



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA
EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018**

**PRESENTADO POR
CHRISTOPHER CESAR VASQUEZ CHUQUIHUACCHA**

ASESOR

DR. GABRIEL NIEZEN MATOS

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

LIMA, PERÚ

2018



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA
EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**PRESENTADO POR
CHRISTOPHER CESAR VASQUEZ CHUQUIHUACCHA**

**ASESOR
DR. GABRIEL NIEZEN MATOS**

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Páginas
Portada	
Índice	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad	5
1.5 Limitaciones	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de Términos Básicos	16
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	17
3.1 Formulación de la hipótesis	17
3.2 Variables y su operacionalización	17
CAPITULO IV: METODOLOGIA	19
4.1 Diseño metodológico	19
4.2 Diseño muestral	19
4.3 Procedimientos de recolección de datos	19
4.4 Procesamiento y análisis de datos	19
4.5 Aspectos éticos	20
CRONOGRAMA	21
FUENTES DE INFOMACION	23
ANEXOS	26
Anexo 1: Matriz de consistencia	27
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	29
Anexo 3: Consentimiento para realizar la entrevista	33

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Hoy en día millones de pacientes en el mundo experimentan algún daño en su estado de salud durante el proceso de atención en algún servicio o unidad de un establecimiento de salud, sea un Centro de Atención Primaria, Hospital de Baja o Alta Complejidad, Institutos Especializados u otros. Este daño a la salud generado por los propios servicios de salud que son parte del Sistema Nacional de Salud de un País, puede tener repercusiones con distintos niveles de gravedad en los pacientes, como producir una discapacidad transitoria o permanente, prolongar permanencia de un paciente hospitalizado o incluso la muerte. Estas repercusiones van más allá, convirtiendo a los pacientes y sus familias en víctimas, pero también los profesionales de la salud se convierten en víctimas, consecuencia de trabajar con elevada carga de trabajo en los Establecimientos de Salud, con el nuevo perfil del paciente producto de la transición epidemiológica, demográfica, tecnológica y con procesos complejos y no diseñados para salvaguardar la seguridad del paciente durante su atención de salud.

Es impensable como los servicios de salud en un País, pueden ocasionar un daño a los pacientes, cuando su fin último es curar las enfermedades, aliviar las dolencias o mejorar la calidad de vida de su población. El sector salud ha evolucionado a grandes pasos en las últimas décadas, creándose nuevos bienes y servicios, para el alcance y beneficio de la población. Paralelamente la medicina o el conocimiento científico médico también evolucionaron, creándose nuevos medicamentos, dispositivos médicos, protocolos, guías de práctica clínica y otros. Los elementos mencionados se combinan en las Organizaciones de Salud para ofrecer una atención con la mayor calidad posible, procurando que se realicen los procedimientos médicos de una manera correcta y segura, a los pacientes que lo requieran.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los daños que experimentan los pacientes durante su atención de salud representa la 14° causa de morbilidad a nivel mundial, en los países que tienen ingresos elevados 1 de cada 10 pacientes experimenta un daño a salud durante su permanencia en un Hospital, el costo global de las equivocaciones en la administración de

medicamentos es de 42 000 millones de dólares americanos anuales, el 15% del gasto hospitalario en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se deben a efectos o eventos adversos, en Estados Unidos la inversión en la seguridad del paciente se tradujo en un ahorro de 28 000 millones de dólares americanos en los Establecimientos de Salud del Programa Medicare en el periodo 2010 – 2015, en países de elevados ingresos 7 de cada 100 pacientes hospitalizados adquieren una infección, en países de medianos y bajos ingresos 10 de cada 100 pacientes hospitalizados adquieren una infección, anualmente más de un millón de pacientes mueren por complicaciones de las cirugías y 7 millones de pacientes terminan con alguna discapacidad después de una cirugía.¹

En el año 2007, nuestro País tuvo la oportunidad de participar en el Estudio IBEAS, el cual fue dirigido por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España en participación conjunta con los Ministerios de Salud de Perú, México, Colombia, Costa Rica y Argentina. El objetivo del estudio fue determinar y analizar la prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. La prevalencia encontrada de sucesos o eventos adversos fue de 10.5%. Los eventos adversos detectados fueron: infección intrahospitalaria 37.14%, ocasionado por algún procedimiento 28.69%, relacionado con los cuidados del paciente 13.27%, relacionado con el uso de medicamentos 8.23% y con el diagnóstico 6.15%. El 62,9% de los eventos adversos incrementaron el tiempo de permanencia en hospitalización en un promedio de 16,1 días. Un 18,2% de los eventos adversos ocasionaron un reingreso. Del total de eventos adversos un 60% se consideraron evitables. El impacto que tiene un evento adverso en la utilización de recursos o en la salud del paciente está relacionado con el pronóstico de la enfermedad, la edad, tiempo de permanencia en hospitalización, que ocurra durante un procedimiento, al alta o antes de la admisión, que se trate de una infección intrahospitalaria y un error o retraso en el diagnóstico.²

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la cultura de la seguridad del paciente en los profesionales de salud que laboran en la emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Conocer la percepción en relación a la cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales de la salud que laboran en la Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la valoración global del Servicio de Emergencia Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en relación a la cultura de seguridad.
- Valorar cuales son las dimensiones que representan una fortaleza y una debilidad en la cultura de seguridad en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Emplear la herramienta validada por la Sanidad Española para la valoración de los comportamientos y actitudes de la seguridad de la atención en salud en los profesionales de salud de la emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Promover la utilización del cuestionario para la medición de la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Evitar y prevenir cualquier efecto adverso o daño en la salud de los pacientes que acuden a los establecimientos de salud en busca de asistencia médica para paliar

sus dolencias o recuperar su salud, representa un reto ineludible para todas las Instituciones Públicas o Privadas del Sector Salud.

Hace una década, se realizó el estudio IBEAS para medir y analizar los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, en donde participaron cinco países: Perú, México, Colombia, Costa Rica y Argentina. Se encontró que 10.5% de pacientes de cualquiera de los Países participantes experimento un evento o efecto adverso relacionado con una infección adquirida en el hospital, con algún procedimiento, con cuidados del paciente u otros. ² Los resultados de este estudio representan un llamado a la acción, para reducir los daños a la salud de los pacientes que generan los servicios de salud en Latinoamérica.

Es cierto que a nivel de País contamos con pocos estudios relacionados con la problemática, que permitan conocer mejor la realidad, pero los estudios a nivel de Países también son importantes para tomarlos en cuenta como una referencia y así las Instituciones de Salud puedan identificar las brechas para mejorar la seguridad de los pacientes.

Entender la seguridad del paciente en Instituciones que proveen servicios de salud pasa primero por evaluar la cultura de seguridad en dichas Instituciones.

La cultura de seguridad es la combinación de los conocimientos, capacidades, valores, conductas, actitudes y creencias del equipo de salud que trabaja en un hospital y que definen como se hacen las cosas en los servicios.

Medir y analizar esta cultura es relevante porque permite identificar áreas de fortaleza y debilidad en las Instituciones de Salud, en relación a la seguridad del paciente y así definir las intervenciones a ejecutar, priorizar las áreas para formular proyectos de mejora con su respectivo monitoreo y reevaluación.

Este estudio se realizara en la Emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que es la más grande de todo el País, no solo por su infraestructura y tecnología que refleja su alta complejidad, capacidad resolutive y elevado costo, sino porque tiene una población de referencia de aproximadamente de 2 millones de asegurados de la Seguridad Social. Conocer la cultura de seguridad permitirá disminuir el daño que sufren los pacientes durante el proceso de atención de salud y mejorar la seguridad del paciente.

1.4.2 Viabilidad

El proyecto de investigación se conducirá en los próximos 6 meses desde su aprobación. El Investigador tiene la disponibilidad de tiempo para ejecutarlo. Se requerirá para la ejecución del proyecto de dos encuestadores y un estadístico. Los recursos necesarios serán financiados con el peculio del Investigador. El personal asistencial de la Emergencia Adultos del Hospital Rebagliati es muy participativo y colaborar, por lo que se conseguirá el número de sujetos necesarios para el estudio. Se cuenta con los conocimientos para realizar el tipo y diseño de estudio planteado.

1.5 Limitaciones

Es cierto que los resultados de las investigaciones de enfoque *cualitativo* no son generalizables, especialmente en nuestros establecimientos de salud del País ya que tienen diferentes niveles de capacidad resolutoria o categorización, atienden poblaciones con diferentes características demográficas, socioeconómicas, y epidemiológicas, pero también servirá para fomentar la utilización del cuestionario empleado. Actualmente existen 700 profesionales de salud que laboran en la Emergencia, por lo que la muestra será representativa.

Se utilizará el cuestionario traducido y validado por la Sanidad Española y no la versión original en inglés de la Agency for Healthcare research and quality.

Es posible que por la elevada carga de trabajo en el servicio de Emergencia, los profesionales se nieguen a contestar el cuestionario.

Existe poca bibliografía en relación al tema estudiado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Hernández M. *et al.* evaluaron la percepción de los pacientes de diálisis peritoneal en relación a la seguridad clínica, mediante un estudio descriptivo con abordaje transversal, empleando una encuesta de 8 ítems con 3 opciones de respuesta, que aborda la percepción de errores médicos y la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. Se evidencio que al 71% de pacientes le preocupaba “mucho” sufrir algún error médico durante su atención, el 15.7% “poco” y al 13.1% “nada”. Concluyendo la importancia de la preocupación de los pacientes por los eventos adversos que puedan padecer.³

Hellings S. *et al.* evaluaron la cultura de seguridad del paciente en cinco Hospitales Belgas, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal; empleando una encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad del paciente que fue validada. Los resultados negativos se evidencia en las siguientes dimensiones: El hospital ofrece apoyo a la gestión de la seguridad del paciente (35%), No respuesta punitiva a un error (36%), Hay suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo (38%). El resultado positivo fue el trabajo en equipo para afrontar la sobrecarga de trabajo cuando esta se presenta (74%). Concluyendo que la cultura de la seguridad del paciente en los directivos es baja y debe concientizarse más para mejorar el entorno donde laboran los profesionales de salud.⁴

Pires N. *et al.* determinaron las características de las situaciones que provocaron daño a los pacientes durante su atención de salud, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. El servicio donde se produjo mayor cantidad de eventos adversos fue la Unidad de Cuidados Intensivos (44.9%), seguido de cerca por el servicio de Hospitalización (33.2%) y en tercer lugar el servicio de Emergencia (21.8%). Los pacientes que padecieron mayor número de eventos adversos, fue el grupo etario mayor de 61 años (77.7%). Concluyendo que los servicios críticos si bien es cierto salvan vidas de los pacientes, a su vez representan un riesgo para su vida. Por lo que mejorar su funcionamiento es una tarea pendiente.⁵

Singer S. et al. evaluaron las actitudes por parte del personal en relación a la cultura de seguridad del paciente y como esta varía en los 15 hospitales del consorcio de seguridad del paciente de California. Encontrando que el 77% de los encuestados contestó que no percibían estímulos laborales y existía el miedo de ser castigados por cometer algún error durante la atención de salud. Cerca de un 33% de los encuestados, refirieron que no recibieron algún premio por evitar un error grave. Concluyendo que la cultura de seguridad varía entre los hospitales encuestados y también de acuerdo a los grupos ocupacionales, siendo una tarea de los gerentes cambiar las actitudes de sus trabajadores para mejorar esta situación.⁶

Huang D. et al. evaluaron si los factores que definen la cultura de seguridad varían entre los distintos servicios de cuidados intensivos del hospital, entre los profesionales de salud y la percepción del jefe de enfermería de las actitudes de su personal, realizando un estudio descriptivo transversal, utilizando un cuestionario validado de la industria de la aviación sobre cultura de seguridad, que valora seis factores: trabajo en equipo, percepción de las decisiones gerenciales, clima de seguridad, reconocimiento del estrés, satisfacción del trabajo y ambiente de trabajo. Concluyendo que si existe variación entre los servicios de cuidados intensivos del hospital en relación a cultura de seguridad. Los jefes de enfermería tienden a sobreestimar las actitudes de su personal especialmente para el trabajo en equipo.⁷

Zhou P. et al. evaluaron las diferencias en la percepción de seguridad del paciente entre los distintos departamentos y tipos de trabajo en 18 hospitales del sector público de salud de China, mediante un estudio descriptivo transversal, empleando una encuesta validada. Los médicos respondieron con elevada puntuación negativa en temas relacionados con recursos organizacionales para la seguridad del paciente, reconocimiento por el esfuerzo realizado; cuando se evaluó el miedo a la culpa y el castigo, las puntuaciones fueron en general elevadas. Concluyendo que las diferencias encontradas deben tener estrategias y medidas para mejorar la seguridad del paciente de acuerdo al departamento y al tipo de trabajo.⁸

Singer S. et al. evaluaron las percepciones del clima seguridad del paciente por parte de los trabajadores y como esta varía en los distintos hospitales y según el área de trabajo y disciplina, mediante un estudio descriptivo, empleando una

encuesta dirigida a gerentes y médicos de 92 hospitales en Estados Unidos. El clima de seguridad del paciente varía entre hospitales y entre áreas de trabajo y disciplinas. El servicio en donde se percibió el peor clima de seguridad del paciente fue el de emergencia. Las enfermeras se mostraron más negativas que los médicos en relación al apoyo y reconocimiento de su unidad por su esfuerzo de mejorar la seguridad del paciente. Concluyendo que las diferencias observadas en cuanto a clima de seguridad paciente entre los hospitales deben plantear estrategias según áreas de trabajo y disciplina.⁹

La Sanidad Española, evaluó la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud que trabajan en hospitales, mediante una encuesta validada y adaptada, en un estudio descriptivo, en donde como valoración positiva destacan las dimensiones de trabajo en equipo dentro de los servicios y acciones de la dirección del servicio que promueve la seguridad. Como debilidades destacan dotación de personal, apoyo en la gerencia de la seguridad del paciente, percepción de la seguridad y trabajo en equipo entre los servicios. Concluyendo que debe fomentarse la coordinación entre servicios, cerrar la brecha de recursos humanos existente, cambiar la percepción de la gerencia en relación a la seguridad.¹⁰

Ramon M. et al. evaluaron las actitudes de los profesionales de salud en un hospital, mediante un estudio descriptivo transversal, utilizando una encuesta adaptada por el Ministerio de Sanidad Español de la Agencia para Investigación de Calidad y Servicios de Salud de Estados Unidos. El 59% de los encuestados calificaron la seguridad entre 7 y 8. Como fortaleza se identificó el trabajo en equipo en el servicio y como oportunidad de mejorar la dotación de personal. Concluyendo que los resultados orientaran las estrategias para atacar los puntos débiles.¹¹

Ramos F. et al. Evaluaron la percepción de la seguridad del paciente en profesionales de salud en una Institución Argentina, mediante un estudio descriptivo, se aplicó una encuesta a 203 profesionales de salud, identificándose áreas de fortaleza como la mejora continua y el trabajo en equipo en el servicio. La única dimensión calificada como debilidad fue la dotación de personal. Concluyéndose que la dotación de personal es una prioridad a ser resuelta para lograr una atención adecuada a los pacientes.¹²

Fajardo G. et al. evaluaron el nivel de cultura de seguridad en profesionales de salud, mediante un estudio descriptivo, encuestando a 174 personas. La dimensión con valoración más baja fue la apertura en la comunicación y la más alta el aprendizaje organizacional. Otras dimensiones con valoración baja fue la dotación de personal y respuesta no punitiva al error. Concluyendo que la percepción global baja en relación a la seguridad del paciente requiere especial atención y acciones pertinentes.¹³

Castañeda H. et al. evaluaron la percepción de cultura de seguridad en personal de enfermería, mediante un estudio descriptivo, realizando una encuesta a 195 enfermeras de un hospital general de México; las dimensiones con mejor valoración fueron el trabajo en equipo en el servicio y el aprendizaje organizacional. Las dimensiones identificadas como una oportunidad de mejora fueron la dotación de personal, soporte gerencial en temas de seguridad, transiciones entre servicios y comunicación. Concluyendo que las dimensiones identificadas con bajas valoraciones representan una oportunidad de mejora.¹⁴

Ibarra M. et al. Evaluaron la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Mexico, mediante un estudio descriptivo y transversal, aplicando una encuesta creada por la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos a 110 profesionales. Del total de encuestados el 58.1% nunca reportó algún incidente, 41% indica que las condiciones de seguridad en el hospital son bajas, para el 60% el aprendizaje organizacional es nulo. Concluyendo que los resultados permiten definir las acciones para mejorar la calidad de la atención en salud.¹⁵

Rodríguez R. et al. Evaluaron cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón, mediante un estudio estudio descriptivo y transversal, empleando una encuesta online a los médicos residentes. Encontrándose resultados positivos en la dimensión de trabajo en equipo y resultados negativos en ritmo y carga de trabajo. Concluyendo a partir de este estudio, podrán realizar las mejoras necesarias para alcanzar una práctica asistencial con mayor calidad.¹⁶

2.2 Bases teóricas

Antes definir la cultura de seguridad del paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se abordara primero dos términos para poder entenderla, con esto nos referimos, a la cultura organizacional y la seguridad del paciente.

La cultura organizacional es un término complejo, invisible e intangible, compuesto por la combinación de diversos elementos, como los conocimientos, normas, creencias, habilidades, experiencias, actitudes, comportamientos, valores, así como también las estrategias, los objetivos, la visión, que en conjunto funcionan de manera dinámica y determinan como los miembros de una organización piensan o hacen las cosas, siendo además una fuente de motivación y que influye en el proceso de la información dentro de la organización.¹⁷

Podemos encontrar factores externos e internos a la cultura organizacional. Los factores externos: los cuales están por fuera de la organización y forman parte del medio externo donde esta se desenvuelve e interacciona con ellos. Estos factores son los usuarios, distribuidores, aliados, competidores, Entidades del Estado y otros. Los factores internos: los fundadores o la primera generación que creo la empresa definiendo una línea base de cultura para luego continuar su desarrollo y crecimiento, los valores que conforman los pilares de la cultura empresarial y confieren fortaleza al accionar de la empresa, las creencias que forma parte de la ideología de los miembros de la organización, los tabúes que son los comportamientos o acciones prohibidas o no permitidas en la organización, los conocimientos que fueron adquiridos por los miembros de la organización para realizar su labor asistencial o administrativa con el fin de lograr metas u objetivos, los ritos que representan la manera de comportarse diariamente como son las celebraciones de cumpleaños o el desayuno, las ceremonias en donde se festejan los logros de la empresa, los mitos que son relatos acerca de los inicios de la empresa y su evolución en el tiempo, las sagas que cuentan las hazañas de los personas más representativos o héroes de la organización, las leyendas que cuentan sucesos transmitidos de una generación a otra pero con detalles ficticios, las historias que son narraciones de hechos reales y el componente humano que forma y moldea la cultura de la empresa.¹⁸

Cada organización tiene su propia filosofía, la cual difiere de otras de manera notable, por lo que cada cultura es única, posibilitando un elevado nivel de interrelación y entendimiento entre sus propios miembros. Para cambiar una cultura

organizacional es fundamental conocer: la metodología a emplear para su medición, los estilos gerenciales para afrontar crisis o retos, la manera en que se ofrecen estímulos o recompensas a las acciones positivas, la forma de llevar a cabo promociones de trabajo interna, contratación de recursos humanos y despidos. Para la elaboración de una estrategia, la cultura organizacional tiene un nivel de participación y relevancia indiscutible, si la empresa se desenvuelve en un entorno competitivo y dinámico, se requiere que la cultura facilite el trabajo en equipo y la flexibilidad. Si la cultura y la estrategia se corresponden, podemos aventurarnos a decir que esta cultura es la mejor.¹⁸

La cultura tiene múltiples funciones en el interior de una organización como: establecer una línea que demarca hasta donde las acciones de los miembros son aceptables, transmitir un sentido de pertenencia a sus integrantes, generar un compromiso individual con algo más grande que los intereses propios, promueve la competitividad, las buenas prácticas gerenciales, apoya la innovación, inculca la educación continua, promueve un sistema social que sea estable, defiende la responsabilidad, la honestidad y el respeto. La cultura evoluciona y es transmitida a través del tiempo, adaptándose a las influencias o presiones, sean externas o internas, producto del dinamismo que posee.¹⁸

El proceso de socialización organizacional es cuando los diversos elementos de la cultura es transmitida a los nuevos integrantes. Este proceso es bidireccional y consta de dos fases: una, en donde el nuevo integrante es sometido a un entrenamiento con el fin de lograr su adaptación a la empresa y otra, en donde el nuevo integrante transmite sus experiencias, conocimientos, valores a la nueva cultura de la empresa. Este proceso tiene como fin último transmitir y renovar constantemente la cultura para perpetuarla en el tiempo. Uno de los activos de mayor relevancia para las organizaciones es el conocimiento, que siendo gestionado de manera correcta incrementa la productividad y la rentabilidad, lográndose alcanzar competitividad en el mercado. Pero no solo la gestión del conocimiento garantiza el éxito, sino también las condiciones que provee la empresa a sus trabajadores para que puedan interactuar libremente generando y desarrollando conocimiento para lograr los objetivos de la empresa y superar las exigencias del entorno.¹⁷

Hoy en día el entorno cambiante plantea grandes retos a las instituciones u organizaciones y el éxito pertenece a las que se adapten rápidamente al cambio. Por lo que los estilos gerenciales deben apuntar a mejorar los conocimientos, habilidades

y destrezas de sus integrantes, a través de la creación de nuevas políticas, estrategias y culturas. Es en este punto, en donde los gerentes o tomadores de decisiones deben comprender claramente hacia donde debe dirigir los esfuerzos de la Institución y conseguirlo al menor costo posible.¹⁸

La seguridad del paciente es un tema que con el cambio de milenio va adquiriendo importancia a nivel mundial. El hecho de que la medicina ha evolucionado a grandes pasos con ayuda de la tecnología, generándose nuevos conocimientos, creándose nuevos dispositivos médicos, nuevos fármacos, nuevas especialidades y sub especialidades médicas ha llevado a los sectores de salud a convertirse en sistemas complejos, impactando positivamente en cuanto a beneficios para la salud de sus poblaciones se refiere, pero también teniendo un impacto negativo al evidenciarse los errores que son producto del proceso de atención de salud.

Uno de los países que evidencio esta problemática de la atención de salud fue Estados Unidos, que en el año 1999, el Institute of Medicine (IOM) publico el primer informe sobre esta materia, *to err is human: building a safer health system*, en donde por primera vez salía a la luz, información acerca de los errores médicos y su impacto negativo en la salud de la población estadounidense. Este informe daba a conocer que los errores médicos producían cada año entre 44 000 y 98 000 muertes. Incluso tomando como referencia el valor inferior calculado, este valor superaba la cifra que se atribuía a la octava causa de muerte en Estados Unidos. La cantidad de muertes causadas por errores médicos superaba las muertes por accidente de tránsito (43 458), cáncer mamario (42 297) y las ocasionadas por el SIDA (16 516). El costo total para el Gobierno Estadounidense por estas pérdidas humanas, se calculó en base a: pérdida de ingresos, perdida de producción doméstica, costo de atención médica y discapacidad; arrojando una cifra entre 17 y 29 Billones de Dólares Americanos, en donde los costos de atención medica representan más de la mitad. Estas y otras cifras representan una modesta valoración de la magnitud del problema, considerando que los pacientes que se encuentra en un hospital, son solamente una parte de toda la población en riesgo de padecer un error médico y los costos hospitalarios representan solamente una proporción del total. Pero no todos los costos pueden ser medidos. Los errores médicos tienen un elevado costo si nos referimos a la pérdida de confianza en el sistema de salud por parte de los usuarios, perdida en la satisfacción no solamente por los usuarios sino también por los profesionales de salud. Los pacientes que experimentan discapacidad o una

estancia hospitalaria prolongada producto de un error, tienen que pagar el malestar de manera física y mental. Los profesionales de salud lo pagan con frustración y pérdida de moral al no poder brindar el mejor servicio de salud. La sociedad en general, paga los errores en forma de pérdida de productividad y disminución del estatus de salud poblacional.¹⁹

En el 2001, en respuesta al anterior reporte elaborado por el Institute of Medicine (IOM), este emite otro llamado Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century, en el cual hace un llamado a rediseñar el sistema de salud de Estados Unidos, mejorando los servicios de salud en sus seis dimensiones: la seguridad que hace referencia a que los pacientes deben estar seguros en los establecimientos de salud, así como lo están en su casa, la efectividad que hace referencia a que los cuidados de salud deben estar acorde a los conocimientos científicos actualizados, el cuidado centrado en el paciente que hace referencia a respetar las decisiones del paciente, así como su cultura, su condición social y necesidades, la oportunidad que hace referencia a disminuir los tiempo de espera y demora para los pacientes, la eficiencia que hace referencia a reducir el desperdicio y el costo, y la equidad que hace referencia a cerrar las brechas raciales y étnicas en salud. Este reporte además, propone trabajar sobre cuatro ejes para mejorar los servicios de salud: la experiencia de los pacientes, mejorar la efectividad de los microsistemas, mejorar el funcionamiento que dan soporte a los microsistemas y el entorno de salud compuesto por las leyes, normas, financiamiento y capacitación de los recursos humanos.²⁰

Ambos informes sentaron las bases para impulsar estos dos nuevos campos de la medicina: la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente, y desarrollarlos a través de las Facultades de Medicina, Establecimientos de Salud y los Sistemas de Salud. Estos informes representan un nuevo desafío al iniciar el nuevo milenio, convirtiéndose en una prioridad para todos los Países.

En el informe *to err is human: building a safer health system*, se definen por primera vez términos de importancia para comprender el problema. La seguridad es definida como estar no afecto de una lesión accidental, esta definición es reconocida como un objetivo fundamental desde la perspectiva del usuario de servicios de salud. El concepto de error se traduce en la falla de una acción planeada que se lleva a cabo o que se intentó llevar a cabo, pero también puede entenderse como el empleo de un plan errado para alcanzar un objetivo. Los errores pueden aparecer en cualquier

fase del proceso de atención de salud, como puede darse en el diagnóstico, en el tratamiento o en las actividades de prevención de salud. No todos los errores causan daño. Los errores que causan daño o una lesión se llaman eventos adversos. Estos eventos son producto de un daño o una lesión producida por una acción médica, pero también puede decirse que no se debe a al proceso de enfermedad del paciente. Todos estos sucesos o eventos con resultado adverso son producidos por los médicos, pero no todos son prevenibles. Por ejemplo, si un paciente es sometido a una cirugía y en el posoperatorio se le diagnostica una infección, y el análisis de este caso revela que fue producto de una mala técnica de lavado de mano o un proceso de esterilización del instrumental quirúrgico, pues entonces el suceso adverso fue prevenible. Pero si el análisis del caso determina que no existió ningún tipo de error, entonces fue no prevenible. Se puede adquirir mucho conocimiento en el análisis de errores que se producen durante la atención de salud. Todas las muertes o daños graves a la salud de los pacientes deben ser analizados para mejorar los servicios de salud y minimizar la aparición de estos sucesos en el futuro. Así mismo, los errores que no producen un daño, deben ser analizados porque representan oportunidades de mejora de los procesos de atención de salud. La prevención de estos errores médicos conlleva a rediseñar nuestro sistema de salud para convertirlo en uno altamente seguro y confiable. Debemos cambiar el enfoque obsoleto de culpar a los profesionales de salud por sus errores a un enfoque de prevención de errores para alcanzar un sistema de salud seguro.¹⁹

En el año 2007, nuestro País participo junto con otros cuatro países (Argentina, Colombia, Costa Rica y México) en el estudio de prevalencia de eventos adversos en 58 hospitales, encuestándose 11 379 pacientes, de los cuales 1 191 pacientes presentaron un evento adverso relacionado con los cuidados de salud recibidos. La prevalencia de pacientes que sufrió algún suceso adverso alcanzo la cifra de 10.5%. Se identificaron variables que podrían explicar este resultado, entre ellas: el servicio donde se encuentra el paciente, el nivel de complejidad del establecimiento de salud donde se produce la atención, si el paciente ingreso por emergencia, la estancia hospitalaria del paciente y si presenta alguna comorbilidad. Los sucesos adversos identificados tuvieron relación con cuidados de enfermería en un 13.27%, con el empleo de medicamentos en un 8.23%, con infecciones asociadas a la atención de salud en un 37.14%, ocasionado por un procedimiento en un 28.69% y con el proceso diagnóstico en 6.15%. Se pudo determinar además, los cinco eventos

adversos más frecuentes: el primer lugar lo ocupa las neumonías asociadas a la atención de salud, en segundo lugar las infecciones de herida operatoria, en tercer lugar las úlceras por presión, en cuarto lugar las complicaciones operatorias o por algún procedimiento y en quinto lugar la sepsis. El tiempo de permanencia de un paciente en hospitalización se vio incrementado en 16.1 días, en 62.9% de los eventos adversos. El 18.2% de todos los sucesos adversos produjo que el paciente reingrese al hospital. Del total de eventos adversos, el 60% se consideran evitables. Este es el único estudio de eventos adversos que se cuenta como País, pero que sirve de base para seguir ganando conocimiento acerca de nuestra problemática. Los resultados encontrados pueden representar un problema de salud pública que hasta entonces ha pasado desapercibido.²¹

Entender una cultura de seguridad del paciente en las instituciones que brindan servicios de salud, pasa primero por evaluar como la cultura de seguridad está integrada en la institución. La Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos la define como el producto de valores, percepciones, actitudes, patrones de conducta y competencias individuales o grupales que determina el compromiso, el estilo y la eficiencia de una organización en la gestión sanitaria y de la seguridad de la atención. Esta agencia además, identificó cuatro características clave para mejorar la cultura de seguridad: el reconocimiento de actividades de alto riesgo para obtener operaciones fiables, existencia de entornos libres de culpa para informar errores, la práctica colaborativa para identificar soluciones a los problemas de seguridad y poseer el compromiso de la dirección para abordar las preocupaciones de seguridad del paciente. En una cultura débil podemos encontrar profesionales de salud que no practican la comunicación abierta y fluida, hacen caso omiso a las políticas y herramientas para la seguridad del paciente, prefieren no informar acerca de los errores ocurrido debido a que no desean ser culpabilizados. En una cultura fuerte encontramos profesionales de salud que se comunican de una manera eficaz, practican el trabajo en equipo e informan acerca de todos los errores que se producen durante la atención médica, para estudiarlos y aprender constantemente. Identificar estas debilidades y fortalezas en las instituciones de servicios de salud, permitirá elaborar adecuadamente las intervenciones, priorizar las áreas a mejorar y controlar los cambios que se presentan luego de las intervenciones.²²

2.3 Definición de Términos Básicos

Institución Prestadora de Servicios de Salud: Organización del sector público o privado de salud, que oferta servicios de salud a través de sus establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo a sus usuarios.

Paciente: persona con características clínicas específicas, la cuales definen el lugar o servicio donde debe ser atendida para recuperar o mejorar su estado de salud.

Estancia hospitalaria: tiempo de permanencia de un paciente dentro de un servicio de hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos o Sala de Observación de un establecimiento de salud.

Discapacidad: grado de limitación física o mental que impide a una persona llevar una vida normal.

Eventos adversos: cualquier daño o lesión que sufre un paciente durante el proceso de atención de salud y que este, no se debe a la enfermedad de base del paciente o por la cual acude a los servicios de salud.

Cultura organizacional: es una combinación de los conocimientos, experiencias, conductas, comportamiento y valores de las personas que trabajan en una Institución, para lograr metas, objetivos o la visión organizacional.

Seguridad del paciente: es una disciplina del sector salud, que emplea metodologías de la ciencia de seguridad para lograr un sistema de salud fiable.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

El presente trabajo de investigación es un tipo de estudio descriptivo, por lo que no corresponde la formulación de hipótesis.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su Naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías	Medio de Verificación
Notificación de eventos adversos	Comunicación formal de los errores que afectan o pueden afectar al paciente	Cualitativo	Frecuencia de Notificación	Ordinal	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Encuesta
Percepción de Seguridad por Personal Asistencial	Comportamientos de los profesionales de salud en relación a la seguridad del paciente	Cualitativo	Hábitos en la práctica asistencial	Ordinal	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy De Acuerdo	Encuesta
Percepción de Seguridad por Personal Administrativo	Comportamientos del Jefe/Gerente en relación a la seguridad del paciente	Cualitativo	Hábitos en la práctica administrativa	Ordinal	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy De Acuerdo	Encuesta
Aprendizaje Organizacional	La Organización se Preocupa por Adquirir Conocimiento y Aprender de sus Errores	Cualitativo	Preocupación por la Mejora Continua	Ordinal	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy De Acuerdo	Encuesta
Trabajo en Equipo	Grupo de personas que trabaja de manera coordinada para alcanzar una meta/objetivo.	Cualitativo	Interacción entre compañeros de trabajo	Ordinal	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy De Acuerdo	Encuesta
Comunicación Transparente	Comunicar sin prejuicios si algo está mal.	Cualitativa	Franqueza al comunicarse	Ordinal	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Encuesta

Retroalimentación en relación a errores	Manejo de la información de forma abierta para promover la seguridad del paciente	Cualitativa	Información abierta	Ordinal	Nunca Casi Nunca A Veces Casi Siempre Siempre	Encuesta
Acción no punitiva frente a errores	Forma de actuar de compañeros de trabajo o superiores cuando se comete un error	Cualitativa	Castigo frente al error	Ordinal	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy De Acuerdo	Encuesta
Dotación de Recursos Humanos	Profesionales de salud necesarios para proveer una atención de salud con calidad	Cualitativa	Dotación de Personal Adecuada	Ordinal	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy De Acuerdo	Encuesta
Apoyo Gerencial para la Seguridad	La manera en como la gerencia prioriza la seguridad del paciente en el hospital	Cualitativa	Soporte de la Dirección	Ordinal	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy De Acuerdo	Encuesta
Trabajo en Equipo entre Servicios	Servicios del hospital que coordinan sus acciones para salvaguardar la seguridad del paciente.	Cualitativa	Coordinación entre Servicios	Ordinal	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy De Acuerdo	Encuesta
Incidencias en los cambios de turno o en las transferencia	Manejo de la información del paciente cuando hay rotación de personal o cuando el paciente es movilizado a otro servicio	Cualitativa	Perdida de información del paciente	Ordinal	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy De Acuerdo	Encuesta

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 Diseño metodológico

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal.

4.2 Diseño muestral

La población está definida como el conjunto de profesionales de salud (médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, técnicos de enfermería) que realizan labor asistencial en la Emergencia Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, independiente del tipo de contrato laboral que posean. Además se incluirá al personal de salud que encuentre realizando estudios de segunda especialización (médicos residentes, internos de medicina y enfermeras), independientemente de la universidad de procedencia.

La muestra es probabilística porque los sujetos serán seleccionados mediante métodos al azar, lo cual permite efectuar inferencias a la población en base a la teoría de probabilidades.

Tomando en cuenta el tamaño de la población (700), el nivel de confianza (95%) y el margen de error (5%), obtenemos un tamaño muestral de 249 encuestas.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

Tipo de encuesta: Es un estudio especializado que recopilará información mediante un cuestionario traducido y validado por la Sanidad de España, del cuestionario original Hospital Survey On Patient Safety (HSOSP) de la Agency for Health, Research and Quality (AHRQ).

Método de recolección de datos: Se empleará el método de entrevista directa con el personal debidamente capacitado para tal fin. La entrevista se realizará a la población objetivo, la cual brindará su consentimiento a través de la firma de este. Posteriormente, responderá las preguntas que realice el encuestador.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se utilizará la última versión vigente de los programas de Microsoft Excel y SPSS.

4.5 Aspectos éticos

El presente estudio no presenta dilemas éticos. Se gestionara los permisos correspondientes a la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Antes de administrar el cuestionario, se obtendrá el consentimiento verbal de los encuestados.

CRONOGRAMA

AÑO 2017												
MESES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
ACTIVIDADES	Elaboración del proyecto de investigación											
	Investigación bibliográfica											
	Formulación y evaluación de encuesta											
	Recolección de información											
	Registro de información en programa informático											
	Análisis de información											
	Revisión de información											
	Elaboración de informe final											
Tiempo Total de Ejecucion del Trabajo de Investigación: 12 meses												

RECURSOS

1. HUMANOS

- 01 Asesor de investigación.
- 01 Metodólogo.
- 01 Especialista en estilo.
- 01 Estadístico.

- 04 Encuestadores.
- 01 Digitador.
- 01 Revisor de informe final.

2. ECONOMICOS

- Peculio personal.

3. FISICOS

- Encuestas.
- 01 Escritorio.
- 01 Computadora.
- 01 Dispositivo portátil de Internet.
- 01 Impresora.
- Utilería.
- Software SPSS.

FUENTES DE INFORMACION

1. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la seguridad del paciente. Patient Safety [Internet] 2018. Extraído el 20 de mayo de 2018. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
2. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the Iberoamerican study of adverse events (IBEAS). *BMJ Qual Saf* 2011;20:1043–51.
3. Hernández ME, Ochando A, Royuela C, Lorenzo S, Paniagua F. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008; 11(3):190-195.
4. Hellings S, Klazinga, Vleugels. Challenging patient safety culture: Survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2007; 20(7):620-632.
5. Pires N, Toffoletto L, Freitas DG, Padilha G. Indicators of healthcare results: Analysis of adverse events during hospital stays. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(4):12-16.
6. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: Results of an organization wide survey in 15 California hospitals. *Qual. Saf. Health Care*. 2003; 12:112-118.
7. Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, Rowan KM, Angus DC. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Crit Care Med*. 2007 Jan; 35(1):165-76.
8. Zhou P, Bai F, Tang HQ, Bai J1, Li MQ, Xue D. Patient safety climate in general public hospitals in China: differences associated with department and job type based on a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2018 Apr 17;8(4).
9. Singer S., Gaba D., Falwell A., Lin S., Hayes J., Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care*. 2009 Jan;47(1):23-31.

10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español; 2008.Madrid (18).
11. Mir R., Falcó A. y De la Puente M. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gaceta Sanitaria*. 2017; 31(2):145–149.
12. Ramos F., Coca S.M. y Abeldaño R.A. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(1):47-53.
13. Fajardo G., Rodríguez J., Arboleya H., Rojano C., Hernández F., Santacruz J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos*. 2010; 78(6):527-532.
14. Castañeda H., Garza R., González J., Pineda M., Acevedo G., Aguilera A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia y enfermería* 19(2):77-88. [Internet] 2013. Extraído el 19 de junio de 2018. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es.
15. Ibarra M., Olvera V., Santa Cruz J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Revista CONAMED*. 2011; 16(2):65-73.
16. Rodríguez R., Paredes I., Galicia T., Barrasa y Castán S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Calidad Asistencial*. 2014; 29(3):143-149.
17. Salazar J., Guerrero J., Machado Y., Cañedo R. Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *Acimed*. 2009; 20(4):67-75.
18. Minsal D, Pérez Y. Hacia una nueva cultura organizacional: la cultura del conocimiento. *Acimed*. 2007; 16(3).
19. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press [Internet] 2000. Extraído el 20 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> doi: 10.17226/9728

20. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press [Internet] 2001. Extraído el 20 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/> doi: 10.17226/10027.
21. Aranaz J., Aibar C., Limón R. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf* 2011;20:1043–51.
22. Washington University. Manual Washington de calidad en la atención y seguridad del paciente. 1º edición. Barcelona. Wolters Kluwer. 2016.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Tipo y Diseño de estudio	Población de estudio	Instrumento de recolección de datos
Cultura de Seguridad del Paciente en la Emergencia Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018	¿Cuál es la cultura de la seguridad del paciente en los profesionales de salud que laboran en la emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?	<p><u>Objetivo General:</u></p> <p>Conocer la percepción en relación a la cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales de la salud que laboran en la Emergencia de Adultos del HNERM.</p> <p><u>Objetivos Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar la valoración global del Servicio de Emergencia Adultos del HNERM en relación a la cultura de seguridad. •Valorar cuales son las dimensiones que representan una fortaleza y una debilidad en la cultura de seguridad en el Servicio de Emergencia de Adultos del HNERM. 	Es un estudio observacional descriptivo y transversal. Tomando en cuenta el tamaño de la población (700), el nivel de confianza (95%) y el margen de error (5%), obtenemos un tamaño muestral de 249 encuestas.	La población está definida como el conjunto de profesionales de salud (médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, técnicos de enfermería) que realizan labor asistencial en la Emergencia Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, independiente del tipo de contrato laboral que posean. Además se incluirá al personal de salud que encuentre realizando estudios de segunda especialización (médicos residentes, internos de medicina y enfermeras), independientemente de la universidad de procedencia.	Se utilizara un cuestionario traducido y validado por la Sanidad de España, del cuestionario original Hospital Survey On Patient Safety (HSOSP) de la Agency for Health, Research and Quality (AHRQ).

		<ul style="list-style-type: none">•Emplear la herramienta validada por la Sanidad Española para la valoración de los comportamientos y actitudes de la seguridad de la atención en salud en los profesionales de salud de la emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.•Promover la utilización del cuestionario para la medición de la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud.			
--	--	---	--	--	--

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

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

Sección A: Su Servicio/Unidad

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

1. El personal se apoya mutuamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	5 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

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

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

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

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.		
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año ...	
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año....	
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año....	
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas	
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes	
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 SI 2 NO	
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.		
1 Anestesiología/Reanimación	12	Pediatría
2 Cirugía	13	Radiología

3	Diversas Unidades	14	Rehabilitación
4	Farmacia	15	Salud Mental/Psiquiatría
5	Laboratorio	16	Servicio de Urgencias
6	Medicina Interna	17	UCI (cualquier tipo)
7	Obstetricia y Ginecología	18	Neurología
8	Admisión	19	Traumatología
9	Nefrología	20	Hemodiálisis
10	Urología	21	Medicina nuclear
11	Oncología	22	Otro, por favor, especifique.....
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.			
1	Gerencia/Dirección	7	Farmacéutico Residente
2	Administración	8	Fisioterapeuta
3	Auxiliar de Enfermería	9	Médico
4	Dietista	10	Médico Residente
5	Enfermero(a)	11	Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6	Farmacéutico/a	12	Otro, por favor, especifique:.....

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Anexo 3: Consentimiento para realizar la entrevista

Buenos/as días / tardes / noches, mi nombre es....., y estamos realizando un trabajo de investigación para optar un Título de Especialista en Administración en Salud. En esta ocasión, por encargo del Doctor Christopher Vasquez, estamos realizando entrevistas sobre la cultura de la seguridad del paciente en la emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que servirá para mejorar los servicios de salud. Agradecería, me permita conversar con usted, para hacerle algunas preguntas al respecto. Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial.

¿Me permite entrevistarlo/a?