



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Efecto de un taller de seguridad del paciente en la cultura de
seguridad del paciente del personal de salud de la DIRIS

Lima Norte, 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Elda Angela García Chávez

ASESOR:

Dra. Teresa Campana Añasco

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

Lima -Perú

2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): GARCIA CHAVEZ, ELDA ANGELA

Para obtener el Grado Académico de *Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud* ha sustentado la tesis titulada:


EFFECTO DE UN TALLER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE SALUD DE LA DIRIS LIMA NORTE, 2017

Fecha: 3 de mayo de 2018

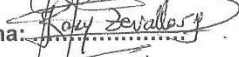
Hora: 11:00 a.m.

JURADOS:

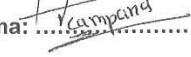
PRESIDENTE: Dra. Nancy Elena Cuenca Robles

Firma: 

SECRETARIO: Dra. Karen del Pilar Zevallos Delgado

Firma: 

VOCAL: Dra. Teresa de Jesus Campana Añasco

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobado por mayoría

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

- *Estilo Apa*
- *Revisar matices de operacionalización de la variable*

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

A mi hermosa madre por su ejemplo y motivación.

A Johnsito, mi esposo por su lealtad y confianza en mí.

A mi Buquita, mi hija y mi maestra.

A Rochi por ser mi luz y mi ángel siempre.

Agradecimientos

A la Universidad César Vallejo, a mis maestros Dra. Campana, Dr. Vertiz y Dr. Barboza por su guía y aliento, a todos mis compañeros de la DIRIS Lima Norte que colaboraron con la presente investigación y en especial a mi grupo “Maestría Juntas”, juntas lo logramos.

Declaratoria de Autenticidad

Yo, Eida Angela García Chávez, estudiante del Programa de Maestría de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 29560707 con la tesis titulada: “Efecto de un taller de Seguridad del Paciente para la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de salud de la DIRIS LN, 2017”

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para tener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente la idea de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 17 de marzo del 2018

Br. Eida Angela García Chávez
DNI 29560707

Presentación

Señores miembros del Jurado:

Presento ante ustedes la Tesis titulada “Efecto de un taller de Seguridad del Paciente para la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de salud de la DIRIS LN, 2017”, cuyo objetivo fue determinar el efecto de un taller en Seguridad en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestro en Gestión de Servicios de Salud La presente investigación consta de los siguientes capítulos:

El Primer capítulo, referido a los antecedentes, fundamentación científica, técnica y humanística, justificación, planteamiento y formulación del problema. Hipótesis y objetivos.

El Segundo Capítulo, marco metodológico, donde se presentan las variables, metodología, la población y la muestra, los instrumentos utilizados y el método de análisis de datos.

El Tercer Capítulo, Se presentan los resultados: descriptivos y contrastación de hipótesis. En el Cuarto Capítulo se presenta la Discusión, en el quinto las Conclusiones deducidas del análisis estadístico de los datos.

En el Sexto capítulo se señalan las recomendaciones de la presente investigación.

Finalmente en el Capítulo Séptimo las Referencias y los Apéndices.

Señores miembros del jurado, esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación

La autora

Índice

Carátula	Página
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	14
1.1. Realidad problemática	15
1.2. Trabajos previos	17
1.3. Teorías relacionadas al tema	22
1.4. Formulación del problema	47
1.5. Justificación del estudio	48
1.6. Hipótesis	50
1.7. Objetivos	51
II. Método	52
2.1. Diseño de investigación	53
2.2. Variables, Operacionalización	55
2.3. Población y muestra	57
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
2.5. Métodos de recolección de datos	65
2.6. Aspectos éticos	65

III. Resultados	66
IV. Discusión	77
V. Conclusiones	81
VI. Recomendaciones	83
VII. Referencias	86

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumento

Anexo 3: Validez del instrumento

Anexo 4: Base de datos

Anexo 5: Acreditación de la institución

Anexo 6: Taller educativo

Anexo 7: Artículo científico

Índice de tablas

		Página
Tabla 1	Organización de la Variable independiente taller de Seguridad del Paciente.	55
Tabla 2	Matriz de Operacionalización de la Variable Cultura de Seguridad del Paciente	57
Tabla 3	Población de estudio	58
Tabla 4	Descripción de la Muestra de Estudio	58
Tabla 5	Codificación utilizada en el análisis de los datos en función del tipo de pregunta y opciones de respuesta del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOPS) de la (AHRQ)	61
Tabla 6	Baremo - Escala de valoración (nivel de interpretación) del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOPS) de la (AHRQ)	62
Tabla 7	Validez de instrumento, según expertos	64
Tabla 8	Coeficiente de confiabilidad – Alfa de Cronbach	64
Tabla 9	Frecuencias de participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test. Comité de seguridad del paciente DIRIS Lima Norte, 2017.	67
Tabla 10	Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test. Comité de seguridad del paciente DIRIS Lima Norte, 2017.	67
Tabla 11	Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 1: Resultados de la Cultura de Seguridad. Unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.	68
Tabla 12	Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test de la dimensión 1. Unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.	69
Tabla 13	Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 2: Cultura de	69

Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

- | | | |
|----------|--|----|
| Tabla 14 | Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test de la dimensión 2. Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017. | 70 |
| Tabla 15 | Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 3: Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017. | 71 |
| Tabla 16 | Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test de la dimensión 3. Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017. | 72 |
| Tabla 17 | Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017. | 73 |
| Tabla 18 | Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de los resultados de la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017. | 74 |
| Tabla 19 | Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017. | 75 |
| Tabla 20 | Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017. | 76 |

Índice de figuras

	Página	
Figura 1	Modelo del Queso Suizo o Modelo Reason	24
Figura 2	Diseño de pre test y post testen grupo experimental	54
Figura 3	Distribución de frecuencias de participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test. Comité de seguridad del paciente DIRIS Lima Norte, 2017	67
Figura 4	Distribución de frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 1: Resultados de la Cultura de Seguridad. Unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.	68
Figura 5	Distribución de frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 2: Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.	70
Figura 6	Distribución de frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 3: Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.	71

Resumen

El Objetivo del estudio fue determinar el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS LN, 2017.

La metodología la investigación se presentó bajo el enfoque cuantitativo, de tipo aplicada con método hipotético deductivo y de diseño pre-experimental con corte longitudinal. La población estuvo conformada por 20 trabajadores del área asistencial pertenecientes a los Comités de Seguridad del Paciente de los Centros Maternos Infantiles de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, con muestra no probabilística por conveniencia. El instrumento que se aplicó fue el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), el mismo que fue validado por juicio de expertos con un alfa de Cronbach de 0.95. El instrumento se aplicó antes y al término de la ejecución del taller, el cual contó con 10 sesiones de aprendizaje. Los resultados fueron: El taller de seguridad del paciente tuvo en la medición de Pre test mayoritariamente la ubicación del personal fue Neutral (80%) con una tendencia hacia lo positivo con (15%). En el Post Test la mayor frecuencia se ubicó en la categoría Neutral (50%) y en la positiva (50%).

El estudio concluye: El taller de seguridad del paciente tiene efecto significativo en la cultura de la DIRIS LN.

Palabras clave: seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente y taller.

Abstract

The objective of the study was to determine the effect of a Patient Safety workshop on the Safety Culture of the Patient of the health personnel of the DIRIS LN, 2017.

The research methodology was presented under the quantitative approach, of type applied with hypothetical deductive method and pre-experimental design with longitudinal cut. The population consisted of 20 workers from the healthcare area belonging to the Patient Safety Committees of the Maternal and Child Centers of the Directorate of Integrated Health Networks Lima Norte, with a non-probabilistic sample for convenience. The instrument that was applied was the Questionnaire on Patient Safety, Spanish version of the Hospital Survey on Patient Safety of the Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), which was validated by expert judgment with a Cronbach alpha of 0.95. The instrument was applied before and at the end of the execution of the workshop, which included 10 learning sessions. The results were: The patient safety workshop had in the measurement of Pretest mostly the location of the staff was Neutral (80%) with a tendency towards the positive with (15%). In the Post Test, the highest frequency was in the Neutral category (50%) and positive (50%).

The study concludes: The patient safety workshop has a significant effect on the culture of the DIRIS LN.

Key words: patient safety, patient safety culture and workshop.

I. Introducción

1.1. Realidad Problemática

Han transcurrido poco más de 17 años desde la publicación del informe del: “*Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro*” (1999), la misma que dimensionó el interés mundial por la Seguridad del Paciente, concluyendo que anualmente mueren entre 44.000 y 98.000 personas producto de las fallas o errores en las prestaciones de salud de los hospitales de Norteamérica.

Vincent y Amalberti (2016) estimaron:

Anualmente decenas de millones de personas padecen lesiones que incapacitan o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención no segura. Casi uno de cada 10 personas sufren daño alguno en la asistencia hospitalaria en los países desarrollados (p. 141).

El año 2004, la OMS reconoció a la Seguridad del Paciente como un aspecto prioritario y gravitante y puso en camino la Alianza Mundial de la Seguridad del Paciente, ubicando a la seguridad en el interés de la querrela política, administradores en salud, profesional e incluso paciente.

El Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (Ibeas) 2009, fue el primer trabajo a gran escala en América Latina realizado en 58 hospitales de cinco países colaboradores como Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú, el cual estuvo bajo el liderazgo de sus respectivos Ministerios de Salud. El estudio reveló que la prevalencia de efectos adversos fue de 10%, encontrándose además que un poco más del 28% de estos terminaban en discapacidad y 6% en muerte. Un dato importante fue que estimó que “Por cada 100 pacientes que ingresaban en un día determinado en algún hospital estudiado 10 habían sufrido daño a causa de la atención sanitaria” (p. 9).

En el Perú, a través de la Resolución Ministerial 676- 2006 del Ministerio de Salud se aprobó el Plan para la Seguridad del Paciente del 2006 - 2008 dando inicio a las acciones oportunas para la Seguridad del Paciente según el ámbito de intervención en los diferentes niveles de atención y luego a través de los Planes Nacionales de Gestión de la Calidad, donde Seguridad del Paciente se constituye como parte de componente Garantía y Mejoramiento (OMS, 2007).

Es necesario tener en cuenta que se conoce muy poco sobre la dimensión de las lesiones ocasionadas por la atención no segura en países desarrollados, mucho menos en países en vías de desarrollo. En el Perú, los estudios que se han realizado han sido en entornos diferentes de hospitales, pero no en establecimientos de primer nivel de atención, donde se ofrecen la mayor cantidad de servicios en salud.

Actualmente existe un mayor interés por parte de las administraciones en salud por la seguridad del paciente en la atención sanitaria. Según Cadillo y Vega (2016) refieren que dos situaciones que los motiva: el primero de ellos, dar respuesta a la abundancia de demandas judiciales a profesionales y servicios, o dar respuesta a los reclamos descritos en los Libro de Reclamaciones y el segundo, realizar políticas nacionales para mejorar la atención sanitaria haciéndola más segura.

Según Lisboa y Rello (2008) define a la Seguridad del Paciente: “La no presencia de potencial para la ocurrencia de lesiones ligadas al proceso de cuidado, generada por prevención de errores o sus efectos “(p. 248).

Los investigadores Singer et al. (2003) y Hellings et al. (2007) refieren la importancia de desarrollar estrategias de educación y capacitación en seguridad del paciente, sobre todo en la identificación y reporte de eventos adversos. Otros autores evidencian que el personal de salud no reporta los eventos adversos y además menciona que poco más de la tercera parte de los encuestados describen que cuando existe un error o equivocación y la misma no afecta al paciente éste, entonces el personal no lo reporta; en otro estudio se evidencia que los

trabajadores de la salud en su actuar del día a día , no reportan eventos adversos de manera oportuna, por temor a las acciones punitivas en su contra que pueden venir de sus jefes inmediatos o gerentes.

La Dirección de Redes Integradas Lima Norte, alberga establecimientos 1-2, 1-3 y 1-4, contando 11 Centros de Atención Materno Infantil. Las acciones para la seguridad del paciente se dieron con mayor énfasis durante el año 2016 poniendo en práctica las Rondas del Lavado de manos y Rondas de Seguridad y Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente, siendo un proceso de aprendizaje e intervención lento y poco alentador para la mejora continua. Se ha observado un escaso entrenamiento, desconocimiento o indiferencia del personal asistencial respecto a la Seguridad del Paciente, el mismo que genera reclamos por parte de los usuarios externos expresando su malestar por la mala atención en salud o por la falta de identificación y notificación de eventos adversos lo que origina además que el problema sea repetitivo ya que no permite la superación del mismo.

1.2. Trabajos Previos

1.2.1 Antecedentes Internacionales

López, Puentes y Ramírez (2016) España, realizaron una investigación llamada *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital estatal en del Ayuntamiento de Vileta de primer nivel de atención*, cuyo objetivo fue medir la percepción del personal en salud sobre la cultura de SP en un hospital de primer nivel a través de un estudio descriptivo de corte transversal. La encuesta (*HSOPSC*) de la (*AHRQ*) versión en español, fue el instrumento utilizado, la misma que valora doce dimensiones. Las derivaciones del estudio revelaron fortalezas como, las mejoras de los procesos, el aprendizaje organizacional y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron la cultura no punitiva, las transferencias y transiciones, el personal, y el grado en que la comunicación es abierta. Los resultados concluyeron que el personal percibía como positivo el proceso de

mejoramiento y soporte de la administración, también percibía que era señalado punitivamente al reportar algún incidente o evento adverso.

Montes, *et al* (2015) España realizaron un estudio sobre *Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud*, dio a conocer los resultados del nivel de conocimiento de la cultura de seguridad del servicio de urgencias de un hospital comarcal del servicio sanitario público andaluz. Se utilizó la encuesta HSOPS de la AHRQ, el cual fue aplicado en su totalidad de trabajadores del servicio de urgencias del Hospital Valle de los Pedroches durante el mes de Abril del 2011. La encuesta fue aplicada 73 profesionales (médica, enfermera, auxiliar de enfermería, celadora y auxiliar administrativa). La nota promedio fue de 6,9 puntos. Las dimensiones más sobresalientes fueron las de “Trabajo grupal a nivel unidad” y “Aprendizaje organizacional y mejora continua” seguida de “Expectativas/acciones de la dirección/ vigilancia de la Unidad/Servicio que benefician la seguridad con un 66%, 56% y 53% de contestaciones positivas cada una. La dimensión no muy valorada fue “Recursos Humanos”. Para los autores se deben priorizar las acciones de mejora en 5 dimensiones que suponen el 53% de respuestas negativas del total “Dotación de recursos humanos”, “Contestación no punitiva a los errores”, “Apreciación de seguridad”, “Retroalimentación” y “comunicación referente a los errores” y “Apoyo de la Gerencia y Dirección en SP”. Se concluyó que los resultados eran parecidos a otros estudios desarrollados en España.

Bernalte, Orst y Marcia (2014) España, realizaron un estudio en España denominado *Apreciación de los licenciados de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad en un área quirúrgica*. Evaluó las conductas, opiniones y percepciones del personal enfermero y auxiliar sobre SP en el servicio quirúrgico de un hospital estatal de Salud Español, para referir fortalezas y debilidades/oportunidades de mejora como resultados de la aplicación de la encuesta HSOPS de la AHRQ y saber de buena tinta el número de incidentes notificados. La muestra fue constituida por licenciados de enfermería que cumplieran con los criterios de selección. Realizaron un estudio analítico descriptivo

e inferencial. Significación $p < 0,05$. Los resultados mostraron a 74 licenciados en enfermería (63,2%). El estudio no evidenció ninguna fortaleza en el servicio quirúrgico, y refirió que las dimensiones que necesitan mejora corresponden a y «Soporte de la gerencia del hospital en referencia de seguridad del paciente» (52,9%) y «Recursos Humanos (64,0%)». El 52,3% ($n = 65$) aprecia el nivel de seguridad del paciente entre 7 y 8,99 (en una escala de 10); el 79,7% ($n = 72$) no reportó incidente alguno en el último periodo anual. La varianza total expresada por el modelo de regresión fue 0,56 para «Periodicidad de eventos notificados» y 0,26 para «Apreciación de seguridad». La Conclusión más apreciada sobre cultura de seguridad del paciente fue a nivel de unidad/servicio. Las debilidades referidas podrían ser de interés para diseñar acciones específicas de intervención para optimizar la cultura de SP en los otros servicios quirúrgicos del ámbito.

Ferreira, Fort y Chiminelli (2014) Uruguay, realizaron un estudio denominado *Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional*, cuyo objetivo fue conocer los aspectos característicos y significativos de las enfermeras como práctica de haber sido responsables de un evento adverso en salud. Se trató de una investigación cualitativa, con enfoque hermenéutico dialéctico. La muestra constituida por 10 licenciadas en enfermería que tuvieron por lo menos una experiencia de responsabilidad ante la presencia de un evento adverso y cuatro verificadores de enfermería con responsabilidad de supervisión en el momento de la ocurrencia del evento. Los datos recogidos permitieron la construcción de criterio de análisis afines con las necesidades de recursos humanos. Se evidenció la prioridad de fortalecer el sistema de recursos humanos, así como su selección, para la dotación de personal, el trabajo en equipo, la carga de trabajo y la capacitación continua de aspectos significativos para las enfermeras. Los datos obtenidos en el estudio permitieron visionar una vía para implementar intervenciones destinadas a favorecer un sistema de salud seguro.

Pozo y Padilla (2013) en la investigación titulada *Valoración de la cultura de seguridad del paciente en un área sanitaria*, puntualizó la periodicidad de actitudes y conductas positivas en relación a la seguridad del paciente (SP) de los

trabajadores de la salud en un ámbito sanitario; establecer si el grado de cultura de seguridad del paciente es distinto a otras investigaciones; y valorar las negativas para constituir espacios de mejora. El estudio cuantitativo de diseño descriptivo transversal y correlacional. La muestra aleatoria de 247 profesionales de la salud de España. Se aplicó el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) readaptada al español. El estudio permitió la identificación de fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad en un ámbito sanitario.

1.2.2 Antecedentes Nacionales

Martínez (2015) efectuó una investigación denominada *Cultura de seguridad del paciente, en licenciados en enfermería del Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo de la ciudad de Lima*, cuyo objetivo fue establecer la cultura de seguridad del paciente en licenciado/as de enfermería que trabajan en el Servicio de Cirugía y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se aplicó una encuesta de seguridad del paciente, validado en el 2010 por *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPS). Los resultados evidenciaron que las respuestas en positivo son “Respuestas no punibles a los errores” con 68.9%, “Enseñanza organizacional para la mejora continua” con 55,6% y “Trabajo grupal en el servicio” con 53.3%; “Acciones del jefe para la promoción de la seguridad de los pacientes” 51.1%. En referencia a las respuestas negativas, los resultados fueron, el “Información y Comunicación sobre los errores de la unidad” con 66.7%, “Nivel de apertura de la comunicación” con 88.9%, Las dimensiones “Dotación de Recursos humanos: suficiente recurso y acción” y “Inconvenientes en las transferencias de pacientes o cambios de turno” obtuvieron el 57.8% cada uno de manera respectiva. Se concluyó que los elementos que establecen puntos frágiles priorizados fueron la “Información y Comunicación al personal acerca de los errores en la unidad”, “Nivel de práctica de la comunicación, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en los trasposos de pacientes o permutaciones en el turno”.

Espinoza, Huánuco (2014) realizó una investigación denominada *Cultura de*

Seguridad del Paciente de profesionales de Enfermería del hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco, cuyo objeto fue establecer la apreciación del personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente. Se trató de un estudio descriptivo simple con 82 licenciados de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco, en el año 2014. Para levantar los datos se utilizó el instrumento de cultura de seguridad del paciente. Acerca del análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de bondad de ajuste. En general el 95.1%(78 enfermeros) revelaron una percepción media de la cultura de seguridad del paciente, asimismo tuvieron nivel de percepción media del 87,8% en la dimensión cultura de seguridad; 97,6% en cultura de seguridad a nivel de la unidad de servicio y 80,5% en cultura de seguridad a nivel de todo el hospital. A través de la prueba Chi cuadrada se encontraron discrepancias estadísticamente significativas entre estas frecuencias ($P \leq 0,000$).

Alvarado (2014) en el estudio titulado *Relación entre la Cultura de Seguridad del Paciente y Clima Organizacional del Centro Médico Naval* generó alternativas viables que permitan mejorar la calidad de la atención. Como instrumentos, se utilizaron la escala de Clima Organizacional de Carlos Cáceres y la Encuesta sobre seguridad de los pacientes versión española del AHRQ. Los resultados estadísticos indicaron que la cultura de seguridad del paciente y el clima organizacional se hallaban relacionados significativamente, de este modo se ha evidenciado que los médicos valoran mejor la cultura de seguridad del paciente y el clima organizacional que las enfermeras.

El Ministerio de Salud (2014) realizó un estudio llamado *Informe de Resultados de la Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Santa Rosa*, en donde aplicó el Cuestionario (*HSOPSC*) de la (*AHRQ*) versión en español a 289 profesionales de la salud. Las conclusiones fueron que el cien por cien de los profesionales respondió que tuvieron acercamiento directo con los pacientes. El 62% considera la seguridad entre 8 y 10 en una escala del 1 al 10. El 85% ha notificado menor a 2 eventos adversos al año. Lo positivo descrito en la encuesta es que al menos el 1% ha notificado alrededor de 10 veces y entre 3 y

9% han notificado al menos entre 1 y 2 veces. Dentro de los resultados positivos, inciden las dimensiones «Trabajo grupal en las unidades/servicios» (77%) y «Acciones de la dirección/supervisión en la Unidad/Servicio que promueven la seguridad» (75%). 5. Acerca de las debilidades destacan «Soporte de la gerencia a la seguridad del paciente», con solo el 38% de respuestas con carácter positivo. “Cambios de Turno/Transición entre Servicios con un solo el 41% de carácter positivo”, “Sinceridad en la comunicación” con solo un 41% de respuestas positivas, «Trabajo en equipo entre Unidades o Servicios», con solo el 41% de respuestas con carácter positivo, “Respuesta no Punible a los Errores” con un 43% de respuestas de forma negativo. Por último, la dimensión “Dotación de Recursos Humanos” supone sólo un 41% de respuestas de carácter positivo.

Pérez y Obregón (2013) realizaron una investigación *La Cultura de seguridad en salud y su correlación con la calidad percibida en el usuario interno de la Clínica Municipal Santa Anita, Lima* con el objeto de determinar la relación existente entre la cultura de seguridad en salud con la calidad percibida de la Clínica Municipal Santa Anita estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La población fue 198 trabajadores. La muestra consideró a la totalidad de la población. Dos instrumentos fueron aplicados: cuestionario de cultura en seguridad en salud y el cuestionario de calidad percibida. El estudio concluyó, que existe relación significativa y directa para la reafirmación que la cultura de la seguridad del paciente en el sistema de salud y la calidad percibida por el usuario interno de la Clínica Municipal Santa Anita.

1.3 Teorías Relacionadas al tema

Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas:

- Teoría del error o de Reason
- Teoría de la Cultura de Seguridad del Paciente

1.3.1. Fundamentos científicos de la variable Seguridad del Paciente

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es definida como la ausencia de riesgo o daño causada por la atención sanitaria, basada en los elementos, procesos, instrumentos y metodologías aprobadas científicamente, con el objetivo de mitigar el riesgo de contar con un evento adverso durante la atención de salud o reducir las secuelas. “El sistema moderno de atención de salud, ayuda aportar beneficios que pueden conllevar un riesgo inevitable de que se produzcan eventos adversos” (Malhi Cho, 2011).

Para Vincent (2013):

La seguridad del paciente tiene estrecha relación con la calidad de prestación de salud, expresándose de diversas maneras; de este modo la seguridad va más allá de la calidad, comprende la eficiencia, la eficacia, la puntualidad y la experiencia (p. 2).

1. Teoría del error o de Reason

Reason (2000) propuso un modelo de teoría que fundamenta porque se produce un accidente humano o una falla. Su tipología para los errores humanos en el trabajo o con ocasión del trabajo es conocida como el *modelo del queso Suizo*, en que plantea “los accidentes derivados de acciones involuntarias tienen que ver con fallas de atención y de memoria, errores en la interpretación de reglas y falta de conocimiento” (Ceriani, 2009, p.824), los principales puntos de su teoría son los siguientes:

Cada sistema posee diversas barreras que dividen la exposición a riesgos de los daños que pueden causar, en otras palabras, los riesgos de las pérdidas. No obstante, las barreras del sistema no son infalibles y pueden tener agujeros como el queso suizo.

Estos agujeros en el queso suelen ser de dos tipos: fallas activas, que son las cometidas por personas en contacto directo con los pacientes, y que por lo

general tienen un impacto de duración muy corto, y las fallas o condiciones latentes, que son problemas comúnmente ocultos, propios del diseño del sistema. Con frecuencia los agujeros no suelen estar alineados, lo que significa es que la falla en una barrera es contrarrestada por la impermeabilidad de la siguiente. Sin embargo, cuando dichas fallas o agujeros se alinean, desde luego pasa el accidente y este puede lesionar o dañar al paciente, en caso ocurrirá un evento adverso y en otros casos el accidente no logra causar daño, quedando solo en un incidente denominado cuasi-falla.

El problema no es que ocurra una falla en el sistema, sino que concurren varias fallas a la vez y eso es lo que en realidad ocurre cuando se presenta un evento adverso, puesto que es el resultado de una cadena de eventos desafortunados y más que una falla aislada, es una serie de fallas del sistema que es necesario analizar y corregir. El modelo de queso suizo se muestra a continuación.

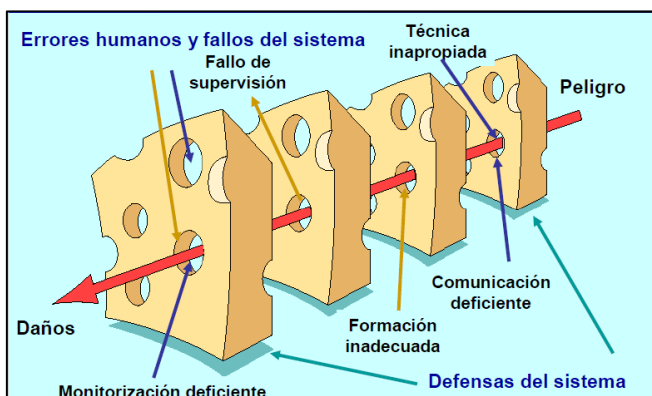


Figura 1. Reason, Human error: models and management (2000)

El término “fallas latentes” según Thomas y Petersen (2003) son 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 corregirlos (p.66).

Entre los defectos se citan los siguientes: organización diseñada deficientemente, instalación incorrecta de equipos, deficiente sistema de adquisiciones, falla en el mantenimiento, personal inadecuado, etc. es decir, fallas

de carácter estructural de los sistemas de atención. Los defectos de todos los sistemas de salud, desde la perspectiva epidemiológica constituyen riesgos para la salud, puesto que cuando están presentes, existe la probabilidad que ocurra un evento, por lo general desfavorable para la salud de los enfermos (lesión, enfermedad, fallecimiento).

En la medicina clínica, el “error latente” llamado también casi-falla o casi-error. La distinción se manifiesta en las situaciones o incidentes que, de no haber sido evitados, hubieran podido provocar daño al paciente. Sin embargo, el estudio de las casi fallas ha demostrado su empleo en otros entornos como la aviación o la energía nuclear, donde han sido analizados tan exhaustivamente como los eventos adversos, puesto que se ha evidenciado que los factores que los ocasionan, son prácticamente los mismos que los que producen los eventos adversos, por lo que su identificación oportuna y las acciones para disminuir, son al mismo tiempo una acción preventiva de los eventos adversos.

Modo de control esquemático

Reason (2000) refirió que el modo de control esquemático es el primer control para el proceso de la cognición por el cual la mayoría de las funciones mentales son automáticas, rápidas y con poco esfuerzo del individuo. Los seres humanos se desempeñan en actividades o producto de lo cotidiano, se aprende acciones en la repetición, estas operaciones esquemáticas se efectúan en forma breve y rápida y, si bien se activan por un pensamiento consciente o a través de un estímulo sensorial, luego funcionan automáticamente. Pero se alteran si existe una distracción (Ceriani, 2009 p.868).

Modo de control atencional

Esta segunda forma funciona en conjunto con la anterior, se basa principalmente en las actividades cognitivas conscientes y controladas. Se emplea para resolver problemas como también para controlar la función automática y en general actúa cuando se enfrenta un problema nuevo o infrecuente o cuando falla el modelo de

control esquemático. El proceso basado en la atención y en el conocimiento es lento, secuencial, esforzado y difícil de sostener.

Historia Seguridad del Paciente en salud

La bibliografía consultada con respecto a la Seguridad del Paciente muestra un problema de tal magnitud que ha llevado que algunos autores consideren como una epidemia del siglo XXI y exhorta a todas las organizaciones de salud a trabajar en pro de la seguridad de la atención. Desde los años 50 y 60 del XX, algunos estudios mencionan el término evento adverso, como resultado clínico que es adverso al esperado y que es ocasionado por el cuidado asistencial. El estudio de las pésimas prácticas médicas de la Universidad de Harvard reportaron en 1991 que aproximadamente 100.000 personas enfermas mueren anualmente como producto de este hecho.

Estudios de Australia, Nueva Zelanda, y el Reino Unido e Irlanda del Norte han corroborado la magnitud del problema. El informe “Errar es humano: Construyendo un sistema de salud más seguro” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, puso el problema en la agenda de los políticos de ese país y del resto del mundo. Actualmente, en países como Canadá, Dinamarca, Países Bajos, Suecia, España y México, estudiaron seriamente el problema. A raíz de estos estudios y en el ámbito de la investigación, ha surgido una serie de conceptos encaminados al entendimiento y comprensión del problema, asimismo su clasificación y relación con el error humano. Esto ha llevado a que los sistemas de salud de distintos países en el mundo entero estén tratando de fortalecer la práctica médica para hacerla más segura con lo que se minimice la probabilidad de que al mismo tiempo que se busca beneficiar al paciente, se le produzca una lesión. Paralelamente organismos multilaterales internacionales han puesto al problema de seguridad de la atención en el tope de prioridades para la promoción efectivamente la calidad de vida de la población. No obstante, no se trata de un fenómeno nuevo, las evidencias científicas han obligado a los veedores sanitarios a tomar decisiones y a establecer políticas relacionadas con la identificación, prevención, medición y evaluación de lo que

comúnmente se ha conocido como errores de la práctica médica que requieren terminología y lenguaje claro para ser analizados e intervenidos

Importancia de la Seguridad del Paciente

La Seguridad del Paciente, componente de la Calidad de Atención cobró un rol mediático importante, luego de ser publicado del informe de USA “errar es humano” (Kohn, Corrigan, y Donaldson, 1999). Para Leape (2004), este informe fue considerado como el inicio para la toma de conciencia colectiva para mejorar la seguridad del paciente.

Este informe pone al descubierto la escasa cultura de seguridad en el entorno sanitario, sobre todo al referirse a la conducta de los profesionales sanitarios, asimismo se informó que hubo 44 098 muertes a consecuencia de fallas médicas, más aún si se trata de accidentes automovilísticos, el cáncer mamario y/o VIH/SIDA, con ello se motiva para estudiar a profundidad en las grandes ciudades, para tomar acciones y/o estrategias para proteger a los enfermos de los riesgos que se pueden evitar, derivados de la atención en salud, los mismos que trae consecuencias peligrosas que conducen a la muerte de las personas, su origen, en efecto involucra aspectos de orden institucional y además de las personas, además de otros organismos de tipo gubernamental, académicos y tecnológicos.

Por ello, que las organizaciones que realizan prestaciones de salud están replanteando sus procesos de trabajo y persiguen la seguridad como un objetivo institucional relevante. Además, se pone en evidencia que no se pueden alcanzar cambios permanentes e inmediatos en una organización, sino contamos con una verdadera cultura de seguridad del paciente. Este movimiento está puesto en todo el mundo y también en nuestro país. Frente a las exigencias mundiales en relación a la seguridad de los pacientes, se considera que la cultura cumple un rol prioritario para que las instituciones prestadoras de salud puedan responder a los numerosos desafíos que se les plantean.

Según Gómez y Ramírez (2011) refieren que existen diversos estudios que

demuestran que unas culturas positivas en las instituciones prestadoras de servicios en salud constituyen un requisito primordial para evitar la aparición de incidentes y eventos adversos, aprendiendo justamente de los errores de forma positiva y en equipo, y además permite mejorar los procesos de modo que estos no vuelvan a ocurrir.

El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden atribuirse únicamente a acciones individuales del personal de salud, sino que responde a todo el equipo de salud, por ello es muy importante promover una cultura de seguridad en las organizaciones de salud que permita el crecimiento saludable de los individuos, el mismo que se vería fortalecido como equipo y al mismo tiempo como institución.

Todos los incidentes que se presentan tienen relación con el sistema en el que las personas están laborando. Analizar en equipo por qué ocurrió la falla en el sistema, y no en quien lo realizó. En Los establecimientos de la DIRIS LN aún no se desarrollan de manera sistemática los análisis correspondientes frente a la notificación de algún evento adverso ya que los procesos de su implementación son incipientes.

Bajo esta perspectiva, la seguridad del paciente tiene una concepción más integral, puesto que su objeto de estudio es la persona humana. Sin embargo, Vincent (2013) definió a la seguridad del paciente como “prevención, profilaxis y mejora de los resultados desfavorables o lesiones derivadas del proceso del cuidado de la salud” (p.2).

La seguridad no sólo significa evitar lesiones graves, tampoco de evitar daños, exige más bien una reducción de los errores de todo tipo y llevar a cabo una alta fiabilidad como un componente esencial de la atención de alta calidad (Vincent, 2013, p. 3).

Emanuel et al. (2012) definieron la seguridad del paciente como una “disciplina en el sector de la atención médica que aplica métodos de ciencia de la

seguridad hacia el objetivo de lograr un sistema confiable de prestación de atención médica” (p. 31).

Giménez (2013) definió a “la seguridad del paciente como la disminución del riesgo de daño, que no necesariamente este referida por la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable” (p. 17).

Ostiguin y Bermúdez (citado por Pinzón y Sierra (2015) mencionaron:

La seguridad del paciente ha tomado mucha más importancia en comparación de años anteriores, quedan atrás los errores en la memoria de quien ejecutaba los cuidados y en estos tiempos se está fomentando una mejor cultura en el personal de salud al reportar acciones erróneas para construir la mejora continua de los servicios de salud.

Ahora bien, referida a la salud, Fajardo et al (2010) señaló que resulta de interacciones dinámicas a nivel de la atención del paciente y que se integran bajo principios éticos y científicos en todos los niveles de la organización hospitalaria, cuyo fin es mejorar el nivel de la misión institucional (p. 528).

Para el 2004, la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Una alianza que impulsa la sensibilización y la responsabilidad política, con la finalidad de mejorar la seguridad en la atención, asimismo incentiva la creación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes a nivel mundial.

Desde luego, es un elemento esencial para el trabajo de la Alianza Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza son los Retos Mundiales como:

- Atención limpia segura (centrada en la prevención de infecciones nosocomiales por medio de la adecuada higiene de manos),
- Cirugía Segura salva vidas (mejorar la atención quirúrgica al disminuir los desde que inicia hasta que termina la cirugía por medio de listas de

verificación para los quirófanos) y ,

- Combate a la resistencia antimicrobiana. Para lograr obtener los mejores resultados en este ámbito, es necesario crear una cultura de seguridad, generando la concientización en todo el personal de la salud, incluyendo pacientes y familiares (OMS, 2014, p. 37).

En América Latina, diferentes países y organizaciones se unen para el desarrollo de políticas en seguridad del paciente. Un punto importante es la participación e involucramiento activo del paciente y familia a lo largo de proceso de atención en salud y los pacientes afectados por eventos adversos a partir de su propia experiencia, tomando las falencias, corrigiéndolas y garantizando la mejor atención con el menor daño posible.

Vázquez, Sheridan, y Esperato (2011) mencionaron 4 componentes fundamentales para el proceso de empoderamiento del paciente:

- Comprensión del paciente en su propio rol
- Conocimientos suficientes para poder involucrarse en la mejora de su propia salud
- Habilidades del paciente
- Presencia de un ambiente facilitador para su participación.

Dado que la comunicación clara y la educación al paciente son claves en el desarrollo del componente, aún se evidencia baja adherencia sobre todo en los mayores de edad, pacientes con enfermedades crónicas y bajo nivel socioeconómico.

En el Perú esta cultura está en construcción, pero siendo alentadores es un proceso que ya se está trabajando inicialmente en los hospitales e institutos de salud y en menor escala en los establecimientos de primer nivel de atención. En el primer nivel de atención se están dando mayor énfasis en los establecimientos de salud de nivel I-4 es decir unidades con sistemas de implementación aún no concluida e incipiente en relación a la seguridad del paciente.

Componentes de la seguridad del paciente

Error: Hecho que no lleva a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución (Vincent, 2013, p. 4).

Error médico: es el resultado de un desacierto en el que no existe mala fe, ni se evidencia una infracción o imprudencia; como el abandono, la negligencia, la indolencia, la incapacidad, la indiferencia, la impericia y el desconocimiento técnico (Ramos, 2005 p. 204).

Por el contrario, los errores pueden clasificarse en latentes o activos. Los errores activos son acciones inseguras (olvidos, lapsus, fallos o transgresiones de protocolos), es decir dependen directamente del operador y sus efectos se observan de manera inmediata. En cambio, los errores latentes, no dependen del operador, sino que incluyen defectos en el diseño, instalación, mantenimiento y otros, es decir del sistema. Se puede considerar que es un error latente el que aún no ha ocurrido, pero es sólo cuestión de tiempo que aparezca.

En el ejercicio de la práctica médica, para que un error pueda ocurrir, tiene que haber tres condiciones: acciones innecesarias, ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias, o por omisión de intervenciones benéficas, lo que se ha denominado sobreutilización, mala utilización y subutilización, respectivamente. Los dos primeros incluirían los errores de comisión y el último los de omisión. (Leape, 2000, p. 72).

El error humano puede ser enfocado de dos maneras: como un problema de las personas o de los sistemas según Reason (2000):

El enfoque del talento humano atribuye los errores de los sujetos tales como olvido, distraimiento, deficiente motivación, descuido, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, negligencia o imprudencia. Este enfoque ha prevalecido en muchas organizaciones hasta hace poco tiempo. Pero la visión

moderna de la causa del error médico considera la atención a la salud como un sistema altamente complejo, donde interactúan muchos elementos y factores, y donde la responsabilidad no depende solo de uno de ellos. (p. 132).

Así, la mayoría de los incidentes y/o eventos adversos a menudo se producen en una cadena causal que involucra recursos, procesos, pacientes y prestadores de servicios, pero la mayoría de las veces se producen a partir de fallos en el sistema en el que los prestadores trabajan que de una mala práctica individual. Entonces, la punición a un solo individuo o su estigmatización no cambia los demás factores, con lo que la probabilidad de que el error vuelva a ocurrir sigue siendo alta.

Evento Adverso: Incidente que produce cambios desfavorables en las personas, la economía, los sistemas sociales o el medio ambiente; puede ser de origen natural, generado por la actividad humana o de origen mixto y puede causar una emergencia o un desastre, en definitiva, es un riesgo mal administrado por las autoridades locales (OMS, 2008, p. 67).

Gestión de Riesgos: Proceso de ponderación de las distintas opciones normativas a la luz de los resultados de la evaluación de riesgos, y si fuera necesario, de la selección y aplicación de las posibles medidas de control apropiadas, incluidas las medidas reglamentarias (OMS, 2008, p. 68).

Incidente: es una circunstancia o evento que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. En el contexto de la CISP, los incidentes relacionados con la seguridad del paciente se denominarán simplemente incidentes. El uso del adjetivo «innecesario» en esta definición reconoce que en la asistencia sanitaria se producen errores, infracciones, casos de maltrato al paciente y actos deliberadamente poco seguros (Vincent, 2013, p. 4).

Mejora: Una medida de mejora es una medida adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente. Los factores de mejora relacionados con el paciente son medidas adoptadas o

circunstancias alteradas con el fin de reparar el daño sufrido por el paciente, por ejemplo, la fijación de una fractura tras una caída. A su vez, los relacionados con el sistema de atención sanitaria reducen las pérdidas o daños que un incidente pueda causar a una organización; por ejemplo, una buena gestión de las relaciones públicas tras una catástrofe con gran repercusión pública puede mejorar los efectos sobre la reputación del establecimiento sanitario (OMS, 2008, p.69).

La Seguridad del Paciente en Siete Pasos

Para noviembre de 2003, la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido (NPSA) elaboró "*La Seguridad del Paciente en Siete Pasos*", una guía de buenas prácticas con la finalidad de brindar a las organizaciones del NHS una orientación sencilla y práctica para mejorar la seguridad del paciente. Esto fue continuado a principios de 2004 con una guía completa de referencia destacando los últimos conocimientos y evidencias en la seguridad del paciente.

Paso 1 Desarrollar una cultura de seguridad

Desarrollar una cultura de seguridad verdadera en la cual cada individuo de la organización reconoce sus responsabilidades, se constituye como parte de la seguridad del paciente y se esmera en desarrollar sus procesos de atención de salud de la mejor manera; esto es desde la perspectiva clínica. Además, es un reconocimiento de que se suscitan en errores e incidentes, por lo que la atención en los establecimientos de salud entraña esos riesgos. Los estudios demuestran que si la cultura de una organización es positiva en seguridad y las personas son estimuladas constantemente para hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la seguridad del paciente y la prestación en salud se ven mejoradas.

Paso 2 Liderar y apoyar a su personal

A través de un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su institución. Llevar a cabo la agenda de seguridad del paciente requiere motivación y compromiso desde las esferas más altas de cada organización de

atención primaria así como de líderes clínicos y directivos en todo el servicio, incluyendo también a los médicos.

En efecto, la seguridad es una prioridad y que la dirección de la entidad está comprometida a mejorar, los líderes tienen que ser vigentes y activos en liderar las mejoras de seguridad del paciente. El personal y los equipos debe sentirse capaces de manifestarse si piensan que no es segura la atención que prestan; con independencia de su posición.

Paso 3 Integrar su actividad en gestión del riesgo

Implementar sistemas y procedimientos para gestionar adecuadamente el riesgo sanitario, e identificar y analizar los procesos que puedan fallar. La gestión del riesgo significa que todo lo aprendido en un área de riesgo pueden replicada y difundidas a otras áreas de riesgo.

Esta implementación de gestión de riesgo ayudará a las organizaciones de atención primaria en salud, a eliminar, evitar y mitigar resultados adversos evitables, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras.

Paso 4 Promover la notificación

Los incidentes en atención sanitaria se producen por lo general a menudo. Es muy importante que el personal de salud pueda notificar incidentes a nivel local y nacional. Esto se da sólo a través de un sistema de notificación implementado y este se convierte en un requisito esencial para mejorar la seguridad del paciente.

Sin la información requerida, las instituciones locales no pueden enfocar y asignar de modo adecuado sus recursos para garantizar el cambio. Existen factores que afectan al sistema de notificación e incluyen la falta de sistemas informáticos integrados y responsabilidades diversas de notificación entre el personal sin línea directa con altos cargos.

Paso 5 Involucrar y comunicar con pacientes y público

La comunicación abierta y escucha a los enfermos es vital. Involucrarse y comunicarse abiertamente con los enfermos, sus familiares, sus cuidadores y el público es fundamental para mejorar la seguridad del paciente. Los pacientes de hoy se convierten en expertos de su propia enfermedad y son partícipes de su autocuidado y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y plantear soluciones a referentes a la seguridad del paciente.

El personal del sector salud necesita involucrar a los pacientes para obtener el diagnóstico correcto, decidir el tratamiento adecuado, tratar riesgos, y asegurar la correcta administración, y supervisión, asimismo el cumplimiento del tratamiento.

Tener la capacidad de apertura acerca de lo ocurrido para abordar el problema con rapidez, detalle y sensibilidad puede ayudar a los pacientes a tolerar adecuadamente los efectos posteriores cuando se han cometido errores.

Paso 6 Aprender y compartir lecciones de seguridad

Motivar al personal sanitario para utilizar herramientas de calidad como el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y por qué suceden incidentes. Cuando aparece un incidente de seguridad del paciente la cuestión no es “¿quién tiene la culpa del incidente?” sino “¿cómo y por qué ha ocurrido el incidente? Es importante cuestionar “¿si el sistema en el que trabajamos es correcto o falta implementarlo?” Analizar las causas raíz de los incidentes permite aprender y compartir lecciones aprendidas en los equipos de trabajo.

Además, entender por qué ha ocurrido un incidente es una parte fundamental del análisis, se convierte en clave fundamental para garantizar la recurrencia del incidente. Solo aprendiendo de las causas subyacentes de un incidente se puede implantar nuevos métodos de trabajo para minimizar el riesgo de un daño futuro.

Paso 7 Implantar soluciones para prevenir el daño

Introducir lecciones aprendidas mediante cambios en prácticas, procesos o sistemas que permite la creación de soluciones al daño. Existen factores contribuyentes de incidentes de seguridad del paciente en todas las entidades de salud deben conocer y comprender.

Para ello, sería necesario tomar lo siguiente:

- Implementar sistemas de trabajo que faciliten a las personas a realizar las cosas de manera correcta.
- Las soluciones basadas en barreras físicas son más sólidas que las basadas en la conducta o actuación humana.
- Asegurar que los cambios que se realizan sean evaluados y sostenibles a largo plazo.
- La práctica desarrollada de seguridad del paciente a nivel local puede ser compartida a nivel nacional mediante el Ministerio de Salud, haciendo que otras organizaciones de la salud y servicios comunitarios con la finalidad de proyectar problemas fuera de sus sistemas y adoptar soluciones de seguridad acordadas.

Se puede concluir que, si las organizaciones no cuentan con una cultura de seguridad del paciente, es posible que los comportamientos de riesgo del personal asistencial se conviertan como hábitos “normales”, por lo es muy importante el fomento de prácticas seguras replanteando la estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas. Desaprender para volver aprender es vital, además el aprendizaje no sólo es a partir de los éxitos sino también de los fracasos, por lo tanto, es imprescindible que todo el personal de salud se involucre en seguridad, desde el técnico en salud hasta el director o jefe teniendo en cuenta que existen no solo fallos en el personal sino en el sistema.

1.3.2. Fundamentación de la variable Cultura de Seguridad

El concepto de Cultura de Seguridad ha ido tomando mayor relevancia para la seguridad del paciente y sobre todo para saber el grado de avance respecto a su madurez en seguridad de las organizaciones. Su evolución favorable reduce los índices de siniestralidad.

El concepto de Cultura de Seguridad fue referido por Uttal (1983) definió a la Cultura como un sistema de valores entre sus miembros y creencias, es decir cómo funcionan, la manera de interactuar con las personas, estructuras y sistemas de trabajo de una institución para promover normas y procedimientos del comportamiento, es decir cómo se hacen las cosas.

Cooper (2000), definió a la cultura de seguridad como el nivel de esfuerzo de cada uno de los miembros de una determinada institución en referencia a la dirección, y gestión de su accionar para mejorar día a día.

Al respecto, Vincent (2013) propuso una nueva definición:

Es el producto de los valores personales o grupales, actitudes, competencias, modelos de conducta, que establecen el compromiso, estilo y el dominio de los programas de salud y de seguridad de una organización. En este sentido, las entidades con una cultura de seguridad buena se identifican por las comunicaciones basadas en la confianza recíproca, en las percepciones compartidas y desde luego en la eficacia de sus acciones preventivas (p. 5)

Para este autor, las instituciones tienen diversos grados o niveles de maduración con respecto a la cultura de seguridad del paciente. No obstante, resalta los trabajos elaborados por el Servicio Nacional de Salud (National Health Services del Reino Unido), sobre todo *Manchester Patient Safety Framework*, como un instrumento que evalúa la seguridad del paciente en las entidades prestadoras de salud y en los equipos de atención médica teniendo en cuenta su progreso en el desarrollo de la seguridad.

Fajardo et al. (2010) definió la cultura como la expresión de un grupo humano de trabajo que tiene creencias, valores, actitudes, conductas, lenguajes costumbres, metas y políticas parecidas.

Al respecto, este concepto refiere individualidades muy propias y únicas en las organizaciones, que cuando llegan a tener una comunicación mutua y afín son capaces de ser conscientes que forman parte de un equipo y por ende de todo un sistema que activa de forma rápida y concreta las mejoras en los procesos, el cual constituye un aprendizaje continuo para fortalecer la seguridad del paciente.

A fines de la década de los 90, el Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear (1999) según el documento INSAG-4 de la OIEA definió la cultura de la seguridad como aquel conjunto de particularidades y actitudes en organizaciones e individuos que consideran como prioridad que los asuntos de seguridad de las centrales nucleares tomen la atención debida en razón de su significación.

Es por ello, que tanto las empresas públicas o privadas buscan implementar o fortalecer la cultura de seguridad de sus empleados. Específicamente en el sector salud de Perú, a partir de la Resolución Ministerial 676-2006/ MINSA con el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente para los años 2006-2008, los especialistas del MINSA están promoviendo la cultura de seguridad basado en la gestión de riesgo en todos los niveles de atención en salud.

Cuando se implementa una cultura de seguridad en una organización, no solo se reducen los accidentes, sino también hay un incremento de la eficiencia y competitividad. El estar consiente de tener cultura de seguridad permite a los empleados laborar correctamente y así eliminar posibles errores que podrían ocasionar a costes de mala calidad (resarcimientos ocasionados por hacer mal las cosas, quejas, merma de clientes, etc.).

Wachter asegura que la implementación de una cultura en seguridad del paciente genera un compromiso que comprende todos los niveles jerárquicos y significa modificar el comportamiento de los profesionales en un aspecto de

consciencia de riesgo y daño, teniendo como finalidad un control de errores, creando un ambiente de trabajo libre de culpa donde los profesionales notifiquen libremente sin temor al castigo, teniendo una colaboración colectiva para la solución de problemas y recibiendo recursos para la seguridad (Wachter, Malvaréz, Silvina; Rodríguez y Jefferson, 2011, p. 34).

Arias, Idarraga, Giraldo, y Gómez (2014) compararon la comunicación, coordinación, cooperación, liderazgo y conciencia de la situación que tienen los profesionales (anestesiólogos, cirujanos, enfermeros e instrumentadores) antes y después de una intervención en habilidades no técnicas (uso correcto de equipos quirúrgicos, comunicación, toma de decisiones, conciencia situacional) y corroboró que aun cuando estas características son no tangibles y poco medidas son casi tan importantes como el conocimiento y aplicación de la teoría que se ha aprendido en la academia ya que son factores positivos que disminuyen o evitan la ocurrencia de eventos adversos. Para resaltar de este estudio el equipo de enfermería quienes mostraron mayores puntuaciones en trabajo en equipo en comparación a los otros profesionales estudiados.

Se puede concluir que “la seguridad se consigue cuando está presente un verdadero compromiso, el cual es compartido en todos los niveles de la organización, es decir desde el personal de primera línea hasta la alta dirección” (Gaitán, Gómez y Schmalbach, 2009, p. 77).

Teoría de la Cultura de Seguridad del Paciente

1. Teoría de la identidad social

Tajfel (1981) refirió que la Identidad Social “es la parte del autoconcepto que tiene un sujeto que deriva de su conocimiento de su correspondencia tanto como individuo dentro de una comunidad juntamente con el valor y la significación emocional relacionada a esta pertenencia” (p 292).

Es decir, el autor hace una analogía que dice que la identidad personal sería el yo personal, entonces la identidad social sería el yo colectivo. Este individuo necesita una identidad personal y una identidad social positiva, es decir necesita pertenecer a grupos socialmente valorados, por ello el individuo se esfuerza por mejorar su autoestima mediante la identificación con un grupo.

Llevado a la cultura de seguridad del paciente es importante que esta cultura no sea punitiva, es más si existe un compromiso de parte de los individuos además de tener una percepción positiva será más sencillo incluirlos y su identidad será de pertenencia e identidad. Por otro lado, además se debe promover el entrenamiento de los profesionales sanitarios de manera sistémica, no sólo en cuestiones técnicas propiamente referidas a la seguridad del paciente sino en habilidades blandas como parte del componente esencial de la calidad centrado en la satisfacción de los usuarios.

2. La teoría de la auto categorización o categorización del yo

Para Tajfel (1978), el individuo se identifica con diferentes grupos (microculturas) y está constantemente negociando su identidad.

Turner, Hogg y Oaks (1989) refiere como centro de esta teoría la noción de despersonalización. Es decir, todo sujeto tiende a valorar positivamente las categorías que le son propias o las categorías a las que pertenece, mientras que tiende a valorar negativamente a las otras categorías, es decir aquellas a las que no pertenece por ello, busca o negocia su identidad en base a su auto concepto.

Es importante que las organizaciones promuevan el fortalecimiento de competencias en seguridad del paciente, motivar al personal para formar parte de una cultura abierta, de buena comunicación, trabajo en equipo y liderazgo y reforzar la autoestima de aquellos que trabajan para desarrollarla, evitando las posibles consecuencias negativas que pudieran derivarse de las barreras para la implantación de la cultura de seguridad.

Modelos de la Cultura de Seguridad del Paciente

Modelo de la Cultura de Seguridad Total propuesta por Geller (2000)

Este modelo, propuesto por Geller (2000) considera tres factores dinámicos: Entorno, Persona y la conducta.

A partir de estos elementos, la cultura de seguridad de una organización/institución evoluciona mediante tres fases: Dependiente, Independiente e Interdependiente.

- Fase Dependiente, la organización no ejecuta ningún esfuerzo alguno que el exigido por la reglamentación.
- Fase Independiente, la organización entiende que los cumplimientos de leyes no son suficientes para reducir eventos laborales, así los trabajadores de la compañía se mentalizan acerca de su compromiso en materia de seguridad.
- Fase Interdependiente, es el escalón más alto, en ella sus integrantes se preocupan activamente por el estado de seguridad propio y el de sus pares, sino que van realizando tareas preventivas en bien de mejorar el nivel de seguridad de la organización.

Para ello, emplea una metodología donde:

- Se toman acciones que penalizan las acciones no seguras
- Se promueven las acciones seguras
- Se reconoce el trabajo seguro

Modelo Escalón de la cultura de seguridad

Este modelo lo sustentó Hudson (2007) y se estratificó 5 niveles para la Cultura de seguridad: patológica, reactiva, calculativa, proactiva y Generativa. Se generó paulatinamente un incremento de la Información, en efecto se acrecienta la Confianza.

- Patológica: A quien le interesa la seguridad si no hay una supervisión
- Reactiva: Se investiga los eventos adversos cuando suceden
- Calculativa: Se tiene un sistema para gestionar los riesgos
- Proactiva: Se anticipa a los eventos adversos y se conduce a la mejora continua
- Generativa: La Seguridad es nuestra forma de trabajar, se tiene un sistema centrado en seguridad.

Lo resaltante de este modelo, es que identifica la fase de madurez en la que se hallan las instituciones, desde luego se conoce cuál es la fase siguiente, y por ende, los pasos a dar para alcanzarla.

Modelo Seguridad basada en el comportamiento propuesta por Geller (2000)

Modelo teórico que precisa que las personas son seres libres, capaces de decisión, cuya conducta está en función de las influencias que reciben de su entorno.

Skinner (1974) realizó uno de los aportes importantes, en sus tratados demostró que la conducta voluntaria está motivada por los efectos que dé él se desprende. Es una herramienta, que emplea el modelo ABC (antecedentes, conducta y efectos).

Geller (2000) hizo referencia al desarrollo de intervenciones para activar comportamientos seguros y desactivar los inseguros, a través de las iniciales DO IT (Definir-Observar-Intervenir-Comprobar):

- Definición del campo laboral, analiza e identifica aquellas conductas inseguras con potencialidad de ocasionar un accidente o lesión, y cuáles son las conductas seguras que se desean.
- Observación, se realiza después de la identificación el campo, es necesario crear un sistema que permita su medición y observación.
- Intervención, se aplican las medidas de seguridad.
- Comprobar, a través el sistema de medida diseñado, se podrá comprobar la efectividad de las medidas propuestas.

Harper and Row, Malvárez y Rodríguez, (2011) citan a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el cual refiere que la seguridad humana contiene 3 dimensiones de la vida: 1) el desarrollo humano para permitir a las personas tomar sus decisiones libremente, 2) la garantía de los gobiernos de hacer cumplir los derechos humanos, 3) crear seguridad para vivir sin miedo para el desarrollo pleno de los derechos humanos.

Además, los autores antes mencionados refieren que la teoría de Maslow sobre la *Motivación de la Personalidad* demuestra que la seguridad compone una necesidad humana fundamental; refiere que luego de satisfacer sus necesidades fisiológicas, aparece la segunda categoría, es decir la necesidad de seguridad, el mismo que incluye requerimientos para el bienestar y desarrollo del sujeto: seguridad física, estabilidad, dependencia, protección, libertad del miedo, ansiedad. Maslow describe la supervivencia y desarrollo del sujeto humano como un proceso continuo en busca de seguridad, siendo ésta búsqueda la que permite el desarrollo subjetivo y social.

Finalmente, los autores refieren que la seguridad del paciente desde la perspectiva subjetiva sugiere una percepción de tranquilidad y confianza que surge de forma consciente e inconsciente, lo cual se relaciona con el control de la propia situación y la seguridad del paciente desde la perspectiva científica, contribuye a tomar en consideración la complejidad y diferentes variables científicas a fin de profundizar el conocimiento y promover cambios en las políticas y reglamentaciones.

Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente

Para Vincent (2013) la cultura de seguridad del paciente repercute en su comportamiento hacia el sistema sanitario, considera tres dimensiones: Resultados para una cultura del paciente, Cultura para la seguridad a un nivel de unidad de servicio y la cultura a un nivel de todo el hospital.

Dimensión 1: Resultados de la Cultura de Seguridad del paciente

Según Santa Cruz, Hernández y Fajardo (2010) definieron a la seguridad del paciente en el campo sanitario: “el resultado de la seguridad del sistema sanitario, de la seguridad hospitalaria y de la seguridad clínica y no solo de la actuación del médico o del personal de salud” (p.517).

Este concepto recoge mucho de la propuesta de Vincent (2013) la misma que argumenta que una atención médica es segura cuando cumple con requerimientos técnicos básicos, cuando posee cultura organizacional adecuada, cuando existe un sistema de salud con fines de mejora continua (p.5).

Dentro de esta dimensión se encuentran como indicadores la Frecuencia de eventos notificados y Apreciación de seguridad.

La definición de cultura de seguridad del paciente, planteada por primera vez en el Informe presentado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano 1994 (PNUD), fue presentando un nuevo enfoque que va de la seguridad en los estados a la seguridad en las personas.

Este enfoque había llegado al punto de que no se podía entender la seguridad sin el bienestar socioeconómico de las personas. El informe mencionó siete amenazas que ponen riesgo la seguridad humana: seguridad en materia económica, seguridad en materia alimentaria, seguridad en materia de salud, seguridad en materia ambiental, seguridad personal, seguridad de la comunidad y la seguridad política (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PUND: 2011, p. 65).

Dimensión 2: Cultura de Seguridad a nivel de la unidad de servicio o clínica

Santa Cruz, Hernández y Fajardo (2010) mencionaron que esta categoría o dimensión es fundamental para la seguridad de los pacientes, puesto que se incluyen acciones de seguridad sobre el diagnóstico, tratamiento, procesos de atención, insumos utilizados y capacidad del personal de salud.

Según Aibar (2005), refirió “La seguridad clínica se relaciona absoluta con el estilo gerencial y la micro gestión que realizan los gerentes o jefes de los servicios clínicos” (p. 183).

Operativamente, dicha seguridad depende básicamente de dos factores:

- Conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de la salud: Se refiere básicamente a la competencia y desempeño del personal de salud, los cuales deben ser evaluados y gestionados de modo permanente por los jefes de servicio, debido a que la incompetencia es un riesgo para la seguridad clínica de los pacientes.
- Condiciones del ambiente y de la operación de los servicios donde se internan los enfermos. Se refiere a la disponibilidad de infraestructura, equipos e insumos en las mejores condiciones posibles para operar los servicios. Entornos insalubres, materiales en mal estado, falta de protocolos y equipos descompuestos o no calibrados, constituyen riesgos ambientales para la seguridad clínica. La disponibilidad de esos elementos depende en gran medida de la capacidad de los gerentes clínicos para gestionarlos.

Se puede concluir que esta dimensión es muy importante ya que se asocia directamente con los procesos de atención de pacientes o usuarios, y debido a esa estrecha relación se producen daños al paciente, denominado por la OMS como eventos adversos.

En esta dimensión encontramos los siguientes indicadores:

- Expectativas y acciones de la dirección supervisión de la Unidad de Servicio que favorecen la Seguridad
- Aprendizaje organizacional de mejora
- Trabajo en equipo en la Unidad-Servicio
- Franqueza en la comunicación
- Feed-back y comunicación acerca de errores
- Respuesta no punitiva a los errores
- Dotación de Recurso Humano
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

Dimensión 3: Cultura de Seguridad a nivel hospitalario

La definición de seguridad hospitalaria es utilizada desde la década de 1980 y en 2004, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, aprobaron una resolución sobre seguridad hospitalaria y establecieron como meta la construcción de hospitales con un nivel de protección que les permita continuar brindando servicios incluso en situaciones de desastre.

Para Vincent (2013) “Los hospitales cumplen importantes funciones asistenciales y de salud pública, así como en los campos de la enseñanza y la investigación, razones suficientes para promover su seguridad” (p. 30).

Según Santa Cruz, Hernández y Fajardo (2010) dijeron “La seguridad hospitalaria consiste en crear condiciones de seguridad para la vida de los pacientes, el personal y los visitantes del hospital” (p. 517).

Las acciones de trabajo suelen planificarse y ejecutarse con los equipos de trabajo, de manera que sea el mismo trabajo individual sea la que responda a las actividades asignadas. Esto implica, disponibilidad y organización de parte del equipo. No obstante, se necesita de la reorientación de los equipos en las instituciones que direccionan para fortalecer las potencialidades de cada uno de los

integrantes y desde luego formular nuevas propuestas, ideas que estructuren los resultados esperados.

Para Sánchez (2006):

Los equipos de trabajo son aquellos conjuntos de dos o más personas que interaccionan entre sí, realizan roles específicos y mantienen una relación de interdependencia para la consecución de metas comunes y compartidas en un contexto organizacional particular” (p 20).

Por último, en la dimensión se encuentra al trabajo de grupo como aquellas unidades y/o servicios para el cambio de percepción al presentarse situaciones transitorias.

1.4 Formulación del Problema

1.4.1 Problema general.

¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS de Lima Norte, 2017?

1.4.2 Problemas específicos.

Problema específico 1

¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en los resultados de seguridad del paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017?

Problema específico 2

¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la cultura de seguridad a nivel de la unidad de servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017?

Problema específico 3

¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la cultura de seguridad a nivel hospitalario del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017?

1.5 Justificación

La seguridad del paciente se ha convertido desde algunos años, en un objetivo primordial de los sistemas de atención sanitaria, por la gran incidencia de eventos adversos por parte del personal de salud y por ende también la importancia de realizar investigaciones en el tema.

La investigación se justifica por las siguientes razones:

1.5.1 Justificación teórica

Vincent (2013) definió a la seguridad del paciente como la “prevención, profilaxis y mejora de los resultados desfavorables o lesiones derivadas del proceso del cuidado de la salud” (p.2).

Vincent (2013) propuso una nueva definición:

Es el producto de los valores individuales o grupales, de actitudes, competencias, esquemas de conducta, que determinan el compromiso, estilo y el dominio de los programas de salud y de seguridad de una organización. En este sentido, las organizaciones que poseen una cultura de seguridad positiva se caracterizan por contar con comunicaciones basadas en la confianza mutua, en las percepciones compartidas y desde luego en la eficacia de las medidas preventivas (p. 5)

García, Díaz y Pérez (2014) mencionaron: “es necesario tener un Programa de Seguridad del Paciente con protocolos bien estructurados en cada Institución sanitaria encaminados a las herramientas necesarias para evitar eventos adversos”(p.63).

El estudio y resultados alcanzados valdrán de insumo a las autoridades de la DIRIS Lima Norte, de modo que implementen nuevas perspectivas y estrategias de gestión del riesgo cuya finalidad principal es la adopción de una cultura de seguridad del paciente.

A pesar de ser un campo relativamente nuevo, en especial porque no hay investigaciones a nivel de establecimientos del primer nivel de atención, éstas quedarán como precedente de formación del personal de salud en cultura de seguridad del paciente.

De la misma manera se dará a conocer la perspectiva de los profesionales de salud como: seguridad del paciente, cultura organizacional, calidad, entre otros, los cuales se espera a que ayuden en la formación de una nueva cultura de seguridad en el paciente, tanto en las prácticas como en la producción de nuevos conocimientos haciendo que el paciente reciba los cuidados adecuados y pertinentes, y por lo tanto la seguridad requiere ser un tema continuo en el ejercicio del cuidado, a la implementación de ideas en formación básica y a la gestión de excelentes servicios de atención en salud.

1.5.2 Justificación Práctica

La presente investigación aspira contribuir aportando información sobre un problema central que redundará en el sistema de salud: la poca cultura de seguridad del paciente, con la finalidad de plantear las alternativas que optimizan la calidad de los servicios de salud que se brindan a los usuarios. Además, contribuirá a promocionar la medición de la cultura de seguridad del paciente, la misma que le permitirá a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte priorizar sus acciones de mejora, evaluar la efectividad de las gestiones y la posibilidad de replantearlas.

1.5.3 Justificación Metodológica

Se emplazará a disposición de la colectividad académica los resultados confiables

y válidos de la cultura de seguridad del paciente, específicamente en la DIRIS Lima Norte. Así mismo se ofrece el diseño de un programa educativo sobre seguridad del paciente.

1.5.4 Justificación Social

La presente investigación busca beneficiar en primer lugar a los usuarios, en segundo lugar a los trabajadores de la salud al incursionar en procesos educativos formales que contribuyen con su crecimiento profesional, pero también a las instituciones de salud, en especial las del primer nivel de atención.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis General.

El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

1.6.2 Hipótesis Específicas.

Hipótesis Específica 1

El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Hipótesis Específica 2

El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Hipótesis Específica 3

El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General

Determinar el efecto de un taller en Seguridad en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

1.7.2 Objetivo Específicos

Objetivo específico 1

Determinar el efecto de un taller de Seguridad del paciente en los Resultados de Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Objetivo específico 2

Determinar el efecto de un taller de Seguridad en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad de servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Objetivo específico 3

Determinar el efecto de un taller de Seguridad en la Cultura a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, Lima 2017.

II Método

2.1. Diseño de Investigación

La investigación utilizó como paradigma el Positivista, y el método es hipotético-deductivo, cuantitativo, empírico-analista o racionalista. Dobles, Zúñiga y García (1998) sostiene que el positivismo hace referencia que el único conocimiento verídico es aquel generado por la ciencia, particularmente con el empleo de su método. Por lo tanto, el positivismo adjudica que sólo las ciencias empíricas son fuente admisible de conocimiento.

El presente trabajo se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y es aplicada. Cuantitativa, según Ñaupas (2013) afirmó “metodología cuantitativa se caracteriza por utilizar métodos y técnicas cuantitativas y por ende tiene que ver con la medición, el uso de magnitudes, la observación y medición de las unidades de análisis, el muestreo, el tratamiento estadístico” (p. 73).

El método usado es el hipotético deductivo, que parte de una hipótesis y va desde lo más macro a lo más específico, las mismas que después se pueden comprobar con el trabajo de campo. Según Hernández et al (2010) el método hipotético deductivo “es el proceso o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica” (p. 78)

Diseño

El diseño de la investigación fue experimental, de tipo pre-experimental con pre y post prueba.

Experimental

Sánchez (1998), refiere “crear determinadamente condiciones, conforme a un plan con la finalidad de buscar potenciales relaciones causa-efecto mostrando a uno o más grupos experimentales a la acción de una variable experimental diferenciando sus efectos con grupos de control o de comparación”. (p. 36).

Pre-experimental

Este tipo de diseño de pre prueba y post prueba se realiza con un solo grupo, a este grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental; después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento. Tiene una ventaja, ya que permite tener un punto de referencia inicial antes del estímulo, es decir, permite realizar un seguimiento del grupo (Hernández 1998).

Esquema:

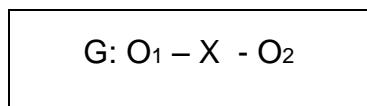


Figura 2 Diseño de pretest y post test en grupo experimental.

Donde:

O₁ : Pre – Test

X : Tratamiento

O₂ : Post - Test

Longitudinal

Hernández (2010) refiere, “se consignan datos en diferentes puntos del tiempo, con la finalidad de realizar deducciones acerca del progreso del problema de investigación o fenómeno, sus efectos y causas” (p. 159).

2.2 Variables, Operacionalización

2.2.1 Variable independiente, Seguridad del Paciente

Definición conceptual

Vincent (2013) definió a la seguridad del paciente como la “prevención, profilaxis y mejora de los resultados desfavorables o lesiones derivadas del proceso del cuidado de la salud” (p.2).

Definición operacional

La variable Seguridad del Paciente, se desarrollará a través un taller educativo que consta de 10 sesiones cada una de las cuales tiene 2 horas semanales sobre temas como: Resultados de la Cultura de Seguridad, Cultura de Seguridad a nivel unidad de servicio y Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital.

Tabla 1

Organización de la Variable independiente taller de Seguridad del Paciente.

Contenido del taller	Estrategias	Método	Tiempo
Bases teóricas, Definiciones, gestión Del Riesgo, Herramientas de análisis, Proyecto de Mejora	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas grupales • Expositivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Activo • Demostrativo • Juego de Roles • Socrático 	<ul style="list-style-type: none"> • 90 minutos por sesión de sensibilización • 2 sesiones por semana

2.2.2 Variable dependiente: Cultura de Seguridad del Paciente.

Definición conceptual

Vincent (2013) define:

Es el producto de los valores individuales o grupales, de actitudes, competencias, modelos de conducta, que determinan el compromiso, estilo y el dominio de los programas de salud y de seguridad de una organización. En este sentido, las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por las comunicaciones basadas en la confianza recíproca en las percepciones compartidas y desde luego en la eficacia de las acciones preventivas (p. 5).

Definición operacional

La variable Cultura de Seguridad del Paciente se midió con un instrumento que tiene tres dimensiones: Resultados de la Cultura de Seguridad con 03 ítems, Cultura de Seguridad a nivel de la unidad con 27 ítems y la Cultura a nivel de todo el hospital con 8 ítems, haciendo un total de 42 ítems.

Operacionalización de variables.

Tabla 2

Matriz de Operacionalización de la Variable Cultura de Seguridad del Paciente

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles y Rangos
Resultados de la Cultura de Seguridad	Trabajo en equipo en la unidad-servicio	1,3,4,11		
	Dotación de personal	2,5,7,14		
	Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente	15,18,10,17		
	Percepción de seguridad	19,20,21,22		
	Expectativa y acciones de la dirección-supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	6,9,13	1=Muy en desacuerdo	Fortaleza: ≥ 75% (+) ≥ 75% (-)
	Aprendizaje Organizacional-mejora	8,12,16	2=En desacuerdo 3=Indiferente	Oportunidad de Mejora: ≥ 50% (+) ≥ 50% (-)
Cultura Seguridad nivel de unidad de servicio	Respuesta no punitiva a los errores	23,30,31	4=De acuerdo 5=Muy de acuerdo	
	Trabajo en equipo entre unidades/servicios	26,32,24,28		
	Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios	25,27,29,33		
Cultura a nivel de todo el hospital	Feedback y comunicación de errores	34,36,38	1=Nunca 2=Casi nunca	
	Franqueza en la comunicación	35,37,39	3=A veces 4=Casi siempre	
	Frecuencia de Eventos Notificados	40,41,42	5=Siempre	

2.3 Población y Muestra

2.3.1 Población

Bernal (2006) define a la población como grupo de elementos en los que se puede trabajar un grupo específico (p.39).

La población es la muestra y estuvo conformada por 20 profesionales pertenecientes de los Comités de Seguridad del Paciente de 05 Centros Maternos Infantiles (CMI) de la DIRIS Lima Norte.

Tabla 3

Población de estudio

Población	Nro.
Comités de seguridad del paciente de los centros maternos infantiles DIRIS Lima Norte.	20

Nota: Unidad de gestión de la calidad de la DIRIS Lima Norte

2.3.2 Muestra

El muestreo es probabilístico intencional, por ser la población en su totalidad que conforma el Comité de Seguridad del Paciente de los Centros Maternos Infantiles de Piedra Liza, Sureños, Ancón, Santa Luzmila 2 y DEMA.

Tabla 4

Descripción de la Muestra de Estudio

Estratos	Participantes
Centro Materno Infantil de Piedra Liza	04
Centro Materno Infantil de Sureños	04
Centro Materno Infantil de Ancón	04
Centro Materno Infantil de Santa Luzmila II	04
Centro Materno Infantil de DEMA	04
Total	20

Criterios de selección

Criterios de Inclusión: Personal asistencial miembro de los Comités de Seguridad del Paciente de los Centros Maternos Infantiles de Piedra Liza, Sureños, Ancón, Santa Luzmila II y DEMA, invitados al Taller de Seguridad del Paciente y su Contribución a la Cultura de Seguridad del Paciente de la DIRIS LN.

Criterios de Exclusión: Personal asistencial que no forma parte de los Comités de Seguridad del Paciente de los Centros Maternos Infantiles de la DIRIS LN.

2.4 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y fiabilidad

La técnica utilizada fue la encuesta, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz.

Según García (1993) define a la encuesta como una técnica que usa una serie de ordenamientos estandarizados de investigación a través de los cuales se acopia y analizan los datos de una muestra de casos representativa de una población o universo del cual se trata de investigar, representar, prever y/o explicar una serie de particularidades.

Instrumento

El instrumento utilizado en la presente investigación consta de un cuestionario auto administrado. Tiene preguntas con escala de Likert, fue adaptado a su versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y la Universidad de Murcia sobre la seguridad del paciente *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPS) tomada de la encuesta original de la *Agency for Healthcare Research and Quality* AHRQ de Estados Unidos que evalúa la cultura de las organizaciones.

Puede ser usado para realizar seguimiento a cambios y apreciar el impacto

de intervenciones en seguridad del paciente. Originalmente fue validada en un grupo de 1,437 personas de 21 hospitales de Estados Unidos. Inicialmente la encuesta fue creada como un instrumento para explorar de modo fiable los comportamientos y actitudes de los trabajadores de la salud en relación a la seguridad del paciente obteniendo información acerca de la cultura de seguridad y posteriormente identificar debilidades y fortalezas.

Originalmente las preguntas del cuestionario se agrupan en 12 dimensiones. El análisis de las respuestas tiene un determinado significado para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto. En todos los casos se analiza la percepción del ítem y dimensión que poseen los profesionales encuestados.

En cuanto a la meta de un análisis psicométrico el instrumento debía ser conciso y refinado establecido en un borrador en su inicio y posteriormente revisado a través de la identificación de dimensiones de la cultura de seguridad conceptualmente determinada, independiente y confiable, con tres a cinco ítems en cada dimensión. El análisis psicométrico residió en varias técnicas analíticas, incluyendo análisis por ítem, análisis del contenido, análisis de confiabilidad y construcción de la escala, análisis correlacional y análisis de varianza (AHRQ, 2004).

El instrumento contiene preguntas enunciadas en positivo y otras enunciadas en negativo. Así mismo, las respuestas del instrumento se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Tabla 5

Codificación utilizada en el análisis de los datos en función del tipo de pregunta y opciones de respuesta del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOPS)* de la (AHRQ)

Formulación de la pregunta	Negativo		Neutral	Positivo	
En Positivo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
En Negativo	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

A través de la codificación se pueden calcular las frecuencias relativas de cada categoría, es decir de cada uno de los ítems, así como del indicador compuesto de cada dimensión.

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

Σ Número de respuestas en positivo en los ítems de una dimensión

Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión

Σ de porcentajes de respuestas en negativo de los ítems de una dimensión

Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión

Σ de porcentajes de respuestas neutrales de los ítems de una dimensión

Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión

Para facilitar la visualización de los resultados las ambas categorías de respuesta más bajas se combinaron: en desacuerdo y muy en desacuerdo, estas son consideradas respuestas negativas. Las dos opciones de respuesta más altas:

muy de acuerdo y de acuerdo, estas son consideradas respuestas positivas. El espacio medio se reporta como una categoría de indiferente y son consideradas como respuestas neutrales.

Para la interpretación solamente se tabularon las respuestas positivas. Los ítems redactados en negativo con respuestas negativas serán tabulados como respuestas positivas, así mismo, los ítems que estén redactados en positivo que tengan respuesta positiva serán tabulados como positivos.

Con la finalidad de categorizar una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios:

Procedimiento de puntuación

- Para $\geq 75\%$ de respuestas positivas (muy de acuerdo/de acuerdo) a preguntas enunciadas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (muy en desacuerdo/en desacuerdo) a preguntas enunciadas en negativo.

Cada ítem o una dimensión se califican como oportunidades de mejora:

- 50% de respuestas negativas (muy en desacuerdo/en desacuerdo) de preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (muy de acuerdo/de acuerdo) de preguntas formuladas en negativo.

Tabla 6

Baremo - Escala de valoración (nivel de interpretación) del cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOPS)* de la (AHRQ)

Categoría	Puntuación
Oportunidad de mejora	Mayor o igual a 50% en las preguntas positivas. >= a 50% en las preguntas negativas
Fortaleza	Mayor o igual a 75% en las preguntas positivas y >= a 75% en las preguntas negativas

Ficha técnica del cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente

Nombre: *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOPS)*

Autores: *Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ)*

Año: 2004

Procedencia: Estados Unidos

Adaptado: Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia

Institución: *Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ)*

Universo de estudio: 1,437 personas de 21 hospitales de Estados Unidos

Validado: Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia

Significancia: El instrumento tiene 3 dimensiones, Resultados de Seguridad, Resultados de Seguridad a nivel de la unidad/servicio y Resultados a nivel de todo el hospital.

Extensión: El test consta de 42 ítems.

Administración: Individual.

Duración: El tiempo de duración de la prueba es de aproximadamente 20 minutos.

Aplicación: El ámbito para su aplicación son los profesionales de la salud de los Comités de Seguridad del Paciente de la DIRIS Lima Norte.

Puntuación: Fortaleza si tiene $\geq 75\%$ (+) en preguntas positivas y $\geq 75\%$ en preguntas negativas y Oportunidad de Mejora si tiene $\geq 50\%$ (+) en preguntas positivas y $\geq 50\%$ en preguntas negativas.

Validación del instrumento

Según Hernández, et al (2003) la validación de un instrumento viene hacer “el nivel en el que un instrumento muestra un dominio determinado de contenido de lo que se mide” (p.201).

Para determinar la validez del instrumento se buscó evaluar el contenido a través de juicio de expertos, para ello el instrumento se sometió a la revisión de 3 expertos concluyendo que el instrumento era adecuado, pertinente, relevante y claro.

Tabla 7

Validez del instrumento, según expertos

Experto	Compromiso organizacional				Condición final
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia	
Dr. Javier Barboza Casanne	Si	si	si	si	Aplicable
Dra. Teresa Campana Añasco	Si	si	si	si	Aplicable
Dra. Luz Chan	Si	si	si	si	Aplicable

Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad fue determinada mediante una prueba piloto, que fue aplicada a los profesionales de los Centros Maternos Infantiles de la DIRIS LN con sede en los Centros Maternos Infantiles de Piedra Liza, Sureños, Ancón, Santa Luzmila II y DEMA con un total de 20. Esto con la finalidad de establecer la confiabilidad del instrumento que es el grado de aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (Fernández, C., Hernández, R., & Baptista, M., 2014, p.201).

El recojo de la información se realizó posterior a explicar el trabajo y pedir el consentimiento de los que deseaban participar del estudio, obteniéndose 20 voluntarios en quienes se aplicó el cuestionario y sobre cuyas tesis se evaluó la bibliografía.

Tabla 8

Coefficiente de confiabilidad – Alfa de Cronbach

Instrumento	Alfa de Cronbach	Nº Ítems
Cultura de Seguridad del Paciente	0,954	42

En estudio tiene una confiabilidad de 0.954 lo que quiere decir, tiene una alta confiabilidad en su aplicación.

2.5 Métodos de análisis de datos

Se procedió a organizar los resultados para formar una base de datos, posteriormente se procedió a su análisis en el programa estadístico SPSS 22, teniendo en consideración la codificación del pretest y el posttest, se organizó los ítems en base a su respectiva dimensión, se calculó la sumatoria parcial y la sumatoria total de los datos recolectados a través del instrumento que mide la variable Seguridad del Paciente, se calculó la normalidad para aplicar posteriormente las pruebas no paramétricas y Wilcoxon estos resultados se presentaron posteriormente en tablas de frecuencia y figuras.

2.6 Aspectos éticos

Para el componente ético se solicitó autorización a la DIRIS Lima Norte a través de su Comité de Ética para la aplicación de la encuesta. La autora del presente estudio declara que el interés es de tipo académico, y que guardará reserva y confidencialidad absoluta en sus diferentes etapas (aplicación, tabulación, análisis y resultados) así como el manipuleo arbitrario.

Resultados

3.1. Resultados descriptivos.

Tabla 9.

Frecuencias de participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test. Comité de seguridad del paciente DIRIS Lima Norte, 2017.

Prueba	Negativo		Neutral		Positivo	
	n	%	n	%	n	%
Pre Test	1	5,00	16	80,00	3	15,00
Post Test	0	0,00	10	50,00	10	50,00

Tabla 10.

Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test. Comité de seguridad del paciente DIRIS Lima Norte, 2017.

Prueba	Condición
Pre Test	Por mejora
Post Test	Por mejora

De las 20 personas evaluadas antes (Pre Test) y después (Post Test) de la intervención con el taller de Seguridad del Paciente, en el Pre test se vio que mayoritariamente la ubicación del personal fue Neutral (80%), con una tendencia hacia lo positivo con 15%. En el Post Test la mayor frecuencia se ubicaron tanto en la categoría Neutral (50%) y Positiva (50%), como también se evidencia en la siguiente figura.

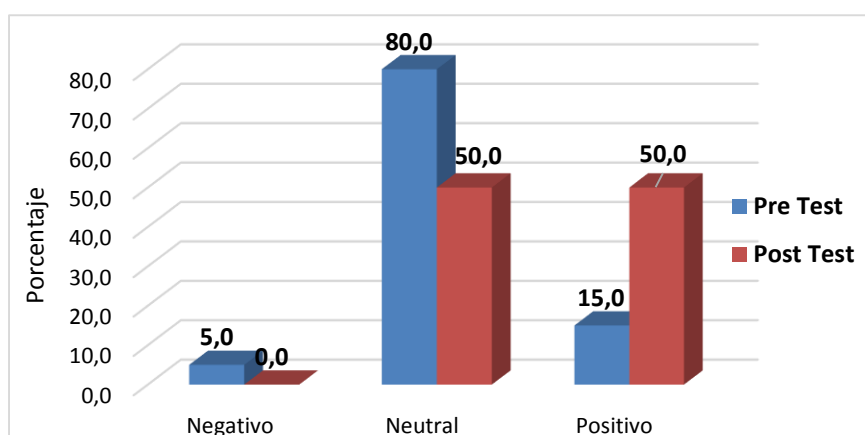


Figura 3. Distribución de frecuencias de participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test. Comité de seguridad del paciente DIRIS Lima Norte, 2017.

Tabla 11.

Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 1: Resultados de la Cultura de Seguridad. Unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Prueba	Negativo		Neutral		Positivo	
	n	%	n	%	n	%
Dimensión 1: Pre Test	1	5,00	8	40,00	11	55,00
Dimensión 1: Post Test	0	0,00	4	20,00	16	80,00

De las 20 personas evaluadas antes (Pre Test) y después (Post Test) de la intervención con el taller de Seguridad del Paciente, se vio que en el pre test de esta dimensión 1, mayoritariamente la ubicación del personal fue Positiva (55%), seguida por la categoría Neutral con un 40%. En el Post Test la mayor frecuencia se ubicó en la categoría Positivo (80%) seguida de la categoría Neutral con 20%, como también se evidencia en la siguiente figura.

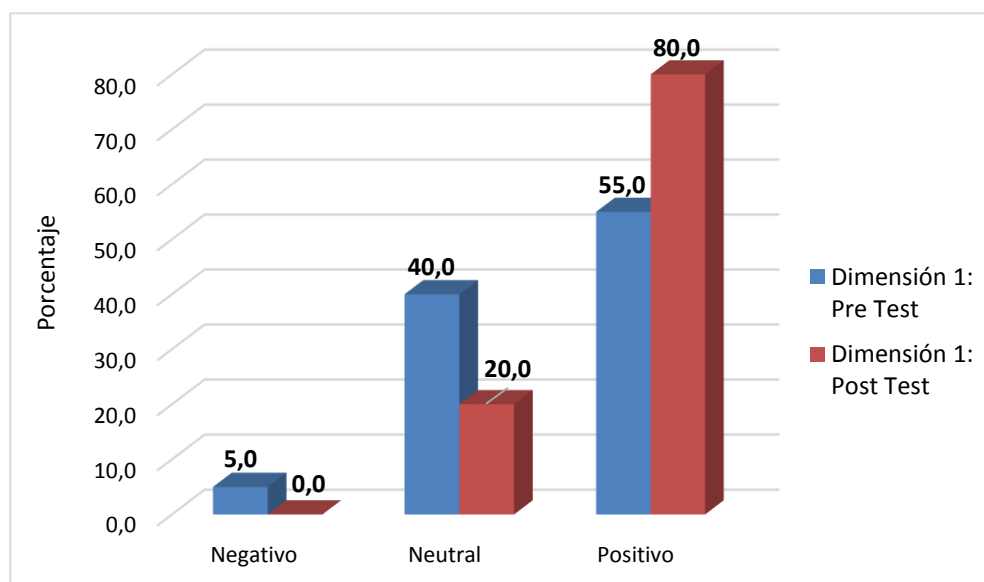


Figura 4. Distribución de frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 1: Resultados de la Cultura de Seguridad. Unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Con este resultado y en base a lo establecido en el instrumento de toma de datos, la clasificación para los casos (Pre y Post Test) fue de Por Mejorar, en el Pre Test y Fortaleza en el Post Test, pues este último superó los porcentajes contemplados, como se aprecia a continuación:

Tabla 12.

Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test de la dimensión 1. Unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Prueba	Condición
Dimensión 1: Pre Test	Por mejora
Dimensión 1: Post Test	Fortaleza

Tabla 13.

Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 2: Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Prueba	Negativo		Neutral		Positivo	
	n	%	n	%	n	%
Dimensión 2: Pre Test	1	5,00	9	45,00	10	50,00
Dimensión 2: Post Test	1	5,00	8	40,00	11	55,00

De las 20 personas evaluadas antes (Pre Test) y después (Post Test) de la intervención con el taller de Seguridad del Paciente, se vio que en el pre test de esta dimensión 2, mayoritariamente la ubicación del personal fue Positiva (50%), seguida por la categoría Neutral con un 45%. En el Post Test la mayor frecuencia se ubicó en la categoría Positivo (55%) seguida de la categoría Neutral con 50%, como también se evidencia en la siguiente figura.

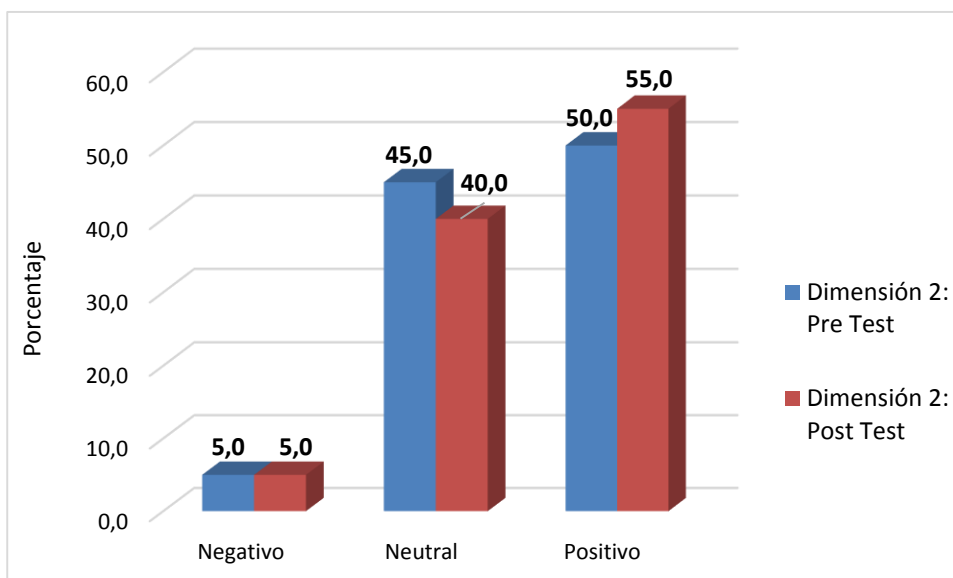


Figura 5. Distribución de frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 2: Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Con este resultado y en base a lo establecido en el instrumento de toma de datos, la clasificación para ambos casos (Pre y Post Test) fue de Por Mejorar, en el Pre Test y Fortaleza en el Post Test, pues no superaron los porcentajes contemplados, como se aprecia a continuación:

Tabla 14.

Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test de la dimensión 2. Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Prueba	Condición
Dimensión 2: Pre Test	Por mejora
Dimensión 2: Post Test	Por mejora

Tabla 15.

Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 3: Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

Prueba	Negativo		Neutral		Positivo	
	n	%	n	%	n	%
Dimensión 3: Pre Test	2	10,00	6	30,00	12	60,00
Dimensión 3: Post Test	0	0,00	3	15,00	17	85,00

De las 20 personas evaluadas antes (Pre Test) y después (Post Test) de la intervención con el taller de Seguridad del Paciente, se vio que en el pre test de esta dimensión 3, mayoritariamente la ubicación del personal fue Positiva (60%), seguida por la categoría Neutral con un 30% y en la Negativa hubo un 10%. En el Post Test la mayor frecuencia se ubicó en la categoría Positivo (85%) seguida de la categoría Neutral con 15%, no habiendo ninguna frecuencia en la categoría Negativo como también se evidencia en la siguiente figura.

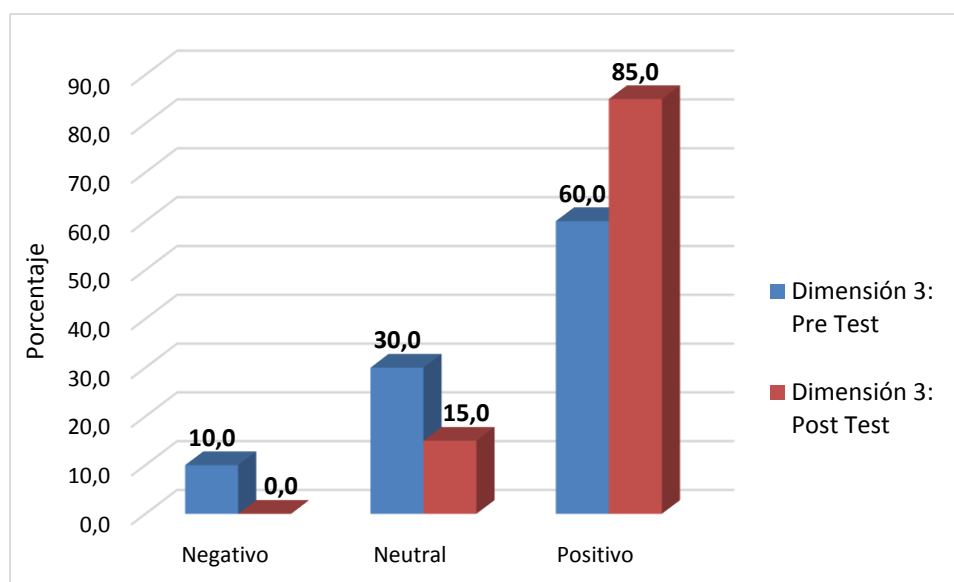


Figura 6. Distribución de frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test en la dimensión 3: Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

Con este resultado y en base a lo establecido en el instrumento de toma de datos, la clasificación para ambos casos (Pre y Post Test) fue de Por Mejorar, en el Pre Test y Fortaleza en el Post Test, pues superaron los porcentajes contemplados, como se aprecia a continuación:

Tabla 16.

Frecuencias de los participantes de acuerdo a la clasificación categórica en el Pre y Pos Test de la dimensión 3. Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

Prueba	Condición
Dimensión 3: Pre Test	Por mejora
Dimensión 3: Post Test	Fortaleza

3.2. Contraste de hipótesis.

3.2.1. Hipótesis general:

Previamente a la ejecución de la prueba de contraste, se propusieron las siguientes hipótesis de contraste:

H₀: El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la Red de DIRIS Lima Norte, 2017.

H₁: El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la Red de DIRIS Lima Norte, 2017.

Tabla 17.

Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la Red de DIRIS Lima Norte, 2017.

	POST TEST - PRE TEST
Z	-2,530 ^b
Sig. Asintót. (bilateral)	,011

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

Se observó que el valor de la significancia fue mayor que el nivel propuesto ($p=0,011 < 0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que el taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la Red de DIRIS Lima Norte, 2017.

3.2.2. Hipótesis específica 1:

Previamente, se propusieron las siguientes hipótesis de contraste:

H₀: El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto positivo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

H₁: El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Tabla 18.

Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de los resultados de la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

D1: POST TEST - D1: PRE TEST	
Z	-2.121
Sig. Asintót. (bilateral)	,0,34

- a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
 b. Basado en los rangos negativos.

Se observó que el valor de la significancia fue mayor que el nivel propuesto ($p=0,034 < 0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

3.2.3. Hipótesis específica 2:

Nuevamente, las siguientes hipótesis de contraste fueron las siguientes:

- H₀: El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.
- H₁: El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Tabla 19.

Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

D2: POST TEST - D2: PRE TEST	
Z	-,302 ^b
Sig. Asintót. (bilateral)	,763

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Se observó que el valor de la significancia fue mayor que el nivel propuesto ($p=0,763>0,05$) por lo que no hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

2.4. Hipótesis específica 3:

Las hipótesis de contraste fueron las siguientes:

H₀: El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

H₁: El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

Tabla 20.

Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

D3: POST TEST - D3: PRE TEST	
Z	-2,111 ^b
Sig. Asintót. (bilateral)	,035

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto ($p=0,035 < 0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

IV. Discusión

En la presente tesis, se investigó la variable Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (DIRIS LN) en el año 2017.

En relación al objetivo General: Determinar el efecto de un taller de Seguridad del paciente en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS LN 2017, los resultados descriptivos de la investigación muestran que se observó que en el pre test las mayores frecuencias estuvieron en la categoría central denominada 'Neutral' (Ver Tabla 1 en Resultados). Lo interesante del tema es que cuando se hizo la toma de datos en Post test se equilibraron las frecuencias 'Neutral' y 'Positivo' en 50% cada una. Con este resultado, si bien no logró revertir –como se esperaba- el porcentaje hacia la tendencia positiva, si hubo una variabilidad ascendente producto de la intervención con el taller realizado en el proceso de ejecución de la tesis. A pesar de no constituir un resultado previsto como objetivos de la tesis, los descriptivos obtenidos permitieron aproximar los resultados inferenciales que se detallaron como parte del contraste de hipótesis, constituyendo parte importante de los hallazgos, como lo reflejó Montes, Alonso, Jiménez, Lopera, Chamizo, y Bejarano, (2015) cuando hizo una descripción de la cultura de seguridad del paciente peor valorada fue “Dotación de recursos humanos y lo sugiere el Ministerio de Salud (2014) en su Informe de Resultados de la Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Santa Rosa.

En la hipótesis general se determinó que el taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de salud evaluado guardando coherencia con lo indicado por Wachter, Malvaréz y Rodríguez (2011) quienes señalan que la implementación de una cultura en seguridad genera un compromiso que comprende todos los niveles jerárquicos y significa modificar el comportamiento de los profesionales. Por otro lado, en comparación a otros investigadores, a pesar de no presentar un diseño correlacional causal como en este trabajo y salvando la similitud analógica del estudio que realizaron en el Distrito de Santa Anita de la ciudad de Lima se tuvo a Obregón y Pérez (2013), quienes demostraron niveles de incremento de la cultura en un grupo humano similar al de este estudio, de igual manera que Alvarado (2014)

quien también demostró una relación de la cultura de seguridad del paciente con una variable de satisfacción. Si bien estos trabajos fueron correlacionales simples, son relevantes en la medida que permitieron aproximar la idea de investigación que se plasmó en este informe, permitiendo obtener resultados satisfactorios y pudiendo hacer réplicas en otros escenarios similares dentro de este mismo sector.

Asimismo, podría ser una buena opción de análisis posterior, el hecho de proponer pesquisas similares como el de Aranaz, Aybar, Limón, Amarilla, Restrepo, Urroz, et al. (2010) quienes propusieron una metodología de estudio en eventos adversos, pudiendo explorarse aspectos relevantes respecto a la necesidad de fortalecer el sistema de recursos humanos y su selección, surgiendo la dotación de personal, la carga de trabajo, el trabajo en equipo y la formación permanente como aspectos significativos para el personal de salud.

En la demostración del contraste de la primera hipótesis específica se tuvo que el taller de Seguridad del Paciente tuvo un efecto significativo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, situación congruente con lo determinado en la hipótesis general y consistente, nuevamente, con la teoría fundamentada por Wachter, Malvaréz y Rodríguez (2011). Este resultado es interesante en la medida que representa la competencia lograda por parte del personal de salud, situación que difiere con la demostración de conocimiento o de habilidades en su praxis cotidiana, tal como lo afirmaron Bernalte, Orst y Marcià (2014) en su trabajo sobre percepción de seguridad, concluyendo que el incremento de una predisposición positiva sobre cultura de seguridad del paciente a nivel de unidad/servicio estuvo conectada con la mejora de las habilidades. En esta fase del análisis de la tesis se hace oportuno hablar de posibilidades de futuras pesquisas, pudiendo seguir lo propuesto por Pozo y Padilla (2013), se identificaron fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad en un área sanitaria.

En la segunda hipótesis específica taller de Seguridad del Paciente no influye significativamente en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte teniendo, hasta cierto punto, discordancia con lo demostrado anteriormente en la hipótesis general e hipótesis

específica 1. Intentando dar posibles respuestas a esta conclusión se podría señalar que probablemente los miembros de esta unidad no mostraron la misma respuesta debido a las funciones administrativas distintivas a las asistenciales, pudiendo sustentar la respuesta en que las competencias varían de acuerdo con la funcionalidad o las responsabilidades que cumplen, tal como lo reportaron por

Ferreira, Fort y Chiminelli (2014) y lo ratificaron López, Puentes y Ramírez (2016) cuando señalaron que el proceso de mejoramiento y apoyo de la administración también debería ser capacitado en temas ligados a su actividad.

Finalmente, en la tercera hipótesis específica se demostró que el taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, siendo consistente con lo observado en los resultados de la hipótesis general y de la específica uno, y consistente con la teoría señalada por Wachter, Malvaréz y Rodríguez (2011), el resultado obtenido es congruente con lo esperado ya que mayoritariamente el personal del hospital hace labor asistencial en salud y, aunque no se hacen reportes detallados de los eventos adversos como lo sugirieron Espíritu, Lavado, Pantoja, Lam, Barrientos y Centeno (2007), la gestión de la cultura de seguridad del paciente en esta DIRIS hace referencia a los estándares previstos en la normatividad señalada por el Ministerio de Salud (2014) siguiendo el instructivo tal como señaló en su Informe de Resultados de la Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente realizado en un nosocomio del distrito de Pueblo Libre, Lima, pudiendo incidir en lo señalado por Ferreira, Fort y Chiminelli (2014) cuando sugieren el estudio de eventos adversos en salud y cuidados del paciente.

V. Conclusiones

- Primera:** El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo ($p=0,011<0,05$) en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.
- Segunda:** El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo ($p=0,034<0,05$) en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.
- Tercera:** El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.
- Cuarta:** El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo ($p=0,035<0,05$) en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

VI. Recomendaciones

- Primero:** Se recomienda a la alta dirección de la DIRIS Lima Norte implementar estrategias para la detección e identificación de riesgos potenciales (EA), formulación de planes de mejora y seguimiento de los mismos sin temor a ser objeto de señalamiento punitivo que genere respuestas de miedo en el personal asistencial sino de oportunidad de cambiar y mejorar.
- Segundo:** Se recomienda a la alta dirección de la DIRIS Lima Norte, en especial a la Coordinación de Gestión de la Calidad diseñar políticas institucionales que fortalezcan las competencias de los Comités de Seguridad del Paciente en las IPRESS I-4 como son los Centros Maternos Infantiles, ya que la Cultura de Seguridad del Paciente se incrementa a través de procesos continuos de aprendizajes implementados adecuadamente y liderados por Comités de Seguridad del Paciente idóneos referentes de Calidad.
- Tercero :** Se recomienda a la alta dirección de la DIRIS Lima Norte, en especial a la Coordinación de Gestión de la Calidad implementar un plan anual de fortalecimiento de capacidades sostenido dirigido a los Comités de Seguridad del Paciente con cursos y/o talleres de Seguridad del Paciente como plataforma estratégica institucional, no sólo en temas referidos a la Seguridad del Paciente propiamente dicho sino también referidos a la Cultura Organizacional con la finalidad de contribuir a una Cultura de Seguridad del Paciente positiva.
- Cuarto :** Se recomienda a la alta dirección de la DIRIS Lima Norte y a la coordinación de Gestión de la Calidad realizar la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente en los Centros Maternos Infantiles

de la jurisdicción de manera sistemática, al inicio como línea base y luego anualmente con la finalidad de monitorizar el cambio de una manera eficiente.

Quinto : Se recomienda a los Comités de Seguridad del Paciente tener un mayor protagonismo en referencia a la notificación de Eventos Adversos, teniendo en cuenta la teoría basada en el sistema y no en las personas. Contar la capacidad de involucrar a todo el personal asistencial para que asuman sus responsabilidades de manera oportuna y eficiente así como promover una cultura de mejora continua.

VII. Referencias

- Aibar-Remón, C. (2005). *La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras*. Revista de calidad asistencial, 20(4), 183-184.
- Alvarado (2014) *Relación entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente en el Centro Médico Naval*. Tesis de grado de maestría, Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3678>
- Astier-Peña, M. P., Torijano-Casalengua, M. L., & Olivera-Cañadas, G. (2016). Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 48(1), 3-7.
- Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (2008) *Avances en la seguridad del paciente: nuevas direcciones y enfoques alternativos*. Rockville (MD)
- Barajas, E. R., González, O. S., & Vera, W. T. (2007). *Seguridad del paciente hospitalizado*. Ed. Médica Panamericana.
- Basto, P., Asmeth, E., y Sierra Pabon, B. Y. (2015). *Recolección y análisis de la información del proyecto "Cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Instituto de salud de Bucaramanga"*.
- Bernalte-Martí, V., Orts-Cortés, M. y Maciá-Soler, L. (2014). *Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica*. *Enfermería Clínica*, 25(2), 64-72.
- Cadillo, L y Vega N. (2016) *Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de los servicios de urgencias*. Tesis para obtener el grado de maestras en enfermería. Lima: Universidad Nolbert Wiener.
- Carvajal, G. (2000). *Importancia de la cultura y clima organizacional como factores determinantes en la eficacia del personal civil en el contexto militar*. Trabajo de grado), Guayaquil, Ecuador, Universidad Santa María.
- Casanova, Y., Nader Díaz, S., & Marulanda Pérez, A. (2014). La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 30(1), 62-64.

- Ciprés, M. S., & Llusar, J. C. B. (2005).. *Revista de economía y empresa*, 52, 178-195.
- Da Silva Gama, Z. A., de Souza Oliveira, A. C., & Hernández, P. J. S. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. *Cad. Saúde*
- Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, (2012) *What exactly is patient safety? In: Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. AHRQ; 2008. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/.
- Espinoza, Y. (2014) *Cultura de Seguridad del Paciente por profesionales de enfermería en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014*. Tesis de titulación en enfermería. Huánuco: Universidad de Huánuco. <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/306/ESPINOZA%20RAMOS%2c%20YUMI%20IRIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Espíritu, N., Lavado, G., Pantoja, L., Lam, C., Barrientos, M., & Centeno, R. (2007). Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(6), 335-341.
- Fajardo-Dolci, G., Lamy, P., Suárez, J. R., Domínguez, M. A. F., Morales, J. J. L., Torres, F. H., & Varela, J. S. (2016). Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. *Revista CONAMED*, 15 (1).
- Ferreira A, Fort Z y Chiminelli V (2014) *Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional*. Contexto Enferm, Florianopolis 24 (2): 310-315. Internet (consultado el 12 de febrero de 2018) Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/es_0104-0707-tce-24-02-00310.pdf

- Gaba D, Liang B, Woods D, Blum L.(2000) *The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety*. MedGenMed 2:E38.
- Giménez T, Hernández I, Aibar-Remón C, Gutierrez I y Febrel-Bordeje M. (2017) *Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud*. Internet (Consultado 11 de marzo de 2018). Gac Sanit 31 (5) 423 -426. https://ac.els-cdn.com/S0213911117300687/1-s2.0-S0213911117300687-main.pdf?_tid=175dae41-0b7d-4f8d-81db-17c9ec60b517&acdnat=1521611746_a74bec8442f14a4b876bb8906f77aa6
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., y Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 97-111.
- González Gómez, V. (2015). La seguridad humana. De la seguridad de los Estados a la seguridad de las personas.
- Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. *On line*(27/03/2.000). Revisado el, 14.
- Hellings J, Zarcone J, Reese R, Valdovinos M, Marquis J, Fleming K y Schroeder S. (2006) A Crossover study of risperidone in children, adolescents and adults with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental disorders* 36(3): 401-411.
- Hernández, C. M. M. (2006). Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. *Rev Cubana Salud Pública*, 32(1)
- Santacruz Varela, J (2013) *Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud*.
- Leape L, Berwick D, Clancy C, Gluck PA, Guest J, Lawrence D, (2010) *Unmet needs: teaching physicians to provide safe patient care*. Boston (MA): National Patient Safety Foundation.
- Lisboa, T y Rello, Y (2008) *Prevención de infecciones nosocomiales: estrategias*

para mejorar la seguridad de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Internet (consultado el 20 de enero de 2018). *Med Intensiva* 32(5):248-252. <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n5/punto.pdf>

López, V, Puentes y Ramírez (2016) *Medición de la cultura de SP un hospital estatal en el primer nivel de atención del Ayuntamiento de Villeta*. España.

Martinez, V. (2015) *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima*. Tesis de maestría en enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5301>

Medina, M, Quintero, M. y Valdez, J. (2013). *El Enfoque Mixto De Investigación En Los Estudios Fiscales*. Tlatemoani, (13).

Ministerio de Salud (2007) *Resolución Ministerial 676-2006/SA aprueba el plan Nacional para la Seguridad del Paciente*. Lima

Mira J, Cho M, Montserrat D, Rodríguez J y Santacruz J. (2013) Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. Internet (Consultado 23 de febrero de 2018). *Revista Panam Salud Publica* 33(1): 1-7. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9228/a01v33n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Montes Y, Alonso J., Jiménez, C., Lopera, E. L., Chamizo, R, y Bejarano, J. (2015). Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud. *Revista CONAMED*, 18(4): 1-35

Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, *et al* Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review *BMJ Qual Saf* 2013;**22**:11-18.

Muñoz, F. P., & Marín, V. P. (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del

paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 329-336.

Obregón y Pérez (2013) La Cultura de seguridad en salud y su correlación con la calidad percibida en el usuario interno de la Clínica Municipal Santa Anita, Lima

Organización Mundial de la Salud (2014) Evolución de la seguridad del paciente el contexto mundial y su perspectiva en México. Recuperado de: <http://www.amc.org.mx/web2/media/Seguridad.pdf>,1-21.

Ostiguin Melendez, R. M., & Bermudez Gonzalez, A. (2011). Capítulo 13: seguridad física y cuidados de enfermería. En M. C. Cometto , P. F. Gómez, G. T. Marcon Del Sasso, R. A. Zarate Grajales, S. H. De Bortoli Cassiani, & C. Falconi Morales, *Enfermería y seguridad de los pacientes* (pág. 177). Washington D.C.: PALTEX / OPS/OMS.

Pabón Ocampo, J., Quintero, L., y Vásquez, J. (2016). *Cultura y seguridad del paciente de la IPS PRONACER*.

Pinzón E y Sierra B (2015) *Recolección y análisis de la información del proyecto Cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Instituto de salud de Bucaramanga*. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga.

Pozo F y Padilla V (2013) *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un área sanitaria*. Internet (Consultado el 23 de febrero de 2018). *Rev Calidad Asistencial* 28: 329-336. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-evaluacion-cultura-seguridad-del-paciente-S1134282X13000511>

Robbins S y Judge T. (2009) *Comportamiento organizacional*. Décima tercera edición. México: Pearson Educación.

Reason J. Error humano Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

Santacruz-Varela, J., Hernández-Torres, F., & Fajardo-Dolci, G. (2010). *Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. Cirugía y Cirujanos*, 78(6), 515-526.

Singer S, Gaba D, Geppert J, Sinailo A, Howard S, Park K. (2003) La cultura de seguridad del paciente, resultados de un encuesta a 15 hospitales de California. Internet (consultado el 12 de febrero de 2018). *Qual Saf Health Care* 12(1): 112-118. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743680/pdf/v012p00112.pdf>

Torijano-Casalengua, M. L., Olivera-Cañadas, G., Astier-Peña, M. P., Maderuelo-Fernández, J. Á., & Silvestre-Busto, C. (2013). Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 45(1), 21-37.

Vásquez Curiel, E., Sheridam, S., y Esperato, A. (2011). Capítulo 7 participación de los pacientes en las estrategias de seguridad. En M. C. Cometto, P. F. Gomez, G. T. Marcon Dal Sasso, R. A. Zarate Grajales, S. H. De Bartoli Cassiani, C. Falconi Morales, *Enfermería y seguridad de los pacientes* (págs. 81-92). Washington: Partex OPS/OMS

Vicente López Pinzón, Milton agosto Puentes Vega, ana lucía Ramírez (2016). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta*

Vincent C. (2013) *The Measurement and monitoring of safety. Spotlight.*

Vincent, C y Amalberti, R (2016) *Seguridad el paciente, estrategias para una*

asistencia sanitaria más segura. Madrid: Modus laborandi. Internet (consultado el 24 de febrero de 2018). Recuperado de: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf

Wachter RM: Malvárez, S., y Rodrigues, J. (2011). Capítulo 1: *Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales*. En C. Falconí Morales, S. De Bartoli Cassiani, R. Zarate Grajales, G. Marcon del Sasso, P. Gomez, & M. Cometto, *Enfermería y seguridad de los pacientes* (págs. 2-17). Washington: Partex OPS/OMS.

World Alliance for Patient Safety, launch October 27, 2004, Washington, DC.
Available at: www.who.int/patientsafety/about/en/index.html. Retrieved January 25, 2012. 11. Cooper JB,

Anexos

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Efecto de un taller de seguridad del paciente en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017
AUTOR: Elda Angela García Chávez

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES			
<p>Problema principal: ¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017?</p> <p>Problemas secundarios: Problema específico 1: ¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en los Resultados de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017?</p> <p>Problema específico 2: ¿Cuál es el efecto de un taller de seguridad del paciente la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad de servicio del personal de la DIRIS Lima Norte, 2017?</p> <p>Problema específico 3: ¿Cuál es el efecto de un taller de seguridad del paciente en la Cultura de Seguridad a nivel hospitalario del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017?</p>	<p>Objetivo general: Determinar el efecto de un taller en Seguridad del Paciente en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.</p> <p>Objetivos específicos: Objetivo específico 1 Determinar el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en los Resultados de Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017</p> <p>Objetivo específico 2 Determinar el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad de servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017</p> <p>Objetivo específico 3 Determinar el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la Cultura a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017</p>	<p>Hipótesis general: El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la Red de DIRIS Lima Norte, 2017.</p> <p>Hipótesis específicas: Hipótesis específicas 1. El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte , 2017</p> <p>Hipótesis específicas 2. El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte , 2017</p> <p>Hipótesis específicas 3. El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017</p>	Variable: Cultura de Seguridad del Paciente			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Resultados de la Cultura del Paciente	Frecuencia de Eventos Notificados	40,42	
				Percepción de seguridad	19,20,21,22	Fortaleza: a: ≥ 75% (+)
				Expectativa y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	6,9,13	
				Aprendizaje Organizacional/mejora	1,3,4,11	≥ 75% (-)
			Cultura de Seguridad a nivel de la unidad de servicio	Trabajo en equipo en la unidad/servicio	35,37,39	Oportunidad de Mejora: ≥ 50% (+)
				Franqueza en la comunicación	8,12,16	
				Feedback y comunicación de errores	2,5,7,14	≥ 50% (-)
				Respuesta no punitiva a los errores	23,30,31	
			Cultura a nivel de todo el hospital	Dotación de personal	26,32,24,28	
				Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente	25,27,29,33	
				Trabajo en equipo entre unidades/servicios		
				Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios		

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p>TIPO: Tipo Cuantitativo, Aplicada</p> <p>DISEÑO: Experimental, pre-experimental, longitudinal</p> <p>MÉTODO: Hipotético deductivo</p>	<p>POBLACIÓN: Constituida por 20 trabajadores de la salud miembros de los Comités de Seguridad del Paciente de los Centros Maternos Infantiles (I-4) de la DIRIS Lima Norte</p> <p>TIPO DE MUESTRA: No probabilístico intencional</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA: 20 trabajadores</p>	<p>Variable: Cultura de Seguridad del Paciente</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario</p> <p>Autor: Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)</p> <p>Año: 2004</p> <p>Monitoreo: Ninguno</p> <p>Ámbito de Aplicación: DIRIS Lima Norte</p> <p>Forma de Administración: Individual</p>	<p>DESCRIPTIVA: Los datos obtenidos en la encuesta se tabularán y se elaborará una tabla de frecuencia y porcentajes.</p> <p>INFERENCIAL: Para validar la Hipótesis.</p>

ANEXO 2

Nº encuesta:

Fecha: / /

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017”

Autor del Instrumento: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

Nombres y Apellidos..... Edad.....

Sexo.....Tiempo de Servicio.....Servicio o área donde

labora.....Condición laboral:

Nombrado Contratado Tercero

La encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 15 minutos completarla.

Sus respuestas son MUY IMPORTANTES, por lo que le solicitamos que conteste todas. Para ello, debe responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las oraciones que aparecen a continuación, de acuerdo a como piense o actúe, de acuerdo a la siguiente Escala para las secciones A y B:

MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
-------------------	---------------	-------------	------------	----------------

Para la sección C:

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
-------	------------	---------	--------------	---------

Tener en consideración que:

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

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

Sección A: Su Servicio/Unidad Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo .Señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD					
1. El personal se apoya mutuamente.					
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo					
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto					
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente					
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal					
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10. No se producen más fallos por casualidad					
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros					
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable es de buscar la causa, buscan un culpable					
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad					
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa					
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente					
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente					
17. En esta unidad o servicio hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente"					
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente					
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente					
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente					

Sección B: Su Servicio/Unidad favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente	Por					
	MUY EN	EN	DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DEACUERDO
CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DEL SERVICIO						
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.						
24. Las diferentes unidades del hospital no coordinan bien entre ellas						
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.						
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente						
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente						
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades						
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático						
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.						
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.						
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes						
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.						

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo					
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL HOSPITAL					
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente habla de ello con total libertad.					
36. Se nos informa sobre los errores que ocurren en este servicio.					
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores					
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta					
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente					
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente					
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

ANEXO 3

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

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

18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.							
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente							
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente							
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.							
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente							
	DIMENSIÓN 2: Cultura de Seguridad a nivel del Servicio	Si	No	Si	No	Si	No	
23	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.							
24	Las diferentes unidades del hospital no coordinan bien entre ellas							
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.							
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente							
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente							
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades							
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático							
30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.							
31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.							
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes							
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.							
	DIMENSIÓN 3: Cultura de Seguridad del Paciente a nivel Hospital	Si	No	Si	No	Si	No	
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.							
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente habla de ello con total libertad.							

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: *Campana Anaco Teresa de Jesús* DNI: *31035536*

Especialidad del validador:..... *Metodólogo*

..... *15* de *Noviembre* del 20*17*

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Campana

Firma del Experto Informante.

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Luz BATH CHAN CACCINI DNI: 08508861
Especialidad del validador: Salvo Pública

15 de Nov del 2017

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Firma del Experto Informante.

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg: Javier BARBOLA Cassane DNI: 691.70004
Especialidad del validador: Coordinador de Gestión de la Calidad Divis Linea docta.

.....15.....de 11.....del 2017

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

*Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

**ANEXO 4
BASE DE DATOS**

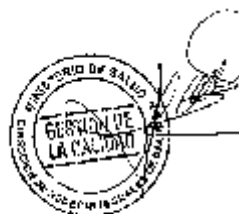
Edad	Edad personal	Sexo	Tiempo Servicio	Tiempo Servic	Condición_Laboral	PRETEST	DIM_PRETEST_1	DIM_PRETEST_2	DIM_P RETES T_3	POSTEST	DIM_POS TEST_1	DIM_PO STEST_2	DIM_POS TEST_3
48	3	1	3	1	2	120	58	32	30	125	59	33	33
39	2	2	8	2	2	88	46	17	25	91	44	21	26
34	1	2	2	1	3	131	68	38	25	128	66	38	24
38	2	2	30	4	1	105	50	29	26	110	73	23	14
66	3	1	35	4	1	69	38	20	11	73	47	13	13
36	2	2	10	2	1	85	46	21	18	76	41	16	19
32	1	2	5	1	3	137	70	37	30	124	62	36	26
50	3	2	21	3	2	122	59	31	32	111	61	28	22
64	3	2	21	3	1	113	52	31	30	73	36	22	15
26	1	2	1	1	3	120	60	33	27	114	55	34	25
39	2	2	4	1	3	79	47	20	12	96	39	31	26
42	2	2	8	2	1	100	53	22	25	99	54	29	16
59	3	1	12	2	1	109	55	31	23	72	41	16	15
31	1	2	5	1	2	94	51	29	14	84	47	26	11
61	3	1	37	4	1	57	33	11	13	129	66	33	30
52	3	2	25	3	1	94	54	26	14	119	60	34	25
28	1	2	2	1	2	107	57	25	25	109	61	24	24
56	3	2	18	3	2	101	41	34	26	83	42	19	22
43	2	2	5	1	2	90	48	21	21	90	40	26	24
48	3	2	17	3	1	90	49	24	17	88	47	16	25

Anexo E

**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA REALIZACIÓN DE TALLER
EDUCATIVO**

El que suscribe, coordinador de Gestión de la Calidad de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lina Norte, acepta se realice "Taller de Seguridad del Paciente para contribuir a la Cultura e Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS LN" dirigido a los Comités de Seguridad del Paciente de los Centros Maternos Infantiles de la jurisdicción, realizado por la Licenciada Elra Angela García Chávez en los meses de Diciembre del 2017- Enero 2018.

Atentamente,



ANEXO 6

PLAN DE CAPACITACIÓN DE TALLER EDUCATIVO

"SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU CONTRIBUCIÓN PARA
IMPULSAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
PERSONAL DE SALUD DE LA DIRIS DE LIMA NORTE"



Taller de Seguridad del Paciente y su contribución para impulsar la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de salud de la DIRIS Lima Norte

I INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un componente de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas, las diferentes organizaciones e instituciones de salud, se han dado cuenta que prevenir posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir errores y aprender de ellos, es importante para crear un clima de seguridad que lleva al Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud.

La cultura organizacional es el corazón de la misma, es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, la que conforma el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros. Es decir, representa la manera de funcionar específica de cada organización. Hoy en día existe una urgente necesidad de que los organismos de Asistencia en Salud replanteen sus procesos de trabajo y definan la Seguridad como un Objetivo Institucional de máxima relevancia.

Esta cultura es la manifestación de una serie de premisas interiorizadas por sus miembros y de compromisos que todos comparten y asumen en temas como la interacción entre seres humanos, instituciones y entornos. Premisas que les permiten encontrar vías comunes para interpretar las situaciones y darle un sentido a su existencia profesional y personal, se expresan de muchas formas, como a través de valores, creencias, actitudes, comportamientos, lenguaje, costumbres, objetivos y funcionamiento de una organización. La cultura da un sentido de identidad y establece un vínculo esencial entre los miembros de una organización y su misión y se considera el factor determinante del éxito o fracaso de la misma.

La Mejora de la Seguridad del Paciente debe ser nuestra aspiración máxima, específica; empezando por la alta dirección de la institución, una cultura orientada a la Calidad y a la Seguridad se caracteriza por una alianza fuerte y solidaria en la que se comparte la propiedad sobre la visión de la organización. Cuanto mayor es

la solidaridad y sentido de pertenencia mayor es la voluntad que muestran las personas por compartir responsabilidades para conseguir los objetivos de Seguridad.

Finalmente, implementar un Plan de Capacitación del Taller de Seguridad del Paciente nos va a permitir agrupar sesiones de aprendizajes, con actividades secuenciales participativas con el fin de cumplir un objetivo, por lo que su implementación favorece la organización, capacidades técnicas y humanas, trabajo en equipo, y liderazgo entre otras impulsando la Seguridad del Paciente así como la Cultura de Seguridad en el ámbito de la DIRIS Lima Norte.

II OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Capacitar en Seguridad del Paciente al personal de salud de los Centros Maternos Infantiles de la DIRIS Lima Norte.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Sensibilizar al personal de salud de los Centros Maternos Infantiles de la DIRIS Lima Norte sobre la importancia de promover, gestionar, e implementar prácticas seguras en la prestación de los servicios de salud.
- b) Fortalecer las competencias técnicas en Seguridad del Paciente del personal de salud que labora en los Centros Maternos Infantiles de la DIRIS Lima Norte.
- c) Brindar herramientas de gestión para implementar acciones y proyectos de mejora de procesos de gestión del riesgo sanitario.
- d) Fortalecer la implementación de del Sistema de Seguridad del Paciente en los CMI, el cual consiste en la identificación, notificación y control de los eventos adversos.
- e) Promover la Cultura de Seguridad del Paciente en los Centros Maternos Infantiles de la DISIRS Lima Norte.

III PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

La capacitación está dirigido al personal de salud de los Centros Maternos Infantiles de la DIRIS Lima Norte

IV COMPETENCIAS A FORTALECER

Fortalecer las competencias técnicas de los profesionales de la salud como miembros de los Comités de Seguridad del Paciente de los Centros Maternos Infantiles.

V PLANIFICACIÓN

a. Organización

El taller está a cargo de Gestión de la Calidad y la Coordinación de Unidad de Capacitación de la DIRIS Lima Norte.

b. Alcance

Miembros del Comité de Seguridad del Paciente de los Centros Maternos Infantiles de Piedra Liza, Sureños, Ancón, Santa Luzmila II y DEMA, es decir a 20 profesionales de la salud.

c. Facilitadores

Coordinadora General del taller: Licenciada Angela García Chávez

Expertos invitados:

- Mc Javier Barboza Cassane- Responsable de Gestión de la Calidad de DIRIS Lima Norte.
- Ing. Freddy Chafloque Millones. Consultor de Proyectos
- Dra Patricia Yamaguchi- Coordinadora de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud
- Dr. Joaquín Vertiz Osores, Doctor en Ciencias, docente de la UCV
- Pamela Zavala. Responsable de Salud Mental del Centro de Salud La Flor.

d. Modalidad del Evento:

El evento tiene carácter presencial

El Taller constará de:

- a. Parte expositiva
- b. Diálogo
- c. Taller aplicativo
- d. Exposición de videos

IV PRESUPUESTO

El presupuesto está direccionado a los gastos que se realizarán para el desarrollo del taller, gran parte de él se justifica a través de los recursos ya existentes dentro de la institución y otros que se generen serán asumidos por la investigadora.

V CRONOGRAMA

Las actividades propuestas deberán desarrollarse en los meses de noviembre y diciembre, con un total de 10 sesiones que empezaran el 15 de diciembre del 2017 y culminaran el 23 de enero del 2018. La duración total del Programa estará conformada para 30 horas, impartidas en 10 sesiones de 2 horas cada una (horas efectivas) haciendo un total de 10 semanas.

VI CONTENIDOS

SESIÓN 1: CONOCES REALMENTE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA
Aplicación del Instrumento (Pre-Test)
Estudio "To error is human", estudio APEAS, Estudio IBEAS Y ENEAS
Conceptos Fundamentales de Seguridad del Paciente
SESIÓN 2: TEORÍAS RELACIONADAS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Modelo Organizacional de Causalidad de Errores y Eventos Adversos
Modelo de Queso Suizo del Error Humano
Error Humano
SESIÓN 3: GESTIÓN DE RIESGOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Riesgo Asistencial
Gestión del Riesgo
Análisis del Riesgo
SESIÓN 4: RETOS POR UNA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente
Soluciones para la Seguridad del Paciente
SESION 5: HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA CONTINUA
Las 7 Herramientas Básicas de Calidad
SESIÓN 6: PROYECTO DE MEJORA CONTINUA
Proyecto de Mejora Continua
Proyectos Nacionales de Mejora Continua
Acciones de Mejora
SESIÓN 7: CULTURA ORGANIZACIONAL
Estrategia y Cultura
Barreras Culturales para vencer
SESIÓN 8: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Liderazgo
Trabajo en Equipo
Clima Organizacional
SESION 9: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos
Rondas de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo
Lavado de Manos
SESION 10: LA INVESTIGACIÓN EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE... educación continua y compromiso
Análisis de la Implementación del Sistema de Seguridad del Paciente
Técnica de Protocolo de Londres
La investigación en Seguridad del Paciente
Aplicación del instrumento (Post Test)

SESIÓN DE APRENDIZAJE I

CONOCES REALMENTE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Capacidad: Conoce los conceptos fundamentales de Seguridad del Paciente y estudios previos (Instituto de Medicina de EEUU, IBEAS, ENEAS y APEAS).

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
1	15/12/2017	<p>De la realidad problemática conoce:</p> <ul style="list-style-type: none">• Presentación del taller.• Informes de estudios internacionales, nacionales previos de la Seguridad del Paciente.• Conceptos de Seguridad del Paciente.• Información sobre la metodología enseñanza aprendizaje	<p>Plantea el siguiente problema.</p> <p>¿Cuáles son los estudios y estadísticas nacionales e internacionales que reportan la problemática mundial de Seguridad del Paciente.</p> <p>Cuáles son los conceptos básicos de la Seguridad del Paciente</p> <ul style="list-style-type: none">• Participa en el dialogo.• Obtiene conclusiones con la participación del facilitador	Dr. Javier Barboza

SESIÓN DE APRENDIZAJE II

TEORIAS RELACIONADAS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Capacidad: Conoce las teorías relacionadas a la seguridad del paciente

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
1	15/12/2017	De las Teorías conoce: <ul style="list-style-type: none">• Teoría de Reason.• Teoría del Error Humano.• Teoría de la Cultura de Seguridad del Paciente	<ul style="list-style-type: none">• Plantea el siguiente problema. ¿Por qué pueden ocurrir eventos e incidentes adversos? ¿Es error humano o del sistema? ¿Qué factores influyen para que exista una cultura de seguridad del paciente?	Dr. Javier Barboza

SESIÓN DE APRENDIZAJE III

GESTIÓN DE RIESGOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Capacidad: Maneja los conceptos de Gestión del Riesgo en Seguridad del Paciente.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
2	22/12/2017	Gestión de Riesgo: <ul style="list-style-type: none">• Riesgo asistencial• Gestión del Riesgo.• Análisis del Riesgo.• Implementación de un sistema de seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Plantea el siguiente problema. ¿Qué es un riesgo? ¿Cuáles son los tipos de riesgos? ¿Qué es Gestión del Riesgo? ¿Por qué es importante analizar los riesgos . Es importante implementar un sistema de Seguridad del Pacienteque queremos	Dra. Patricia Yamaguchi

SESIÓN DE APRENDIZAJE IV

RETOS POR UNA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Capacidad: Conoce las acciones, estrategias y soluciones para la Seguridad del Paciente.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSA BLES
2	22/12/2017	<p>Movimientos Mundiales conoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alianza Mundial. • Soluciones para la Seguridad del Paciente. • Metas internacionales para la Seguridad del Paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea el siguiente problema. <p>¿Qué acciones se generaron a partir del Informe de Construyendo un sistema de salud seguro? Cómo influyó este movimiento mundial sobre la SP en el Perú y en la región? Cuáles son las metas y soluciones que se plantean para mejorar y contribuir con la SP</p>	<p>Dra. Patricia Yamaguchi</p>

SESIÓN DE APRENDIZAJE V

HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA CONTINUA

Capacidad: Conoce las herramientas de Calidad para abordar `problemas relacionados con la Calidad para la Mejora Continua.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
3	29/12/2017	<p>Conoce las 7 Herramientas de Calidad para la solución de problemas relacionados con la calidad :</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagrama Causa – Efecto (gráfico de Ishikawa o espina de pescado).• Diagrama de flujo• Hojas de verificación o de chequeo.• Diagrama de Pareto.• Histogramas.• Diagramas o gráfico de control.• Diagramas de dispersión.	<ul style="list-style-type: none">• Plantea la siguiente pregunta: ¿Qué motiva conocer y aplicar las Herramientas de Calidad? ¿Cuáles son las utilidades de cada Herramienta de Calidad?• Se plantean problemas y se aplican las herramientas según sea el caso en grupos por Centros Maternos	Ing.Edwin Chafloque

SESIÓN DE APRENDIZAJE VI

PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

Capacidad: Desarrolla Proyectos de Mejora Continua.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSA BLES
3	29/12/2017	<p>Proyectos de Mejora Continua:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características de un Proyecto de Mejora • Etapas de un Proyecto de Mejora • Criterios de Gestión para un Proyecto de Mejora • Experiencias exitosas de Proyectos de Mejora Continua presentados en la Semana de Gestión de la Calidad • Acciones de Mejora 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea la siguiente pregunta: Qué características tiene un Proyecto de Mejora? Cuáles son las etapas y qué criterios de Gestión se necesita un Proyecto de Mejora para su presentación? • Se plantea la siguiente motivación: A continuación se presentan experiencias exitosas de Proyectos de Mejora a nivel nacional. • Plantea la siguiente pregunta: Cuál es la diferencia entre un Proyecto de Mejora y una Acción de Mejora? 	Ing.Edwin Chafloque

SESIÓN DE APRENDIZAJE VII

PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

Capacidad: Desarrolla Proyectos de Mejora Continua.

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSA BLES
4	10/1/2018	Esquema de Proyecto de Mejora Continua	<ul style="list-style-type: none">• Plantea la siguiente pregunta: Qué características tiene un Proyecto de Mejora? Cuáles son las etapas y qué criterios de Gestión se necesita un Proyecto de Mejora para su presentación?• Se plantea la siguiente motivación: A continuación se presentan experiencias exitosas de Proyectos de Mejora a nivel nacional.	Ing.Edwin Chafloque

SESIÓN DE APRENDIZAJE VIII

CULTURA ORGANIZACIONAL

Capacidad: Comprende la importancia de la Cultura Organizacional para impulsar la Cultura de Seguridad del Paciente

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSA BLES
4	10/1/2018	Esquema de Proyecto de Mejora Continua	<ul style="list-style-type: none">• Plantea la siguiente pregunta: Qué características tiene un Proyecto de Mejora? Cuáles son las etapas y qué criterios de Gestión se necesita un Proyecto de Mejora para su presentación?• Se plantea la siguiente motivación: A continuación se presentan experiencias exitosas de Proyectos de Mejora a nivel nacional.	Ing.Edwin Chafloque

SESIÓN DE APRENDIZAJE IX

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Capacidad: Fortalece sus conocimientos para la implementación de un Sistema de Seguridad del Paciente

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
5	17/1/2018	<p>Sistema de Seguridad del Paciente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos.2. Rondas de Seguridad del Paciente3. Ronda de Higiene de Manos	<ol style="list-style-type: none">1. Fortalece sus conocimientos en Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.2. Reconoce la importancia de la Notificación de Incidentes y Eventos Adversos.3. Aplica el instrumento de Rondas de Seguridad del Paciente, incluyendo las acciones de mejora.4. Fortalece sus conocimientos en la técnica e importancia del Lavado de Manos	Dra. Mascaro

SESIÓN DE APRENDIZAJE I

LA INVESTIGACIÓN EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Capacidad: Comprende la importancia de realizar investigación sobre la Cultura de Seguridad del Paciente como proceso de mejora

SEMANA	SESION Y FECHA	CONTENIDO	ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE	RESPONSABLES
6	23/1/2018	<ol style="list-style-type: none">1. Protocolo de Londres2. Investigación en la Cultura de Seguridad del Paciente3. Post Test	<p>Plantea la siguiente pregunta</p> <p>Que herramientas necesitamos para iniciar un estudio sobre incidentes y/o eventos adversos?</p> <p>Investigación –Acción ò investigación tradicional?</p> <p>Con qué temporalidad debemos realizar una medición de Cultura de Seguridad del Paciente?</p>	Dra. Mascaro

ANEXO 7

Artículo Científico

Título: Efecto de un taller de seguridad del paciente en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la DIRIS Lima norte, 2017.

Autora: Br. Elda Angela García Chávez

Correo electrónico: angelitagarcia27@hotmail.com

Resumen: El Objetivo del estudio fue determinar el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS LN, 2017. La metodología la investigación se presentó bajo el enfoque cuantitativo, de tipo aplicada con método hipotético deductivo y de diseño pre-experimental con corte longitudinal. La población estuvo conformada por 20 trabajadores del área asistencial pertenecientes a los Comités de Seguridad del Paciente de los Centros Maternos Infantiles de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, con muestra no probabilística por conveniencia. El instrumento que se aplicó fue el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), el mismo que fue validado por juicio de expertos con un alfa de Crombach de 0.95. El instrumento se aplicó antes y al término de la ejecución del taller, el cual contó con 10 sesiones de aprendizaje. Los resultados fueron: El taller de seguridad del paciente tuvo en la medición de Pre test mayoritariamente la ubicación del personal fue Neutral (80%) con una tendencia hacia lo positivo con (15%). En el Post Test la mayor frecuencia se ubicó en la categoría Neutral (50%) y en la positiva (50%). La conclusión fue que el taller de seguridad del paciente tuvo un efecto significativo en la cultura de la DIRIS LN. **Palabras clave:** seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente y taller.

Abstract: The study objective was determining the effect of a workshop on Patient Safety Patient Safety Culture health personnel of DIRIS LN, 2017. The methodology research was presented under the quantitative approach applied method type deductive and pre-experimental design with longitudinal section hypothetical. The population consisted of 20 workers belonging to the area health care Patient Comites de Seguridad de los Centros Maternos Infantiles de las Redes Integradas

de Salud Lima Norte, with no probabilistic convenience sample. The instrument applied was the Questionnaire on Patient Safety, Spanish version of the Hospital Survey on Patient Safety of the Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), the same as was validated by expert judgment with a Cronbach alpha of 0.95. The instrument was applied before and at end of the execution of the workshop, which was attended con 10 learning sessions. The results were: The patient safety workshop held in measuring pretest mostly staff the location was Neutral (80%) with a trend toward positive with (15%). Post Test in most often placed in category Neutral (50%) and positive (50%). So it came to the following conclusion: The patient safety workshop has significant effect on the culture of DIRIS LN.

Keywords: patient safety, patient safety culture and workshop.

Introducción:

Han transcurrido poco más de 17 años desde la publicación del informe: *“Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro”* (1999), el mismo que dimensionó el interés mundial por la Seguridad del Paciente, concluyendo que anualmente mueren entre 44.000 y 98.000 personas producto de las fallas o errores en las prestaciones de salud de los hospitales de Norteamérica. Vincent y Amalberti (2016) estimaron, que anualmente decenas de millones de personas padecen lesiones que incapacitan o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención no segura. Casi uno de cada 10 personas sufres daño alguno en la asistencia hospitalaria en los países desarrollados (p. 141). En el año 2004, la OMS reconoció a la Seguridad del Paciente como un aspecto prioritario y gravitante y puso en camino la Alianza Mundial de la Seguridad del Paciente, ubicando a la seguridad en el interés de la querella política, administradores en salud, profesional e incluso paciente.

El Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (Ibeas) 2009, fue el primer trabajo a gran escala en América Latina realizado en 58 hospitales de cinco países colaboradores como Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú, el cual estuvo bajo el liderazgo de sus respectivos Ministerios de Salud. El estudio reveló que la prevalencia de efectos adversos fue de 10%, encontrándose además que un poco más del 28% de estos terminaban en discapacidad y 6% en muerte. Un dato

importante fue que estimó que “Por cada 100 pacientes que ingresaban en un día determinado en algún hospital estudiado 10 habían sufrido daño a causa de la atención sanitaria” (p. 9).

En el Perú, a través de la Resolución Ministerial 676- 2006 del Ministerio de Salud se aprobó el Plan para la Seguridad del Paciente del 2006 - 2008 dando inicio a las acciones oportunas para la Seguridad del Paciente según el ámbito de intervención en los diferentes niveles de atención y luego a través de los Planes Nacionales de Gestión de la Calidad, donde Seguridad del Paciente se constituye como parte de componente Garantía y Mejoramiento (OMS, 2007).

Actualmente existe un mayor interés por parte de las administraciones en salud por la seguridad del paciente en la atención sanitaria. Según Cadillo y Vega (2016) refieren que dos situaciones que los motiva: el primero de ellos, dar respuesta a la abundancia de demandas judiciales a profesionales y servicios, o dar respuesta a los reclamos descritos en los Libro de Reclamaciones y el segundo, realizar políticas nacionales para mejorar la atención sanitaria haciéndola más segura. Los investigadores Singer et al. (2003) y Hellings et al. (2007) refieren la importancia de desarrollar estrategias de educación y capacitación en seguridad del paciente, sobre todo en la identificación y reporte de eventos adversos. Otros autores evidencian que el personal de salud no reporta los eventos adversos y además menciona que poco más de la tercera parte de los encuestados describen que cuando existe un error o equivocación y la misma no afecta al paciente éste, entonces el personal no lo reporta; en otro estudio se evidencia que los trabajadores de la salud en su actuar del día a día , no reportan eventos adversos de manera oportuna, por temor a las acciones punitivas en su contra que pueden venir de sus jefes inmediatos o gerentes. La Dirección de Redes Integradas Lima Norte, alberga establecimientos 1-2, 1-3 y 1-4, contando 11 Centros de Atención Materno Infantil. Las acciones para la seguridad del paciente se dieron con mayor énfasis durante el año 2016 poniendo en práctica las Rondas del Lavado de manos y Rondas de Seguridad y Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente, siendo un proceso de aprendizaje e intervención lento y poco alentador para la mejora continua. Se ha observado un escaso entrenamiento, desconocimiento o indiferencia del personal asistencial respecto a la Seguridad del Paciente, el mismo que genera reclamos por parte de los usuarios externos

expresando su malestar por la mala atención en salud o por la falta de identificación y notificación de eventos adversos lo que origina además que el problema sea repetitivo ya que no permite la superación del mismo.

Diversos estudios internacionales como el de Pozo y Padilla (2013) investigó la *Valoración de la cultura de seguridad del paciente en un área sanitaria*, puntualizó la periodicidad de actitudes y conductas positivas en relación a la seguridad del paciente (SP). El estudio cuantitativo fue de diseño descriptivo transversal y correlacional. La muestra aleatoria de 247 donde se aplicó el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). El estudio permitió la identificación de fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad en un ámbito sanitario.

Montes, *et al* (2015) España, realizaron un estudio sobre *Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud*, dieron a conocer los resultados del nivel de conocimiento de la cultura de seguridad. Se utilizó la encuesta HSOPS de la AHRQ, aplicado a 73 profesionales (médica, enfermera, auxiliar de enfermería, celadora y auxiliar administrativa). La nota promedio fue de 6,9 puntos. Se concluyó que los resultados eran parecidos a otros estudios desarrollados en España.

Bernalte, Orst y Marcia (2014) España, realizaron un estudio denominado *Apreciación de los licenciados de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad en un área quirúrgica*. La conclusión más apreciada sobre cultura de seguridad del paciente fue a nivel de unidad/servicio.

López, Puentes y Ramírez (2016) España, en su investigación llamada *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital estatal en del Ayuntamiento de Villeta de primer nivel de atención*, cuyo objetivo fue medir la percepción del personal en salud sobre la cultura de SP en un hospital de primer nivel a través de un estudio descriptivo de corte transversal. La encuesta (HSOPSC), fue el instrumento utilizado. Las derivaciones del estudio revelaron fortalezas como, el aprendizaje organizacional y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron la cultura no punitiva, las transferencias y transiciones, el personal, y el grado en que la comunicación es abierta. Las conclusiones fueron que el personal percibía como positivo el proceso de mejoramiento y soporte de la administración pero también

percibía que era señalado punitivamente al reportar algún incidente o evento adverso.

En el Perú, Martínez (2015) en su estudio *Cultura de seguridad del paciente, en licenciados en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo de la ciudad de Lima*. Se aplicó una encuesta que mide la seguridad del paciente, validado en el 2010 por *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*. Se concluyó que los elementos que establecen puntos frágiles priorizados fueron el grado de apertura de la comunicación e información al personal acerca de los errores en la unidad, el Personal: suficiente disponibilidad y acción y los inconvenientes en las traspasos de pacientes o permutaciones en el turno.

El Ministerio de Salud (2014) realizó un estudio llamado *Informe de Resultados de la Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente aplicada en el Hospital Santa Rosa*, en donde aplicó el Cuestionario (*HSOPSC*) de la (*AHRQ*) versión en español a 289 profesionales de la salud. El 62% considera la seguridad entre 8 y 10 en una escala del 1 al 10. El 85% ha notificado menor a 2 eventos adversos al año. Lo positivo descrito en la encuesta es que al menos el 1% ha notificado alrededor de 10 veces y entre 3 y 9% han notificado al menos entre 1 y 2 veces. Dentro de los resultados positivos, inciden las dimensiones «Trabajo grupal en las unidades/servicios» (77%) y «Acciones de la dirección/supervisión en la Unidad/Servicio que promueven la seguridad» (75%). 5. Acerca de las debilidades destacan «Soporte de la gerencia a la seguridad del paciente», con solo el 38% de respuestas con carácter positivo. «Cambios de Turno/Transición entre Servicios con un solo el 41% de carácter positivo», «Sinceridad en la comunicación» con solo un 41% de respuestas positivas, «Trabajo en equipo entre Unidades o Servicios», con solo el 41% de respuestas con carácter positivo, «Respuesta no Punible a los Errores» con un 43% de respuestas de forma negativo. Por último, la dimensión «Dotación de Recursos Humanos» supone sólo un 41% de respuestas de carácter positivo.

Después de sustentar con algunos estudios planteamos el **problema general** ¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS de Lima Norte, 2017?y **los problemas específicos** ¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente

en los resultados de seguridad del paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, lima 2017?, ¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la cultura de seguridad a nivel de la unidad de servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, lima 2017? y ¿Cuál es el efecto de un taller de Seguridad del Paciente en la cultura de seguridad a nivel hospitalario del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, lima 2017?.Se plantea como **objetivo general** Determinar el efecto de un taller en Seguridad en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, Lima 2017 y como **objetivos específicos** Determinar el efecto de un taller de Seguridad del paciente en los Resultados de Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, Lima 2017 , Determinar el efecto de un taller de Seguridad en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad de servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, Lima 2017 y Determinar el efecto de un taller de Seguridad en la Cultura a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, Lima 2017.Fue determinada la **hipótesis general** El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, Lima 2017 y **las hipótesis específicas** El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, Lima 2017, El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, Lima 2017 y El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, Lima 2017.

Método: Es de nivel Explicativo.El diseño fue experimental - pre experimental. Es de tipo aplicativo y corte longitudinal. La población de estudio fueron 20 profesionales de los Comités de Seguridad del Paciente de 5 Centros Maternos de la DIRIS LN, la muestra fue censal. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Para la recolección de los datos se usó el cuestionario que mide la Cultura de Seguridad del Paciente, el cual tiene 3 dimensiones con escala de Likert. La validez de los instrumentos se hizo por juicio de expertos.

Resultados:

Prueba de hipótesis general

Tabla 1.

Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la Red de Diris Lima Norte, 2017.

	POST TEST - PRE TEST
Z	-2,530 ^b
Sig. Asintót. (bilateral)	,011

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

Se observó que el valor de la significancia fue mayor que el nivel propuesto ($p=0,011 < 0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que el taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto significativo en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la Red de DIRIS Lima Norte, 2017.

Hipótesis específica 1:

Previamente, se propusieron las siguientes hipótesis de contraste:

H₀: El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto positivo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

H₁: El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Tabla 2.

Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de los resultados de la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

D1: POST TEST - D1: PRE TEST	
Z	-2.121
Sig. Asintót. (bilateral)	,0,34

- a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
b. Basado en los rangos negativos.

Se observó que el valor de la significancia fue mayor que el nivel propuesto ($p=0,034 < 0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Hipótesis específica 2:

Nuevamente, las siguientes hipótesis de contraste fueron las siguientes:

- H₀: El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.
- H₁: El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Tabla 3.

Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

D2: POST TEST - D2: PRE TEST	
Z	-,302 ^b
Sig. Asintót. (bilateral)	,763

- a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
b. Basado en los rangos positivos.

Se observó que el valor de la significancia fue mayor que el nivel propuesto

($p=0,763>0,05$) por lo que no hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Hipótesis específica 3:

Las hipótesis de contraste fueron las siguientes:

H₀:El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

H₁:El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

Tabla 4.

Prueba de contraste de las mediciones del Pre y Post test de la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

D3: POST TEST - D3: PRE TEST	
Z	-2,111 ^b
Sig. Asintót. (bilateral)	,035

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel propuesto ($p=0,035<0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula afirmando que El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

Discusión: En relación al objetivo General: Determinar el efecto de un taller de Seguridad del paciente en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la DIRIS LN 2017, los resultados descriptivos de la investigación muestran

que se observó que en el pre test las mayores frecuencias estuvieron en la categoría central denominada 'Neutral' (Ver Tabla 1 en Resultados). Lo interesante del tema es que cuando se hizo la toma de datos en Post test se equilibraron las frecuencias 'Neutral' y 'Positivo' en 50% cada una. Con este resultado, si bien no logró revertir –como se esperaba- el porcentaje hacia la tendencia positiva, si hubo una variabilidad ascendente producto de la intervención con el taller realizado en el proceso de ejecución de la tesis. A pesar de no constituir un resultado previsto como objetivos de la tesis, los descriptivos obtenidos permitieron aproximar los resultados inferenciales que se detallaron como parte del contraste de hipótesis, constituyendo parte importante de los hallazgos, como lo reflejó Montes, Alonso, Jiménez, Lopera, Chamizo, y Bejarano, (2015) cuando hizo una descripción de la cultura de seguridad del paciente peor valorada fue “Dotación de recursos humanos y lo sugiere el Ministerio de Salud (2014) en su Informe de Resultados de la Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Santa Rosa.

Conclusiones:

Primera: El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo ($p=0,011<0,05$) en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la Red de DIRIS Lima Norte, 2017.

Segunda:El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo ($p=0,034<0,05$) en los Resultados de la Cultura de Seguridad del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Tercera:El taller de Seguridad del Paciente no tiene un efecto positivo en la Cultura de Seguridad a nivel de la unidad del servicio del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017.

Cuarta:El taller de Seguridad del Paciente tiene un efecto positivo ($p=0,035<0,05$) en la Cultura de Seguridad a nivel de todo el hospital del personal de salud de la DIRIS Lima Norte 2017.

Recomendaciones:

Primero: Se recomienda a la alta dirección de la DIRIS Lima Norte implementar estrategias para la detección e identificación de riesgos potenciales (EA), formulación de planes de mejora y seguimiento de los mismos sin temor a ser objeto de señalamiento punitivo que genere respuestas de miedo en el personal

asistencial sino de oportunidad de cambiar y mejorar.

Segundo: Se recomienda a la alta dirección de la DIRIS Lima Norte, en especial a la Coordinación de Gestión de la Calidad diseñar políticas institucionales que fortalezcan las competencias de los Comités de Seguridad del Paciente en las IPRESS I-4 como son los Centros Maternos Infantiles, ya que la Cultura de Seguridad del Paciente se incrementa a través de procesos continuos de aprendizajes implementados adecuadamente y liderados por Comités de Seguridad del Paciente idóneos referentes de Calidad.

Tercero : Se recomienda a la alta dirección de la DIRIS Lima Norte, en especial a la Coordinación de Gestión de la Calidad implementar un plan anual de fortalecimiento de capacidades sostenido dirigido a los Comités de Seguridad del Paciente con cursos y/o talleres de Seguridad del Paciente como plataforma estratégica institucional, no sólo en temas referidos a la Seguridad del Paciente propiamente dicho sino también referidos a la Cultura Organizacional con la finalidad de contribuir a una Cultura de Seguridad del Paciente positiva.

Cuarto : Se recomienda a la alta dirección de la DIRIS Lima Norte y a la coordinación de Gestión de la Calidad realizar la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente en los Centros Maternos Infantiles de la jurisdicción de manera sistemática, al inicio como línea base y luego anualmente con la finalidad de monitorizar el cambio de una manera eficiente.

Quinto : Se recomienda a los Comités de Seguridad del Paciente tener un mayor protagonismo en referencia a la notificación de Eventos Adversos, teniendo en cuenta la teoría basada en el sistema y no en las personas. Contar la capacidad de involucrar a todo el personal asistencial para que asuman sus responsabilidades de manera oportuna y eficiente así como promover una cultura de mejora continua.

Referencias bibliográficas

Astier-Peña, M. P., Torijano-Casalengua, M. L., & Olivera-Cañadas, G. (2016). Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 48(1), 3-7.

Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (2008) *Avances en la seguridad del paciente: nuevas direcciones y enfoques alternativos*. Rockville (MD)

- Barajas, E. R., González, O. S., & Vera, W. T. (2007). *Seguridad del paciente hospitalizado*. Ed. Médica Panamericana.
- Basto, P., Asmeth, E., y Sierra Pabon, B. Y. (2015). *Recolección y análisis de la información del proyecto "Cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Instituto de salud de Bucaramanga"*.
- Bernalte-Martí, V., Orts-Cortés, M. y Maciá-Soler, L. (2014). *Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica*. *Enfermería Clínica*, 25(2), 64-72.
- Cadillo, L y Vega N. (2016) *Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de los servicios de urgencias*. Tesis para obtener el grado de maestras en enfermería. Lima: Universidad Nolbert Wiener.
- Chuquitapa, M., & Lucy, V. (2016). *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo*. Lima 2015.
- Espinoza Ramos, Y. I. (2016). *Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería en el hospital regional hermilio valdizán medrado de huánuco 2014*
- Fajardo-Dolci, G., Lamy, P., Suárez, J. R., Domínguez, M. A. F., Morales, J. J. L., Torres, F. H., & Varela, J. S. (2016). *Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud*. *Revista CONAMED*, 15 (1).
- Ferreira A, Fort Z y Chiminelli V (2014) *Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional*. *Contexto Enferm*, Florianopolis 24 (2): 310-315. Internet (consultado el 12 de febrero de 2018) Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/es_0104-0707-tce-24-02-00310.pdf
- Gaba D, Liang B, Woods D, Blum L.(2000) *The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety*. *MedGenMed* 2:E38.
- Giménez T, Hernández I, Aibar-Remón C, Gutierrez I y Febrel-Bordeje M. (2017) *Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un*

servicio de salud. Internet (Consultado 11 de marzo de 2018). *Gac Sanit* 31 (5) 423 -426.

Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., y Soto Gámez, A. (2011). *Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y enfermería*, 17(3), 97-111

Hellings J, Zarcone J, Reese R, Valdovinos M, Marquis J, Fleming K y Schroeder S. (2006) A Crossover study of risperidone in children, adolescents and adults with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental disorders* 36(3): 401-411.

Leape L, Berwick D, Clancy C, Gluck PA, Guest J, Lawrence D, (2010) *Unmet needs: teaching physicians to provide safe patient care*. Boston (MA): National Patient Safety Foundation

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN

PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Yo, Elda Angela García Chávez, estudiante (x), egresado (), docente (), del Programa. MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI 10090028, con el artículo titulado

“Efecto de un taller de seguridad del paciente en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la DIRIS Lima Norte, 2017”

Declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría compartida con los coautores Dra. de Jesús Campana Añasco.
- 2) El artículo no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima 29 de marzo de 2018

Elda Angela García Chávez



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Escuela de Posgrado

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

GARCIA CHÁVEZ, ELDA ANGELO

INFORME TITULADO:

Efecto de un taller de seguridad del paciente en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Dires Lima Norte, 2017

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

SUSTENTADO EN FECHA: 03 de Mayo del 2018

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por mayoría



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Teresa Campana Añasco , docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada "Programa "EFECTO DE UN TALLER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE SALUD DE LA DIRIS LIMA NORTE, 2017" del estudiante **Elda Angela García Chávez**, constató que la investigación tiene un índice de similitud de 25% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 17 de marzo del 2017




Teresa Campana Añasco

DNI:31035536



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Elda Angela GARCIA CHAVEZ
D.N.I. : 29560707
Domicilio : Jr. CHACAS 849 - Urb. Mercurio - Los Olivos
Teléfono : Fijo 5226039 Móvil 992374081
E-mail : anaditagarcia27@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : Maestría
Mención : Gestión de los Servicios de la Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

GARCIA CHAVEZ, Elda Angela

Título de la tesis:

Efecto de un taller de seguridad del paciente en la cultura
de seguridad del paciente del personal de salud de la DIES
Divisa Norte 2018
Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : 

Fecha : 9-11-18



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Efecto de un taller de seguridad del paciente en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la DIRIS

Lima Norte, 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Bach. Elda Angela García Chávez

ASESOR:

Dra. Teresa Campana Añasco

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las Prestaciones Asistenciales



Filtros y co

Filtros

Excluir citas

Excluir bibliografía

Excluir fuentes que ten

palabras

%

No excluir por tama

Configuración opcional

Resaltado multicolor

25



Aplicar cambios

