



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

### **ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



## **CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO - 2019**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**Bach. HELEN YASMIN CHOQUEHUANCA ALVARO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PUNO – PERÚ**

**2022**



## DEDICATORIA

*A Dios que mediante su infinito amor colmó  
de fortaleza mi corazón para afrontar a la  
adversidad mediante su palabra escrita e  
iluminar el camino que eligió para mí.*

*A mis padres Hugo y Celia por brindarme  
un hogar en donde crecí empapada de amor,  
felicidad, comprensión, paciencia y apoyo  
incondicional, inculcar en mi los valores que  
hoy en día guían mi vida, gracias a su  
esfuerzo y sacrificio es que empiezo mi vida  
profesional. A Pamela, mi hermana mayor,  
cómplice en travesuras, confidente en  
momentos críticos y mi modelo a seguir  
profesionalmente. A Romario, mi hermano  
menor ángel que me cuida desde que partió  
al cielo.*

*A Ivan, por los consejos y el apoyo moral  
que me ha brindado y ser mi soporte en la  
ventura y desventura. A Alessandra, hija  
mía, fuente más pura de mi inspiración,  
tesoro que me motiva a cumplir todos los  
objetivos que me he trazado.*

**Helen Yasmin**



## AGRADECIMIENTO

- *A mi primera casa de estudios superiores: Universidad Nacional del Altiplano-Puno, a la facultad de Enfermería, por cobijarme en sus aulas, a los docentes que tuve durante toda mi formación profesional constituyendo en mi los conocimientos teóricos y prácticos que serán base en el inicio de mi vida profesional.*
- *A mi director y asesora de investigación Dra. Enf. ROSENDA AZA TACCA, por motivarme, compartir sus conocimientos, por el apoyo emocional, ayuda incondicional durante mis estudios de pre grado y durante el camino que llevo el desarrollo hacia la culminación del presente trabajo de investigación.*
- *A los miembros del jurado calificador: Presidente: Lic. Enf. NANCY ALVAREZ URBINA, Primer jurado: ALFREDO MENDIGURI PINEDA, Segundo jurado: M.Sc. JULIETA CHIQUE AGUILAR, por sus sugerencias y aportes que me brindaron para el desarrollo y culminación de la presente investigación.*
- *A los profesionales de enfermería del HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, por haberme brindado las facilidades y la disposición durante todo el proceso de recolección de datos.*

***Helen Yasmin***



# ÍNDICE GENERAL

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**ÍNDICE GENERAL**

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**ACRÓNIMOS**

**RESUMEN ..... 8**

**ABSTRACT..... 9**

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

**1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 10**

**1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 16**

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN DE LITERATURA**

**2.1. MARCO TEÓRICO. .... 18**

2.1.1. Seguridad del paciente ..... 18

2.1.2. Cultura de seguridad del paciente ..... 21

**2.2. MARCO CONCEPTUAL. .... 48**

**2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 50**

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

**3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. .... 59**

**3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO..... 60**

**3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA..... 61**



<b>3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....</b>	<b>63</b>
<b>3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....</b>	<b>65</b>
<b>3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>70</b>
<b>3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>74</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
<b>4.1. RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
<b>4.2. DISCUSIÓN.....</b>	<b>81</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>94</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>96</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>113</b>

**Área** : Gerencia y gestión en salud.

**Tema** : Cultura de seguridad del paciente.

**Fecha de sustentación:** 10 de febrero del 2022.



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1.</b> Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019. .....	75
<b>GRÁFICO 2.</b> Fortalezas y debilidades en el clima de seguridad de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019. ....	76
<b>GRÁFICO 3.</b> Fortalezas y debilidades en el trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019. ....	77
<b>GRÁFICO 4.</b> Fortalezas y debilidades en la comunicación de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.....	78
<b>GRÁFICO 5.</b> Fortalezas y debilidades en la gestión y dirección de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.....	79
<b>GRÁFICO 6.</b> Fortalezas y debilidades en la supervisión de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.....	80



## ACRÓNIMOS

<b>CSP</b>	: Cultura de seguridad del Paciente
<b>CS</b>	: Cultura de seguridad
<b>HSPSC</b>	: Hospital Survey on Patient Safety Culture
<b>AHRQ</b>	: Agency for Healthcare Research and Quality
<b>EA</b>	: Eventos Adversos
<b>OMS</b>	: Organización Mundial de la Salud
<b>IBEAS</b>	: Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos
<b>MINSA</b>	: Ministerio de Salud
<b>RAM</b>	: Reacciones Adversas a Medicamentos
<b>RAE</b>	: Real Academia de la lengua Española



## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019, este estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y el diseño fue no experimental de corte transversal; la población estuvo conformada por 88 profesionales de enfermería que laboraban en servicios de hospitalización, centro quirúrgico y emergencias, la muestra fue no probabilística por conveniencia conformada por 66 profesionales de enfermería. Para la recolección de datos se utilizó la técnica encuesta y como instrumento el cuestionario denominado “Cultura de Seguridad del Paciente” creado por la Agencia para la Investigación de Salud y Calidad, el mismo que cuenta con una validez con  $p < 0.05$  por lo tanto existe concordancia y es significativa, y la confiabilidad entre aceptable y excelente mediante alfa crombach con valores de entre 0.65 a 0.88. Los datos fueron analizados a través de estadística descriptiva. Los resultados fueron: como fortalezas el “aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad” con 79.3%, seguido del “trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio” con 76.1% y “transferencia de pacientes o cambio de turno” con 75.4% de respuestas positivas; como debilidades: la “comunicación e información al personal sobre errores en la unidad” con 53.5%, seguido de la “frecuencia de eventos notificados” con 52%, “percepción de seguridad” con 51.5%, y “respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal” con 51%. Se concluyó que la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería es positiva.

**Palabras clave:** Cultura de seguridad del paciente, percepción, enfermería.





## ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the patient safety culture from the perception of the nursing professional of the Manuel Núñez Butrón Puno Regional Hospital - 2019, this study had a quantitative, descriptive approach and the design was non-experimental cross-sectional. ; the population was made up of 88 nursing professionals who worked in hospitalization, surgical center and emergency services, the sample was non-probabilistic for convenience, made up of 66 nursing professionals. For data collection, the survey technique was used and as an instrument the questionnaire called "Patient Safety Culture" created by the Agency for Health and Quality Research, which has a validity with  $p < 0.05$ , therefore there is concordance and is significant, and the reliability between acceptable and excellent by cronbach alpha with values between 0.65 and 0.88. The data was analyzed through descriptive statistics. The results were: as strengths "organizational learning for continuous improvement in safety" with 79.3%, followed by "teamwork within the unit or service" with 76.1% and "patient transfer or shift change" with 75.4 % positive responses; as weaknesses: "communication and information to staff about errors in the unit" with 53.5%, followed by "frequency of notified events" with 52%, "perception of security" with 51.5%, and "non-punitive response to errors , staff perception" with 51%. It was concluded that the culture of patient safety from the perception of the nursing professional is positive.

**Keywords:** Culture of patient safety, perception, nursing.



# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Un problema mundial en la salud pública que afecta a los países categorizados en cualquier nivel de desarrollo es la carencia de seguridad del paciente, este se considera como una epidemia silenciosa ya que es un problema frecuente, creciente, potencialmente grave y a la vez prevenible, causa un gran impacto económico, sanitario y social y que además preocupa tanto a profesionales, organizaciones sanitarias e instituciones y a los mismos ciudadanos (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable, el cual es fundamental y también el componente clave en la calidad asistencial, su mejora requiere de un esfuerzo conjunto y complejo por parte de las instituciones prestadoras de salud para así evitar los eventos adversos que pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del propio sistema (2).

Fue hasta el siglo pasado, en el que se desentendía de la trascendencia de la falta de seguridad en la atención sanitaria y por consiguiente la presencia de eventos adversos. En el año 1999 en donde hubo un punto de inflexión sobre la seguridad del paciente con un alto impacto mediático y científico, la publicación del reporte “To err is human” del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de



América, en donde se hizo una revisión de 30 000 historias clínicas, y se encontró un 3.7% de eventos adversos, de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13.6% resultaron en muerte. Este estudio concluyó que se podían producir entre 44 000 y 98 000 muertes al año, por esta causa la carga económica es abrumadora asociado a un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año aumentando la carga de enfermedad para el paciente, la mortalidad para los hospitales y el sistema de salud, iniciando así un problema de carácter mundial haciendo notar los errores que trascienden en los procesos de atención en salud (3).

A partir de los resultados encontrados en el anterior estudio, en el año 2004 la OMS puso en marcha La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente actualmente llamado Programa de Seguridad del Paciente que tiene por objeto promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados de la investigación en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes en todos sus estados miembros, en base a esto en el año 2008 la OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones que discapacitan o causan muerte como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados (4).

En el año 2010, se realizó por primera vez, el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) que incluían hospitales de países como Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú en donde se resolvió que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios, este riesgo se duplicaba si consideráramos todo el tiempo en que el



paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital (5).

En un estudio publicado en el año 2016, se utilizó los resultados reportados desde el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de 1999 y extrapolando al número total de hospitalizaciones en los Estados Unidos en el año 2013, dio cuenta que se estaba subestimando la verdadera incidencia de muerte por error médico; esta nueva estimación sugirió que el error médico es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de las causas cardiovasculares y el cáncer (6).

En el Perú; frente a los antecedentes ya mencionados, el Ministerio de Salud en su prioridad de mejorar la calidad de atención en salud incluyó la seguridad del paciente dentro de las políticas de salud, el cual se refleja en la 8va Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante R.M. N° 727-2009/MINSA, donde la estrategia “Implementación de Mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos” es detallada brindando herramientas de utilidad para el personal de salud. En la actualidad el reporte de los incidentes y los eventos adversos en el país tiene aún muchos sub registros que no permiten medir y valorar el daño y los costos reales en cuanto a la atención del paciente. Por lo que se requieren fortalecer las estrategias y cumplir las normativas ya creadas (7).

Dados los resultados de diferentes investigaciones por instituciones internacionales sin fines de lucro que abordaban la problemática de seguridad del paciente, se reportaba que el problema seguía latente y los eventos adversos no disminuían, en consecuencia la OMS definió y recalco la importancia de aplicar e



instaurar la Cultura de seguridad del paciente a nivel internacional como una estrategia básica que favorece la implementación de buenas prácticas clínicas e, incluso, la notificación de incidentes y aprendizaje de los problemas, de tal manera que se pueda mejorar la seguridad del paciente y así disminuir los eventos adversos. La cultura de seguridad del paciente aborda los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad (8).

Una investigación realizada en Lima tuvo como objeto de estudio la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería el cual obtuvo como resultado una cultura de seguridad fuerte con un 51.1% y un alto porcentaje 48.9% que denota que existe una cultura de seguridad débil también los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son el “Grado de apertura de la comunicación”, la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” situación que exige tanto al personal de salud como a la institución en general, tomar en cuenta los diversos estándares institucionalizados ya mencionados por la OMS en el que se privilegia la importancia de valorar el grado general de seguridad en el paciente, considerando la seguridad como un principio fundamental de la atención al paciente y como un componente crítico de la gestión de la calidad (9).

En otro estudio en el departamento de Chiclayo sobre cultura de seguridad del paciente en enfermeras se obtuvo como resultado que el 44.31% de enfermeras entrevistadas tienen la percepción de una cultura de seguridad del paciente débil;



teniendo como puntos débiles la “Percepción global de la seguridad del paciente”, “Respuestas no punitivas a los errores”, “Comunicación franca que favorece la seguridad del paciente”, “Apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente”, “Trabajo en equipo entre unidades” y “Problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades” concluyendo que se requiere reflexionar acerca la necesidad de ajustes en las estrategias de gestión y acciones para mejorar el grado de seguridad del paciente en dicha institución y también a nivel nacional (10).

Esta coyuntura se le atribuye al mínimo esfuerzo de los organismos rectores a nivel nacional para optimizar la atención de salud al paciente ya que no se están implementando estrategias para desarrollar procesos organizacionales sistematizados e integrales en las instituciones prestadoras de atención sanitaria concernientes a la cultura de seguridad del paciente (9).

De lo anteriormente expuesto; se percibe que el profesional de enfermería, quien tiene en su labor la esencia del cuidado humanizado y es miembro activo del equipo de salud, no se encuentran exentos de los problemas relacionados con una cultura de seguridad del paciente negativa debido a que son el grupo más grande de proveedores de cuidados, depende de ellos la asistencia acorde con el avance de la ciencia y tecnología, satisfacer las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad (11).

Según Rivas (12) los factores que influyen a que la cultura de seguridad del paciente sea negativa son la ausencia de concientización hacia el personal sobre las buenas prácticas clínicas y la seguridad del paciente, el miedo que existe en comunicar los eventos adversos por más que no hayan dañado al paciente debido a la respuesta punitiva



por parte de los superiores, la ausencia de la dirección y supervisión frente a la creación de planes de prevención, la premiación y reconocimiento de buenas prácticas así como también la amonestación de negligencias, otro aspecto es la deficiente formación de los profesionales y la capacitación continua para que adquieran competencias, responsabilidad y sensibilidad en relación a las consecuencias que pueden ocasionar cada actividad que realizan y por último la carencia de control de actividades, frente a ello como consecuencia se desencadena practicas inseguras que pueden afectar la salud del paciente, su integridad emocional y perdidas económicas que serán usados en reparar daños que son prevenibles (12).

En la actualidad evaluar y analizar la cultura de la seguridad del paciente dentro del sistema de salud, integra parte del soporte para implementar y establecer en la organización el verdadero valor de la seguridad, como herramienta nos permite identificar aéreas de fortalezas y debilidades en base al entendimiento básico relacionado con percepciones y actitudes de sus gerentes y del mismo personal, encaminándolo hacia la mejora continua y así determinar áreas consideradas más problemáticas que otras; proporcionando material para análisis de “causa/raíz” y generar ideas del propio personal involucrado hacia el mejoramiento. De esta forma, la evaluación en sí misma puede ser manejada como una intervención de seguridad del paciente que guíen a instaurar cuidados seguros y de calidad para bien de los pacientes y su entorno (11).

Durante las prácticas pre – profesionales realizadas en los diferentes servicios del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, se pudo observar que se cuenta con un cuaderno para el registro de eventos adverso el cual se encontraba sin registros, frente a eso una licenciada de enfermería manifestó que no se escribían los eventos adversos en este



registro ya que sus colegas incluyéndose, no quieren ser juzgados, ni culpabilizados; estas actitudes y comportamientos denotan problemas con la cultura de seguridad del paciente ya que dicha institución no está abordando los comportamientos críticos de comunicación, aprendizaje afectando la calidad asistencial del hospital.

Dado lo sustentado anteriormente, surge la siguiente interrogante: ¿Cómo es la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019?.

## **1.2.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar fortalezas y debilidades en el clima de seguridad de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.
- Reconocer fortalezas y debilidades en el trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.
- Precisar fortalezas y debilidades en la comunicación de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.





- Reseñar fortalezas y debilidades en la gestión y dirección de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.
- Precisar fortalezas y debilidades en la supervisión de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.



## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 2.1.MARCO TEÓRICO.

En los siguientes apartados se dará a conocer los fundamentos en los que se basa este trabajo de investigación.

##### 2.1.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE.

###### 2.1.1.1. DEFINICIÓN.

La seguridad del paciente es la ausencia de daño real o potencial que va asociado a la atención sanitaria y que no se vincula con la necesidad por la cual el paciente acude al sistema de salud. Es considerada como la disciplina de la atención de la salud ya que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios (13).

Otra definición señala que la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención (14).

Por otro lado, se define como el intento consiente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, cabe mencionar que la seguridad del paciente no es una responsabilidad aislada en un profesional excelente, una tecnología de última generación o un departamento a cargo de su control y mejora, abonanzar la seguridad depende de un



aprendizaje continuo sobre como interaccionan los diferentes componentes del sistema sanitario (15).

#### **2.1.1.2. IMPORTANCIA.**

La importancia de la seguridad del paciente radica en que este es un componente clave de la calidad asistencial, el cual ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente ya que en la actualidad la atención sanitaria es cada vez más compleja, utiliza tecnologías más sofisticadas, se realizan más prestaciones, la diversidad de los profesionales y variabilidad de sus prácticas va en aumento y por todo ello, recibir atención sanitaria entraña cada vez más riesgos potenciales, a pesar de ello debemos reconocer que cada día millones de personas son tratadas con éxito y de forma segura (16).

Adicionando al apartado anterior, el Ministerio de Sanidad de España señala la importancia centrada en prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria y es uno de los componentes que necesita una institución para determinar la calidad de prestaciones de servicios (13).

#### **2.1.1.3. NIVELES DE ACCIÓN.**

Según Torres (16) la seguridad del paciente no es un destino sino un viaje en cuyo tránsito son precisos los esfuerzos a diferentes niveles:



- A NIVEL POLÍTICO Y SOCIAL, debe destacarse que se trata de una cuestión que debe formar parte de la agenda de los organismos encargados de organización y la gestión de los servicios de salud en todos sus niveles.
- A NIVEL INSTITUCIONAL, implica que los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud: hospitales, centros de atención primaria, residencias y centros socio sanitarios, deben estar diseñados y organizados para reducir los riesgos para los pacientes atendidos, para los profesionales y para los visitantes.
- A NIVEL PROFESIONAL, la seguridad del paciente es un componente esencial de la buena práctica. Prevenir errores, evitar eventos adversos ligados a la atención, e implantar medidas de mejora para que no vuelvan a repetirse es la mejor forma de proteger a los pacientes y sus familias, además de procurarles diagnóstico, tratamiento y cuidados necesarios. Incluye un rango amplio de actividades y procedimientos conducentes a evitar y proteger a los pacientes de los eventos adversos relacionados con la atención a la salud. Supone un diseño cuidadoso y una mejora continúa de los procesos de atención a la salud dirigidos a reducir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, infecciones asociadas a la atención sanitaria u otro tipo de lesiones y a aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren.

La Seguridad del Paciente es, por todo ello, un espacio común de trabajo para gestores, profesionales y pacientes. Algo que además de preocupar, debe de hacer actuar a los profesionales de la salud. (15).



#### **2.1.1.4.FUNDAMENTOS.**

Según Rocco y Garrido (15) la seguridad del paciente se asienta en dos líneas de pensamiento relacionadas entre sí:

- **LA TEORÍA DEL ERROR DE REASON O MODELO DEL QUESO SUIZO:** Este modelo o teoría, asume que el ser humano es propenso a cometer errores, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, estos sucesos seguirán aconteciendo, haciendo necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores
- **LA CULTURA DE SEGURIDAD:** Se basa en una cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los protagonistas y organizaciones con la seguridad y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.

#### **2.1.2. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

A partir de los estudios sobre eventos adversos, la problemática de la seguridad sanitaria, la cultura de seguridad del paciente es un término que ha ido adquiriendo gran relevancia como base de la seguridad del paciente en los diferentes sistemas sanitarios a nivel internacional en los últimos años.

En el año 2003, el National Quality Forum (NQF) de Estados Unidos publicó un documento sobre prácticas seguras en el cual se señala la mejora de la cultura de seguridad del paciente como la primera de las recomendaciones para fomentar la seguridad en



hospitales, también menciona el feedback de los resultados, y el diseño de intervenciones consecuentes (17).

En base al anterior apartado, a partir del año 2004 la OMS hace un llamado a todos los países a nivel internacional para considerar a la cultura de seguridad como un indicador estructural básico que favorece la implementación de buenas prácticas clínicas e, incluso, la utilización efectiva de otras estrategias, como la notificación de incidentes y aprendizaje con los problemas (18).

Seguido a esto, en el año 2005, la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) y el Sistema Nacional de Salud (NHS) ambos de Reino Unido publicaron un documento sobre Seguridad del Paciente en 7 pasos; en donde señala que construir una cultura de seguridad es de prioridad para mejorar la seguridad sugiriendo así, el uso de dicho manual por todos los países de la región y a nivel internacional (19)

En el año 2008 en el Perú, el Ministerio de Salud publicó la Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente, el cual tiene como primer objetivo promover una cultura de seguridad, que sea capaz de reconocer errores, aprender de ellos y mejorar los procesos de atención (20).

#### **2.1.2.1. DEFINICIÓN.**

La cultura de seguridad del paciente se define como la suma de conocimientos y las actitudes cotidianas del equipo de salud que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud (21).



Por otro lado, el MINSA lo define como el 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 atención en salud (22).

La Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ) entidad que desde siempre ha tenido consigo el objetivo de estudiar la calidad sanitaria, señala que la cultura de seguridad del paciente es producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso hacia una atención segura al paciente (23).

#### **2.1.2.2.IMPORTANCIA.**

La importancia de la cultura de seguridad del paciente se arraiga en que las instituciones prestadoras de salud deben de identificar todas las causas de los errores, se dé una solución oportuna y evitar que vuelvan a repetir, es fundamental tener funcionario competentes y preocupados por la seguridad del paciente, disminución de barreras estructurales, formación de liderazgo, evaluación constructiva y no punitiva e inclusión de todo el personal, todo ello lleva a tener instituciones inteligentes con prácticas adecuadas y reevaluación constante que resulta en organizaciones que trabajan con calidad (24).

#### **2.1.2.3. CARACTERÍSTICAS.**

James Reason, el famoso psicólogo cognitivo de la Universidad de Manchester y autor de la “Teoría del Queso Suizo” en la causalidad de accidentes, sostiene que la CSP estaría compuesta por cinco elementos (25):



- **UNA CULTURA DE LA INFORMACIÓN:** la organización recolecta y analiza datos relevantes, y difunde la información de seguridad de manera activa.
- **UNA CULTURA DEL REPORTE:** se cultiva una atmósfera en donde las personas se sienten libres para notificar problemas de seguridad sin temor a represalias y sabiendo que se actuará sobre los reportado.
- **UNA CULTURA DE APRENDIZAJE:** la organización es capaz de aprender de sus errores y realizar cambios.
- **UNA CULTURA JUSTA:** en donde los errores y actos inseguros no son castigados si el error no es intencional, pero en donde se sanciona a quienes actúan temerariamente tomando riesgos de manera deliberada e injustificable.
- **UNA CULTURA FLEXIBLE:** en donde la organización y las personas que la componen son capaces de adaptarse efectivamente a la necesidad de cambio.

#### **2.1.2.4.DIMENSIONES.**

Según la Agency for Healthcare Research and Quality (23) existen 12 dimensiones que nos permite evaluar la cultura de seguridad del paciente, los que se encuentran agrupados de acuerdo a las recomendaciones de la 24<sup>o</sup> conferencia de la Organización para la Excelencia en Salud (OES) (26) de la siguiente manera:

##### **A. CLIMA DE SEGURIDAD.**

El clima de seguridad hace referencia a la visión colectiva de la seguridad del paciente dentro de una organización y que impulsa a la acción o inacción de los empleados con respecto a la seguridad (27), depende del día a día, de todo lo que ocurre en la organización y por tanto refleja el estado de la cultura de seguridad y salud de los usuarios.





De hecho, puede considerarse como una medida del estado temporal de la cultura de seguridad (28). La CSP se valora mediante las siguientes dimensiones:

- **Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados.**

La frecuencia de eventos notificados es la periodicidad con la cual se reportan la ocurrencia de eventos adversos, a través de los mecanismos establecidos por la institución prestadora de servicios de salud en base a su sistema sanitario. Los que se realizan de acuerdo a los sistemas de notificación y registro de eventos adversos, que a su vez son considerados una buena estrategia para disminuir eventos adversos por tener el objetivo clave basado en el aprendizaje de los errores y evitar su recurrencia (29).

Los sistemas de registro sirven para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes y permiten aprender de los fallos que se detectan también son herramientas que permiten actuar para mejorar la cultura de seguridad, la cual está afectada por la totalidad de los factores ambientales que la rodean. Los sistemas de notificación es la información asociada a estos sistemas compartidos y la resolución de estos problemas permiten a las organizaciones por un lado identificar y aprender de las experiencias y por otro rediseñar procesos (30).

Los sistemas de notificación poseen dos funciones: garantizar la responsabilidad (de tal forma que los trabajadores de salud rindan cuentas sobre el grado de seguridad en su práctica clínica) o, de forma alternativa o complementaria, para que el recurso humano proporcione información útil sobre la mejora de la seguridad. Los sistemas de registro sirven para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes y permiten aprender de los fallos que se detectan (31).



En nuestro país, el Ministerio de Salud cuenta con un proceso estandarizado de investigación y reporte de sucesos y eventos adversos para las instituciones prestadoras de salud, para lo cual se cuenta con una ficha de registro y reporte de eventos adversos y el formato para el afianzamiento de eventos adversos (32).

Un evento adverso se define como cualquier daño imprevisto o potencial de daño que se produce durante la atención médica al paciente, causado por el propio proceso de atención (y no por las condiciones subyacentes) y que puede afectar negativamente, y con frecuencia afecta, a la salud del paciente (33).

Los errores que se notifican son los siguientes: errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, errores sin daño potencial para el paciente y errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron (34).

En conclusión el primer objetivo de la notificación es aprender de las experiencias y también contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo. Un proceso de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad. Son una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la cultura de seguridad donde se entienden como una oportunidad para aprender y mejorar (35).



- **Dimensión 2. Percepción global de seguridad.**

La percepción global de seguridad es la apreciación o idea que cada profesional o trabajador de la salud tiene acerca de la aplicación de la política de seguridad del paciente, conjunto de elementos intangibles, de carácter subjetivo, que de todas formas dan como resultado manifestaciones y resultados tangibles en favor de la seguridad del paciente (9).

Esto se basa en:

- Seguridad del paciente de acuerdo a la carga laboral.

Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España la carga laboral o carga de trabajo, se entiende como el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de la jornada laboral (36).

La carga laboral tiene una relación con la seguridad del paciente ya que el personal de enfermería al ser sometido a la demanda de actividades o intervenciones que tiene que realizar al brindar cuidados requiere de esfuerzo físico, mental y afectivo, mayormente el profesional de enfermería se ve incapaz de satisfacer todas las exigencias laborales en algunas ocasiones tiene que prolongar sus actividades por falta del tiempo (37).

Según Guerrero (37) existen tres aspectos a considerar sobre la carga laboral:

- Carga física, se refiere a las exigencias físicas durante el trabajo, la demanda de habilidades o destrezas en el profesional de enfermería ocasiona en el personal agotamiento, cansancio.
- Carga mental, se refiere a los procesos intelectuales necesarios para realizar correctamente una tarea, el personal de enfermería primero analiza la información de



sus actividades e interpreta, posteriormente ejecuta sus actividades de manera correcta, brindando un cuidado de calidad.

- Carga psicoafectiva, incluye sufrimiento de pacientes, agresiones, número excesivo de pacientes, otro de los factores que está considerado es la exigencia temporal o duración de las actividades, se refiere al nivel de presión temporal percibida; mientras que la exigencia de esfuerzo, se refiere al grado de esfuerzo mental y físico que debe realizar para obtener su nivel de rendimiento. El siguiente factor es el rendimiento, que evalúa el grado de satisfacción con el propio nivel de rendimiento que puede llegar a tener el personal de enfermería al realizar sus actividades. Por último está el factor del nivel de frustración, se refiere al grado de inseguridad, estrés, irritación, descontento, sentido durante la realización de la tarea.

- Seguridad del paciente de acuerdo a procedimientos y medios.

Un procedimiento de enfermería es un método sistemático de resolución de problemas por el que el personal de enfermería, personaliza la asistencia al usuario, sigue ciertos pasos predefinidos para desarrollar una labor de manera eficaz y sirven para unificar criterios, mejoran el aprovechamiento de los recursos, ayudan a la investigación, orientan al personal de nueva incorporación y son base para el control de calidad, los medios o materiales de enfermería son aquel conjunto de bienes necesarios que son utilizados para realizar los procedimientos de enfermería (38). Al realizar los procedimientos de acuerdo a los protocolos y con los medios adecuados se garantiza una atención de calidad y por consiguiente se vela por la seguridad del paciente (39).

- Seguridad del paciente y eventos fortuitos.



Un evento fortuito o un evento por casualidad son todas circunstancias que no se puede prever ni evitar (40) en la atención en salud, se relaciona con la seguridad del paciente ya que estos sucesos que no son malintencionados pueden repercutir en el proceso de recuperación y pone en peligro la calidad de la atención por parte del profesional que brinda los cuidados, además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano y de imponer un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios de salud (41).

- Problemas de seguridad del paciente.

Un problema de seguridad es aquel suceso, circunstancia o hecho que compromete la seguridad del paciente y que requiere una inmediata solución (42). Según Elsevier Conect (43) estos son los principales problemas que se presentan en la seguridad del paciente:

- Las caídas provocan lesiones de leves a graves, como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneales que reducen la movilidad e independencia y aumentan el riesgo de muerte prematura. Los pacientes con enfermedades subyacentes son más susceptibles a las lesiones relacionadas con caídas.
- Los accidentes intrínsecos del paciente son (aparte de las caídas) en los cuales el paciente es la causa primaria del accidente, pueden ser los cortes, las lesiones y las quemaduras autoprovocadas; la ingesta o inyección de sustancias extrañas; la automutilación o prender fuego, y pillarse los dedos con cajones o puertas. Uno de los factores precipitantes más frecuentes de los accidentes intrínsecos del paciente son las crisis epilépticas.



- Los accidentes relacionados con intervenciones están causados por profesionales sanitarios y consisten en errores de administración de medicación y líquidos, aplicación incorrecta de dispositivos externos, y accidentes relacionados con una ejecución incorrecta de intervenciones como cambio de apósitos o inserción de sondas urinarias.
- Los accidentes relacionados con el equipamiento resultan del funcionamiento incorrecto, el mal estado o el uso erróneo de equipamiento, o riesgo eléctrico.

## **B. TRABAJO EN EQUIPO.**

El trabajo en equipo es la cohesión, la unión de una organización, también es sinónimo de productividad, competitividad y logro de objetivos, basándose fundamentalmente en la necesidad de mejoramiento continuo, que se ejecutan dentro de las estructuras organizacionales para dar cumplimiento a la misión y visión establecida y que permita orientar el comportamiento de los individuos con el fin de alcanzar la máxima calidad y productividad (44); en salud, consiste en proporcionar una asistencia sanitaria segura que depende de individuos altamente capacitados con roles y responsabilidades diferentes que actúan juntos para garantizar los intereses del paciente (45)

Es fundamental dentro del sistema de salud, porque favorece la calidad y eficiencia del cuidado proporcionado al paciente y la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio también forma parte sustancial en la cultura de seguridad del paciente ya que los equipos cometen menos errores que los individuos, especialmente cuando cada miembro conoce sus responsabilidades y las de los demás (46).



Según Balderas la interrelación de los elementos, la interdependencia y el trabajo en equipo se convierte en uno de los valores deseables y que se deben cultivar en instituciones sanitarias, es natural encontrar graves y grandes resistencias al trabajo en equipo debido a las características del sistema de salud, sin embargo cuando se valoran los resultados de un trabajo grupal armónico, vale la pena desarrollar dicho valor, una de las formas más positivas del trabajo en equipo es el respeto entre profesionales y lograrlo es un resultado deseable (47).

- **Dimensión 3. Trabajo en equipo en la unidad o servicio**

El trabajo en equipo dentro de una unidad o servicio debe ser eficiente dentro de la prestación de atención de salud, porque logra un impacto inmediato y positivo en la seguridad del paciente. La importancia de los equipos eficientes en la atención clínica están incrementándose debido a factores tales como: mayor incidencia de la complejidad y especialización en la atención, mayores comorbilidades, mayor incidencia de enfermedades crónicas, déficit de fuerza laboral, y las iniciativas para lograr una cantidad segura de horas de trabajo (48).

Según la Agency for Healthcare Research and Quality (23) el trabajo en equipo en la unidad o servicio está basado en:

- Apoyo o ayuda mutuo.

El apoyo mutuo o ayuda mutua es un término que describe la cooperación, la reciprocidad, y el trabajo en equipo, y que conlleva o implica un beneficio mutuo para los individuos cooperantes(49).



Según el diario Gestión (50) el apoyo o ayuda mutua permite que cada integrante del equipo sea una parte única e importante de acuerdo a las habilidades, destrezas y funciones que cada uno posea, la conjunción que brinden entre sí, generará valiosos resultados.

- Respeto.

El respeto es la consideración y valoración especial que se le tiene a alguien o a algo, también es uno de los valores fundamentales que el ser humano debe tener siempre presente a la hora de interactuar con personas de su entorno (51).

Entre otros significados, el respeto está relacionado con la veneración o el acatamiento que se hace a alguien por cortesía, e incluye miramiento, consideración y deferencia (52).

- Solidaridad.

La solidaridad es el apoyo o la adhesión circunstancial a una causa o al interés de otros, compartir con otros tanto lo material como lo sentimental, implica ofrecer ayuda a los demás y una colaboración mutua entre las personas (53).

También se considera como una virtud porque mediante ella las personas se muestran unidas entre sí, compartiendo sus intereses, inquietudes y necesidades, sin necesariamente tener un lazo afectivo que los una, se realza en la importancia de que acerca a personas que necesitan bondad o una mano amiga en su vida (54).





- **Dimensión 4. Trabajo en equipo entre unidades o servicios:**

El trabajo en equipos multidisciplinares en las instituciones sanitarias es importante ya que se sabe que el cuidado del paciente se ha vuelto cada vez más complejo por lo que se requiere de un equipo que sea capaz de trabajar en forma eficaz y que esté conformado por muchos profesionales de la salud. El personal de enfermería debe saber desenvolverse dentro de estos equipos, integrándose y colaborando eficientemente, fundamentada en la necesidad y el deber de disminuir el error de enfermería y cuidar a los pacientes no solo en su servicio si no interaccionando con los otros cuando se requiera (10).

Según la Agency for Healthcare Research and Quality (23) el trabajo en equipo entre unidades o servicios está basado en:

- **Coordinación.**

La coordinación es sincronizar y armonizar los esfuerzos para realizar eficazmente una actividad designada. Durante las etapas de la organización es forzoso equilibrar las funciones planteadas en la empresa para que los resultados con las funciones se desarrollen con facilidad (55).

La función que tiene la coordinación en una organización es de lograr la combinación y unidad de esfuerzos que existen en un grupo social (56).

- **Cooperación.**



La cooperación es la acción y consecuencia de cooperar, cuya definición sería la de actuar de manera conjunta con una u otras personas para alcanzar un propósito común (57).

También es considerado como el resultado de una estrategia aplicada al objetivo, desarrollado por grupos de personas o instituciones que comparten un mismo interés u objetivo. En este proceso generalmente se emplean métodos colaborativos y asociativos que facilitan la consecución de la meta común (58).

- Adaptación laboral.

La adaptación laboral es el proceso y resultado por el que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y buscan la integración a su entorno (59).

También es considerado como un proceso complejo que va más allá de las aptitudes y destrezas laborales del trabajador, ya que implica adaptarse a la organización, a la tarea y al ambiente laboral, lo cual dificulta dicho proceso, debido a las condiciones laborales tan cambiantes y desfavorables, presentes en muchas organizaciones, afectando a su vez el rendimiento y la satisfacción laboral de los trabajadores y la productividad de la empresa (60).

### **C. COMUNICACIÓN.**

Según Balderas (47) la comunicación se define como un proceso dinámico, fluido y constante en la transmisión de un mensaje dirigido a una persona o a varias, cuya recepción produce una respuesta.



En el contexto de las organizaciones prestadoras de salud, se considera a la comunicación una competencia que facilita muchos otros procesos importantes para el desarrollo y crecimiento de dichas instituciones. En general, permite compartir información entre todos quienes la integran y a todos los niveles: resolver conflictos, recrear estrategias que rediseñen procesos administrativos o incrementar la productividad y el desempeño en cualquier área o puesto (61).

En enfermería es importante la comunicación con los pacientes y el resto de profesionales sanitarios, puesto que se trata de un componente básico y fundamental dentro de la profesión, puesto que el personal sanitario debe saber escuchar para luego poder entender al enfermo, esto implica obtener una comunicación óptima que supone mejorar la calidad de vida y consecuente satisfacción laboral (62).

- **Dimensión 5. Grado de apertura de la comunicación.**

La buena comunicación facilita los procesos de planificación, toma de decisiones, resolución de problemas y establecimiento de objetivos, además de promover la responsabilidad compartida en la asistencia al paciente (30).

La colaboración que se obtiene mediante la cooperación y comunicación se traduce en resultados positivos para el paciente. "Las instituciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza". La confianza es el fruto de las relaciones sinérgicas que surgen de interacciones respetuosas entre personas que mantienen canales de comunicación abiertos. Si bien es cierto que la comunicación no puede ser impuesta ni surge simplemente de la creación de una



determinada infraestructura organizativa, también lo es que la cultura de una organización puede impedir o mejorar la colaboración mediante la creación de un determinado entorno; facilitando así un alto grado de apertura de la comunicación(63) .

- Libertad para hablar de los riesgos.

La libertad para hablar de los riesgos se refiere al intercambio en tiempo real, de información, recomendaciones y opiniones, entre expertos y/o funcionarios y personas que se enfrentan a un riesgo sin temor.

El objetivo final de la comunicación de riesgos es que toda persona expuesta a un riesgo sea capaz de tomar decisiones informadas para mitigar los efectos de la amenaza (riesgo), como el brote de una enfermedad, y tomar las medidas y acciones de protección y prevención.

- **Dimensión 6: Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad o servicio.**

Como retroalimentación se designa el método de control de sistemas en el cual los resultados obtenidos de una tarea o actividad son reintroducidos nuevamente en el sistema con el fin de controlar y optimizar su comportamiento (47).

Como tal, la retroalimentación se aplica prácticamente a cualquier proceso que involucre mecánicas semejantes de ajuste y autorregulación de un sistema. En este sentido, también se la conoce con el nombre de realimentación, retroacción o, en inglés, feedback (64).



En cuanto a la comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad, tener un área de seguridad designada en todas las unidades del departamento y la atención al paciente demuestra el compromiso de la organización con la seguridad y puede hacer que otros miembros del personal se sientan más cómodos compartan información y realicen preguntas.

#### **D. GESTIÓN Y DIRECCIÓN**

La gestión del talento humano es un área muy sensible a la mentalidad que predomina en las organizaciones. Es contingente y situacional, pues depende de aspectos como la cultura de cada organización, la estructura organizacional adoptada, las características del contexto ambiental, el negocio de la organización, la tecnología utilizada, procesos internos y otra infinidad de variables importantes (65).

La dirección del personal se realiza por medio de la integración de recursos humanos, la cual es la encargada de optimizar los recursos tanto humanos, técnicos, financieros, para la ejecución del plan, Incluye desde el reclutamiento, la selección y la capacitación para la productividad. La integración de recursos humanos está íntimamente relacionada con la planeación y la organización. Los principios de la dirección son; Del propósito: la integración procura asegurar que las funciones de la empresa sean realizadas por personal capacitado, de la calidad, de la selección apropiada de recursos depende la calidad del servicio que se preste; de la definición de puestos: a mayor precisión de los puestos, mejores parámetros para la selección de candidatos ideales; de la selección: de debe seleccionar a la persona adecuada para el puesto, no adecuar el puesto a la persona; del conocimiento: el individuo es capaz de asumir cualquier función, siempre y cuando se le desarrolle para ello (47).



- **Dimensión 7. Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad:**

Es un proceso dinámico de creación de conocimiento que se genera en el seno de la organización a través de los individuos que la integran y los grupos que ellos conforman, dirigido a la generación y desarrollo de competencias que permitan a la organización mejorar su actuación y resultados (47).

La seguridad se ha descrito como el resultado final de un proceso de aprendizaje organizativo en el que participan todos los elementos de una institución que trabaja de forma colectiva en la consecución de este fin. Una organización de aprendizaje es aquella con capacidad para crear, adquirir y transmitir conocimientos, y para modificar sus comportamientos de modo que reflejen los nuevos conocimientos e ideas. Las organizaciones con mayor capacidad para aprender son aquellas que mantienen una mentalidad abierta y un sentido de la curiosidad, y que asumen que siempre hay algo que aprender debido a las incertidumbres, complejidades e inseguridades que caracterizan sus entornos de trabajo. Uno de los objetivos de una organización de asistencia sanitaria comprometida con el aprendizaje debe ser mejorar el equilibrio entre conocimiento científico y práctica clínica (66).

- **Dimensión 8. Personal: suficiencia, disponibilidad y gestión.**

Definida como la apreciación sobre la suficiencia del recurso humano respecto a la carga laboral y el volumen de pacientes que se atienden y su relación con las acciones de seguridad del paciente (67).

También se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente (21), por otro lado



desarrollar un plan de cuidados individualizados (en paciente ingresado o en domicilio) que haga referencia, al menos, a los siguientes aspectos relevantes para la seguridad del paciente:

- Prevención de caídas y lesiones asociadas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Seguridad en la contención física de los pacientes que lo requieran.
- Prevención de la malnutrición y deshidratación, especialmente en pacientes ancianos.
- Prevención de la broncoaspiración.
- Asistencia segura al paciente frágil.
- Prevención y control del dolor en el adulto y en el niño, atendiendo a las necesidades y preferencias de los pacientes y sus cuidadores.
- Incluir en el plan de cuidados acciones para informar a los pacientes y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos.
- Incluir en el plan de cuidados de la historia clínica y del informe de alta del paciente la evaluación de los riesgos del paciente, debido a su situación clínica, y la aplicación de los cuidados necesarios para su prevención y tratamiento (9).

Respecto a la suficiencia y disponibilidad de personal, constituye el contingente de personal que tiene una organización de salud para la realización de sus actividades. El análisis de la dotación de personal (su composición, distribución, rendimiento y suficiencia) en un establecimiento de salud resulta altamente complejo, sea que se trate de una institución aislada o de un sistema mayor. No obstante, los gestores de salud, cualquiera que sea su nivel de responsabilidad (nacional, de redes locales o de



establecimientos o servicios clínicos o administrativos), a la hora de adoptar decisiones deben considerar los aspectos de:

- Obtener información que permita definir la previsión de personal requerido para alcanzar determinadas coberturas poblacionales y satisfacer en forma efectiva las necesidades de salud de la población.
- Definir estándares o criterios de referencia para valorar la disponibilidad actual de gestión, se relaciona con el trabajo concreto que desarrolla el personal de determinado establecimiento. Se trata de establecer si, para realizar la misma cantidad de actividades que lleva a cabo hoy la institución, el tiempo de personal disponible resulta suficiente, insuficiente o más que suficiente, luego de haber revisado y optimizado los principales procesos que requieren esas actividades.

Estas tres perspectivas: de necesidades de la población, de estándares nacionales y de requerimientos de personal con arreglo a los procesos de trabajo, son complementarias (65).

- **Dimensión 9. Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.**

Perspectivas o lo que se espera que la gerencia y las diferentes coordinaciones hagan con respecto al tema de la seguridad del paciente(21).

Lograr la excelencia en seguridad es un asunto sobre todo de creación de relaciones. Los líderes que obtienen los resultados más satisfactorios en la adopción de una cultura de seguridad son los que se basan en la confianza y la credibilidad entre los miembros de la organización, elementos que favorecen el compromiso con la visión de la





misma. El modo en que los líderes se enfrentan cada día a los problemas y muestran su nivel de compromiso con la organización y con sus miembros influye en su credibilidad y en el nivel de confianza del que se hacen merecedores (67)

Los responsables toman en consideración las sugerencias de las unidad/servicio que favorecen la seguridad y no pasan por alto los problemas de Seguridad del Paciente (34).

Algunas de las estrategias que se recomiendan son:

- Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios.
- Modelo de acreditación centrado en la seguridad del paciente.
- Formación de grupos de análisis de problemas concretos de seguridad en cada centro.
- Incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de profesionales.
- Incorporar indicadores sobre seguridad a los contratos de gestión o similares que se puedan establecer.
- Constituir unidades específicas de gestión de riesgos en las instituciones.
- Elaborar e implantar una guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los eventos adversos.
- Fomentar sesiones clínicas de los servicios asistenciales sobre resultados adversos bien sean resultados personales o de la organización.
- Programa nacional de sensibilización sobre seguridad y prevención de riesgos dirigido a los centros sanitarios.



- Fomentar grupos de formación-información-acción multisocial (profesionales, gestores y políticos) en niveles descendentes.
- Se implementarán mecanismos específicos de formación dirigidas a los distintos agentes sociales objetivamente implicados en la seguridad de los pacientes.
- Formación directiva y profesional para desarrollar un clima de seguridad.
- Sensibilización cultural de profesionales en prevención de riesgos
- Monitorización de los efectos adversos en los sistemas de información existentes (48).

La mejora de la seguridad debe ser nuestra aspiración máxima, específica y declarada, empezando por la alta dirección de las organizaciones. Las investigaciones indican que cuanto mayor es el grado de compromiso de los dirigentes con la mejora de la seguridad y de los procesos, mayor es también el compromiso del resto de las fuerzas de trabajo. Esto a su vez tiene una influencia positiva en el rendimiento de los empleados y en la prevención de incidentes adversos. El compromiso visible incluye la aportación de recursos humanos y financieros adecuados en un esfuerzo sostenido por la seguridad.

Los comportamientos deseados se suelen adquirir a través de la emulación de los comportamientos observados en otros y a partir de los mensajes implícitos que transmiten información sobre lo correcto o no de determinados comportamientos. De modo que, si existe un compromiso expreso con la seguridad dentro de la organización que se hace patente en las acciones de los dirigentes, en el entorno de trabajo en los comportamientos de sus miembros, es más probable que se establezca una mentalidad receptiva a la seguridad y que se apliquen por tanto prácticas de trabajo más seguras (9).



## E. SUPERVISIÓN

La supervisión es una dirección democrática, cuyo principal interés es el individuo y su realización va en concordancia con los objetivos organizacionales. Aun cuando la supervisión se considere como parte de la dirección, es un sistema importante de control en las organizaciones, se concibe en concordancia con la teoría de las relaciones humanas o del comportamiento, ya que la teoría clásica de la administración ubica la supervisión como forma de control excelente. El enfoque humanista da connotación diferente a la supervisión y la ubica como parte de la dirección, enfoque que prevalece, por ello, el concepto de supervisión presenta ambos enfoques (68).

Objetivos de la supervisión: desarrollo del personal subordinado, hacia el logro de la eficiencia, promover la calidad del servicio para los usuarios, proteger y apoyar el logro de los objetivos organizacionales y aplicar medidas correctivas en las desviaciones (47).

- **Dimensión 10. Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal**

Los mayores obstáculos a una discusión abierta de los errores son el miedo y la vergüenza asociados al hecho de hacer públicos los errores y la escasa confianza en que su revelación vaya a generar medidas de mejora continua de la calidad, y no amonestaciones (48). La necesidad de buscar el culpable y aplicar castigos está muy enraizada en el tejido social; aunque los miembros de una organización consigan asimilar intelectualmente una orientación no punitiva del sistema, la tendencia a buscar culpable y aplicar un castigo hace que ésta quede anulada frente a situaciones difíciles. Asociamos la comisión de un error a un culpable, porque esas son sus connotaciones sociales: el acto de cometer un error se asocia a la persona que lo realiza, y por ello dicha persona es culpable.



El primer paso para configurar una nueva mentalidad cultural debe ser la adopción de un nuevo lenguaje que secunde los esfuerzos de seguridad del paciente y elimine la culpabilidad. Berwick sugiere que las organizaciones empiecen desplazando su foco de atención desde el error a la prevención de daños, que señale al paciente como la meta de estos esfuerzos y deje de lado la búsqueda del culpable. Además del comprensible miedo al castigo, el mayor temor de las personas es el sentimiento de vergüenza que experimentarían al admitir los errores en presencia de sus colegas. Los más sensibles a los sentimientos de vergüenza son también los más propensos a omitir esta información y a no discutirla con sus compañeros. Una explicación plausible de la ocultación de información sobre errores es el aislamiento que sienten los miembros de una organización cuando suponen que son los únicos que cometen errores. Si no existe una atmósfera de transparencia para admitir la existencia de errores, puede que tampoco exista conciencia de que los demás también los cometen es responsabilidad de los directivos establecer una política explícita que promueva el hablar sobre los problemas de seguridad neutralizando la estructura jerárquica de poder (69).

- **Dimensión 11. Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.**

Son dificultades o inconvenientes que se observan en cuanto a la continuidad de la atención cuando hay cambios de turno o traslados de pacientes de un servicio a otro (45), estas situaciones implican la seguridad del paciente en los cambios de turnos, aumentan el riesgo de eventos adversos y debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad de lo habitual. Los ejemplos incluyen pacientes con el mismo apellido, ensayos de nuevos equipos y protocolos de investigación. La identificación de estas



situaciones de alto riesgo y llevarlos a la atención de todos los miembros del personal al comienzo de cada turno disminuye la probabilidad de errores y eventos adversos (67).

Establecer estrategias para la adecuada gestión de los eventos adversos graves asegure:

- Ofrecer a los pacientes y cuidadores que han sufrido un evento adverso grave Información a tiempo, clara, sincera y oportuna sobre lo que ha sucedido, así como un plan de apoyo a sus necesidades.
- Ofrecer apoyo a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso grave.
- Gestionar adecuadamente la transferencia de información a la organización y a los medios de comunicación con el fin de restablecer la confianza en la institución.
- Desarrollar acciones formativas para los profesionales y los gestores de los centros sanitarios sobre aspectos de atención a los pacientes y profesionales implicados en eventos adversos graves.
- Hacer que la persona a cargo de la unidad o área sea responsable de recoger y transmitir la información de cada turno de trabajo.
- Compartir información de seguridad con el personal de otros departamentos que trabajan con pacientes en la unidad (por ejemplo, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, etc (34) .

Situaciones que implican la seguridad del paciente en los cambios de turnos, aumentan el riesgo de eventos adversos y debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad de lo habitual. Los ejemplos incluyen pacientes con el mismo apellido, ensayos de nuevos equipos y protocolos de investigación. La identificación de estas



situaciones de alto riesgo y llevarlos a la atención de todos los miembros del personal al comienzo de cada turno disminuye la probabilidad de errores y eventos adversos (70).

- **Dimensión 12. Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.**

Lograr la excelencia en seguridad es un asunto sobre todo de creación de relaciones. Los líderes que obtienen los resultados más satisfactorios en la adopción de una cultura de seguridad son los que se basan en la confianza y la credibilidad entre los miembros de la organización, elementos que favorecen el compromiso con la visión de la misma. El modo en que los jefes se enfrentan cada día a los problemas y muestran su nivel de compromiso con la organización y con sus miembros influye en su credibilidad y en el nivel de confianza del que se hacen merecedores.

En tanto deben:

- Disponer de información: los directivos deben tener conocimiento sobre cuáles son los problemas de seguridad.
- Definir una dirección: los responsables deben esforzarse por establecer una visión y objetivos que sean significativos para los miembros de la organización y con los que éstos se sientan identificados.
- Generar interés: aquello a lo que dirigen sus energías los directivos se verá reforzado en la cultura. Los líderes deben “predicar con el ejemplo” y demostrar con sus actos que la seguridad es una prioridad corporativa.
- Desarrollar capacidades: los directivos deben asignar recursos al desarrollo de competencias a través de distintos medios, entre los que se incluyen la capacitación sobre seguridad, el desarrollo de habilidades y la formación de equipos.



- Crear sentido de la responsabilidad: los líderes deben mostrar primero su sentido de la responsabilidad antes de esperar recibirlo de los demás. Esto requiere el desarrollo de planes de acción en toda la organización, incluyendo a sus directivos, y un seguimiento rutinario de las acciones que se llevan a cabo (71).

#### 2.1.2.5.CALIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES:

Según la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud, (AHRQ) las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente se califican como (30):

- A. FORTALEZA:** Es alguna función que se realiza de manera correcta en una institución, como son ciertas habilidades y capacidades del personal con atributos psicológicos y su evidencia de competencias, también a los recursos considerados valiosos y la misma capacidad competitiva de la organización, como un logro que brinda la organización y una situación favorable en el medio social (72). Por otro lado se considera a las habilidades que se poseen y actividades que se desarrollan positivamente (73).
- B. OPORTUNIDAD DE MEJORA:** Son aquellas fuerzas de carácter externo que no son controlables por la organización, pero que representan elementos potenciales de crecimiento o mejoría, es un factor de gran importancia que permite de alguna manera moldear las estrategias de las organizaciones (72). También son consideradas como aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la empresa, y que permiten obtener ventajas competitivas (73).



**C. DEBILIDAD:** Se define como un factor considerado vulnerable en cuanto a su organización o simplemente una actividad que la institución prestadora de salud realiza en forma deficiente, colocándola en una situación considerada débil (72). También son factores que provocan una posición desfavorable para la organización, recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente (73).

#### 2.1.2.6. CLASIFICACIÓN

**A. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POSITIVA:** Es la asimilación de valores, buenas actitudes, conductas, percepciones, en la atención del paciente para disminuir todo tipo de daño y asegurar la seguridad en la institución (48).

**B. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NEGATIVA:** Es la no asimilación de valores, actitudes, conductas, percepciones, en la atención del paciente para disminuir todo tipo de daño esto implica en una debilidad para el sistema de salud (48).

### 2.2. MARCO CONCEPTUAL.

**2.2.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Para la Organización Mundial de la Salud, la seguridad del paciente es ausencia de daño real o potencial que va asociado a la atención sanitaria y que no se vincula con la necesidad por la cual el paciente acude al sistema de salud (13).

**2.2.2. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** La cultura de seguridad del paciente se define como la suma de conocimientos y las actitudes cotidianas del





equipo de salud que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud (21).

**2.2.3. CLIMA DE SEGURIDAD:** El clima de seguridad hace referencia a la visión colectiva de la seguridad del paciente dentro de una organización y que impulsa a la acción o inacción de los empleados con respecto a la seguridad (27), depende del día a día, de todo lo que ocurre en la organización y por tanto refleja el estado de la cultura de seguridad y salud de los usuarios. De hecho, puede considerarse como una medida del estado temporal de la cultura de seguridad (28).

**2.2.4. TRABAJO EN EQUIPO:** El trabajo en equipo es la cohesión, la unión de una organización, también es sinónimo de productividad, competitividad y logro de objetivos, basándose fundamentalmente en la necesidad de mejoramiento continuo (44). Trabajo en equipo en salud, consiste en proporcionar una asistencia sanitaria segura que depende de individuos altamente capacitados con roles y responsabilidades diferentes que actúan juntos para garantizar los intereses del paciente (45).

**2.2.5. COMUNICACIÓN:** Según Balderas (47) la comunicación se define como un proceso dinámico, fluido y constante en la transmisión de un mensaje dirigido a una persona o a varias, cuya recepción produce una respuesta. En salud, la comunicación es una competencia que facilita muchos otros procesos importantes para el desarrollo y crecimiento de dichas instituciones, permite resolver conflictos, recrear estrategias que rediseñen procesos administrativos o incrementar la productividad y el desempeño en cualquier área o puesto (61).



**2.2.6. GESTIÓN Y DIRECCIÓN:** La gestión en Salud representa una síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el Sector Salud para la promoción, prevención y recuperación de la salud (74). Depende de aspectos como la cultura de cada organización, la estructura organizacional adoptada, las características del contexto ambiental, la tecnología utilizada, procesos internos y otra infinidad de variables importantes (63). La dirección, es la encargada de optimizar los recursos tanto humanos, técnicos, financieros, para la ejecución de un plan, incluye desde el reclutamiento, la selección y la capacitación para la productividad en servicios de salud (47).

**2.2.7. SUPERVISIÓN:** La supervisión es un sistema importante de control en las organizaciones, la ubica como parte de la dirección (68) tiene como objetivo el desarrollo de los recursos humanos en salud, hacia el logro de la eficiencia, promover la calidad del servicio para los usuarios, proteger y apoyar el logro de los objetivos organizacionales y aplicar medidas correctivas en las desviaciones (47).

### **2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.**

Al realizar la búsqueda de la información para realizar el proyecto de investigación, se encontraron los siguientes antecedentes:



### 2.3.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.

**Un estudio realizado en España en el año 2016**, tuvo como objetivo describir las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de un hospital y la influencia de variables sociodemográficas y profesionales, el estudio fue descriptivo - transversal, se entrevistaron a 276 profesionales y auxiliares de enfermería, para la recolección de datos se usó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture en el que se consideró como fortaleza más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas. Los resultados fueron: el 59% (n = 123) calificó la seguridad entre 7 y 8, el 53% (n = 103) no realizó ninguna declaración de incidente en el último año, como fortaleza se identificó a trabajo en equipo en la unidad/servicio, y como oportunidad de mejora, dotación de personal, se obtuvo una cultura de seguridad más positiva en los servicios ambulatorios, en profesionales de enfermería y en contratación a jornada parcial. Conclusiones: El investigador determinó que el estudio ha permitido medir la cultura de la seguridad, hecho que facilitará su seguimiento y orientará las estrategias de mejora trabajando los puntos débiles y reforzando los potenciales (75).

**Otro estudio realizado en Colombia en el año 2016**, planteó el objetivo de describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel de Villeta, Cundinamarca. El estudio fue descriptivo de corte transversal, la muestra fue conformada por 81 profesionales que laboraban en dicho hospital, para la recolección de datos de utilizó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture versión española. Los resultados fueron: mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron la cultura no punitiva, el



personal, las transferencias y transiciones y el grado en que la comunicación es abierta. Conclusiones: el autor determinó que aunque el personal percibía como positivo el proceso de mejoramiento y apoyo de la administración también sentía que era juzgado si reportaba algún evento adverso (76).

**Otro estudio realizado en México en el año 2017**, tuvo el objetivo de analizar la cultura de seguridad del paciente de enfermería del Hospital de Mérida. El estudio fue descriptivo, observacional y de corte transversal, la muestra lo conformo 192 profesionales de enfermería, para la recolección de datos se usó el cuestionario válido y fiable adaptado al contexto español del Hospital Surven on Patient Safety Culture. Los resultados fueron: el clima de seguridad es aceptable con una calificación media de 6,75, el 85,4% de los participantes no han comunicado ningún evento adverso en el último año, el personal de enfermería tiene una percepción positiva sobre la Cultura de Seguridad, la fortaleza detectada ha sido el trabajo en equipo dentro de la unidad y una dimensión calificada muy positivamente es la labor de los supervisores en la seguridad del paciente. Como debilidad es considera la dotación de personal y la percepción de la seguridad del Hospital de Mérida es negativa con respecto al apoyo de la Gerencia a la Seguridad del Paciente. Conclusiones: el investigador determinó que es necesario realizar una encuesta anual o bianual con el fin de evaluar el impacto de las medidas correctoras propuestas (77).

**En un estudio realizado en Brasil en el año 2018**, tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. El estudio fue descriptivo transversal, se entrevistaron 381 funcionarios, correspondiendo a 46% del total de profesionales elegibles, para la recolección de datos se usó el cuestionario del Hospital



Survey on Patient Safety Culture aplicado en dispositivo electrónico. Los resultados fueron: la mayor parte eran mujeres (73%) del área de enfermería (50%), con contacto directo con pacientes (82%), las dimensiones “trabajo en equipo dentro de las unidades” (58%,  $\alpha=0,68$ ), “aprendizaje organizativo – mejoras continuas” (58%,  $\alpha=0,63$ ), “expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes” (56%,  $\alpha=0,73$ ), presentaron mayor positividad, nueve dimensiones tuvieron positividad baja, con destaque para respuesta no punitivas a los errores (18%,  $\alpha=0,40$ ); solamente el ítem “en esta unidad, el personal se trata con respeto” obtuvo positividad arriba de 70%, la evaluación de la seguridad del paciente en la unidad de trabajo fue positiva para 36% de los funcionarios; sin embargo, solamente 22% reportaran incidentes en el último año. Conclusión: El investigador concluyó que los hallazgos revelan fragilidades en la cultura de seguridad en el hospital, entre los cuales se destaca la culpabilización (78).

**Otro estudio realizado en Cuba en el año 2018**, tuvo como objetivo caracterizar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de los profesionales de enfermería de quirófano. El estudio fue descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 67 profesionales de enfermería que laboraban en 10 quirófanos, para la recolección de datos se usó el cuestionario del Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptada al español. Los resultados fueron: el personal de enfermería que labora en estas unidades quirúrgicas percibe un buen clima de seguridad, las fortalezas identificadas por los enfermeros hacia la cultura de seguridad fueron las dimensiones aprendizaje organizacional, apoyo a la dirección y trabajo en equipo entre unidades. Las dimensiones percibidas hacia la mejora continua fueron: trabajo en equipo en la unidad, percepción de seguridad, acciones de la dirección, problemas en el cambio de turno, retroalimentación en errores, apertura en la comunicación, frecuencia de eventos notificados y dotación del personal. La dimensión



respuesta no punitiva a los errores se percibe como una debilidad. Conclusiones: el autor determinó que el avance en esta estrategia de seguridad en todas las unidades hospitalarias de atención quirúrgica del país permitirá conocer el cambio de cultura de las organizaciones de salud en esta materia (79).

### **2.3.2. CONTEXTO NACIONAL.**

**Un estudio realizado en Lima en el año 2016,** tuvo el objetivo de determinar la cultura de seguridad del paciente en enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Dos de Mayo. El estudio fue del tipo cuantitativo, método descriptivo, la muestra estuvo conformada por 10 enfermeras, para la recolección de datos se usó la encuesta del Hospital Survey on Patient Safety Culture. Los resultados fueron: los componentes con respuestas positivas son respuesta no punitiva a los errores con 68.9%, aprendizaje organizacional para la mejora continua con 55,6% y trabajo en equipo dentro del servicio con 53.3%; acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes con 51.1%. Los componentes con respuestas negativas son, el grado de apertura de la comunicación con 88.9%, comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad con 66.7%, las dimensiones personal: suficiente disponibilidad y acción y problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno obtuvieron el 57.8% cada uno respectivamente. Conclusiones: el autor determinó que los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son el grado de apertura de la comunicación , la comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad, el personal: suficiente disponibilidad y acción y los problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno(9).



**Un estudio realizado en Junín en el año 2016**, tuvo como objetivo de describir el nivel de cultura de seguridad en el personal de salud de los servicios críticos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo. El estudio fue descriptivo no experimental, la muestra estuvo conformado por 60 profesionales de la salud considerándose médicos, enfermeros y técnicos en enfermería que laboraban en servicios críticos como unidad de cuidados intensivos y emergencia, para la recolección de datos se utilizó la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Los resultados fueron: se estratificó por edad, sexo, grupo ocupacional, servicio crítico, condición laboral y se encontró que sólo el 20% de los trabajadores califica como bueno a la cultura de seguridad del paciente, se encontró que menos del 20% de aprobación en cada dimensión .Conclusiones: el autor determinó que es necesario y urgente que la dirección y los responsables respectivos tomen medidas, enfocándose en las dimensiones de la cultura de Seguridad del Paciente (80).

**Un estudio realizado en Cusco en el año 2017**, tuvo como objetivo de determinar los factores personales y laborales que se relacionan con la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco. El estudio fue descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformado por 86 profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización, para la recolección de datos se utilizó la versión español del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Los resultados fueron: la dimensión con mayores respuestas positivas es el aprendizaje organizacional (69.2%), con mayores respuestas negativas la notificación de eventos adversos (94.2%), se registran oportunidades de mejora en relación a la percepción de seguridad, notificación, expectativas del jefe, trabajo en equipo, respuestas no punitivas a errores, dotación de personal, apoyo de la dirección y



problemas entre servicios. Conclusiones: el autor determinó que la cultura de seguridad no se percibe en esta institución, siendo los factores relacionados los años de servicio y el régimen laboral (81) .

**Un estudio realizado en Piura en el año 2018**, tuvo el objetivo de determinar la cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo, la población estuvo conformada por 43 enfermeras de los servicios de medicina y emergencia, para la recolección de datos se usó el cuestionario validado al español del Hospital Survey on Patient Safety Culture. Lo resultados fueron: respecto a las seis dimensiones; tres de ellas se perciben como negativas: frecuencia de eventos adversos notificados (46,5%); dotación de personal (48,3%) y problemas en cambio de turno (47,7%); dos de ellas se presentan como neutras: percepción de seguridad (57,4%) y expectativas y acciones de la dirección (61,6%) y solo una se muestra como positiva: trabajo en equipo en el servicio (75%). Conclusiones: el investigador determinó que la cultura de seguridad del paciente percibida por las enfermeras de los servicios de medicina y emergencia es negativa; sin embargo el estudio permitió proponer acciones de mejora en pro de la seguridad del paciente (48).

**Un estudio realizado en Lambayeque en el año 2020**, tuvo como objetivo determinar la cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docentes las Mercedes de Chiclayo. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, la muestra estuvo conformado por 121 enfermeras, para la recolección de datos se usó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality versión española. Los resultados fueron: la cultura de seguridad del paciente fue





considerada debilidad (44.31%), en dimensión resultados de cultura de seguridad del paciente se identificaron como oportunidad de mejora: frecuencia de eventos adversos (51.24%) como debilidad: percepción global (33.47%), en dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio identificaron como oportunidad de mejora: trabajo en equipo (68.80%), aprendizaje organizacional/mejora continua (61.43%), expectativas y acciones de dirección/supervisión de unidades/servicio (53.31%), y feedback y comunicación sobre errores (51.79%) como debilidad: respuestas no punitivas a errores (40.77%), comunicación franca (39.12%), apoyo de la gerencia (34.44%) y dotación del personal (29.96%). en dimensión cultura de seguridad a nivel hospitalario identificaron como debilidad: trabajo en equipo entre unidades (36.57%) problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades (34.09%). Conclusiones: el investigador concluyó que la cultura de seguridad del paciente es una debilidad; por tanto requiere reflexionar acerca la necesidad de ajustes en las estrategias de gestión y acciones para mejorar el grado de seguridad del paciente en el hospital (10).

**Un estudio realizado en Lima en el año 2020**, tuvo como objetivo general determinar el nivel de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de las áreas asistenciales de un hospital público. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, la muestra estuvo conformada por 167 profesionales, para la recolección de datos se utilizó el cuestionario sobre seguridad de pacientes de la Agency for Health Care Research and Quality versión española. Los resultados fueron: respecto a la variable cultura de seguridad se determinó que solo el 57.9% respondió de manera positiva, no alcanzando el nivel de fortaleza; las dimensiones que fueron catalogadas como fortaleza fueron trabajo en equipo dentro del área de servicio con un 85% y aprendizaje organizacional para la mejora continua con 82%, la dimensión catalogada como debilidad



fue dotación de personal con 50%. Conclusiones: el investigador concluyó que la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de un hospital público es un aspecto aún debilitado y debe ser tratado como una prioridad para mejorar y lograr el objetivo de brindar atención de calidad (82).

### **2.3.3. CONTEXTO REGIONAL.**

No se cuentan con estudios sobre cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería en nuestra región.



## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

##### 3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Descriptivo, ya que se buscó especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analizó, en este caso la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería (83).

##### 3.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

No experimental, ya que se realizó sin manipular deliberadamente la variable. Se basó fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural; transversal, ya que se hizo un corte en el tiempo para recoger la información (83).

$$M \longrightarrow O$$

Dónde:

**M:** Es la muestra de estudio que está representado por del número de licenciados de enfermería que labora en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno.

**O:** Representa la información obtenida por el instrumento de Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente.



### 3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en el distrito de Puno, provincia y departamento del mismo; ubicado en la meseta del Collao sobre los 3,827 m.s.n.m. a orillas del lago navegable más alto del mundo; el Titicaca. Tiene una extensión territorial de 460.75 Km<sup>2</sup> y una población total de 141, 064 habitantes. Debido a su ubicación en la región sur andina de la cordillera predomina el clima frígido seco (otoño e invierno) a húmedo templado (primavera y verano) (84).

La investigación se realizó en los servicios de hospitalización, servicios críticos y centro quirúrgico del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, institución pública de salud al servicio de la ciudad de Puno. Fue fundado el 15 de octubre de 1965 con domicilio legal en la av. El Sol N° 1022. El hospital atiende aproximadamente al 80% de los usuarios del servicio de salud de Puno, su ámbito de influencia se extiende a todas sus provincias y comunidades aledañas a la ciudad. Está conformada por las siguientes unidades: Cirugía general y especializada, Medicina general y especializada, Unidad de Cuidados Intensivos, Centro quirúrgico, Emergencia, Gineco – Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Alojamiento conjunto y consultorio externo. Dentro del personal de salud que labora en esta institución se tiene 107 enfermeras asistenciales, de las cuales 05 son supervisoras y 102 tienen función asistencial, dispuestas de la siguiente manera: Enfermeras de planta (94), con contrato administrativo de servicios (07), con plaza orgánica (04) y destacadas (02); quienes realizan actividades asistenciales, administrativas, de docencia e investigación (85).

El hospital cuenta con un sistema de registro de incidentes y eventos adversos, el cual es propuesto por la octava Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante



R.M N° 727 –2009/MINSA, la cual menciona como estrategia la “Implementación de Mecanismos de información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos” (86).

### **3.3.POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. LA POBLACIÓN.**

La población estuvo conformada por 80 licenciados de enfermería que laboran en servicios de hospitalización, servicios críticos y centro quirúrgico del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, ya que las características asistenciales y la interdependencia de las tareas entre estas unidades y/o servicios favorecen la interacción entre las enfermeras y por consiguiente el desarrollo de las diferentes dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

#### **3.3.2. LA MUESTRA.**

Para esta investigación se utilizó el método de muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que permite seleccionar aquellos casos accesibles que aceptaron ser incluidos en la investigación (87). La muestra se obtuvo de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería que estén laborando en servicios de hospitalización, servicios críticos y centro quirúrgico del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.
- Profesionales de enfermería que acepten ser partícipes de la investigación previa firma de consentimiento informado para la aplicación del estudio.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería que se encuentren con licencia de salud o vacaciones.



Considerando lo anterior la muestra fue conformada por 66 profesionales de enfermería, dispuestos de la siguiente manera:

### MUESTRA DE ESTUDIO

N°	SERVICIOS	MUESTRA
<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN</b>		
1	Cirugía A (Especialidades)	8
2	Cirugía B (General)	8
3	Medicina A (Especialidades)	4
4	Medicina B (General)	4
5	Pediatría	4
6	Neonatología	10
7	Gineco - obstetricia	5
<b>SERVICIOS CRÍTICOS</b>		
8	Unidad de Cuidados Intensivos	5
9	Emergencia	8
<b>CENTRO QUIRÚRGICO</b>		
10	Centro Quirúrgico	10
<b>TOTAL</b>		66

*Fuente: Jefatura de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno 2019.*

### 3.4.VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ÍNDICES
<p><b>CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b></p> <p>Es el resultado de percepciones, actitudes y comportamientos del profesional de enfermería que determina la seguridad del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia de eventos notificados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia de errores con potencial para dañar al paciente.</li> <li>Frecuencia de errores sin potencial para dañar al paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nunca</li> <li>Casi nunca</li> <li>A veces</li> <li>Casi siempre</li> <li>Siempre</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percepción de seguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prioridad para la seguridad del paciente.</li> <li>Efectividad de los procedimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muy en desacuerdo</li> <li>En desacuerdo</li> <li>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</li> <li>De acuerdo</li> <li>Muy de acuerdo.</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio.</li> <li>Trabajo en equipo entre unidades o servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo</li> <li>Respeto</li> <li>Solidaridad</li> <li>Cooperación.</li> <li>Adaptación laboral.</li> <li>Coordinación entre áreas o servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muy en desacuerdo</li> <li>En desacuerdo</li> <li>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</li> <li>De acuerdo</li> <li>Muy de acuerdo</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado de apertura a la comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Libertad para hablar de los riesgos.</li> <li>Cuestionar decisiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nunca</li> <li>Casi nunca</li> <li>A veces</li> <li>Casi siempre</li> <li>Siempre</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación e información al personal sobre los errores en el servicio o unidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de la dirección</li> <li>Errores ocurridos</li> <li>Cambios efectuados</li> </ul>		



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.</li> <li>• Personal: suficiencia, disponibilidad y gestión.</li> <li>• Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud proactiva,</li> <li>• Acciones para mejorar</li> <li>• Evaluación del impacto</li> <li>• Disponibilidad del personal</li> <li>• Organización.</li> <li>• Interés de la dirección</li> <li>• Ambiente laboral de Seguridad.</li> <li>• Actitud reactiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy en desacuerdo</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Muy de acuerdo</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal</li> <li>• Tránsito de pacientes o cambios de turno</li> <li>• Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso negativo de la información sobre errores</li> <li>• Temor a las represalias laborales.</li> <li>• Pérdida de información.</li> <li>• Problemas durante los cambios de turno.</li> <li>• Tránsito de pacientes entre servicios o unidades.</li> <li>• Información retroactiva</li> <li>• Capacidad de escucha</li> <li>• Grado de interés del jefe o supervisor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy en desacuerdo</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Muy de acuerdo</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>





### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

#### **3.5.1. TÉCNICA:**

La técnica que se utilizó para desarrollar este proyecto fue la encuesta, con la finalidad de conocer la cultura de seguridad desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

#### **3.5.2. INSTRUMENTO:**

El instrumento que se aplicó fue el cuestionario denominado “Cultura de seguridad del paciente” (Anexo C).

Este instrumento fue originalmente elaborado en el año 2003 por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ) en los Estados Unidos, en el año 2006 fue traducido por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Español junto con el grupo de investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia (23). Para el presente estudio, el instrumento utilizado se extrajo de la investigación realizada por Martínez en Lima para la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (9).

El cuestionario está dividido en dos partes, la primera contempla el título y las instrucciones y la segunda parte está conformado por 42 ítems, fue auto administrado por el personal de enfermería de forma anónima y la duración del llenado fue aproximadamente 15 minutos.

Los 42 ítems se agruparon entre sí para formar y responder a las dimensiones de la siguiente manera:



## DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

DIMENSIÓN	NOMBRE DE DIMENSIÓN	ÍTEMS
<b>Dimensión 1</b>	Frecuencia de eventos notificados	40, 41, 42.
<b>Dimensión 2</b>	Percepción de seguridad	10, 15, 17, 18.
<b>Dimensión 3</b>	Trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio.	1, 3, 4, 11
<b>Dimensión 4</b>	Trabajo en equipo entre las unidades o servicios.	24, 26, 28, 32
<b>Dimensión 5</b>	Grado de apertura de la comunicación.	35, 37, 39
<b>Dimensión 6</b>	Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.	34, 36, 38
<b>Dimensión 7</b>	Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.	6, 9, 13
<b>Dimensión 8</b>	Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.	2, 5, 7, 14
<b>Dimensión 9</b>	Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.	23, 30, 31
<b>Dimensión 10</b>	Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.	8, 12, 16
<b>Dimensión 11</b>	Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.	25, 27, 29, 33
<b>Dimensión 12</b>	Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.	19, 20, 21, 22

**Fuente:** Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ).

Estas dimensiones fueron agrupadas en 5 componentes para responder a los objetivos específicos de esta investigación, como se procede a continuación:



### DIMENSIONES AGRUPADAS EN COMPONENTES

COMPONENTES	DIMENSIONES
CLIMA DE SEGURIDAD	1 Y 2
TRABAJO EN EQUIPO	3 Y 4
COMUNICACION	5 Y 6
DIRECCION Y GESTION	7, 8 Y 9
SUPERVISION	10, 11 Y 12

*Fuente: Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ).*

Sobre los 42 ítems, cada uno de ellos fueron respondidos mediante la escala Likert, marcando con una (x) en los recuadros que cada profesional considere la respuesta correcta según su percepción, las categorías varían según se muestran en el siguiente cuadro:

### CATEGORÍAS SEGUN ITEMS

ÍTEMS/ÍNDICE	1	2	3	4	5
DEL ÍTEM 1 AL 33	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
DEL ÍTEM 34 AL 42	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

*Fuente: Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ).*

#### 3.5.2.1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.



El cuestionario denominado “Cultura de Seguridad del Paciente” fue elaborado por la Agencia para la Investigación de Salud y Calidad (AHRQ) de Estados Unidos en el año 2003, en donde se realizó la validez y la confiabilidad mediante coeficiente alfa de Crombach y sus resultados oscilaron entre 0,50 a 0,8971 demostrando ser entre aceptable y excelente (23). En el año 2006 fue traducido por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España en donde decidieron determinar la consistencia interna de cada una de las dimensiones, calculando el Alfa de Crombach, encontrando que en todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a excelente (88).

En el Perú, el Ministerio de Salud y la Agencia norteamericana de cooperación internacional (USAID) a través de la ejecución del proyecto “Infecciones Zero” en los años 2010-2012, aplicaron el cuestionario de cultura de seguridad del paciente en hospitales nacionales como el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Instituto Nacional de Salud del Niño, hospitales de ESSALUD, FAP y en el sector privado en donde previamente dicho instrumento fue adaptado a los servicios y/o unidades (89), también fue validado por Núñez (10) en donde la confiabilidad se calculo en base al Alfa de Crombach concluyendo en un valor de 0.98 con lo que la confiabilidad del instrumento quedo comprobada.

En Lima, fue validado y empleado en un estudio denominado “Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2015” de autoría correspondiente a Martínez (9), quien realizo la validez de instrumento mediante un juicio de expertos contándose con 8 especialistas en el área de enfermería para su aprobación, el valor obtenido tiene un  $p < 0.05$  por lo tanto existe concordancia y es significativa, sobre la confiabilidad se realizó



a través del Alfa de Crombach evaluando la fiabilidad de cada una de sus dimensiones con valores de entre 0.65 a 0.88 demostrando ser de aceptable a excelente (9).

### ALFA DE CROMBACH APLICADO A CADA DIMENSIÓN

DIMENSIÓN	ALFA DE CROMBACH
Percepción de seguridad	0.65
Frecuencia de eventos notificados	0.88
Trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio	0.82
Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes	0.84
Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.	0.68
Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.	0.81
Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad	0.73
Grado de apertura de la comunicación	0.66
Trabajo en equipo entre las unidades o servicios	0.73
Personal: suficiencia, disponibilidad y gestión	0.64
Problemas en la transferencia de pacientes o cambios de turno	0.74
Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal	0.65



***Fuente:** Martínez Chuquitapa, Vanessa Lucy. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2016.*

### **3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Los datos se obtuvieron en función de los objetivos propuestos por esta investigación, es por ello que se siguió los siguientes pasos plasmados a continuación:

#### **3.6.1. COORDINACIÓN.**

- Se realizó coordinaciones con la Decana de la Facultad de Enfermería para el inicio de trámites para la ejecución del presente trabajo de investigación.
- Se envió por escrito un documento solicitando la carta de presentación a la decanatura de la Facultad de Enfermería dirigido al director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, para poder ejecutar el presente trabajo de investigación en dicha institución.
- Se presentó la carta de presentación emitida por la Facultad de Enfermería al director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón con el objetivo de obtener la autorización.
- Se coordinó con la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación con la finalidad de obtener la autorización de la jefa del Departamento de Enfermería a fin de obtener su venia para la ejecución del trabajo de investigación.

#### **3.6.2. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.**

Una vez obtenida la autorización y realizado los trámites correspondientes se procedió a la ejecución de la investigación de la siguiente manera:



- Se solicitó la participación de los licenciados de enfermería que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado, guardando la confidencialidad de las mismas.
- Se hizo la entrega del cuestionario en forma personal, con el fin de controlar cualquier situación imprevista en un ambiente propicio y confidencial, para mayor comodidad de su desarrollo, explicándoles el procedimiento para el llenado de datos, el tiempo aproximado para responder los cuestionarios fue de 15 minutos, se brindó la orientación del mismo.
- En oportunidades se entregaba los cuestionarios a los licenciados de enfermería para que la devolución se haga en días posteriores ya que la falta de tiempo no les permitía llenar las encuestas en el turno donde se realizaba la recolección de datos.
- Así mismo, se realizó el control de calidad según el llenado de cuestionarios, identificado que todas se encuentren correctamente desarrollados y codificadas, según a la entrega de cuestionarios, y consecuente finalización de recolección de datos.

#### **3.6.2.1.CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO.**

Para determinar la cultura de seguridad del paciente se procedió de la siguiente manera:

- Primero se recodificaron las respuestas positivas, neutras o negativas de cada dimensión, de acuerdo con el siguiente esquema:



## RECODIFICACIÓN DE CATEGORÍAS

NEGATIVO	NEUTRAL	POSITIVO
Muy en desacuerdo, En desacuerdo/ Nunca, Casi nunca.	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo / A veces.	De acuerdo, Muy de acuerdo / Casi siempre, Siempre.

*Fuente: Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ).*

- Luego se realizó el análisis de frecuencias relativas por ítems en donde se mantuvieron las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invirtió la escala de los ítems que están formuladas en sentido negativo a sentido positivo. Se muestra a continuación los ítems formulados en negativo según cada dimensión:

### ÍTEMES FORMULADOS EN NEGATIVO SEGUN DIMENSIONES

CLIMA DE SEGURIDAD		
<b>Dimensión 1</b>	Frecuencia de eventos notificados	Ninguno
<b>Dimensión 2</b>	Percepción de seguridad	10, 17
TRABAJO EN EQUIPO		
<b>Dimensión 3</b>	Trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio.	Ninguno
<b>Dimensión 4</b>	Trabajo en equipo entre las unidades o servicios.	24, 28
COMUNICACIÓN		
<b>Dimensión 5</b>	Grado de apertura de la comunicación.	39
<b>Dimensión 6</b>	Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.	Ninguno





---

### GESTIÓN Y DIRECCIÓN

---

<b>Dimensión 7</b>	Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.	Ninguno
<b>Dimensión 8</b>	Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.	5, 7, 14
<b>Dimensión 9</b>	Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.	31

---

### SUPERVISIÓN

---

<b>Dimensión 10</b>	Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.	8, 12, 16
<b>Dimensión 11</b>	Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.	25, 27, 29, 33
<b>Dimensión 12</b>	Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.	21, 22

---

*Fuente: Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ).*

- Se calcularon las frecuencias relativas para conocer el valor final con la siguiente formula:

$$\frac{\sum \# \text{ de respuestas positivas o negativas o neutras en los ítems de una dimensión}}{\# \text{ de respuestas totales en los ítems de una dimensión.}}$$

- Finalmente obtenido los porcentajes , las dimensiones se calificaron de acuerdo al siguiente cuadro:



## CALIFICACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

RANGO	CALIFICACIÓN
$\geq 75\%$ de respuestas positivas a ítems formulados en positivo.	<b>FORTALEZA</b>
$\geq 50\%$ de respuestas negativas a ítems formulados en positivo.	<b>DEBILIDAD U OPORTUNIDAD DE MEJORA</b>

*Fuente:* Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ).

### 3.7.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

#### 3.7.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Después de la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- Se enumeró las encuestas y se organizó los datos para el procesamiento estadístico.
- La información fue procesada en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel, luego se usó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25 para adquirir las tablas de doble entrada y gráficos.

#### 3.7.2. ANÁLISIS DE DATOS.

Para interpretar y analizar los resultados se utilizó:

- La estadística descriptiva porcentual para responder al objetivo general (Gráfico 1) y objetivos específicos (Gráficos 2, 3, 4, 5 y 6).

## CAPÍTULO IV

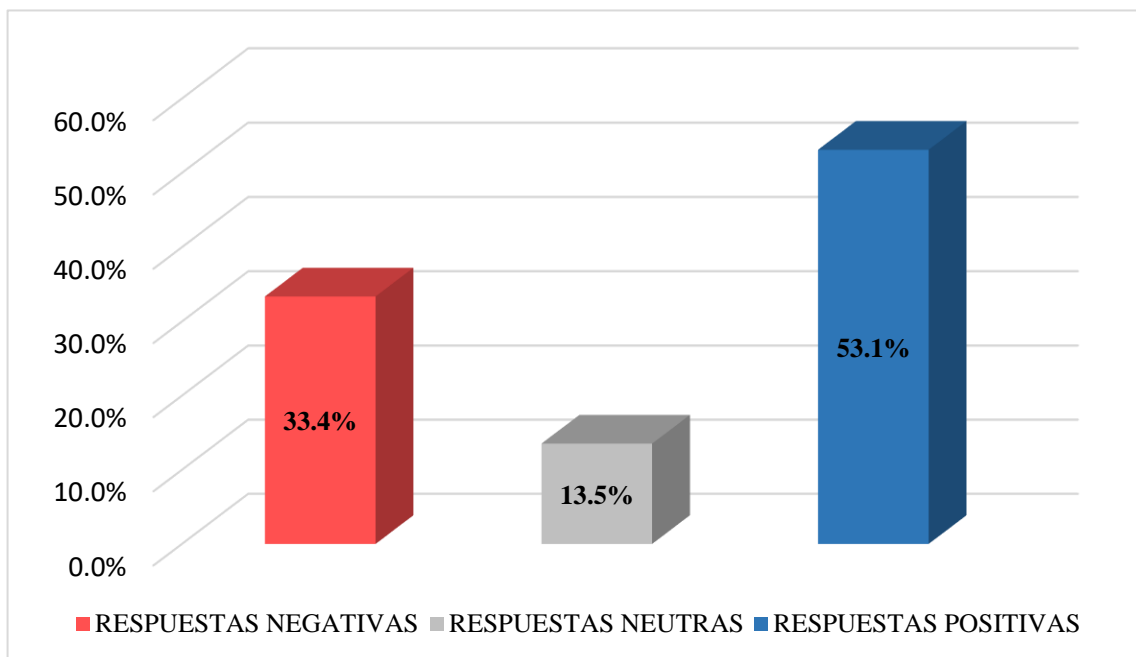
### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

##### O.G.

#### GRÁFICO 1

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2019.



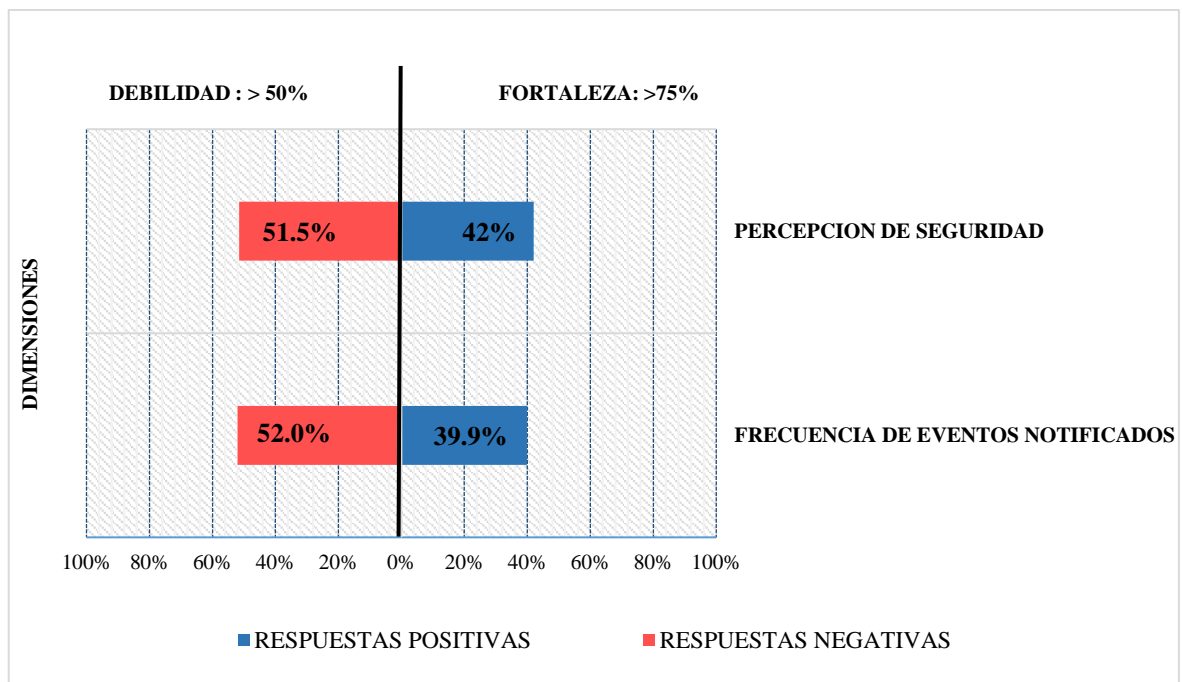
*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

En el gráfico 1 se muestra la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019, se observa que del total de enfermeras encuestadas el 53.1% tiene una percepción de una cultura de seguridad positiva y el 33.4% una cultura de seguridad negativa.

O.E. 1

GRÁFICO 2

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN EL CLIMA DE SEGURIDAD DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2019.



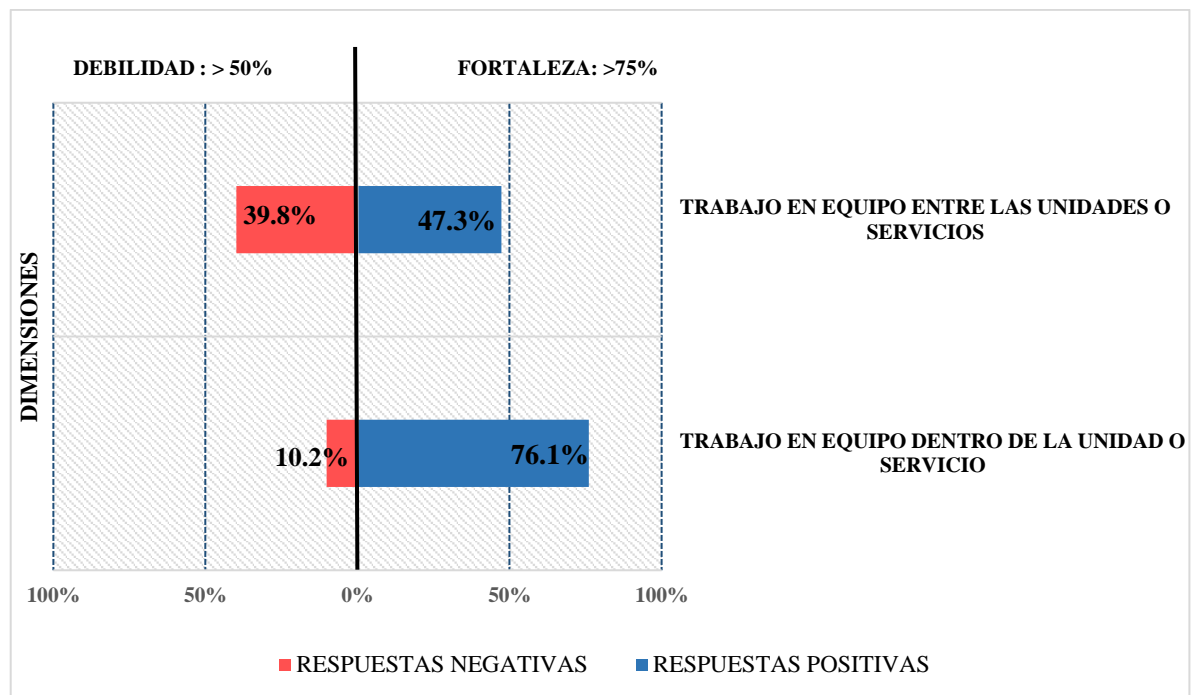
*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

En el gráfico 2 se observa que la dimensión “percepción de seguridad” obtuvo 51.5% de respuestas negativas y la dimensión “frecuencia de eventos notificados” obtuvo 52% de respuestas negativas conllevando a ambos ser debilidades para la cultura de seguridad del paciente.

## O.E. 2

### GRÁFICO 3

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN EL TRABAJO EN EQUIPO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2019.



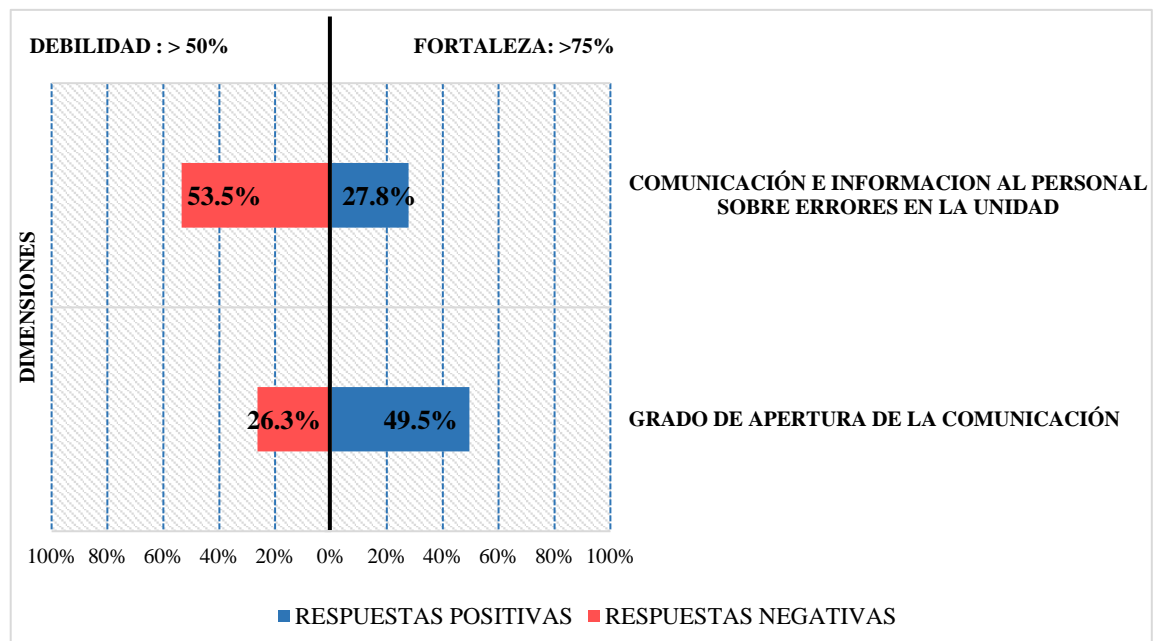
*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

En el gráfico 3 se muestra que la dimensión “trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio” es una fortaleza para la cultura de seguridad del paciente ya que obtuvo 76.1% de respuestas positivas y la dimensión “trabajo en equipo entre unidades o servicios” adquirió 47.3% de respuestas positivas, valor que no le permite ser fortaleza.

O.E. 3

GRÁFICO 4

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA COMUNICACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2019.



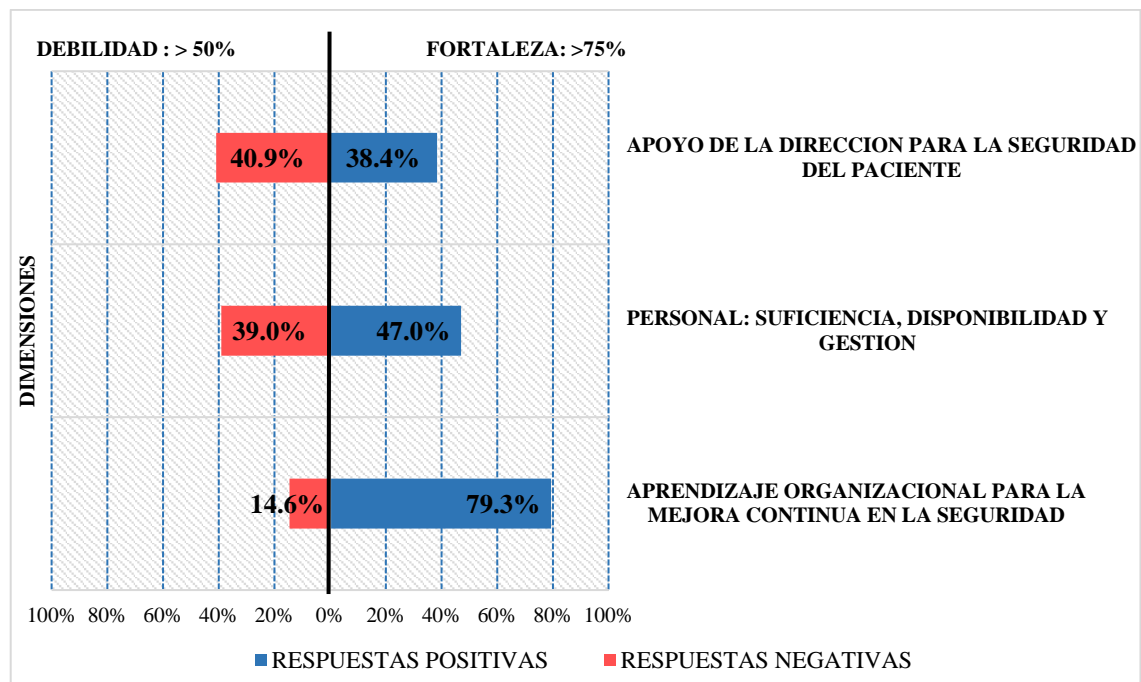
*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

En el gráfico 4 se observa que la dimensión “comunicación e información al personal sobre errores en la unidad” obtuvo el 53.5% de respuestas negativas resultando en una debilidad para la cultura de seguridad del paciente y la dimensión “grado de apertura de la comunicación” adquirió 49.5% de respuestas positivas valor que no le permite ser fortaleza.

O.E. 4

GRÁFICO 5

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA GESTIÓN Y DIRECCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2019.



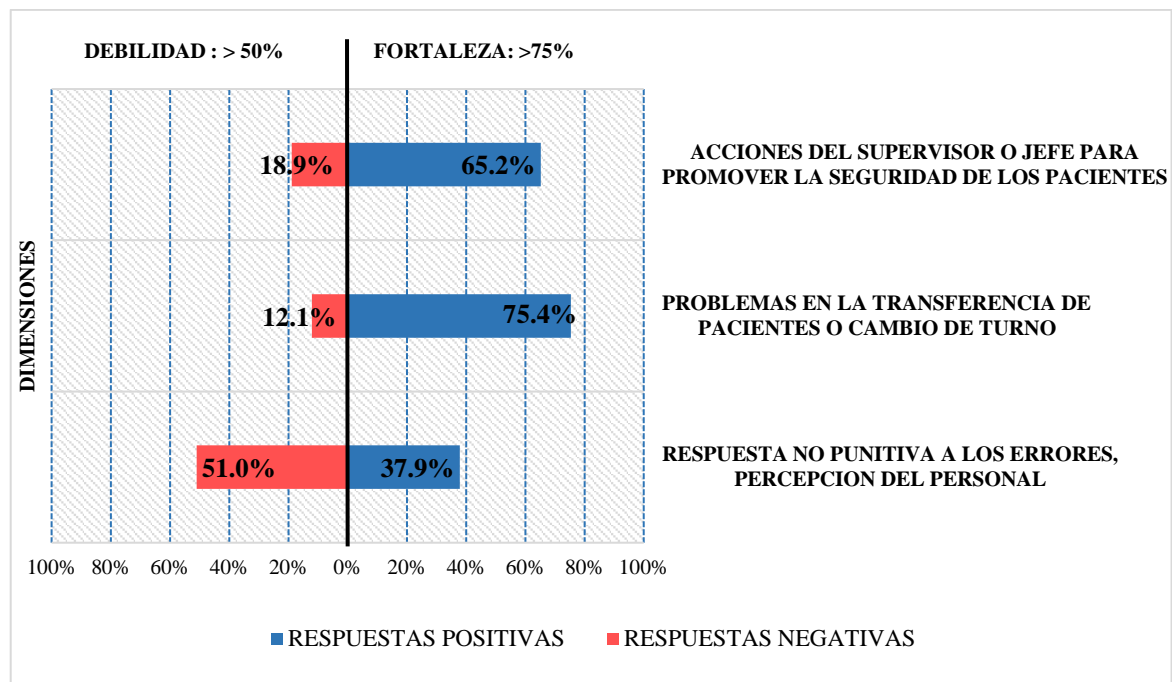
*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

En el gráfico 5 se observa que la dimensión “aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad” obtuvo 79.3% de respuestas positivas siendo así una fortaleza para la cultura de seguridad del paciente, la dimensión “apoyo de la dirección para la seguridad del paciente” obtuvo un 40.9% de respuestas negativas y la dimensión “personal: suficiencia, disponibilidad y gestión”, adquirió un 47% de respuestas positivas, no alcanzando los valores para ser debilidad y fortaleza respectivamente.

O.E. 5

GRÁFICO 6

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA SUPERVISIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2019.



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

En el gráfico 6 se muestra que la dimensión “problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno” obtuvo 75.4% de respuestas positivas siendo una fortaleza para la cultura de seguridad del paciente, la dimensión “respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal” adquirió en total un 51.0% de respuestas negativas siendo una debilidad para la institución y la dimensión “acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes” obtuvo 65.2% de respuestas positivas valor que no le permite ser fortaleza.





## 4.2. DISCUSIÓN.

Después de analizar la literatura y confrontarlo con los hallazgos estadísticos, se determinó la evidencia científica que a continuación se especifica:

En el gráfico 1 se mostró que la mayoría de profesionales de enfermería tienen una percepción de la cultura de seguridad del paciente positiva; la cultura de seguridad del paciente es el 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 atención en salud (22). Cieza (82) señala que las características de una cultura positiva es una cultura de la información, del reporte, del aprendizaje, justa y flexible del cual se afirma que los profesionales de enfermería tienen una cultura flexible en donde la organización y las personas que la componen son capaces de adaptarse a la necesidad de cambio.

Esta investigación coincide con los estudios realizados por Cieza (82) y Martínez (9) quienes concluyen que la cultura de seguridad del paciente es positiva; no obstante, es un aspecto aún debilitado y debe ser tratado como una prioridad para mejorar y lograr el objetivo de brindar atención de calidad, guardando similitud con el resultado de la investigación; pero, cabe resaltar que uno de los autores realizó su investigación solo en enfermeras que laboran en centro quirúrgico y recuperación y el otro uso una muestra de 167 profesionales. Sin embargo, difieren con Núñez (10) autor que determinó que la cultura de seguridad del paciente es negativa dado que existe la necesidad de ajustes en las estrategias de gestión y acciones para mejorar el grado de seguridad del paciente en el hospital, esta diferencia probablemente se deba a que la gestión y dirección realiza actividades dirigidas a mejorar la salud del paciente (tabla 4).



En suma la cultura de seguridad del paciente positiva se caracterizan por una comunicación abierta la cual está sentada en la confianza mutua, también se califica por la presencia de gestión del riesgo, por percepciones comunes acerca de la importancia de la seguridad, el aprendizaje organizacional y la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

En el gráfico 2 se observó que la mayoría de los profesionales de enfermería perciben como debilidad a la dimensión “frecuencia de eventos notificados” debido a que no se registran y/o reportan aquellos errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente y los que previsiblemente no van a dañar al paciente (tabla 1).

Este hallazgo concuerda con Aguilar (48), Pariona (90) y Martínez (9) quienes sustentan que no se notifica los eventos adversos que pueden ocurrir en los servicios debido a que las enfermeras no han asimilado la trascendencia que tiene la notificación, dicha situación es de suma preocupación ya que existe la probabilidad de seguir cometiendo los mismos errores sin poder corregirlos, guardando semejanza con este estudio; sin embargo se contradice con Núñez (10) y Cieza (82), autores que encontraron una tendencia positiva débil de notificación, no obstante, Da Costa (91) y Vasco (77) detectaron percepciones positivas en consecuencia de las orientaciones constantes sobre la importancia de los registros y su notificación correcta y completa, contraría probablemente ya que son investigaciones realizadas en México y Brasil.

En efecto la frecuencia de notificación de eventos adversos ayuda a mejorar la seguridad del paciente, cuya instauración nos permite identificar las causas y factores de



riesgo en los cuidados del personal de enfermería (32), por consiguiente, si no se optimiza esta estrategia los eventos serán susceptibles a ser repetidos(10), serán factores latentes en las organizaciones, las mismas que al coincidir en un momento dado, pueden producir los accidentes; situación que nos refiere como institución/sistema y nos compromete a todos como conjunto a tomar las medidas preventivas adecuadas para evitar los errores futuros que repercutan en accidentes.

En el mismo gráfico, se observa la dimensión “percepción de seguridad” como una debilidad, en vista de que el personal de enfermería refiere tener problemas con la seguridad del paciente, se compromete por hacer más trabajos y los procedimientos y medios no son efectivos para evitar errores en la atención (tabla 1).

Los hallazgos de esta investigación son semejantes a Martínez (9) quien concluyó que la percepción de seguridad es una debilidad, es por ello que una institución de salud debe buscar estratégicamente mejoras continuas a nivel de notificación de errores, comunicación horizontal, y capacitación continua. En tanto, Cieza (82), Puma (81) y Vasco (77) discrepan de este hallazgo con resultados positivos y Núñez (10) concluyó que la carga laboral y la estructura organizacional del trabajo del equipo de enfermería son consideradas factores del entorno laboral asociado a la calidad y seguridad del cuidado otorgado.

En suma, la percepción de seguridad débil puede ser explicado por la carga laboral alta que trae consigo requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometida la enfermera en la jornada laboral; manifiestan signos de fatiga, cansancio y esto puede repercutir en su salud como también en la salud del paciente (37). Así mismo, los factores



contributivos para que se desencadene un evento adverso se encuentra en el ambiente como la deficiente iluminación, hacinamiento, deficiencias en infraestructura, entre otras lo que conlleva a la inseguridad en la atención, es por ello la importancia de una infraestructura nueva acorde a nivel de atención y capacidad resolutive (92).

Seguidamente se muestra en el gráfico 3, que la mayoría del personal de enfermería percibe la dimensión “trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio” como fortaleza, en virtud de que el personal se apoya mutuamente, colaborando como un equipo y con trato respetuoso (tabla 2).

Este resultado coincide con las investigaciones presentadas a nivel nacional por Núñez (10)(68), Orkaizaguirre (93) y Vasco (77), quienes concluyeron que el trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio es una fortaleza debido a que esta colaboración y comunicación entre enfermeras es un mecanismo esencial que permite la disminución del error en cultura de seguridad, por ende, los resultados de esta colaboración son siempre positivos y beneficiosos para el paciente. No se contrapone a ningún antecedente de esta investigación.

También se muestra la dimensión “trabajo en equipo entre unidades o servicios” que adquirió mayoritariamente un porcentaje positivo, esto se debe a la cooperación y coordinación que existe entre servicios sin embargo refieren presentar incomodidad al trabajar con personal de otro servicio (tabla 2).

Este hallazgo guarda relación con Martínez (9), Núñez (10) y Espinoza (68) quienes señalan que el trabajo en equipo entre unidades y servicios favorece la seguridad



del paciente; sin embargo, no se asemeja a los trabajos de Cieza (82) y Vasco (77) quienes determinaron que el trabajo en equipo entre servicios era débil señalando que la coordinación y cooperación entre los servicios no se daba adecuadamente, y podría deberse a un enfoque de trabajo poco integrado para la salud del paciente puesto que el proceso de enfermedad y recuperación incluye el paso de éste por distintos servicios, difiriendo en este aspecto con los resultados obtenidos.

En esencia, un buen trabajo en equipo representa un trabajo único y singular, proveedor de una dinámica de relaciones que por lo general se consolida de forma espontánea, generando, muchas veces, conflictos, que si se resuelven mal, pueden hacer que el trabajo se convierta en una jornada de sufrimiento y malestar generando insatisfacción laboral (94). Es por ello, que se habla sobre la individualidad como una consecuencia de fracaso en trabajo en equipo ya que se limita en ver únicamente diferencias e individualidades los cuales se manifiestan concentrándose en ser únicos, en hacer las cosas a su propia manera, en destacar, en competir obstaculizando el trabajo en equipo (95).

Seguidamente en el gráfico 4 se muestra la dimensión “grado de apertura de la comunicación” con mayor porcentaje positivo, debido a que el profesional de enfermería ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad y no tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien; sin embargo, el personal se no se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (tabla 3).



Este hallazgo es similar a trabajos de Orkaizaguirre (93) y Vasco (77) quienes sustentan que el grado de apertura de la comunicación no es una debilidad, tampoco una fortaleza concluyendo a que la presencia de eventos adversos se debe a fallas en la comunicación. Sin embargo, difiere con Cieza (82), Núñez (10), Martínez (9), Pariona (90), Díaz (96) y Espinoza (68) autores que determinaron que es un punto débil para la seguridad del paciente y por ello es importante que se favorezca la participación de los trabajadores en el análisis de las causas raíz de los eventos adversos y en los proyectos de mejora de la calidad destinados a la solución de los problemas de seguridad, convirtiéndose en mecanismos para obtener sus opiniones y así favorecer la comunicación.

En consecuencia, aún existen grandes obstáculos para una comunicación más horizontal, asertiva, honesta y no punitiva, situación difícil que debe atender la dirección de la institución en general (29); por ende, si esta dimensión adquiere el carácter de debilidad, la enfermera obtendrá el pasivo inhibido que se da en personas que no defienden sus propios derechos si para ello tienen que dejar de lado los de los demás esto quiere decir que aparentemente respetan a los demás, pero en realidad no se respetan a sí mismos y suelen anteponer los deseos y las opiniones de los otros a los suyos propios (97).

También se observa que el profesional de enfermería mayormente percibe a la dimensión “comunicación e información al personal sobre errores en la unidad o servicio” como una debilidad debido a que manifiestan que no se les informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que han notificado, no se les informa de los



errores que ocurre en el servicio, sin embargo, discuten como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir (tabla 3).

Esta clasificación se asemeja a los estudios realizados por Martínez (9), Pariona (90) autores quienes determinaron que la comunicación e información al personal sobre errores es una debilidad, por lo que se incide en la importancia de mejorar los niveles de comunicación interna dentro del personal de la institución, sin embargo, se contradice con, Núñez (10), Puma (81), Díaz (96), Espinoza (68), en donde se determina como fortaleza para la cultura de seguridad del paciente.

En efecto, esto podría ser explicado como debilidad debido a que la mala comunicación trae más problemas de eventos adversos y riesgos inesperados en seguridad del paciente y el personal de salud. Es por ello, que la información complementa la comunicación, da un paso más en las relaciones entre las personas y profesionales, si no existiera esta complementariedad las consecuencias serían ansiedad, cuidados de enfermería de baja calidad afectando la salud de los pacientes, la satisfacción de las enfermeras con su trabajo disminuiría, ineficaz trabajo en equipo y estrés laboral o síndrome de burnout en dichos profesionales (98).

Se observa en el gráfico 5 que el profesional de enfermería percibe a la dimensión “aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad” como fortaleza, a causa de que la dirección y gestión realiza actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir y después de introducir cambios para mejorar la seguridad y evaluar su efectividad (tabla 4).

Este hallazgo coincide con los estudios realizados por Cieza (82), Núñez (10), Martínez (9), Orkaizaguirre (93), quienes concluyeron que la dimensión es una fortaleza a causa de que el aprendizaje organizacional tiene como fruto la seguridad del paciente,



debido a que las personas desarrollan sus capacidades de crear, adquirir y poder transmitir sus conocimientos, además de modificar sus patrones de conducta para que puedan reflejar los nuevos conocimientos e ideas.

Por lo tanto, se puede afirmar que el personal de enfermería no alcanzara su máximo rendimiento si no se gestionan y comparten conocimientos, es por ello que el aprendizaje organizacional con la participación de todos los miembros de una institución sanitaria, desarrollan sus capacidades de crear, adquirir y poder transmitir sus conocimientos, además de modificar oportunamente sus patrones de conducta (99). Esto puede atribuirse a que se tiene que instaurar un plan de mejora continua dirigido por líderes que impacta en la cultura de seguridad de la organización, identificando y reduciendo los riesgos en forma proactiva usando los datos para definir y atender prioridades y demuestra mejoras (100).

Por otro lado, la dimensión “personal: suficiencia, disponibilidad y gestión” obtuvo mayoritariamente un porcentaje positivo, debido a que se puede proporcionar la mejor atención al paciente por más que la jornada laboral sea agotadora, no se tiene personal de sustitución o eventual del que no es conveniente para el cuidado del paciente y tampoco se trabaja bajo presión; en cambio, no se cuenta con el suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (tabla 4).

Dicho hallazgo se contradice con Núñez (10), Aguilar (48) y Martínez (9) quienes concluyeron que la dimensión es una debilidad debido a que lo consideran el factor más negativo en relación a la seguridad del paciente ya que no existe un buen balance entre el número de pacientes y el número de personal, poniendo en riesgo la seguridad del paciente en diversos aspectos, concordando con esta investigación.





En ese sentido se puede afirmar que la seguridad del paciente y la dotación de enfermeras son dos caras de la misma moneda ya que es de suma necesidad de que quienes toman las decisiones asignen un número adecuado de enfermeras para cada institución prestadora de salud a nivel regional, con formación, habilidades y experiencia, esto no solo es fundamental para la seguridad del paciente sino que también puede reducir el costo del tratamiento de condiciones evitables asociadas a la atención de salud; por otro lado, las causas del agotamiento laboral en profesionales de enfermería son las mismas que producen la insatisfacción de los pacientes con respecto a la atención que reciben y pueden resolverse mejorando la dotación de personal (101).

Sobre la dimensión “apoyo de la dirección para la seguridad del paciente” obtuvo mayormente respuestas negativas del profesional de enfermería, en vista que la dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso, no obstante, la dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente y las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (tabla 4).

Dicho hallazgo se asemeja a los estudios realizados a nivel nacional por Núñez (10), Díaz (96) y Puma (81) quienes lo clasifican como una debilidad debido a que las enfermeras muestran descontento ante las políticas de la gerencia y la gestión de personal, las mismas que son percibidas negativamente para la seguridad del paciente: sin embargo, se contradice con Cieza (82) quien obtuvo resultados con tendencia positiva pero manifiesta que es un área que requiere mejora reflejando la baja percepción por parte del



personal con respecto a las acciones de la gerencia del hospital para promover un clima de seguridad adecuado.

De tal manera, los resultados encontrados muestran que si se quiere desarrollar una cultura de seguridad del paciente positiva, las organizaciones deben encontrar nuevas formas de superar la brecha existente entre directivos y personal de atención al paciente. Los primeros necesitan ser capaces de generar confianza y credibilidad en el personal de salud, conocer los problemas de primera mano, mientras que el personal de atención requiere de un canal que le permita poder expresar sus inquietudes por los temas de seguridad (10)

Finalmente, se muestra en el gráfico 6 que el personal de enfermería percibe mayormente a la dimensión “respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal” como debilidad, debido a que cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema y el personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes; empero, si los compañeros de trabajo o superiores se enteran de que has cometido algún error, no lo utilizan en contra (tabla 5).

Este hallazgo tiene similitud a los estudios realizados por Díaz (96), Puma (81) y Espinoza (68) quienes demostraron que esta dimensión es una debilidad debido a que se concluyó que existe el miedo de las enfermeras a notificar errores por temor a actitudes punitivas, situación que los autores explican se repite en su contexto a pesar del apoyo a la seguridad del paciente y el clima de seguridad de sus hospitales. Se contradice con Martínez (9) Orkaizaguirre (93) y Vasco (77) quienes consideran que respuesta no punitiva a los errores es un aspecto relevante para la reducción de riesgos y



consiguientemente alcanzar la seguridad del paciente, siendo relevante implementar estrategias que permitan mejorar aspectos como que los compañeros o los superiores utilicen en contra la información respecto a algún error cometido, búsqueda de culpables y el demérito en el trabajo.

Frente a lo estipulado, el mayor impedimento para avanzar en la prevención de errores es castigar al personal por equivocarse debido a que no ayuda a que el personal de enfermería notifique todo tipo de eventos adversos (aquellos que causan daño evidente y los que no), disminuyendo la capacidad de adquirir un aprendizaje organizacional, sin embargo tampoco es recomendable que la cultura no punitiva sea llevado hasta niveles absurdos (102).

Respecto a la dimensión “problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno”, el personal de enfermería percibe que es una fortaleza, debido a que la información no se pierde cuando son trasladados de un servicio a otro, durante los cambios de turno, no es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital y tampoco afecta a los pacientes (tabla 5).

Este hallazgo se asemeja a los estudios realizados por Cieza (82), Pariona (90) y Espinoza (68) quienes demostraron que la dimensión solo adquirió un porcentaje positivo alto a causa de que se refleja la falta de reforzamiento en esta área referida a la importancia de la información que es relevante acerca de los pacientes y que se puede perder o desvirtuar si no se siguen protocolos establecidos, no guardando similitud con el resultado de este estudio. Se contradice con Núñez (10), Díaz (96), Martínez (9) y Aguilar (48) quienes encontraron poco menos de la mitad de respuestas positivas a causa de la



presencia de barreras como problemas comunicacionales, dificultades generadas por el número de pacientes, la poca disponibilidad del tiempo, impidiendo que se realice una adecuada transferencia y generando que la información se sesgue llegando incompleta.

Por lo tanto, los resultados encontrados muestran que el cambio de turno es un momento que garantiza la continuidad del cuidado y la seguridad de paciente en que el profesional de enfermería transfiere la responsabilidad de los pacientes y lo que ha realizado en su turno a otro que llega (103). El traslado intrahospitalario se realiza a otra unidad hospitalaria, de manera puntual o momentánea, para realizar una prueba diagnóstica o de intervención, siempre que se realice en el interior de las instalaciones del hospital donde se encuentra ingresado el paciente (104). Sin embargo, existen barreras que constituyen una de las principales causas de la aparición de incidentes, tales como errores de medicación, estancias hospitalarias más prolongadas, toma de pruebas de diagnóstico innecesarias, e insatisfacción del paciente.

Por último, la dimensión “acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes” obtuvo mayormente respuestas positivas, a causa de que el supervisor hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos, tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente y cuando la presión del trabajo aumenta el supervisor prioriza la seguridad del paciente y no pasa por alto problemas de seguridad en los pacientes (tabla 5).

El resultado de esta dimensión se asemeja a las investigaciones de Cieza (82), Orkaizaguirre (93) y Vasco (77); quienes demuestran que esta dimensión es una fortaleza



aludiendo que el supervisor de enfermería tienen un papel clave a la hora de establecer y mantener la cultura de seguridad del paciente en sus unidades y centros, ya que pueden favorecer la involucración de las enfermeras que resultan cruciales en este procesos. Se contradice con Aguilar (48) y Espinoza (68) quienes adquirieron resultados negativos concluyendo que la supervisión no favorece completamente un clima de trabajo que promueva la seguridad del paciente, esto se le puede atribuir a que no existe confianza y credibilidad entre los miembros de la organización (9).

En efecto, para que las acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes sean fortalezas en una organización, este debe de cumplir con: poseer conocimiento sobre cuáles son los problemas de seguridad, deben de esforzarse para establecer una visión y objetivos con los que se encuentren identificados los profesionales de enfermería, deben predicar con el ejemplo demostrando con sus actos que la seguridad es su prioridad, asignar recursos al desarrollo de competencias sobre seguridad y tener sentido de responsabilidad.



## V. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Los profesionales de enfermería en su mayoría perciben una cultura de seguridad del paciente positiva, hecho en el que se manifiesta la asimilación de valores, buenas actitudes, conductas, en la atención del paciente para disminuir todo tipo de daño y asegurar la seguridad de la atención.

**SEGUNDA:** Respecto al clima de seguridad, las dimensiones “frecuencia de eventos notificados” y “percepción de seguridad” son debilidades para la cultura de seguridad del paciente, ya que el personal de enfermería refleja las deficiencias en cuanto a notificación de eventos adversos y la deficiente seguridad.

**TERCERA:** Sobre el trabajo en equipo, la dimensión “trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio” es una fortaleza para la cultura de seguridad del paciente en vista de que el personal de enfermería lo practica en base al apoyo mutuo, colaboración y respeto.

**CUARTA:** Referente a la comunicación, la dimensión “comunicación e información al personal sobre errores en la unidad o servicio” es una debilidad para la cultura de seguridad debido a que el personal de enfermería realiza de manera deficiente la retroalimentación de información.

**QUINTA:** En gestión y dirección, la dimensión “aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad” es una fortaleza para la cultura de



seguridad del paciente por lo que el personal de enfermería se caracteriza por su empoderamiento en temas de seguridad.

**SIXTA:** En cuanto a la supervisión, la dimensión “respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal” es una debilidad en vista de que el profesional de enfermería tiene temor hacia la culpabilización y el desmerito al cometer algún error y sobre la dimensión “problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno” es una fortaleza debido a que el personal de enfermería realiza de forma adecuada la entrega de turno y transferencia de pacientes.



## **VI. RECOMENDACIONES**

### **A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO.**

- Realizar el seguimiento del proyecto “Fortalecimiento de la capacidad resolutoria del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno” que actualmente se encuentra en proceso de arbitraje para su pronta culminación, en coordinación con el gobierno regional y congresistas de nuestra región.
- Tomar en cuenta los resultados de este estudio, para promover cambios dirigidos y coordinados entre la Oficina de Gestión de la Calidad y el área de enfermería, y así implementar estrategias en la organización de trabajo a nivel interno de los servicios y a nivel de todo el hospital, con el fin de mejorar la cultura de seguridad del paciente.

### **A LA JEFATURA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO.**

- Coordinar con las jefaturas de enfermería de las unidades y servicios para la conformación de objetivos de mejora y conformación de comités de calidad por cada servicio para unificar criterios y promover la cultura de seguridad en la institución.
- Gestionar capacitaciones para el profesional de enfermería acerca del registro, notificación y análisis de incidentes y eventos adversos.

### **A LA FACULTAD DE ENFERMERIA.**

- Profundizar la enseñanza de la cultura de seguridad del paciente en el curso de Gerencia de servicios de salud, por consiguiente, evaluar aptitudes académicas en el estudiante como es la comunicación y el trabajo en equipo.





### **A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA.**

- Realizar investigaciones correlacionando la influencia de la respuesta punitiva a los errores con la frecuencia de notificación de incidentes y eventos adversos.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Columbie Pileta M, Ramos Suárez V, Morasen Robles E. Inseguridad del paciente y uso inadecuado de tecnologías sanitarias: Consecuencias sociales. Rev Cuba Tecnol la Salud [Internet]. 2016;3(7):15–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72316>
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 19]. Available from: [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
3. Instituto de Medicina. Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro. Comité de. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. Washington, D.C.: Prensa de la Academia Nacional; 2000.
4. Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente: Mayor conocimiento para una atención más segura. [Internet]. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008. 11 p. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica [Internet]. Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos. Ginebra, Suiza; 2010. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)
6. Makary MA, Daniel M. Error médico: la tercera causa principal de muerte en los EE. UU. BMJ. 2016;353(May):1–5.
7. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud [Internet]. Lima, Perú; 2009. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>



8. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: Programa adelante [Internet]. Ginebra, Suiza; 2005. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Martínez Chuquitapa VL. Cultura de seguridad del paciente , en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo . Lima 2015. 2016;93.
10. Nuñez Samaniego EI. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú - 2018. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020.
11. Castañeda-Hidalgo H, Hernández Garza R, González Salinas JF. Percepción de la cultura de seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Cienc y enfermería. 2013;19(2):77–88.
12. Rivas Varillas MM. Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los enfermeros en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. [Internet]. Universidad Señor de Sipán; 2020. Available from: [https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7867/RivasVarillas%20Marylin Malvina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7867/RivasVarillas%20Marylin%20Malvina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Periodo 2015 - 2020 [Internet]. Madrid, España; 2016. Available from: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/EstrategiaSeguridad del Paciente 2015-2020.pdf?cdnv=2](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/EstrategiaSeguridaddelPaciente2015-2020.pdf?cdnv=2)
14. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [cited 2021 Jan 21]. Available from:



- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
15. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2017;28(5):785–95.
  16. Torres Manrique B. *Fundamentos de la seguridad del paciente*. Cantabria, España;
  17. Marquez Fernandez X. Reporte sobre seguridad del National Quality Forum [Internet]. *La Gaceta de AMI*. 2013 [cited 2021 Jan 28]. Available from: <https://boletindeanestesiologia.wordpress.com/2013/09/01/reporte-de-seguridad/>
  18. Da Silva Gama ZA, De Souza Oliveira AC, Sarurno Hernández PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals Cultura de segurança do paciente e fatores associados em uma rede de hos. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(2):283–93.
  19. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. *La seguridad del paciente en siete pasos* [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España; 2005. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp5.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf)
  20. Ministerio de Salud. *Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente* [Internet]. *Diario el Peruano*. 2008 [cited 2021 Jan 28]. Available from: <https://es.slideshare.net/norabalto/nt-seguridad-del-paciente>
  21. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. *Cultura De Seguridad Del Paciente Por Personal De Enfermería En Bogotá, Colombia*. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 13];17(3):97–111. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717->



95532011000300009&script=sci\_arttext&tlng=en

22. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria de rondas de seguridad del paciente para la gestion de riesgo en la atencion de salud. [Internet]. Lima, Perú; 2020. Available from: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM\\_163-2020-MINSA\\_Y\\_ANEXOS.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF)
23. Sorra J, Gray L, Streagle S. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. Vol. 9, AHRQ Publication. United states.; 2016. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
24. Espinal Garcia MT, Yepes Gil LM, Garcia Gomez LF. Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos basicos. Universidad CES de Medellin; 2010.
25. Vitolo F. Cultura de Seguridad [Internet]. Biblioteca virtual Noble. Noble Compañía de Seguros; 2016. Available from: [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/02062016.7.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/02062016.7.pdf)
26. Garcia E. Garantizar la calidad: Un sueño posible. In: 24° Foro Internacional OES [Internet]. Bogota - Colombia; 2015. Available from: <https://oes.org.co/foros-antteriores/#1489525331927-0ac6f7d6-c9a0>
27. Lúcia A, Simões DA, Barichello E, Barbosa MH. Factores asociados con el clima de seguridad en un hospital de Método. 2015;23(5):880–7.
28. GASEME. Clima de seguridad versus cultura de seguridad [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 10]. Available from: <https://geseme.com/clima-de-seguridad-versus-cultura-de-seguridad-y-salud-es-lo-mismo/>
29. Reyes C. Analisisde la Cultura de Seguridad del Paciente aplicada en la Clinica Las Americas [Internet]. 2013 [cited 2019 Jul 1]. Available from: [http://www.um.es/calidadsalud/archivos/2013/TFM\\_MARTINEZ REYES.pdf](http://www.um.es/calidadsalud/archivos/2013/TFM_MARTINEZ REYES.pdf).



30. Ministerio de Sanidad y Política. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. España, Madrid: 2009; 2009.
31. Brennan T. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 2014;324.
32. Ministerio de Salud. Sistema de registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas. [Internet]. Directiva Sanitaria N 005-IGSS/V.01 Lima, Perú; 2016. Available from: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/seguridad/DS\\_005\\_IG\\_SSV1.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/seguridad/DS_005_IG_SSV1.pdf)
33. Solis D. Cultura de Seguridad del paciente del Personal de Enfermería en Instituciones de III Nivel en Bogotá. [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 1]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8606/1/535656.2010.pdf>
34. Arango P. Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente en un Hospital de Antioquia [Internet]. Universidad CES. Medellín; 2013. Available from: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/Evaluacion\\_Cultura\\_Seguridad.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/Evaluacion_Cultura_Seguridad.pdf).
35. Comisión de Salud de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente. 2009;
36. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Seguridad en el trabajo [Internet]. Instituto. Vol. VI, Universidad Internacional de la Rioja. Madrid, España: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2011. 304 p. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/599872/Seguridad+en+el+trabajo/e34d1558-fed9-4830-a8e3-b0678c433bb1>
37. Guerrero Hernández L, Huaman Sialer C, Manrique Rosas C. Carga laboral y actitud del profesional de enfermería hacia el familiar del paciente hospitalizado



- en la unidad de cuidados intensivos adultos de una clinica privada. [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Available from: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/718/Carga\\_GuerreroHernandez\\_Leidy.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La carga laboral se puede,incapaz de satisfacer todas las](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/718/Carga_GuerreroHernandez_Leidy.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La carga laboral se puede,incapaz de satisfacer todas las)
38. Enfermería Blog. Procedimientos de enfermería [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 9]. Available from: <https://enfermeriablog.com/procedimientos/#:~:text=Los procedimientos de Enfermería persiguen,la praxis enfermera%2C sujeta a>
39. Caja Costarricense de Seguro Social. Manual de procedimientos de enfermería [Internet]. Vol. 1, Seguro Social. Costa Rica; 2014. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
40. Real Academia de la Lengua Española. Casualidad [Internet]. [cited 2021 Feb 12]. Available from: <https://dle.rae.es/casualidad>
41. Gutiérrez Vega R. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. Rev CONAMED [Internet]. 2007;12. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2007/con072b.pdf>
42. Significados. Problema [Internet]. Significados.com. 2019 [cited 2021 Feb 12]. Available from: <https://www.significados.com/problema/>
43. Elsevier Conect. Los tres factores principales que influyen en la seguridad del paciente [Internet]. Elsevier.com. 2019 [cited 2021 Feb 12]. Available from: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-factores-que-influyen-en-la-seguridad-del-paciente#:~:text=Los riesgos específicos para la,accidentes relacionados con el equipamiento.>
44. Ayoví-Caicedo J. Trabajo en equipo: clave del éxito de las organizaciones. Rev Científica Ciencias económicas y Empres [Internet]. 2019;4:58–76. Available



- from: <https://fipcaec.com/index.php/fipcaec/article/download/39/41/>
45. Cooper J. Research and development in patient safety [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 1]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/00b4/a49217a4b2a97fdb3a5fb360e6b923540631.pdf>
  46. Ruiz Casas NR. Actitud de la enfermera asistencial hacia el trabajo en equipo, Hospital Regional Manuel Nuñez Butron, Puno - 2017. Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
  47. Balderas Pedrero M de la L. Administración de los servicios de enfermería. 7° edición. Mc Graw Hill Education, editor. Mexico; 2015.
  48. Aguilar Albán AE. Cultura de Seguridad del paciente segun percepcion de las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia - ESSALUD Piura Febrero 2018 [Internet]. Universidad Nacional de Piura; 2018. Available from: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1148/CIE-AGU-ALB-18.pdf?cv=1&isAllowed=y&sequence=1>
  49. Wikipedia. Apoyo mutuo [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 17]. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Apoyo\\_mutuo](https://es.wikipedia.org/wiki/Apoyo_mutuo)
  50. Gestión. ¿Cómo podemos potenciar al máximo el trabajo en equipo? [Internet]. Diario Gestión. 2015 [cited 2021 Feb 12]. Available from: <https://gestion.pe/tendencias/management-empleo/potenciar-maximo-equipo-71547-noticia/>
  51. Wikipedia. Respeto [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 17]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Respeto>
  52. Real Academia de la Lengua Española. Respeto [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb





- 17]. Available from: <https://dle.rae.es/respeto>
53. Significados. Solidaridad [Internet]. Significados.com. 2021. Available from: <https://www.significados.com/solidaridad/>
54. World Vision. Por qué la solidaridad es una virtud y cómo explicarla a los niños [Internet]. worldvision.bo. 2020. Available from: <https://www.worldvision.bo/blog/ppor-que-la-solidaridad-es-una-virtud-y-como-explicarla-a-los-ninos>
55. Ramón Escobar D del C. Organización y coordinación en administracion de emnpresas [Internet]. Gestipolis. 2013 [cited 2021 Feb 22]. Available from: [gestipolis.com/organizacion-y-coordinacion-en-administracion/](https://gestipolis.com/organizacion-y-coordinacion-en-administracion/)
56. Conocimientos administrativos. Estructura organizacional [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <http://datos-administrativos.blogspot.com/2013/07/estructura-organizacional.html#:~:text=La función básica de la,balanceados en el grupo social.&text=Se refiere a los distintos,implantar en un organismo social.>
57. Oxfam Intermón. Cooperación: definición, retos y victorias [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://blog.oxfamintermon.org/cooperacion-definicion-retos-y-victorias/>
58. Wikipedia. Coopeeración [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Cooperación>
59. Díaz Oviedo A. Adaptación y estrés laboral en el personal de las unidades médico-quirúrgicas. RICS H Rev Iberoam las Ciencias Soc y Humanísticas [Internet]. 2014;2(3):30. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/312962809\\_Adaptacion\\_y\\_estres\\_laboral\\_en\\_el\\_personal\\_de\\_las\\_unidades\\_medico-](https://www.researchgate.net/publication/312962809_Adaptacion_y_estres_laboral_en_el_personal_de_las_unidades_medico-)



- \_quirurgicas\_Adaptation\_and\_work-related\_stress\_in\_medical-surgical\_staff\_units/link/58a65479aca27206d9a79dff/download
60. Calle OV. Adaptación laboral: Factor clave para el rendimiento y la satisfacción en el trabajo. *Cult Educ y Soc* [Internet]. 2011;2(1):171–5. Available from: [https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/946/pdf\\_166](https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/946/pdf_166)
  61. Melchor C, García O. Comunicación laboral: una propuesta estratégica para facilitar el quehacer de los equipos de trabajo. *Enseñanza e Investig en Psicol* [Internet]. 2016;21(2):183–94. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29248181009.pdf>
  62. Diario Independiente de Contenido de Enfermería. La comunicación: pieza fundamental de enfermería [Internet]. *Enfermeria 21*. 2020 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-comunicacion-pieza-fundamental-para-la-enfermeria-DDIMPORT-036608/>
  63. Mastrapa Y, Del Pilar Gibert Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016;32(2016):1–13. Available from: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/detail/detail?vid=1&sid=253e4306-f25a-4000-ae6c-681567fe714e%40sessionmgr4009&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=123900810&db=a9h>
  64. *significados.com*. Significado de FOB - Qué es, Concepto y Definición [Internet]. *Significados.Com*. 2013 [cited 2019 Jun 27]. p. 1. Available from: <https://www.significados.com/retroalimentacion/>
  65. Chiavenato I. *Gestión del talento humano*. Mc Graw Hill, editor. 2012.



66. Stable Rodriguez Y. Modelo de aprendizaje organizacional para organizaciones de información Stable Rodriguez Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud [Internet]. Revista Cubana de informacion de Ciencias de la salud. 2015 [cited 2019 Jun 27]. Available from: <http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/130>
67. Gama Z. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados a una red de hospitales públicos . Lima-Perú. 2013;3:283–93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf>.
68. Espinoza Ramos YI. Cultura de seguridad del paciente por profesionales de Enfermería en el Hospiatl Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco - 2014. Universidad de Huánuco; 2016.
69. Ubeda SRG. ¿ Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente ? Revista de Calidad Asistencial. 2015. p. 7–10.
70. Flores-villavicencio E, Troyo-sanrom R, Barbosa AV, Vega-l G. Ansiedad y estres en la practica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel de atención. Rev Electron Psicol [Internet]. 2010;01(33):1–17. Available from: <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art1Vol13No1.pdf>
71. Ministerio de Salud MINSa. Gestión del riesgo en la seguridad del paciente. 2018; Available from: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/seguridad/Presentacion\\_2.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/seguridad/Presentacion_2.pdf)
72. Ponce H. La matriz FODA : una alternativa para realizar diagnósticos y determinar estrategias de intervención en las organizaciones productivas y sociales. Contrib a la Econ. 2006;16.



73. Oña Adriana PC, Vega Ruth KA. Importancia del analisis FODA para elaboracion de estrategias en organizaciones americanas, una revision de la ultima decada. Univ las Fuerzas Armadas Espec. 2018;1(1):10.
74. UNMSM. Acerca de gestion en salud [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 26]. Available from: [http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/?page\\_id=13](http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/?page_id=13)
75. Mir-abellán R, Falcó-Pegueroles A, De la Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. 2016;31(2):145–9.
76. López Pinzón V, Puentes Vega MA, Ramírez AL. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un Hospital Público de Primer Nivel en el Municipio de Villeta. Universidad del Rosario. Universidad del Rosario; 2016.
77. Vasco Gonzales I. Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del Hospital de Merida. Universidad de Extremadura; 2017.
78. Freire Galvao T, Couteiro Lopes MC, Carrilho Oliva CC, De Almeida Araújo ME, Tolentino Silva M. Cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Rev Latino-Am Enferm. 2018;26.
79. Pérez Bolaños L. Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad del quirófano [Internet]. Vol. 22, Investigacion en Enfermería Imagen y Desarrollo. La Haban, Cuba; 2020. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/344062801\\_Percepcion\\_de\\_enfermeria\\_Una\\_mirada\\_actual\\_a\\_la\\_cultura\\_de\\_seguridad\\_en\\_el\\_quirofano](https://www.researchgate.net/publication/344062801_Percepcion_de_enfermeria_Una_mirada_actual_a_la_cultura_de_seguridad_en_el_quirofano)
80. Chucos Carhuallanqui KR. Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de los servicios críticos del hospital regional docente clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”-Huancayo 2016. Universidad César Vallejo. Universidad Cesar Vallejo; 2016.



81. Puma Espirilla JS. Cultura de Seguridad por el paciente por el profesional en enfermería en los servicios del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Univ San Agustín Arequipa [Internet]. 2017;1–104. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8777/ENMpuesjs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
82. Cieza Herrera MI. Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de los servicios de hospitalización de un hospital público, 2019. Repos Inst - UCV [Internet]. 2020;1–70. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/38783>
83. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación. 6ta edición. Interamericana Editores, editor. Vol. (5)2, McGraw-Hill. Mexico; 2014.
84. Instituto de Estadística e Informática INEI. Demografía - Puno [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 21]. Available from: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/poblacion/>
85. Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno. Misión, Visión, Valores y Principios Estratégicos [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 20]. Available from: [hospitalregional-mnbpuno.gob.pe/?p=47](http://hospitalregional-mnbpuno.gob.pe/?p=47)
86. Ministerio de Salud MINSA. Vigilancia De Incidentes Y Eventos Adversos [Internet]. Vol. 11, Lima Perú CT. 2009 [cited 2019 Jul 11]. p. 315–6600. Available from: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/seguridad/Presentacion\\_6.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/seguridad/Presentacion_6.pdf)
87. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017;35(1):227–32. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>



88. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Vol. 131, Medicina Clínica. Madrid, España; 2009 [cited 2019 Jun 13]. Available from: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)
89. Ministerio de Salud. Proyecto Infecciones Zero [Internet]. Lima y Callao; 2010 [cited 2019 Jun 23]. Available from: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1352\\_MINSA1519.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1352_MINSA1519.pdf)
90. Pariona Rosas SL. Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos quemados-Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2018. Available from: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/23105/Pariona\\_RSL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/23105/Pariona_RSL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
91. Da Costa DB. Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal en servicios hospitalarios en enfermería. Vol. 40. Universidad de Sao Paulo; 2014.
92. Almanza Calderin D, Sanchez Riquett L. Impacto de la infraestructura de las instituciones de salud en la seguridad del paciente [Internet]. Vol. 3. Universidad de Córdoba; 2020. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
93. Orkaizagirre A. La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias. Universidad de Zaragoza; 2016.
94. Borges de Melo M, Alves Barbosa M., de Souza PR. Satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería: revisión integradora. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2011;19(4):1–10. Available from: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
95. Paucara Condori M. Factores laborales influyentes del trabajo en equipo de enfermería; servicios de cirugía del hospital de clínicas gestión 2011 [Internet].



- Universidad Mayor San Andres; 2012. Available from:  
<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/3996/TM-779.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
96. Diaz Meza LL, Zegarra Manrique LS. Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del Hospital III Yanahuara, Arequipa – 2013 [Internet]. Universidad Nacional San Agustin; 2016. Available from:  
<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1711>
97. Parra de Parraga E, Rodolfo Rojas L, Arapé E. Comunicación y conflicto: El arte de la negociación. *Rev Cient Electron ciencias gerenciales*. 2008;(2):17–35.
98. Alguacil M, Escamilla-fajardo P. La importancia de la comunicación en enfermería. 2018;(January). Available from:  
[https://www.researchgate.net/profile/Mario-Alguacil/publication/326148320\\_La\\_importancia\\_de\\_la\\_comunicacion\\_en\\_enfermeria/links/5b3b53a34585150d23f2444b/La-importancia-de-la-comunicacion-en-enfermeria.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mario-Alguacil/publication/326148320_La_importancia_de_la_comunicacion_en_enfermeria/links/5b3b53a34585150d23f2444b/La-importancia-de-la-comunicacion-en-enfermeria.pdf)
99. Barrera Ramirez L, Barredo Baqueiro GA. La importancia del aprendizaje organizacional en una institucion en la ciudad de Mérida Yucatan. 2018;(noviembre):1–21.
100. Costa Mendez A. El liderazgo fundamentado en el aprendizaje organizacional y la gestion del conocimiento - el caso de la escuela de enfermería de Riverao Preto de la Universidad de Sao Paulo en el apbordaje del fenomeno de las drogas. 2004;
101. Saltos Rivas M, Perez Cardoso CN, Suarez Mella R, Linares Giler SM. Analisis de la carga laboral del personal de enfermería, segun gravedad del paciente. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 29];34. Available from:  
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2170/366>



102. Ministerio de Sanidad y Consumo España. Mejorando la seguridad de los pacientes en los hospitales: de las ideas a la acción. Madrid, España; 2002.
103. Rodríguez Gonzales P. Seguridad del paciente durante el cambio de turno en cuidados intensivos neonatales. :1-4.
104. Escalera Franco LF. Protocolo de traslado intrahospitalario. Ciber Rev [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 29]; Available from: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2013/pagina7.html>





# ANEXOS



**ANEXO A: MATRÍZ DE CONSISTENCIA: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2019.**

TÍTULO	OBJETIVOS	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.</p>	<p><b>General:</b> Determinar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>Identificar fortalezas y debilidades en el clima de seguridad de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.</p> <p>Reconocer fortalezas y debilidades en el trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.</p> <p>Precisar fortalezas y debilidades en la comunicación de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.</p> <p>Reseñar fortalezas y debilidades en la gestión y dirección de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.</p> <p>Precisar fortalezas y debilidades en la supervisión de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de eventos notificados.</li> <li>• Percepción de seguridad.</li> <li>• Trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio.</li> <li>• Trabajo en equipo entre las unidades o servicios.</li> <li>• Grado de apertura de la comunicación.</li> <li>• Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad o servicio.</li> <li>• Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.</li> <li>• Personal: suficiencia, disponibilidad y gestión.</li> <li>• Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.</li> <li>• Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.</li> <li>• Problemas en la transferencia de pacientes o cambios de turno.</li> <li>• Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.</li> </ul>	<p><b>TIPO:</b> Cuantitativo.</p> <p><b>NIVEL:</b> Descriptivo.</p> <p><b>DISEÑO:</b> No experimental, transverso.</p> <p><b>MUESTRA:</b> La muestra está conformada por 66 licenciados en enfermería.</p> <p><b>TÉCNICA:</b> Encuesta.</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b> Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente.</p> <p><b>MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS:</b> Uso del estadístico IBM SPSS STATISTICS 25.</p>



## ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TITULO: Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019.**

Yo estoy de acuerdo en participar en la presente investigación, cuyo objetivo es determinar la cultura de seguridad desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019. **Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.** Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA: ...../...../.....



**ANEXO C: INSTRUMENTO**

**CUESTIONARIO**

**TITULO: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

ENCUESTA N° .....

**I. PRESENTACION:**

Estimado (Sr.) (Sra.) (Srta.) Lic.

La presente encuesta tiene como objetivo obtener información sobre la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2019.

**II. INSTRUCCIONES.**

Los siguientes ítems hacen referencia a la percepción de la cultura de seguridad del paciente, contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos. Por favor marcar con una (X) sobre el recuadro que usted considere la respuesta indicada. Tener en consideración que:

N°	ITEMS	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DEACUERDO
		1	2	3	4	5
1	El personal se apoya mutuamente.					
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4	En este servicio nos tratamos con respeto.					
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.					
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10	Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.					
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema.					
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.					
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16	El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.					



17	En el servicio tenemos problemas con la seguridad del paciente.					
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.					
19	Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
20	Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
21	Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.					
22	Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.					
23	La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
24	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.					
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro.					
26	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.					
27	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.					
28	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.					
29	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital.					
30	Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
31	La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.					
32	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.					
33	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital.					

N°	ITEMS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
		1	2	3	4	5
34	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad.					
36	Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio.					
37	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
38	En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.					
39	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien.					



40	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
41	Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
42	Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

**GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO, SU PARTICIPACION ES MUY UTIL PARA IMPLEMENTAR MEJORAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**



## ANEXO D: CARTA DE PRESENTACIÓN



"Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad"

Puno, 24 de setiembre de 2019

OFICIO N° 761-2019-D-FE-UNA.

Señor Dr.  
Stalin Ramos Ramos  
Director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno

Ciudad

**ASUNTO: SOLICITO BRINDAR FACILIDADES PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS.**

Es grato dirigirme a su despacho, para expresarle un cordial saludo a nombre propio y de la Facultad de Enfermería - Universidad Nacional del Altiplano Puno; asimismo, solicito a su despacho se brinde las facilidades del caso a la egresada HELEN YASMIN CHOQUEHUANCA ALVARO, quien ejecutará en su prestigiosa institución el proyecto de investigación titulado "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO - 2019", fungiendo como Directora de tesis la Dra. Rosenda Aza Tacca.

Agradeciendo su amable atención, expreso los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

Dra. Lita Flores de Quispe  
DECANATA  
FACULTAD DE ENFERMERIA

C.c.  
Archivo  
TFQ/jsf.

Dra. Guadalupe Serruto de Sotomay  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO  
CEEP 4135 - CEP 10377





## ANEXO E: DOCUMENTO DE PRESENTACION DE TESIS



REGION DE SALUD PUNO  
"HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ BUTRON"  
UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACION Y DOCENCIA  
Jr. Ricardo Palma N° 120 – Telefax: 351021 – Telef.: 369696 – 367777

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Puno, 10 de Octubre del 2019.

OFICIO N° 23/ -2019 – UADI - HR "MNB"-PUNO.

Señora Lic.:

GUADALUPE SERRUTO DE SOTOMAYOR.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.

Presente.-

ASUNTO: Presentación de Tesista.

Es grato dirigirme a usted para saludarle y **PRESENTAR** al señorita **Helen Yasmín CHOQUEHUANCA ALVARO** alumna de la Universidad Nacional del Altiplano – Carrera Facultad de Enfermería, quien realizara el Trabajo de Investigación Titulado: **"CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO - 2019"**, con Autorización de su Jefatura, a partir de la fecha. Se solicita brindar las facilidades del caso.

Es propicia la oportunidad para expresarle mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,

MBA/RDB.  
C.C.A



Dra. J. MARTA BEJAR ARONI  
JEFE DE UADI  
CMP. 105/O RNE. 12129



## ANEXO F: TABLAS

**TABLA 1**

### FRECUENCIAS PARA EL CLIMA DE SEGURIDAD

DIMENSIÓN 1 - FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS							
N°	ITEMS	Nunca, Casi nunca.		A veces.		Casi siempre, Siempre.	
		N°	%	N°	%	N°	%
40 (+)	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	52	78.79	5	7.58	9	13.64
41 (+)	Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	42	63.64	5	7.58	19	28.79
42 (+)	Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	9	13.64	6	9.09	51	77.27
DIMENSIÓN 2 - PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD							
N°	ITEMS	Muy en desacuerdo, En desacuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		De acuerdo, Muy de acuerdo	
		N°	%	N°	%	N°	%
10 (-)	Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.	45	68.18	12	18.18	9	13.64
15 (+)	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	35	53.03	2	3.03	29	43.94
17 (-)	En el servicio tenemos problemas con la seguridad del paciente.	11	16.67	1	1.52	54	81.82
18 (+)	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.	38	57.58	2	3.03	26	39.39

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.*

**TABLA 2**

**FRECUENCIAS PARA EL TRABAJO EN EQUIPO**

<b>DIMENSIÓN 3 - TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LA UNIDAD O SERVICIO.</b>							
N°	ITEMS	Muy en desacuerdo, En desacuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		De acuerdo, Muy de acuerdo	
		N°	%	N°	%	N°	%
1 (+)	El personal se apoya mutuamente en el servicio.	9	13.64	6	9.09	51	77.27
3 (+)	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	6	9.09	11	16.67	49	74.24
4 (+)	En este servicio nos tratamos con respeto.	5	7.58	10	15.15	51	77.27
11 (+)	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	7	10.61	9	13.64	50	75.76
<b>DIMENSIÓN 4 - TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LAS UNIDADES O SERVICIOS.</b>							
N°	ITEMS	Muy en desacuerdo, En desacuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		De acuerdo, Muy de acuerdo	
		N°	%	N°	%	N°	%
24 (-)	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.	37	56.06	10	15.15	19	28.79
26 (+)	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.	31	46.97	8	12.12	27	40.91
28 (-)	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.	27	40.91	4	6.06	35	53.03
32 (+)	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	20	30.30	12	18.18	34	51.52

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.*

**TABLA 3**  
**FRECUENCIAS PARA LA COMUNICACION**

<b>DIMENSIÓN 5 - GRADO DE APERTURA DE LA COMUNICACIÓN.</b>							
N°	ITEMS	Nunca, Casi nunca.		A veces.		Casi siempre, Siempre.	
		N°	%	N°	%	N°	%
35 (+)	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad.	7	10.61	18	27.27	41	62.12
37 (+)	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	36	54.55	13	19.70	17	25.76
39 (-)	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien.	40	60.61	17	25.76	9	13.64
<b>DIMENSIÓN 6 - COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN AL PERSONAL SOBRE LOS ERRORES EN LA UNIDAD.</b>							
N°	ITEMS	Nunca, Casi nunca.		A veces.		Casi siempre, Siempre.	
		N°	%	N°	%	N°	%
34 (+)	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	49	74.24	9	13.64	8	12.12
36 (+)	Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio.	48	72.73	11	16.67	7	10.61
38 (+)	En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	9	13.64	17	25.76	40	60.61

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.*

**TABLA 4**

**FRECUENCIAS PARA LA GESTIÓN Y DIRECCIÓN**

<b>DIMENSIÓN 7 - APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PARA LA MEJORA CONTÍNUA EN LA SEGURIDAD.</b>							
N°	ITEMS	Muy en desacuerdo, En desacuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		De acuerdo, Muy de acuerdo	
		N°	%	N°	%	N°	%
6 (+)	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	8	12.12	6	9.09	52	78.79
9 (+)	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	11	16.67	4	6.06	51	77.27
13 (+)	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	10	15.15	2	3.03	54	81.82
<b>DIMENSION 8 - PERSONAL: SUFICIENCIA DISPONIBILIDAD Y GESTIÓN.</b>							
N°	ITEMS	Muy en desacuerdo, En desacuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		De acue Muy de ac	
		N°	%	N°	%	N°	%
2 (+)	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	51	77.27	5	7.58	10	15.15
5 (-)	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	34	51.52	10	15.15	22	33.33
7 (-)	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	38	57.58	12	18.18	16	24.24
14 (-)	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.	42	63.64	10	15.15	14	21.21
<b>DIMENSION 9 - APOYO DE LA DIRECCIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>							
N°	ITEMS	Muy en desacuerdo, En desacuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		De acuerdo, Muy de acuerdo	
		N°	%	N°	%	N°	%
23 (+)	La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	20	30.30	13	19.70	33	50.00
30 (+)	Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	15	22.73	20	30.30	31	46.97
31 (-)	La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	12	18.18	8	12.12	46	69.70

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.*

**TABLA 5**

**FRECUENCIAS PARA LA SUPERVISION**

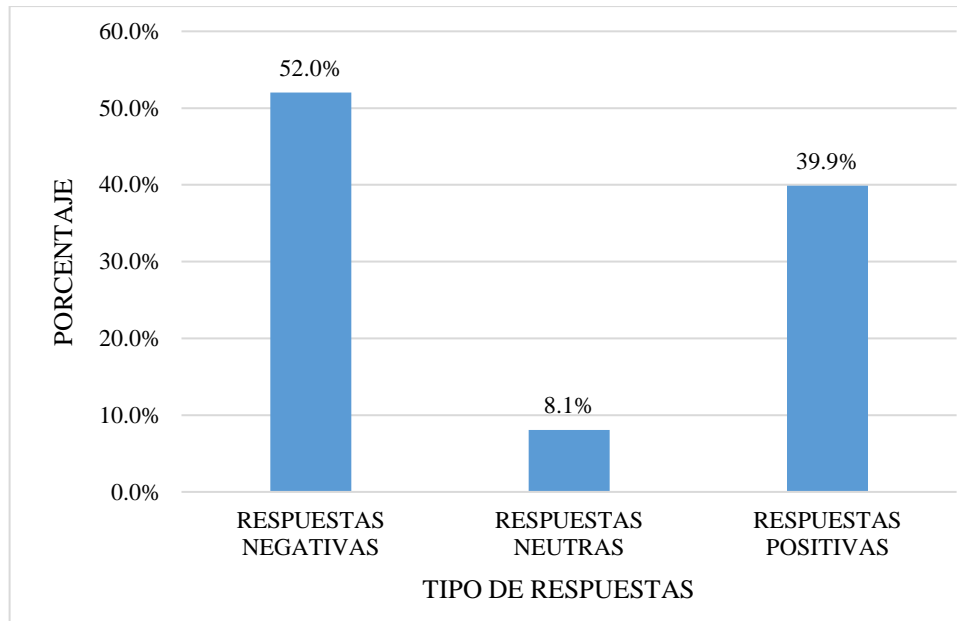
<b>DIMENSIÓN 10 - RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES, PERCEPCIÓN DEL PERSONAL.</b>							
N°	ITEMS	Muy en desacuerdo, En desacuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		De acuerdo, Muy de acuerdo	
		N°	%	N°	%	N°	%
8 (-)	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	45	68.18	4	6.06	17	25.76
12 (-)	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no al problema.	18	27.27	12	18.18	36	54.55
16 (-)	El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.	12	18.18	6	9.09	48	72.73
<b>DIMENSIÓN 11 - PROBLEMAS EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES O CAMBIO DE TURNO.</b>							
N°	ITEMS	Muy en desacuerdo, En desacuerdo.		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.		De acuerdo, Muy de acuerdo.	
		N°	%	N°	%	N°	%
25 (-)	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro.	51	77.27	11	16.67	4	6.06
27 (-)	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	54	81.82	5	7.58	7	10.61
29 (-)	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital.	44	66.67	5	7.58	17	25.76
33 (-)	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital.	50	75.76	12	18.18	4	6.06
<b>DIMENSION 12 - ACCIONES DEL SUPERVISOR O JEFE PARA PROMOVER LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.</b>							
N°	ITEMS	Muy en desacuerdo, En desacuerdo.		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.		De acuerdo, Muy de acuerdo.	
		N°	%	N°	%	N°	%
19 (+)	Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	16	24.24	11	16.67	39	59.09
20 (+)	Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	13	19.70	8	12.12	45	68.18
21 (-)	Cuando la presión del trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.	41	62.12	10	15.15	15	22.73
22 (-)	Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	47	71.21	13	19.70	6	9.09

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.*

## ANEXO G: FIGURAS

FIGURA 1

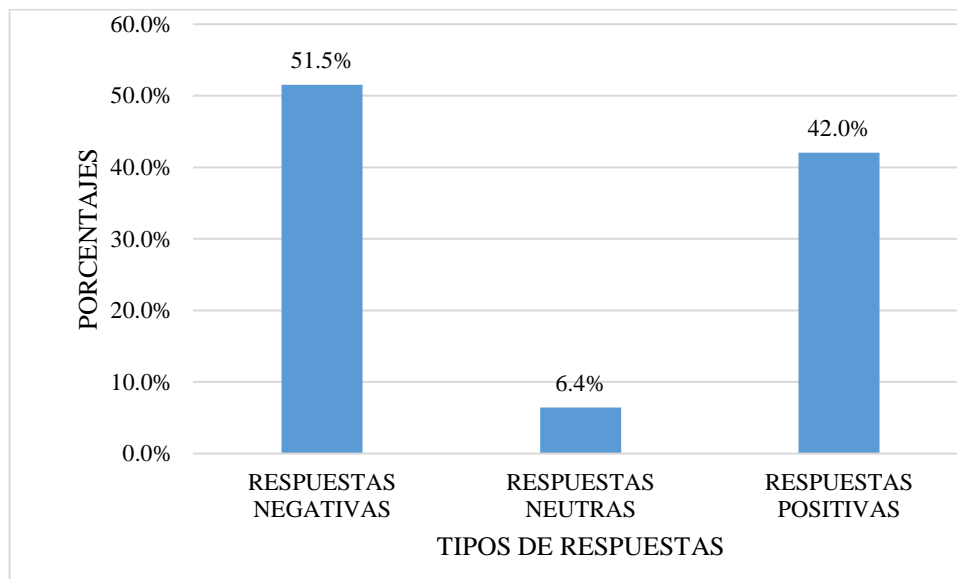
### FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS.



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

FIGURA 2

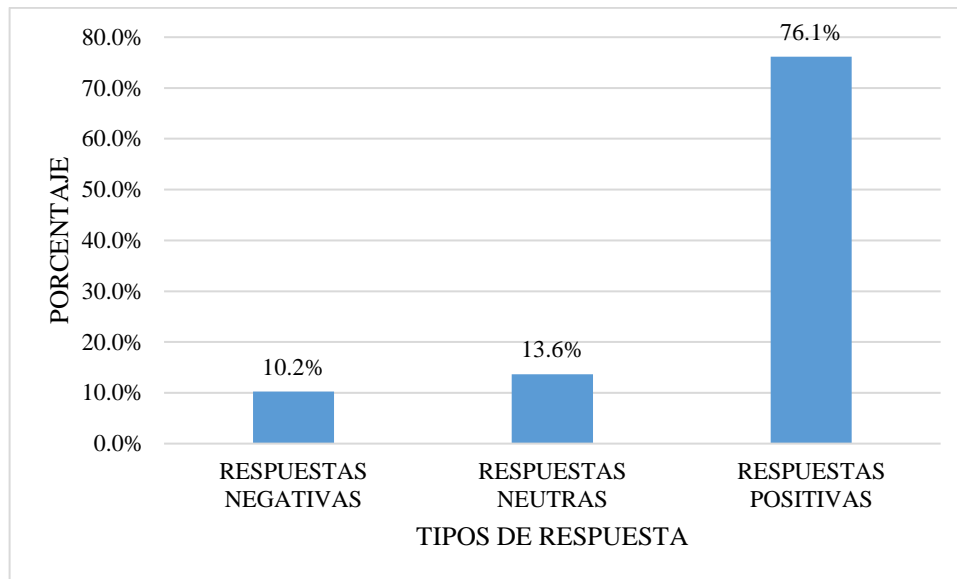
### FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD.



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

**FIGURA 3**

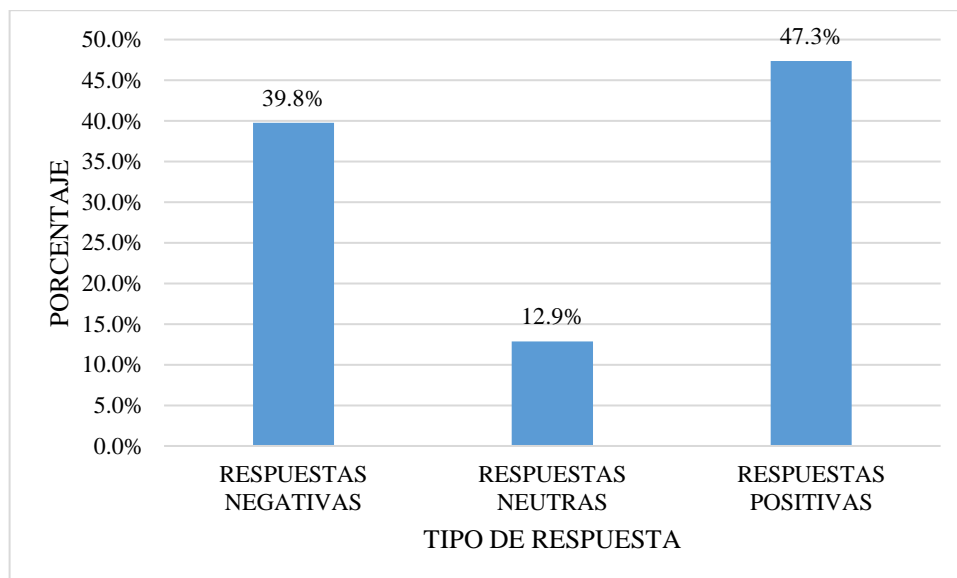
**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LA UNIDAD O SERVICIO.**



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

**FIGURA 4**

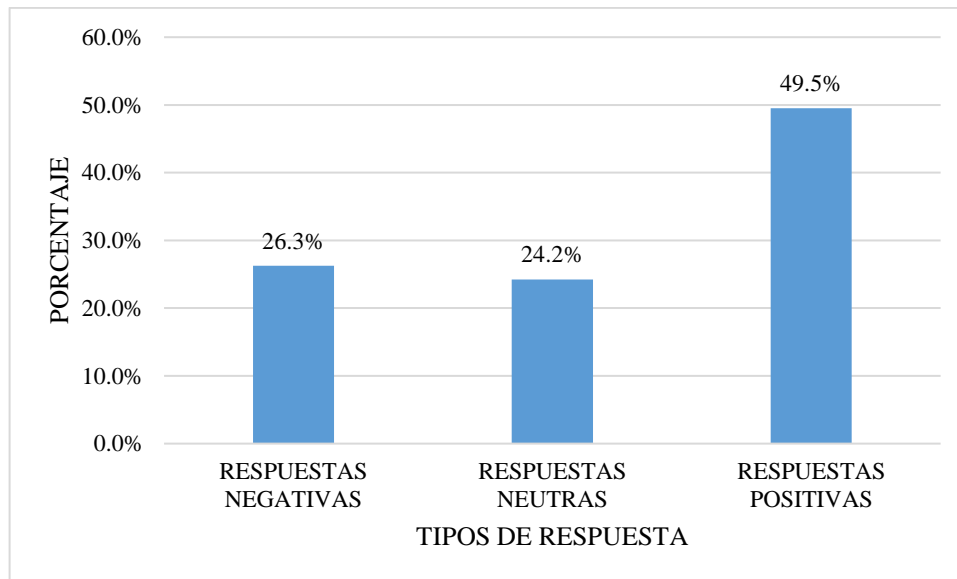
**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LAS UNIDADES O SERVICIOS.**



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

**FIGURA 5**

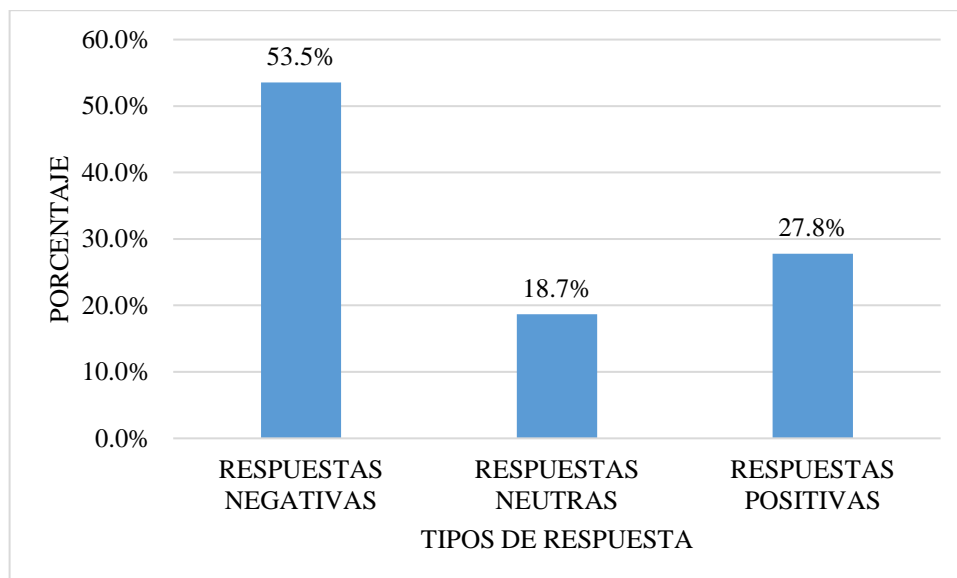
**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN GRADO DE APERTURA DE LA COMUNICACIÓN.**



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

**FIGURA 6**

**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN AL PERSONAL SOBRE LOS ERRORES EN LA UNIDAD.**

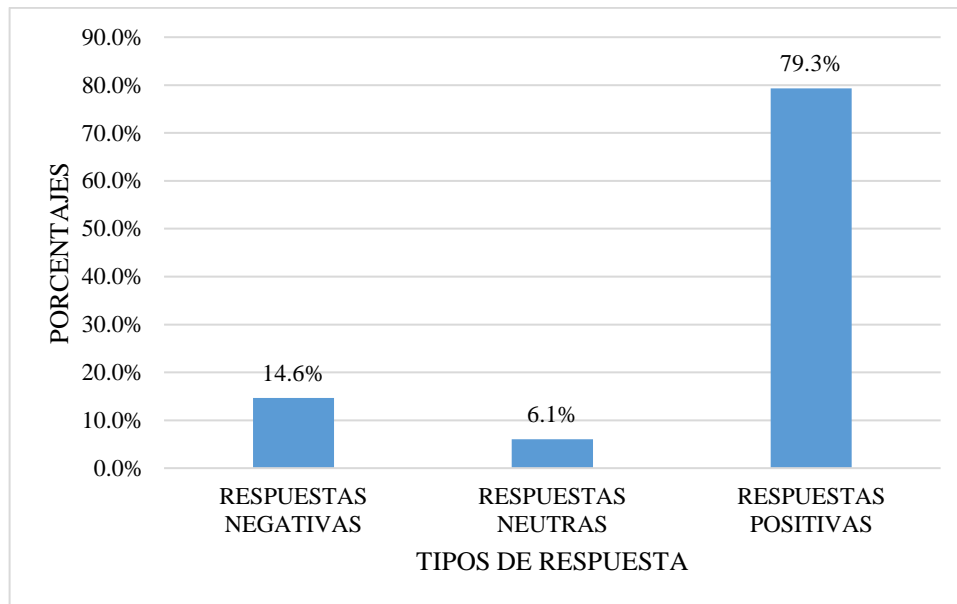


*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.



**FIGURA 7**

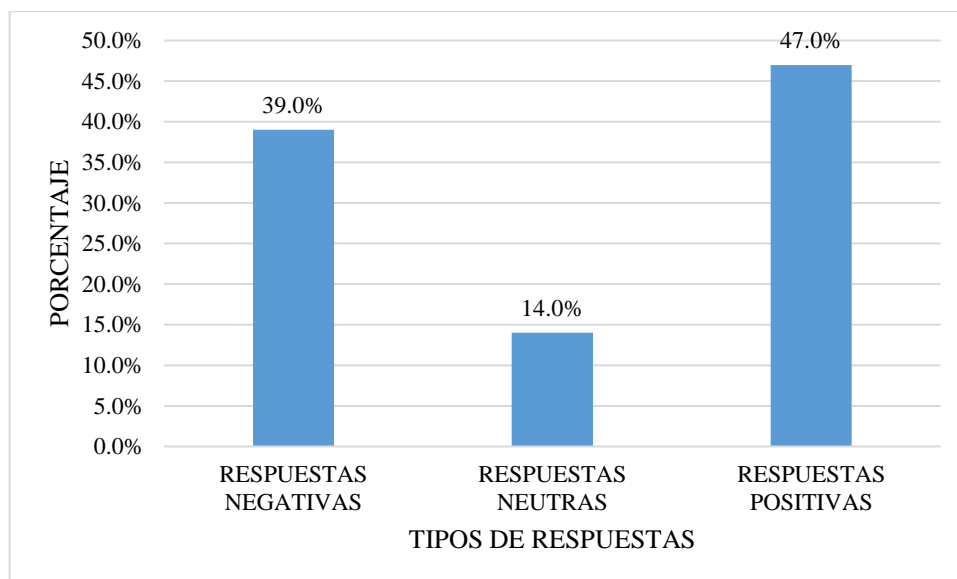
**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PARA LA MEJORA CONTINUA EN LA SEGURIDAD.**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.*

**FIGURA 8**

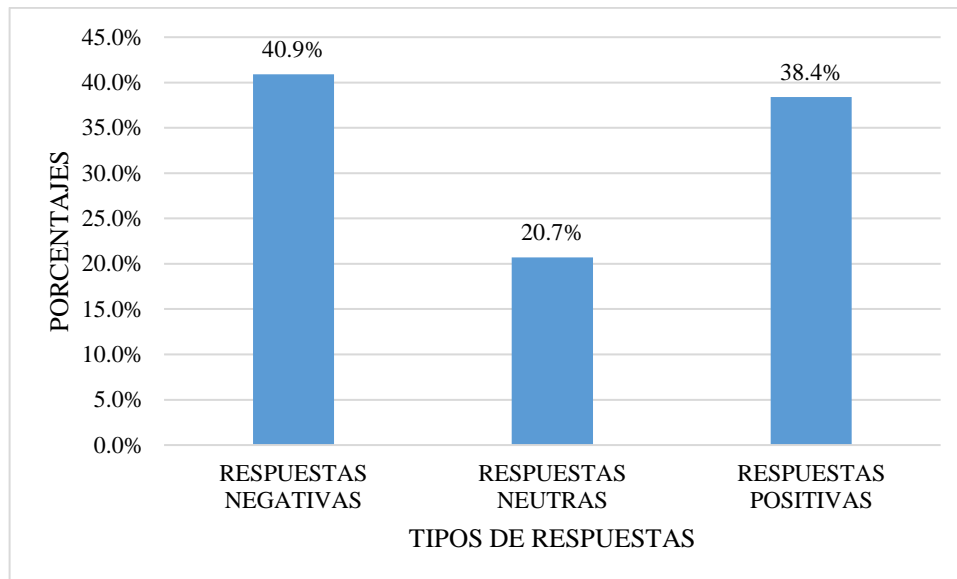
**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN PERSONAL: SUFICIENCIA DISPONIBILIDAD Y GESTIÓN.**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.*

**FIGURA 9**

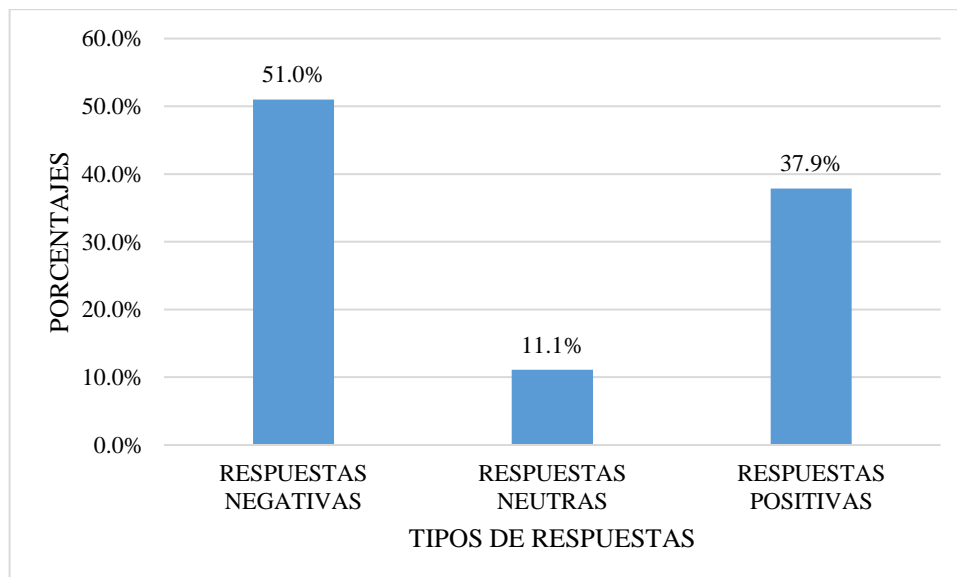
**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN APOYO DE LA DIRECCIÓN PARA LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE.**



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

**FIGURA 10**

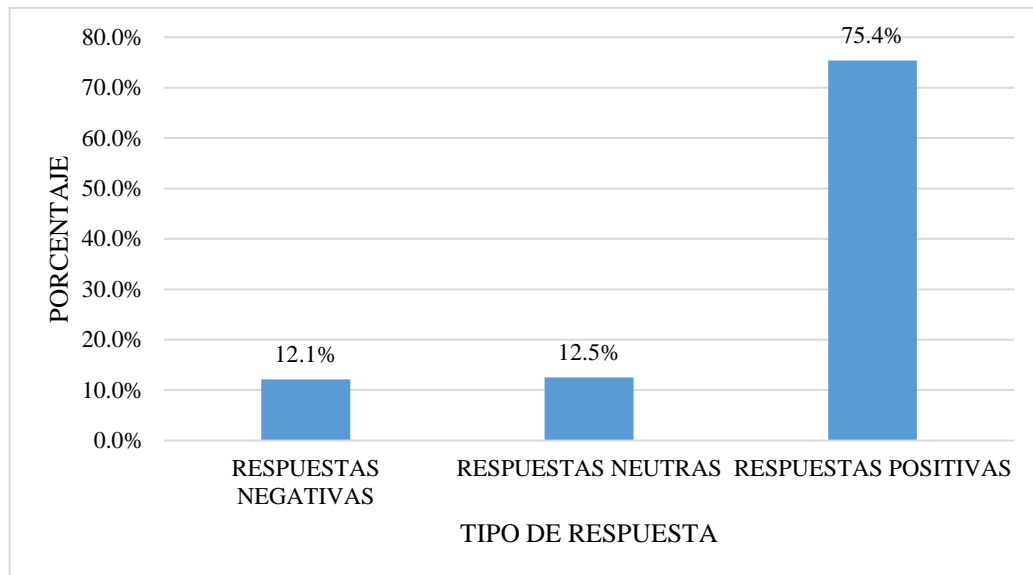
**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS  
ERRORES, PERCEPCIÓN DEL PERSONAL.**



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

**FIGURA 11**

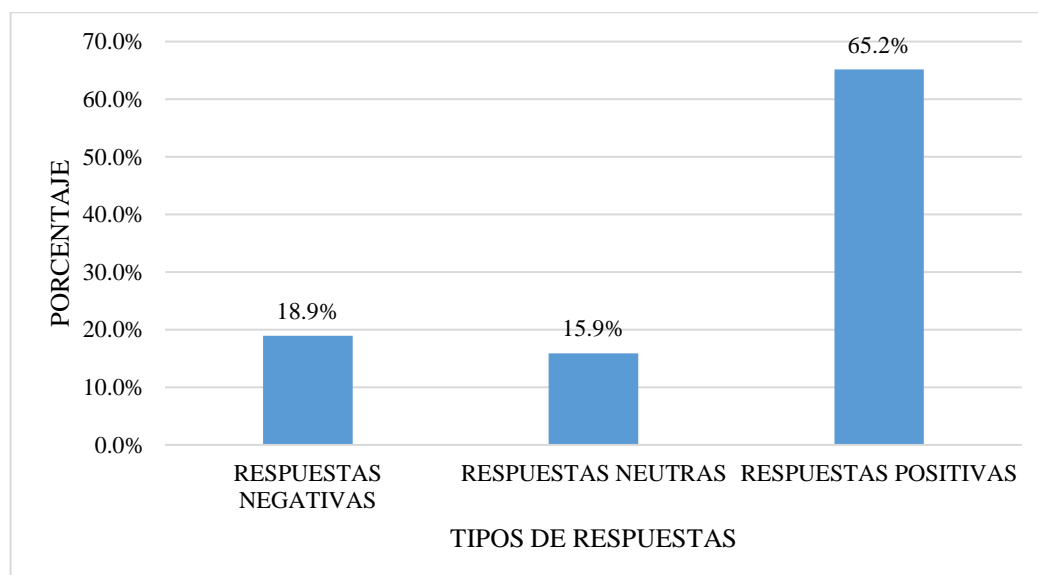
**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN PROBLEMAS EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES O CAMBIO DE TURNO.**



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

**FIGURA 12**

**FRECUENCIA RELATIVA DE LA DIMENSIÓN ACCIONES DEL SUPERVISOR O JEFE PARA PROMOVER LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.**



*Fuente:* Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2019.

## ANEXO G: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



**APLICACIÓN DEL  
INSTRUMENTO A  
LICENCIADA DE  
ENFERMERIA**

**APLICACIÓN DEL  
INSTRUMENTO A  
LICENCIADA DE  
ENFERMERIA**



**INSTITUCION OBJETO  
DE ESTUDIO**

