cosavalente, Y. (2013). *La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de Cirugía – Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo*. (Tesis de licenciado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú).
- Chuchón, L. (1999). *Factores Institucionales y Nivel de Estrés en las Enfermeras que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos del hospital Cayetano Heredia y Edgardo Rebagliatti*. (Tesis de licenciado, Universidad Peruana

Cayetano Heredia, Perú).

Fernández, M., Skodová, M. y Velasco (2011). *Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. Revista de Calidad Asistencial*. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-opinion-los-profesionales-sanitarios-sobre-S1134282X10001478>

Giménez, T. (2013). *Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón*. (Tesis de doctor, Universidad de Zaragoza, España).

Ivancevich, J. y Matteson, M. (1987). *Control del estrés laboral. Estrategias eficaces de recursos humanos y gestión*. San Francisco: Editorial Jossey – Bass

Landeau, R. (2007). *Elaboración de trabajos de Investigación*. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=M_N1CzTB2D4C&pg=PA53&dq=tipos+de+investigacion+segun+finalidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiCk4

Martínez, V. (2015). *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio del Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015*. (Tesis de especialista en Centro quirúrgico, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú)

Anexo E: Autorización para ejecución de proyecto de tesis

Hospital II Ramón Castilla
Gerencia de Red Desconcentrada Almenara



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año de la Lucha Contra la Corrupción"

CARTA N°266 -D-HIIRC-GRDA-ESSALUD-2017

Lima, 19 de mayo del 2017

Doctor

GUILLERO JESUS MARTIN BARRIOS FLORES
Gerente de la Red Desconcentrada Almenara-Essalud
Presente. -



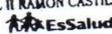
Asunto : *Solicitud de Autorización para ejecución de proyecto de tesis de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud en el Hospital II Ramón Castilla.*

Referencia : *CARTA N° 022-HII-CC-GRDA -ESSALUD-2017*

Por medio de la presente aprovecho la oportunidad para saludarlo cordialmente y de acuerdo al documento de la referencia, la **Licenciada Laura Amparo Mercado Yupanqui**, enfermera de nuestro Hospital del área de Medicina Complementaria, ha presentado su proyecto de tesis titulado **"Cultura de Seguridad del paciente por el personal de salud de los diferentes servicios de un establecimiento de segundo nivel del Seguro Social de Salud"**, para obtener el grado de Magister de la Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud, por lo cual manifestarle mi visto bueno para la realización del proyecto señalado previamente.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


.....
Dr. Jorge Luis López Marquez
DIRECTOR
HOSPITAL II RAMON CASTILLA - R.D.A.


JLM/jzt
Cc: Archivo

Jr. Guillermo Dansey 390 Lima Teléfono: 3308439 – 4251225 Telefax: 330-8431 e-mail: jorge.lopezm@essalud.gob.pe

NIT	597	2017	
-----	-----	------	--

539

Anexo F: Formato de validación de instrumento



UCV
UNIVERSIDAD
CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POSTGRADO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable: Departamento de Salud Británico (2000)

Cultura de Seguridad: Una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar, y son capaces de aprender de lo que ha fallado para poder corregirlo.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1: Ambiente en su lugar de trabajo

Visión positiva del lugar de trabajo. Es el Servicio o Departamento donde el personal pasa la mayor parte de su horario laboral o proporciona sus servicios clínicos.

Dimensión 2: Clima de trabajo en equipo

Calidad percibida de la relación y colaboración entre los miembros de un equipo para proporcionar la mejor atención al paciente.

Dimensión 3: Percepción de la Organización y dirección del servicio y el hospital

Los responsables toman en consideración las sugerencias de los departamento/servicio que favorecen la seguridad encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de Seguridad del paciente.

Dimensión 4: Clima de seguridad

Percepción de los profesionales sobre el compromiso proactivo de la organización para la seguridad del paciente.

Dimensión 5: Condiciones de trabajo

Percepción de calidad del entorno de trabajo y el apoyo logístico (personal, equipo, etc.).

Dimensión 6: Reconocimiento del nivel de estrés

Reconocimiento de la influencia de los factores de estrés en la ejecución del trabajo.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: Cultura de Seguridad

Dimensiones	indicadores	ítems	Niveles o rangos
Ambiente en su lugar de trabajo	Satisfacción laboral.	1,2,3,4,5,6	Fortaleza: = 75% de respuestas positivas ≥ 75% de respuestas negativas
Clima de trabajo en equipo	Protocolo de actuación. Sistema de reconocimiento y recompensas.	7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	Oportunidad de mejora: ≥ 50% de respuestas negativas ≥ 50% de respuestas positivas
Percepción de la Organización y dirección del servicio y el hospital	Política de Recursos humanos.	19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29	
Clima de seguridad	Notificación de eventos adversos. Evaluación del desempeño. Quejas, reclamos judiciales y demandas.	30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42, 43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55, 56,57	
Condiciones de Trabajo	Programa de formación continuada.	58,59,60	
Reconocimiento del nivel de estrés	Percepción sobre carga de trabajo.	61,62,63,64,65,66,67,68	

Fuente: Elaboración propia.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSION 1								
1	Me gusta mi trabajo							
2	Trabajar en este hospital es como formar parte de una gran familia							
3	Este hospital es un buen sitio para trabajar							
4	Me siento orgulloso de trabajar en este hospital							
5	En este servicio se trabaja según principios éticos							
6	En este servicio estamos haciendo un buen trabajo							
DIMENSION 2								
7	Los médicos, enfermeras y auxiliares de este Servicio trabajamos coordinadamente formando un buen equipo	SI	No	SI	No	SI	No	
8	Las iniciativas de las enfermeras son bien recibidas							
9	En este Servicio es difícil decir lo que pienso cuando detecto un problema en los cuidados del paciente							
10	Con frecuencia tengo miedo de expresar mi desacuerdo con mis compañeros de trabajo							
11	Las personas que trabajamos en este Servicio no tenemos miedo de preguntar cuando hay algo que no sabemos							
12	Cuando existen desacuerdos entre los profesionales en cuanto al manejo de los pacientes, sabemos resolverlos adecuadamente							
13	Tengo el apoyo que necesito de otras personas para tratar adecuadamente a los enfermos							
14	En las situaciones de urgencia, cada persona sabe exactamente lo que se debe hacer							
15	Durante las situaciones de emergencia, mi trabajo no se ve afectado por trabajar con personas con poca experiencia o poca capacitación							
16	Considero que un buen profesional es capaz de dejar sus problemas personales al otro lado de la puerta cuando vienen a trabajar							
17	Conozco nombre y apellidos de todas las personas que trabajaron conmigo en mi último turno o guardia							
18	Las cuestiones importantes se comunican adecuadamente durante los cambios de guardia y de turno							
DIMENSION 3								
19	En este Servicio contamos con el personal suficiente para atender adecuadamente a los pacientes	SI	No	SI	No	SI	No	
20	Creo que la dirección del hospital está haciendo un buen trabajo							
21	La dirección del hospital apoya y reconoce mi esfuerzo diario en el trabajo							
22	Este hospital estimula el trabajo en equipo y la colaboración entre las personas							
23	Recibo información adecuada y puntual sobre los acontecimientos que ocurren en el hospital y que pueden afectar a mi trabajo							

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: Cultura de Seguridad

Dimensiones	indicadores	ítems	Niveles o rangos
Ambiente en su lugar de trabajo	Satisfacción laboral.	1,2,3,4,5,6	Fortaleza: = 75% de respuestas positivas ≥ 75% de respuestas negativas
Clima de trabajo en equipo	Protocolo de actuación. Sistema de reconocimiento y recompensas.	7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	Oportunidad de mejora: ≥ 50% de respuestas negativas ≥ 50% de respuestas positivas
Percepción de la Organización y dirección del servicio y el hospital	Política de Recursos humanos.	19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29	
Clima de seguridad	Notificación de eventos adversos. Evaluación del desempeño. Quejas, reclamos judiciales y demandas.	30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42, 43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55, 56,57	
Condiciones de Trabajo	Programa de formación continuada.	58,59,60	
Reconocimiento del nivel de estrés	Percepción sobre carga de trabajo.	61,62,63,64,65,66,67,68	

Fuente: Elaboración propia.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSION 1								
1	Me gusta mi trabajo							
2	Trabajar en este hospital es como formar parte de una gran familia							
3	Este hospital es un buen sitio para trabajar							
4	Me siento orgulloso de trabajar en este hospital							
5	En este servicio se trabaja según principios éticos							
6	En este servicio estamos haciendo un buen trabajo							
DIMENSION 2								
7	Los médicos, enfermeras y auxiliares de este Servicio trabajamos coordinadamente formando un buen equipo	SI	No	SI	No	SI	No	
8	Las iniciativas de las enfermeras son bien recibidas							
9	En este Servicio es difícil decir lo que pienso cuando detecto un problema en los cuidados del paciente							
10	Con frecuencia tengo miedo de expresar mi desacuerdo con mis compañeros de trabajo							
11	Las personas que trabajamos en este Servicio no tenemos miedo de preguntar cuando hay algo que no sabemos							
12	Cuando existen desacuerdos entre los profesionales en cuanto al manejo de los pacientes, sabemos resolverlos adecuadamente							
13	Tengo el apoyo que necesito de otras personas para tratar adecuadamente a los enfermos							
14	En las situaciones de urgencia, cada persona sabe exactamente lo que se debe hacer							
15	Durante las situaciones de emergencia, mi trabajo no se ve afectado por trabajar con personas con poca experiencia o poca capacitación							
16	Considero que un buen profesional es capaz de dejar sus problemas personales al otro lado de la puerta cuando vienen a trabajar							
17	Conozco nombre y apellidos de todas las personas que trabajaron conmigo en mi último turno o guardia							
18	Las cuestiones importantes se comunican adecuadamente durante los cambios de guardia y de turno							
DIMENSION 3								
19	En este Servicio contamos con el personal suficiente para atender adecuadamente a los pacientes	SI	No	SI	No	SI	No	
20	Creo que la dirección del hospital está haciendo un buen trabajo							
21	La dirección del hospital apoya y reconoce mi esfuerzo diario en el trabajo							
22	Este hospital estimula el trabajo en equipo y la colaboración entre las personas							
23	Recibo información adecuada y puntual sobre los acontecimientos que ocurren en el hospital y que pueden afectar a mi trabajo							

