



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LA OPINION DE LAS
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALBERTO
SABOGAL - 2010”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADA POR

PISCONTE SUAREZ, MARÍA ELENA

ASESORA

Mg. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO

LIMA, PERU 2018

**“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LA OPINION DE
LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
ALBERTO SABOGAL - 2010”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal – 2010. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 60 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, organizado por las dimensiones: Factores intrínsecos, Factores Extrínsecos. la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,91,

CONCLUSIONES:

La opinión sobre la cultura de seguridad de los pacientes según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal,, en los Factores Intrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces el personal sanitario se apoya mutuamente, a veces, cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona no el problema, a veces el superior tienen en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, a veces después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad y de los Factores Extrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces se nos informa de los errores que se cometes, a veces el personal tiene miedo de hacer preguntas, tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.

PALABRAS CLAVES: *Cultura de seguridad del paciente, Factores intrínsecos, Factores Extrínsecos.*

ABSTRACT

La presente investigación tuvo como Objetivo: Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal – 2010. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 60 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, organizado por las dimensiones: Factores intrínsecos, Factores Extrínsecos. la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,91,

CONCLUSIONES:

La opinión sobre la cultura de seguridad de los pacientes según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal,, en los Factores Intrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces el personal sanitario se apoya mutuamente, a veces, cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona no el problema, a veces el superior tienen en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, a veces después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad y de los Factores Extrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces se nos informa de los errores que se cometes, a veces el personal tiene miedo de hacer preguntas, tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.

PALABRAS CLAVES: *Cultura de seguridad del paciente, Factores intrínsecos, Factores Extrínsecos.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	17
2.3. Definición de términos	34
2.4. Hipótesis	35
2.5. Variables	35
2.5.1. Definición conceptual de la variable	35
2.5.2. Definición operacional de la variable	35
2.5.3. Operacionalización de la variable	36

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	37
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	37
3.3. Población y muestra	38
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	39
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	40
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	41
CAPÍTULO V: DISCUSION	44
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La cultura de un equipo o de una organización está formada por el modelo de creencias, valores, actitudes, normas, asunciones tácitas y procedimientos arraigados, que influyen en la forma de actuar de las personas y de trabajar en conjunto. Es una muy poderosa fuerza, que permanece incluso cuando se cambian los equipos y se traslada al personal. ⁽¹⁾ No existe una definición aceptada universalmente de cultura de seguridad en asistencia sanitaria, ⁽²⁾ pero fundamentalmente es una cultura donde personas y equipos tienen una conciencia constante y activa del potencial de cuestiones que pueden fallar.

Actualmente en el Perú, la conciencia cada vez mayor de los derechos de los pacientes y la presencia de mecanismos para facilitar su expresión están poniendo en evidencia los eventos adversos en nuestra realidad, siendo los servicios de emergencia y materno-infantiles los que han mostrado mayor vulnerabilidad a los reclamos. Por lo tanto es necesario un abordaje sistémico para afrontar este problema y responder a las exigencias de nuestra población. ⁽³⁾

Por lo tanto, una cultura de seguridad ayudará a las organizaciones y prácticas de atención sanitaria a alcanzar mejoras en su agenda clínica. Una parte fundamental para alcanzar un buen gobierno clínico es reconocer que no siempre es posible alcanzar el resultado clínico perfecto y esas lecciones aprendidas son una parte importante y esencial de un programa continuo para la mejora de la calidad. ⁽⁴⁾

El propósito de la presente investigación es el de proporcionar información válida y confiable sobre la cultura de seguridad para el paciente por las autoridades de enfermería del servicio de emergencia del hospital, a fin de sensibilizarlos y motivar la elaboración de programas de actualización permanente en aspectos relacionados al mismo, con el fin de mejorar la atención que se brinda al usuario y la imagen de Enfermería en la sociedad.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad humana hace referencia a la protección y la salvaguarda a los derechos a la vida y a la integridad personal, tal como lo sostiene el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, ⁽⁵⁾ “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” ⁽⁶⁾

La seguridad del paciente es un tema prioritario para el sistema de salud al ser uno de los principales componentes de la calidad asistencial, teniendo como base ejercer medidas prácticas cuyo fin es el de eliminar y/o reducir al mínimo los eventos adversos resultantes de la atención sanitaria.

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, pero desde que en 1999 se publicó el libro « “To err is human: building a safer health system” (Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro)», en el cual se da a conocer cifras alarmantes: cada año mueren de

44,000 a 98.000 estadounidenses por errores en la atención médica;⁽⁷⁾ el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.

En la 55ava Asamblea Mundial de la Salud del 2002, se invita a Países Miembros a tomar medidas asociadas y encaminadas a mejorar la Seguridad del Paciente; relación que se concretó el 27 de octubre del 2004 al ser lanzada “La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente por la Organización Mundial de la Salud (OMS)”.⁽⁸⁾ El Perú, es uno de los Países Miembros comprometidos con esta resolución,⁽⁹⁾ incorporando en su diseño una fase de sensibilización sobre los eventos adversos en salud y sobre el uso de la norma técnica a favor de su reducción.

Para hablar de seguridad necesariamente debemos incluir el tema de la calidad ya que “No existe seguridad sin calidad, ni viceversa”, ya que en su conjunto garantizan las condiciones que un enfermo requiere para estar a resguardo de padecer nuevos problemas de salud, independientes del motivo que los condujo a buscar ayuda sanitaria.

El Perú al formar parte de esta alianza, debe adoptar medidas para la promoción de las practicas seguras en los servicios de salud que tiene como propósito primordial la prevención de infecciones nosocomiales y mejorar la calidad de atención brindada a los usuarios, incorporando en su quehacer las “Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente”,⁽¹⁰⁾ propuestas por la OMS en el 2007, dentro de éstas están incluidas el brindar un trato digno al paciente, fortalecer la relación paciente-equipo de salud, optimizar la administración de medicamentos y la practica segura de la higiene en los servicios de salud, con el fin de reducir los riesgos a los que los usuarios se ven expuestos.

Al ser la enfermería una profesión de raíces humanas, tiene como ideal moral velar por la protección, mejora y preservación de la dignidad humana, que se basa en una “práctica profesional competente y responsable con el fin de

lograr la satisfacción del usuario”⁽¹¹⁾ ,así como la del prestador del servicio de salud, más aún al estar ligada estrechamente con el rol asistencial y cuya prioridad es la de mejorar la calidad y brindar seguridad en el desempeño de sus actividades cotidianas, acorde a los avances científicos para la satisfacción de sus necesidades. Por tal deben desarrollar una cultura de calidad, involucrarse e incorporarse a los nuevos programas con una actitud pro-activa, basadas en una atención oportuna, personalizada, continua y eficiente; fortaleciendo de esta manera el sistema de salud.

En nuestro país, el organismo responsable de la elaboración y difusión del Documento Técnico: “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008”; ⁽¹²⁾, es el Ministerio de Salud; bajo la dirección del Departamento de Garantía de la Calidad en Salud; cuyo propósito es fortalecer los servicios de salud como lugares cada vez más seguros para la atención de los pacientes.

Dentro de los nuevos programas de garantía de calidad, el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente, no debe ser visto como un nuevo enfoque, si no como una responsabilidad profesional implícito en el acto del cuidado, ya que ello incluye desde el mejoramiento de acciones cotidianas como los cuidados de enfermería, el clima laboral; hasta la investigación de eventos adversos para encontrarles solución, así como la difusión de sus resultados. Si bien el Perú, toma parte en la lucha por la Seguridad del Paciente, y la conciencia por los derechos de éstos es cada vez mayor, en la actualidad se están poniendo en evidencia los eventos adversos durante la práctica clínica, lo que hacer deducir que en algo está fallando en nuestro sistema de salud, errores, que si bien no son provocados, podrían ser evitados con la practica segura en los servicios de salud y desarrollando una cultura de seguridad en los cuidados brindados por el personal de salud. Esto debido a que los profesionales de la salud, se encuentran en ocasiones sometidos a presiones, cargas excesivas de trabajo, instrucciones mal comprendidas, falta de liderazgo, inadecuado clima laboral, entre otros motivos, que

generan resultados no deseados en la salud de los pacientes, y también en la de ellos mismos.

Durante el desempeño de mis prácticas clínicas he podido observar en los diferentes centros hospitalarios deficiencias durante la atención al paciente que se hacen evidentes no sólo a través de los comentarios que éstos refieren, como lo son: “la atención no es buena en este hospital”, “el médico no me atendió bien”, “la enfermera no tiene paciencia”, “deberían acordarse de que estudiaron para atender personas”; así mismo escuchar a pacientes dentro de los servicios quejándose: “señorita, puede venir.....”, “no aguanto el dolor, alguien me podría dar algo...por favor....”, “necesito ayuda, alguien puede venir”; por citar algunos. De la misma forma cabe recalcar que a causa de la hospitalización prolongada se deriva la declinación irreversible del estado funcional, pudiendo dar como resultados complicaciones no relacionadas con el problema de admisión y producir una cascada de eventos adversos que pueden culminar con la disminución de la calidad de vida. Si a esto se le adicionan factores negativos que sobresalen al laborar bajo estrés ya sea por el cansancio, sobrecarga de trabajo, falta de recurso humano, falta de materiales, ocasionaran dificultades al momento de prestar atención y cuidados a los pacientes, tales como: no acudir oportunamente ante el llamado de los pacientes, falta de amabilidad con los pacientes, la falta de carisma para con ellos, entre otros.

Esta situación es la que me incentiva a investigar sobre la cultura de seguridad del paciente que poseen las enfermeras del servicio de emergencias del Hospital Alberto sabogal y lleva a formular la siguiente pregunta:

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal - 2010?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS:

¿Cuál es la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal - 2010, relacionado con la dimensión de factores intrínsecos?

¿Cuál es la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal - 2010, relacionado con la dimensión de factores extrínsecos?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal – 2010.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal - 2010, relacionado con la dimensión de factores intrínsecos

Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal - 2010, relacionado con la dimensión de factores extrínsecos

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La seguridad del paciente se ha convertido en un tema prioritario y de trascendencia mundial; debido a los a que en nuestra realidad se hacen evidentes reclamos originados por la mala praxis en los diferentes sistemas de salud. En los últimos años, tiene como objetivo principal optimizar la atención y brindar una mejor calidad de cuidados al paciente; haciendo uso, no sólo las bases teóricas-científicas sino, tomando mayor énfasis en el aspecto ético-moral, aportando calidez humana con el propósito de no transgredir sus derechos y favoreciendo de esta manera a la satisfacción de sus necesidades básicas, proporcionándoles seguridad y confianza durante su estadía en el centro hospitalario.

El proyecto de investigación es de suma importancia, ya que permite realizar un análisis crítico de la realidad en el ambiente laboral hospitalario, que busca alternativas de solución para contribuir al desarrollo de programas, estrategias y políticas que puedan afrontar esta problemática, tomando en cuenta que existe un alto índice de insatisfacción y bajo desempeño de los profesionales inmersos en la salud, considerando que el mayor porcentaje de personal que labora en un centro hospitalario está compuesto por enfermeras y técnicas. Esta investigación será de gran aporte a los profesionales de enfermería, ya que ellos son quienes proporcionan información, ejecutan y promueven las campañas de prevención y cuidado de la salud.

Este proyecto de investigación se realiza con la finalidad de contribuir al bienestar familiar, social y gubernamental de nuestro país, inspirando a otros

para lograr una réplica a nivel nacional, esta información también podrá ser considerada para contrastar datos en futuros proyectos de investigación para alumnos de enfermería, profesionales del sector salud y autoridades de las localidades, etc. Además beneficiara a los directivos y coordinación del Hospital en la toma de decisiones y solución de la problemática permitiendo un crecimiento y desarrollo del potencial humano, incrementando la satisfacción de los usuarios y un mejor de desempeño laboral de todos los colaboradores.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

- Poco tiempo para aplicar el cuestionario, ya que en algunos casos no disponían de tiempo para realizar las encuestas.
- La distancia desde mi centro laboral hasta el lugar de la investigación.
- La falta de cooperación de algunos colegas de enfermería.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

ATARRIBAS BOLSA, Elena; DIAZ ALVAREZ, Carmen Luisa; ESCOBAR AGUILAR. Gema; FERRUS ESTOPA, Lena; GARCES GARCIA; Rosa; GARCIA PEREZ, Cesar; GARRIDO BARTOLOME, Ángela; GONZALEZ RUIZ, Jose Miguel; GONZALEZ SANCHEZ, Jesús; GONZALEZ GUTIERRES – SOLANA, Rosa; Realizaron la investigación titulada “Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS”, España - 2008, El objetivo principal de esta investigación es Evaluar si la práctica de cuidados basada en niveles de calidad, según un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales basado en el EFQM (Seneca 100), se relaciona con una mejora en la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud; Como método se procedió de la siguiente manera, en primer lugar se realizó una revisión bibliográfica relacionada con la

seguridad del paciente, con objeto de conocer todas las evidencias disponibles relacionadas con elementos que garantizan la seguridad de los cuidados de los pacientes en los hospitales. En segundo lugar, se realizó un estudio basado en técnicas de investigación cualitativa, concretamente la técnica de Grupo Nominal (tGN) 22, mediante la participación de diferentes profesionales, gestores y pacientes, buscando consenso sobre los estándares/indicadores de seguridad de pacientes más representativos en relación con los cuidados de enfermería, tomando como base los 9 elementos del modelo EFQM. participaron 170 informantes clave (incluidos los 20 investigadores) divididos en 104 profesionales clínicos, 18 gestores de todas las áreas, 18 pacientes y/o personas de movimientos asociativos y 10 profesionales de otras áreas (políticos, periodistas, empresarios, proveedores, etc.). Esta participación de informantes fue considerada conveniente al objeto de estudio y suficiente para recoger la información necesaria. Se constituyeron 20 grupos de trabajo formados por 6-8 personas incluyendo el grupo formado por los propios investigadores y las asociaciones de pacientes. Las reuniones se celebraron durante los meses de Febrero y Marzo de 2008 en diferentes ciudades del país. En la tabla 1 se muestra una información detallada de la composición de los grupos de trabajo según el criterio del EFQM designado. Los resultados fueron los siguientes: aunque no es el objetivo fundamental del proyecto en la fase de ejecución en la que se encuentra, vamos a realizar una breve discusión de los aspectos más destacados en relación con los resultados del pilotaje del modelo en cinco hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. En relación con los estándares de liderazgo, se observa un alto cumplimiento en la mayoría de ellos. Sin embargo, se destacan deficiencias relacionadas con la comunicación a los pacientes y familias, la política de seguridad del centro y la falta de reconocimiento de los líderes hacia los

profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes. En el criterio de política y Estrategia se ponen de manifiesto incumplimientos de los estándares relacionados con la identificación de expectativas y necesidades de los grupos de interés en relación con la seguridad de los pacientes, la inclusión de los indicadores de riesgo en el cuadro de mando del hospital y la difusión de la propia política de calidad de la organización. En relación con el criterio de personas, salvo alguna excepción y como puede comprobarse en la tabla 9, la mayoría de los estándares no se cumplen o la percepción sobre ellos puede ser ampliamente mejorada. Sobre las alianzas y recursos, los resultados sobre el cumplimiento de estándares, tampoco son muy positivos. Salvo el estándar que hace referencia al mobiliario de seguridad que se cumple en más de la mitad de los centros estudiados, los demás estándares presentan un nivel de cumplimiento o de percepción de cumplimiento muy mejorables. El criterio de procesos o lo que es lo mismo, tener implantados una serie de protocolos o procedimientos relacionados con la seguridad de los cuidados de los pacientes, en términos generales, su nivel de cumplimiento es alto. Destacan que los procesos que hacen referencia a la implantación de un sistema de notificación de eventos adversos y el de disponer de un protocolo de cuidados paliativos, no se cumplen en ninguno de los cinco hospitales. De cualquiera de las formas, en el modelo definitivo se aclara que, para cumplir con el estándar y que se considere que está implantado, se deben dar dos condiciones, una que se disponga del protocolo y dos que se dispongan de datos sobre la evaluación de su efectividad. Estos aspectos que han sido aclarados a raíz del pilotaje, pueden hacer que los niveles de cumplimiento sean menores. En relación con la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los cuidados en el hospital, en términos generales es muy buena y los pacientes encuestados valoran positivamente la mayoría de los indicadores. En

concreto, la percepción sobre la accesibilidad física y la seguridad de entornos y lugares en los hospitales, más del 90 % los considera buenos o muy buenos. Igualmente, la seguridad con la que se realizan los traslados, es percibida como buena o muy buena en un 96.8 % de los pacientes encuestados en los cinco hospitales. Es destacable la valoración altamente positiva sobre el trato y la amabilidad con la que los profesionales atienden a los pacientes. El 98.1% de los pacientes la consideran buena o muy buena. Con datos positivos pero con valoraciones menos altas, aparecen los aspectos relacionados con la información sobre el tratamiento farmacológico. El 67.2 % afirman que la información es adecuada. La pregunta que hace referencia a la participación del paciente en la toma de decisiones es la peor valorada. El 32.8 % de los pacientes afirman que nunca o casi nunca le ofrecieron la posibilidad de participar. Por el contrario y en términos generales, la percepción de los profesionales sobre la seguridad de los pacientes en los centros sanitarios no es bien valorada. A la pregunta sobre si han realizado formación en materias de seguridad de pacientes en el último año, el 70.2% de los profesionales contestan negativamente. En lo que respecta a disponer de un plan de acogida para profesionales de nueva incorporación, que contemple aspectos de seguridad, la respuesta es igualmente negativa en un 60.5% de los profesionales de los cinco hospitales estudiados. En los ítems que hacen referencias a la participación en objetivos de seguridad y disposición de canales de comunicación, más del cincuenta por ciento de los profesionales contestan que no. La satisfacción de los profesionales con la formación en materia de seguridad está dividida, la mitad de los profesionales encuestados la consideran adecuada y la otra mitad inadecuada. Igualmente, las cargas de trabajo son consideradas excesivas o muy excesivas en más de un 75% de los profesionales por el contrario, la participación en objetivos de seguridad y el pacto

de objetivos con los profesionales, se considera positivo en más de un 80% de los profesionales encuestados. Los indicadores del criterio 8 que hacen referencia a resultados en la sociedad, tampoco obtienen unos datos positivos. Destacan la poca participación de profesionales externos en las comisiones relacionadas con temas de seguridad y la falta de procedimientos para disminuir el impacto medioambiental de los hospitales. Con respecto a los indicadores de resultados clave, algunos de ellos no pudieron ser medidos porque no estaban correctamente definidos, estos son los casos, del indicador de eventos adversos relacionados con los cuidados (rc 01), pacientes con efectos adversos por contención física (rc 05). Estos aspectos han sido subsanados y corregidos en el modelo definitivo. Otros indicadores que hacen referencia a pacientes con efectos adversos por la medicación (rc 11), pacientes con fármacos de obligada supervisión (rc 12), pacientes que desarrollan desnutrición (rc 13), pacientes con deterioro cognitivo sin patología al ingreso (rc 18) no pudieron ser medidos ya que no se disponían datos en el hospital y la evaluación de las historias clínicas tampoco los puso de manifiesto. En relación con el indicador (rc 02) que hace referencia a la percepción de dolor por parte del paciente, fue llamativo que si el indicador fue testado directamente preguntándole al paciente los niveles eran superiores al 20%. Sin embargo, si el dato de indicador era el recogido por el propio hospital los datos eran inferiores al 5%. En relación al indicador (rc 04) de pacientes que desarrollaron lesiones por presión, la tasa oscilaba entre el 1-3.6%. Por último, los pacientes que desarrollaban infecciones nosocomiales durante su ingreso oscilaban entre el 3-8%. Como consecuencia de las mediciones de los resultados clave, se procedió como hemos comentado, a una redefinición de términos en algunos casos e incluso a la retirada del modelo de un indicador, aquel que hacía referencia a pacientes que mueren sin compañía familiar. Esta

retirada fue debida a dos cosas; por una lado la dificultad para disponer del dato y que la ausencia de familia en el momento de la muerte es más debido a un proceso social que a un problema de seguridad de los pacientes. En general, y aunque el objetivo de esta publicación es dar a conocer el modelo de seguridad de cuidados elaborado, podemos concluir que la mayoría de los estándares e indicadores de seguridad propuestos, tienen espacios para la mejora en los hospitales y seguro que su estudio, en una muestra representativa de centros del país (objetivo principal de la tercera fase de este proyecto) así lo pondrá de manifiesto. Deseamos que el modelo propuesto y la herramienta diseñada para su evaluación, permitan a los profesionales identificar situaciones susceptibles de ser mejoradas y por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes en los hospitales. Este es sin duda el objetivo final que ha guiado este trabajo.⁽¹³⁾

GOMEZ RAMIREZ, Olga; ARENAS GUTIERREZ, Wendy; GONZALEZ VEGA, Lizeth; GARZON SALAMANCA, Jennifer; MATEUS GALEANO, Erika; SOTO GAMEZ, Amparo; Realizaron un estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá”, Colombia - 2010, La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. Este estudio describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá, Colombia. Método: Estudio descriptivo, transversal, exploratorio realizado durante el 2009. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los

requisitos de inclusión planteados. La medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. El cuestionario fue auto administrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas. Resultados: La cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra. Conclusiones: Las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente. ⁽¹⁴⁾

ROQUETA EGEA, Fermi; TOMAS VECINA, Santiago; CHANOVAS BORRAS, Manel; Realizo un estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: Resultados de su evaluación en 30 Hospitales del Sistema Nacional de salud Español” España – 2009, 2010. Objetivos: 1) Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). 2) Averiguar si el nivel de cultura difiere del obtenido en estudios realizados a nivel general hospitalario. 3) Conocer las dimensiones valoradas negativamente y proponer estrategias de mejora. Método: Estudio descriptivo en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en los SUH utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano. La encuesta se realizó a profesionales de SUH, y fue administrada por

los alumnos de los cursos de instructores SEMES en seguridad del paciente realizados entre 2009 y 2010. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones sobre cultura de seguridad, así como la calificación de 0 a 10 otorgada a la seguridad del paciente en los SUH. Resultados: La encuesta se aplicó en 30 SUH de 13 comunidades autónomas y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad del paciente” con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron “Dotación de recursos humanos” y “Apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital” con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente. Un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas, que constituyen un referente para priorizar como aspectos susceptibles de mejora. Conclusiones: Los datos obtenidos en los SUH son similares a los de otros estudios realizados en nuestro país, con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud, aunque con unos porcentajes más bajos de respuestas positivas y más altos de respuestas negativas, así como con una nota media también más baja. Se sugieren acciones de mejora en estas áreas para incrementar el nivel de cultura de seguridad global de los SUH representados. ⁽¹⁵⁾

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

SHAPIAMA SANCHEZ, Cesar, Realizo un estudio titulado “Plan para la seguridad del paciente en Iquitos” Iquitos – 2007, 2008, El objetivo de reducir los eventos adversos en los usuarios del hospital de Iquitos Cesar Garayar García analizar, formular propuestas de mejora, socializar sus intervenciones e implementar algunas buenas prácticas para la seguridad del paciente involucrando al usuario en todo el proceso de mejora, el método que se utilizó fue aplicativa-descriptivo. La población estuvo conformada por todos los departamentos, servicios, oficinas, unidades y áreas del hospital de Iquitos Cesar Garayar García, la técnica que se utilizó fueron revisiones bibliográficas y la encuesta y el instrumento el cuestionario. Concluyendo que se deben “mejorar los mecanismos de atención y escucha del usuario en coordinación con los voluntarias del hospital Iquitos. Involucrar al paciente y sus familiares en el proceso de atención, socializar la atención recibida y que recibirá el paciente. Crear alianzas con la Defensoría del Pueblo, sociedad civil en cada región para incorporarlo en las acciones de mejora a la seguridad de la atención.” ⁽¹⁶⁾

ORE RODRIGUEZ, María del Rosario, Realizo el estudio titulado “Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico” Lima - 2010. El objetivo fue describir el saber y quehacer sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de áreas postquirúrgicas en un hospital de cuarto nivel de la ciudad Lima. El método fue descriptivo, de tipo cualitativo. La muestra estuvo conformada por 10 enfermeras de las áreas de cuidados postoperatorios inmediatos y mediatos de pacientes adultos. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a profundidad, con preguntas abiertas, basadas en las implicancias del

cuidado seguro. En los resultados, se develaron dos categorías: significado del cuidado seguro como concepto y el proceso del cuidado seguro, sobre las prácticas que se siguen para ofrecer un aseguramiento del paciente; a su vez emergieron sub-categorías para cada categoría. Respecto a la primera se identificaron: cuidado humanizado, la responsabilidad profesional, la protección integral, la preservación de la salud. A su vez para la segunda categoría se encontraron: la valoración de los riesgos intrínsecos del paciente, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la evaluación continua de acciones y la comunicación. Entre las consideraciones finales tenemos: “El cuidado seguro es un compromiso moral, ético, social y profesional de proteger y realzar la dignidad humana, teniendo como centro al paciente, con el objeto de preservar la salud.”⁽¹⁷⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CULTURA DE SEGURIDAD

La Cultura de Seguridad se ha convertido en un concepto clave para conocer el estado de madurez en Seguridad de las Organizaciones, así como las acciones necesarias para evolucionar hacia estados más maduros de Seguridad, y por tanto reducir los índices de siniestralidad. El término Cultura de Seguridad, dada por Uttal (1983)⁽¹⁸⁾ define Cultura como un sistema de valores compartidos (lo que es importante) y creencias (cómo funcionan las cosas), que interactúan con la gente, las estructuras y los sistemas de gestión de una organización para producir normas de comportamiento.⁽¹⁹⁾

Por su parte Cooper (2000) define la cultura de seguridad como el grado de esfuerzo con el que todos los miembros de una organización dirigen su atención, y sus acciones para mejorar la

seguridad en el día a día. ⁽²⁰⁾ Los modelos de Geller (2002) y de la Organización Internacional de Productores de Petróleo y Gas (OGP) establecen etapas o fases, para evaluar el nivel de madurez de la Cultura de Seguridad de cada organización. ⁽²¹⁾

A) Modelo de Cultura de Seguridad Total El modelo de la Cultura de Seguridad Total de Geller (2000), en la que participan e interactúan entre si tres factores dinámicos: Entorno, Persona y Comportamiento. Partiendo de estos tres factores, la Cultura de Seguridad de una Organización puede evolucionar a través de tres fases: Dependiente, Independiente e Interdependiente. ⁽²²⁾

1. Fase Dependiente: Se caracteriza por no realizar ningún esfuerzo más allá que el exigido por la legislación.
2. Fase Independiente, la organización entiende que el cumplir las leyes no es suficiente para evitar los accidentes laborales, por lo que intenta mejorar su seguridad más allá de lo que exijan las legislaciones, todos los miembros de la compañía se mentalizan acerca de su responsabilidad en materia de seguridad.
3. Fase Interdependiente, corresponde al escalón más alto, en ella sus miembros se preocupan activamente por el estado de seguridad propio y el de sus compañeros, realizando tareas más allá de las asociadas a su puesto de trabajo en aras de mejorar el nivel de seguridad de la compañía.

Características

Participación de los Trabajadores

1. Los procedimientos se realizan en los niveles de mando, y se exige su cumplimiento a los trabajadores.
2. Los trabajadores participan en la creación de procedimientos.

3. Los trabajadores deciden la forma más segura de realizar su trabajo.

Motivación para Trabajar con Seguridad

1. Trabajar de forma segura es una exigencia del contrato.
2. Se trabaja de forma segura por convicción propia.
3. Se trabaja de forma segura por compromiso con el equipo.

Metodología

1. Se penalizan las acciones inseguras.
2. Se incentivan las acciones seguras.
3. Se reconoce el trabajo seguro

Enfoque para Reducir Accidentes

1. Se buscan culpables de los accidentes.
2. Se buscan las causas de los accidentes.
3. Se busca la Mejora Continua.

Política de Seguridad.

1. La Seguridad es importante.
2. La Seguridad es una prioridad.
3. La Seguridad es uno de los valores de la compañía

B) Escalera de la cultura de seguridad

El modelo de la Escalera de la Cultura en Seguridad de la OGP (Hudson, 2007); se encuentran estratificados cinco niveles para la Cultura de Seguridad: Patológica, Reactiva, Calcularía, Proactiva y Generativa. Se genera progresivamente un aumento de la Información y por ende aumento de la Confianza. ⁽²³⁾

Generativa: La Seguridad es nuestra forma de trabajar.

Proactiva: El liderazgo en Seguridad nos conduce a la Mejora Continua. Calculativa: Tenemos un Sistema para Gestionar los Riesgos.

Reactiva: La Seguridad es importante, investigamos los accidentes.

Patológica: Ya nos preocuparemos si nos pillan.

Una de las características principales de estos modelos, es que al permitir identificar la fase de madurez en seguridad en la que se encuentran las organizaciones, se puede conocer cuál es la fase siguiente, y por tanto los pasos a dar para alcanzarla.

C) El Factor Humano

Según Reason (1997) los errores son esencialmente un problema de proceso de la información, por lo que su corrección requiere de un suministro de información de mejor calidad para la persona. ⁽²⁴⁾ Las infracciones por su parte, tienen sus orígenes en las motivaciones, las actitudes, los comportamientos del grupo y los factores culturales, por lo que las medidas para corregirlas han de dirigirse más hacia el corazón que hacia la cabeza.

D) Seguridad basada en el comportamiento

Esta línea de estudio entiende que las personas son entes libres, capaces de decidir su comportamiento en función de las influencias que reciben de su entorno. Según Geller (2000) un comportamiento es un acto que realizan las personas de manera natural, de tal forma que se pueda observar, que sea específico, y que sea objetivo. ⁽²⁵⁾

Skinner (1974) ⁽²⁶⁾ realizó uno de los aportes fundamentales a este campo, en sus estudios demostró que el comportamiento voluntario está motivado por las consecuencias que de él se desprenden. Como herramienta clave para entender y analizar los comportamientos, se

utiliza el modelo ABC (Antecedentes -Comportamiento - Consecuencias). Según este modelo los comportamientos son dirigidos por los antecedentes, y motivados por sus consecuencias.

El desarrollo de intervenciones para activar comportamientos seguros y desactivar los inseguros se basa en la aplicación del método científico al campo de trabajo de la Seguridad Basada en el Comportamiento. Geller (2000) define este proceso como (Definir-Observar-Intervenir-Comprobar):⁽²⁷⁾

1. Definir el campo de trabajo. Para ello se analizara cuales son aquellos comportamientos inseguros con potencialidad de crear un accidente o lesión, y cuáles son los comportamientos seguros que se desean.
2. Observar. Una vez definidos los comportamientos de trabajo, será necesario crear un sistema que permita su medición y observación.
3. Intervenir. Aplicación de las medidas diseñadas tras el análisis ABC.
4. Comprobar. Mediante el sistema de medida diseñado, se podrá comprobar la efectividad de las medidas propuestas.

2.2.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Según la OMS la seguridad del paciente está definida como la Ausencia, prevención y mejora de resultados adversos originados como consecuencia de la atención sanitaria.⁽²⁸⁾

-Profesional: Buenas prácticas - Institucional: Centros seguros - Político: Estrategia que promueve cambios en el SNS y en la sociedad. El MINSA, establece que la Seguridad del paciente está definida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.⁽²⁹⁾

La seguridad del paciente es un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud, maximizar la probabilidad de interceptación cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias.

Actualmente el MINSA, busca Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud, a través del Diagnóstico situacional de Cultura de Seguridad del Paciente Incorporarla en Misión, Visión y Valores de las instituciones Sistema de identificación, Registro, Notificación, Procesamiento y análisis de eventos adversos. En tanto se ha conformado del Comité Nacional de Calidad y Seguridad en Salud. Lanzando Campaña por la Calidad y Seguridad en la Atención: Manos limpias -Cirugía Segura, Infecciones Zero - Medicación Segura. Dándose la Aprobación de la Política Nacional de Calidad en salud Octava Política Gestión de riesgos. ⁽³⁰⁾

2.2.3 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

A) Definición

La cultura de la seguridad de una organización es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamientos individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión. ⁽³¹⁾
Es un Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca

continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención. ⁽³²⁾

B) Atributos

La Cultura de seguridad, presenta atributos de nivel superior que [los profesionales sanitarios] se esfuerzan por poner en práctica mediante la aplicación de sólidos sistemas de gestión de la seguridad. ⁽³³⁾

1. Una cultura en la que todos los trabajadores (lo que incluye al personal de primera línea, los médicos y los administradores) aceptan responsabilizarse de su propia seguridad y de la de sus compañeros de trabajo, los pacientes y los visitantes.
2. Que concede prioridad a la seguridad por encima de las metas financieras y operacionales.
3. Que fomenta y recompensa la identificación, la comunicación y la resolución de los problemas de seguridad.
4. Que pone los medios para que las organizaciones aprendan de los accidentes.
5. Que proporciona los recursos, la estructura y la transparencia adecuados para mantener unos sistemas de seguridad eficaces.

C) Componentes Las organizaciones con culturas de la seguridad eficaces comparten un compromiso constante con la seguridad como prioridad del máximo nivel que impregna toda la organización. Los componentes más destacados son: ⁽³⁴⁾

1. El reconocimiento de que las actividades de una organización son de alto riesgo y propensas a los errores.

2. Un entorno que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar errores o cuasi incidentes sin ser castigados.
3. una expectativa de colaboración entre estamentos profesionales para buscar soluciones a las vulnerabilidades.
4. una voluntad por parte de la organización de asignar recursos a la corrección de los problemas de seguridad.

D) Características de una cultura de la seguridad – Conciencia de que las cosas pueden ir mal. ⁽³⁵⁾

- Capaz de reconocer errores, aprender de ellos, actuar para mejorar las cosas.
- Abierta e imparcial (justa) para compartir información abiertamente y para tratar al profesional en eventos adversos (Esto es crítico tanto para paciente como para quien le cuida o trata).
- Basada en un enfoque al sistema: las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.
- Abordar qué fue mal en el sistema ayuda a aprender lecciones y prevenir su recurrencia.
- Está presente cuando: atiende a paciente + fija objetivos + desempeña procedimientos / procesos + compra productos + rediseña...
- Afecta a misión, visión y objetivos de la organización.
- Seguridad del paciente debe ser parte de la Estrategia, Misión, Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar.

E) Beneficios de una cultura de la seguridad ⁽³⁶⁾

- Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.
- Transición desde Análisis de Fallos
- Mejora Continua (dado que la perfección no es posible).

- El personal está informado de qué puede ir mal y qué ha ido mal (no rumor / temor)
- reducir la recurrencia y severidad debido al aprendizaje.
- Daño / Impacto al paciente (prevención + comunicación).
- Personal con menos stress, culpabilidad, falta de confianza... al ocurrir menos eventos adversos.
- Tiempo de espera debido a menos retorno de pacientes ligados a errores. - Reducción de costes extra-tratamiento.
- Reducción de costes de recursos requeridos para gestionar quejas y reclamaciones.
- Reducción de costes sociales (bajas pacientes) y financieros (pagos por incapacidades).

F) Cultura abierta e imparcial (justa) ⁽³⁷⁾

- Abierta respecto a: hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos. Debe considerarse a los pacientes + personal + público cuando suceden eventos adversos y para explicar lecciones aprendidas.
- Justa en su trato y apoyo al personal cuando sucede un evento adverso. Disipa dos mitos: Perfección: «si se intenta algo con empeño, no habrá errores». Castigo: «castigando a quien comete errores, reducimos su número».
- Responsable de sus actos.
- Elementos necesarios.

Conocer la cultura actual antes de cambiarla. Potenciar el entendimiento de seguridad del paciente y explicitar beneficios.

Liderazgo que: Promueve aprender de seguridad del paciente eventos y potenciar su comunicación. Actúa gestionando riesgos proactivamente.

- Asegurar que eventos se tratan de forma imparcial y se aprende.
- Publicitar la gestión de eventos adversos.
- Dar feedback e informar a pacientes.
- Sin obviar elementos disciplinarios en eventos graves, se contará con un enfoque a sistema.

2.2.4 PASOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2004), con el permiso del NHS (Sistema Nacional de Salud del Reino Unido), ha publicado un documento denominado La Seguridad del Paciente en Siete Pasos que responde al objetivo de fomentar la información y formación de profesionales y pacientes para mejorar la seguridad de los pacientes que reciben asistencia sanitaria. ⁽³⁸⁾

En 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 intención de ofrecer a las organizaciones del NHS orientación práctica y apoyo 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. ⁽³⁹⁾

Los siete pasos señalados son los siguientes:

Paso 1 Desarrollar una cultura de seguridad.

Crear una cultura que sea abierta y justa. Una verdadera cultura de seguridad es aquella en la que cada persona de la organización reconoce sus responsabilidades con la seguridad del paciente y se esfuerza en mejorar la asistencia que proporciona; esto es la esencia del gobierno clínico. ⁽⁴⁰⁾

También es un reconocimiento de que sucederán errores e incidentes, y que la atención sanitaria entraña esos riesgos. La evidencia demuestra que si la cultura de una organización es consciente de la seguridad y las personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la seguridad del paciente y la atención al paciente se ven mejoradas.

Paso 2 Liderar y apoyar a su personal.

Establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización. Cumplir la agenda de seguridad del paciente requiere motivación y compromiso desde lo más alto de cada organización de atención primaria así como de líderes clínicos y directivos en todo el servicio, incluyendo médicos de medicina general y de odontología general. ⁽⁴¹⁾

Para mostrar que la seguridad es una prioridad y que la dirección de la organización está comprometida a mejorar, los líderes tienen que ser visibles y activos en liderar las mejoras de seguridad del paciente. El personal y los equipos deben 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.

Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar. La Gestión

integrada del riesgo significa que las lecciones aprendidas en un área de riesgo pueden ser rápidamente difundidas a otras áreas de riesgo. La integración y gestión de todo el riesgo ayudará a las organizaciones de atención primaria, incluyendo prácticas, a cumplir con sus objetivos de gobierno clínico, homologaciones de riesgo y requisitos ejecutivos de Sanidad y Seguridad. ⁽⁴²⁾

Paso 4 Promover la notificación.

Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional. Los incidentes en atención sanitaria se producen generalmente uno tras otro. El único modo de poder identificar el número total de incidentes es establecer un sistema de notificación. Es un requisito fundamental para mejorar la seguridad del paciente. Sin esta información, las organizaciones locales no pueden enfocar y asignar adecuadamente sus recursos para garantizar el cambio. ⁽⁴³⁾

Los factores que afectan al índice de notificación incluyen una 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.

Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes. Involucrar y comunicarse abiertamente con los pacientes, sus familiares, sus cuidadores y el público es esencial para mejorar la seguridad del paciente. Muchos pacientes son expertos en su propia enfermedad y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y concebir soluciones a problemas de seguridad del paciente. ⁽⁴⁴⁾

Los pacientes quieren estar involucrados como partícipes en su cuidado. El personal sanitario necesita incluir a los pacientes para alcanzar el diagnóstico correcto, decidir el tratamiento adecuado, tratar los riesgos, y asegurar la correcta administración, supervisión y cumplimiento del tratamiento. Ser abierto sobre lo que ha ocurrido y tratar el problema con rapidez, detalle y sensibilidad puede ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor los efectos posteriores cuando se han cometido fallos.

Paso 6 Aprender y compartir lecciones de seguridad.

Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y por qué suceden incidentes. Cuando sucede un incidente de seguridad del paciente la cuestión crucial no es “¿quién tiene la culpa del incidente?” sino “¿cómo y por qué ha ocurrido? Una de las cosas más importantes a cuestionar es “¿Qué nos está transmitiendo sobre el sistema en el que trabajamos?” Las causas raíz de los incidentes pueden encontrarse en una amplia mezcla de factores interconectados dentro del sistema, un sistema en que la universal e inevitable capacidad humana para cometer errores pueda haber sido dejada inadecuadamente sin control. ⁽⁴⁵⁾

Entender por qué ha ocurrido un incidente es una parte fundamental de la investigación, y fundamental para garantizar que no se repita el incidente. Solo aprendiendo de las causas subyacentes de un incidente podemos implantar nuevos métodos de trabajo para minimizar el riesgo de un daño futuro.

Paso 7 Implantar soluciones para prevenir el daño

Introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas. Las organizaciones de atención en salud necesitan comprender los factores contribuyentes subyacentes de

incidentes de seguridad del paciente de forma que, con el tiempo, los aprendizajes y experiencias en un área puedan ayudar e informar a muchos otros en cualquier lugar. Por otra parte sería necesario tomar las siguientes acciones: ⁽⁴⁶⁾

- ✚ Diseñar sistemas que faciliten a las personas realizar las cosas correctamente.
- ✚ Las soluciones basadas en barreras físicas son más sólidas que las basadas en el comportamiento o actuación humana.
- ✚ Asegurar que los cambios que se realizan han valorado el riesgo, han sido evaluados y son sostenibles a largo plazo.
- ✚ La mejor práctica desarrollada a nivel local puede ser compartida a nivel nacional por medio del Ministerio de salud, posibilitando que otras organizaciones de salud y servicios comunitarios puedan proyectar problemas fuera de sus sistemas y adoptar soluciones de seguridad acordadas.

2.2.5 ENFERMERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

La enfermería es una profesión humanista, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Sus fundamentos dan sustento a una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico-técnico. ⁽⁴⁷⁾

Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de la sociedad. Así, la calidad se ha convertido en un elemento esencial de los servicios de salud. Al implementarse una política de seguridad del paciente en

una organización se logran procesos de atención más seguros y se protege al paciente de riesgos que se pueden evitar o mitigar. La seguridad del paciente tiene un efecto multiplicador; una organización que vive un clima de seguridad al proporcionar la atención médica, tendrá personal motivado y orgulloso de pertenecer a ella y apropiado de conductas seguras. En este clima de seguridad para el paciente dentro de una organización con personal comprometido es fundamental el cumplimiento de dos condiciones muy importantes: la aceptación de la condición humana que comete errores y no es perfecta y la disposición para el cambio de conductas y actitudes. Solo si se cumplen estas condiciones, estaremos ante organizaciones de salud preparadas para el reto de atención segura.

(48)

Con la implementación de políticas de seguridad del paciente se busca la reforma de la atención para lograr calidad superior y eliminación o corrección de prácticas inseguras y poco económicas dentro de la organización. También busca que los pacientes y sus familias se involucren en la atención y participen activamente en ella, brindándoles información suficiente y participación en el proceso que los lleve hacia su recuperación.

2.2.6 TEORIA DE ENFERMERIA: MARTHA ROGERS

Teoria de los seres humanos Unitarios

Con la teoría de los Seres Humanos Unitarios, se ha logrado que la enfermería moderna tenga una visión más amplia de los seres humanos con su entorno y un Modo extrasensorial, sus actividades irán encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la Salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e

incapacitados. Para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, Grupo y entorno. ⁽⁴⁹⁾

El Objetivo del modelo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la consciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de Salud. "El hombre unitario y unidireccional" de Rogers.

Respecto a la Salud, Rogers la define como un valor establecido por la cultura de la persona, y por tanto sería un estado de «armonía» o bienestar; Así, el estado de Salud puede no ser ideal, pero constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto el potencial de máxima Salud es variable, basándose en su concepción del hombre.

El modelo teórico se apoyaba en el conjunto de suposiciones que describen el proceso vital del hombre, el cual se caracteriza por ser unitario, abierto y unidireccional. ⁽⁵⁰⁾

Esta teoría aporta a la investigación del presente proyecto, ya que uno de sus objetivos conocer la opinión sobre la cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal.

2.2.7 TEORIA DE ENFERMERIA: MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas y de la enfermería transcultural. Fue la primera enfermera profesional con preparación

universitaria en enfermería que obtuvo un doctorado en Antropología Cultural y Social. ⁽⁵¹⁾

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modo de conducta. El propósito de la teoría era describir las particularidades y las universalidades de los cuidados humanos según la visión del mundo, la estructura social y así poder descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada como se menciona.

El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosas, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural. La teoría de Leininger afirma que la cultura y el cuidado son medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y las prácticas enfermeras. ⁽⁵²⁾

Considerando lo mencionado, se relaciona esta teoría con el tema a investigar, ya que busca conocer la opinión sobre cultura de seguridad de paciente según las enfermeras, ya que ellas son quienes interactúan con los diversos pacientes del hospital y sus eventos adversos.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

CULTURA DE SEGURIDAD

Es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

EVENTO ADVERSO

Son lesiones, complicaciones, incidentes o resultados inesperados e indeseados en la salud del paciente, directamente asociados con la atención de la salud.

EVENTO CENTINELA

Actividad que ocasiona una muerte inesperada, herida física o psicológica grave o que conlleva el riesgo de causarlas. Su gran importancia radica en la oportunidad que ofrece detectar fallas en los sistemas de atención al paciente y corregirlos de inmediato.

QUASI FALLA O QUASI ERROR

Acontecimiento o situación que pudo haber dado como resultado un accidente, lesión o enfermedad, pero que no lo tuvo por una casualidad o por una intervención oportuna.

CALIDAD DE ATENCIÓN

Calidad de atención se define como el conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al

discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes.

2.4. HIPOTESIS

Hp. La cultura de seguridad para el paciente según la opinión de la enfermera del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal – 2010, es favorable.

Ho. Hp. La cultura de seguridad para el paciente según la opinión de la enfermera del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal – 2010, no es favorable.

2.5 VARIABLES

2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGUN OPINION DE LA ENFERMERA

Es la opinión o creencia común que tiene una colectividad respecto a determinado asunto; ésta no sólo se fundamenta en el grado de conocimiento sino en la participación como miembro del grupo social en el ambiente de la cultura sobre la seguridad de los pacientes siendo capaces de reconocer de sus errores, aprender de ellos y actuar para su rectificación.

2.5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGUN OPINION DE LA ENFERMERA

Es la opinión o creencia que refieren tener las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal, sobre las

creencias, valores, actitudes, normas y procedimientos arraigados que influyen en la forma de actuar de las personas y de trabajar en conjunto con el fin de identificar, evaluar, analizar y gestionar los riesgos e incidentes relativo a los pacientes, realizando una atención segura y minimizar el daño de los pacientes, esto dado a través de factores intrínsecos así como de los factores extrínsecos.

2.5.3 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Dimensiones	Indicadores
Cultura de seguridad del paciente según opinión de la enfermera	Factores intrínsecos	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de normas y protocolos. - Valores - Practicas seguras
	Factores extrínsecos	<ul style="list-style-type: none"> - Seguridad - Comunicación - Trabajo en equipo - Dotacion del personal

CAPITULO III:METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos, el presente estudio corresponde a una investigación aplicada ya que se concentra en estudiar y contribuir a la solución de un problema práctico e inmediato.

Siendo del tipo cuantitativo - descriptivo de corte transversal, ya que permite obtener información precisa sobre la variable a investigar, así como describirla sistemáticamente, para luego con los resultados obtenidos proceder a determinar e identificar la percepción de las enfermeras sobre la cultura para la seguridad del paciente tal como se encontró en la realidad en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

3.2 DESCRIPCION DEL AMBITO DE INVESTIGACION

El presente proyecto de investigación se lleva a cabo en la sede del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren (H.A.S.S), ubicado en Av. Guardia chalaca s/n en el distrito del Callao, es una institución de cuarto

nivel que pertenece a la Empresa de Seguridad Social (ESSALUD), brindando atención a asegurados.

El Hospital “José Alberto Sabogal”, cuenta con múltiples servicios, esto al pertenecer al cuarto nivel de atención dentro de los cuales están los servicios de Hospitalización, Especialidades Médicas , Consulta Externa, Neurocirugía, Centro Quirúrgico, Neonatología, Pediatría, Quimioterapia, Emergencia de Adultos y Pediátrico, Farmacia, Laboratorios, entre otros. El servicio de Emergencia de adultos del hospital José Alberto Sabogal tiene una capacidad de 80 personas, se encuentra a cargo de 4 médicos de turno especialistas en sus aéreas, así como de enfermeras(os) y técnicos en enfermería, y personal de mantenimiento. La incidencia y patologías son variables, tales como: Politraumatizados, TEC, ACV, IRAS, Crisis Hipertensivas, Emergencias obstétricas, entre otros.

El horario de atención en el centro hospitalario es de lunes a domingo durante las 24 horas del día en los siguientes turnos: de 7 a.m. – 7 p.m. (G.D.), 7 p.m. – 7 a.m. (G.N.), 7 a.m. – 1 p.m. (T.M.), 1 p.m. – 7 p.m. (T.T.).

3.3. POBLACION Y MUESTRA

La estimación cuantitativa de la población es un promedio de 60 enfermeras que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal de los cuales sólo participaron 30 enfermeras(os) siguiendo los criterios de inclusión y exclusión expuestos a continuación.

Criterios de inclusión:

- ✚ Enfermeras(os) del servicio de emergencia que laboren a nivel asistencial.
- ✚ Enfermeras(os) en condición de nombrados
- ✚ Enfermeras(os) que laboren en condición de contratados
- ✚ Enfermeras(os) con experiencia laboral > de 1 año.

- ✚ Enfermeras(os) que participen voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- ✚ Enfermeras(os) que laboren a nivel administrativo.
- ✚ Enfermeras(os) de reten o sustitución.
- ✚ Enfermeras(os) con experiencia laboral < de 1 año.
- ✚ Enfermeras(os) que no participen voluntariamente.
- ✚ Internas y Practicantes de enfermería.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La presente investigación se desarrolló con la Técnica de la Encuesta, con el objetivo de obtener información sobre la percepción y las actitudes del personal de enfermería sobre la Cultura para la Seguridad del Paciente se utilizó como instrumento; un formulario tipo cuestionario; el cual fue aplicado en forma personal a cada enfermera(o). La estructura del cuestionario constó de preguntas formuladas tanto positiva como negativamente, estructurándolo de la siguiente manera: introducción, instrucciones; con 28 preguntas de elección múltiple, que se agrupan en: 3 preguntas generales, 12 ítems (Preg1-12) relacionados a la dimensión factores intrínsecos; y 13 ítems (Preg12-22) relacionados al factor extrínsecos.

Se usó la Escala de Lickert con el objetivo de establecer la dirección de las opiniones de los profesionales de enfermería sobre la Cultura para la Seguridad del Paciente. La dirección de las actitudes se clasificó en actitud favorable, medianamente favorable y en desfavorable.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se realizará mediante el juicio de expertos, el cual estuvo conformado por profesionales que laboran en el área de emergencia, del área administrativa (supervisoras) y un estadístico. Los puntajes fueron sometidos a la Prueba Binomial, encontrándose que el grado de significancia no supere los valores establecidos para $p < 0.5$. Se obtuvo para p : 0.039, por lo que el instrumento es válido.

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante la aplicación de una prueba piloto de tamaño 10 y la aplicación de la fórmula estadística de Alfa de Cronbach, encontrándose que el grado de significancia supere los valores establecidos para $\alpha > 0.5$, por lo que el instrumento será confiable. Se obtuvo para $\alpha = 0.89$, por lo que el instrumento es confiable.

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

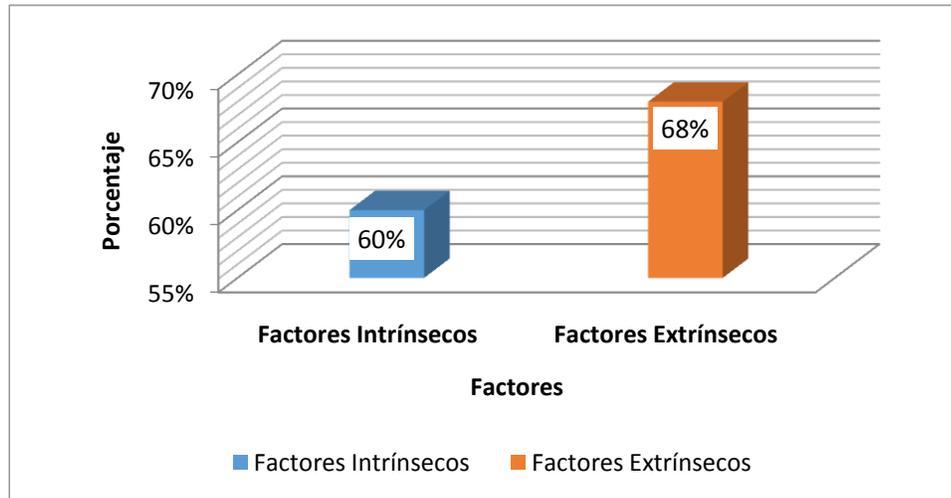
Para la recolección de datos se coordinó y realizó los trámites administrativos correspondientes con el Jefe del Hospital Jose Alberto Sabogal, mediante una carta de presentación de la autoridad máxima de la Escuela Profesional de Enfermería, posteriormente se determinó el día de la aplicación del instrumento, con el consentimiento informado se procede a dar las indicaciones y entregar los instrumentos. El tiempo que demandó resolver el cuestionario fue aproximadamente de 15 a 20 minutos.

El procesamiento de datos se realizó a través de una matriz de codificación sobre la base de códigos establecidos en el programa Microsoft Excel, mismos que fueron recodificados en tres categorías para un mejor análisis de las dimensiones; donde se invirtió la escala de preguntas formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis; siguiendo el siguiente esquema:

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

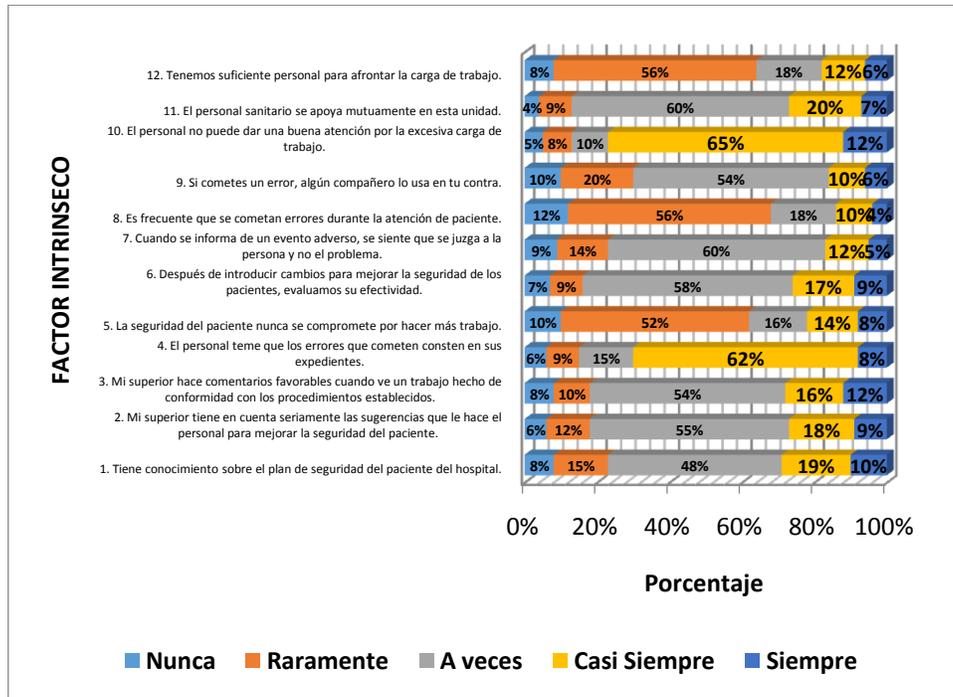
OPINIÓN SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL – 2010.



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 1, La opinión sobre la cultura de seguridad de los pacientes según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal,, en los Factores Intrínsecos fue del 68%, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces el personal sanitario se apoya mutuamente 60%, a veces, cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona no el problema 60%, a veces el superior tienen en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, a veces después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. 58%, y de los Factores Extrínsecos fue del 60%, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces se nos informa de los errores que se cometes 65%, a veces el personal tiene miedo de hacer preguntas 60%, tenemos problemas con la seguridad de los pacientes 54%.

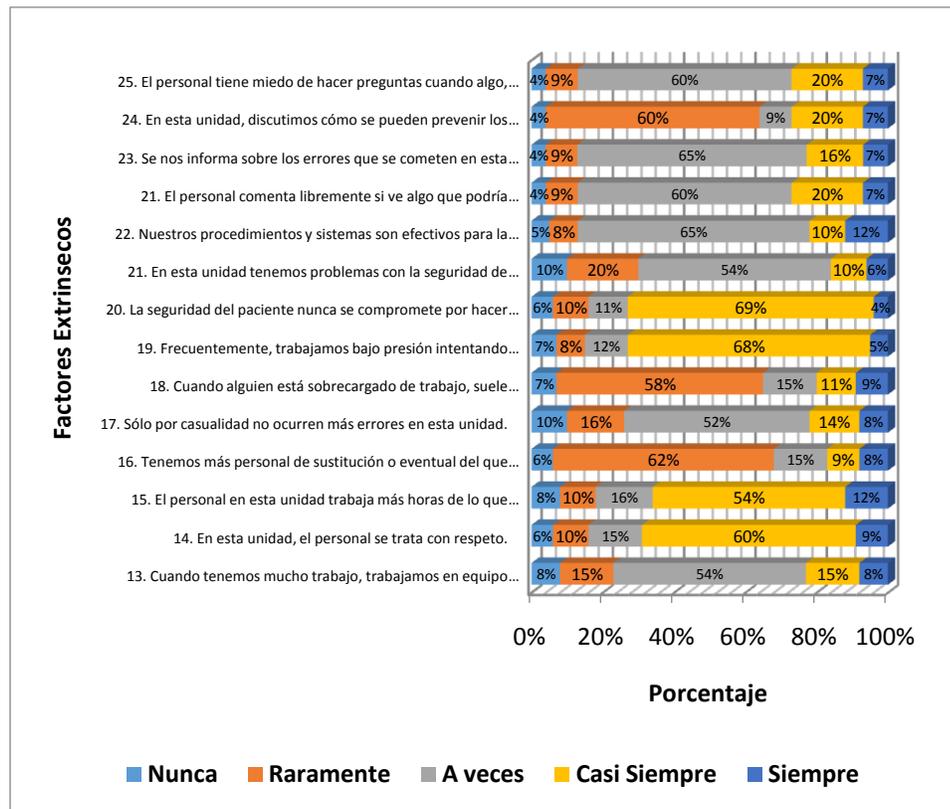
GRAFICA 2

OPINIÓN SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL - 2010, RELACIONADO CON LA DIMENSIÓN DE FACTORES INTRÍNSECOS



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 2, La opinión sobre cultura de seguridad del paciente, según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal, relacionado con la dimensión Factores Intrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces el personal sanitario se apoya mutuamente 60%, a veces, cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona no el problema 60%, a veces el superior tienen en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, a veces después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. 58%

GRAFICA 3
OPINIÓN SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LAS
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALBERTO
SABOGAL - 2010, RELACIONADO CON LA DIMENSIÓN DE FACTORES
EXTRÍNSECOS



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 3, La opinión sobre cultura de seguridad del paciente, según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal, relacionado con la dimensión Factores Extrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces se nos informa de los errores que se cometes 65%, a veces el personal tiene miedo de hacer preguntas 60%, tenemos problemas con la seguridad de los pacientes 54%.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

La opinión sobre la cultura de seguridad de los pacientes según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal,, en los Factores Intrínsecos fue del 68%, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces el personal sanitario se apoya mutuamente 60%, a veces, cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona no el problema 60%, a veces el superior tienen en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, a veces después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. 58%, y de los Factores Extrínsecos fue del 60%, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces se nos informa de los errores que se cometes 65%, a veces el personal tiene miedo de hacer preguntas 60%, tenemos problemas con la seguridad de los pacientes 54%. Coincidiendo con SHAPIAMA (2008), Concluyendo que se deben “mejorar los mecanismos de atención y escucha del usuario en coordinación con los voluntarias del hospital Iquitos. Involucrar al paciente y sus familiares en el proceso de atención, socializar la atención recibida y que recibirá el paciente. Crear alianzas con la Defensoría del Pueblo, sociedad civil en cada región para incorporarlo en las acciones de mejora a la seguridad de la atención.” Coincidiendo además con ATARRIBAS; DIAZ, ESCOBAR; FERRUS; GARCES; GARCIA; GARRIDO; GONZALEZ; GONZALEZ; GONZALEZ 2008, En general, y aunque el objetivo de esta publicación es dar a conocer el modelo de seguridad de cuidados elaborado, podemos concluir que la mayoría de los estándares e indicadores de seguridad propuestos, tienen espacios para la mejora en los hospitales y seguro que su estudio, en una muestra representativa de centros del país (objetivo principal de la tercera fase de este proyecto) así lo pondrá de manifiesto. Deseamos que el modelo propuesto y la herramienta diseñada para su evaluación, permitan a los profesionales identificar situaciones susceptibles de ser mejoras y por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes en los hospitales. Este es sin duda el objetivo final que ha guiado este trabajo.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

La opinión sobre cultura de seguridad del paciente, según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal, relacionado con la dimensión Factores Intrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces el personal sanitario se apoya mutuamente 60%, a veces, cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona no el problema 60%, a veces el superior tienen en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, a veces después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. 58%. Coincidiendo con ROQUETA EGEA, Fermi; TOMAS VECINA, Santiago; CHANOVAS BORRAS, Manel;(2010). Conclusiones: Los datos obtenidos en los SUH son similares a los de otros estudios realizados en nuestro país, con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud, aunque con unos porcentajes más bajos de respuestas positivas y más altos de respuestas negativas, así como con una nota media también más baja. Se sugieren acciones de mejora en estas áreas para incrementar el nivel de cultura de seguridad global de los SUH representados. Coincidiendo además con ORE (2010). En los resultados, se develaron dos categorías: significado del cuidado seguro como concepto y el proceso del cuidado seguro, sobre las prácticas que se siguen para ofrecer un aseguramiento del paciente; a su vez emergieron sub-categorías para cada categoría. Respecto a la primera se identificaron: cuidado humanizado, la responsabilidad profesional, la protección integral, la preservación de la salud. A su vez para la segunda categoría se encontraron: la valoración de los riesgos intrínsecos del paciente, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la evaluación continua de acciones y la comunicación. Entre las consideraciones finales tenemos: “El cuidado seguro es un compromiso moral, ético, social y profesional de proteger y realzar la dignidad humana, teniendo como centro al paciente, con el objeto de preservar la salud.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

La opinión sobre cultura de seguridad del paciente, según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal, relacionado con la dimensión Factores Extrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces se nos informa de los errores que se cometes 65%, a veces el personal tiene miedo de hacer preguntas 60%, tenemos problemas con la seguridad de los pacientes 54%. Coincidiendo con GOMEZ; ARENAS; GONZALEZ; GARZON; MATEUS; SOTO (2010), Resultados: La cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra. Conclusiones: Las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La opinión sobre la cultura de seguridad de los pacientes según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal,, en los Factores Intrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces el personal sanitario se apoya mutuamente, a veces, cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona no el problema, a veces el superior tienen en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, a veces después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad y de los Factores Extrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces se nos informa de los errores que se cometes, a veces el personal tiene miedo de hacer preguntas, tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.

SEGUNDO

La opinión sobre cultura de seguridad del paciente, según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal , relacionado con la dimensión Factores Intrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces el personal sanitario se apoya mutuamente, a veces, cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona no el problema, a veces el superior tienen en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, a veces después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.

TERCERO

La opinión sobre cultura de seguridad del paciente, según las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal , relacionado con la dimensión Factores Extrínsecos, teniendo en consideración las respuestas que señalan: A veces se nos informa de los errores que se cometes, a veces el

personal tiene miedo de hacer preguntas, tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Promover que las Instituciones de salud mantengan protocolos de seguridad de los pacientes a su cargo, para que el personal de enfermería se adapte al mismo y pueda aplicarla con mayor destreza.

Fomentar el estímulo al personal de enfermería para que sienta satisfacción al realizar su trabajo y pueda participar en las actividades institucionales y de apoyo entre equipos de trabajo.

Resaltar la importancia de realizar una adecuada gestión del servicio de enfermería, priorizando los cuidados de calidad de Enfermería y mejorando la organización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Diane Huber, Ph D, RN. Liderazgo y Administración en Enfermería Primera Edición en Español. Edit. Mc. GRAW. HILL. INTERAMERICANA. España- Madrid 2000. p.21, 29, 30, 39.
- (2) Koziar, Bárbara Fundamentos de Enfermería Segunda. Editorial Mc. GRAW HILL. INTERAMERICANA. España –Madrid. 1999 Vol. 1. p. 3, 14, 52.
- (3) (4) (6) National Patient Safety Agency. Desarrollar una cultura de seguridad. En: Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria. España 2007. p. 4-23.
- (5) Ministerio de salud. Plan nacional para la seguridad del paciente 2006-2008. Informe de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud. Lima-Perú; 2007. RM-Nº676-2006/MINSA.
- (7) Ministerio de salud. Sistema de gestión y calidad. Informe de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud. Lima-Perú; 2008.
- (8) Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. New York- USA; 1948. Art 25.
- (9) Institute of Medicine. “To err is human: Building a Safer Health System” 2000. Disponible en: <http://www.nap.edu/books/030906837/html/>.
- (10) (11) Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra-Suiza; 2004.
- (12) Organización Mundial de la Salud (OMS). Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente. Informe científico de la OMS. Ginebra-Suiza; 2007.

(13) Atarribas Bolsa, Elena; Díaz Alvarez, Carmen Luisa; Escobar Aguilar. Gema; Ferrus Estopa, Lena; Garcés García; Rosa; García Pérez, Cesar; Garrido Bartolomé, Ángela; González Ruiz, Jose Miguel; González Sánchez, Jesús; González Gutiérrez – Solana, Rosa; Realizaron la investigación titulada “Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS”, España – 2008.

(14) Gómez Ramírez, Olga; Arenas Gutiérrez, Wendy; González Vega, Lizeth; Garzón Salamanca. Jennifer; Mateus Galeano, Erika; Soto Gamez, Amparo; Realizaron un estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá”, Colombia – 2010.

(15) Roqueta Egea, Fermi; Tomas Vecina, Santiago; Chanovas Borrás, Manel; Realizo un estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: Resultados de su evaluación en 30 Hospitales del Sistema Nacional de salud Español” España – 2009, 2010.

(16) Shapiama Sánchez, Cesar, Realizo un estudio titulado “Plan para la seguridad del paciente en Iquitos” Iquitos – 2007, 2008.

(17) Ore Rodríguez, María Del Rosario, Realizo el estudio titulado “Seguridad en el cuidado el paciente quirúrgico” Lima - 2010.

(18) (19) Uttal, B., 1983. The corporate culture vultures. Fortune Magazine October 17, en la revista Fortune.

(20) M.D. Cooper / Safety Science 36 (2000) 111 – 136.

(21) (22) (25) (27) Geller, S., 1997. The Psychology of Safety: How to Improve Behaviors and Attitudes on the Job. CRC Press LLC, Florida)

(23) (Hudson, 2007) Safe, Hud Hudson, 2007, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8284.2007.00694.x/abstract>

(24) Reason, J., 1997. Managing the Risks of Organizational Accidents. Ashgate Publishing Ltd, Aldershot, Hants.

(26) Sobre el Conductismo, Burrhus Frederic Skinner (1974)
<http://www.compartelibros.com/autor/b.-f.-skinner/1>

(28) Organización Mundial de la Salud- OMS. (2008). La Cirugía Segura salva Vidas. Octubre 20, 2015, de OMS Sitio web:
[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish .pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)

(29) Ministerio de Salud del Perú -MINSA. (2011). Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía R. M. – N° 1021- 2010/MINSA. Diciembre 10, 2015, de Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud Lima-Perú Sitio web:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTeclmplementacion.pdf.

(30) Comité Nacional de Calidad y Seguridad en Salud. Lanzando Campaña por la Calidad y Seguridad en la Atención: Manos limpias -Cirugía Segura, Infecciones Zero -Medicación Segura.

(31) (34) (37) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria .Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España.

(32) (35) (36) Ministerio de Sanidad y Política Social (2009).Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Centro de Publicaciones Paseo del Prado. Madrid, España.

(33) (47) (48) Santacruz J., Rodríguez, Fajardo G., Hernández F. (2011). Cultura de Seguridad del paciente y eventos adversos. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente. Comisión Nacional de Arbitraje médico. Centro colaborador de la OPS/OMS. México.

(38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) Ministerio de Sanidad (2004).
Estándares Nacionales, Actuación Sanitaria Local y Estándares de Asistencia
Social y Marco de Planificación 2005/06–2007/08. Disponible en
www.dh.gov.uk/publications

(49) (50) Modelo y teorías en Enfermería/ <http://teoriasalud.blogspot.pe/p/martha-rogers.html>

(51) (52) Modelo y teorías en Enfermería/
[http://teoriasalud.blogspot.pe/p/Madeleine - Leininger.html](http://teoriasalud.blogspot.pe/p/Madeleine-Leininger.html)

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN LA OPINION DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL - 2010”

BACHILLER: PISCANTE SUAREZ, María Elena.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	METODOLOGÍA
Actualmente en el Perú, la conciencia cada vez mayor de los derechos de los pacientes y la presencia de mecanismos para facilitar su expresión están poniendo en evidencia los eventos adversos en nuestra realidad, siendo los servicios de emergencia y materno-infantiles los que han mostrado mayor	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal – 2010.</p>	<p>HIPOTESIS</p> <p>Hp. La cultura de seguridad para el paciente según la opinión de la enfermera del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal – 2010, es favorable.</p> <p>Ho. Hp. La cultura de</p>	<p>Cultura de seguridad del paciente según opinión de la enfermera</p>	<p>Factores intrínsecos</p> <p>Factores extrínsecos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de normas y protocolos. - Valores - Practicas seguras - Seguridad - Comunicación - Trabajo en equipo - Dotacion del 	<p>Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos, el presente estudio corresponde a una investigación aplicada ya que se concentra en estudiar y contribuir a la solución de un problema práctico e inmediato.</p> <p>Siendo del tipo cuantitativo - descriptivo de corte</p>

<p>vulnerabilidad a los reclamos. Por lo tanto es necesario un abordaje sistémico para afrontar este problema y responder a las exigencias de nuestra población.</p> <p>Por lo tanto, una cultura de seguridad ayudará a las organizaciones y prácticas de atención sanitaria a alcanzar mejoras en su agenda clínica. Una parte fundamental para alcanzar un buen gobierno clínico es reconocer que no siempre es posible alcanzar el</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal - 2010, relacionado con la dimensión de factores intrínsecos</p> <p>Conocer la opinión sobre cultura de seguridad del paciente según las enfermeras del servicio de</p>	<p>seguridad para el paciente según la opinión de la enfermera del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal – 2010, no es favorable.</p>			<p>personal</p>	<p>transversal, ya que permite obtener información precisa sobre la variable a investigar, así como describirla sistemáticamente, para luego con los resultados obtenidos proceder a determinar e identificar la percepción de las enfermeras sobre la cultura para la seguridad del paciente tal como se encontró en la realidad en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.</p>
--	--	---	--	--	-----------------	--

resultado clínico perfecto y esas lecciones aprendidas son una parte importante y esencial de un programa continuo para la mejora de la calidad.	emergencia del Hospital Alberto Sabogal - 2010, relacionado con la dimensión de factores extrínsecos					
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2
ENCUESTA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ENCUESTA

Buenos días, mi nombre es Pisconte Suarez, María Elena, soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas, el presente proyecto de investigación titulado “Cultura de seguridad del paciente según la opinión de las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal - 2010” Este cuestionario es anónimo; solicitamos que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y colaboración.

INSTRUCCIONES:

Marcar con un aspa (X), la respuesta correcta según lo que Ud. crea por conveniente. Teniendo en cuenta lo siguiente:

DATOS GENERALES:

Cargo:.....

Edad:

Sexo:.....

Condición Laboral.....

Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

¿En qué área del Hospital labora?

¿Cuántos años lleva laborando en el servicio de Emergencia?

- a) Menos de 1 año
- b) De 1 a 3 años
- c) De 3 a 6 años
- d) De 6 años a más

¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en el H.A.S.S.?

- a) Menos de 20 horas a la semana
- b) De 20 a 39 horas a la semana
- c) De 40 a 59 horas a la semana
- d) De 60 horas a la semana a más

CUESTIONARIO N.- 1

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Tiene conocimiento sobre el plan de seguridad del paciente del hospital.					
2. Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
3. Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
4. El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.					
5. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
6. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
7. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.					
8. Es frecuente que se cometan errores durante la atención de paciente.					
9. Si cometes un error, algún compañero lo usa en tu contra.					
10. El personal no puede dar una buena atención por la excesiva carga de trabajo.					
11. El personal sanitario se apoya mutuamente en					

esta unidad.					
12. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
13. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.					
14. En esta unidad, el personal se trata con respeto.					
15. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.					
16. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.					
17. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.					
18. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					
19. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.					
20. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
21. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
22. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.					
21. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.					
23. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.					

24. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.					
25. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.					